令和8年度第1回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第

日　時：令和8年5月8日（金）14:00～

場　所：西普天間キャンパス　管理・研修棟4階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．令和8年度第1回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（4月6日開催）	資料1	P5
２．令和7年度第4回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月6日開催）	資料2	P7
３．令和7年度第4回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月6日開催）	資料3	P10
４．協議会・幹事会・部会　新委員について	資料4	P66
５．令和8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	P109
審議事項		
１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について（ベンチマーク部会）	資料8	P126
２．その他		
報告事項		
１．「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について	資料9	P196
２．昨年度協議会の審議事項のその後について	資料10	P207
３．患者会よりの報告		
(1)島袋委員（若年性がん患者会 Be style）	資料11-1	P217
(2)又吉委員	資料11-2	P218
(3)島袋委員（乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ）	資料11-3	P226
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	資料12-1	P228
(2)各病院の状況		
①琉球大学病院	資料12-2	P265
②北部地区医師会病院	資料12-3	P267
③沖縄県立中部病院	資料12-4	P269
④那覇市立病院	資料12-5	P272
⑤沖縄県立宮古病院	資料12-6	P274
⑥沖縄県立八重山病院	資料12-7	P277
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	P279
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	P281
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12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会	資料15-1	P296

(2)新たな地域医療構想に関するとりまとめ	資料15-2	P482
(3)医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ	資料15-3	P510
(4) 第126回社会保障審議会医療部会	資料15-4	P531
(5) 第93回がん対策推進協議会	資料15-5	P721
(6)第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料15-6	P764
(7)第35回厚生科学審議会がん登録部会	資料15-7	P785
(8)第46回がん検診のあり方に関する検討会	資料15-8	P808
(9)第16回ＨＴＬＶ－１対策推進協議会	資料15-9	P874
(10)第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料15-10	P949
(11)第20回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料15-11	P989
(12)第３回 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料15-12	P1020
(13)第７回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料15-13	P1062
８．アピアランスケアに係る体制整備について（厚労省課長通知）	資料16	P1115
９．その他		

<u>部会報告事項</u>

１．医療部会	資料17	P1121
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料18	P1123
３．小児・AYA部会	資料19	P1126
４．離島・へき地部会	資料20	P1130
５．情報提供・相談支援部会	資料21	P1134
６．ベンチマーク部会	資料22	P1138

令和８年度第１回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

資料１ 令和８年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4 月 6 日開催)

資料２ 令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2 月 6 日開催)

資料３ 令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2 月 6 日開催)

資料４ 協議会・幹事会・部会 新委員について

資料５ 令和８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「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の中間評価について(ベンチマーク部会)

資料９ 「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について

資料 10 昨年度協議会の審議事項のその後について

患者会よりの報告
資料 11-1 島袋委員(若年性がん患者会 Be style)

資料 11-2 又吉委員報告

資料 11-3 島袋委員(乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ)

各拠点病院が取り組んでいるがん対策について
資料 12-1 「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 12-2 琉球大学病院

資料 12-3 北部地区医師会病院

資料 12-4 県立中部病院

資料 12-5 那覇市立病院

資料 12-6 県立宮古病院

資料 12-7 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

厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
資料 15-1 第 12 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

資料 15-2 新たな地域医療構想に関するとりまとめ
資料 15-3 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ
資料 15-4 第 126 回社会保障審議会医療部会
資料 15-5 第 93 回がん対策推進協議会
資料 15-6 第 64 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
資料 15-7 第 35 回厚生科学審議会がん登録部会
資料 15-8 第 46 回がん検診のあり方に関する検討会
資料 15-9 第 16 回ＨＴＬＶ－１対策推進協議会
資料 15-10 第 26 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
資料 15-11 第 20 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
資料 15-12 第 3 回 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
資料 15-13 第 7 回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

資料 16 アピアランスケアに係る体制整備について（厚労省課長通知）

資料 17 医療部会

資料 18 緩和ケア・在宅医療部会

資料 19 小児・AYA 部会

資料 20 離島・へき地部会

資料 21 情報提供・相談支援部会

資料 22 ベンチマーク部会

令和８年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和８年４月６日（月）１４：００～１６：４０
場　　所　管理・研修棟３階小会議室
構 成 員　７名（出席者７名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	神里 敬子
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）	山本 孝夫
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（沖縄県保健医療介護部）	平良 勝也

（陪席者）

沖縄県健康長寿課	宮城　清美
沖縄県健康長寿課	酒向　摩貴子
沖縄県健康長寿課	山里　紘美
がんセンター	知念　崇
西普天間キャンパス事務部総務課長	大城 光雄

会議に先立ち、委員及び陪席者からの挨拶を行った。

議事要旨・委員一覧

１．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(1月19日開催)について
２．令和７年度第４回沖縄県がん診療携協議会議事要旨(2 月 6 日開催)について
３．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月6日開催)について
４．協議会・幹事会・部会新委員について
５．令和８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８年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

審議事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について（ベンチマーク部会）

増田議長から資料６に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）の中間評価について説明があった。審議の結果、原案の通り了承された。

２．その他

増田議長から、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件の項目７（５）『臨良試験及び治験』を『がん遺伝子パネル検査』に修正することついて説明があった。審議の結果、原案の通り了承された。

報告事項

１．昨年度協議会の審議事項のその後について

増田議長から資料7に基づき、昨年度協議会の審議事項のその後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）

２．患者会よりの報告

（1）島袋委員報告

（2）又吉委員報告

３．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

資料9に基づき、増田議長、柴山委員、神里委員、宮里委員、西原委員、山本委員から各病院が取り組んでいるがん対策について報告があった。

（報告事項４～７については、紙面報告となった）

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

（２）第93回がん対策推進協議会

（３）第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

（４）第35回厚生科学審議会がん登録部会

（５）第16回HTLV-1対策推進協議会

（６）第26回がん診療連携拠点病院等

（７）第7回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

７．その他

<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７年度 第４回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和８年２月６日（金）　１４：００～１７：００
場　　所　　管理・研修棟４階大会議室
構 成 員　　３５名（出席者２４名）

（出席者）

３号委員	（県立八重山病院長）	田仲　斉
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子（代理出席：崎濱　秀海）
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
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）	高槻　光寿
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生（代理出席：知念　崇）
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳（代理出席：諸見　牧子）
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１５号委員	（琉大事務部長）	市川　修
１６号委員	（県立中部病院副院長）	神里　敬子
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（県立八重山病院副院長）	砂川　綾子
	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院看護部長）	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
		又吉　賢弘
１９号委員	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
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）

１号委員	（琉大病院長）	鈴木　幹男
２号委員	（県立中部病院長）	天願　俊穂
	（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
４号委員	（沖縄県医師会長）	田名　毅
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	下地　千里
	（県立八重山病院医療部長兼外科部長）	山本　孝夫
１８号委員	(やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長)	田盛　亜紀子
	（若年性がん患者会 Be style ）	島袋　希美

（陪席者）

医療部会	伊江　将史
緩和ケア・在宅医療部会	野里　栄治
小児・AYA部会	浜田　聡
離島・へき地部会	赤松　道成
情報提供・相談支援部会	友利　晃子
沖縄県健康長寿課	宮城課長
沖縄県健康長寿課	上原班長
沖縄県健康長寿課	山里 紘美

資料確認等

１．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(1月19日開催)
２．令和７年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(11月7日開催)
３．令和７年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録(11月7日開催)
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和８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、全国がん登録5年生存率について報告があった。

２．天野委員報告
天野委員から資料7に基づき、有識者報告提出資料について報告があった。

審議事項

１．周術期における口腔機能の管理について（沖縄県歯科医師会）
崎濱委員から資料８に基づき、がん患者における歯科治療及び口腔ケアについてのお願いについて説明があった。
審議の結果、提案のとおり承認された。

２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版)」の中間評価について（ベンチマーク部会）
増田委員から資料９に基づき、沖縄県がん診療連携協議会の沖縄県がん対策推進計画の中間評価作業ついて説明があった。
審議の結果、提案のとおり承認された。

報告事項

１．今年度協議会の審議事項のその後について
増田委員から資料10に基づき、本協議会の今年度審議事項のその後について報告があった。
埴岡委員から資料10-4,5等について、今後データをどのうようにとるのかとの質問があり、増田委員から院内がん登録の症例等である程度確認できるのではないかとの回答があった。

２．患者会よりの報告
(1) 与儀委員報告
与儀委員から資料 11-1 に基づき、NPO 乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁの活動について報告があった。
(2) 又吉委員報告
又吉委員から資料 11-2 に基づき、がん対策のハイリスクアプローチの必要性について説明があった。
(3) 島袋委員報告
島袋委員が欠席のため、紙面報告となった。

３．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について
増田委員から資料12-1に基づき、「第4次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）」のロ

ジックモデルについて報告があった。また、資料12-2～7に基づき、増田委員、柴山委員、神里委員、宮里委員、西原委員、砂川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。

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

増田委員から資料 13 に基づき、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について報告があった。

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田委員から資料14に基づき、沖縄県地域統括相談支援センターの活動について報告があった。

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第４５回がん検診のあり方に関する検討会

増田委員から資料15に基づき、がん検診のあり方に関する検討会について報告があった。

部会報告事項

１．医療部会

伊江部会長から資料16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

野里部会長から資料17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18に基づき、小児・AYA部会の活動・取組状況について報告があった。

４．離島・へき地部会

赤松部会長から資料 19 に基づき、離島・へき地部会の活動・取組状況について報告があった。

５．情報提供・相談支援部会

友利部会長から資料20に基づき、情報提供・相談支援部会の活動・取組状況について報告があった。

６．ベンチマーク部会

増田部会長から資料21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７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和８年２月６日（金）14：00～

場　　所　　琉球大学西普天間キャンパス　管理・研修棟４階　大会議室

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

では、資料の説明をさせていただきます。お手元に置いてありますiPadがメインの資料となりますが、今日は紙資料が非常に多くなっておりますのでご説明いたします。

紙資料１枚目は議事次第と書かれていますＡ４、１枚の紙になります。紙資料の２枚目が同じくＡ４、１枚で、両面なんですが、令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会資料一覧と、これがiPadだけですと議事進行がわかりづらいということがありましたので毎回付けているものです。

別個にお配りしているものが４つあります。１つ目がＡ４横のパワーポイントを印刷したもので、右上に当日配布資料①とあるものです。第４次沖縄県がん対策推進計画の中間評価作業の方針説明補助資料が当日配布資料①となります。次にＡ４縦１枚、両面印刷をしていますのが当日配布資料②と右上に小さく書いてあるものです。あと２つありまして、当日配布資料③がＡ３縦のかなり大量のものになっておりまして、表紙には第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）と書いてあるものです。次に４つ目、最後ですが、当日配布資料④と書いたものがありまして、先日、２週間ぐらい前ですか。2016年全国がん登録の５年純生存率が出ましたので、それをまとめたものになります。Ａ３縦と、右上に当日配布資料④というものが机の上に置いてありますので、都合、当日配布資料としまして４種類あります。

それ以外に毎回お配りしている議事次第と資料一覧のＡ４の縦の紙１枚ずつがあります。もしなければ、お手を挙げていただければ事務の担当がまいりますのでよろしくお願いします。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行（琉球大学病院）

増田先生、ありがとうございました。資料がかなり多いですが、大丈夫でしょうか。よろしいですか。

それではこれより審議に入ります。資料は１～３の議事要旨の確認、資料４の委員一覧について、資料５、令和８年度の協議会・幹事会の開催日程について、増田先生からご報

告をお願いいたします。

議事要旨・委員一覧

１．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（1月19日開催）

２．令和７年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（11月7日開催）

３．令和７年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録（11月7日開催）

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和８年度の協議会・幹事会の開催の日時について

○増田昌人委員

では、iPadの一番表紙、１枚目をご覧ください。今日の議事次第が書いてありまして、議事要旨、委員一覧の１番から５番までを続けて私のほうで説明をさせていただきます。

今日、初めての方もいらっしゃるようなので言いますと、右上の一番上にしおりも付いておりますので､そこをタッチしていただきますと､協議会資料一覧ということで資料１、２、３、４、５、６と書いていますが、そこをタッチしていただきますとダイレクトにその資料番号のところに飛びます｡また､一番下のところにページ数が入っておりますので、それも参考にしていただければと思います。

まず１番目が令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨となっておりますが、これに関しましては毎回、本協議会に先立つちょうど１カ月前に幹事会を行いまして議題調整等をしておりますので、その議事要旨が入っておりますので後でご覧ください。

説明させていただくのは２番の前回の第３回本連携協議会の議事要旨、７ページ、資料２です。まず表紙がありまして、前回のご出席の一覧、陪席の一覧が出ております。

１枚めくっていただきまして８ページになりますが、審議事項に関しましては３つありまして、１番、病棟における学齢期の入院患者へのWi-Fi無料開放についてということで、この段階で、特に小学校から高校までの方が入院しているのは中部病院、南部医療センター及び琉大病院がメインなんですが､そのうち琉大病院が学齢期の入院患者のWi-Fiの無料開放をしていなかったものですから、琉大が無料開放するようにという要望が出まして、小児・ＡＹＡ部会からの提案だったんですが、原案どおり要望が採用されたということです。その後につきましては、今日、後半部分で私のほうからまたご報告いたしますので詳細は割愛させていただきます。

２番目が沖縄県における医療機関の集約化と分散化について。これは医療部会からの提案だったんですが、幾つかご意見は頂戴いたしましたが、ほぼ原案どおり承認されまして、その後につきましては後でまたご報告をさせていただきます。

３番目が計画の進捗状況について。このときは簡単な説明をいたしましたが、特にご意見等はなく、その後につきましては今日、また後で説明をさせていただきます。

報告事項に関しましては、協議会で審議したことのその後についてご報告をしたこと。あと患者会からご報告があったこと。次のページにいきまして、各拠点病院が取り組んでいるがん対策について６つの拠点病院からご報告がありました。あとは大腸がん死激減プロジェクト連絡会議と地域統括相談支援センターに関しましては報告がありませんでした。

また、厚労省におけるがん関連審議会及び各種会議につきましては、時間の関係上、紙面報告となっております。また、部会報告につきましては、以下のような形で報告がされております。

次のページが前回の第３回連携協議会の議事録となっておりますので、それぞれ皆さま、ご確認いただきまして、もし修正等がありましたら事務局のほうにご連絡いただければと思います。

次が資料４、75ページ、だいぶ先ですが、これが連携協議会及び幹事会、そして各部会の名簿の一覧になっておりますが、これもそれぞれご確認していただければと思います。

説明いたしますのは82ページ、資料５になります。今日が今年度第４回、最後なんですが、来年度の開催日程案につきまして一覧表を出しております。協議会に関しましては、基本的には５月、８月、11月、２月、３カ月ごと。５月、８月、11月、２月の第１金曜日と規定を持っておりますが、５月に関しましては大型連休にぶつかっておりますので、第２金曜日の５月８日、８月は予定どおり第１金曜日、８月７日、第３回につきましては大きな学会が重なっておりまして、その都合で第３金曜日、11月20日金曜日となっております。また第４回は予定どおり２月５日金曜日となっておりますので、それぞれご確認をお願いいたします。もし多くの委員の方からその日は都合が悪いということがありましたら、また調整いたしますのでご連絡いただければと思います。

また幹事会は協議会に先立つ１カ月前、４月、７月、10月、１月の開催となっておりますので、それぞれご確認いただければと思います。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

増田先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。特に最後の日程のところを押さえていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

特になければ、続きまして有識者からの報告、説明事項に入ります。まず資料６を埴岡委員より報告をお願いいたします。

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）

では、資料６、83ページをお開きください。私からは全国がん登録の５年生存率報告からということで情報提供させていただきます。

84ページ、概要ですが、全国がん登録の５年生存率が初めて公表されました。これは2016年の症例になります。公表データですので、沖縄県の数値も確認しておいたほうがいいかなということで、その機会とさせていただきます。

注意点としまして、今回、生存率の定義は純生存率という形になっております。統計処理した結果、生存率の数字が100％を超える数値も出ておりますが、計算結果のままでございますので、原典のまま載せております。詳細につきましてはレポート本文の症例数や95％信頼区間などを見ていただければと思います。

今回はまだ初回の発表ですので、罹患が発表された初年度はかなり極端な数字も出ておりました。なので、生存率で初年度ということで、データの安定度等はまだ道半ばになるかもしれませんが、これまで地域がん登録で見ていた分が、やはり全国がん登録のほうが仕組みとして精度が高くなるはずですので、そちらを見ていくことに移行していくと思いますので、その辺の先読みもしながら慣れていくということかと思います。

今回は進展度別のものはまだ出ていないんですけども、今後、①のところですが、進展度別に出てくるであろうということ。それから、この2016年度の早期発見率、進展度別割合なども含めて見ていくということもしていかないとということ。それから、さらには2016年の罹患率とか、それに関連した死亡率なども含めて体系づけて、関連づけて課題がないか見ていくことになるのかなと思っております。

次のページは報告書の体裁ですが、このような表紙の下にございまして、奥付のほうでは１月14日付の発行ということで公表されております。

次のページは具体的な掲載の仕方がどうなっているかですが、１例だけ挙げます。大腸

がんのページで、全国の数値と、それから一部、真ん中のほうを抜粋して、沖縄県のところが見えるようにしております。左の端に都道府県、全国が書いてあって、北は北海道から南は沖縄まで並んでおりまして、横は男性、女性、そして総数ということで出ておりまして、それぞれが集計対象数、５年純生存率、そして95％信頼区間がついております。

例えば男性のものを見てみますと、全国が９万853症例、生存率が68.6、信頼区間が68.2～69.0。下のほうは沖縄県ですが、922症例、５年生存率が65.1％、信頼区間が61.2～68.6です。沖縄の上限が68.6、全国の下限が68.2ということで重なりますので、95％信頼区間で有意に悪いということはいえないというような形の見方になります。

このデータは何を見ているかということを、再確認で次のページを見ていただきますと、がんの部位別に評価していくときに、このロジックモデルで見ていくということをこのところしてきておりますけど、右上の死亡率を見ているのではないということですよね。右下の生存率を見ているということなんですけども、生存率で進展度別に分けて見ていないので、この左側の影響がどこから来ているかというと、早期発見率や部位別の構成比からの影響も受けているということ。

そして、下のほうの治療の質に近い進行度別の５年生存率も影響を受けているということになりますけども、今回、全国がんで出たのは進展度を分けていないものなので、「ここ」と書いてある部分に該当します。後ほど少し見ていただく地域がん登録で進行度別に見たデータは左下のほうになるという位置づけということを頭に置いておいていただければと思います。

このレポートを見ますと、先ほど大腸がんでは95％信頼区間で有意に悪いと出ていないということだったんですけども、同じ見方でいいますと、９つの有意に悪い該当、数字上、有意に差があると出ているところが９つございました。まず食道の男性、女性、それから総数、そして胃がんの男性、女性、総数、そして直腸の男性、それから皮膚の女性、それから乳房の男性という９つでございました。

この後の89ページからは、今、言った部分とも幾つか重なりますけども、単純に順位で低めのものを幾つか例示したという形です。

89ページ、食道の男性ですけども、グラフを見ていただきますと、統計学的有意にも差がありましたが、グラフで描くとこのような形で、一番左が低くて、少し乖離した低さになっております。

次は食道の女性ですけれども、これも一番左側にありまして、３位なんかからも比べて

少し乖離した数値になっているし、95%信頼区間で有意差があるということでした。

次のページは胃がんの男性ですけども、これも一番左側で、２番目と10ポイントぐらい差があるという形になっており、かつ有意差がありました。

胃がんの女性ですが、これも一番左側の一番数字が低いところであり、有意差があるということでした。

次が直腸の男性ですけれども、これは２番目にありまして、これも有意差がありました。

次が皮膚なんですけども、皮膚は、これも有意差があったということです。

悪性リンパ腫のほうは３番目ですけども、有意差は出ておりません。このようなグラフ表記になります。

次に当日配布資料④で関連資料を出していただいておりますので見ていただければと思います。

まず１ページ目、食道のところを見ていただきますと、男性、女性、総数とありますが、例えば2016年の全国は46.4、信頼区間が45.6～47.2、沖縄は32.1で、下限が23.4、上限が41.1となっております。沖縄の上限41.1が全国の下限45.6に達しておりませんので、有意に低いというような見方になっております。

参考値として、この下に2012年から2015年の値を出してありますけど、これは今回、示された全国がん登録の前に地域がん登録の形の時代のものが出されております。定義は純生存率ですけれども、ということです。ここで同じ数字を見ていただくと、沖縄は37.6で、下限が32.5、上限が42.7、全国値が42.5で下限が42.0、上限が43.0で、ここは重なりますので有意差はなかったみたいな形になります。

この形で１ページ目に食道と胃と直腸も出ておりますし、めくっていただいて２ページ目に女性の皮膚が出ておりますので、先ほどご紹介しましたように、有意差があるところを確認していただければと思います。

簡単に触れますと、皮膚に関しては男性と女性を見ていただきたいんですけど、男性の場合は、沖縄の純生存率は101.7%ということで100%ぐらいということです。全国値より良いということになります。女性のほうが78.6で、下限が64.9、上限が87.5。全国が92.1で、下限が90.7、上限が93.3ということで重なりませんので、有意差があるということで、男女差が極めて極端であるということが少し不可思議な気がいたします。

乳房、女性のほうは有意差がないんですけども、男性のほうが有意差があると。男性が42.3で、信頼区間が2.8～81.2ということで随分開きますけれども、全国は87.5、これが82.3

～91.3なので、重なると有意差があるということですが、実際、症例数は幾つなのかと見ますと５なんですね。なので、多分５分の２ということで計算されて42.3になっているんですかね。ということで、全国的には大体５なら、５分の５か５分の４だというところが、５分の２のところを、３がどうなったのかということに関心を持って調べるかどうかというようなことも出てくるんじゃないかと思うところです。

このようなデータが公表されておりますので、各専門家ないし関係者のほうでがん治療の品質保証に資するデータがあるのかないのか、どこか調べておくところがないのかあるのか、見ていただければと思います。

最後に一番最後から２ページだけ追加情報もつくっておいていただいていますので拝見したいと思います。今、見ておりました同じ束のものの最後から２ページ目、食道がんに関して切り出して出していただいております。一番上は先ほど見たデータとほぼ一緒で、食道に関して、男性、女性を合わせた総数で2016年の全国がん登録のところを見ており、沖縄の値が30.8、下限が22.9、上限が39.0。全国が46.5で、下限が45.8、上限が47.2。39.0と45.8が重ならないので有意差があるということでございました。

その下の欄、地域がん登録時代の2012年から15年のところを見ますと、沖縄の上限が42.4、全国の下限が42.4ということで同値でございますけれども、ほぼ有意差があったということかと思います。

では、もうちょっとステージ別に見たいよねということがあると思うんですけれども、下のほうにいきますと院内がん登録のデータがあって、こちらはステージ別に分かれているので見ておきたいと思います。

院内がん登録時代の2014年、院内がん登録における情報ですね。2014～15年で、沖縄は43.5、下限が35.7、上限が51.2。全国は47.8で、下限が47.2、上限が48.5なので、これは有意差なしということですね。

もちろんこれはgrossで、総数で見ているので、ステージ別に配分、そのportion、シェアが違うと影響を受けるよねということも関心があるかと思いますので、その下の表、箱にはステージ１、２、３、４の症例の構成比も出ております。少しステージ１が少なくてというようなことが、ステージ２が多いとか、ステージ３が多いということがあると思います。ですので、それ相応のそれぞれの生存率の構成比によって全体の影響もあるということですし、ただ、その影響の度合いが一定範囲であるということも想定できると思います。

その下、ステージ別のところですが、時間の関係で省きますが、ステージ１、２、３は有意差はないということですね。かなり低いものも数字上はありますし、上回っているものもございますけれども、有意差はないということです。これらを総合的に見て低いという中でどの程度低いといえるのか。それをどの程度の問題として捉えるのかということが出てくるのではないかと思います。

一方、胃がんのほうはやや様相が違いまして、最終ページですけれども、胃がんのデータです。一番上、全国がん登録、2016年のデータですが、これは繰り返しになりますが、沖縄は49.8で有意差がありました。2012年から15年の地域がん登録時代のものも56.8、これは有意差がありました。下に下りていきまして、2014年、15年、院内がん登録のデータで、2014、15、沖縄は59.0、これも有意差がございました。

次にステージ別の構成比が出ておりますが、ステージ１、全国が63.4の割合ですが、沖縄は54.0でステージ１が少ない。がんが遅れて発見されている。ステージ２が全国は8.9に対して12.3で多めということで、ちょっと遅れて発見されている。ステージ３も高い、ステージ４も高いということで遅れて発見されている。これは総数の数字が少し悪くなることに影響しているかもしれません。

この下は純粋に１期、２期、３期、４期と分けて取り出しておりますので、その影響においては省かれているということですが、胃がん１期、2014年、15年で、沖縄が85.7で、下限が79.0、上限が92.3。全国が92.8で、下限が92.5、上限が93.1で、沖縄の上限と全国の下限が重ならないので有意差があるということ。胃がん２期に関しては説明は省きますけれども、これは有意差はない。胃がん３期は有意差はなしですよね。胃がん４期が有意差ありということですね。

有意差ありなので少し説明を加えますと、沖縄の生存率は1.2になりまして、信頼区間の下限が－0.7の上限が3.0。全国が6.3で、下限が6.0、上限が6.7ということで、重ならないということで有意差があるということになります。

胃がんに関しましては、沖縄は死亡率は少ないんですけれども、全国一少ない部類だったのが、全国が急激に減る中でそんなに少なくないところになってきており、一般の胃がんはどの施設でも治療成績はあまり変わらないといわれている部分もあると思うんですけれども、沖縄はかなり症例分散されているところもある中で、スタッフの充実などもある中で質の妥当な治療が行われているのかということを検討するときの材料になる可能性もあるということでございます。

まとめますと、全国がん登録という鳴り物入りというか、大きなテーマであったもののデータが集積されて、集積されてから５年生存率が出るまではだいぶかかるわけですけれども、皆さんの努力で、我慢の中でようやく出てきたということで、まだ出し方が、かなりまとめたデータなので、ちょっと分解して見ていかないといけない部分もあるということなんですけども、だんだん全国がん登録で見ていくということと、それに関心を持って見ていくということと、そのデータの読み取り方を学びながら、がん診療の質に役立てる部分があれば役立てていくということがこの会議体に求められていることかと思いましてご紹介をした次第です。以上です。

○高槻光寿議長代行

埴岡先生、ありがとうございました。2016年から始まって、もう10年のということだと思うんですけど､いかがでしょうか｡なかなかフォローが難しいところはありましたけど。

先生、最後に食道と胃のところでご説明をいただいたんですけど、例えばiPadの99ページの食道のところを見たら、沖縄がすごく低いということになっているじゃないですか。最後の紙資料を見ると、沖縄は発見が基本的にはちょっと悪い。全国と比べても悪くて、ステージが進んだところで発見される症例が多いからというイメージでいいんですか。

○埴岡健一委員

その影響度は１期、２期、３期のそれぞれの全国の成績を見て、構成比を掛け合わせるとどの程度、構成比が違うと生存率が下がるか、大体わかると思うんですけども、それを超える低さである可能性がないかどうか。ステージの構成比の影響以上にあるんじゃないかという可能性があるということと、ステージ別に分けたときは有意差が、数が少なくなるので出にくくなるんですけれど、その辺を勘案してどう評価するかだと思います。

○高槻光寿議長代行

なので、ステージに見合った治療が受けられていない可能性もあると。

○埴岡健一委員

それがquality assurance的には検証して担保して、大丈夫だったら大丈夫だということを確認して、もし問題があったら問題があって、どこをどう修正したかを検証することが

必要かもしれないと。

○高槻光寿議長代行

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。食道、胃。胃はあれですが、食道がんあたりはやはり集約化したほうがいいがん種なのかなと思いますけど、いかがでしょうか。よろしいですか。

特にご意見がなければ次に移ります。よろしいですね。

続きまして天野委員よりご報告をお願いいたします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

資料は通しの番号で141ページとなります。iPadの資料になるかと思いますのでそちらのほうをご覧いただきながら聞いていただければと思います。

私からは、高額療養費制度の見直し案が政府から公表されていますので、その経緯と現状について説明を申し上げたいと思います。

ページをめくって142ページです。そもそも今回の経緯としましては、一昨年の12月に政府から高額療養費の見直し案が出たところですが、さまざまな国会の議論等を経て、昨年の３月にわれわれ患者団体と総理とで面会の機会をいただきまして、総理から、「高額療養費の見直し全体について、本年、その実施を見合わせるという決断をいたしました。」、すなわち2025年ですけども、「2025年秋までに改めて方針を検討し、決定することといたします」というお言葉をいただきまして、それで検討が進んできたということになります。

143ページ、その後、昨年の11月になりますが、実は私たち全がん連の事務局長である轟浩美理事がちょうど昨年の秋に進行したステージ４のがんと診断されまして、そのことを知った石破前首相が会うとおっしゃっていただいて、これは会ってきたときの写真です。このとき、石破前首相からは轟さんに対してお見舞いの言葉と、それと高額療養費については「厚生労働省も鬼ではないんだ」と。「彼らは彼らの仕事をやっているんだから、どうかわかってやってほしい」ということを言われたと記憶しております。

144ページ、こちらの高額療養費のあり方については専門委員会が厚生労働省に設けられまして、全部で９回にわたり検討が行われてきました。専門委員会にはがんと難病の患者団体からもそれぞれ委員が参画する形で、さまざまなヒアリング等を行ってきたところで

す。

最後に12月になってですが、12月15日にまず全体の「基本的な考え方」のとりまとめ案が出まして、その後、12月24日に厚労・財務両大臣の大臣折衝が行われて、そこで初めて具体的な見直しの金額が出まして、12月25日に、最後の専門委員会で具体的な見直し金額が委員会に提示されたことになりますが、ただ、もうこの25日の時点では、24日に既に厚労・財務大臣の両折衝が行われていて、金額はもう決定された後ですので、第９回のときは委員会に対して報告ということで金額が示されたものと理解しております。

145ページ、これは実際のＮＨＫニュースでの大臣折衝の様子ですけども、これに対して私たち患者団体からは、がんと難病の団体から共同声明を出していまして、趣旨としては右側の赤枠のところに書いていますが、後で説明しますが、今回、長期にわたって継続して治療を受ける患者さんに対してはさまざまな配慮がなされていて、その部分は評価しているところでございますが、月ごとの限度額がまだ十分抑制されていないということで、まだまだ負担が重いのではないかということで、その金額を抑制していただけないかということを共同声明で訴えた次第です。

146ページ、左側は厚生労働省が出している見直し全体の細かい図になりまして、右側がその中で、これは朝日新聞の記事からの引用ですけども、特に月ごとの限度額ですね。左側の詳細な表で、赤枠でくくってある部分ですけども、月ごとの限度額をまとめたのが右側の朝日新聞の表になります。この中でそれぞれ年収区分ごとに引き上げの金額が違うのですが、いわゆる中間層といわれる510万から770万の層ですね。特に650万から770万の層に着目しますと、右側の図ですけども、現行では月額上限が８万100円＋１％となっているところですが、今年の８月からは８万5,800円に引き上げると。いわゆる定率値上げということになっていて、２段階目が来年の８月からでして、例えば650万から770万の層であれば11万400円に上がると。

実は前回、2024年12月に示された政府当初案ですとおよそ13万円程度になっていたので、それに比べるとおおむね半分程度になっていて、パーセンテージでいうと、前回が70％程度の引き上げだったのが今回は38％ぐらいの引き上げになっていて、一定程度の抑制は行われている。ただし、一方で患者さん側からも「これでもまだまだ負担が過重だ」という声が出ている状態です。

それに加えて、今回、新しくできた制度が、一番右側に出てきます年間上限といわれる制度です。どういうことかというと、高額療養費制度には多数回該当といわれる制度があ

って、上限に過去12カ月間で３回達した場合は４回目からは割引になる制度がございます。例えば今言った650万から770万の層であれば、多数回該当に該当すれば、現在の月額上限は８万100円であるのが４万4,400円になります。

この多数回該当については今回、引き上げは行われないということになっていますので、長期にわたって継続治療を受ける方の経済的な負担は一定程度、抑制されているということがありますが、ただ、月額の上限が上がってしまいますので、上限に達しない患者さんが出てくる可能性があると。

そうすると、いつまでも上限に達しないので、いつまでも多数回該当にならない金額を支払い続ける患者さんが出てくる可能性があるということで、新たに年間上限という制度が設けられていて、例えば650万から770万の層であれば、年額53万円が上限で、これ以上は支払わなくていいという仕組みになっていますので、長期にわたって継続して治療を受ける患者さんは負担が一定程度抑制、あるいは軽減されているということになります。

７ページになります。これはちょっとややこしいので飛ばしますが、一応、今回の見直しに伴う年収区分ごとの引き上げの概観になっています。

８ページ、ここからは実際に厚生労働省が示している負担減となる患者さんの例と負担増となる患者さんの例です。

まず、負担がむしろ減る患者さんの場合ですが、多数回該当の金額が引き下げとなる年収200万未満の患者さんということで、ここに出てくるケースの患者さんは、これは実際の協会けんぽのデータを基にしている実在している患者さんの例です。この患者さんは40代の女性で、年収は約200万ということで、乳がんで術後再発をされていて、転移もされていて、分子標的薬をずっと継続して使用している患者さんになります。

この患者さんは現在の制度での負担では多数回該当に該当しますので、ある程度、負担が抑えられて、毎月４万4,000円を払うと。自己負担の年間の金額はおよそ44万7,000円になりますが、この患者さんが今回の引き上げになるとどうなるかというと、年収が低い方については、多数回該当は引き上げではなくて引き下げになっています。むしろ引き下げられているので、年収が低い患者さんにつきましては、むしろ年間で44万円が34万円に引き下げになります。これは今回の負担軽減策の一環ということになります。

９ページ、これはまた別に負担減となる例ですが、自己負担限度額の引き上げにより多数回該当から外れてしまうんですけれども、年間上限で救済されるという患者さんの例です。左側の例ですけども、現在では毎月８万円程度払っていたところが、月額上限３回に

到達するので、４回目から４万4,000円に引き下げになりますので、この患者さんは現在では55万2,000円、年間では払っています。

ところが、右側の図になりますけども、今回の引き上げが行われた場合、引き上げになることによって、この患者さんはずっと月額上限に達しないので、毎月ずっと８万円を払うことになってしまうんですが、ただ、それとは別に今度は年間上限が新たにできますので、この患者さんの場合、途中で年間上限に到達するので、その時点でもう負担は打ち止めになるので、こういった患者さんの場合はむしろ負担が、わずかですけども、55万2,000円から53万円に減っているということがいえるかと思います。

10ページ、負担増となる患者さんはどういった患者さんかということです。例えばこの患者さんの場合は、年間で高額療養費に該当しているのが、この方は３回該当しているという患者さんですけども、この患者さんは現在の負担額では年額にして42万6,000円であるのが、見直し後は月額の上限が増えているので、その分、負担が増えますので、年額にして負担が51万4,000円に上がることになります。これは実在の患者さんの例になります。

11ページ。ちょっと細かい図になりますが、具体的にどういったケースの場合に負担増になって、負担減になるのかを立教大学の安藤教授が試算しています。例えば11ページの表では、年間12回、上限に３回該当して、その後、９回は多数回該当になる患者さんの場合は、赤枠で囲っていますけども、年収区分が650万から770万の患者さんについては、年額にして10万9,900円負担減になります。ですから、長期にわたって継続して治療を受けている方はむしろ負担減になります。

12ページ、例えば上限に該当するのが３回という方については、先ほど言ったように月額上限が増えていて、それがそのまま負担増になるので、年収区分が650万から770万の患者さんで見ると、年間にして９万900円の負担増になります。区分によっては当然、負担増の金額が違っていて、収入が上の方はもっと高い金額の負担増になる場合もあるということです。

13ページ、大体何回ぐらいまでの上限該当と多数回該当になった場合に負担増になるのかというと、おおむね７回ぐらいまではこういった金額になるので、負担増の金額になるということが試算では出ています。

最後に14ページを見ていただいて、具体的にどういった割合になっているのかなということですけども、これは厚生労働省が出しているざっくりとした粗い試算になりますが、おおむね８割程度の患者さんは、結果としては負担増になります。負担減になる患者さん

は２割程度と見積もられています。つまり長期にわたって継続して治療を受ける患者さんは負担増がかなり大きくなってしまうので、そういった患者さんは負担減もしくは負担据え置きになっているわけですけども、回数が７回ぐらいまでの患者さんはむしろ負担増になるという見直し案になっていて、この部分については、月額上限についてはさらに抑制していただきたいとわれわれ患者団体からは引き続き要望しているところになります。

資料にはないんですけども、実は今週になりまして共同通信から報道がありまして、今後、法律の改正により高額療養費については２年ごとに見直しを行う、検証を行うことが厚生労働省内で検討されているという記事がありました。見直しですので、必ず引き上げをするというわけではないと思うんですけども、引き下げをするのはなかなか考えづらいかと思うんですけども、もし仮に２年ごとに引き上げとなってしまうと、場合によってはもう際限なく上限額が引き上がっていくことになってしまいまして、患者さんががん治療費、がんの医療費を支払うことが困難になってしまうので、そうならないことをわれわれとしては切望しているところですが、現状、まだ共同通信だけの報道ですので、詳細はまだ全く明らかになっていませんが、そういった検討も併せて行われているということを申し添えます。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

天野先生、ありがとうございました。高額療養費の見直しのお話でしたけど、いかがでしょうか。よろしいですか。

月ごとの限度額の引き上げ。そんなに上げられてはいないということですか。

○天野慎介委員

金額としては一番上がっている層で３割なので、前回は７割ですから、それに比べればおおむね半分程度には抑制されていますが、ただ、いわゆる研究者の方によると、日本の高額療養費の負担割合は既に世界保健機関、ＷＨＯが破滅的医療支出という定義をしているんですけども、一部の所得層の患者さんは破滅的医療支出の水準を超えてしまっているので、今後、さらに継続して２年ごとに際限なく引き上げていくと、恐らく破滅的医療支出の水準を超える患者さんがさらに増えてくる可能性はあるかなと思います。

○高槻光寿議長代行

いかがでしょうか。年間の上限は引き上げせずだけど、それで該当する、しないで負担が増えたり減ったりということがあるということですよね。なかなか難しいなと思いましたけど、いかがでしょうか。よろしいですか。

天野先生、ありがとうございました。

その他、報告事項はございますでしょうか。よろしいですか。

審議事項第１号議案の提案について審議を行います。沖縄県歯科医師会からの提案となっておりますが、会長の米須さんが急きょご欠席ということで、代理出席の崎濱先生よりお願いいたします。

審議事項

１．周術期における口腔機能の管理について（沖縄県歯科医師会）

○崎濱秀海（米須敦子委員代理　沖縄県歯科医師会）

皆さま、こんにちは。崎濱と申します。会長、米須の代わりに代読させていただきます。

「がん患者における歯科治療及び口腔ケアについてのお願い」とあります。前半は一応、ざっくり何を言いたいかというと、周術期に口腔ケアで、手術を控えた患者さまを紹介していただくことは大変ありがたいのですが、手術日直前だと日程調整が厳しいというお話です。

資料155ページの真ん中ぐらいです。沖縄県歯科医師会では、がん患者に対する口腔ケアに関する医科・歯科連携をより円滑に進める観点から、１、外科的治療、放射線治療、薬物療法の施行予定の少なくとも４週間前の予約、２、抜歯、齲蝕、これはむし歯ということですね。歯周病処置が多数、長期に及ぶ可能性がある場合は、少なくとも８週前の予約（感染源除去創部の治癒について、１～２週間かかるため）を要望します。

なお、歯科医療機関においては、これらの紹介患者につきまして、可能な限り治療を優先的に進めていくことを検討しております。ただし、現在、歯科医院は感染防止のため、完全予約制になっており、直前の対応処置に関しては難しい場合もあります。このことが会員からの最も多い訴えです。

口腔ケアとは口腔清掃、嚥下指導等のことで、診査、診断、治療のことではありません。感染源の処置は、当該病院の歯科口腔外科において、処置後に開業歯科医への紹介なのかも確認していただきたく、その除去となりますと、抜歯、歯周治療、根管治療、神経の治療ですね。バイオフィルムの除去、歯石の除去などは１カ月以上の期間がかかります。な

お、腫瘍処置優先のため、口腔機能回復、義歯や、入れ歯や差し歯ということですね、は除外しています。

以上を沖縄県がん診療連携協議会で協議していただき、次のページなんですが、別紙のような文書をがん治療に関わる全ての医療機関へ配布していただきたいと思います。ご審議をよろしくお願いいたします。

ざっと言うと、すごい直前に予約を取っても口腔ケアとかに苦慮するし、口腔ケア以外の睡眠時無呼吸症とか、糖尿病内科から紹介、すごいありがたい話なんですけど、日程が難しいということですね。

あとは一般の普通の患者さんも、意識の高まりから歯科医院での歯石の除去とか、そういうのを希望する患者さんが多くて、それも一因でありますし、私の開業している浦添市では大体40軒ぐらい歯科医師会の会員の先生がいるんですけど、去年４軒、廃業しました。高齢化とかいろいろ理由はあるんですけど、そういう意味から歯科医院での予約は大変取りづらくなっているということを提案させていただきたく、156ページの案をお願いしたいと思います。

○高槻光寿議長代行

よろしいでしょうか。ありがとうございました。県の歯科医師会からのご要望ということだと思いますが、156ページの太字で書いている１、２のところだと思いますが、いかがでしょうか。

いわゆる総合病院等であると病院内で対応できることもあるかもしれないですけど、そうじゃなく、開業医さんにお願いしたい場合のお願いということだと思うんですけど、手術の４週間前、約１カ月前までを目安というご要望と、何かあった場合はもっと早くと。８週前、２カ月前ぐらいですね。

○崎濱秀海（米須敦子委員代理　沖縄県歯科医師会）

できればお願いしたいと。

○高槻光寿議長代行

ご意見はいかがでしょうか。お認めいただけますか。よろしいですか。

それではお認めいただいたということにいたします。ありがとうございました。

続きまして審議事項第２号議案となります。提案はベンチマーク部会からですので、部会長の増田先生からお願いいたします。

２.「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版)」の中間評価について（ベンチマーク部会）

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、ベンチマーク部会から提案いたします。157ページ、資料９－１をご覧ください。

今後、本連携協議会において、私たちが使っております第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）を根拠に中間評価作業をこれからしていくということで、それの作業工程や今後の方針につきまして、ベンチマーク部会のほうから提案をいたしますのでご審議の上、ご承認をお願いいたします。

背景としまして、国、厚生労働省は昨年から中間評価を実施中であります。今年の2026年の夏までにはまとまる見込みになっております。また、来年度は都道府県がん対策推進計画の中間評価年が47都道府県で一斉になるかと思います。

これまで国、厚生労働省はロジックモデルの指標を活用したプログラム評価の考えに基づきまして中間評価を実施してきています。沖縄県もがん対策を含む医療計画ですね。今、第８次医療計画が走っておりますが、ロジックモデルの指標を活用したプログラム評価の考えに基づいて年次進捗評価を実施しておりまして、全国的に高い評価になっているのはご存じのとおりです。

提案としましては、本連携協議会におきまして、連携協議会が作成したロジックモデルに基づきまして中間評価を実施するということです。成果物としましては、沖縄県がん診療連携協議会ロジックモデル中間評価報告書を作成して、県のほうに参考資料として提案することになるかと思います。

想定効果としましては、このロジックモデルと、今、正式な第４次の沖縄県がん対策推進計画の、こちらもロジックモデルになっておりますが、両方の改善によって政策効果をより高め、沖縄県のがん患者・家族の「いのち、生活の質、社会生活」のアウトカムを高めるという想定効果が得られるのではないかと思っております。

具体的な方法としまして、まず参考とすべきは、国と沖縄県のロジックモデルと指標を活用したプログラム評価の考えに準じて行っていくと。国はプロセス評価とインパクト評価に範囲を絞っておりますが、実際には委員からはセオリー評価に関する意見も多数出て

おります。

参考にするために、本日、当日配布資料①というＡ４横のパワポの資料も同時にご覧いただければと思います。表紙がありますが、１枚めくっていただきまして、これが昨年、10月６日に行われました第92回がん対策推進協議会で出された厚生労働省からのがん疾病対策課から出た資料２－２になります。ここでは国が行っております基本計画の中間評価の作成の流れが出ておりまして、１枚めくっていきますと、今ちょうど私のほうで述べました中間評価の手順が付けてあります。

中間評価につきまして、政策評価におきましてはステップ１からステップ５までありまして、ステップ１がニーズ評価、必要性評価、満たされていないニーズを確認すること。ステップ２として、セオリー評価、整合性評価として、ロジックモデルが論理的につながっているか。また、ステップ３として、プロセス評価、実行評価、決めたことを実行しているかどうか。ステップ４として、インパクト評価、効果評価ということで、アウトプットがアウトカムに対してインパクト効果を発揮しているか。そして、ステップ５としまして、コストパフォーマンス評価、費用対効果、効果から費用や労力が正当化できるかと。これが一般的な政策評価のステップ１～５となっております。

国もこの赤で囲んだところの中で、水色のところ、中間評価ではプロセス評価とインパクト評価を中心に実施すると言っています。青い囲みと黄色で印をつけたところは私が書き込んだもので、当連携協議会では、１番から４番までのニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価の４つについて行っていこうとベンチマーク部会としては考えております。

元のiPadの資料に戻りますと、国は今、お話ししたとおり、プロセス評価とインパクト評価、ステップの３と４ですね。それに対して沖縄県は主にステップ２、３、４のセオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、そして全体としての総合評価を実施しております。今回、この４つの評価＋総合評価、５つの観点から評価をしていこうかとベンチマーク部会では考えております。

それにつきまして、いろいろな資料をつくりまして評価をしやすくしていこうと考えております。全部で４つのフォームを考えておりまして、①が指標評価表というものです。指標評価表に関しましては、このＡ４横の紙でいいますと、10ページになります。10ページをご覧ください。

沖縄県の第８次の医療計画は毎年、進捗評価を行っていますが、そこの糖尿病対策のも

のを持ってきているんですが、こういう形で、これが１つ、指標評価表となっております。皆さんは毎回、見ていらっしゃると思いますが、Ａ３縦の大きなロジックモデルの表も全部、指標が入っておりますから、これも指標評価表の１つになるかと思います。こういう形で、これが１つ。

次に②が取組一覧表になっています。取組一覧表につきましては、皆さまにお配りした中の４ページになります。これが取組一覧表の１つとなっておりますので、このような形のものをつくるということです。

③が個別施策表というものをつくる予定でおりまして、これは12ページをご覧ください。カラーのところなんですが、右上に「沖縄県方針６／６」がありますが、これが個別施策表の１つとなっております。

最後に、④意見集約表がありまして、戻りまして５ページですね。これは国のものなんですが、こういう形で意見集約をするということで、あくまでも参考ですので、これからこれらをベンチマーク部会として参考にしながらオリジナルのものをつくっていきますが、おおむねこのような形で、国のやり方、県のやり方に準じた形で進めていくと。フォームなどはつくっていくということを考えております。

今後の手順、日程なんですが、２ページ目の上のほうからですが、丸でありますが、本日がこの基本方針を提案してご了承いただければと思っております。

また、これが終わりましてから、今月、３月、４月と３カ月かけまして各フォーマット類を整備した上で、指標評価表の仮読み取り。例えば今日も2016年の全国がん登録の５年生存率が出ましたが、こういったデータがベースラインに沿って、ベースラインと比較して良くなっているのか、悪くなっているのか。また、全国平均と比べてどうなのか。そして、良かった場合でも最良県と比べてどうなのかといったことを見ていくことになるかと思います。

これをベンチマーク部会で行う。また、取組一覧表をそれぞれ各個別施策ごとにつくっていくという形になるかと。これはベンチマーク部会と事務局のほうで行いまして、各部会のほうに修正をお願いするような形になるかと思います。あと、個別施策表のほうも事務局とベンチマーク部会でつくって、各部会のほうで確認をしていただくという形になります。

最終的に５月８日に予定されている来年度第１回の連携協議会に対しては、この①②③をセットにした評価作業資料集をつくりまして、そこで皆さまにご説明を申し上げた上で

ご意見を頂戴したいということです。そこでは意見集約表をお配りしますので、こちらで簡単にまとめた評価作業資料集をお渡しした上で、その後、今日ご出席の委員の皆さまのご意見を頂戴するような形になります。

そして、５月、６月、７月の３カ月間でお渡しした意見集約表を回収して、それのとりまとめを事務局のほうでいたします。また、個別施策表の、これは評価が入ったものを、素案を作成します。そして、これをベンチマーク部会のほうで１回練って、第１回目の審議を行って、それをとりまとめしまして、中間評価報告書骨子までつくりまして、第２回の連携協議会にお諮りする形になるかと思います。そこでまた皆さまからご意見を頂戴することになるかと思います。

それが終わりましたら、８月、９月、10月にかけてご意見を頂戴した上で、今あるロジックモデルを部分的に修正する、改訂案を作成する予定。その上で残り、この時点であと２年半程度になった、第４期の計画の残り２年半につきましてのアクションプランを重要なものに関してはつくっていくと。そして、この２つを含めて中間評価報告書案を、最終的なとりまとめ案を作成しまして、第３回の連携協議会のほうでご審議をしていただくことになっておりますので、中間評価に関しましてはここまでで、それを踏まえて……。すみません。これはミスプリですが、２月５日の第４回の連携協議会では2027年度の活動計画等につきましてご審議をしていただくような形で、ベンチマーク部会としては以上のような日程を考えております。

まず１つは、この連携協議会でつくっております第４次の沖縄県がん計画の連携協議会版の中間評価をすることをお認めいただくこと。また、評価の仕方についての方法につきまして、ご審議、お認めいただけないかということ。３つ目が日程につきまして、ご審議の上、お認めいただけないかという、以上の３点につきまして、皆さまのご意見を頂戴できればと思います。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

増田先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。評価するということ、これはいいと思うんですけど、いかがでしょうか。

今日、審議すべきは、この基本方針で行っていいですかということですか。となると、iPadの157ページから158ページにかけてのことだと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○糸数公委員（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の糸数でございます。方針の、中間評価の方法のところの国と沖縄県の評価の対象が少し違うというふうに読みました。国はプロセス評価とインパクト評価というもので、沖縄県はそれにセオリー評価を加えるという話となっていますが、セオリー評価まで見直しをするというのは何か理由があるんでしょうか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

実際にかなりバタバタで。１つは私たちがやっている計画が本当に正しいか、正しくないか、本当のことはもしかしたらわからないのかもしれませんけど、やはり一度、ここで根本的に確認する必要があるのかなと思って。場合によってはピントがずれている個別施策があるかもしれませんので、もう１回、きちんと一つ一つ見直す必要があるのかなと思っておりますので、セオリー評価からと考えております。すみません。それは連携協議会としての話なんです。

○高槻光寿議長代行

よろしいでしょうか。そこは別にいいんですよね。何か国と足並みが合わないじゃないか、そういうことにはならないんですよね。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうですね。国よりはさらに省略しているわけではないのでいいのかなとは思います。

○高槻光寿議長代行

より丁寧にみたいなことになるんでしょうか。ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

３つ目は何でしたっけ。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

３つ目は日程に関しまして、この日程でよろしいかどうか。

○高槻光寿議長代行

いかがでしょうか。これも慎重に提案されている内容だと思いますので特に問題はないかと思うんですが、よろしいでしょうか。

それではお認めいただいたということにいたしますが。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

ありがとうございます。ちなみに県のほうは中間評価の日程はもう確定、どういうふうに……。日程でやるということは何かもう決まっているんでしょうか、糸数先生。

○糸数公委員

事務方が来ていますけど、まだ内部で話し合って、詰めている段階ではないと思います。中間の評価についてもまた恐らく国のほうから、県の組織体といいますか、連携協議会、それからその下の部会の中で議論をするという、これまでの会議の仕組みを使って来年の夏までに行う形となると思います。

ただ、そのときに国から「じゃ、こういうふうな形でやってね」というものが恐らくまた来ると思いますけれども、それに沿ってやるのか、連携協議会のほうを参考にするのか、いいところを取ってやるのかというのはまたそのときに議論をすることになると思います。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

ありがとうございます。

○高槻光寿議長代行

この件についてはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、全てお認めいただいたということでいいですか。

３．審議事項のその他でございますが、何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

次が報告事項になりますので、なければ、一応、ここでひと区切りつけて少し休憩を置くことにいたしますが、予定より早くなっていますので10分間ほど休憩にさせてもらってよろしいですか。

次は３時20分から始めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

（休　憩）

○高槻光寿議長代行

それでは時間となりましたので再開させていただきます。

報告事項に移ります。まず報告事項１につきまして、増田先生からお願いいたします。

報告事項

１．今年度協議会の審議事項のその後について

○増田昌人委員

では、報告をさせていただきます。報告事項１で、資料10-１、183ページをご覧ください。

これにつきましては一昨年から始まりましたが、この連携協議会で審議した事項がその後、どうなっているのかということを毎回、きちんと説明するようにということがありましたので、おととしからその後についてのご報告をさせていただいております。今回につきましては、今年の１回目、５月９日に開催した令和７年度第１回の連携協議会の審議事項から一つ一つ始めたいと思います。

最初の審議事項１番は、計画の進捗状況について、主に説明だったものですから特に決議されたことはありませんでした。

審議事項の２番が、これは集約化の前段階の話し合いとして、北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について、絶対維持するものにつきまして審議をしていただきまして､それが決まりまして､ほぼ全てのがんにつきましては診断まではつけると。その後の治療につきましては、少なくとも胃がんと大腸がんに関しては自己完結することが決議されました。それを受けまして、連携協議会の中で天野委員から特に地域で実際に医療を受ける患者さん、ご家族の方の理解を得ていることが必要ですと。患者会には個別に説明が必要だということがありました。

その後、ここに薄くしておりますのはもう既に前回、前々回の連携協議会で報告したことなんですが、７月に北部医療圏、８月に宮古医療圏でお話をしてきました。

めくっていただきまして、11月21～22日の２日間で、八重山医療圏に対しまして、まずは石垣市の市民保健部長と保健福祉センター長に対してご説明に上がりました。元々は市長、副市長同席の下だったんですが、お２人とも急に別用務が入られたということで、担当部長と保健福祉センター長に対してご説明をいたしました。

また、３つの患者会の７名の幹部の方々に対しまして説明をしております。また、翌日は一般市民向け講演会ということで、35名のご参加をいただきまして、八重山医療圏における集約化、均てん化の話。特に今後の目標につきましてご説明を申し上げました。

次は審議事項３、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しにつきまして、ここの(2)に関しましては、松永委員のほうから胃がんにつきまして、この時点で厚生労働省のつくった資料、実際には消化器外科学会がつくった資料だと覚えておりますが、そこで胃がんにつきましてはハイボリュームセンターの件数を30件以上という定義をしていたところで、それに対して、沖縄県の胃がんの条件が12例というのは少な過ぎるというご指摘がありまして、その後、胃がんワーキングに差し戻しをしまして、最終的に30としたいところではあったんですが、沖縄県は元々、胃がんの症例数が少ないこと、そして現状としてはかなり分散していることから、30をやっている施設がほぼない状況でして、それである程度の各地域の手術ができることを考えますと、12例から、たった３例ではありますけど、15例にして、前回の第３回の連携協議会で皆さまに最終的に承認をいただいたという形になります。

次は審議事項４番、各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて。これは小児・ＡＹＡ部会及び離島・へき地部会のほうからの提案だったんですが、その後、部会において検討しているんですが、なかなか名案がなくて、次のアプローチができない状況でおりますので、引き続き３月の小児・ＡＹＡ部会においても検討する予定でおります。これは進捗がありません。

次に第２回の連携協議会におきましては、審議事項の１番として、医療機関の集約化と分散化につきまして集中審議をしていただきました。最終的に審議条件の、まず１つは選定条件の見直し期間の短縮につきまして、原案どおり、６年は長過ぎるということで３年ごとにしましょうと。それを県のほうに提案しましょうということが決まりました。

それを受けまして、８月27日付で琉大の病院長、鈴木のほうから、実際には連携協議会の鈴木議長から沖縄県の糸数部長宛てに提案書を送付しております。これは後ろのほうに資料10-２として添付してあります。それを受けまして、県のほうでご審議をいただいた上で、今年の１月15日付で糸数部長から鈴木議長宛てに文書をいただきまして、連携協議会の提案どおり、今後は３年ごとに掲載要件の見直しを行うことというお返事をいただいております。

次に審議、選定された医療機関に患者を集約するために行うことということでご審議を

いただきまして、最終的に、次のページにいきまして「決定事項のその後」で書いてあります。

１番が、検診後の精密検査等を行っている医療機関に対して、がんと診断した場合は選定された医療機関へ紹介を促す依頼文書を送り、協力を依頼することが決議されました。それを受けまして、今年１月16日付で対象の83医療機関にその旨を書いた文書を送付しております。これは資料10-４に添付しております。

また２番目に、県内の全ての医療機関に対して、がん医療においては選定された医療機関があることを理解していただくための依頼文書を送り、協力を依頼することが決議されまして、これは２月２日までに、ちょうど801と対象機関がすごく多かったものですから、２月２日同日ではなくて、ちょっとさみだれ式に送りまして、２月２日までに完了しております。

３番が、県内医療機関でがんの相談支援を行っている部署に対して、がん医療においては選定された医療機関があることを理解してもらうことを研修に組み込みましょうということで、これにつきましては情報提供・相談支援部会で検討を行って、来月、研修会を行う予定になりまして、もう既に周知をしております。今、日付を失念しておりますが、３月中にウェブで全ての、例えば地域連携室とかに所属している方々も含めて研修会を行う予定でおります。

また、４番、沖縄県民に対して幾つかありまして、(1)として、毎年発行している「おきなわがんサポートハンドブック」において、選定された医療機関への受診を促すような文章修正を行い、受診を促すことが決議されまして、今年の３月31日に発行される予定の来年度版につきましては、見開きで毎年、がん診療を行う医療施設一覧をつくっているんですが、そこの説明文書の中で「まずはこれらの施設での診療をおすすめします」の一文を加えております。

また、各地の患者会に対して説明会ということで、北部、宮古、八重山で説明を行ったところです。

(3)がリレー・フォー・ライフ・ジャパン。これはかなりの患者さんが参加されますが、そこで参加した方々に説明を行っております。

(5)番は特に前回報告済みで、(6)が審議のうちで、このうち、妊孕性温存の項目の審議に関しましては小児がんワーキングとＡＹＡ世代ワーキングで議論を行いまして、既に小児がんに関しましては、小児がん診療は県立こども医療センター・南部医療センター及び

琉球大学病院でほぼ完結しておりまして、その２つのところが既に、妊孕性温存に関しましてはだいぶ前からやっておりますので、特別、選定要件に入れる必要はないということになりました。また、ＡＹＡ世代のところでは大事なところで、まだできていない施設もあるということで選定要件に入ったということになります。

次に審議事項２が、進捗状況につきましては特に協議はしませんでしたので、報告はございません。

最後の188ページですが、11月７日に開催された第３回連携協議会におきまして、審議事項１番が病棟における学齢期の入院患者へのWi-Fi無料開放について、小児・ＡＹＡ部会からの要望がありまして、基本的には小学生、中学生、高校生を含む学齢期ということなんですが、その時点で琉大病院だけが完全にはできていなかったということで、琉大病院向けに提案書が出されました。

それを受けまして、琉大病院の鈴木病院長のほうからは進めるようにということがありまして、現在、担当事務のほうで実現に向けてやっておりますが、まだ正式にはできていないんですが、個別には対象患者さんはお１人ということで、その方に関しましては今、普通にWi-Fiが無料でできるようになっているんですが､病院としてオフィシャルにきちんとした形にまだなれていなくて、いろいろ手続き上の問題と技術的な問題の両方の問題が完全にクリアできていないところがありまして、今、鋭意、それが実施できるように作業中であります。ただ、少なくても今年度中には完成する予定だと聞いております。

次に審議事項２に関しましては先ほどお話しした内容と一緒ですので割愛いたします。

また、審議事項３に関しましては、特に決議事項はありませんでしたので報告はございません。以上、過去の３回の連携協議会におけるその後についてご報告をいたしました。

○高槻光寿議長代行

よろしいですか。増田先生、ありがとうございました。ご報告ということでしたけど、今の内容について何かございますでしょうか。どうぞ。

○埴岡健一委員

ご説明をありがとうございました。ちゃんとフォローされているということで。

２点、質問させていただきたいんですけど、１つ目が、資料10-４とか10-５ですか。今回のがん診療を行う医療機関の選定結果について、各医療機関とかに通知をされたという

ことなんですけども、これに対する反応が何かあったかどうかということと、それからこれを出すことで、これまでは決めておいたということで、あとはお任せ風だったのが、今回、これを通知が、一種の働きかけとして流れが集約に向かうきっかけになると思うんですけど、その変化が表れたものが統計的に取れたりするというのがいつのタイミングになるのかということ。それがまず１つ目のご質問なんですけども、いかがでしょうか。

○増田昌人委員

まず１つ目、この文章を出したことによって何か反応があったかということなんですが、大きなものとしては今のところありません。

１本だけ電話がありまして、内容の確認についての問い合わせが１病院からありましたが、私のほうで対応しまして説明をして、おわかりいただけたようでして、特に激励でもなく、苦情でもなく、そういう電話が１件だけあったという状況です。

２点目の今後、これについての結果、データをどんなふうに取っていくかに関しましては、なかなか難しいところがあるかと思いますが、幸い、院内がん登録が今現在、沖縄県の場合、日本で一番高い９割を超えるカバー率になっておりますので、そこでは選定された病院がほぼ全て入っておりますので、選定された病院に院内がん登録上の症例数が集まっているかどうかということ。

あとは、手術症例もそこで出ますので、例えば手術する症例がそこに集まっているかどうかは院内がん登録のほうである程度のところは追いかけられるのかなと思います。

実際、今年も報告書はもうすぐ出ますが、例えば小児科に関しましては、ほぼこども医療センターと琉大病院で90、100％治療はされていますし、ほかの領域でも集約化できている、できていない。例えば胃がんだとできていないわけですけど、そういうデータはある程度、傾向は見えますし、過去10年分ぐらいのデータの蓄積があって、だいぶ変わってきているデータもありますので、それで追いかけられるのかなと思っております。以上です。

○埴岡健一委員

今の点に関しましては、過去１年とこれからのデータのビフォーアフターの比較をぜひしていただきたいのと、出し方は、できれば速報値でもいいのでいろんな角度からのとりまとめじゃなくて、取りあえず症例数だけでも出していただいて、半年でも出していただいて、ビフォーアフターの変化が見られるかどうかも見れば有益かなと思うので、そのあ

たりもご検討いただければと思いました。

２つ目の質問になるんですけれども、この結果を資料10-７によりますと沖縄県庁のほうにお届けをされたということなんですけども、糸数先生が今日いらっしゃいますけど、県が依頼されて、こちらで検討されて、お戻しされた連携協議会で施設選定がされたということに関して、これを受けて県庁としては何かアクションといいますか、これを利用して何か対応されるご予定などがもしおありでしたらご紹介いただければと思いました。どんなふうに活用されるのか。

○糸数公委員

ありがとうございます。沖縄県から依頼をして、選定要件について「病院についてお願いします」というのもなかなか言いにくいので、要件ということで選定を増田先生、この協議会のほうにお願いをして、その結果を１月19日に受け取ったということになります。

こちらのほうでまた県としてこれを是とするという作業があって、県としても同じような、その内容を参考にして意思決定をするという作業が残っていますので、これはスピード感を持って取り組んでいきたいと思っています。

○埴岡健一委員

ありがとうございます。スピード感を持って取り組むということでお言葉をいただきましたので。連携協議会発の情報発信と県庁発の情報発信で良い方向に向かえば、効果が出てくればと思いました。私からの質問は２点、以上です。

○高槻光寿議長代行

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは報告事項２は患者会からの報告です。与儀委員より報告をお願いいたします。

２．患者会よりの報告

(1)与儀委員

○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・ぱんさぁの活動報告をさせていただきます。資料は11-１、198ページになります。

まず11月８日９日に開催されました「リレー・フォー・ライフ・ジャパン2025おきなわ」にみんなで参加をいたしました。ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスという活動拠点を閉めた直近でしたので、みんなでとにかくここに集まろうということで、開会式に間に合わせて集合し、サバイバーズウォーク等を楽しむことができました。

２点目ですが、北部医師会病院で開催された北部地区患者会サロンに参加をしました。11月12日で、北部在住のぴんく・ぱんさぁのメンバーと北部乳がん患者会いっぽいっぽの会と意見交換をここでいたしました。今後、みんなで集まりやすくするにはどうしたらよいかなど、さまざまな意見が出て有意義なゆんたく会となりました。

今後の活動としましては、２月19日木曜日に北部地区医師会病院で北部地区がん患者サロン、いっぽいっぽの会が開催されるとのことで、またみんなで楽しくゆんたくをしていきたいと思っています。

また、北部での市民公開講座、名桜大学で３月22日に開催いたしますので、それに向けて、また話し合いもしていきたいと予定をしております。

それから11月15日13時から17時まで、「ピンクリボンカーニバル in イオン那覇」を開催しました。これは乳がん検診啓発活動をイオン那覇１階のうるくスクエア広場で開催し、内容はハワイアンショー、創作エイサー、那覇青少年舞台プログラムのメンバーによるスペシャルステージと、乳腺専門医と乳がんサバイバーによるトークショーを行いました。これも大変盛り上がってみんなに喜んでいただきました。

これらの活動につきましては、ぴんく・ぱんさぁのインスタににぎやかな写真が紹介されておりますので、よろしかったらご覧いただきたいと思います。

最後にラジオ番組「ぴんくりぼんタイム」を10月から毎週金曜日19時30分、ぎのわんシティＦＭで行っております。ぎのわんシティＦＭをダウンロードしていただくと、どこからでもスマホでお聴きいただくことができます。毎回、他の患者会の方とかいろいろなゲストをお招きして、ラジオでさまざまな情報を発信しているところです。以上、活動報告とさせていただきます。

○高槻光寿議長代行

与儀委員からでした。ありがとうございました。いかがでしょうか。いろいろ活動されているということですけど。

○増田昌人委員

増田ですが、北部医師会の患者サロンで意見交換をされたということなんですが、15年ぐらい前から諸喜田院長を筆頭に、北部地区医師会病院のがん相談支援センターの職員の皆さんとか看護部の人が一生懸命ご努力されているんですけど、患者サロンに来てくださる患者さんが少なかったり、患者会ができてはつぶれみたいなところが……。多分、今までずっと続いていたと思うんですけど、ぴんく・ぱんさぁはすごく精力的に活動されていますけど、今回、北部の乳がん患者さんと意見交換をしたいということですが、今後、北部地区で患者会がうまく活動していくこととか、患者サロンにそれなりの数の患者さんが来てくださることの何かヒントみたいなことはその場で出ましたでしょうか。ちょっと教えていただければと思います。

○与儀淑恵委員

ぴんく・ぱんさぁを立ち上げた頃、2005年から10年ぐらいの間に、北部のほうではすごく乳がんの患者会というか､乳がんの患者さんのメンバーがすごくたくさんいたんですね。それが今回、去年のピアサポーター養成講座でいっぽいっぽの会の責任者の方とお会いすることがありまして、そこで実は１人で乳がん患者の会をやっているという話を聞きました。

それで、ぴんく・ぱんさぁの北部のメンバーと一緒に活動ができたらいいねということになって、この間、意見交換会をしたんですが、皆さんがおっしゃっていたのは、今、がんであることを隠したがっているという方がすごく多いということを伺いました。これがやはりすごく何か大きな原因、要因に、なかなか足を運ぶことができないということの要因の１つ。

あともう１つが、一人一人の方が忙しくなってきて、今回も参加したいと言っていた方がお仕事の都合がつかなかったりとか、また親御さんの介護とか、お子さんのこととか、何かいろんな用事ができて、来たいけど参加できなかったという方が何名かいらっしゃいました。

みんなで話し合いをしたのは、やはり継続的に持っていくと、今回は出られないけれども、次は出られるよねとか、そういったことからまた広がっていくんじゃないのかということと、あと、それから宮古、特に石垣は若いメンバーを中心に新たな患者会活動が始まったんですけども、それは市民公開講座というか、そういう大きな１つのイベントをやっ

たことによって、知らなかった一人一人のつながりができたということがあったので、北部でもまたこれをやってみようかということで、３月22日にまず市民公開講座をやってみようということになりました。

すぐにすごく大勢の方が集まれるということはなかなかないかもしれませんけれども、やはり必要だなと思っている北部の患者会の皆さんの気持ちはとても大事なので、それを大切にしながら一人でも多くの方が集まれるようなきっかけを少しずつつくっていくことが大事だなと思っています。以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。天野委員は全国の状況をご存じで、多分、すごく活発にやっているところもあれば、患者会によってはなかなか難しいところもあって、特に地方の状況もいろいろご存じとは思うんですけど、何か地方で患者会を続けていくとか、患者サロンを定期開催して、それなりの人数が集まるとか、何かアドバイスがあれば、急で申し訳ないんですけど、いただけるとありがたいなと思います。

○天野慎介委員

患者さん自体が対面で集まる交流会は、全体として減少傾向にあるのは多分、恐らくあって、特に若い方を中心に、この後、若年がん患者会からも報告がありますが、いわゆるオンラインなどを通じて、場所や時間を超えて交流の場を広げている患者会が増えているので、もちろん対面の良さがありますし、オンラインはオンラインの良さがあるので、そういったものをうまく組み合わせながら活動する患者会が全国的に増えている印象はあるかと思います。

○増田昌人委員

ありがとうございます。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。

確かに離島の方はどうしているんだろうと。リモートとかがあったらいいでしょうし、個人情報はちょっと難しいかもしれませんけど。どうぞ。

○与儀淑恵委員

離島は離島で、またそれぞれのコミュニティーをつくって楽しく患者会活動を始めて、対面で結構やっているようです。

○高槻光寿議長代行

なるほど。わかりました。ありがとうございます。

ほかはいかがですか。よろしいでしょうか。

続きまして、又吉委員から報告をお願いいたします。

(2)又吉委員

○又吉賢弘委員（がん経験者）

又吉と申します。今日、私が述べるお話の中には、これまで前半で出てきたものと同じようなものが出てくると思います。ぜひ聞いていただけたらと思います。そのような中で、素人の勝手な言い分があって、無責任な発言もあるかもしれませんが、集めたデータを基に、素直に感じた感情がありますのでぜひ聞いていただければと思います。この状態でお話しするのは大変なので、代読に任せて話を始めたいと思います。199ページから始めますのでよろしくお願いします。

(動画再生)

データ検討を続ける中でハイリスクアプローチの必要性をより鮮明に実感しています。

次のスライド、お願いします。前回「死亡率が高いと医療費は低くなると見えてしまいます」と表現した１人当たりの医療費について、年代別及び入院と入院外に分け集計しました。沖縄の１人当たりの入院医療費は全ての年代で全国平均より10～15％低く、2020年以降の75歳以上については、直近10年以上、75歳未満の年齢調整死亡率が最も低い長野県よりも沖縄の医療費が低い。その差を2023年で見ると対全国比で10ポイント、沖縄が低い。入院外医療費については全年代で沖縄は長野より低く、対全国比で10ポイント強の差を示しています。

次のスライド、お願いします。加入者1,000人当たりのレセプト件数を受診率として、年代別及び入院と入院外に分け集計しました。長野と沖縄の受診率の対全国比を比較すると、入院については60～74歳で10ポイント弱、75歳以上で10ポイント強、沖縄の受診率が低い。

入院外については75歳未満の沖縄はほかのグループと乖離していて、対全国比で長野より30ポイント程度低い。75歳以上はほかのグループに接近するが、20ポイント弱、長野より低い。沖縄のがん医療は全国とは別次元の状況で入院、入院外ともに受診率が低いといえ、死亡による治療の打ち切りの影響を推測します。

次のスライド、お願いします。グラフはレセプト１件当たりの診療日数を示しています。入院の場合、沖縄と長野の診療日数は全国値を挟んで反対側に位置し、対全国比、６回の平均値で見ると40～59歳代で７ポイント、60～74歳代で15ポイント、75歳以上で８ポイント、沖縄は長野より診療日数が多い。入院外については40～59歳代で５ポイント程度の小差を確認できますが、全体として全国と差がないといえそうです。

医療費の要素についてまとめると、沖縄のがん医療は入院及び入院外ともに受診率が低く、入院日数は少し長く、入院の１人当たり医療費は全国値より低く、75歳以上については死亡率が最も低い長野よりも低い。入院外については全ての年代で長野より低い医療費を確認しました。

次のスライド、お願いします。沖縄の医療費の特性を理解する手掛かりとして、がんのステージで治療費はどう変わるのかというタイトルのある保険会社の報告から引用します。進行度が進むと手術の割合が低くなり、薬物療法の割合が高くなっていきますとのコメントを確認しました。「最も大きな費用がかかるのが手術や放射線治療等を行う初期の治療費です」と別サイトのコメントも確認できました。

去年８月の報告で、国民生活基礎調査による推計値を提示、沖縄、男は胃がんと大腸がん、いずれの受診率もトップ県より10ポイント以上低い。女は、大腸がんについては10ポイント程度低いと報告しました。受診率の低さは進行がん発見の増加につながり、手術の割合が減少し、薬物療法が増加することで診療日数が延びる。また、進行がんの増加は死亡による治療の打ち切りとなり、入院外の受診率の低下へつながり、最終的な結果として医療費の低下の原因となる。このように解釈すれば、沖縄のがん医療費の説明になるのではないでしょうか。

次のスライド、お願いします。院内がん登録2014～2015年５年生存率集計報告書によると、ネットサバイバル、がん以外の死因を除去した純生存率の全国平均は66.2％、沖縄は55.4％の46位です。この報告書に掲載の観血的治療実施別、発見経緯別のデータについて、ネットサバイバルとの相関を検討しました。観血的治療実施ありについては、決定係数が0.5以下ながらネットサバイバルとの相関を確認できましたが、発見経緯についてはがん検

診受診率が低ければ進行がん発見の可能性が高まるわけで、結果として相関は確認できません。

次のスライド、お願いします。2014～2015年５年生存率集計、登録の３要素を説明変数とし、登録から３年後、2017年度医療費電算処理分の地域差分析における全医療保険制度圏の１人当たり年齢調整後、がん医療費を従属変数として、入院及び入院外、それぞれについて重回帰分析を行いました。入院医療費については決定係数0.16とわずかに関係性を確認できましたが、入院外医療費についての関係性は確認できません。

次のスライド、お願いします。協会けんぽ支部別医療費分析バックデータから長寿５県と全国、沖縄の2022年度疾病分類別、加入者１人当たり医療費です。沖縄の新生物による１人当たり入院医療費は全国値の78％で、入院外医療費は全国値の74％です。スライドにはありませんが、2015～2022年の８年間の入院医療費の都道府県順位は2015年の46位と、2020年の45位以外は最下位の47位です。入院外医療費の都道府県順位については、８年間、全てで47位です。

前半で述べたように、沖縄の医療費の低さは高い死亡率の裏返しと理解すれば、協会けんぽの報告書は医療費の優秀な成績と最悪ながん死亡率を同時に報告しているといえます。この状況を理解した上で、毎年、同様の報告をしているとすれば、がん経験者の立場からは恐ろしい状況と言わざるを得ません。

次のスライド、お願いします。去年８月に報告したスライドの再掲です。2025年以降の平均寿命ワースト１位は間違いないと警鐘を鳴らしました。グラフに表示した2023年の75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）の都道府県順位は男女とも40位です。先ほど報告した協会けんぽの医療費からは40位よりも悪い死亡率を予測します。この会議で２年間、憂える状況を訴えてきましたが、この場で叫ぶだけでは全く効果がありません。

２月１日の新聞報道で「健康改善で局長優良賞　協会けんぽ沖縄、２年連続」の記事が掲載されていました。スライドのグラフを再確認してください。死亡率の悪化のこの状況を見ようとせず、新聞報道は医療費が低いことを喜んでいるように見えてしまいます。沖縄県のがん対策の結果です。私には対策ではなく無策の恐ろしさを感じます。皆さんはどう受け止めますか。

第４次沖縄県がん対策推進計画2024-2029の70ページに、「県は計画の進捗管理のため、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ます」と明記しています。

本日、私が報告した状況にどのような評価が示されるのか、見守りたいと思います。

次回は協会けんぽを含めた被用者保険におけるがん対策について検討できればと考えています。以上です。がんに関連する……。

（動画再生終了）

以上で終わります。ご意見をよろしくお願いいたします。

○高槻光寿議長代行

又吉委員からでした。ありがとうございました。かなり厳しいご意見だったと思います。いかがでしょうか。

医療費が少なく死亡率が高いということですよね。なので、そこをちゃんとせなあかんよという話だったと思うんですけど。受診率……。検診ということですか。かなり低いですよね。いかがでしょうか。

○又吉賢弘委員

この検診の受診率は生活習慣基礎調査ですかね。正式な名前は忘れましたけど、これはロジックモデルでも取り上げていますし、がん検診の受診率に関しては生活基礎調査のデータしかありませんので、それはアンケートの結果。

○高槻光寿議長代行

アンケートの結果。

○又吉賢弘委員

はい。現在の受診率ではありません。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。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ですけれども、詳細な報告をありがとうございます。

検診について補足なんですけども、宮古島では検診を主にされている会社の方がおられ

て、１月にちょっとお話しすることができたんですけども、本来ならば、会社に勤めていると法定健診と生活習慣病健診の２本立てになっているんですよね。だから、大概みんな法定健診を受けるんですけども、生活習慣病は任意になってくるんですよね。

生活習慣病に行かない理由は、胃の検診が、普通だったらバリウムと内視鏡が選択できるんですけども､ほぼバリウムなんですよ｡みんな内視鏡のほうに行きたいんですけども、３つの施設があって、１つはバリウムオンリー、２つが内視鏡なんですけども、内視鏡を選択しちゃうと３カ月待ちとか４カ月待ちとか全然受けられないんですよね。みんなバリウム検診を勧められるんですけども、バリウム検診を拒否すると、そこの生活習慣病の健診が全然受けられなくなっちゃうんですよ。

だから､健診を受けたいんだけれども､受けられない｡制度上の問題があるんですよね。ということは、内視鏡検査をもっとすれば、生活習慣病健診、すなわちそこから乳がん検診や子宮がん検診、ほか大腸がんの便潜血ですよね。それがもうセットになって来るんですけども、そこでバリウムを嫌だと言うと、もうそこから全部外れちゃうんですよ。

だから、そういう制度上の問題もあって、沖縄県は本土から比べるとスコピスト、内視鏡医が少ないんですよね。沖縄県で検診率を上げて早期に見つけようと思ったら、やはり内視鏡医、スコピストの数が相対的に少ないと思うんですよ。宮古は内視鏡のスコピストもすごく少なくて、離島全般なんですけども。僕も外科医でありながら月１回は内視鏡を握って早期がんを見つけたりとかしているんです。

その辺の問題とかもありますので、僕も、みんな検診をサボっているのかどうかというのも、若干、そういうイメージがあったんですけども、受けたくても制度上の問題で受けられないとか、そういうこともありますので、今後はそういうことも医療側、私たちも改善していって、早期発見や検診受診率をもっと上げていきたいなと思います。以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。受ける側と制度の問題ですよね。あと医師偏在という問題がずっとある。少しずつ解決していくべきかなと思いますけど、よろしいでしょうか。

続きまして島袋委員からの予定でしたが、ご欠席ということですので紙面報告といたしますが、iPadの208ページのところです。若年性がん患者会「Be style」が開催されたようです。ということの報告でございました。よろしいでしょうか。

紙面報告

(3)島袋委員

○高槻光寿議長代行

続きまして、報告事項３につきまして、各施設の委員より報告をお願いいたします。３．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策についてということですが、209ページからですか。よろしいですか。

３．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

まず資料12-１をご覧ください。iPad中にも連携協議会版のがん計画が出ておりますので、１枚めくって210ページなんですが、それぞれ所掌している部会の範囲が書いてあります。「予防」と「検診」は当連携協議会は所掌外で、県のほうにお任せしている状況だと思います。

「がん医療提供体制」全般は医療部会、緩和・支持療法のうち、リハビリと支持療法は医療部会で、緩和と在宅は緩和ケア・在宅医療部会、そして妊孕性温存が小児・ＡＹＡ部会になっています。「個別のがん対策」、希少がん、難治がん、⑤の高齢者のがんは医療部会、③小児がん、④ＡＹＡ世代のがんは小児・ＡＹＡ部会、⑥離島・へき地は離島・へき地部会になっております。

次の最後のページですが、「共生」の部分はほとんどが情報提供・相談支援部会ですが、自殺対策だけは緩和ケア・在宅医療部会が所掌しております。「基盤」は研究、人材育成、がん教育等に関しましては協議会、がん登録に関しましてはベンチマーク部会、市民参画は協議会という形で、先ほど申し上げました中間評価もこの所掌している分野ごとに各部会の先生方にお願いをすることになると思います。

見ていただいておわかりかと思いますが、医療部会がカバーする範囲が極めて大きいので、医療部会の負荷がだいぶかかるのかなと思いますので、その場合は医療部会以外の先生方にも少しお手伝いをお願いすることになるかと思いますのでよろしくお願いいたしま

す。

次に、めくっていただきまして、ロジックモデルが並ぶわけですが、このうち、今回ご発表いただく内容が、担当しているものが赤字で示しておりまして、そこのところに各病院の名前を青字で示しておりますので、時間の関係で一つ一つは説明しませんが、それぞれロジックモデルのどこに当たるかを示している表になっております。

最初が琉大病院のやっていることなんですが、239ページまで進んでいただけますでしょうか。資料12-２になります。これが今年度、昨年４月から琉大病院がやっているがん対策になります。「予防」「検診」につきましては特別やっておりません。

３番目の「がん医療提供体制」におきましては、１つは造血器腫瘍の遺伝子パネル検査「ヘムサイト」を院内でできるように導入が可能となりました。また、新たに手術支援ロボット、hinotoriが１台加わったということです。

また、以下の７つの院内マニュアルを改訂しております。外来化学療法室利用マニュアル、がん免疫チェックポイント阻害薬治療管理マニュアル、レジメン登録審査管理マニュアル、ＨＢＶ、Ｂ型肝炎ウイルスの再活性化対策マニュアル、がん薬物療法曝露対策マニュアル、制吐薬適正使用マニュアル、高齢者機能評価の手引き、７つにつきまして改訂を行いました。もしほかの先生方で確認したいということであれば一報をいただければお出ししますので、それぞれ各病院で共有して、できたらよろしいかと思います。

４番の「緩和・支持」は先ほど言った中の５つのところでそこに当たるもののマニュアル類を改訂しております。

「個別のがん対策」としましては大きなものはないんですが、高齢者機能評価の手引きを改訂しまして、75歳以上のがん患者さんには必ず高齢者機能評価をするように担当委員会のほうで決議をして、各診療科の科長宛てに文書を流しております。ただ、残念ながらまだまだ不十分な状態が続いておりますので、来年度も含めて75歳以上の患者さんに高齢者機能評価をきちんと100％やることが、ちょっと今、がん医療に関しましては琉大病院の一番できていない部分かなと思いますので、今後、気を付けて啓発活動をしていく予定でいます。

あとは「共生」の部分では都道府県拠点、琉大病院だけが今、義務なんですが、あと２年後には全ての地域拠点病院及び診療病院が義務になることがもう決まっているんですが、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義務付けられていますので、それを何とかできるように、予約

方法とか、今、委員会でも担当して、なるべくその割合が増えるようにしておりますが、なかなかまだできていないところです。

あと「基盤」に関しましては、東大の公衆衛生学教室と合同で、前回、第３回の連携協議会で皆さまに報告書をお出ししましたが、全国がん登録を用いて、沖縄県の二次医療圏ごとのデータを今回、初めて出しましたので、皆さま、確認していただければと思います。

琉大病院が行ったがん対策は以上になります。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。引き続き②北部地区医師会病院からお願いいたします。

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）

北部地区医師会病院の報告をさせていただきます。副院長の柴山と申します。よろしくお願いいたします。資料240ページになります。

当院が今年度、取り組んでいることに関しては、24年度から継続でやっていることが多いんですが、最近の新たな項目としましては、「がん医療提供体制」の中で、１月から胸部外科の医師が着任されまして、内視鏡下の肺がんのオペを開始しております。１例目が無事、先月末にオペができたような状況になります。

赤くしておりませんが、その次の⑧番の非常勤での腫瘍内科医の先生、琉大の先生に来ていただけるように調整ができたということで、来週から来ていただけるようになりました。よろしくお願いいたします。

その他に関しては大きく変わりのあるものはありませんが、先ほどご意見をいただきました患者会のいっぽいっぽの会に関しては、一応、今年度からは、今まで希望があれば患者会を開こうという形にしていたものを、年４回定期ですることによって予約が取りやすいように、患者さんも前もって日程を調整しやすいようにという形でやり始めたところで、ぴんく・ぱんさぁの方に協力をいただきながら、また進めていきたいと思います。以上、報告となります。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして③沖縄県立中部病院ですね。お願いいたします。

③沖縄県立中部病院

○神里敬子委員（沖縄県立中部病院　副院長）

沖縄県立中部病院の神里です。当院で取り組んでいる対策を報告いたします。赤文字だらけなんですけれども、今年度、取り組んだことをしっかりと表そうということでいろいろ書きましたら赤文字だらけになってしまいました。はしょって報告いたします。

まず１番の「がん予防」、２番の「がん検診」に関しては、特に大きな変更はございません。

３番の「がん医療提供体制」の造血器腫瘍の遺伝子パネル検査に関しては、こちらは引き続き提携先が慶應義塾大学病院となっていますので、そちらと続けて連携をさせていただいているところです。

２番目の放射線治療機器に関しては５月に機器の更新が終了しまして、小線源治療も導入いたしました。琉大に引き続き県内では２番目の導入ということで、こちらに関しては院内外への広報を強化しております。そして、１月、先月に院内で地域のクリニックさん、医療施設を招きまして、地域医療支援交流会を開催したんですが、その場でプレゼンをして、ぜひこちらに紹介をお願いしますということで周知を行いました。

③番に関しては、がん遺伝子パネル検査なんですけども、このあたりは宮古病院や八重山病院、その他の関連病院との連携を強化するということで取り組んでおります。宮古・八重山とは中部病院と３病院合同会議がありまして、そこで情報共有をしつつ連携を図っているところです。

あとはざっといきまして、⑥番ですね。がん分野の認定看護師、例えば緩和ケア、放射線療法看護、がん薬物療法看護の分野の看護師が在籍しておりまして、それぞれが患者さんのサポートをこれまで行っていたんですけれども、個別ではなくてチームとしてサポートチームを立ち上げて、患者さんを支援しようということで今、取り組んでいるところです。

⑦番、遺伝カウンセリングに関しては、こちらは臨床遺伝専門医２名と、あと認定遺伝カウンセラーが１名在籍しておりますので、こちらでカウンセリングを適宜実施しているところです。

あと４番の「緩和・支持療法」に関しては、①でｉｒＡＥ対策チームと書いていますが、

こちらは対策チームを立ち上げておりまして、いろんなマニュアル整備等を進めているところなんですけれども､そこだけではなくて救急外来のスタッフとの情報共有をしながら、時間外の受診に備えようということで、今、取り組んでいるところです。

あとは、緩和ケア研修会に関しては、１月とか、先月、宮古病院さんと共催で開催をいたしました。

次の243ページです。５番の「個別のがん対策」に関しては、先ほど増田先生からお話がありましたけども、高齢者のがん対策ということで、意思決定能力を含む高齢者機能評価に関して、当院ではまだまだそういった評価ができていませんので、そのあたりの院内マニュアルを整備して対応していくというところで、今、取り組んでいるところです。できれば今年度内にそのあたりの整備をして、次年度からはしっかりと活用ができるようにしたいと思っています。

あとは｢共生｣のほうをご覧いただけますでしょうか。こちらはがん相談支援センター、がんと診断された患者さんは必ず一度はがん相談支援センターを訪問する体制をというふうに先ほどもありましたけれども、こちらに関して予約の取りにくさが問題になっていましたので、電子カルテ上で各診療科からすぐに予約が取れるような形を整えました。同時に認定がん専門相談員を１名育成しまして、専門的なしっかりとしたサポートができるような体制を整えております。

あとは７番「基盤」です。最後のほうです。こちらに関しては人材育成というところで、今年度はがん薬物療法看護認定看護師及びがんゲノム医療コーディネーター、看護師なんですけれども、それぞれ１名ずつ育成をいたしました。今後もがん医療・看護の向上を図っていきたいと思っています。

あとは③番なんですけども、地域の住民の方主催で、実はがん予防・啓発を目的としたチャリティーイベントが10月に行われました。その際に、この地域の住民の方は当院を受診されているがんの方でして、この方のグループから、ぜひそういったイベントをしたいと。200名規模ぐらい入るような会場なんですけども、そこでイベントをしたんですが、ぜひ中部病院に後援をということで、そこを参加させていただいて、われわれも壇上に上がって歌を歌うなど、実は平均年齢55歳の３人の女性、おばさんキャンディーズを組みまして歌を歌いました。こんなことをしております。

明日は病院主催で同じくがん予防・啓発のための市民公開講座を予定しております。こういった活動を通して、ぜひ地域の方々にがんに対する意識の高まりを、期待というか、

取り組んでいきたいと思っています。以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございました。非常に多彩な、新しい活動を展開されていたと思いますけど、いかがですか。よろしいでしょうか。

続きまして④那覇市立病院です。よろしくお願いいたします。

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。よろしくお願いします。資料は12-５、224ページです。詳細は後ほど紙面で確認していただきたいんですけれども、１、２番に関してはうちもあんまり進展がないです。

「医療提供体制」に関しては、ロボットを導入後、徐々に手術の適応を拡大しています。肺がん、婦人科、膵がんに関しても適応を拡大して、症例数を今、蓄積しているところです。

それから、ここが大きなやつなんですけど、がんゲノム医療に関してはそこの体制を強化しようということで、臨床遺伝専門医に入職していただきました。10月からゲノム診療科を立ち上げて、12月から遺伝カウンセリング外来を開始しています。それに関して、市民フォーラムを開催したのと、がんのゲノム医療連携病院に関しては恐らく新年度の早い時期に申請ができる体制になっているところです。それで、南部地区のがんゲノム医療に関してのレベルアップを図っていきたいと思っております。

それからいろんなチームのことに関しては引き続きいろんなことをしております。紙面でご確認ください。

それからカンファに関しては、妊孕性に関しては少し力を入れているということで、市民フォーラムでいろんな情報提供をしたり、院内の連携体制をつくっています。それから緩和ケアということなんですが、皆さんご存じ、がんに関わりなく高齢者の救急が今、全国的に問題になっていて、那覇地区でもだいぶいろんなことを、そこに対する対策としてやっているんですけれども、今までは医師会を中心としていろんな活動をしてきたんですが、院内でも少し力を入れてやろうということで、今、いろんな体制整備をしているところです。

それから次のページをお願いします。「共生」に関しては、こちらのほうも医師会と少し協力をしながら、在宅の方々も含めて栄養管理とかそれ以外のことも含めて、今、いろんな体制づくりをしているところです。市立病院からは以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございました。いかがでしょうか。多彩な活動をされていると思います。よろしいでしょうか。

続きまして⑤沖縄県立宮古病院です。よろしくお願いいたします。

⑤沖縄県立宮古病院

○西原政好委員

宮古病院外科の西原です。資料は246ページからですけども、個々の対策についてはこの記載のとおりなので、また読んでいただいて、こういう方針に従って粛々とがん対策を行っております。

イベントとしましては、「がん医療提供体制」なんですけども、現在、腫瘍内科の医師が１名欠員している状況で診療を続けていたんですけども、来年度は佐賀医大の血液腫瘍内科の木村先生を招いて血液疾患の講演会を開催していただいて、その際に来年度の非常勤の派遣が決まったということで、これでしばらくは血液腫瘍内科が２名体制で、今の診療を継続できるかなと喜んでおります。

あとは２つ飛んでいただいて「基盤」のほうなんですけども、③の、去年の12月13日なんですけども、しばらくコロナ禍で全然行っていなかった市民公開講座を開催しました。120名ぐらいの島民が参加したんですけども、そこで現在、宮古病院で行っている外科の個々のがん疾患の外科治療と今後の集約化に向けての方針を説明してご納得していただいたということです。

それと、今年になって１月17日なんですけども、外科の浅野医師が「大腸がんとの暮らしを考える」というタイトルで講演を行いまして、大腸がん全般のお話と大腸がん検診の有用性の啓蒙活動を行いました。

それと、あさって、宮古病院と市役所が共催で「第４回宮古島健康フェスタ」が開催されて、これは子宮がん検診とかさまざまながんの早期発見、早期治療の話とか、そういうイベントが開催されるんですけども、そこで「大腸がん検診キャラバン」という初めての

試みを行います。

これはどういうことかと申しますと、今まで大腸がんのあらかじめ検便をそれぞれ施設に持っていって、そこで検査をしてもらって、何日かたってから検査の結果が出てから精密検査に回るんですけども、それをもう１日でやってしまおうと。以前、前もって配布した便検査のキットを当日２つ持ってきていただいて、その場で判定にかけて、陽性であれば精密検査まで持っていって、陰性だったらそのままということで、そういうパイロットスタディーをあさって開催の予定です。

宮古島の大腸がんの検診が低くて、進行がんが見つかる可能性がとても高いので、やはり早期発見、早期治療ということと、それと啓蒙活動が一番の目的でありますので、小さいことなんですけども、こういうことを粛々と始めて、がんで亡くなる人を少しでも少なくしたいと考えています。以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。いかがでしょうか。

先生、最後のやつは便潜血ですよね。

○西原政好委員

そうです。

○高槻光寿議長代行

便潜血をして、もうそのまま検査に行くということですか。

○西原政好委員

当日、検査でわかるように準備して。

○高槻光寿議長代行

陽性者は……。

○西原政好委員

もう精密検査まで予約を取ってしまって。

○高槻光寿議長代行

予約を取るということですね。

○西原政好委員

そうです。大腸内視鏡の検査。

○高槻光寿議長代行

素晴らしい取り組みですね。あと120名参加というのはすごいですね。ありがとうございます。いかがでしょうか。よろしいですか。

続きまして⑥沖縄県立八重山病院ですね。よろしくお願いいたします。

⑥沖縄県立八重山病院

○砂川綾子委員（沖縄県立八重山病院　副院長）

八重山病院の砂川です。よろしくお願いします。資料は249ページになります。最近の活動を報告したいと思います。

ページをめくっていただいて、「基盤」の③番のところで、これまでは八重山高校の１校だけががん患者さんに対する帽子づくりということで提供していただいたんですけれども、今年度から八重山農林高校にもがんについての勉強会を開催した後に農林高校生からも帽子の寄贈をいただいております。学生が自分の言葉で書いたメッセージやイラストを入れた暖かい帽子が１枚ずつ包装されていて、受け取ってじーんときました。

これをまた地方の新聞紙が取り上げておりましたので、翌日、トップページで掲載されておりました。高校生が始めてこういうふうに広がっているということで、がん患者さんに対する知識や理解が地域に広がっていくのではないかなと感じております。以上です。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。八重山病院ですね。八重山農林高校でも実施されたということだと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。

続きまして報告事項４～６についての報告を増田先生から、またお願いいたします。

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1)第45回がん検診のあり方に関する検討会

○増田昌人委員

では、報告させていただきます。報告事項４、資料番号が13番になります。次の251ページをご覧ください。令和７年度の大腸がん死激減プロジェクトの第２回連絡会議の議事要旨が載っております。

めくっていただきまして、現在、大腸がんプロジェクトの中間評価に取りかかっておりまして、これから報告書をつくっていく予定です。大腸がんプロジェクトは始まって長いのですが、なかなかその成果が出ていないのも実情でして、ここで一旦評価をすることを計画しております。

次に報告事項の５番で、資料14、253ページをご覧ください。沖縄県から予算をいただいておりまして、沖縄県地域統括相談支援センターの運営を請け負っております。今回は全部で報告としては、ピアサポーターの養成講座、２番がピアサポーターフォローアップ研修会、実績報告、あとピアサロンの実施報告、５つ目が出張してのピアサポート、６番目がラジオ広報、７番目が拠点病院主催の患者サロンへのピアサポーター派遣、そして８番目が出張ピアサポートをして、リレー・フォー・ライフに参加したことを報告しました。

１枚めくっていただきまして、再来週、２月21日土曜日の９時から、沖縄県医師会館におきまして、令和７年度のがんピアサポーターの養成講座を行います。現在、14人の参加が見込まれております。これは毎年、この時期に養成をしておりまして、大体十数人の方のご参加をいただいておりまして、これまでに百数十名の修了者が出ているんですが、なかなか活躍の場というのが今後の課題かと思っております。頑張っていただいている方もいるんですが、なかなかピアサポートを実践する場がないということが問題となっています。

１枚めくっていただきまして、今、この部分に関しましては、厚生労働省から日本サイコオンコロジー学会が全面的に委託を受けておりまして､私も担当理事でもあるのですが、そこでサイコオンコロジー学会の担当者の齋藤先生、多分、国内ではピアサポーターに関しては第一人者の野田真由美さんをお招きして定期開催しております。

もう１枚めくっていただいて、ピアサポーターのフォローアップ研修会。これも毎年６

月に、今回、報告としては年度で最初なのでさかのぼってお話ししますが、６月21日にフォローアップ研修会を行いまして15名参加していただいたんですが、最終的に全ての講座を修了していただいたのが11名となります。

めくっていただきまして、日本サイコオンコロジー学会の理事長の秋月先生に入っていただいて、実践の場は野田さんにまたお願いをしています。

めくっていただいて、ピアサポートの実績報告で、現在、月によってかなり幅があるのですが、大体10名前後、10名ちょっとぐらいの相談件数があって、ここの真ん中のところに黄色で印をつけているのが、ピアサポーターが大学内のがん相談支援センター内を間借りしてピアサポート活動をしているんですが、そこに常駐している日にちがこの黄色で枠をつくっているところになります。今、４名のピアサポーターの方と契約をして入っていただいております。

めくっていただきまして、ピアサポーター、前は年間100件以上あったんですが、新型コロナでだいぶ減ってしまいまして、2022年度は62件まで落ち込みましたが、おととしが80件、去年が126件で、今年度は12月までで125件なので少し戻ってきた感じですので、もうちょっと増えて150ぐらいまでいくのかなと思いますので､これからもうちょっと増えていくのかなと思っております。

めくっていただきまして、現在、ウェブ版の患者サロンをやっておりまして、毎月第３火曜日にやっております。第１火曜日が対面式の患者サロン、ゆんたく会をやっておりまして、これはがんセンター主催でやっておりまして、オンラインゆんたく会は地域や相談支援センターがウェブのほうは主催して毎月やっております。

めくっていただきまして、次が拠点病院でやっている患者サロンへピアサポーターを派遣しております。

もう１枚めくっていただきまして、地元のぎのわんシティＦＭで10月、毎週金曜日、計５回、出させていただいて、番組を１時間、地域統括相談支援センターということで、上地さんと西村さん、２人のピアサポーターの方が出演して少し広報をいたしました。

めくっていただきまして、次が通常、定期開催しているゆんたく会、患者サロンへ定期的に、琉大のほうは毎月、中部病院が今年度２回ですね。すみません。ちょっと抜けておりますが、２回。那覇市立病院は２回、派遣しております。という状況です。

もう２枚めくっていただきまして、リレー・フォー・ライフのほうに出張がんピアサポートという形でピアサポーターを派遣しております。ようやく少しずつ相談件数が戻って

きた感じなので、養成も含めて頑張っていきたいと考えております。この部分に関しましては、頑張っている県と頑張っていない県が割かし極端に差が出ておりまして、沖縄は日本の中では頑張っている側の何県かの１つということなんですが、それでもたくさんサポートできているわけではないので、もうちょっと頑張る予定でおります。

取りあえずここまでで何かご質問はありますか。よろしいですか。

○高槻光寿議長代行

ピアサポーターは今、何名ぐらいいらっしゃるんですか。

○増田昌人委員

うちで正式に契約している方は６名で、実際に日々、来られている方は４名です。それ以外に登録している方は100人弱いらっしゃるんですが、そういう方々はほかの病院に派遣するときに、契約しているピアサポートと一緒にペアで行ってピアサポート活動をしている状況になっています。

○高槻光寿議長代行

わかりました。ありがとうございます。

○増田昌人委員

次に、報告事項の６番、厚労省におけるがん関連審議会及び各種会議の報告なんですが、今回は第45回のがん検診のあり方に関する検討会のみでした。いつもは紙面報告なんですが、少しだけお話ししますと、肺がん検診につきまして、全ての資料ではないんですが、代表的な資料を付けておりますので293ページまで飛んでいただけますでしょうか。

低線量ＣＴ検査の対策型検診への導入ということが話し合いで始まりました。これまではご存じのとおり、胸部Ｘ線検査及び高危険群に関しては喀痰細胞診を併用することなんですが、これから少し対象者を絞り込んでＣＴ検査をしてはどうかということを検討する予定でいます。

具体的には、295ページがわかりやすいのかなと思うんですが、2025年版の有効性評価に基づく肺がん検診ガイドラインにつきまして、エビデンスレベルが変わってきまして、重喫煙者に対する低線量ＣＴ検査が推奨グレードＡということで採用されました、エビデン

スとしては。対象年齢は50～74歳になります。重喫煙者というのは、喫煙指数が600ですね。600というのはかなりのヘビースモーカーになるかと思います。ということで、その方々に対して低線量ＣＴ検査をやることを今後、検討することになりました。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

増田先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは部会報告に入ります。資料16、医療部会報告、伊江部会長より報告をお願いいたします。

部会報告事項

１．医療部会

○伊江将史　医療部会長

よろしくお願いします。資料16、308ページです。昨年の12月２日に医療部会を行っております。今回、中心のテーマとしては2040年を見据えた医療提供体制の均てん化と集約化となっております。前半の報告に関しては検討会でとりまとめた内容の共有を行った上で、厚生労働省からの通知として、今後、患者会や有識者会、あとは県のがん診療連携協議会で議論を進めていく方針を示しております。

また、報告事項の４と５は、厚労省から県内の６つの各拠点病院と沖縄県のがん診療連携協議会に対して、均てん化と集約化の検討を進めるよう、その技術的支援を行うような要請依頼があったことを報告しております。

続いて309ページの６番ですけれども、前回、第３回のがん診療連携協議会で審議していただきましたけれども、これも集約化と分散化に関しまして、20種のがん種ごとの選定条件をこちらで審議していただきました。それに関しまして承認をいただきまして、今後、年度内に県から発表になる可能性があることが共有されております。

報告事項としては以上でして、次が協議事項ですけれども、協議内容としましては、１番の北部・宮古・八重山医療圏における血液内科と腫瘍内科外来、あと放射線治療外来の達成状況の確認を行っております。宮古と八重山に関しては、血液内科、腫瘍内科の外来は月１～２回程度行っているんですけども、北部では未達成ということもありましたので、その辺が協議の内容になっております。

先ほど北部地区医師会病院からもありましたけれども、琉大病院から月１回の支援を今

年、早ければ開始できるのではないかということで、先ほど来週から診療開始が決定されたと伺っております。あとは宮古から放射線治療医の増員とか、放射線治療外来に対するオンライン診療の要望も強くあったと共有されております。

続いて２番の第４次沖縄県がん対策推進計画の中間評価に関しまして継続審議を行うこととしまして、次回４月の幹事会に向けて県に報告する必要があるため、月１回のペースで頻度を高めて議論を進めていくことを確認しております。医療部会としては以上です。

○高槻光寿議長代行

伊江先生からでございました。今の内容についてはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

続きまして資料17、緩和ケア・在宅医療部会報告で、野里部会長よりお願いいたします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○野里栄治　緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会です。資料17には令和７年度の部会の会議録がずらっと載っておりますが、令和７年度の報告としましては、緩和ケア研修会は例年どおり無事に行われて、琉大病院がオンラインで緩和ケア研修会をやられていまして、ほかの会場では大体、対面で行っております。

あと、緩和ケア研修会のフォローアップ研修会を一旦中断されていたのが今年は数年ぶりに久しぶりに行いまして、研修ワーキングがあって、研修ワーキング長の中部病院の安座間先生を中心に企画・実行していただきまして、対象は緩和ケア研修会を修了した方で、緩和ケアに普段から関わっている職種を対象にして、顔を合わせて関係づくりをする目的で研修会を行っています。１月24日土曜日に13時から17時の午後、琉大病院のクリニカルシミュレーションセンターで行いました。

講師として近畿中央呼吸器センターの心療内科の松田先生と国際医療福祉大学の脳神経内科の荻野先生を招聘して、今回、がんだけではなくて非がんの患者さんの症状にも対応ということで、呼吸器の症状への対応の仕方、あとは神経難病の患者さんのＡＣＰについて講演をいただいた後に小グループでグループワークをいたしました。参加者は40人程度で医師、看護師、薬剤師など多職種が参加して意見交換ができました。また来年度も計画したいと思います。

在宅のほうで、在宅医療シンポジウムがお手元の資料にもある、選択肢としての在宅医療シンポジウムが２月11日に薬剤師会館で企画されています。こちらは在宅医療の周知を促したいということで、患者さんと患者さん家族を対象に公開で行う予定にしています。

部会の活動としましては、以前から度々、話題に上がっていて、がん患者の苦痛のスクリーニング、モニタリングがあるんですが、がん拠点病院とがん診療病院の要件になっているんですけども、病院ごとに取り組み方が結構、差がありまして、ちょっと話題にはいろいろなっていたんですけど、今回、６病院で一斉にやってみることにいたしまして、今月の２月の１カ月間、琉大病院のスクリーニングシート、質問票を使わせていただいて、入院しているがん患者さん全員に毎日確認することと、外来化学療法を使用する外来のがん患者さんにも全員、確認するということをまず１カ月やってみることにしています。またその結果を評価して、適切な方法などを部会で検討したいと考えています。緩和ケア・在宅医療部会は以上です。

○高槻光寿議長代行

野里先生、ありがとうございました。今の内容についてはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして小児・ＡＹＡ部会です。浜田部会長よりお願いいたします。

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会です。資料は18となります。

報告事項としましては、沖縄県がん・生殖医療ネットワークの平敷委員より、妊孕性温存のカウンセリングシートのバージョンアップで、より運用面で改善を行ったということの報告がありました。あと、カウンセリング料金とか、凍結した卵子や精子の保管のためのキャパシティーの問題があるようでして、今、それを検討中のようです。

続きまして､先ほどお話がありました琉大病院での学齢期入院患者へのWi-Fi無料提供ということで、今、準備を進めているところです。

小児・ＡＹＡ部会としての集約化と分散化においては南部医療センターとうまく連携が以前よりできておりまして、大体、カバーできている状況です。

先ほど増田委員より報告がありましたが、若年がん患者在宅療養生活支援事業における

市町村の参加状況がなかなか伸び悩んでいるということで、どのように働きかけたほうがいいのかということで、まだいい意見が出ていないような状況となっています。協議事項でもその辺が触れられております。小児・ＡＹＡ部会としては以上となります。

○高槻光寿議長代行

浜田先生、ありがとうございました。若年がん患者等支援事業への参加の働きかけですね。いかがでしょうか。どうぞ。

○天野慎介委員

ご説明をありがとうございました。１点質問なんですけど、今のなかなか伸び悩んでいるという件について、例えば実際に既に制度を利用された方とか、あるいはＡＹＡの実際の患者団体の方に何かそういった課題感についてヒアリング等はされたことはあるんでしょうか。

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

ありがとうございます。ヒアリングはまだ行っておりません。実際、対象とされる方は少なく、多分、自治体レベルであまり負担にはならないということで、試算とかもがんセンターより出していただいて、これをどのように対象の方に伝えていくかというところで、今、ちょっと止まっているような状況でして、まだそのヒアリングまではできていないような状況です。

○天野慎介委員

ありがとうございます。もし可能であれば、実際、利用されている対象となるような方々の何が障壁になっているかは多分、確認していただくのが早いのではないかと思うのでご検討いただければと思いました。

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

ありがとうございます。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。なかなかプロモーションも難しいでしょうということなんですが、数もそんなにない話だと僕は思うんですけどね。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして離島・へき地部会報告、赤松部会長よりお願いします。

４．離島・へき地部会

○赤松道成　離島・へき地部会長

離島・へき地部会は、326～329ページ、資料19です。12月15日、１月15日の２回、開催されています。

ほかの部会と同様に、集約等についてもやっているんですけども、現在、取り組んでいることとして「療養場所ガイド」の編集を進めていて、今年度中、３月末に出せるようにということで、現在、作成、また確認のほうを進めています。

また先ほど出ていました宮古・八重山・北部地区で血液内科外来、腫瘍内科外来、放射線科外来を月１回は開くことを目標に進めているんですけれども、現状、宮古、八重山のほうは達成できていて、北部地区医師会病院のほうは琉大病院の腫瘍内科の先生の協力で今月から、そして中部病院の戸板先生の協力で４月から放射線科も外来を開くことになっています。血液のほうはこれから進めていく予定です。以上です。

○高槻光寿議長代行

赤松先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして資料20です。情報提供・相談支援部会の報告で、友利部会長よりお願いいたします。

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

情報提供・相談支援部会より報告します。情報提供・相談支援部会は去った12月に第３回目の部会がありまして、主な協議事項としては２つ、令和８年度、沖縄の主催で九州・沖縄ブロックのがん相談員研修を行うことになっているので､その実行委員会を発足して、企画・運営について協議しました。開催日は今年の12月５日でオンライン開催で、テーマや講師について、また協議していく予定です。

もう１つ、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の中間評価の結果を踏まえて、音声・点字資料や外国語資料の掲示について、少し工夫が必要かなというところが出ていたので、ちょうど部会委員の中に県の健康長寿課の方もいてくださっているので、その部分に関しては地域の医療機関に関する情報等、県のホームページでも周知するような取り組みができないかなという提案、声掛けをしています。

報告事項としてはリレー・フォー・ライフの参加とか、各病院、院内サロンの開催状況、拠点病院６病院の相談件数の報告がありました。中でもがん相談に関する相談窓口の周知の取り組みとして、治療開始前をめどにがん相談支援センターに立ち寄っていただくという取り組みを各病院が試行錯誤しながら、また主治医の先生をはじめ、院内スタッフの皆さまに協力依頼しながら行っているんですが、なかなか紹介率が少ないというところで、患者さんとかご家族が少し相談支援センターに立ち寄るという自由意思もあるかなと思うんですけれども、その辺も踏まえて全国の好事例も参考にしながら、今後も取り組みを進めていく内容になっています。簡単ではありますが、報告は以上です。

〇高槻光寿議長代行

情報提供・相談支援部会からでした。いかがでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。

最後の報告になります。資料21、ベンチマーク部会報告、増田先生からお願いいたします。

６．ベンチマーク部会

〇増田昌人　ベンチマーク部会長

資料は一番最後になります。334ページ、資料番号21になります。

第３回のベンチマーク部会は12月19日に開催しております。報告事項では、２番で、沖縄県の全国がん登録データの2016年から2021年の症例解析を東大の公衆衛生と協働でやっておりまして、東大の東教授も委員になっていただいているんですが、それの説明、前回にこの連携協議会でお出ししたものの説明を本人から受けました。あとはほかの都道府県の状況を含めて、皆さんで少しディスカッションしました。

３番が、2024年度沖縄県医療者調査報告書ということで、昨年度行われました沖縄県の医療者調査報告書について、今年度の内容につきましては最終確認をしました。話す機会

がなかったのでお願いなんですが、今日ご参加の皆さんの施設には、私どもの琉大病院から協力依頼という形で医療者調査をお願いしております。委員の皆さんのお勤めの全ての医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーが対象となっておりますので、全ての職員の方には調査にご参加をよろしくお願いいたします。締め切りは２月28日になっておりますので、それまでにぜひよろしくお願いします。

基本的にハイブリッドにしておりまして、紙でも回答できますが、多分、スマートフォンでＱＲコードから入っていただいたほうが簡単かなと思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。今、まさに調査中です。

４番目が掲載要件見直しについて報告をいたしました。協議事項としましては、今、お話しした今年度の沖縄県医療者調査について話をしました。また、中間評価の進め方について話し合いをいたしました。

これにつきまして、場合によっては厚生労働省の研究班のほうから、今後、拠点病院等のあり方について、特に現況報告書について、大改訂をするための準備をしております。一昨年、ここの連携協議会にも研究班のほうから訪問していろいろ調査をさせていただいたんですが、もしかしたら連携協議会のほうにまた訪問して調査をお願いするかもしれませんので、そちらのことをまた皆さまに、もしかしたら個別の委員の方にもお話を伺うかもしれませんので、ぜひまたご協力をよろしくお願いします。

と同時に、医療者調査につきまして、ぜひ皆さま、ほぼ全ての職員の方が回答をいただけますように、しつこいようですけど、改めてよろしくお願いいたします。私からは以上です。

○高槻光寿議長代行

増田先生、ありがとうございました。今のご報告について何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは全体を通して何かございますか。

○増田昌人委員

１点だけ。那覇市立病院からチラシが入っていますので、那覇市立病院から何かアナウンスがあるんでしょうか。「がんと就労両立支援」と書いてありますが。

○宮里浩委員

来週の12日木曜日になるんですが、例年開催しています、いわゆるがん患者の両立支援ということで、さんぽセンターと、それからハローワークで、今回は事業所の方とピアサポーターをお招きして発表していただいてディスカッションを計画しています。

基本的には事業者の方に来ていただきたいということで、昨年からなんですけれども、就業時間内に開催ということになるので、急なお知らせだとなかなか皆さんは参加が難しいかもしれないんですけど、お時間があればよろしくお願いします。

○高槻光寿議長代行

ありがとうございます。２月12日の２時半からということでございます。

その話になると、あとチラシが２枚ありまして、在宅医療のシンポジウムは先ほどお話が出たと思うんですが、これは２月11日、建国記念日、お休みの日のお昼２時からです。

あともう１つ、アピアランスケア研修会のチラシも入っていますが、これは大丈夫ですか。手元にチラシがあると思います。２月28日土曜日の９時半から12時半、事前申し込みが必要になっていますね。参加費は無料になっているので、ぜひプロモーションをお願いいたします。

全体を通してほかに何かございましたら、よろしいですか。

これで令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会を終了いたします。

iPadは要回収となっておりますので、テーブルに置いたままにしていただきたいと思います。

どうもお疲れさまでした。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8度名簿 （任期：令和8年4月1日～令和10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	鈴木　幹男	継続	すずき　みきお	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	天願　俊穂	継続	てんがん　としほ	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	継続	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	田仲　斉	継続	たなか　ひとし	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	継続	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	諸見里　真	変更	もろみざと　しん	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	高槻　光寿	継続	たかつき　みつひさ	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	市川　修	継続	いちかわ　おさむ	琉球大学西普天間キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	神里　敬子	継続	かみざと　けいこ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	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	下地　千里	継続	しもじ　ちさと	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	山本　孝夫	継続	やまもと　たかお	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	砂川　綾子	継続	すながわ　りょうこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	継続	うえち　かよ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	島袋　陽子	変更	しまぶくろ　ようこ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	–	患者関係の立場の者
30	18	佐藤　正博	変更	さとう　まさひろ	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	患者関係の立場の者
31	18	又吉　賢弘	継続	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	継続	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	高崎　園子	変更	たかさき　そのこ	沖縄タイムス中部支社	報道部長	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8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	神里　敬子	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	山本　孝夫	県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	平良　勝也	沖縄県保健医療介護部	保健衛生統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2026/5月1日時点

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
中村　陽二	北部地区医師会病院	消化器外科医師	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長兼消化器外科部長	**地域がん診療病院**
古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
島袋　百代	NPOパンキャンジャパン沖縄支部	支部長	
調整中	患者会関係者		
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
眞喜志 好枝	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
砂川　華	琉球大学病院	緩和ケアセンターGM	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	地域ケア科医師	地域がん診療連携拠点病院
崎原　友美子	沖縄県立中部病院		地域がん診療連携拠点病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長＆消化器外科部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	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
調整中	友愛会豊見城中央病院		
川田　聡	沖縄県南部医療センター・こども医療センター	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
真栄里　隆代	ゆうかぎの会	会長	患者関係者
与儀　淑恵	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係者
崎原　友美子	沖縄県立中部病院	地域連携室　がん相談支援センター緩和ケア認定看護師	地域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））

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	地域ケア科医師	地域がん診療連携拠点病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長＆消化器外科部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	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
調整中	友愛会豊見城中央病院		
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
崎原　正基	中頭病院	消化器内科部長	緩和ケア研修会開催病院
田本　俊輔	沖縄赤十字病院	第二外科医師	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	ゆい往診クリニック	院長	ゆい往診クリニック
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
深澤　裕美子	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**
嵩原　まゆみ	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
与那覇　涼	株式会社　けあんちゅ	代表取締役	浦添介護福祉士会　会長
調整中	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	ゆい往診クリニック	院長	ゆい往診クリニック
高江洲　あやこ	那覇市医師会	ＭＳＷ	
成田　奈緒子	北部地区医師会	医療介護連携コーディネーター	やんばる在宅医療・介護連携支援センター
仲門　文子	沖縄県介護支援専門員協会	理事	
東　賢志	おかえり在宅クリニック	院長	おかえり在宅クリニック
志良堂　孝	宜野湾市役所 健康推進部 介護長寿課	介護長寿担当主幹	宜野湾市役所
儀間　真由美	在宅看護センターはなはな	代表理事	
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
北村　紗希子	琉球大学病院	第二内科　特命助教	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
調整中	沖縄県立中部病院		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
遠越　学	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
呉屋　光広	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校
古波津　万里子	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））

沖縄県がん・生殖医療ネットワーク

氏名	所属	役職	備考
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　部長	
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
伊差川　サヤカ	琉球大学病院	薬剤部　薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療病院
大嶺　菜	琉球大学病院	薬剤部　薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
宜保　敬也	琉球大学病院	周産母子センター(産科)胚培養士	都道府県がん診療連携拠点病院
金城　敦子	がんの子どもを守る会	沖縄支部　代表	患者関係者
兼久　梢	沖縄病院	呼吸器内科医	
古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	
島袋　希美	若年性がん患者会　Be style		患者関係者
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
野坂　舞子	友愛医療センター	外科外来医長・医局長	
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	
平敷　千晶	琉球大学病院	産科婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
宮崎　優樹	ハートライフ病院	産婦人科　医長	
宮里　恵子	浦添総合病院	乳腺外科　副部長	
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター(産科)　センター長・教授	都道府県がん診療連携拠点病院
宮平　礼	北部地区医師会病院	乳腺外科	地域がん診療病院
友利　晃子	琉球大学病院	相談支援員	都道府県がん診療連携拠点病院
	（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**
下地　千里	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
砂川　綾子	沖縄県立八重山病院	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
古波津　万里子	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			患者関係者（八重山医療圏）
知念　崇	琉球大学病院	がんセンター外来化学療法室　副室長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター		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	
奥平　藤也	沖縄県立中部病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
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
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
井岡　亜希子	まるレディースクリニック	院長	
伊藤　ゆり	神戸大学 医学系研究科 未来社会医学専攻 医療健康政策学講座	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 医学系研究科 公衆衛生学分野	教授	
山里　紘美	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主任技師	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
伊佐　奈々	琉球大学病院 がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院 がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

調整中	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

資料5

●令和８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８年５月８日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	
第２回	令和８年８月７日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	
第３回	令和８年 11 月 20 日（金）14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	11/5(木)～11/7(土) 日本消化器関連学会（JDDW 2026） 11/12(木)11/13(金) 第 77 回日本気管食道科学会
第４回	令和９年２月５日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	

■幹事会 開催日程（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和８年４月６日（月）　14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第２回	令和８年７月６日（月）　14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第３回	令和８年 10 月５日（月）14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第４回	令和９年１月 18 日（月）14:00～17:00	管理･研修棟４階 小会議室	

2026年5月8日
沖縄県がん診療連携協議会

全国がん登録
5年生存率
都道府県別
部位別
進行度別
2016年、2017年、2018年、3年計
ーーのデータを読む

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　埴岡 健一

趣旨等

■背景

部位別進展度別5年生存率に関して、従来の地域がん登録が情報源のデータでは、沖縄県では低い数値が多かった。このほど、全国がん登録のデータが公表された。ロジックモデルと指標を活用してがん対策の評価をしていく際に、進展度別5年生存率は、医療分野の最終アウトカムを示すアウトカム指標として重要であり、確認をしておく必要がある。

■情報源

全国がん登録5年生存率　都道府県別　2016、2017、2028、3年計。5年純生存率（%）：　AYA・成人（15歳以上）のみ　主要部位別、性別、進展度・総合別（都道府県別）。

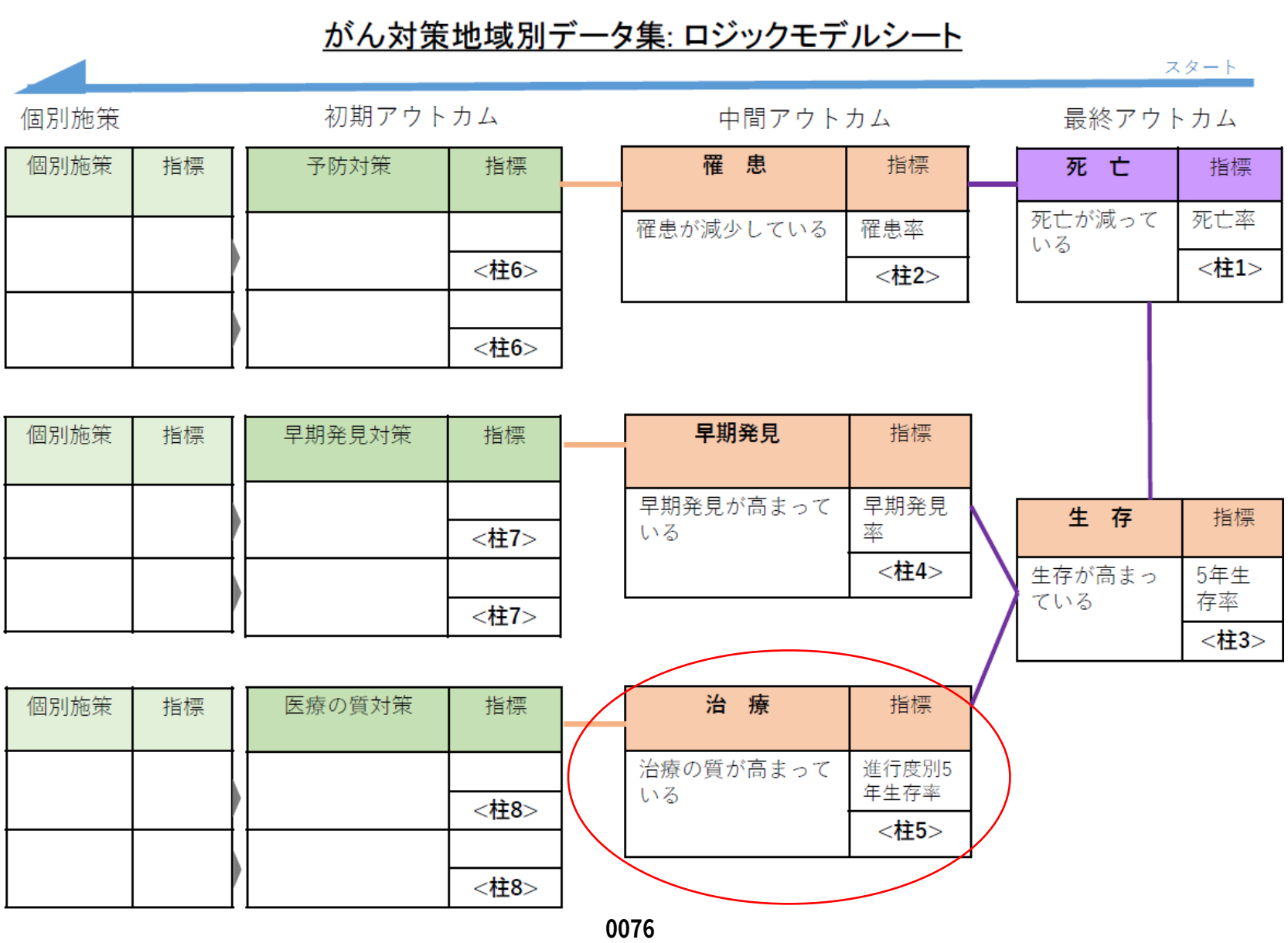
■加工

可視化ツールで加工した。以下に図表を示す。

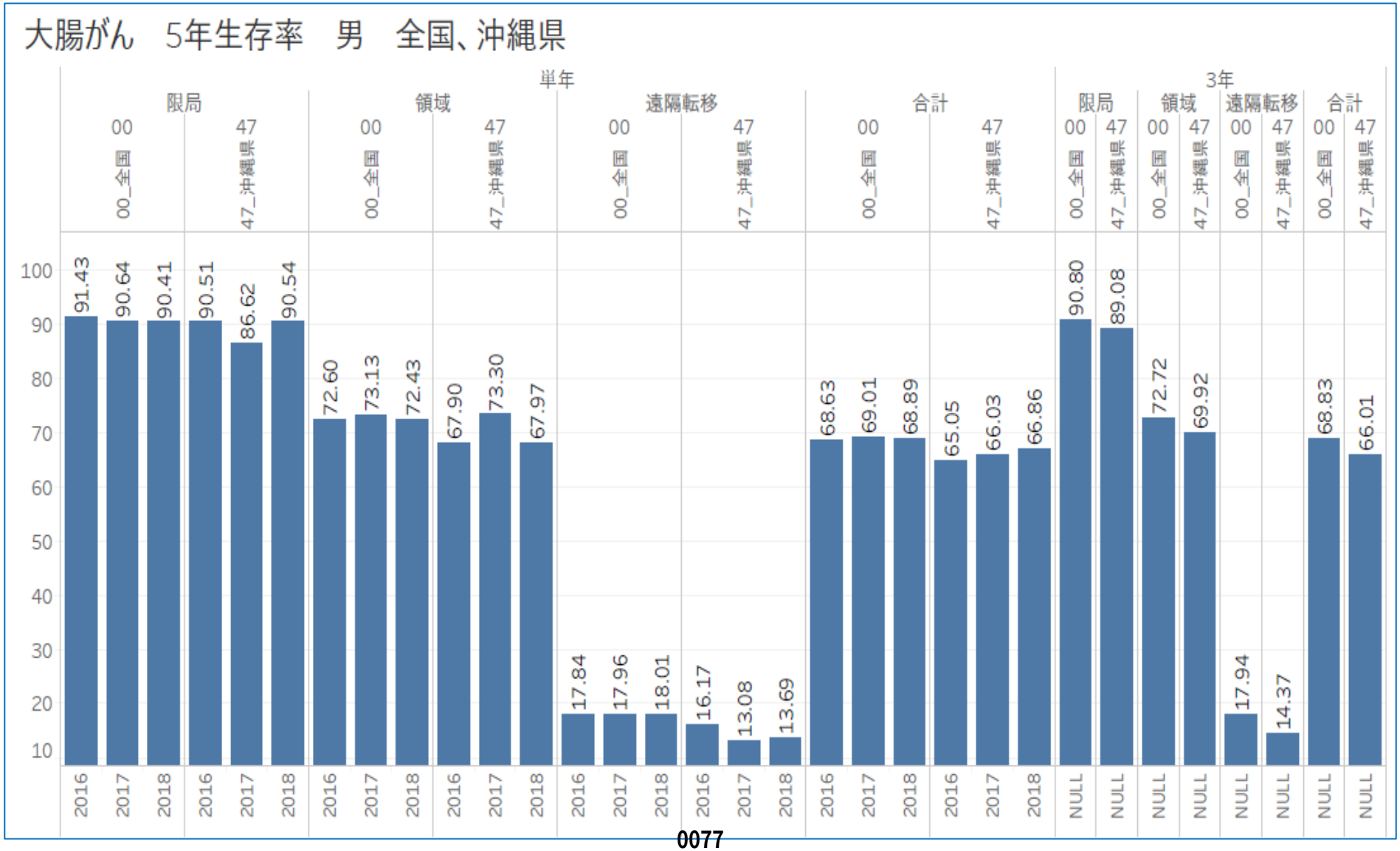
■ウェブサイト（下記からも閲覧できます）

https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/26042753/5

ロジックモデル上の位置

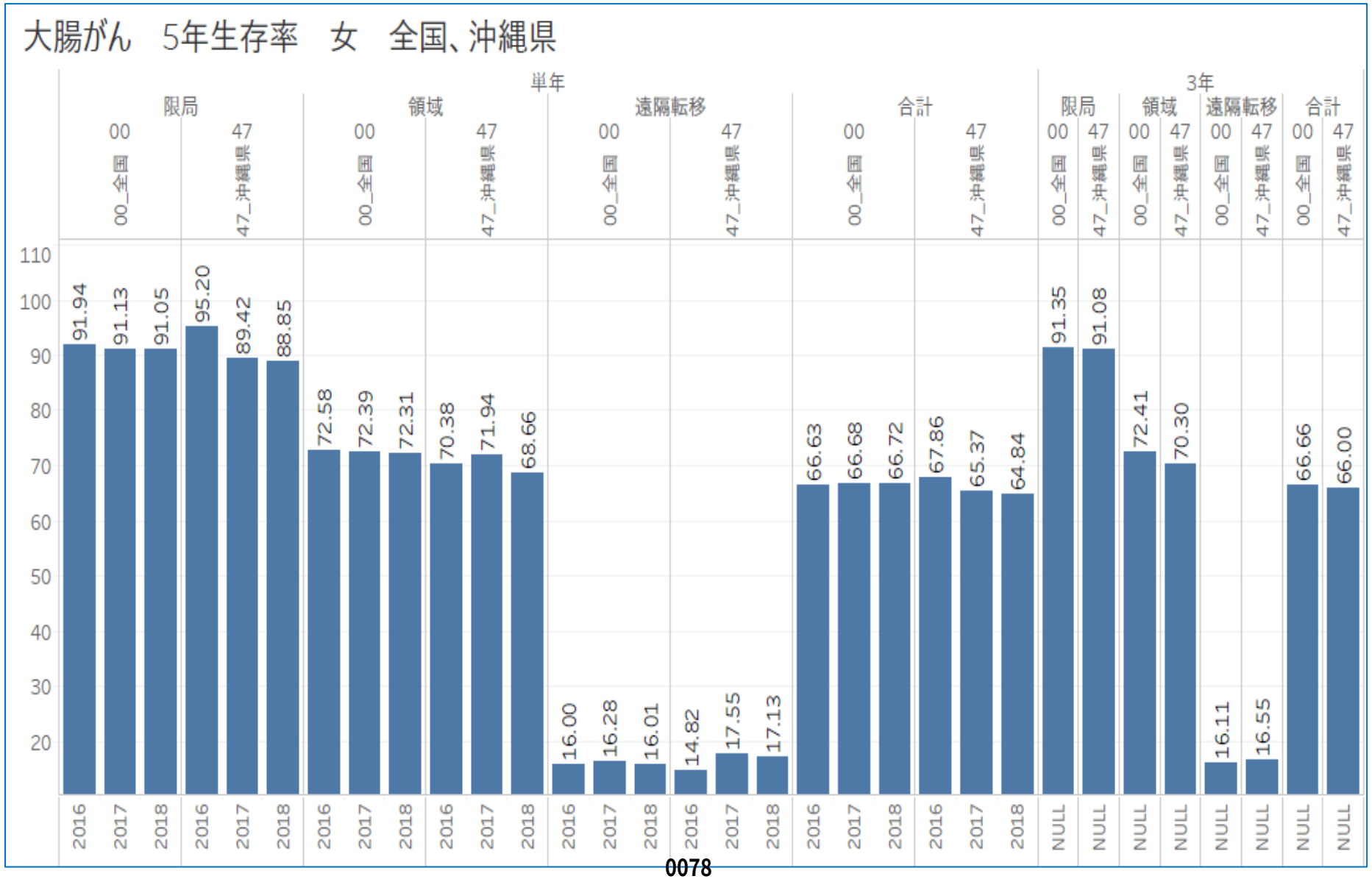


大腸がん　男


大腸がん　5年生存率　男　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00
00_全国
47
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
91.43
90.64
90.41
90.51
86.62
90.54
72.60
73.13
72.43
67.90
73.30
67.97
17.84
17.96
18.01
16.17
13.08
13.69
68.63
69.01
68.89
65.05
66.03
66.86
90.80
89.08
72.72
69.92
17.94
14.37
68.83
66.01
2016
2017
2018
NULL

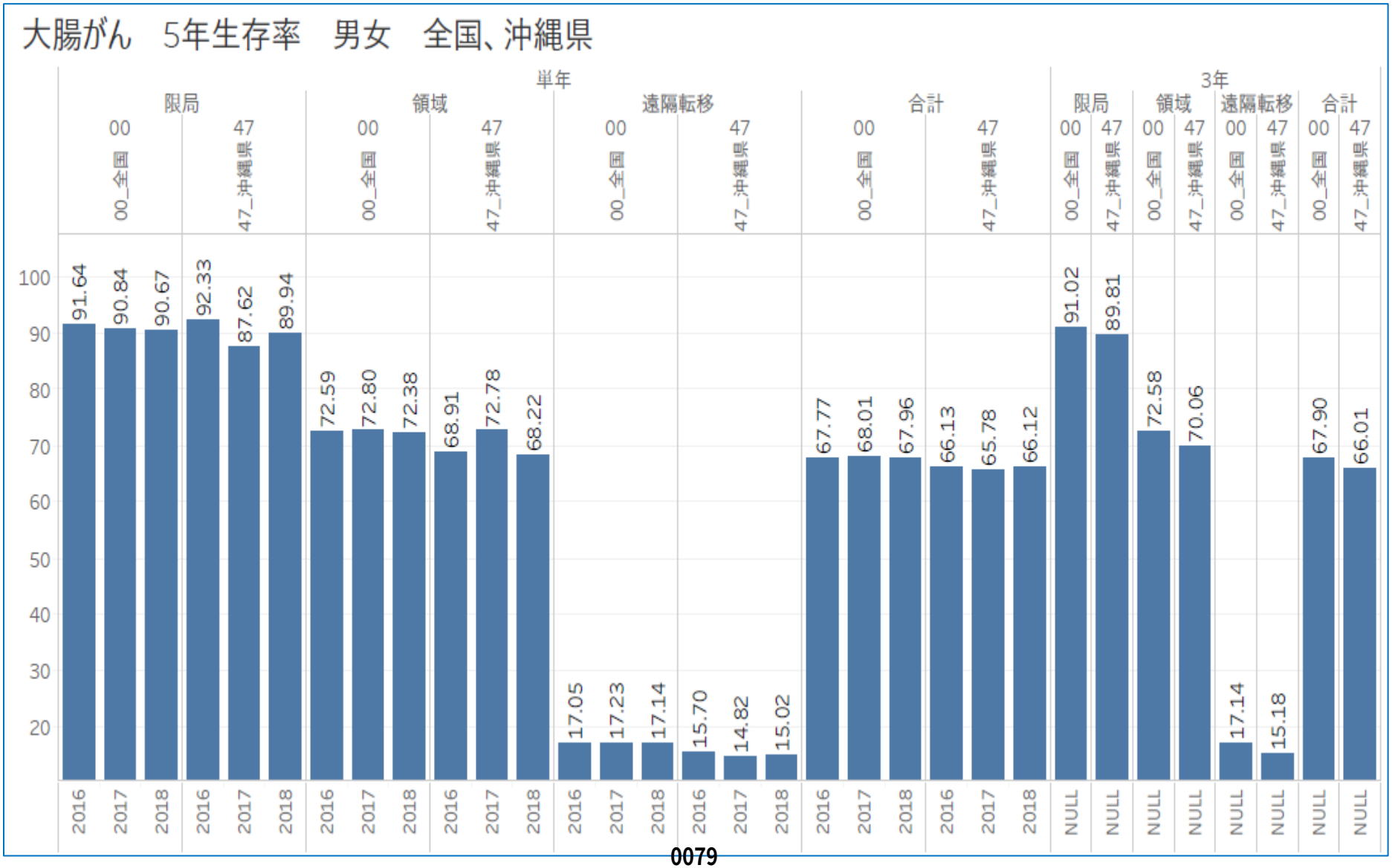
0077

大腸がん　女


大腸がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
91.94
91.13
91.05
95.20
89.42
88.85
72.58
72.39
72.31
70.38
71.94
68.66
16.00
16.28
16.01
14.82
17.55
17.13
66.63
66.68
66.72
67.86
65.37
64.84
91.35
91.08
72.41
70.30
16.11
16.55
66.66
66.00
2016
2017
2018
NULL

0078

大腸がん　男女


大腸がん　5年生存率　男女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
91.64
90.84
90.67
92.33
87.62
89.94
72.59
72.80
72.38
68.91
72.78
68.22
17.05
17.23
17.14
15.70
14.82
15.02
67.77
68.01
67.96
66.13
65.78
66.12
91.02
89.81
72.58
70.06
17.14
15.18
67.90
66.01
2016
2017
2018
NULL

0079

大腸がん　数値表

大腸がん数値表　　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	43,314	91.4275	90.8941	91.9311	29,954	91.9354	91.359	92.4751	73,268	91.6353	91.2449	92.009
			領域	23,521	72.5999	71.8171	73.3652	19,111	72.5752	71.7576	73.3738	42,632	72.5888	72.024	73.1445
			遠隔転移	15,809	17.8396	17.2041	18.4849	12,020	16.0026	15.3247	16.6939	27,829	17.0456	16.5792	17.5175
			合計	90,853	68.625	68.2234	69.0227	68,240	66.6282	66.187	67.0651	159,093	67.7681	67.4711	68.063
		47_沖縄県	限局	406	90.5059	84.261	94.3548	257	95.2025	86.0258	98.407	663	92.3261	87.7662	95.2322
			領域	258	67.9004	60.4164	74.2739	178	70.3781	61.1584	77.8045	436	68.9113	63.2403	73.8919
			遠隔転移	198	16.1726	11.2582	21.8777	104	14.8168	8.7445	22.3983	302	15.7035	11.7382	20.1939
			合計	922	65.0545	61.1883	68.6385	579	67.8554	63.0286	72.1952	1,501	66.1343	63.1509	68.9382
	2017	00_全国	限局	43,601	90.6441	90.1054	91.155	29,798	91.1253	90.5354	91.6801	73,399	90.8396	90.4429	91.2206
			領域	23,415	73.1259	72.3341	73.8993	19,207	72.3945	71.5745	73.1954	42,622	72.7961	72.227	73.3558
			遠隔転移	15,699	17.9588	17.3154	18.6121	12,090	16.2804	15.6034	16.9703	27,789	17.2278	16.7582	17.703
			合計	89,633	69.0146	68.6077	69.4174	67,002	66.676	66.2284	67.1193	156,635	68.0138	67.7126	68.3128
		47_沖縄県	限局	452	86.6168	80.9986	90.6689	252	89.4156	81.9875	93.8925	704	87.6178	83.3753	90.8371
			領域	273	73.3026	65.957	79.3126	167	71.9375	62.0608	79.6595	440	72.784	67.055	77.6849
			遠隔転移	185	13.0772	8.5881	18.5288	118	17.5507	11.2261	25.0442	303	14.8204	11.0049	19.1734
			合計	966	66.0305	62.2418	69.5359	573	65.3654	60.4765	69.8056	1,539	65.7822	62.8208	68.5696
	2018	00_全国	限局	43,579	90.4138	89.8642	90.9351	29,910	91.0537	90.4575	91.6145	73,489	90.6744	90.2711	91.0618
			領域	23,311	72.433	71.6402	73.2081	19,150	72.3081	71.4806	73.1164	42,461	72.3767	71.805	72.9391
			遠隔転移	15,927	18.0092	17.3716	18.6562	12,314	16.0094	15.3404	16.6913	28,241	17.1365	16.6721	17.6064
			合計	88,883	68.8885	68.4775	69.2955	66,732	66.7196	66.268	67.1668	155,615	67.958	67.6539	68.2598
		47_沖縄県	限局	438	90.5403	84.3674	94.3561	242	88.8537	81.2021	93.5128	680	89.9398	85.436	93.1068
			領域	296	67.9723	60.6007	74.2608	171	68.664	58.8046	76.6292	467	68.2249	62.4583	73.2993
			遠隔転移	173	13.6913	8.7753	19.6931	110	17.1275	10.7505	24.7583	283	15.024	10.9314	19.7266
			合計	941	66.8587	62.8724	70.521	545	64.8418	59.7605	69.4509	1,486	66.1186	63.0165	69.0274
3年	NULL	00_全国	限局	130,522	90.8018	90.4934	91.1007	89,672	91.3494	91.0148	91.6721	220,194	91.0249	90.7979	91.2466
			領域	70,270	72.7166	72.2634	73.1638	57,476	72.411	71.9391	72.8766	127,746	72.579	72.252	72.9029
			遠隔転移	47,437	17.9356	17.5656	18.3088	36,429	16.1145	15.7232	16.5101	83,866	17.1438	16.8736	17.4159
			合計	269,435	68.8308	68.5967	69.0635	202,011	66.6649	66.4076	66.9207	471,446	67.9022	67.729	68.0748
		47_沖縄県	限局	1,296	89.0767	85.9284	91.5553	752	91.0771	87.1767	93.833	2,048	89.8109	87.4485	91.7496
			領域	828	69.9158	65.7716	73.6617	516	70.3017	64.9715	74.9803	1,344	70.0639	66.8425	73.0378
			遠隔転移	556	14.3675	11.4662	17.5849	332	16.5544	12.7308	20.818	888	15.1839	12.8234	17.7308
			合計	2,830	66.011	63.8056	68.1174	1,698	65.9973	63.2072	68.6308	4,528	66.0054	64.2863	67.6638

0080

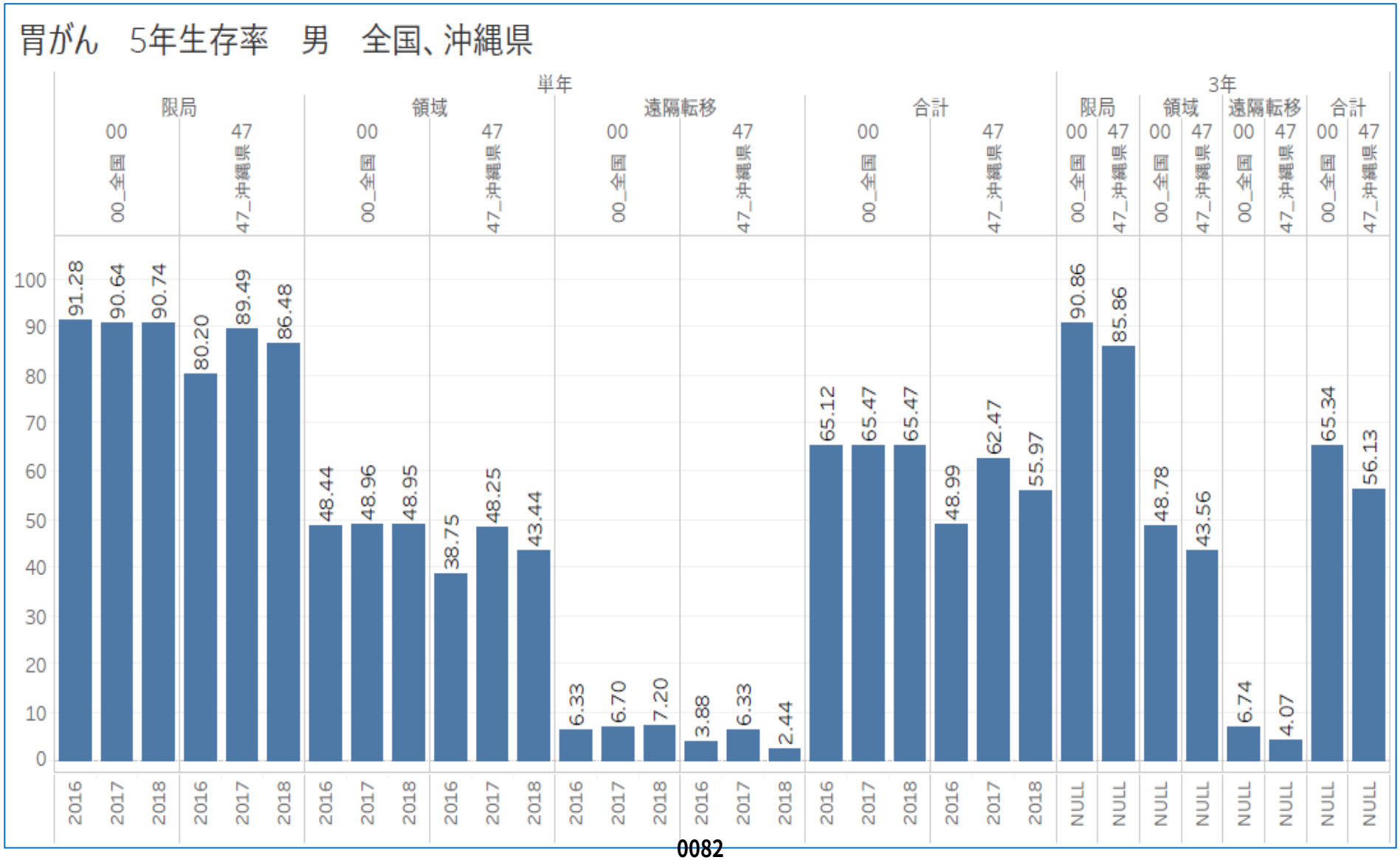
大腸がん　読み取り

大腸がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	43,314	91.4275	90.8941	91.9311	29,954	91.9354	91.359	92.4751	73,268	91.6353	91.2449	92.009
			領域	23,521	72.5999	71.8171	73.3652	19,111	72.5752	71.7576	73.3738	42,632	72.5888	72.024	73.1445
			遠隔転移	15,809	17.8396	17.2041	18.4849	12,020	16.0026	15.3247	16.6939	27,829	17.0456	16.5792	17.5175
			合計	90,853	68.625	68.2234	69.0227	68,240	66.6282	66.187	67.0651	159,093	67.7681	67.4711	68.063
		47_沖縄県	限局	406	90.5059	84.261	94.3548	257	95.2025	86.0258	98.407	663	92.3261	87.7662	95.2322
			領域	258	67.9004	60.4164	74.2739	178	70.3781	61.1584	77.8045	436	68.9113	63.2403	73.8919
			遠隔転移	198	16.1726	11.2582	21.8777	104	14.8168	8.7445	22.3983	302	15.7035	11.7382	20.1939
			合計	922	65.0545	61.1883	68.6385	579	67.8554	63.0286	72.1952	1,501	66.1343	63.1509	68.9382
	2017	00_全国	限局	43,601	90.6441	90.1054	91.155	29,798	91.1253	90.5354	91.6801	73,399	90.8396	90.4429	91.2206
			領域	23,415	73.1259	72.3341	73.8993	19,207	72.3945	71.5745	73.1954	42,622	72.7961	72.227	73.3558
			遠隔転移	15,699	17.9588	17.3154	18.6121	12,090	16.2804	15.6034	16.9703	27,789	17.2278	16.7582	17.703
			合計	89,633	69.0146	68.6077	69.4174	67,002	66.676	66.2284	67.1193	156,635	68.0138	67.7126	68.3128
		47_沖縄県	限局	452	86.6168	80.9986	90.6689	252	89.4156	81.9875	93.8925	704	87.6178	83.3753	90.8371
			領域	273	73.3026	65.957	79.3126	167	71.9375	62.0608	79.6595	440	72.784	67.055	77.6849
			遠隔転移	185	13.0772	8.5881	18.5288	118	17.5507	11.2261	25.0442	303	14.8204	11.0049	19.1734
			合計	966	66.0305	62.2418	69.5359	573	65.3654	60.4765	69.8056	1,539	65.7822	62.8208	68.5696
	2018	00_全国	限局	43,579	90.4138	89.8642	90.9351	29,910	91.0537	90.4575	91.6145	73,489	90.6744	90.2711	91.0618
			領域	23,311	72.433	71.6402	73.2081	19,150	72.3081	71.4806	73.1164	42,461	72.3767	71.805	72.9391
			遠隔転移	15,927	18.0092	17.3716	18.6562	12,314	16.0094	15.3404	16.6913	28,241	17.1365	16.6721	17.6064
			合計	88,883	68.8885	68.4775	69.2955	66,732	66.7196	66.268	67.1668	155,615	67.958	67.6539	68.2598
		47_沖縄県	限局	438	90.5403	84.3674	94.3561	242	88.8537	81.2021	93.5128	680	89.9398	85.436	93.1068
			領域	296	67.9723	60.6007	74.2608	171	68.664	58.8046	76.6292	467	68.2249	62.4583	73.2993
			遠隔転移	173	13.6913	8.7753	19.6931	110	17.1275	10.7505	24.7583	283	15.024	10.9314	19.7266
			合計	941	66.8587	62.8724	70.521	545	64.8418	59.7605	69.4509	1,486	66.1186	63.0165	69.0274
3年	NULL	00_全国	限局	130,522	90.8018	90.4934	91.1007	89,672	91.3494	91.0148	91.6721	220,194	91.0249	90.7979	91.2466
			領域	70,270	72.7166	72.2634	73.1638	57,476	72.411	71.9391	72.8766	127,746	72.579	72.252	72.9029
			遠隔転移	47,437	17.9356	17.5656	18.3088	36,429	16.1145	15.7232	16.5101	83,866	17.1438	16.8736	17.4159
			合計	269,435	68.8308	68.5967	69.0635	202,011	66.6649	66.4076	66.9207	471,446	67.9022	67.729	68.0748
		47_沖縄県	限局	1,296	89.0767	85.9284	91.5553	752	91.0771	87.1767	93.833	2,048	89.8109	87.4485	91.7496
			領域	828	69.9158	65.7716	73.6617	516	70.3017	64.9715	74.9803	1,344	70.0639	66.8425	73.0378
			遠隔転移	556	14.3675	11.4662	17.5849	332	16.5544	12.7308	20.818	888	15.1839	12.8234	17.7308
			合計	2,830	66.011	63.8056	68.1174	1,698	65.9973	63.2072	68.6308	4,528	66.0054	64.2863	67.6638

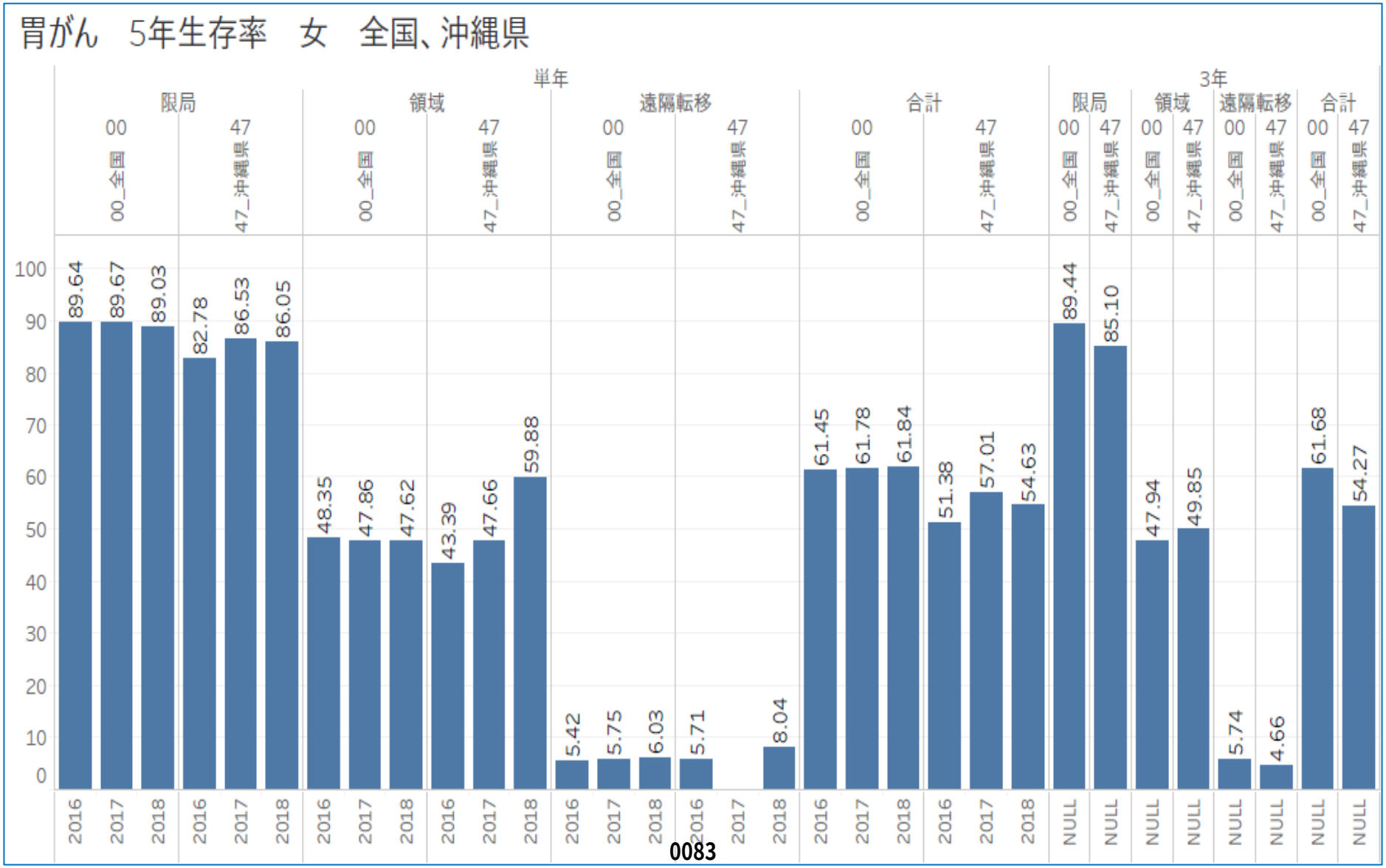
0081

胃がん　男

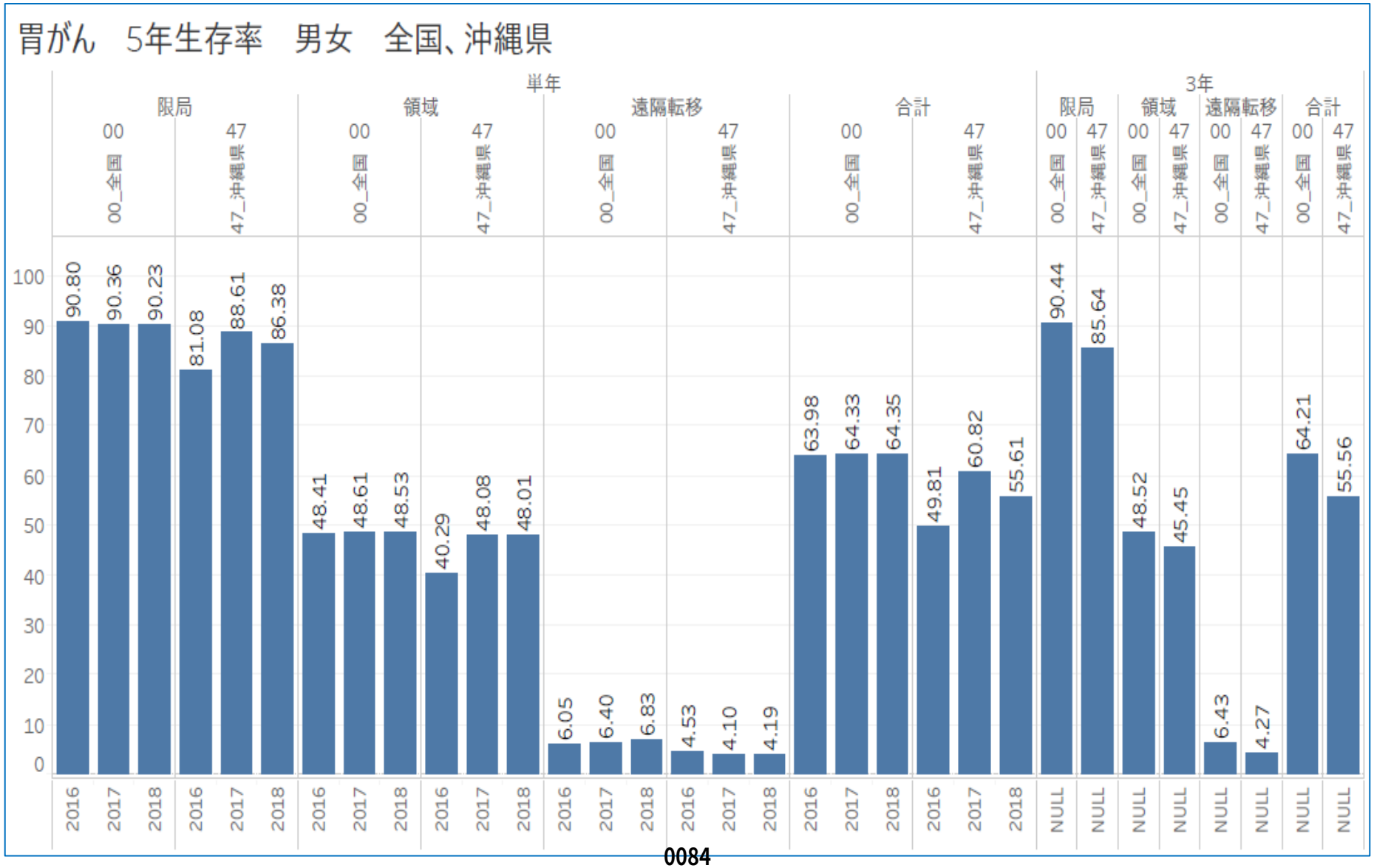

胃がん　5年生存率　男　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00
00_全国
47
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
91.28
90.64
90.74
80.20
89.49
86.48
48.44
48.96
48.95
38.75
48.25
43.44
6.33
6.70
7.20
3.88
6.33
2.44
65.12
65.47
65.47
48.99
62.47
55.97
90.86
85.86
48.78
43.56
6.74
4.07
65.34
56.13
2016
2017
2018
NULL

0082

胃がん　女


胃がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
89.64
89.67
89.03
82.78
86.53
86.05
48.35
47.86
47.62
43.39
47.66
59.88
5.42
5.75
6.03
5.71
8.04
61.45
61.78
61.84
51.38
57.01
54.63
89.44
85.10
47.94
49.85
5.74
4.66
61.68
54.27
2016
2017
2018
NULL
0083

胃がん　男女


胃がん　5年生存率　男女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
90.80
90.36
90.23
81.08
88.61
86.38
48.41
48.61
48.53
40.29
48.08
48.01
6.05
6.40
6.83
4.53
4.10
4.19
63.98
64.33
64.35
49.81
60.82
55.61
90.44
85.64
48.52
45.45
6.43
4.27
64.21
55.56
2016
2017
2018
NULL

0084

胃がん　数値表

胃がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	53,762	91.2799	90.7867	91.7478	22,511	89.6438	88.9704	90.2784	76,273	90.7971	90.3994	91.1791
			領域	16,055	48.4429	47.5112	49.3679	7,529	48.3473	47.0583	49.6234	23,584	48.4122	47.6565	49.1634
			遠隔転移	15,244	6.333	5.9371	6.7453	6,851	5.4188	4.8971	5.9758	22,095	6.0492	5.7296	6.38
			合計	91,688	65.1155	64.7048	65.5228	40,900	61.4491	60.8748	62.0179	132,588	63.9839	63.6494	64.3162
		47_沖縄県	限局	163	80.1988	70.053	87.214	84	82.7769	68.6732	90.9308	247	81.0752	73.2911	86.793
			領域	72	38.7532	26.1655	51.1581	36	43.3879	25.7561	59.8113	108	40.2929	29.9411	50.4004
			遠隔転移	76	3.8841	0.9266	10.4992	41	5.7142	1.314	15.0911	117	4.5263	1.6342	9.7416
			合計	337	48.9889	42.6303	55.034	177	51.3797	42.8268	59.2773	514	49.8112	44.7319	54.6753
	2017	00_全国	限局	53,336	90.6411	90.1352	91.1223	22,190	89.6713	88.9749	90.3262	75,526	90.3563	89.9473	90.7494
			領域	15,742	48.9644	48.0119	49.9096	7,271	47.8558	46.5415	49.1573	23,013	48.6137	47.8415	49.3813
			遠隔転移	14,774	6.7022	6.289	7.1321	7,002	5.7528	5.2168	6.3234	21,776	6.3966	6.0655	6.7391
			合計	89,360	65.4677	65.0481	65.8837	39,789	61.7816	61.1934	62.3638	129,149	64.3315	63.9895	64.6712
		47_沖縄県	限局	220	89.4872	78.8818	94.932	93	86.5332	74.0481	93.2737	313	88.6099	80.9776	93.3042
			領域	76	48.2488	33.9503	61.1598	31	47.6556	28.3904	64.6435	107	48.0773	36.456	58.7703
			遠隔転移	72	6.3276	2.2792	13.3335	39				111	4.098	1.5663	8.5824
			合計	390	62.4731	55.9087	68.3441	169	57.007	48.3679	64.7368	559	60.8194	55.6043	65.6188
	2018	00_全国	限局	51,906	90.7364	90.216	91.2305	21,770	89.0313	88.3182	89.7034	73,676	90.2327	89.8127	90.6363
			領域	15,038	48.9511	47.9783	49.9162	7,027	47.6178	46.2724	48.95	22,065	48.5259	47.737	49.3099
			遠隔転移	14,848	7.1975	6.7646	7.6471	6,667	6.0277	5.4691	6.6217	21,515	6.8346	6.4873	7.1933
			合計	86,831	65.4713	65.0428	65.8961	38,643	61.8407	61.2418	62.4334	125,474	64.3526	64.0036	64.6992
		47_沖縄県	限局	203	86.4847	75.2365	92.858	66	86.0467	69.2317	94.043	269	86.3768	77.5401	91.9141
			領域	78	43.441	29.5814	56.5112	30	59.8783	38.7891	75.75	108	48.0104	36.2441	58.8315
			遠隔転移	90	2.4422	0.541	7.1339	41	8.0401	2.4161	18.1463	131	4.1923	1.6642	8.574
			合計	391	55.9711	49.4304	62.0033	143	54.6336	45.2212	63.0975	534	55.6082	50.2267	60.647
3年	NULL	00_全国	限局	159,041	90.8624	90.5734	91.1431	66,478	89.4417	89.046	89.8238	225,519	90.4437	90.2098	90.6724
			領域	46,847	48.7832	48.2346	49.3294	21,828	47.9408	47.1829	48.6945	68,675	48.5151	48.0701	48.9585
			遠隔転移	44,868	6.7427	6.5016	6.9893	20,521	5.735	5.4196	6.0621	65,389	6.4261	6.2326	6.6233
			合計	267,935	65.3374	65.0958	65.5779	119,346	61.6844	61.3463	62.0205	387,281	64.2111	64.0142	64.4073
		47_沖縄県	限局	586	85.8603	80.3875	89.9015	243	85.0989	77.8887	90.1054	829	85.6376	81.3953	88.9781
			領域	226	43.5594	35.6654	51.1772	97	49.8459	38.7329	59.9852	323	45.4462	38.9747	51.6816
			遠隔転移	238	4.0737	2.0206	7.2406	121	4.6635	1.9221	9.2747	359	4.2713	2.4906	6.7701
			合計	1,118	56.1324	52.4218	59.6719	0085489	54.272	49.2387	59.0253	1,607	55.5646	52.5752	58.4452

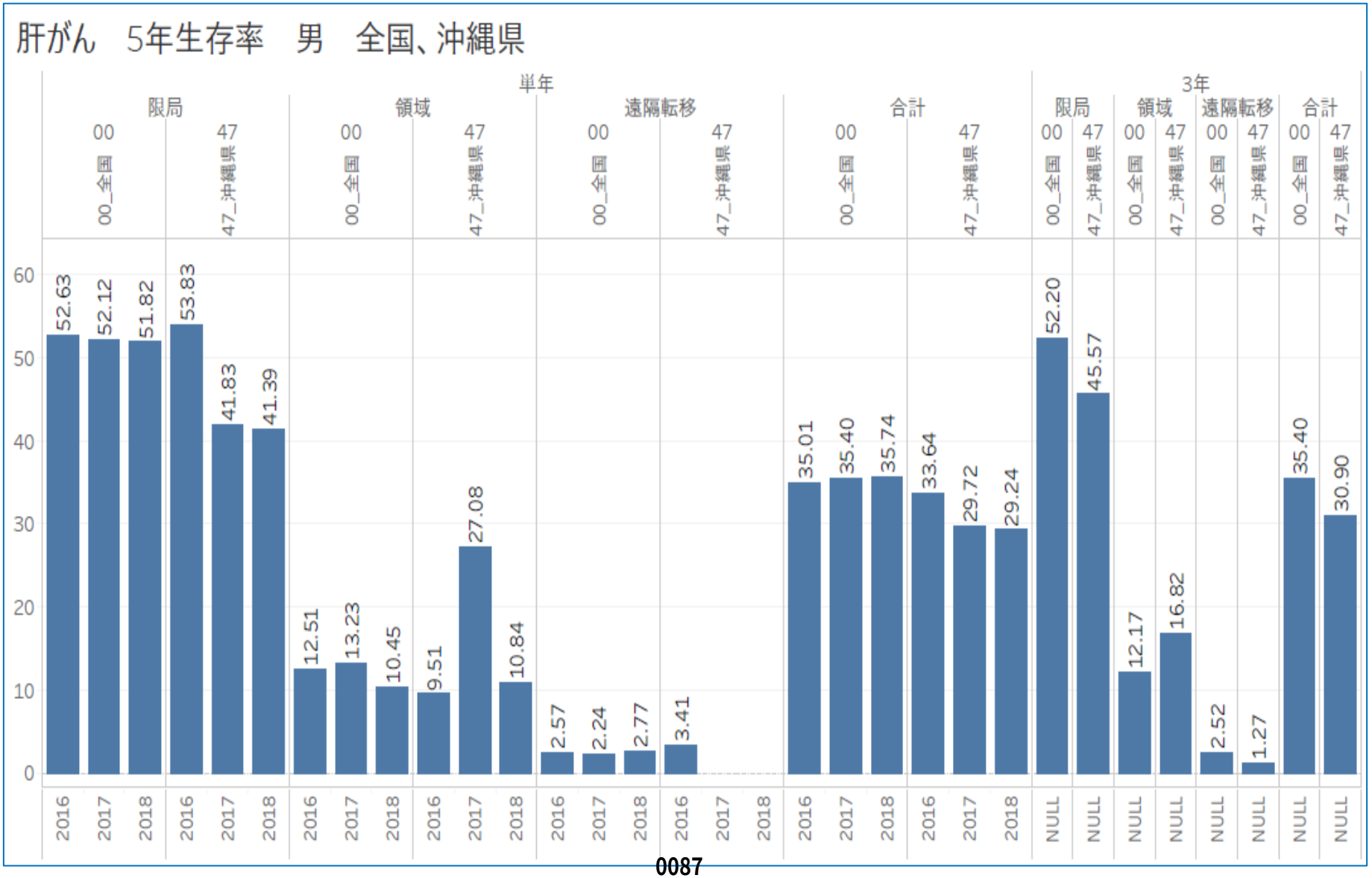
胃がん　読み取り

胃がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	53,762	91.2799	90.7867	91.7478	22,511	89.6438	88.9704	90.2784	76,273	90.7971	90.3994	91.1791
			領域	16,055	48.4429	47.5112	49.3679	7,529	48.3473	47.0583	49.6234	23,584	48.4122	47.6565	49.1634
			遠隔転移	15,244	6.333	5.9371	6.7453	6,851	5.4188	4.8971	5.9758	22,095	6.0492	5.7296	6.38
			合計	91,688	65.1155	64.7048	65.5228	40,900	61.4491	60.8748	62.0179	132,588	63.9839	63.6494	64.3162
		47_沖縄県	限局	16[illegible]	80.1988	70.053	87.214	84	82.7769	68.6732	90.9308	247	81.0752	73.2911	86.793
			領域	72	38.7532	26.1655	51.1581	36	43.3879	25.7561	59.8113	108	40.2929	29.9411	50.4004
			遠隔転移	76	3.8841	0.9266	10.4992	41	5.7142	1.314	15.0911	117	4.5263	1.6342	9.7416
			合計	337	48.9889	42.6303	55.034	177	51.3797	42.8268	59.2773	514	49.8112	44.7319	54.6753
	2017	00_全国	限局	53,336	90.6411	90.1352	91.1223	22,190	89.6713	88.9749	90.3262	75,526	90.3563	89.9473	90.7494
			領域	15,742	48.9644	48.0119	49.9096	7,271	47.8558	46.5415	49.1573	23,013	48.6137	47.8415	49.3813
			遠隔転移	14,774	6.7022	6.289	7.1321	7,002	5.7528	5.2168	6.3234	21,776	6.3966	6.0655	6.7391
			合計	89,360	65.4677	65.0481	65.8837	39,789	61.7816	61.1934	62.3638	129,149	64.3315	63.9895	64.6712
		47_沖縄県	限局	220	89.4872	78.8818	94.932	93	86.5332	74.0481	93.2737	313	88.6099	80.9776	93.3042
			領域	76	48.2488	33.9503	61.1598	31	47.6556	28.3904	64.6435	107	48.0773	36.456	58.7703
			遠隔転移	72	6.3276	2.2792	13.3335	39				111	4.098	1.5663	8.5824
			合計	390	62.4731	55.9087	68.3441	169	57.007	48.3679	64.7368	559	60.8194	55.6043	65.6188
	2018	00_全国	限局	51,906	90.7364	90.216	91.2305	21,770	89.0313	88.3182	89.7034	73,676	90.2327	89.8127	90.6363
			領域	15,038	48.9511	47.9783	49.9162	7,027	47.6178	46.2724	48.95	22,065	48.5259	47.737	49.3099
			遠隔転移	14,848	7.1975	6.7646	7.6471	6,667	6.0277	5.4691	6.6217	21,515	6.8346	6.4873	7.1933
			合計	86,831	65.4713	65.0428	65.8961	38,643	61.8407	61.2418	62.4334	125,474	64.3526	64.0036	64.6992
		47_沖縄県	限局	203	86.4847	75.2365	92.858	66	86.0467	69.2317	94.043	269	86.3768	77.5401	91.9141
			領域	78	43.441	29.5814	56.5112	30	59.8783	38.7891	75.75	108	48.0104	36.2441	58.8315
			遠隔転移	90	2.4422	0.541	7.1339	41	8.0401	2.4161	18.1463	131	4.1923	1.6642	8.574
			合計	391	55.9711	49.4304	62.0033	143	54.6336	45.2212	63.0975	534	55.6082	50.2267	60.647
3年	NULL	00_全国	限局	159,041	90.8624	90.5734	91.1431	66,478	89.4417	89.046	89.8238	225,519	90.4437	90.2098	90.6724
			領域	46,847	48.7832	48.2346	49.3294	21,828	47.9408	47.1829	48.6945	68,675	48.5151	48.0701	48.9585
			遠隔転移	44,868	6.7427	6.5016	6.9893	20,521	5.735	5.4196	6.0621	65,389	6.4261	6.2326	6.6233
			合計	267,935	65.3374	65.0958	65.5779	119,346	61.6844	61.3463	62.0205	387,281	64.2111	64.0142	64.4073
		47_沖縄県	限局	58[illegible]	85.8603	80.3875	89.9015	243	85.0989	77.8887	90.1054	829	85.6376	81.3953	88.9781
			領域	226	43.5594	35.6654	51.1772	97	49.8459	38.7329	59.9852	323	45.4462	38.9747	51.6816
			遠隔転移	238	4.0737	2.0206	7.2406	121	4.6635	1.9221	9.2747	359	4.2713	2.4906	6.7701
			合計	1,118	56.1324	52.4218	59.6719	489	54.272	49.2387	59.0253	1,607	55.5646	52.5752	58.4452

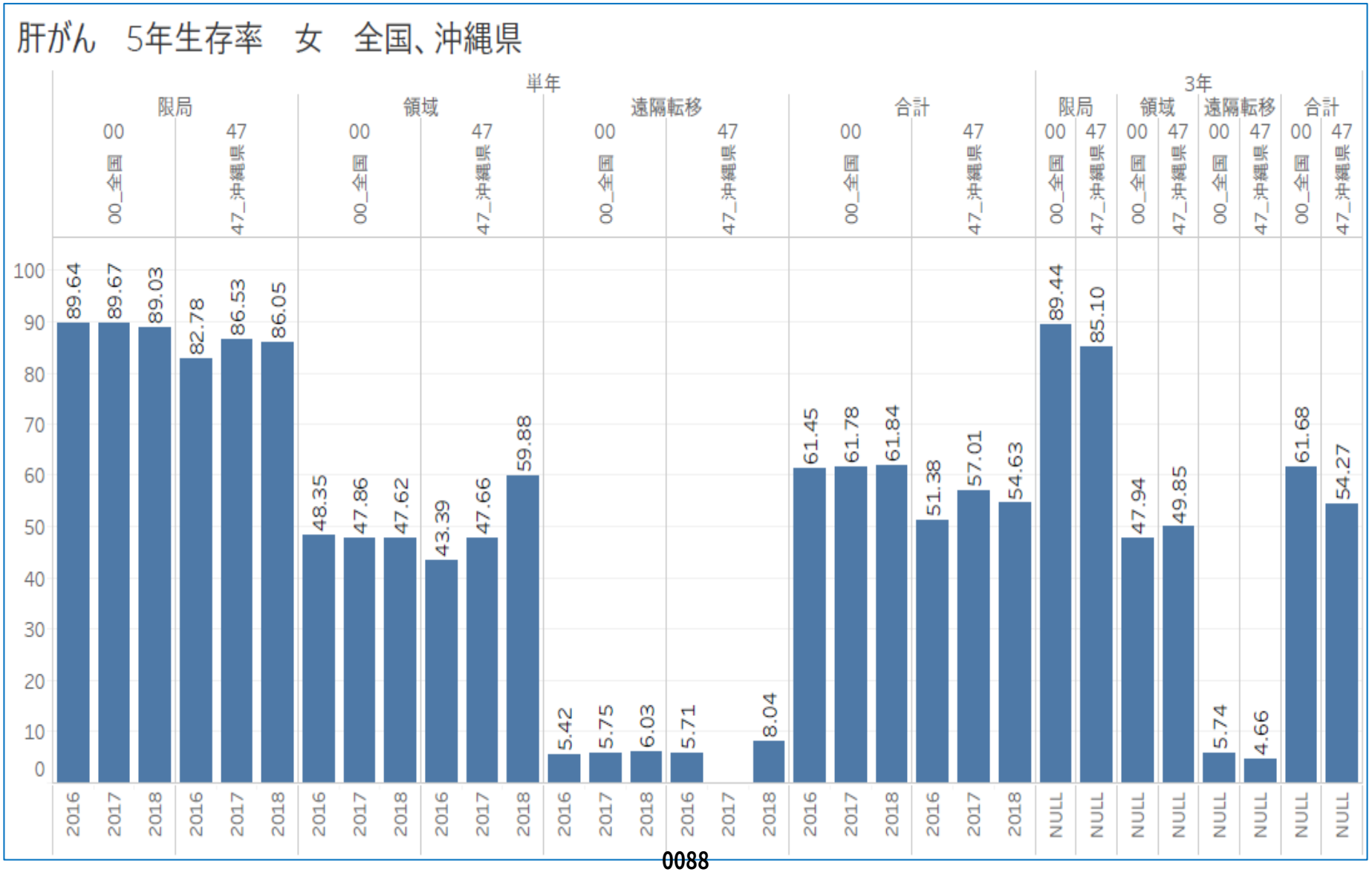
0086

肝がん　男


肝がん　5年生存率　男　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
0
10
20
30
40
50
60
52.63
52.12
51.82
53.83
41.83
41.39
12.51
13.23
10.45
9.51
27.08
10.84
2.57
2.24
2.77
3.41
35.01
35.40
35.74
33.64
29.72
29.24
52.20
45.57
12.17
16.82
2.52
1.27
35.40
30.90
2016
2017
2018
NULL

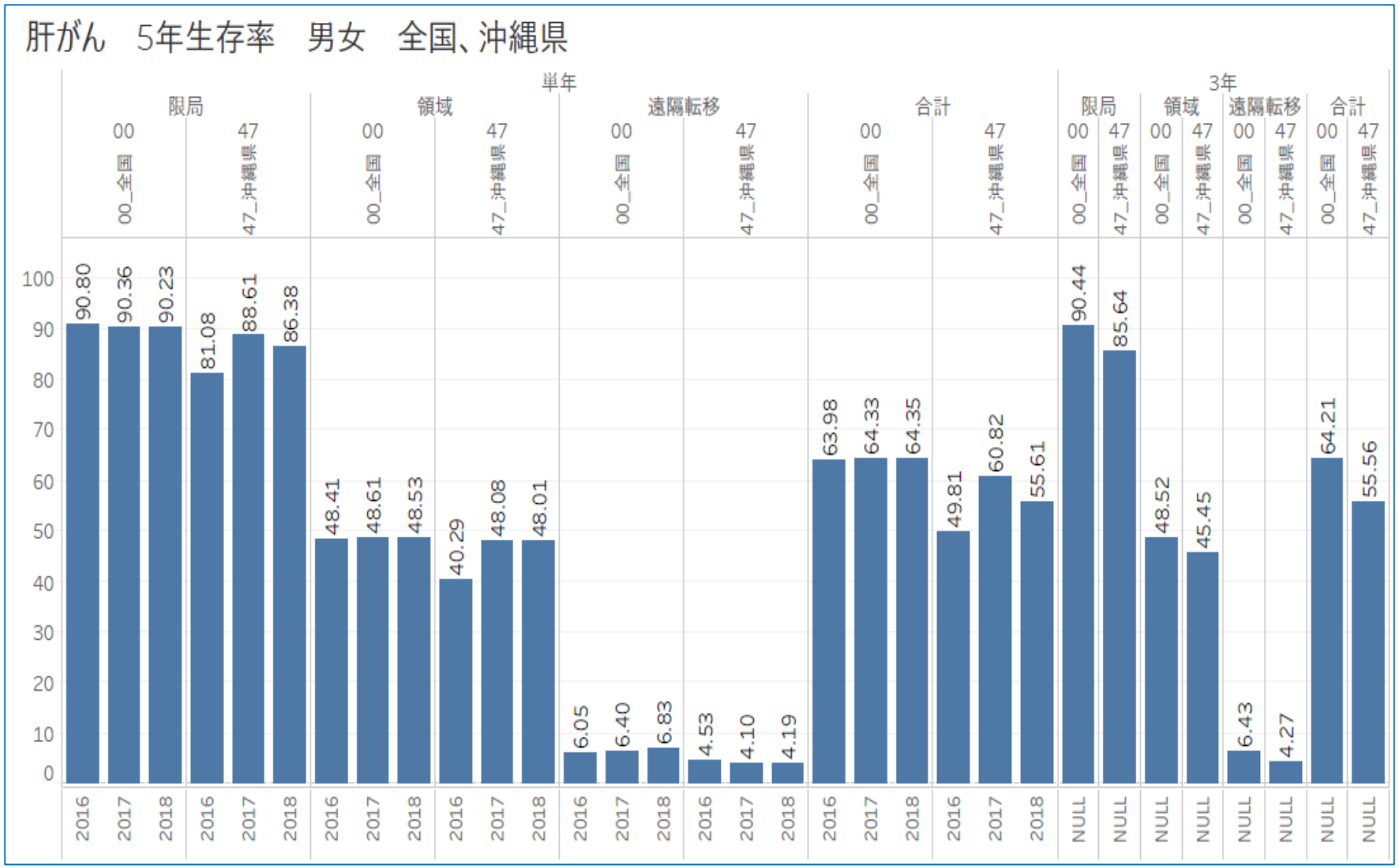
0087

肝がん　女


肝がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
89.64
89.67
89.03
82.78
86.53
86.05
48.35
47.86
47.62
43.39
47.66
59.88
5.42
5.75
6.03
5.71
8.04
61.45
61.78
61.84
51.38
57.01
54.63
89.44
85.10
47.94
49.85
5.74
4.66
61.68
54.27
2016
2017
2018
NULL

0088

肝がん　男女


肝がん　5年生存率　男女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
90.80
90.36
90.23
81.08
88.61
86.38
48.41
48.61
48.53
40.29
48.08
48.01
6.05
6.40
6.83
4.53
4.10
4.19
63.98
64.33
64.35
49.81
60.82
55.61
90.44
85.64
48.52
45.45
6.43
4.27
64.21
55.56
2016
2017
2018
NULL

0089

肝がん　数値表

肝がん数値表　　（ｎ数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	15,887	52.6301	51.669	53.5815	7,311	47.627	46.3038	48.9375	23,198	51.053	50.2748	51.8255
			領域	3,509	12.5095	11.337	13.742	1,506	9.6502	8.1474	11.3002	5,015	11.6509	10.7061	12.6386
			遠隔転移	2,974	2.5691	2.0199	3.2196	1,437	2.3565	1.6601	3.2464	4,411	2.4999	2.0539	3.0126
			合計	27,653	35.0078	34.3523	35.6639	13,361	30.1438	29.2808	31.011	41,014	33.4228	32.8987	33.9477
		47_沖縄県	限局	118	53.8261	42.3241	64.0039	44	39.2833	24.182	54.0633	162	49.8732	40.5694	58.4809
			領域	35	9.508	2.5782	22.0121	14	7.2033	0.6819	24.9739	49	8.8478	2.9459	18.8554
			遠隔転移	39	3.4077	0.6188	10.5879	11	9.1813	0.6497	32.2302	50	4.6849	1.148	12.2792
			合計	207	33.6436	26.3845	41.0395	80	24.1651	15.1678	34.3169	287	31.0019	25.1422	37.0312
	2017	00_全国	限局	15,464	52.1179	51.1375	53.0885	6,871	48.1013	46.7281	49.4603	22,335	50.882	50.0832	51.6747
			領域	3,366	13.2321	12.0098	14.5144	1,408	11.6746	9.9667	13.5277	4,774	12.7727	11.7663	13.8217
			遠隔転移	3,058	2.2362	1.7382	2.8322	1,463	2.6168	1.8939	3.5216	4,521	2.3592	1.9365	2.8458
			合計	26,318	35.3996	34.7187	36.081	12,331	31.3427	30.4288	32.2602	38,649	34.1046	33.5564	34.6533
		47_沖縄県	限局	116	41.8315	31.4951	51.8183	50	42.739	28.0282	56.66	166	42.1038	33.6216	50.3336
			領域	37	27.0799	13.5166	42.623	12	8.5987	0.6101	30.7111	49	22.5585	11.7662	35.4819
			遠隔転移	33				13	15.5362	2.486	39.1241	46	4.4125	0.8371	13.0526
			合計	208	29.7249	23.0557	36.6738	81	30.1801	20.1686	40.8037	289	29.8519	24.2381	35.6571
	2018	00_全国	限局	15,968	51.8207	50.851	52.781	6,660	47.7729	46.3586	49.1726	22,628	50.6291	49.8288	51.4235
			領域	2,912	10.4495	9.2736	11.704	1,229	12.0065	10.1363	14.0449	4,141	10.9106	9.9033	11.9717
			遠隔転移	3,084	2.7677	2.2126	3.4168	1,467	2.9078	2.1376	3.8593	4,551	2.8132	2.3513	3.3371
			合計	25,833	35.7401	35.0477	36.4328	11,743	31.4281	30.4806	32.3795	37,576	34.3918	33.8307	34.9535
		47_沖縄県	限局	129	41.3854	31.6326	50.8521	36	23.65	10.3101	40.0538	165	37.5098	29.1304	45.8602
			領域	21	10.8404	2.3044	26.9988	12	26.5847	6.9795	51.7213	33	16.5782	6.5911	30.4966
			遠隔転移	32				17				49			
			合計	194	29.2434	22.3411	36.471	73	16.0412	8.2526	26.1204	267	25.6324	20.0448	31.5675
3年	NULL	00_全国	限局	47,339	52.1986	51.6398	52.7543	20,853	47.8597	47.0714	48.6435	68,192	50.8715	50.415	51.3261
			領域	9,789	12.1668	11.4682	12.8871	4,142	11.0115	10.0216	12.0525	13,931	11.8231	11.2477	12.4137
			遠隔転移	9,116	2.5244	2.204	2.8774	4,368	2.6516	2.2062	3.1588	13,484	2.5657	2.3014	2.8513
			合計	79,839	35.4038	35.0136	35.7942	37,453	30.9785	30.4548	31.5036	117,292	33.9902	33.6761	34.3045
		47_沖縄県	限局	363	45.5652	39.5056	51.4145	130	36.2774	27.4295	45.166	493	43.1147	38.0735	48.0479
			領域	93	16.8194	9.8745	25.3455	38	13.772	5.1995	26.4643	131	15.9352	10.1689	22.8614
			遠隔転移	104	1.2727	0.1642	5.1295	41	7.3979	1.8959	18.0879	145	3.013	1.0473	6.7849
			合計	609	30.8999	26.8313	35.0504	235	24.0447	18.5173	29.984	844	28.9908	25.6562	32.4011

0090

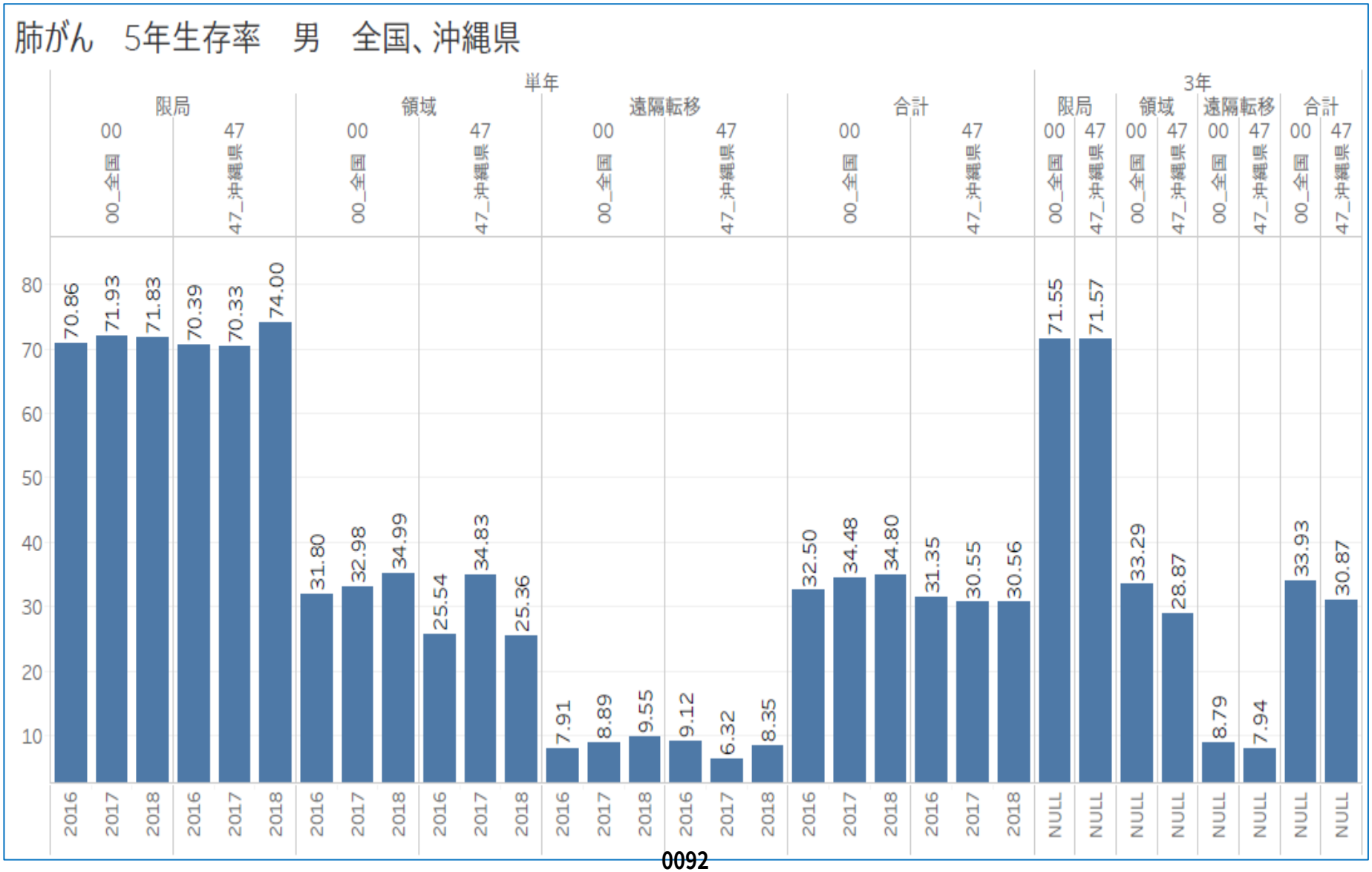
肝がん　読み取り

肝がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	15,887	52.6301	51.669	53.5815	7,311	47.627	46.3038	48.9375	23,198	51.053	50.2748	51.8255
			領域	3,509	12.5095	11.337	13.742	1,506	9.6502	8.1474	11.3002	5,015	11.6509	10.7061	12.6386
			遠隔転移	2,974	2.5691	2.0199	3.2196	1,437	2.3565	1.6601	3.2464	4,411	2.4999	2.0539	3.0126
			合計	27,653	35.0078	34.3523	35.6639	13,361	30.1438	29.2808	31.011	41,014	33.4228	32.8987	33.9477
		47_沖縄県	限局	118	53.8261	42.3241	64.0039	44	39.2833	24.182	54.0633	162	49.8732	40.5694	58.4809
			領域	35	9.508	2.5782	22.0121	14	7.2033	0.6819	24.9739	49	8.8478	2.9459	18.8554
			遠隔転移	39	3.4077	0.6188	10.5879	11	9.1813	0.6497	32.2302	50	4.6849	1.148	12.2792
			合計	207	33.6436	26.3845	41.0395	80	24.1651	15.1678	34.3169	287	31.0019	25.1422	37.0312
	2017	00_全国	限局	15,464	52.1179	51.1375	53.0885	6,871	48.1013	46.7281	49.4603	22,335	50.882	50.0832	51.6747
			領域	3,366	13.2321	12.0098	14.5144	1,408	11.6746	9.9667	13.5277	4,774	12.7727	11.7663	13.8217
			遠隔転移	3,058	2.2362	1.7382	2.8322	1,463	2.6168	1.8939	3.5216	4,521	2.3592	1.9365	2.8458
			合計	26,318	35.3996	34.7187	36.081	12,331	31.3427	30.4288	32.2602	38,649	34.1046	33.5564	34.6533
		47_沖縄県	限局	116	41.8315	31.4951	51.8183	50	42.739	28.0282	56.66	166	42.1038	33.6216	50.3336
			領域	37	27.0799	13.5166	42.623	12	8.5987	0.6101	30.7111	49	22.5585	11.7662	35.4819
			遠隔転移	33				13	15.5362	2.486	39.1241	46	4.4125	0.8371	13.0526
			合計	208	29.7249	23.0557	36.6738	81	30.1801	20.1686	40.8037	289	29.8519	24.2381	35.6571
	2018	00_全国	限局	15,968	51.8207	50.851	52.781	6,660	47.7729	46.3586	49.1726	22,628	50.6291	49.8288	51.4235
			領域	2,912	10.4495	9.2736	11.704	1,229	12.0065	10.1363	14.0449	4,141	10.9106	9.9033	11.9717
			遠隔転移	3,084	2.7677	2.2126	3.4168	1,467	2.9078	2.1376	3.8593	4,551	2.8132	2.3513	3.3371
			合計	25,833	35.7401	35.0477	36.4328	11,743	31.4281	30.4806	32.3795	37,576	34.3918	33.8307	34.9535
		47_沖縄県	限局	129	41.3854	31.6326	50.8521	36	23.65	10.3101	40.0538	165	37.5098	29.1304	45.8602
			領域	21	10.8404	2.3044	26.9988	12	26.5847	6.9795	51.7213	33	16.5782	6.5911	30.4966
			遠隔転移	32				17				49			
			合計	194	29.2434	22.3411	36.471	73	16.0412	8.2526	26.1204	267	25.6324	20.0448	31.5675
3年	NULL	00_全国	限局	47,339	52.1986	51.6398	52.7543	20,853	47.8597	47.0714	48.6435	68,192	50.8715	50.415	51.3261
			領域	9,789	12.1668	11.4682	12.8871	4,142	11.0115	10.0216	12.0525	13,931	11.8231	11.2477	12.4137
			遠隔転移	9,116	2.5244	2.204	2.8774	4,368	2.6516	2.2062	3.1588	13,484	2.5657	2.3014	2.8513
			合計	79,839	35.4038	35.0136	35.7942	37,453	30.9785	30.4548	31.5036	117,292	33.9902	33.6761	34.3045
		47_沖縄県	限局	363	45.5652	39.5056	51.4145	130	36.2774	27.4295	45.166	493	43.1147	38.0735	48.0479
			領域	93	16.8194	9.8745	25.3455	38	13.772	5.1995	26.4643	131	15.9352	10.1689	22.8614
			遠隔転移	104	1.2727	0.1642	5.1295	41	7.3979	1.8959	18.0879	145	3.013	1.0473	6.7849
			合計	609	30.8999	26.8313	35.0504	235	24.0447	18.5173	29.984	844	28.9908	25.6562	32.4011

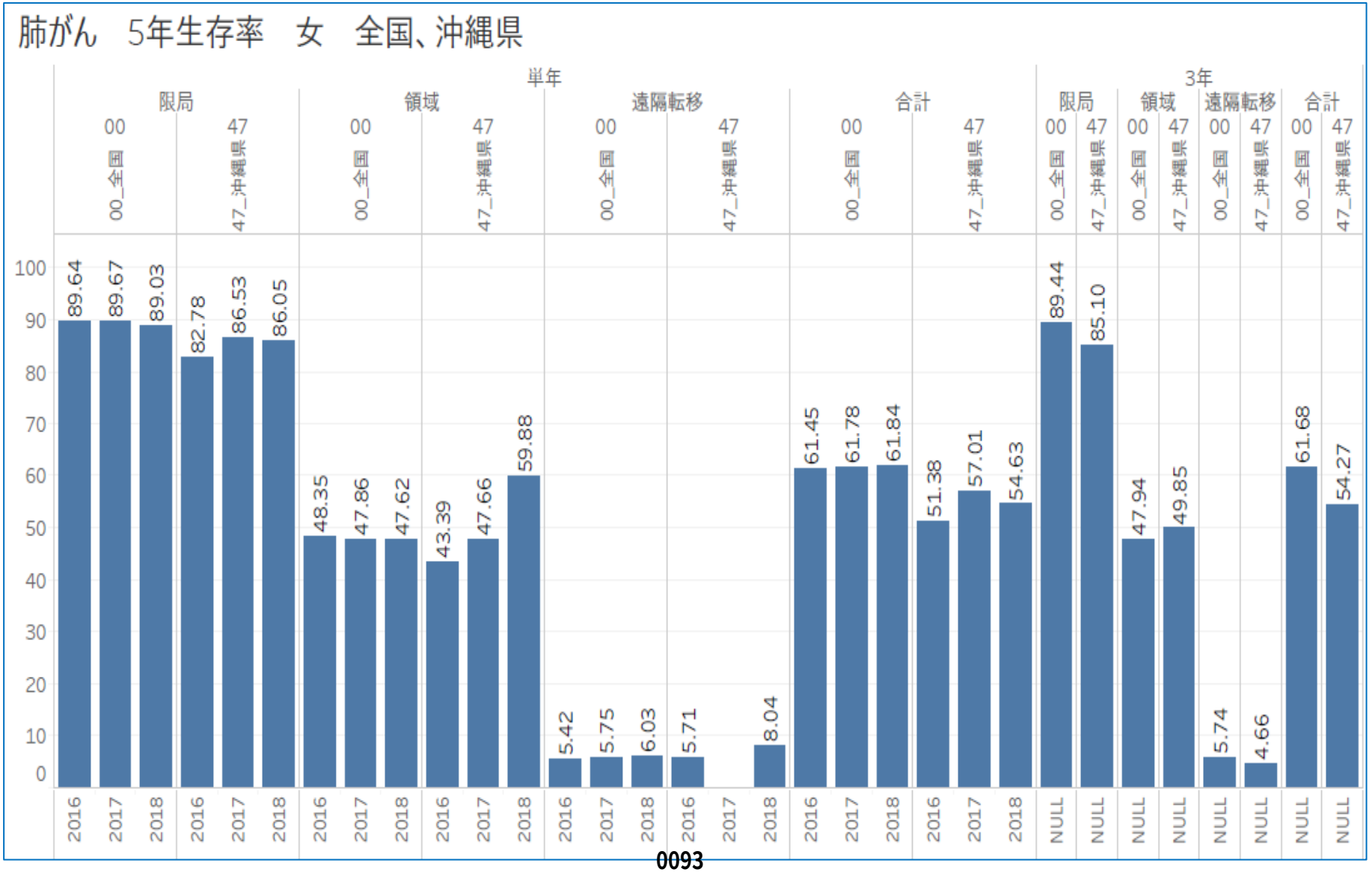
0091

肺がん　男


肺がん　5年生存率　男　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00
47
00_全国
47_沖縄県
80
70
60
50
40
30
20
10
70.86
71.93
71.83
70.39
70.33
74.00
31.80
32.98
34.99
25.54
34.83
25.36
7.91
8.89
9.55
9.12
6.32
8.35
32.50
34.48
34.80
31.35
30.55
30.56
71.55
71.57
33.29
28.87
8.79
7.94
33.93
30.87
2016
2017
2018
NULL

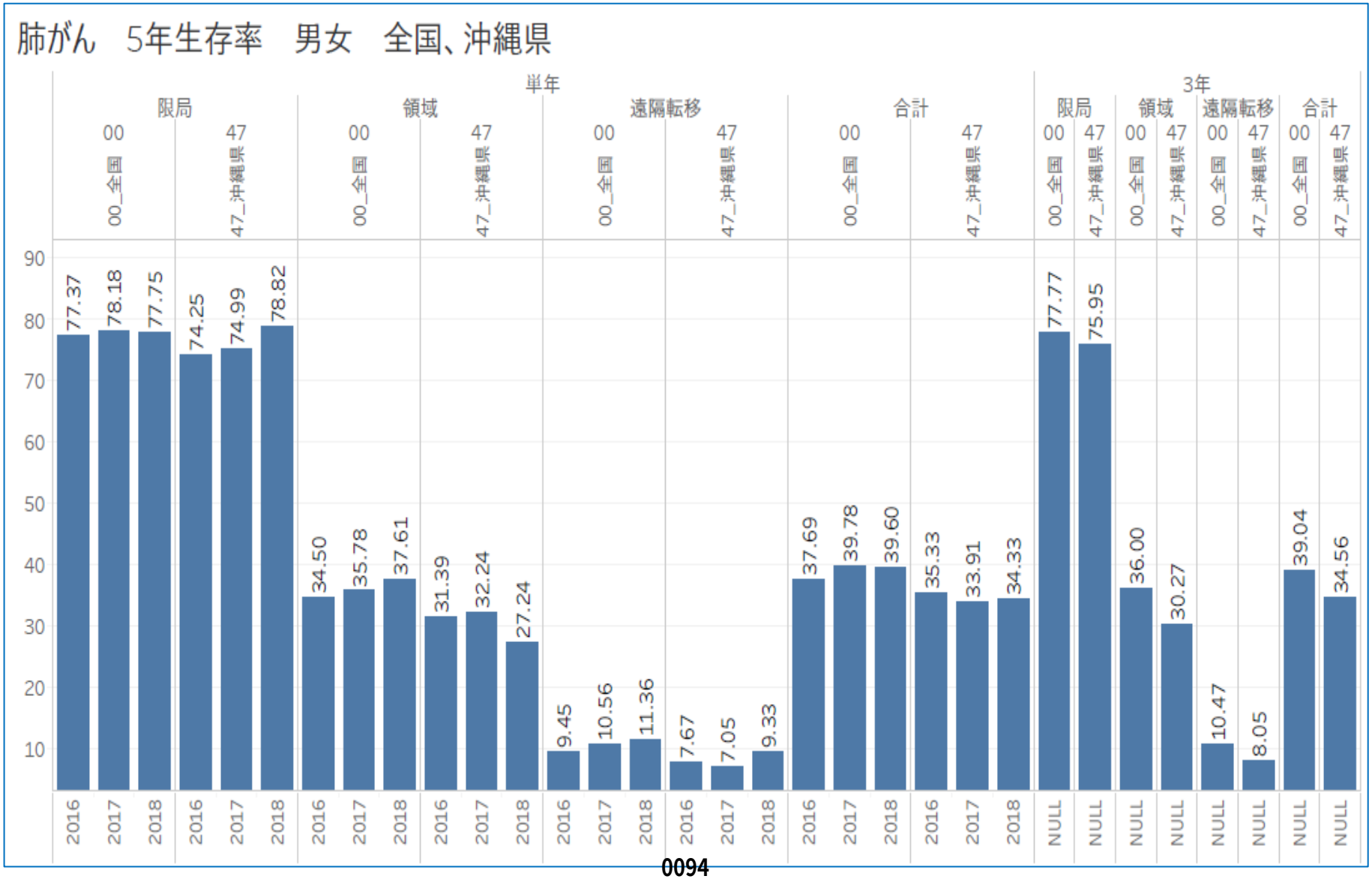
0092

肺がん　女


肺がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00
00_全国
47
47_沖縄県
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
89.64
89.67
89.03
82.78
86.53
86.05
48.35
47.86
47.62
43.39
47.66
59.88
5.42
5.75
6.03
5.71
8.04
61.45
61.78
61.84
51.38
57.01
54.63
89.44
85.10
47.94
49.85
5.74
4.66
61.68
54.27
2016
2017
2018
NULL

0093

肺がん　男女


肺がん　5年生存率　男女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
90
80
70
60
50
40
30
20
10
77.37
78.18
77.75
74.25
74.99
78.82
34.50
35.78
37.61
31.39
32.24
27.24
9.45
10.56
11.36
7.67
7.05
9.33
37.69
39.78
39.60
35.33
33.91
34.33
77.77
75.95
36.00
30.27
10.47
8.05
39.04
34.56
2016
2017
2018
NULL

0094

肺がん　数値表

肺がん数値表　　（ｎ数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	25,325	70.8561	70.0844	71.6122	16,721	87.2424	86.517	87.9315	42,046	77.3747	76.8212	77.9169
			領域	16,739	31.8018	31.0123	32.5939	5,417	42.8422	41.4029	44.273	22,156	34.5036	33.8074	35.2006
			遠隔転移	31,063	7.9127	7.6012	8.2318	12,933	13.123	12.5265	13.7337	43,996	9.4473	9.1643	9.7353
			合計	83,087	32.497	32.1315	32.8629	40,704	48.2856	47.742	48.8268	123,791	37.6947	37.3877	38.0016
		47_沖縄県	限局	213	70.3889	61.0037	77.9217	128	80.6772	70.1955	87.7855	341	74.2539	67.3656	79.9061
			領域	124	25.5367	17.3225	34.5465	33	53.3549	32.8194	70.173	157	31.387	23.391	39.683
			遠隔転移	285	9.1189	6.0674	12.9168	94	3.3035	1.0014	7.9971	379	7.6727	5.2282	10.7124
			合計	698	31.3525	27.4604	35.3129	295	44.7299	38.3905	50.8599	993	35.3314	31.9776	38.6978
	2017	00_全国	限局	26,905	71.9303	71.1834	72.6617	17,681	87.691	86.9832	88.3629	44,586	78.1821	77.6457	78.7076
			領域	16,856	32.9768	32.1755	33.78	5,643	44.1536	42.7332	45.5639	22,499	35.7825	35.0807	36.4848
			遠隔転移	31,237	8.8871	8.5568	9.2248	13,153	14.5253	13.9042	15.1594	44,390	10.5611	10.2628	10.8641
			合計	83,630	34.4795	34.1072	34.852	41,619	50.4075	49.864	50.9484	125,249	39.7781	39.4673	40.0886
		47_沖縄県	限局	175	70.3289	60.2429	78.3118	116	82.0321	71.0435	89.1597	291	74.9944	67.7458	80.8447
			領域	154	34.8284	26.334	43.442	45	23.388	12.1122	36.7864	199	32.2398	25.1129	39.5615
			遠隔転移	279	6.3179	3.7784	9.7454	104	9.0213	4.4845	15.5052	383	7.0533	4.7112	10.0117
			合計	660	30.5453	26.6259	34.5457	299	41.3345	35.1309	47.4196	959	33.9136	30.5726	37.2798
	2018	00_全国	限局	25,933	71.8292	71.0548	72.5872	16,521	87.0377	86.2795	87.7571	42,454	77.7497	77.1871	78.3004
			領域	17,529	34.9933	34.1927	35.7947	5,991	45.2679	43.8755	46.6493	23,520	37.6126	36.9157	38.3094
			遠隔転移	31,330	9.5507	9.2088	9.8998	13,349	15.6063	14.9674	16.2575	44,679	11.363	11.0546	11.676
			合計	82,897	34.8021	34.425	35.1793	40,833	49.3102	48.759	49.8589	123,730	39.595	39.2809	39.909
		47_沖縄県	限局	196	74.0025	63.3726	81.978	107	87.6397	75.9634	93.8646	303	78.8221	71.072	84.7176
			領域	143	25.3591	17.9868	33.3767	44	33.3625	18.9252	48.4866	187	27.2419	20.526	34.3712
			遠隔転移	290	8.345	5.459	11.9905	117	11.772	6.8149	18.1941	407	9.3297	6.7133	12.456
			合計	682	30.5607	26.5793	34.6256	299	42.9062	36.745	48.9124	981	34.328	30.9491	37.7289
3年	NULL	00_全国	限局	78,186	71.5461	71.107	71.9798	50,938	87.3288	86.9121	87.7332	129,124	77.7741	77.4578	78.0867
			領域	51,129	33.2886	32.8279	33.7499	17,052	44.1322	43.3151	44.946	68,181	36.003	35.5995	36.4065
			遠隔転移	93,640	8.7917	8.6013	8.9847	39,440	14.437	14.0776	14.8009	133,080	10.468	10.2959	10.6416
			合計	249,663	33.934	33.7194	34.1487	123,200	49.3598	49.0449	49.6739	372,863	39.0366	38.8573	39.2159
		47_沖縄県	限局	584	71.5676	66.0555	76.3478	351	83.2395	77.4813	87.6425	935	75.9524	71.9406	79.4741
			領域	421	28.8749	24.0932	33.8177	122	35.0803	26.076	44.2036	543	30.2697	26.0165	34.6237
			遠隔転移	854	7.9412	6.2023	9.9466	315	8.3332	5.6025	11.735	1,169	8.0471	6.5443	9.7411
			合計	2,041	30.8701	28.5872	33.1786	0095	893	42.9773	39.3853	46.515	2,934	34.5599	32.6168	36.5095

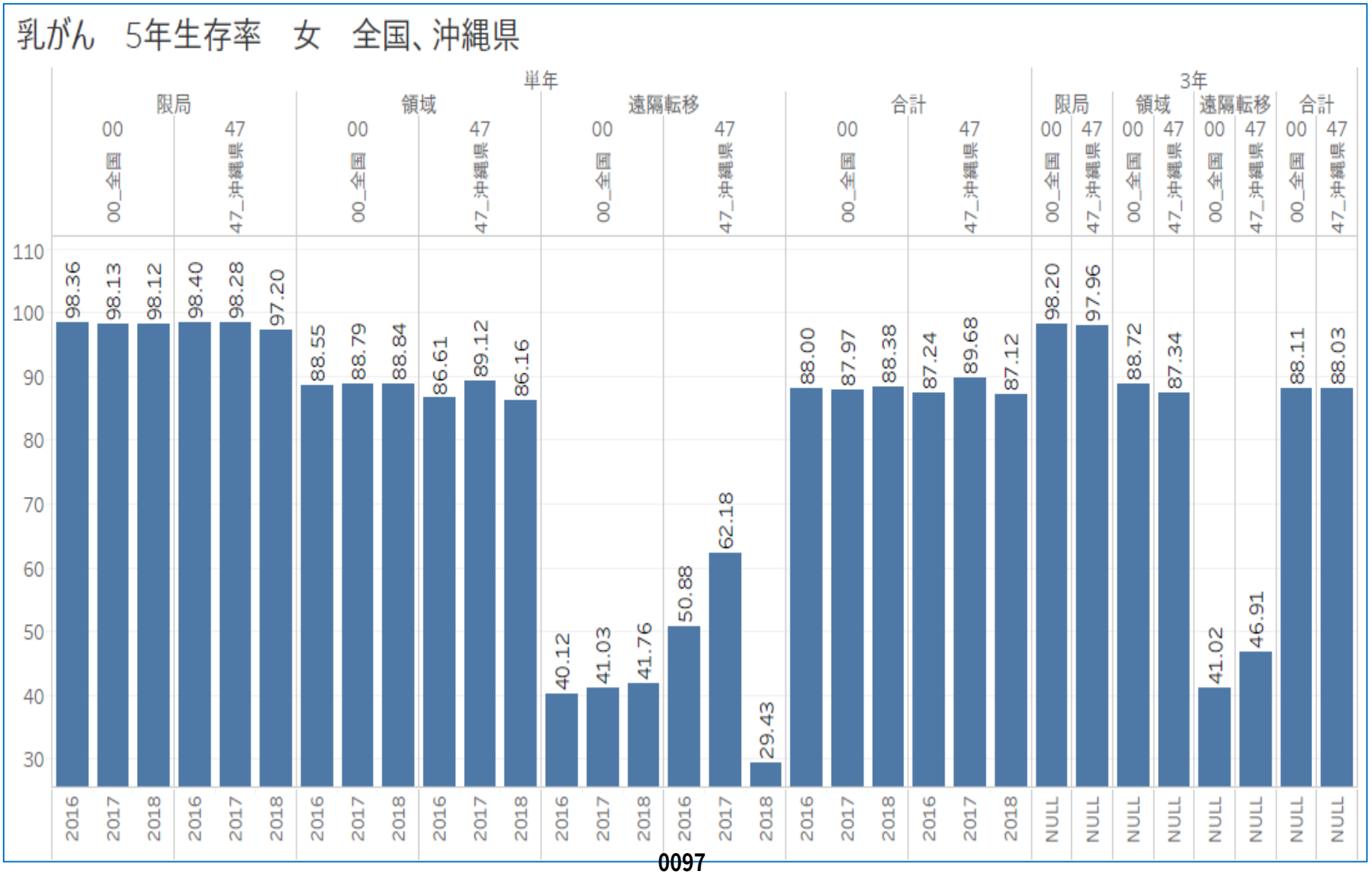
肺がん　読み取り

肺がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(男)	5年純生存率(男)	95%信頼区間下側(男)	95%信頼区間上側(男)	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側(女)	95%信頼区間上側(女)	集計対象数(総数)	5年純生存率(総数)	95%信頼区間下側(総数)	95%信頼区間上側(総数)
単年	2016	00_全国	限局	25,325	70.8561	70.0844	71.6122	16,721	87.2424	86.517	87.9315	42,046	77.3747	76.8212	77.9169
			領域	16,739	31.8018	31.0123	32.5939	5,417	42.8422	41.4029	44.273	22,156	34.5036	33.8074	35.2006
			遠隔転移	31,063	7.9127	7.6012	8.2318	12,933	13.123	12.5265	13.7337	43,996	9.4473	9.1643	9.7353
			合計	83,087	32.497	32.1315	32.8629	40,704	48.2856	47.742	48.8268	123,791	37.6947	37.3877	38.0016
		47_沖縄県	限局	213	70.3889	61.0037	77.9217	128	80.6772	70.1955	87.7855	341	74.2539	67.3656	79.9061
			領域	124	25.5367	17.3225	34.5465	33	53.3549	32.8194	70.173	157	31.387	23.391	39.683
			遠隔転移	285	9.1189	6.0674	12.9168	94	3.3035	1.0014	7.9971	379	7.6727	5.2282	10.7124
			合計	698	31.3525	27.4604	35.3129	295	44.7299	38.3905	50.8599	993	35.3314	31.9776	38.6978
	2017	00_全国	限局	26,905	71.9303	71.1834	72.6617	17,681	87.691	86.9832	88.3629	44,586	78.1821	77.6457	78.7076
			領域	16,856	32.9768	32.1755	33.78	5,643	44.1536	42.7332	45.5639	22,499	35.7825	35.0807	36.4848
			遠隔転移	31,237	8.8871	8.5568	9.2248	13,153	14.5253	13.9042	15.1594	44,390	10.5611	10.2628	10.8641
			合計	83,630	34.4795	34.1072	34.852	41,619	50.4075	49.864	50.9484	125,249	39.7781	39.4673	40.0886
		47_沖縄県	限局	175	70.3289	60.2429	78.3118	116	82.0321	71.0435	89.1597	291	74.9944	67.7458	80.8447
			領域	154	34.8284	26.334	43.442	45	23.388	12.1122	36.7864	199	32.2398	25.1129	39.5615
			遠隔転移	279	6.3179	3.7784	9.7454	104	9.0213	4.4845	15.5052	383	7.0533	4.7112	10.0117
			合計	660	30.5453	26.6259	34.5457	299	41.3345	35.1309	47.4196	959	33.9136	30.5726	37.2798
	2018	00_全国	限局	25,933	71.8292	71.0548	72.5872	16,521	87.0377	86.2795	87.7571	42,454	77.7497	77.1871	78.3004
			領域	17,529	34.9933	34.1927	35.7947	5,991	45.2679	43.8755	46.6493	23,520	37.6126	36.9157	38.3094
			遠隔転移	31,330	9.5507	9.2088	9.8998	13,349	15.6063	14.9674	16.2575	44,679	11.363	11.0546	11.676
			合計	82,897	34.8021	34.425	35.1793	40,833	49.3102	48.759	49.8589	123,730	39.595	39.2809	39.909
		47_沖縄県	限局	196	74.0025	63.3726	81.978	107	87.6397	75.9634	93.8646	303	78.8221	71.072	84.7176
			領域	143	25.3591	17.9868	33.3767	44	33.3625	18.9252	48.4866	187	27.2419	20.526	34.3712
			遠隔転移	290	8.345	5.459	11.9905	117	11.772	6.8149	18.1941	407	9.3297	6.7133	12.456
			合計	682	30.5607	26.5793	34.6256	299	42.9062	36.745	48.9124	981	34.328	30.9491	37.7289
3年	NULL	00_全国	限局	78,186	71.5461	71.107	71.9798	50,938	87.3288	86.9121	87.7332	129,124	77.7741	77.4578	78.0867
			領域	51,129	33.2886	32.8279	33.7499	17,052	44.1322	43.3151	44.946	68,181	36.003	35.5995	36.4065
			遠隔転移	93,640	8.7917	8.6013	8.9847	39,440	14.437	14.0776	14.8009	133,080	10.468	10.2959	10.6416
			合計	249,663	33.934	33.7194	34.1487	123,200	49.3598	49.0449	49.6739	372,863	39.0366	38.8573	39.2159
		47_沖縄県	限局	584	71.5676	66.0555	76.3478	351	83.2395	77.4813	87.6425	935	75.9524	71.9406	79.4741
			領域	421	28.8749	24.0932	33.8177	122	35.0803	26.076	44.2036	543	30.2697	26.0165	34.6237
			遠隔転移	854	7.9412	6.2023	9.9466	315	8.3332	5.6025	11.735	1,169	8.0471	6.5443	9.7411
			合計	2,041	30.8701	28.5872	33.1786	893	42.9773	39.3853	46.515	2,934	34.5599	32.6168	36.5095

0096

乳がん


乳がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00
00_全国
47
47_沖縄県
110
100
90
80
70
60
50
40
30
98.36
98.13
98.12
98.40
98.28
97.20
88.55
88.79
88.84
86.61
89.12
86.16
40.12
41.03
41.76
50.88
62.18
29.43
88.00
87.97
88.38
87.24
89.68
87.12
98.20
97.96
88.72
87.34
41.02
46.91
88.11
88.03
2016
2017
2018
NULL

0097

乳がん　数値表

乳がん数値表　　（ｎ数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側（女）	95%信頼区間上側（女）
単年	2016	00_全国	限局	56,302	98.3628	98.0751	98.6079
			領域	22,963	88.5494	88.0031	89.0724
			遠隔転移	5,529	40.1216	38.7625	41.4764
			合計	96,605	88.0026	87.7293	88.2702
		47_沖縄県	限局	681	98.4018	93.5298	99.6127
			領域	188	86.6077	79.1192	91.5517
			遠隔転移	67	50.8755	37.7495	62.5761
			合計	1,062	87.2389	84.4742	89.542
	2017	00_全国	限局	55,811	98.1325	97.8355	98.3892
			領域	22,933	88.7891	88.23	89.3233
			遠隔転移	5,847	41.0264	39.6872	42.3603
			合計	94,356	87.9674	87.6854	88.2433
		47_沖縄県	限局	720	98.2799	94.0725	99.5086
			領域	211	89.1193	82.2792	93.4231
			遠隔転移	65	62.1832	46.1508	74.6851
			合計	1,089	89.6772	87.0021	91.8278
	2018	00_全国	限局	57,583	98.121	97.8196	98.3811
			領域	23,815	88.8399	88.291	89.3646
			遠隔転移	6,142	41.7598	40.4575	43.0563
			合計	96,879	88.3778	88.0988	88.6507
		47_沖縄県	限局	679	97.2016	93.5193	98.8049
			領域	201	86.1579	77.896	91.4971
			遠隔転移	72	29.4309	19.1736	40.4223
			合計	1,034	87.1214	84.2474	89.504
3年	NULL	00_全国	限局	169,725	98.1955	98.0304	98.3469
			領域	69,724	88.7228	88.4076	89.0301
			遠隔転移	17,527	41.0245	40.2555	41.7917
			合計	287,918	88.1134	87.9537	88.2712
		47_沖縄県	限局	2,080	97.9638	96.1506	98.9276
			領域	600	87.3376	83.3689	90.4138
			遠隔転移	204	46.9128	39.2899	54.1607
			合計	3,185	88.0313	86.4977	89.4015

0098

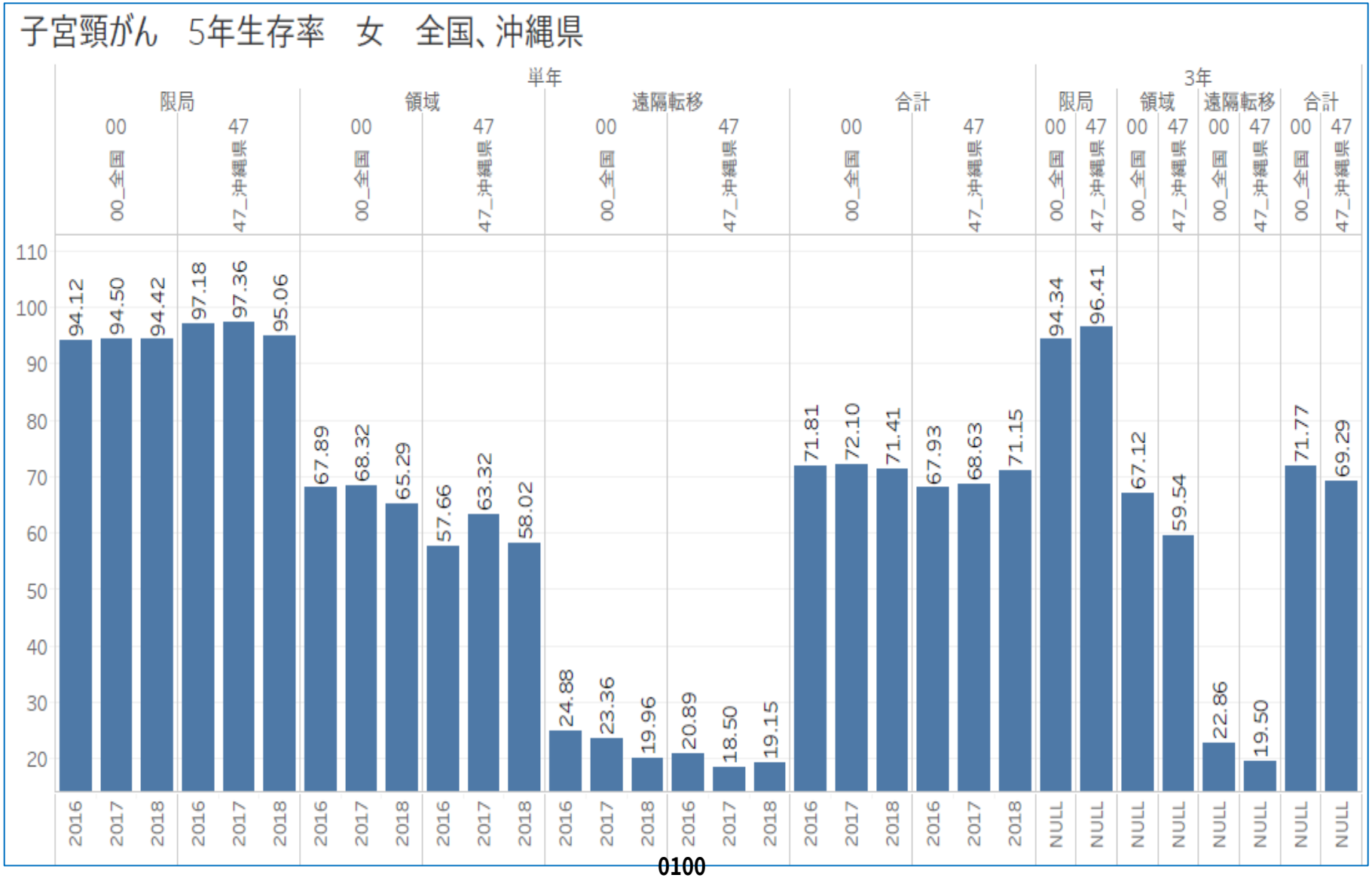
乳がん　読み取り

乳がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側（女）	95%信頼区間上側（女）
単年	2016	00_全国	限局	56,302	98.3628	98.0751	98.6079
			領域	22,963	88.5494	88.0031	89.0724
			遠隔転移	5,529	40.1216	38.7625	41.4764
			合計	96,605	88.0026	87.7293	88.2702
		47_沖縄県	限局	681	98.4018	93.5298	99.6127
			領域	188	86.6077	79.1192	91.5517
			遠隔転移	67	50.8755	37.7495	62.5761
			合計	1,062	87.2389	84.4742	89.542
	2017	00_全国	限局	55,811	98.1325	97.8355	98.3892
			領域	22,933	88.7891	88.23	89.3233
			遠隔転移	5,847	41.0264	39.6872	42.3603
			合計	94,356	87.9674	87.6854	88.2433
		47_沖縄県	限局	720	98.2799	94.0725	99.5086
			領域	211	89.1193	82.2792	93.4231
			遠隔転移	65	62.1832	46.1508	74.6851
			合計	1,089	89.6772	87.0021	91.8278
	2018	00_全国	限局	57,583	98.121	97.8196	98.3811
			領域	23,815	88.8399	88.291	89.3646
			遠隔転移	6,142	41.7598	40.4575	43.0563
			合計	96,879	88.3778	88.0988	88.6507
		47_沖縄県	限局	679	97.2016	93.5193	98.8049
			領域	201	86.1579	77.896	91.4971
			遠隔転移	72	29.4309	19.1736	40.4223
			合計	1,034	87.1214	84.2474	89.504
3年	NULL	00_全国	限局	169,725	98.1955	98.0304	98.3469
			領域	69,724	88.7228	88.4076	89.0301
			遠隔転移	17,527	41.0245	40.2555	41.7917
			合計	287,918	88.1134	87.9537	88.2712
		47_沖縄県	限局	2,080	97.9638	96.1506	98.9276
			領域	600	87.3376	83.3689	90.4138
			遠隔転移	204	46.9128	39.2899	54.1607
			合計	3,185	88.0313	86.4977	89.4015

0099

子宮頸がん


子宮頸がん　5年生存率　女　全国、沖縄県
単年
3年
限局
領域
遠隔転移
合計
00_全国
47_沖縄県
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
94.12
94.50
94.42
97.18
97.36
95.06
67.89
68.32
65.29
57.66
63.32
58.02
24.88
23.36
19.96
20.89
18.50
19.15
71.81
72.10
71.41
67.93
68.63
71.15
94.34
96.41
67.12
59.54
22.86
19.50
71.77
69.29
2016
2017
2018
NULL
0100

子宮頸がん　数値表

子宮頸がん数値表　　（ｎ数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側（女）	95%信頼区間上側（女）
単年	2016	00_全国	限局	4,603	94.1206	93.2357	94.8929
			領域	4,127	67.8912	66.295	69.4302
			遠隔転移	1,326	24.8846	22.5525	27.28
			合計	11,172	71.8096	70.8926	72.7036
		47_沖縄県	限局	66	97.1829	83.4498	99.5497
			領域	56	57.662	43.0442	69.795
			遠隔転移	20	20.8944	6.7694	40.2379
			合計	160	67.9321	59.7276	74.8193
	2017	00_全国	限局	4,470	94.4977	93.5669	95.2973
			領域	4,179	68.3226	66.7177	69.8685
			遠隔転移	1,356	23.364	21.1101	25.688
			合計	11,032	72.0977	71.1646	73.0066
		47_沖縄県	限局	52	97.3594	81.2223	99.6563
			領域	57	63.3214	48.0977	75.1811
			遠隔転移	22	18.5032	6.4861	35.3223
			合計	150	68.6299	59.9521	75.8071
	2018	00_全国	限局	4,402	94.4215	93.5053	95.2118
			領域	4,489	65.2894	63.7483	66.783
			遠隔転移	1,166	19.9592	17.6822	22.3393
			合計	10,979	71.4107	70.4802	72.3179
		47_沖縄県	限局	74	95.0584	83.1718	98.6158
			領域	72	58.0211	45.1599	68.8829
			遠隔転移	16	19.1466	4.986	40.2003
			合計	169	71.1533	63.1992	77.6924
3年	NULL	00_全国	限局	13,473	94.3426	93.8331	94.8111
			領域	12,794	67.1211	66.2154	68.0088
			遠隔転移	3,848	22.856	21.5201	24.2175
			合計	33,181	71.7731	71.2409	72.2975
		47_沖縄県	限局	192	96.4124	91.0671	98.5836
			領域	185	59.5447	51.6359	66.587
			遠隔転移	58	19.4952	10.5673	30.4381
			合計	479	69.2871	64.6852	73.4161

0101

子宮頸がん　読み取り

子宮頸がん数値表　（n数、有意差等の確認用）

年数	年の年	都道府県	進展度	集計対象数(女)	5年純生存率(女)	95%信頼区間下側（女）	95%信頼区間上側（女）
単年	2016	00_全国	限局	4,603	94.1206	93.2357	94.8929
			領域	4,127	67.8912	66.295	69.4302
			遠隔転移	1,326	24.8846	22.5525	27.28
			合計	11,172	71.8096	70.8926	72.7036
		47_沖縄県	限局	66	97.1829	83.4498	99.5497
			領域	56	57.662	43.0442	69.795
			遠隔転移	20	20.8944	6.7694	40.2379
			合計	160	67.9321	59.7276	74.8193
	2017	00_全国	限局	4,470	94.4977	93.5669	95.2973
			領域	4,179	68.3226	66.7177	69.8685
			遠隔転移	1,356	23.364	21.1101	25.688
			合計	11,032	72.0977	71.1646	73.0066
		47_沖縄県	限局	52	97.3594	81.2223	99.6563
			領域	57	63.3214	48.0977	75.1811
			遠隔転移	22	18.5032	6.4861	35.3223
			合計	150	68.6299	59.9521	75.8071
	2018	00_全国	限局	4,402	94.4215	93.5053	95.2118
			領域	4,489	65.2894	63.7483	66.783
			遠隔転移	1,166	19.9592	17.6822	22.3393
			合計	10,979	71.4107	70.4802	72.3179
		47_沖縄県	限局	74	95.0584	83.1718	98.6158
			領域	72	58.0211	45.1599	68.8829
			遠隔転移	16	19.1466	4.986	40.2003
			合計	169	71.1533	63.1992	77.6924
3年	NULL	00_全国	限局	13,473	94.3426	93.8331	94.8111
			領域	12,794	67.1211	66.2154	68.0088
			遠隔転移	3,848	22.856	21.5201	24.2175
			合計	33,181	71.7731	71.2409	72.2975
		47_沖縄県	限局	192	96.4124	91.0671	98.5836
			領域	185	59.5447	51.6359	66.587
			遠隔転移	58	19.4952	10.5673	30.4381
			合計	479	69.2871	64.6852	73.4161

0102

まとめ

- ロジックモデルの最終アウトカム部分の重要な指標を点検しておく。
- このデータにおいて、95%信頼区間で有意差が認められる項目もあるため、検討が必要。
- 引き続き、データセットを整備し、データのつながりの中で検討し、熟議し、改善を図っていく。

以下、参考

がん情報サービス

全国がん登録 罹患数・率

- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2023年 NEW
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2022年 NEW
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2021年
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2020年
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2019年
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2018年
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2017年
- 【厚生労働省】全国がん登録 罹患数・率 報告 2016年

全国がん登録 5年生存率

- 【厚生労働省】全国がん登録 5年生存率 報告 2018年 NEW
- 【厚生労働省】全国がん登録 5年生存率 報告 2017年 NEW
- 【厚生労働省】全国がん登録 5年生存率 報告 2016年

0105

https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/ncr/ncr_incidence.html

厚生労働省ホームページ



全国がん登録　罹患数・率

- 2016年速報
- 2016年
- 2017年
- 2018年
- 2019年
- 2020年
- 2021年

2022年 ・結果の概要 ・報告書 ・xls形式の統計表

2023年 ・結果の概要 ・報告書 ・xls形式の統計表

全国がん登録　5年生存率

2016年 ・結果の概要 ・報告書 ・xls形式の統計表

2017年 ・結果の概要 ・報告書 ・xls形式の統計表

2018年 ・結果の概要 ・報告書 ・xls形式の統計表

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_toroku.html

0106

e-Stat



0107

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450173&tstat=000001133323

今回の情報源

■ 2018年分　2026-03-25掲載
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&year=20180&month=0&tclass1=000001237257&tclass2=000001240705&tclass3=000001240706&result_back=1&tclass4val=0

■ 2017年分　2026-03-13掲載
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001237257&tclass2=000001240705&tclass3=000001240706&result_back=1&tclass4val=0

■ 2016年分　2026-02-12掲載
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001237257&tclass2=000001240705&tclass3=000001240706&result_back=1&tclass4val=0

■ 2016年～2018年3年束　2026-03-25掲載
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001242076&tclass2=000001242078&tclass3=000001242079&tclass4val=0

0108

沖縄県がん診療連携協議会
有識者報告提出資料

2026年5月8日(金)

一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン
一般社団法人 全国がん患者団体連合会
理事長 天野 慎介

2025年12月「高額療養費制度の見直し」のポイント4つ

SCHEDULE

2段階での引き上げ実施

制度の安定性を考慮し、急激な変化を避けるため**2026年8月**および**2027年8月**の2段階に分けて自己負担上限額を引き上げます。

STRUCTURE



所得区分の細分化 (5→13)

2027年8月の改定では、現行の5区分を**13区分に細分化**。負担能力に応じたよりきめ細やかな上限設定を行い、公平性を高めます。

負担減

長期にわたり継続的に治療を受ける方

「多数回該当の据え置き」や「年間上限の新設」により、長期療養が必要な患者さんの**負担増を抑制・軽減**するセーフティネットを強化します。

負担増



短期～中期で治療を受ける方

1ヶ月あたりの「月額上限」が引き上げられるため、数ヶ月程度の短期・中期的な入院や手術を伴う治療では、**自己負担額が増加**する見込みです。

衆議院予算委員会の公聴会にて公述人として意見陳述（2026年3月10日）



衆議院インターネット審議中継より

高額療養費制度の見直しについて（2025年12月政府案）

所得区分	現行		R8.8～			R9.8～		
	月額上限	外来特例（70歳以上）	月額上限	年間上限	外来特例（70歳以上）	月額上限	年間上限	外来特例（70歳以上）
約1,650万円～（標報：127万円～）	252,600＋1％ <140,100>	－	270,300＋1％ <140,100>	1,680,000（月額平均140,000）	－	342,000＋1％ <140,100>	1,680,000（月額平均140,000）	－
約1,410～約1,650万円（標報：103～121万円）						303,000＋1％ <140,100>		－
約1,160～約1,410万円（標報：83～98万円）						270,300＋1％ <140,100>		－
約1,040～約1,160万円（標報：71～79万円）	167,400＋1％ <93,000>	－	179,100＋1％ <93,000>	1,110,000（月額平均92,500）	－	209,400＋1％ <93,000>	1,110,000（月額平均92,500）	－
約950～約1,040万円（標報：62～68万円）						194,400＋1％ <93,000>		－
約770～約950万円（標報：53～59万円）						179,100＋1％ <93,000>		－
約650～約770万円（標報：44～50万円）	80,100＋1％ <44,400>	－	85,800＋1％ <44,400>	530,000（月額平均約44,200）	－	110,400＋1％ <44,400>	530,000（月額平均約44,200）	－
約510～約650万円（標報：36～41万円）						98,100＋1％ <44,400>		－
約370～約510万円（標報：28～34万円）						85,800＋1％ <44,400>		－
約260～約370万円（標報：20～26万円）	57,600 <44,400>	18,000（年14.4万）	61,500 <44,400>	530,000（月額平均約44,200）（※1）	22,000（年21.6万）	69,600 <44,400>	530,000（月額平均約44,200）	28,000（年21.6万）
約200～約260万円（標報：16～19万円）						65,400 <44,400>		28,000（年21.6万）
～約200万円（標報：～15万円）						61,500 <34,500>	410,000（月額平均約34,200）	22,000（年21.6万）
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	－	36,900 <24,600>	290,000（月額平均約24,200）	－	36,900 <24,600>	290,000（月額平均約24,200）	－
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000（月額平均約24,200）	11,000（年9.6万）	25,700 <24,600>	290,000（月額平均約24,200）	13,000（年9.6万）
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000（月額平均15,000）	8,000	15,700	180,000（月額平均15,000）	8,000

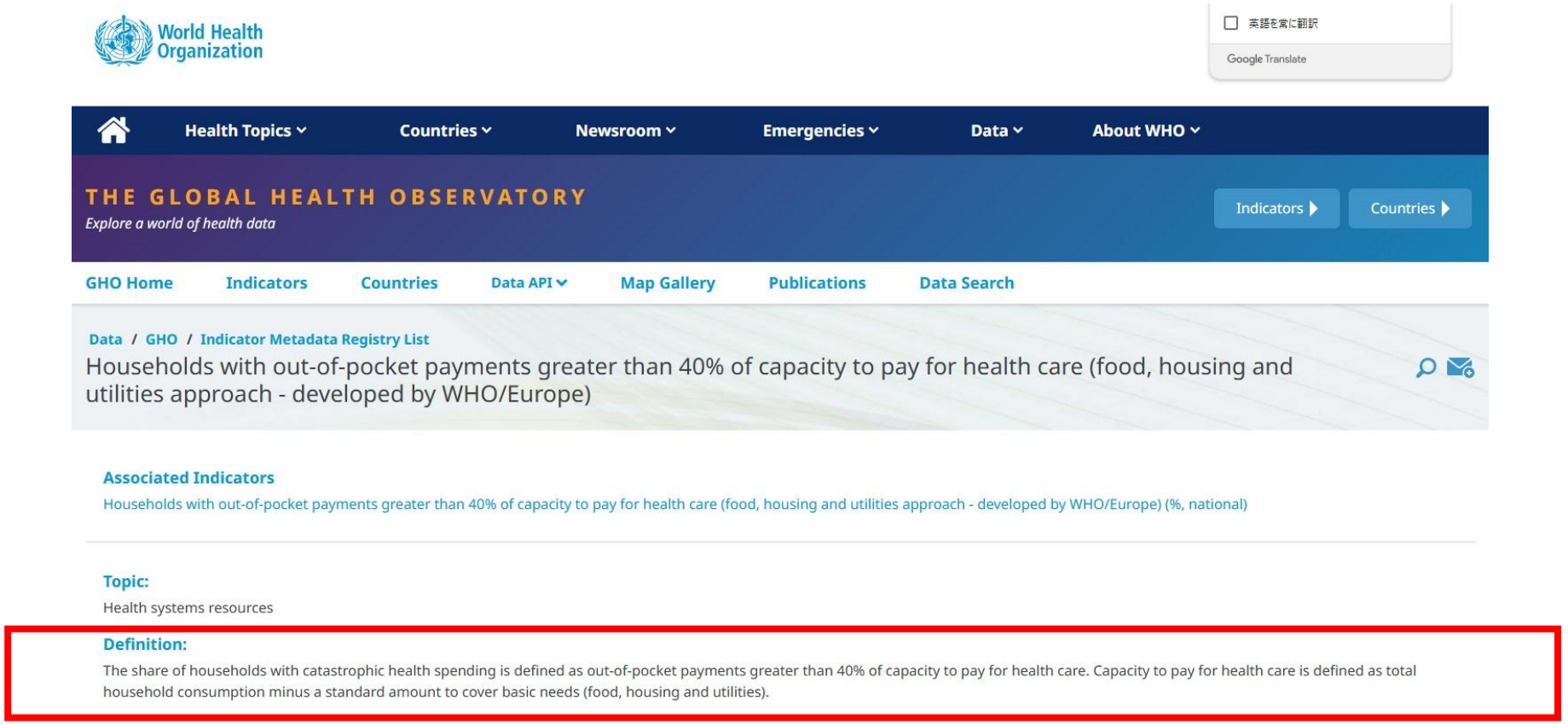
（※1）「～約200万円（標報：～15万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和９年８月以降に償還払い。
（※2）外来特例の対象年齢については、「「強い経済」を実現する総合経済対策」（令和７年11月21日閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和７年度中に具体的な骨子について合意し、令和８年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

政府が決めた高額療養費制度の見直し内容

年収（概数）	月の自己負担上限（円） 現行	2026年8月～	2027年8月～	年間上限 26年8月～
	枠内は、実際にかかった医療費から一定額を引いた額の1％と表の額を足したものが上限になる			
1650万～	25万2600	27万300	34万2千	168万
1410～1650			30万3千	
1160～1410			27万300	
1040～1160	16万7400	17万9100	20万9400	111万
950～1040			19万4400	
770～950			17万9100	
650～770	8万100	8万5800	11万400	53万
510～650			9万8100	
370～510			8万5800	
260～370	5万7600	6万1500	6万9600	
200～260			6万5400	
～200			6万1500	53万 27年8月から41万
70歳未満 住民税非課税	3万5400	3万6900	3万6900	29万
70歳以上 住民税非課税	2万4600	2万5700	2万5700	
70歳以上 一定所得以下	1万5千	1万5700	1万5700	18万

厚生労働省第9回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料より一部加筆修正／朝日新聞（2025年12月23日）より一部加筆修正

「破滅的医療支出」(Catastrophic Health Expenditure)とは―世界保健機関(WHO)の定義

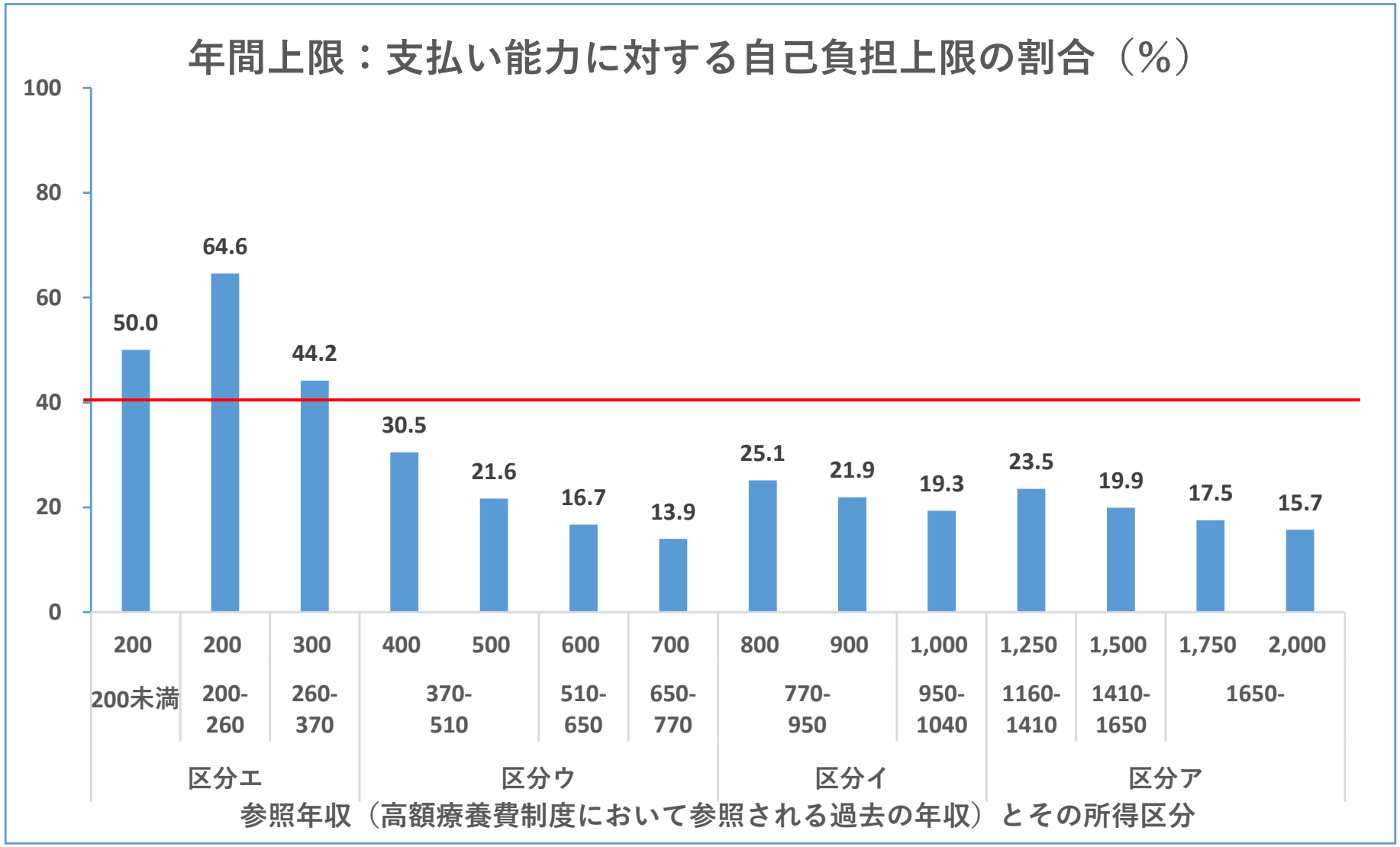


破滅的医療支出(Catastrophic Health Expenditure)の定義

破滅的医療支出のある世帯は、**自己負担額が医療費支払い能力の40%以上**と定義される。医療費の支払い能力は、家計の総消費額から基本的ニーズ(食費、住居費、光熱費)をカバーするための基準額を差し引いた額と定義される。

世界保健機関(WHO)ホームページ(https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989)より

【年額】支払い能力に対する自己負担上限の割合（所得維持の場合を想定）

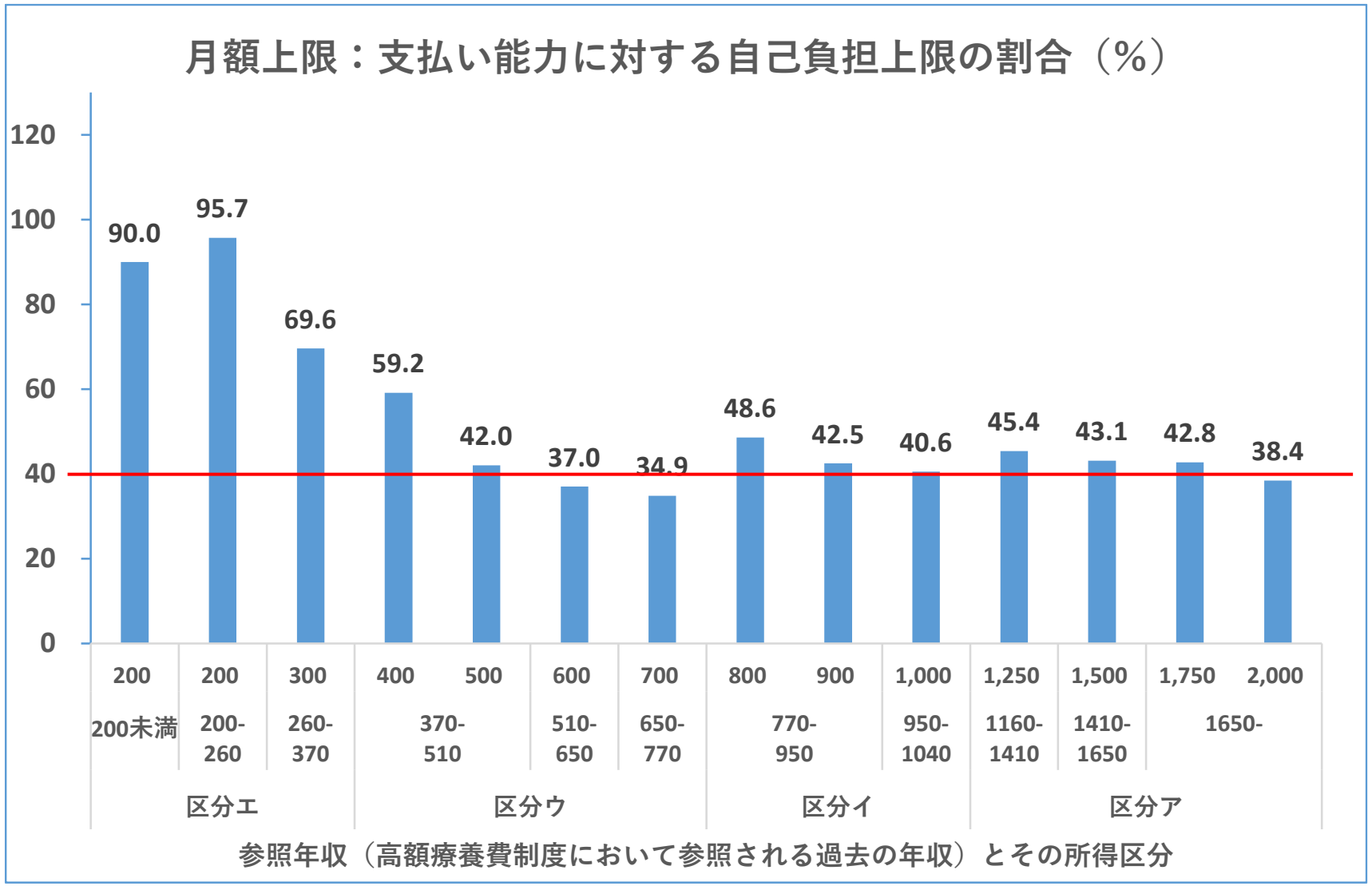


（注）

1. 「支払い能力」とは、所得から「税金・保険料」と「生活費」を差し引いた所得指標
2. 「税金・保険料」は年収からの手取り額早見表を用いて算出
   URL: https://www.musashi-corporation.com/wealthhack/annual-income-net-income
3. 「生活費」は大阪医科薬科大学・伊藤らの研究の手法もとに、総務省統計局家計調査家計収支編年間収入十分位階級別1世帯当たり1か月間の収入と支出のうち、食費・住居費・水道光熱費に該当する部分を合算して組み込み
4. WHO（世界保健機関）では、「支払い能力」のうち、医療費の支払いが40%を超える状態を「破滅的医療支出」と定義

安藤道人先生（立教大学経済学部教授）作成資料より一部加筆修正／安藤道人先生noteより

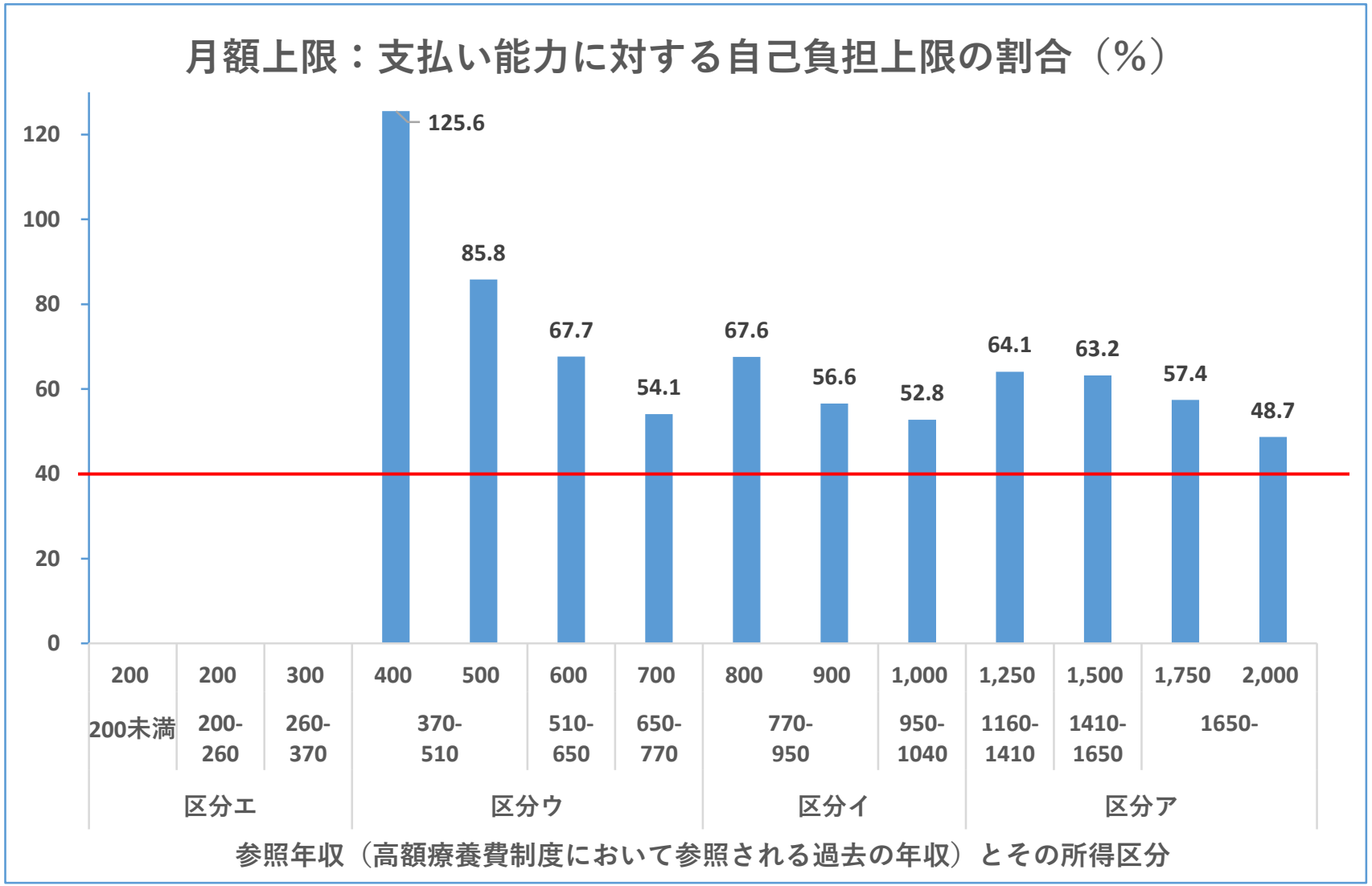
【月額】「支払い能力」に対する自己負担上限の割合（所得維持の場合を想定）



（注）
1. 「支払い能力」とは、所得から「税金・保険料」と「生活費」を差し引いた所得指標
2. 「税金・保険料」は年収からの手取り額早見表を用いて算出
   URL: https://www.musashi-corporation.com/wealthhack/annual-income-net-income
3. 「生活費」は大阪医科薬科大学・伊藤らの研究の手法もとに、総務省統計局家計調査家計収支編年間収入十分位階級別1世帯当たり1か月間の収入と支出のうち、食費・住居費・水道光熱費に該当する部分を合算して組み込み
4. WHO（世界保健機関）では、「支払い能力」のうち、医療費の支払いが40%を超える状態を「破滅的医療支出」と定義

安藤道人先生（立教大学経済学部教授）作成資料より一部加筆修正／安藤道人先生noteより

【月額】「支払い能力」に対する自己負担上限の割合（所得減少となる場合を想定）



（注）

1. 「支払い能力」とは、所得から「税金・保険料」と「生活費」を差し引いた所得指標
2. 「税金・保険料」は年収からの手取り額早見表を用いて算出
   URL: https://www.musashi-corporation.com/wealthhack/annual-income-net-income
3. 「生活費」は大阪医科薬科大学・伊藤らの研究の手法もとに、総務省統計局家計調査家計収支編年間収入十分位階級別1世帯当たり1か月間の収入と支出のうち、食費・住居費・水道光熱費に該当する部分を合算して組み込み
4. WHO（世界保健機関）では、「支払い能力」のうち、医療費の支払いが40%を超える状態を「破滅的医療支出」と定義
5. 治療時の所得減少として、参照年収1000万円以下の人は200万円減少、参照年収1250万円の人は350万円減少、参照年収1500万円以上の人は500万円減少を想定している。このケースで200万～2000万の参照所得ごとの所得減少率を計算すると、その単純平均値は約38.5%、中央値は28.6%となる。参照年収200万円、300万円が分析対象外となっているのは、これら参照年収における200万円の所得減収は、住民税非課税世帯や生活保護世帯への移行レベルの所得減少であり、妥当性の高い試算は困難と判断したためである。

安藤道人先生（立教大学経済学部教授）作成資料より一部加筆修正／安藤道人先生noteより

AYA世代の貯金額（平均値と中央値）

金融広報中央委員の「家計の金融行動に関する世論調査」によると、20代～50代の貯金額の平均値および中央値は次のとおりです。

	単身世帯		2人以上世帯	
	平均値	中央値	平均値	中央値
20代	121万円	9万円	249万円	30万円
30代	594万円	100万円	601万円	150万円
40代	559万円	47万円	889万円	220万円
50代	1,391万円	80万円	1,147万円	300万円

参考： 金融広報中央委員「家計の金融行動に関する世論調査[単身世帯調査]（令和5年）」
「家計の金融行動に関する世論調査[二人以上世帯調査]（令和5年）」より筆者作成
https://www.shiruporuto.jp/public/document/container/yoron/tanshin/2023/23bunruit001.html
https://www.shiruporuto.jp/public/document/container/yoron/futari2021-/2023/23bunruif001.html

三菱UFJ銀行ホームページ「20代、30代、40代、50代など年代別の貯金平均額と中央値は？人生に必要なお金を解説」より

「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート～3,623人の声」より（一部抜粋）

（2025年1月17日～1月19日調査／全国がん患者団体連合会による緊急オンライン調査）

【女性・20代・がん患者】
スキルス胃がん患者です。小さな子どもがおり、この子を遺して死ねません。高額療養費制度を使っていますが、支払いは苦しいです。家族に申し訳ないです。引き上げされることを知り泣きました。スキルス胃がんは治らないみたいです。私はいずれ死ぬのでしょうが、子どものために少しでも長く生きたい。毎月さらに多くの医療費を支払うことはできません。死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残す方がいいのか追い詰められています。

【女性・30代・がん患者】
高額療養費制度の負担上限額引き上げに反対します。私は急性骨髄性白血病患者です。現在傷病休業中で傷病手当金を受給しています。夫と子ども1人と生活しています。35歳で罹患し約8ヶ月の入院、退院して月2回の通院を現在も続けています。その間にかかる医療費は毎回高額療養費上限まで使用しています。あくまで健康保険の使用出来る範囲では高額療養費制度のお陰で出費は抑えられていますが自費負担金が他にもあることをお忘れにならないでください。これ以上医療費が高額になると治療を諦める、命を諦める患者が増えるのは確実です。私たちを殺さないでください。生きることを諦めさせないでください。

【女性・40代・がん患者】
両側乳がん、ホルモン治療中、がん保険未加入、非正規雇用、都内賃貸一人暮らしです。2021年入院手術・放射線治療の時には、高額療養費制度には大変助けられました。ですが、通常の医療保険しか加入しておらず、赤字でカードのリボ払いでしのぎました。現在のホルモン治療（タモキシフェンとゾラデックス）、また治療に伴う副作用で他科に通院、検査費用、交通費で年間15万以上の治療費がかかっており、本当に生活が厳しい状態です。物価の超高騰、給料（年収）は上がらず、今でも治療が続けられるのか不安があるなか、今回の制度改正後、再発等で薬が増えると確実に治療ができません!年収約300の人で家賃より高い負担は破綻します。

【女性・20代・がん患者の家族や遺族】
家族がガンになって、お金の難しさを改めて感じました。母は発覚当初、余命半年といわれていました。しかし、高価な治療薬のおかげで発覚から3年生き延びています。この高額療養費がなければ治療薬が払えず、今頃死んでいたことと思います。お金を出せば治療は継続でき、自分の人生を続けることができます。でもお金がなければ、どれだけ生きたいと思っても無理です。自分の病気が進行するのをただ待ち、死を待つだけです。負担上限が引き上げられることにより、多くの人が自分の人生を終わらせる決断を迫られることになるということをどうか理解ください。

【男性・30代・医師】
社会保険制度の根本の意義は、疾病による経済的死を避けることにある。その意味では全ての人が回避できる必要がある。しかし今回の高額療養費により最大で年収の1/3を医療費自己負担として払う可能性がある。明らかに低所得者世帯より負担割合が大きく、強い逆進性を招いている。医療費全体の圧縮のため、「痛みを伴う改革」の一環として全世代、医療職も痛みを伴う中で、患者の痛みも伴う高額療養費の引き上げが行われるのであれば受容するが、いたずらに現役世代の高所得者から徴収し社会保険制度を維持しようとする小手先に終始するのであれば、最悪の形で制度崩壊を迎えるのを早めているだけに等しい。

全国がん患者団体連合会ホームページ（https://zenganren.jp/wp-content/uploads/2025/01/news_20250120_01.pdf）掲載

高額療養費制度における運用上の課題の例

- 高額療養費の申請では、同一の医療機関の自己負担額（院外処方における薬剤費等）が上限額を超えない場合でも、**他の医療機関等の医療費や、同じ世帯の同じ公的医療保険に加入している方の医療費についても、合算することが可能**（ただし、70歳未満の場合は、それぞれの自己負担額が21,000円以上であることが必要）【右図参照】
- 2026年度政府予算案で新設される高額療養費制度の「**年間上限**」は当面の間、**償還払いかつ患者申告制**となる見込み（患者の負担が大きい）
- 現行の高額療養費制度では、**加入する保険者が変わる際に多数回該当のカウントがリセットされる仕組み**となっているが、カウントが引き継がれる仕組みの検討が必要



※2 自己負担額が21,000円に満たないため、合算対象になりません。
ただし、70歳以上は21,000円に満たなくても自己負担額を合算できます。

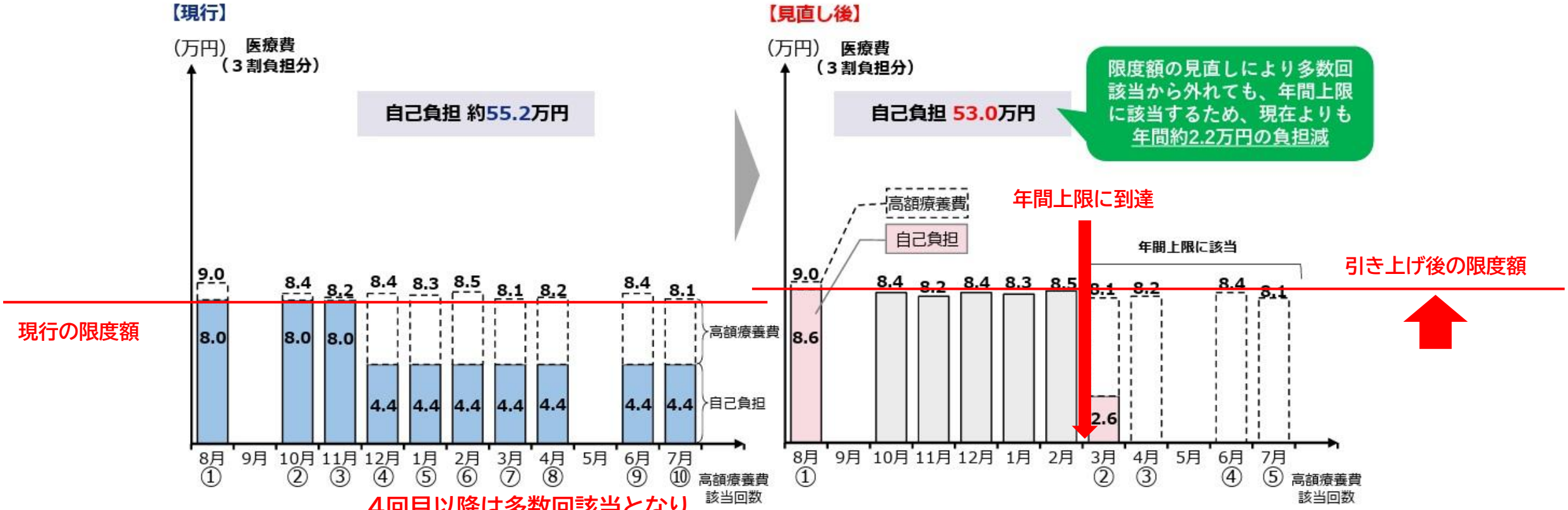
図表は「がんを学ぶ」高額療養費制度適用ルール（ファイザー株式会社）より

「負担減」となる例（自己負担限度額の引き上げにより多数回該当から外れるが、年間上限に該当する患者）

○　現行制度においては、長期に継続して治療を受ける場合であっても、直近12ヶ月の間に３回以上の高額療養費制度の利用がなければ、多数回該当の対象とならず、大きな経済的負担につながる。
○　そこで、新たに患者負担に年単位の上限（「年間上限」）を導入し、「年間上限」を超えて支払った自己負担額については保険者から償還を行う。

自己負担限度額の見直しにより多数回該当から外れてしまう方の場合

（年収約370万～約510万円の者の場合）



4回目以降は多数回該当となり限度額は44,400円

厚生労働省第9回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料より一部加筆修正

「負担減」となる例（高額薬剤を投与されて、年間上限に該当する患者）

ケース

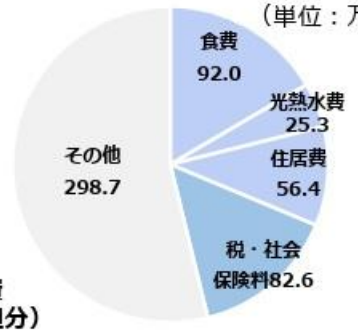
40歳代・女性・標報41万円（年収約600万円）の患者

主な傷病・治療：遺伝性網膜ジストロフィー・ルクスターナ注
（薬価：約4,960万円）の使用

総医療費 約4,960万円（３割負担分 約1,488万円）

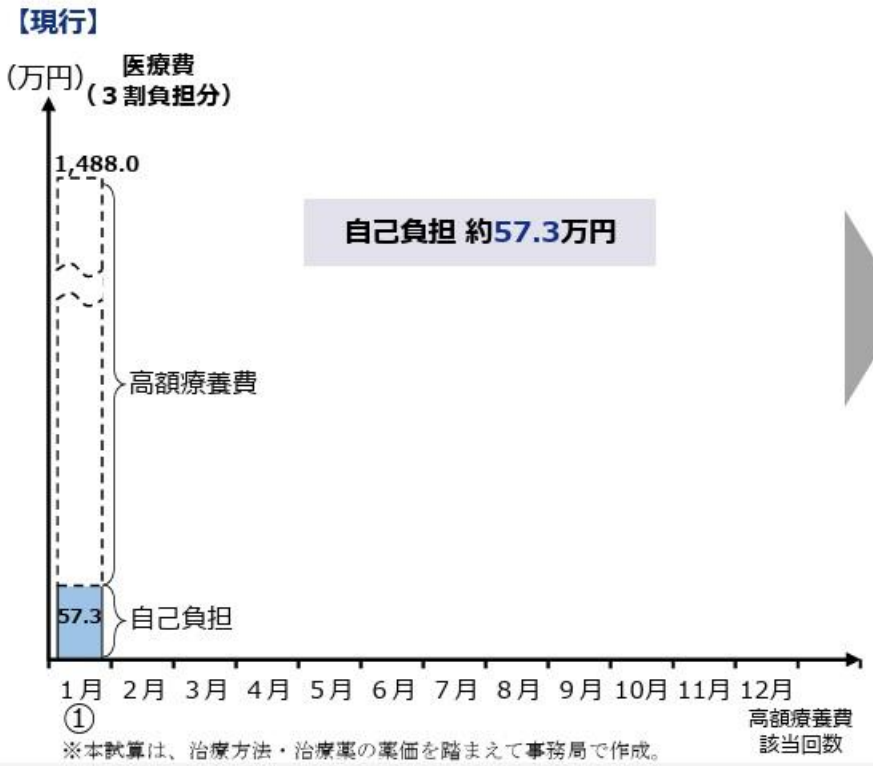
【家計調査】年間収入550～600万円の者の家計の状況（年間）

（単位：万円）

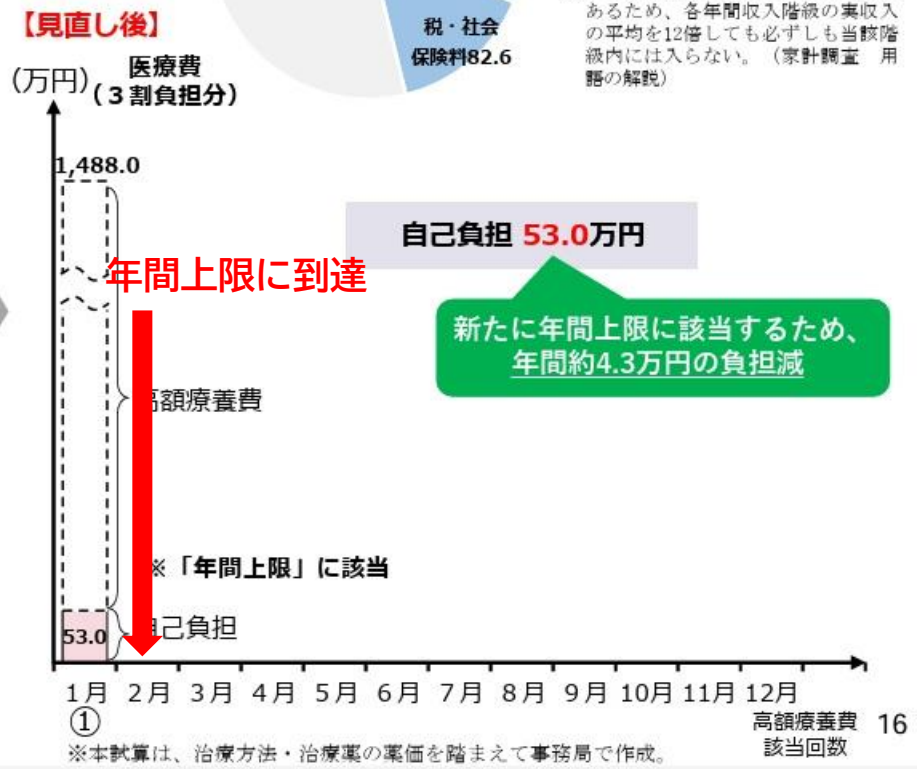


※１総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（２人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※２「年間収入」は過去１年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査　用語の解説）



自己負担 約57.3万円



自己負担 53.0万円

新たに年間上限に該当するため、
年間約4.3万円の負担減

16

厚生労働省第9回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料より一部加筆修正

「負担減」となる例（多数回該当の金額が引き下げとなる年収200万円未満の患者）

ケース

40歳代・女性・標報15万円（年収約200万円）の患者
主な傷病・治療：乳がん・術後再発/転移・分子標的薬、
前年から継続で多数回該当
総医療費 約658.2万円（３割負担分 約197.4万円）

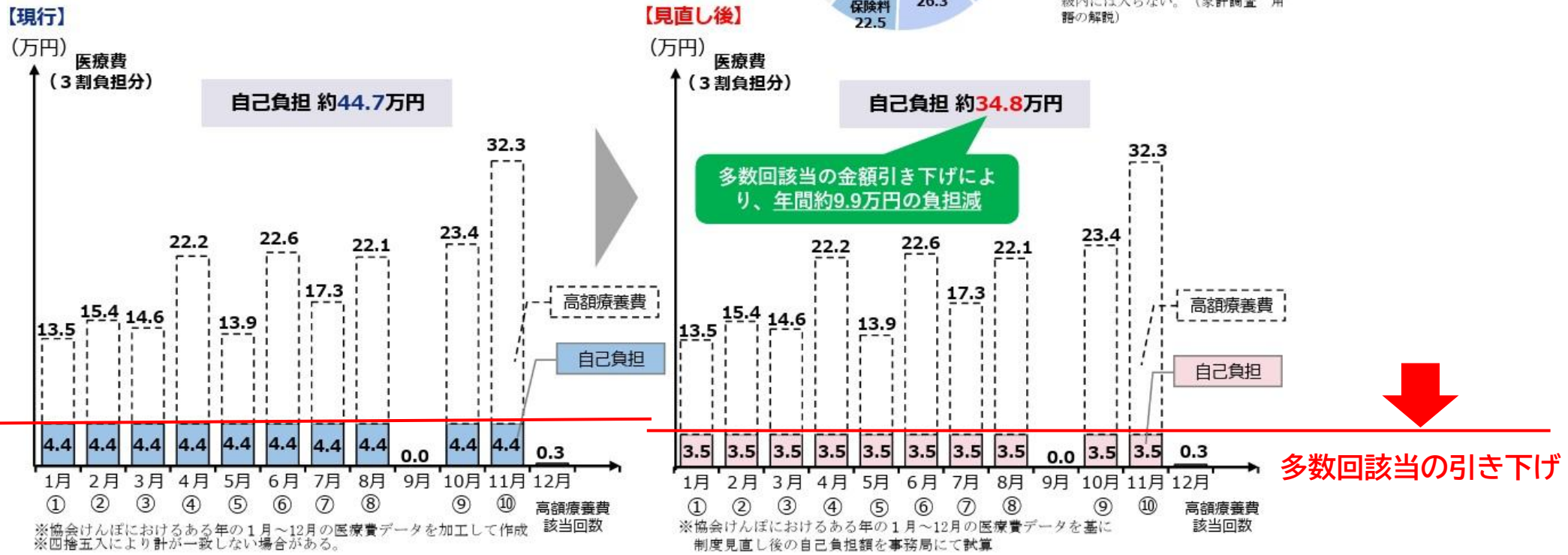
【家計調査】年間収入200万円未満の家計の状況
（年間・２人以上勤労者世帯）

（単位：万円）



※１ 総収入（実収入）、食費、光熱水費、住居費（土地家屋借金返済含む）、税・社会保険料は、総務省「家計調査」（2024）における世帯支出（２人以上勤労者世帯、年収階級200万円未満、月額）を12倍して年間換算。

※２「年間収入」は過去１年間の収入であるため、各年間収入階級の実収入の平均を12倍しても必ずしも当該階級内には入らない。（家計調査　用語の解説）



現行の多数回該当

多数回該当の引き下げ

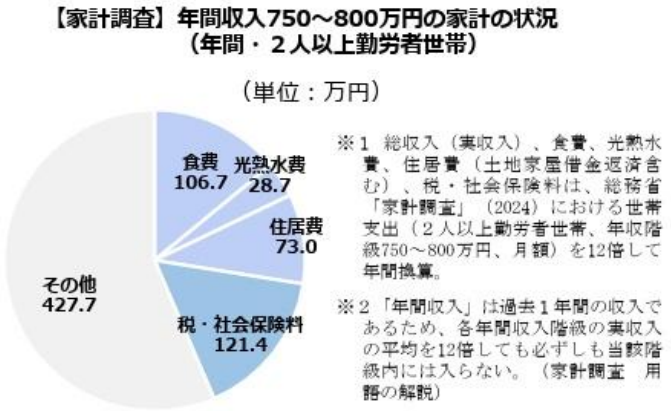
厚生労働省第9回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料より一部加筆修正

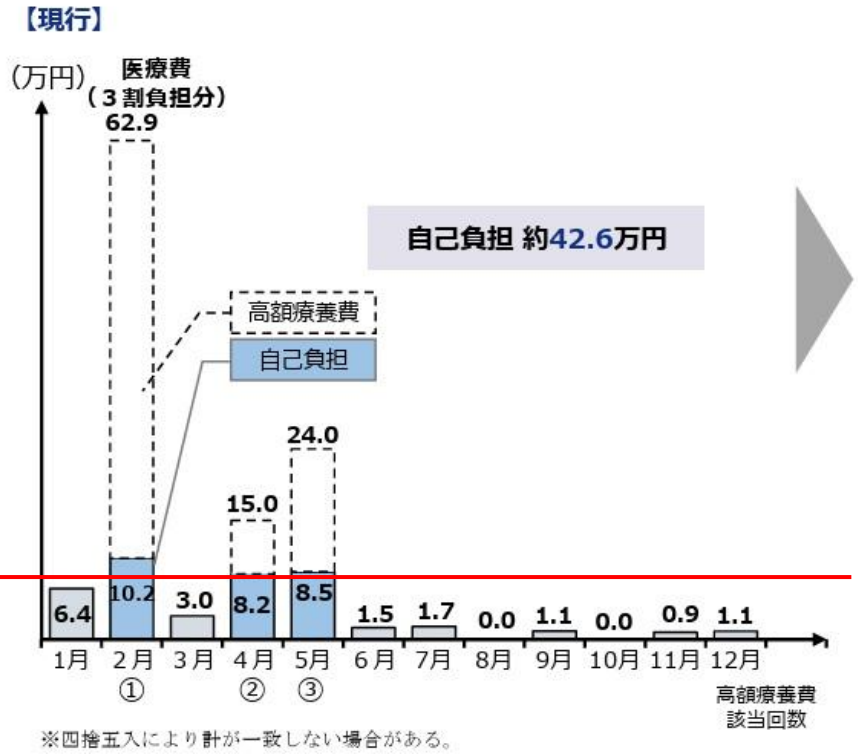
「負担増」となる例（多数回該当に年3回該当する患者）

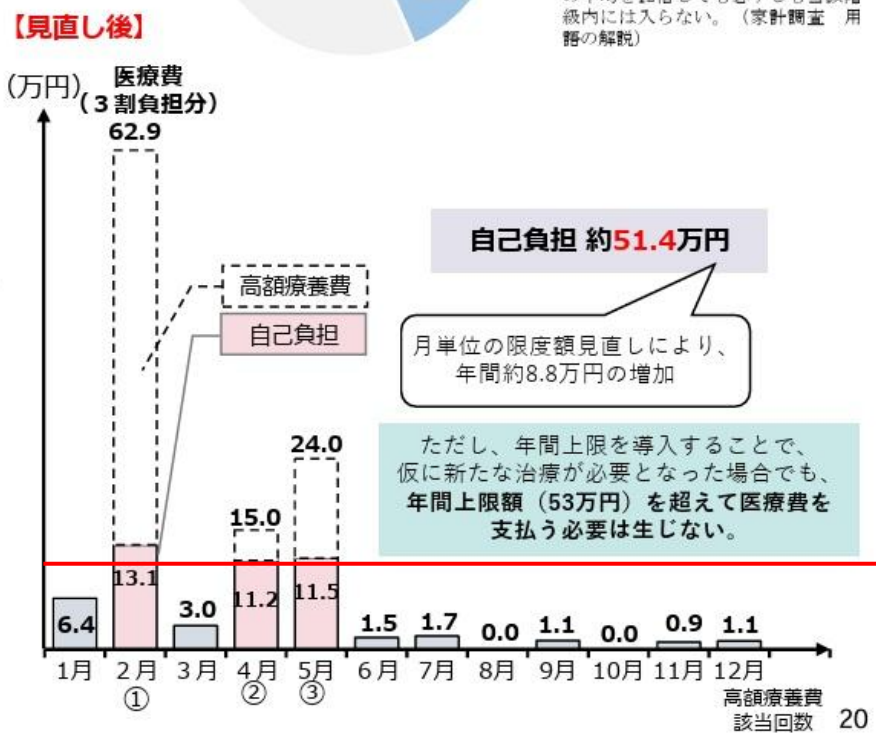
ケース

40歳代・男性・標報50万円（年収約770万円）の患者

総医療費 約391.4万円（３割負担分 約117.4万円）





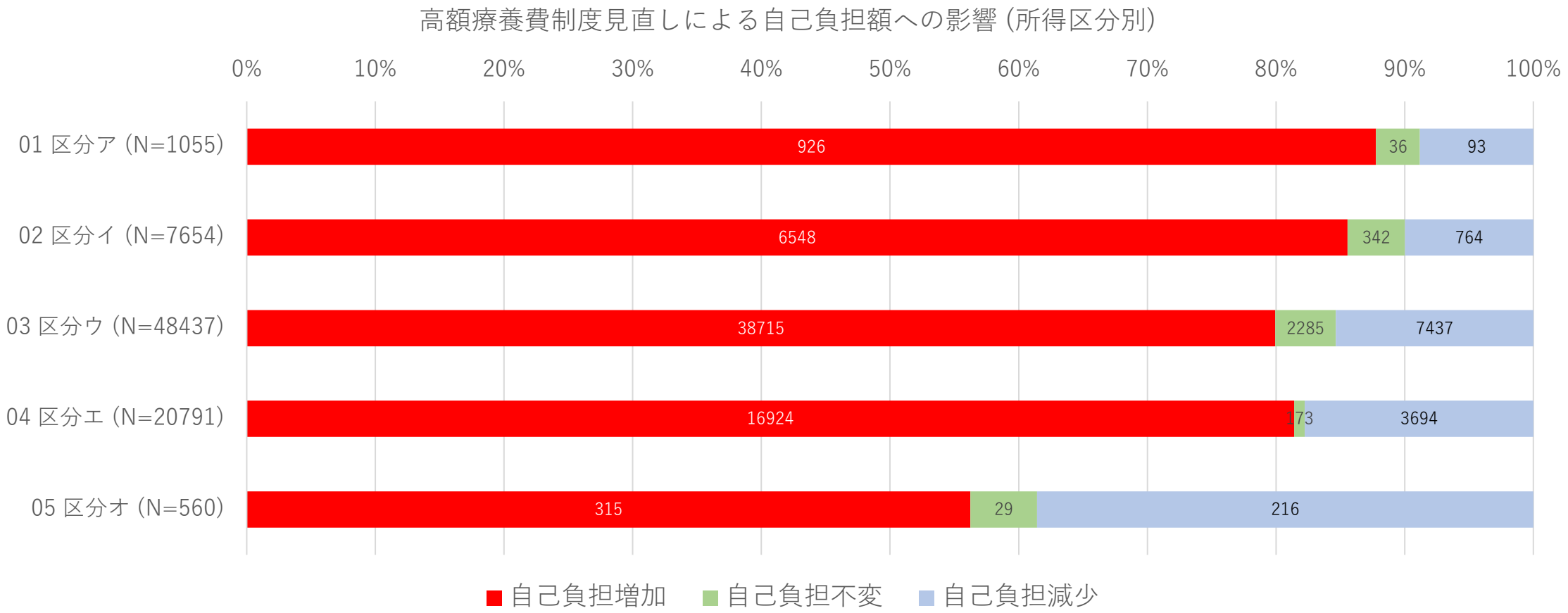


現行の限度額

引き上げ後の限度額

厚生労働省第9回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」資料より一部加筆修正

高額療養費制度の「2025年度見直し案」による自己負担額への影響の推計（所得区分別）



（注）
1. 日本システム技術株式会社のレセプトデータ（健保由来、患者の実自己負担額の記載あり）を用いて高額療養費利用者のデータ抽出
2. 医療費（および自己負担額）のデータと、所得区分のデータから区分別に推計

五十嵐中先生（東京大学大学院薬学系研究科医療政策・公衆衛生学特任准教授）作成資料より一部加筆修正

患者さんや家族を支える医療者たち（チーム医療／がん相談支援センター）





国立がん研究センター東病院
サポーティブケアセンター・がん相談支援センター

「がんになったら手にとるガイド」／国立がん研究センター東病院サポーティブケアセンターFacebookより

資料8-1

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）

2026年4月24日更新

沖縄県がん診療連携協議会の所掌外

がんの予防

番号	B 中間アウトカム
①生活習慣(喫煙)	
1	中間アウトカム
1	喫煙率と受動喫煙が減少できている
②生活習慣(飲酒)	
2	中間アウトカム
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
③感染症対策(HPV)	
3	中間アウトカム
1	HPV感染率の低下ができている
④感染症対策(肝炎)	
4	中間アウトカム
1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている
⑤感染症対策(HTLV-1)	
5	中間アウトカム
1	HTLV-1 感染者数の減少ができている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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
2	がん種別罹患率が減少できている

がん検診

番号	B 中間アウトカム
①科学的根拠に基づくがん検診の実施について	
1	中間アウトカム
1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている
②がん検診の精度管理等について	
2	中間アウトカム
1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている
③受診率対策について	
3	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	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
2	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

がん医療提供体制

番号	B 中間アウトカム
①医療提供全般	
1	中間アウトカム
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
②病理診断	
2	中間アウトカム
1	患者が、速やかな病理診断を受けられている
③がんゲノム医療	
3	中間アウトカム
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
④手術療法	
4	中間アウトカム
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
⑤放射線療法	
5	中間アウトカム
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
⑥薬物療法	
6	中間アウトカム
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
⑦チーム医療の推進	
7	中間アウトカム
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
⑧医療実装	
8	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

医療部会

緩和・支持療法

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

緩和ケア・在宅医療部会

①緩和ケア

1	中間アウトカム
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

2	緩和ケアの質の向上ができている

②在宅医療

2	中間アウトカム
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

医療部会

③リハビリテーション

3	中間アウトカム
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

④支持療法

4	中間アウトカム
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

小児・AYA部会

⑤妊孕性温存療法

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

1	分野アウトカム
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

個別のがん対策

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

医療部会

①希少がん

1	中間アウトカム
1	希少がん患者の生存率の改善ができている
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

②難治性がん

2	中間アウトカム
1	難治性がん患者の生存率の改善ができている
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

小児・AYA部会

③小児がん

3	中間アウトカム
1	小児がん患者の生存率の改善ができている
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

④AYA世代のがん

4	中間アウトカム
1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている
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

医療部会

⑤高齢者のがん

5	中間アウトカム
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

離島・へき地部会

⑥離島・へき地

6	中間アウトカム
1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている
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

1	分野アウトカム
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
2	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

共生

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

情報提供・相談支援部会

①相談支援

1	中間アウトカム
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

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

②情報提供

2	中間アウトカム
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

③デジタル化

3	中間アウトカム
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

④就労支援（医療機関側）

4	中間アウトカム
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

⑤就労支援（職場側）

5	中間アウトカム
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

⑥アピアランスケア

6	中間アウトカム
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

緩和ケア・在宅医療部会

⑦自殺対策

7	中間アウトカム
1	がん患者の自殺を減らすことができている

情報提供・相談支援部会

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	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
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

基盤

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

協議会

①研究の推進

1	中間アウトカム
1	社会医学研究や臨床試験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

②人材育成の強化

2	中間アウトカム
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

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3	中間アウトカム
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

ベンチマーク部会

④がん登録の利活用の推進

4	中間アウトカム
1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている

協議会

⑤患者・市民参画の推進

5	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
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

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	禁煙希望割合 男性	36.2% (2024) 30.6% (2021) 58.9% (2016)	17.2% (2024) 19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			禁煙希望割合 女性	33.3% (2024) 57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.1% (2024) 23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
		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※1	92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
		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	33.3% (2025) 33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

※1「あなたは、たばこが健康に与える影響について、どう思いますか？」に対して、肺がんに影響があると答えた者の割合

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう	指標 NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
			(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	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	11.2% (2024) 5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	12.7% (2024) 20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	17.0% (2024) 23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※「望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者」とは、「家庭」「職場」「飲食店」のいずれか1つ以上において月1回以上受動喫煙の機会を有する者。

②生活習慣(飲酒)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う	指標 ハイリスク飲酒者※の割合(再掲)	男 (40g)	25.8% (2024) 27.7% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			女 (20g)	11.4% (2024) 42.0% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える	指標 「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】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 224項 (2023年2月17日公表) 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」3項 ASK調べ(2023年9月)

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	喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標 20歳以上の者の喫煙率	男性	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス 5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年(2025年1月31日公開)
			女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
		指標 中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	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% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	＊「中高生の飲酒・喫煙状況等の全国学校調査(2024年度)」2025年夏公表予定
		指標 妊婦の喫煙率		2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 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(2025年3月27日公開)
		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	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	
		指標 NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
			(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ハイリスク飲酒者の割合	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

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 がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男 長野県60.5 女 滋賀県42.2 (2023) 男 長野県65.2 女 徳島県47.1 (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) 1. 死亡 都道府県別がん死亡データ 部位別75歳未満年齢調整死亡率(2025年11月12日公表)
			胃	男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 東京都2.2 (2024) 男 熊本県4.9 沖縄県4.9 女 佐賀県1.9 (2023) 男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	
			大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県8.4 女 滋賀県5.0 (2024) 男 香川県7.2 女 山形県4.3 (2023) 男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男 滋賀県3.1 女 秋田県0.7 (2023) 男 石川県3.3 女 石川県0.5 (2022)	
			肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
			女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 徳島県5.1 (2024) 女 滋賀県6.1 (2023) 女 島根県5.4 (2022)	
			子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 島根県1.9 (2024) 女 石川県2.9 (2023) 女 徳島県3.0 (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男3.8 女2.3 (2024) 男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.5 (2024) 男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男 島根県1.6 香川県1.6 女 山梨県0.6 (2024) 男 山形県1.1 女 香川県0.3 (2023) 男 島根県1.8 女 鳥取県他0.6 (2022)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	がん種別罹患率が減少できている	指標 がん種別年齢調整罹患率	全部位	男393.6 女348.7 (2023) 男377.9 女318.6 (2022) 男387.6 女338.1 (2021)	男420.9 女344.9 (2023) 男425.2 女340.6 (2022) 男429.9 女344.7 (2021)	男 宮崎県383.6 女 滋賀県316.6 (2023) 男 沖縄県377.9 女 滋賀県312.8 (2022) 男 秋田県 508.5 女 青森県 373.9 (2021)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 1)全国がん登録 2. 罹患 都道府県別がん罹患データ 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(2026年3月11日更新)
			胃	男27.1 女10.9 (2023) 男27.0 女13.8 (2022) 男28.9 女13.3 (2021)	男49.8 女18.9 (2023) 男52.8 女20.0 (2022) 男55.5 女20.7 (2021)	男 沖縄県27.1 女 沖縄県10.9 (2023) 男 沖縄県27.0 女 沖縄県13.8 (2022) 男 沖縄県28.9 女 沖縄県13.3 (2021)	
			大腸	男82.7 女42.7 (2023) 男74.8 女41.9 (2022) 男79.4 女42.1 (2021)	男69.1 女44.2 (2023) 男68.9 女43.4 (2022) 男71.1 女44.7 (2021)	男 香川県57.6 女 大分県36.8 (2023) 男 熊本県57.1 女 宮崎県33.2 (2022) 男 大分県55.8 女 宮崎県34.7 (2021)	
			肝臓	男14.7 女4.2 (2023) 男14.7 女4.8 (2022) 男15.3 女5.2 (2021)	男15.8 女5.0 (2023) 男16.6 女5.3 (2022) 男17.2 女5.4 (2021)	男 新潟県11.2 女 新潟県3.0 (2023) 男 新潟県13.3 女 滋賀県3.7 (2022) 男 新潟県11.9 女 岩手県3.7 (2021)	
			肺	男43.2 女19.8 (2023) 男45.4 女17.9 (2022) 男49.8 女20.5 (2021)	男56.9 女25.3 (2023) 男57.8 女24.8 (2022) 男59.5 女25.1 (2021)	男 沖縄県43.2 女 沖縄県19.8 (2023) 男 沖縄県45.4 女 沖縄県17.9 (2022) 男 沖縄県49.8 女 秋田県20.3 (2021)	
			女性乳房	女122.1 (2023) 女103.7 (2022) 女106.1 (2021)	女105.6 (2023) 女103.4 (2022) 女102.3 (2021)	女 福島県89.6 (2023) 女 福井県88.9 (2022) 女 山口県88.9 (2021)	
			子宮頸部	女19.2 (2023) 女18.5 (2022) 女14.9 (2021)	女13.3 (2023) 女13.3 (2022) 女13.6 (2021)	女 石川県9.1 (2023) 女 石川県8.1 (2022) 女 山形県8.0 (2021)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男10.7 女7.3 (2023) 男11.1 女7.9 (2022) 男10.2 女10.0 (2021)	男9.3 女5.8 (2023) 男8.8 女5.7 (2022) 男9.1 女6.0 (2021)	男 香川県6.9 女 鳥取県3.2 (2023) 男 徳島県6.1 女 香川県2.8 (2022) 男 鳥取県5.7 女 岐阜県4.2 (2021)	

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ワクチンの接種率	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

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		【参考値】 協力医療機関 新規受診患者数 325人 (2024) 146人 (2023) 137人 (2022)	比較可能 データなし	参考値: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「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」HPVワクチン接種後に症状を呈した患者のサーベイランス受診患者数(2025年7月25日)

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 95.6% 2回目 96.0% 3回目 95.2% (2023) 1回目 96.0% 2回目 96.4% 3回目 94.3% (2022) 1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん対策推進計画(21項)より、ワクチン・検査推進課調べ (2024年5月15日) 全国値:厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」 (2026年1月27日閲覧)

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 対人口100万人 8.9施設 (2024) 13施設 対人口100万人 8.9施設 (2023) 13施設 対人口100万人 8.9施設 (2021)	3,319施設 対人口100万人 26.3施設 (2024) 3,249施設 対人口100万人 25.8施設 (2023) 3,255施設 対人口100万人 25.8施設 (2021)	高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 (2024) 高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 (2023) 高知県69施設 対人口100万人 99.8施設 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝炎医療コーディネーターの養成数(2026年3月6日)
	指標	公費肝炎検査実施数(受検者数)	B型肝炎ウイルス検査	4,871人 対人口10万人 331.9人 (2023) 5,368人 対人口10万人 365.3人 (2022)	789,363人 対人口10万人 625.8人 (2023) 786,219人 対人口10万人 632.6人 (2022)	山梨県17,992人 対人口10万人 2,221.3人 (2023) 山梨県19,764人 対人口10万人 2488.5人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数(2026年3月6日)
			C型肝炎ウイルス検査	4,563人 対人口10万人 310.9人 (2023) 4,970人 対人口10万人 338.2人 (2022)	777,347人 対人口10万人 616.2人 (2023) 776,202人 対人口10万人 624.6人 (2022)	山梨県17,804人 対人口10万人 2,198.1人 (2023) 山梨県19,689人 対人口10万人 2479.1人 (2022)	

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		0人 (2024) 19人 (2023) 0人 (2022) 0人 (2021)	6,010人 (2024) 5,833人 (2023) 5,628人 (2022) 4,397人 (2021)	大阪府819人 (2024) 大阪府805人 (2023) 大阪府871人 (2022) 大阪府954人 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝炎医療コーディネーターの養成数(2026年3月6日)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	750人 (2024) 752人 (2023) 745人 (2022)	91,131人 (2024) 88,920人 (2023) 89,121人 (2022)	北海道7,827人 (2024) 東京都7,302人 (2023) 北海道7,177人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成(都道府県別受給件数)(2026年3月6日)
			C型肝炎	35人 (2024) 38人 (2023) 47人 (2022)	6,848人 (2024) 7,904人 (2023) 9,221人 (2022)	大阪府559人 (2024) 東京都643人 (2023) 大阪府756人 (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	97.6% (2024) 100% (2023) 100% (2022)	91.9% (2024) 91.1% (2023) 86.3% (2022)	青森県他100% (2024) 青森県他100% (2023) 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」(2025年4月15日公表)

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	4 (2023) 12 (2022)	175 (2023) 87 (2022)	佐賀県 90 (2023) 長崎県 32 (2023)	感染症課調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

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	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

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型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	81.9% (2024) 80.3% (2021)	88.7% (2024) 86.5% (2021)	和歌山県他100% (2024) 鹿児島県100% (2021)	厚生労働科学研究(田中班)【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	64.2% (2024) 62.8% (2021)	79.3% (2024) 77.5% (2021)	佐賀県100% (2024) 鹿児島県95.5% (2021)	
		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	79人 対人口10万人 53.8人 (2023)	3,908人 対人口10万人 31.0人 (2023)	山口県8人 対人口10万人 6.0人 (2023)	「地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)」及び「特定感染症検査等事業実績報告」【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	3人 対人口10万人 2.0人 (2023)	1,308人 対人口10万人 10.4人 (2023)	高知県0人 対人口10万人 0人 (2023)	

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		算出不可	算出不可	算出不可	厚生労働科学研究【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

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

番号			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	97.6% （2023） 97.6% （2022）	99.8% （2023） 99.8% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	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. がん検診の実施状況（住民検診）「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」 ①がん検診実施状況（2025年11月13日公表）
			大腸	100% （2023） 100% （2022）	100% （2023） 100% （2022）	47都道府県全て 100.0% （2023） 47都道府県全て 100.0% （2022）	
			肺	100% （2023） 100% （2022）	99.8% （2023） 99.8% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	
			女性乳房	100% （2023） 100% （2022）	99.9% （2023） 99.8% （2022）	青森県他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	
			子宮頸部	100% （2023） 100% （2022）	99.9% （2023） 99.9% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	

番号			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2件/5.3% 個別1件/3.4% （2023） 集団3件/7.9% 個別1件/3.4% （2022）	集団485件/29.3% 個別295件/26.8% （2023） 集団478件/28.8% 個別293件/27.1% （2022）	集団0件/0.0%（宮城県他） 個別0件/0.0 %（三重県他） （2023） 集団0件/0.0%（滋賀県） 個別0件/0.0%（宮城県他） （2022）	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」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）②がん検診実施状況（集団個別）（2025年11月13日公表）
			大腸	集団0件/0.0% 個別1件/3.8% （2023） 集団2件/5.0% 個別0件/0.0% （2022）	集団82件/5.1% 個別39件/3.9% （2023） 集団96件/6.0% 個別36件/3.7% （2022）	集団0件/0.0%（北海道他） 個別0件/0.0 %（青森県他） （2023） 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/4.9% 個別2件/7.4% （2023） 集団2件/5.0% 個別3件/11.1% （2022）	集団319件/19.2% 個別227件/30.4% （2023） 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） （2023） 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11件/31.4% 個別16件/50.0% （2023） 集団12件/33.3% 個別17件/53.1% （2022）	集団708件/43.7% 個別573件/39.5% （2023） 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） （2023） 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6件/16.7% 個別5件/16.1% （2023） 集団7件/20.0% 個別5件/16.1% （2022）	集団389件/87.1% 個別323件/20.5% （2023） 集団387件/26.2% 個別333件/21.2% （2022）	集団0件/0.0%（滋賀県他） 個別0件/0.0 %（長崎県） （2023） 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

番号			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）	51.5% （2024） 17.5% （2023）	【参考値】 研修終了者数 1,553名（2024） 1,139名（2023）	【参考値】 研修終了者数 121名（2024） 93名（2023） ※都道府県名非公開	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）
			従事者研修（実務）	10.3% （2024） 6.3% （2023）	【参考値】 研修終了者数 669名（2023） 741名（2024）	【参考値】 研修終了者数 69名（2024） 52名（2023） ※都道府県名非公開	参考値：国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
			指導者研修	5.9% （2024） 0% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

番号			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		40/68人 （2024） 25/63人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

番号			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※1		0% （2018～2024年度）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供（2025年9月4日確認）

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	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標 指針の遵守市町村の割合	胃	97.6% （2023） 97.6% （2022）	99.8% （2023） 99.8% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	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. がん検診の実施状況（住民検診）「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」 ①がん検診実施状況（2025年11月13日公表）
			大腸	100% （2023） 100% （2022）	100% （2023） 100% （2022）	47都道府県全て 100.0% （2023） 47都道府県全て 100.0% （2022）	
			肺	100% （2023） 100% （2022）	99.8% （2023） 99.8% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	
			女性乳房	100% （2023） 100% （2022）	99.9% （2023） 99.8% （2022）	青森県他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	
			子宮頸部	100% （2023） 100% （2022）	99.9% （2023） 99.9% （2022）	北海道他 100.0% （2023） 北海道他 100.0% （2022）	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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 要精検率	胃（エックス線）	男5.32% 女3.49% （2022） 男8.14% 女6.17% （2021） 男7.42% 女5.60% （2020）	男7.25% 女4.51% （2022） 男7.70% 女4.79% （2021） 男7.99% 女5.06% （2020）	男 鹿児島県11.57% 女　秋田県　6.85% （2022） 男 山梨県12.45% 女 山梨県　7.03% （2021） 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年12月10日公表
			胃（内視鏡）	男4.69% 女4.00% （2022） 男6.71% 女4.50% （2021） 男5.42% 女3.71% （2020）	男8.33% 女5.85% （2022） 男8.71% 女6.09% （2021） 男8.95% 女6.42% （2020）	男 奈良県16.58% 女 奈良県11.30% （2022） 男 奈良県17.58% 女 奈良県13.05% （2021） 男　奈良県19.27% 女　奈良県15.84% （2020）	
			大腸	男8.30% 女5.48% （2022） 男8.18% 女5.64% （2021） 男8.44% 女6.04% （2020）	男8.32% 女5.61% （2022） 男8.74% 女5.94% （2021） 男9.39% 女6.63% （2020）	男 長崎県10.85% 女 長崎県　7.27% （2022） 男 長崎県11.43% 女 長崎県　7.77% （2021） 男　長崎県12.35% 女　長崎県　8.89% （2020）	
			肺	男2.40% 女1.57% （2022） 男2.49% 女1.87% （2021） 男2.15% 女1.61% （2020）	男2.47% 女1.88% （2022） 男2.41% 女1.85% （2021） 男2.42% 女1.86% （2020）	男 福井県4.64% 女 滋賀県3.60% （2022） 男 福井県5.10% 女 福井県3.45% （2021） 男 福井県4.43% 女 福井県3.28% （2020）	
			女性乳房	女6.12% （2022） 女7.58% （2021） 女7.64% （2020）	女5.64% （2022） 女5.72% （2021） 女5.86% （2020）	女 山口県9.55% （2022） 女 山口県9.75% （2021） 女 山口県9.96% （2020）	
			子宮頸部	女2.35% （2022） 女2.40% （2021） 女2.17% （2020）	女2.01% （2022） 女2.09% （2021） 女2.20% （2020）	女 島根県3.58% （2022） 女 島根県4.01% （2021） 女 宮城県1.35% （2020）	
		指標 精検受診率	胃（エックス線）	男43.34% 女56.35% （2022） 男50.67% 女62.02% （2021） 男56.77% 女66.52% （2020）	男79.39% 女85.01% （2022） 男79.03% 女84.62% （2021） 男79.45% 女84.72% （2020）	男 滋賀県93.79% 女 宮城県94.83% （2022） 男 鹿児島県90.75% 女 鹿児島県95.27% （2021） 男　宮城県91.70% 女　宮城県96.01% （2020）	
			胃（内視鏡）	男63.70% 女65.78% （2022） 男62.00% 女67.12% （2021） 男58.45% 女65.81% （2020）	男93.23% 女94.17% （2022） 男92.76% 女93.89% （2021） 男92.93% 女93.40% （2020）	男 岩手県他100.00% 女 岩手県他100.00% （2022） 男 秋田県他100.00% 女 秋田県他100.00% （2021） 男　滋賀県他100.00% 女　宮崎県他100.00% （2020）	
			大腸	男49.09% 女55.00% （2022） 男52.96% 女59.84% （2021） 男54.47% 女58.29% （2020）	男67.47% 女70.78% （2022） 男67.30% 女70.46% （2021） 男67.06% 女70.13% （2020）	男 滋賀県86.91% 女 滋賀県89.72% （2022） 男 滋賀県84.72% 女 滋賀県88.32% （2021） 男　滋賀県85.50% 女　滋賀県89.57% （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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年

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	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 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5.9 女2.5 （2024） 男4.9 女2.7 （2023） 男6.3 女2.5 （2022）	男7.9 女3.2 （2024）男8.4 女3.3 （2023） 男9.0 女3.7 （2022）	男　熊本県 5.8 女　東京都 2.2 （2024） 男　熊本県 4.9 　　沖縄県 4.9 女　佐賀県 1.9 （2023） 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） 1. 死亡　都道府県別がん死亡データ 部位別75歳未満年齢調整死亡率 （2025年11月12日公表）
			大腸	男17.5 女8.3 （2024） 男17.8 女8.4 （2023） 男14.4 女8.2 （2022）	男12.6 女7.2 （2024）男12.3 女7.2 （2023） 男12.4 女7.2 （2022）	男　滋賀県 8.4 女　滋賀県 5.0 （2024） 男　香川県 7.2 女　山形県 4.3 （2023） 男　滋賀県 9.2 女　岡山県 5.0 （2022）	
			肺	男17.8 女4.2 （2024） 男18.4 女5.3 （2023） 男18.8 女4.2 （2022）	男17.0 女5.3 （2024）男17.8 女5.6 （2023）男18.4 女5.8 （2022）	男　山梨県 12.0 女　福井県　3.2 （2024） 男　長野県 11.7 女　福井県　3.4 （2023） 男　山梨県 13.1 女　島根県　3.1 （2022）	
			女性乳房	女11.0 （2024） 女11.5 （2023） 女10.3 （2022）	女10.0 （2024）女10.0 （2023）女10.4 （2022）	女　徳島県 5.1 （2024） 女　滋賀県 6.1 （2023） 女　島根県 5.4 （2022）	
			子宮頸部	女5.9 （2024） 女5.9 （2023） 女7.1 （2022）	女4.9 （2024）女5.1 （2023）女5.1 （2022）	女　島根県 1.9 （2024） 女　石川県 2.9 （2023） 女　徳島県 3.0 （2022）	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	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 検診がん種別（胃、大腸、肺、乳房（女）、子宮頸）進行がん罹患率	胃※	32.0 （2023） 35.4 （2022） 34.4 （2021）	25.7 （2023） 25.6 （2022） 25.8 （2021）	宮城県18.6 （2023） 宮城県19.2 （2022） 宮城県20.2 （2021）	全国がん登録罹患数・率　25-1-B 上皮内がん含む　進展度・総合（%）（隣接臓器浸潤＋遠隔転移）※25-1-A 上皮内がん除く：進展度・総合（%）（隣接臓器浸潤＋遠隔転移）2026年1月16日公開
			大腸	29.5 （2023） 29.9 （2022） 28.9 （2021）	24.1 （2023） 24.1 （2022） 24.0 （2021）	山形県20.3 （2023） 山形県20.3 （2022） 宮城県20.1 （2021）	
			肺	50.9 （2023） 56.8 （2022） 53.4 （2021）	45.7 （2023） 45.7 （2022） 45.9 （2021）	大分県36.5 （2023） 大分県37.8 （2022） 宮崎県39.1 （2021）	
			女性乳房	9.7 （2023） 10.3 （2022） 10.1 （2021）	9.9 （2023） 9.8 （2022） 9.9 （2021）	山梨県7.2 （2023） 宮崎県6.8 （2022） 徳島県6.3 （2021）	
			子宮頸部	16.3 （2023） 18.4 （2022） 14.2 （2021）	16.1 （2023） 16.4 （2022） 15.3 （2021）	香川県9.4 （2023） 佐賀県10.0 （2022） 高知県9.7 （2021）	

参考データ

番号			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※	53.1 （2023） 54.3 （2022） 54.2 （2021） 53.8 （2020）	59.0 （2023） 59.1 （2022） 58.8 （2021） 57.4 （2020）	宮城県66.9 （2023） 宮城県67.8 （2022） 宮城県67.3 （2021） 宮城県68.0 （2020）	全国がん登録罹患数・率　25-1-B 上皮内がん含む　進展度・総合（%）（上皮内＋限局） ※25-1-A 上皮内がん除く：進展度・総合（%）（限局）　2026年1月16日公開
			大腸	54.4 （2023） 53.7 （2022） 55.2 （2021） 56.4 （2020）	58.6 （2023） 58.3 （2022） 58.3 （2021） 57.9 （2020）	山形県63.5 （2023） 広島県63.1 （2022） 宮城県63.2 （2022） 広島県63.1 （2020）	
			肺	35.9 （2023） 30.5 （2022） 31.6 （2021） 29.08 （2020）	38.6 （2023） 38.2 （2022） 37.7 （2021） 36.4 （2020）	長野県46.9 （2023） 愛媛県45.1 （2022） 広島県44.9 （2021） 島根県45.1 （2020）	
			女性乳房	73.3 （2023） 68.4 （2022） 70.0 （2021） 70.0 （2020）	66.2 （2023） 65.6 （2022） 65.4 （2021） 64.3 （2020）	沖縄県73.3 （2023） 徳島県70.5 （2022） 滋賀県71.3 （2021） 香川県72.8 （2020）	
			子宮頸部	79.2 （2023） 77.4 （2022） 82.3 （2021） 80.7 （2020）	80.0 （2023） 79.5 （2022） 80.5 （2021） 79.9 （2020）	山形県87.2 （2023） 佐賀県86.5 （2022） 高知県88.1 （2021） 熊本県87.4 （2020）	

※1がん登録推進法第19条市町村等への提供（がん登録情報の利用申請者が市町村長等であるもの）に基づく市町村からの申請

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2		41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供

※2国立がん研究センターが実施した「市区町村におけるかん検診チェックリストの使用に関する実態調査」の調査結果をもとに、県は「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」において分析・評価を行い、その評価を市町村に通知し指導、助言を行っている。(外部リンク)

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			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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	市町村	胃（エックス線）	65.6% （2024） 64.1% （2023） 68.1% （2022）	84.3% （2024） 83.6% （2023） 82.5% （2022）	福井県98.4% （2024） 福井県98.5% （2023） 福井県98.6% （2022）	国立がん研究センター がん情報サービス 2-2. 市区町村用チェックリスト実施率（住民検診）「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」集団検診（2025年11月13日公表）
				胃（内視鏡）	集計不可 （2024） 55.8% （2023） 50.0% （2022）	81.7% （2024） 78.6% （2023） 74.2% （2022）	鳥取県100% （2024） 香川県94.2% （2023） 三重県94.2% （2022）	
				大腸	64.5% （2024） 62.6% （2023） 65.6% （2022）	83.8% （2024） 83.0% （2023） 81.8% （2022）	石川県99.4% （2024） 新潟県・福井県98.5% （2023） 石川県98.6% （2022）	
				肺	64.6% （2024） 62.6% （2023） 66.9% （2022）	84.0% （2024） 83.1% （2023） 82.0% （2022）	福井県98.4% （2024） 福井県98.5% （2023） 福井県98.6% （2022）	
				女性乳房	66.6% （2024） 66.3% （2023） 65.6% （2022）	84.3% （2024） 83.7% （2023） 82.4% （2022）	石川県99.5% （2024） 福井県98.8% （2023） 石川県99.2% （2022）	
				子宮頸部	64.0% （2024） 62.6% （2023） 63.5% （2022）	83.9% （2024） 83.1% （2023） 82.2% （2022）	福井県98.8% （2024） 福井県98.7% （2023） 福井県98.5% （2022）	
			検診実施機関	胃（エックス線）	79.7% （2023） 75.9% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果（集団・個別）（2025年1月公表）
				胃（内視鏡）	81.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				大腸	87.1% （2023） 86.1% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				肺	79.9% （2023） 78.7% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				女性乳房	88.7% （2023） 87.0% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				子宮頸部	88.8% （2023） 87.6% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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% （2023） 100% （2022） 100% （2021）	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% （2023）	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果（集団・個別）（2025年1月公表） 参考値：各都道府県のWebサイト
			検診実施機関	胃（エックス線）	94.7% 回答17/19機関 （2023） 93.2% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 （2024）	
				胃（内視鏡）	89.7% 回答61/68機関 （2023） 89.3% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 （2024）	
				大腸	85.5% 回答136/159機関 （2023） 89.4% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 （2024）	
				肺	84.4% 回答92/109機関 （2023） 89.1% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 （2024）	
				女性乳房	90.2% 回答37/41機関 （2023） 97.7% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 （2024）	

2-1	指標	精検未受診率	肺	男56.93% 女64.44% （2022） 男55.32% 女63.48% （2021） 男60.78% 女70.75% （2020）	男80.16% 女84.35% （2022） 男80.14% 女84.34% （2021） 男80.50% 女84.61% （2020）	男 滋賀県95.82% 女 滋賀県97.29% （2022） 男 滋賀県　95.17% 女 鹿児島県95.68% （2021） 男　滋賀県94.21% 女　滋賀県96.93% （2020）
			女性乳房	女72.89% （2022） 女77.83% （2021） 女78.00% （2020）	女89.96% （2022） 女90.22% （2021） 女90.13% （2020）	女 滋賀県98.01% （2022） 女 滋賀県98.19% （2021） 女　宮城県97.54% （2020）
			子宮頸部	女63.54% （2022） 女62.74% （2021） 女71.29% （2020）	女77.96% （2022） 女77.59% （2021） 女76.59% （2020）	女 滋賀県95.06% （2022） 女 宮城県96.39% （2021） 女　宮城県96.02% （2020）
			胃 （エックス線）	男21.22% 女　8.79% （2022） 男15.75% 女13.21% （2021） 男11.32% 女12.42% （2020）	男8.88% 女5.74% （2022） 男8.81% 女5.90% （2021） 男8.99% 女5.94% （2020）	男　沖縄県21.22% 女 和歌山県13.89% （2022） 男 北海道20.37% 女 三重県16.06% （2021） 男　福井県0.93% 女　島根県0.80% （2020）
			胃 （内視鏡）	男 9.88% 女 6.89% （2022） 男13.64% 女12.26% （2021） 男13.93% 女9.25% （2020）	男1.69% 女1.19% （2022） 男1.77% 女1.54% （2021） 男1.53% 女1.20% （2020）	男 岩手県他0.00% 女 岩手県他0.00% （2022） 男　青森県他0.00% 女　青森県他0.00% （2021） 男　青森県他0.00% 女　宮城県他0.00% （2020）
			大腸	男19.82% 女16.73% （2022） 男19.28% 女16.48% （2021） 男18.11% 女15.35% （2020）	男15.14% 女13.60% （2022） 男15.33% 女13.98% （2021） 男14.92% 女13.75% （2020）	男 福井県2.73% 女 福井県3.13% （2022） 男 福井県3.60% 女 福井県1.43% （2021） 男 福井県0.79% 女 福井県1.21% （2020）
			肺	男10.97% 女11.58% （2022） 男14.58% 女10.64% （2021） 男12.03% 女7.63% （2020）	男7.05% 女5.08% （2022） 男7.02% 女5.28% （2021） 男7.00% 女5.23% （2020）	男　高知県0.00% 女　高知県0.00% （2022） 男 福井県3.42% 女 高知県1.54% （2021） 男　高知県0.00% 女　高知県0.00% （2020）
			女性乳房	女10.31% （2022） 女 4.77% （2021） 女5.29% （2020）	女2.76% （2022） 女2.88% （2021） 女2.77% （2020）	女 宮城県0.10% （2022） 女 宮城県他0.16% （2021） 女 福井県0.31% （2020）
			子宮頸部	女13.17% （2022） 女12.38% （2021） 女6.93% （2020）	女6.25% （2022） 女6.50% （2021） 女5.82% （2020）	女 福井県0.22% （2022） 女 福井県0.20% （2021） 女 福井県0.00% （2020）
		精検未把握率	胃 （エックス線）	男35.44% 女34.85% （2022） 男33.58% 女24.77% （2021） 男31.91% 女21.06% （2020）	男11.73% 女 9.24% （2022） 男12.16% 女 9.48% （2021） 男11.56% 女 9.34% （2020）	男 新潟県0.45% 女 新潟県0.44% （2022） 男 香川県0.48% 女 香川県0.51% （2021） 男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% （2020）
			胃 （内視鏡）	男26.42% 女27.33% （2022） 男24.35% 女20.62% （2021） 男27.63% 女24.94% （2020）	男5.08% 女4.63% （2022） 男5.48% 女4.57% （2021） 男5.54% 女5.41% （2020）	男　岩手県他0.00% 女　岩手県他0.00% （2022） 男　宮城県他0.00% 女　宮城県他0.00% （2021） 男　宮城県他0.00% 女　山形県他0.00% （2020）
			大腸	男31.09% 女28.27% （2022） 男27.76% 女23.68% （2021） 男27.42% 女26.36% （2020）	男17.39% 女15.62% （2022） 男17.38% 女15.56% （2021） 男18.02% 女16.12% （2020）	男 新潟県0.55% 女 新潟県0.32% （2022） 男 新潟県0.53% 女 新潟県0.40% （2021） 男　新潟県0.58% 女　新潟県0.45% （2020）
			肺	男32.10% 女23.98% （2022） 男30.11% 女25.88% （2021） 男27.19% 女21.62% （2020）	男12.79% 女10.57% （2022） 男12.84% 女10.38% （2021） 男12.50% 女10.16% （2020）	男 香川県0.50% 女 新潟県0.37% （2022） 男 滋賀県0.50% 女 香川県0.36% （2021） 男　滋賀県　0.40% 女　滋賀県他0.00% （2020）
			女性乳房	女16.80% （2022） 女17.40% （2021） 女16.70% （2020）	女7.28% （2022） 女6.91% （2021） 女7.10% （2020）	女 新潟県0.12% （2022） 女 新潟県0.17% （2021） 女　新潟県0.15% （2020）
			子宮頸部	女23.29% （2022） 女24.87% （2021） 女21.78% （2020）	女15.78% （2022） 女15.91% （2021） 女17.59% （2020）	女 茨城県0.70% （2022） 女 宮城県0.41% （2021） 女 宮城県0.39% （2020）
		がん発見率	胃 （エックス線）	男0.22% 女0.22% （2022） 男0.08% 女0.05% （2021） 男0.08% 女0.02% （2020）	男0.19% 女0.06% （2022） 男0.20% 女0.06% （2021） 男0.20% 女0.06% （2020）	男 宮城県他0.40% 女 富山県　0.15% （2022） 男 福島県0.57% 女　秋田県0.11% （2021） 男　福井県0.34% 女　長崎県0.14% （2020）
			胃 （内視鏡）	男0.17% 女0.13% （2022） 男0.22% 女0.08% （2021） 男0.17% 女0.04% （2020）	男0.56% 女0.19% （2022） 男0.58% 女0.20% （2021） 男0.61% 女0.21% （2020）	男 茨城県1.28% 女 高知県0.47% （2022） 男 愛媛県1.62% 女 新潟県0.58% （2021） 男　宮城県1.55% 女　宮城県0.42% （2020）
			大腸	男0.16% 女0.11% （2022） 男0.19% 女0.13% （2021） 男0.20% 女0.10% （2020）	男0.32% 女0.18% （2022） 男0.31% 女0.18% （2021） 男0.32% 女0.18% （2020）	男 長崎県0.51% 女 富山県0.28% （2022） 男 山口県　0.50% 女 新潟県他0.26% （2021） 男　山口県0.51% 女　富山県0.27% （2020）
			肺	男0.06% 女0.02% （2022） 男0.02% 女0.03% （2021） 男0.05% 女0.01% （2020）	男0.08% 女0.04% （2022） 男0.08% 女0.04% （2021） 男0.08% 女0.04% （2020）	男 大阪府　0.14% 女 鹿児島県0.07% （2022） 男 石川県　0.17% 女 群馬県他0.07% （2021） 男　鳥取県　0.16% 女　群馬県他0.07% （2020）
			女性乳房	女0.38% （2022） 女0.36% （2021） 女0.35% （2020）	女0.37% （2022） 女0.36% （2021） 女0.34% （2020）	女 香川県0.59% （2022） 女 山口県0.57% （2021） 女 山口県0.57% （2020）
			子宮頸部	女0.04% （2019）	女0.03% （2019）	女 長崎県0.06% （2019）
			胃 （エックス線）	男0.45% 女0.65% （2022） 男1.04% 女0.73% （2021） 男1.11% 女0.44% （2020）	男2.65% 女1.23% （2022） 男2.57% 女1.15% （2021） 男2.48% 女1.16% （2020）	男 宮城県5.45% 女 富山県3.91% （2022） 男 新潟県5.63% 女 宮城県2.44% （2021） 男　福井県5.14% 女　福島県2.44% （2020）
			胃 （内視鏡）	男3.70% 女3.33% （2022） 男3.28% 女1.75% （2021） 男3.20% 女1.03% （2020）	男6.73% 女3.19% （2022） 男6.65% 女3.20% （2021） 男6.82% 女3.24% （2020）	男 宮城県17.18% 女 高知県10.53% （2022） 男 京都府19.05% 女 秋田県33.33% （2021） 男　宮城県19.78% 女　宮城県　9.83% （2020）

肺	男56.93% 女64.44% （2022） 男55.32% 女63.48% （2021） 男60.78% 女70.75% （2020）	男80.16% 女84.35% （2022） 男80.14% 女84.34% （2021） 男80.50% 女84.61% （2020）	男 滋賀県95.82% 女 滋賀県97.29% （2022） 男 滋賀県　95.17% 女 鹿児島県95.68% （2021） 男　滋賀県94.21% 女　滋賀県96.93% （2020）
女性乳房	女72.89% （2022） 女77.83% （2021） 女78.00% （2020）	女89.96% （2022） 女90.22% （2021） 女90.13% （2020）	女 滋賀県98.01% （2022） 女 滋賀県98.19% （2021） 女　宮城県97.54% （2020）
子宮頸部	女63.54% （2022） 女62.74% （2021） 女71.29% （2020）	女77.96% （2022） 女77.59% （2021） 女76.59% （2020）	女 滋賀県95.06% （2022） 女 宮城県96.39% （2021） 女　宮城県96.02% （2020）

		子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 (2023) 91.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 (2024)	
指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合(集団検診+個別検診)	胃 (XP+内視鏡) 許容値11.0%以下	86.5% 32/37 (2020) 92.3% 36/39 (2019) 97.4% 38/39 (2018)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県93.3% (2025)	沖縄県値:沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会各分科会取り纏め(2025年4月1日更新)
		大腸 許容値7.0%以下	57.5% 23/40 (2020) 61.0% 25/41 (2019) 65.0% 26/40 (2018)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県90.0% (2025)	
		肺 許容値3.0%以下	82.1% 32/39 (2020) 82.9% 34/41 (2019) 82.9% 34/41 (2018)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100.0% (2025)	
		女性乳房 許容値11.0%以下	90.0% 36/40 (2020) 87.5% 35/40 (2019) 92.3% 36/39 (2018)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100.0% (2025)	
		子宮頸部 許容値1.4%以下	39.0% 16/41 (2020) 19.5% 8/41 (2019) 22.5% 9/40 (2018)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県55.2% (2025)	
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 (XP+内視鏡)	8.8% 3/34 (2022) 17.2% 5/29 (2021) 29.4% 10/34 (2020) 30.6% 11/36 (2019)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県66.7% (2025)	沖縄県値:沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会各分科会取り纏め(2025年4月1日更新)
		大腸	5.3% 2/38 (2022) 2.9% 1/34 (2021) 2.6% 1/38 (2020) 2.6% 1/39 (2019)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県13.3% (2025)	
		肺	11.8% 2/17 (2022) 23.1% 6/26 (2021) 8.7% 2/23 (2020) 29.4% 10/34 (2019)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県63.3% (2025)	
		女性乳房	38.2% 13/34 (2022) 29.4% 10/34 (2021) 27.3% 9/33 (2020) 34.3% 12/35 (2019)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100.0% (2025)	
		子宮頸部	6.7% 2/30 (2022) 33.3% 10/30 (2021) 19.4% 7/36 (2020) 17.5% 7/40 (2019)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県66.7% (2025)	
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	36.1% 13/36 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	令和4年度市町村がん検診担当者等研修会資料「がん検診精度管理向上のための具体的な取り組みについて(沖縄県健康長寿課)」
		大腸	14.6% 6/41 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		肺	17.2% 5/29 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		女性乳房	26.3% 10/38 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		子宮頸部	33.3% 13/39 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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	58.3% 21/36 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	令和4年度市町村がん検診担当者等研修会資料「がん検診精度管理向上のための具体的な取り組みについて(沖縄県健康長寿課)」
		大腸	41.5% 17/41 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		肺	31.0% 9/29 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		女性乳房	71.1% 27/38 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		子宮頸部	46.2% 18/39 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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	市町村	【参考値】 近い将来把握する予定がある市町村 12.2% (2024) 9.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
		検診実施機関				

指標	陽性反応適中度	大腸	男1.98% 女2.05% (2022) 男2.34% 女2.31% (2021) 男2.32% 女1.62% (2020)	男3.80% 女3.23% (2022) 男3.59% 女3.04% (2021) 男3.39% 女2.73% (2020)	男 新潟県6.13% 女 新潟県5.59% (2022) 男 新潟県6.32% 女 新潟県5.34% (2021) 男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
		肺	男2.66% 女1.09% (2022) 男0.84% 女1.81% (2021) 男2.50% 女0.64% (2020)	男3.29% 女2.01% (2022) 男3.38% 女2.05% (2021) 男3.40% 女1.97% (2020)	男 高知県22.06% 女 高知県　8.11% (2022) 男 高知県16.42% 女 高知県　7.69% (2021) 男 高知県13.79% 女 群馬県　6.86% (2020)	
		女性乳房	女6.25% (2022) 女4.77% (2021) 女4.59% (2020)	女6.63% (2022) 女6.30% (2021) 女5.84% (2020)	女 岩手県16.82% (2022) 女 岩手県17.98% (2021) 女 岩手県15.69% (2020)	
		子宮頸部	女1.24% (2019)	女1.18% (2019)	女 愛媛県2.96% (2019)	
指標	感度	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	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)		女0.12% (2022) 女0.11% (2021) 女0.15% (2020)	女0.13% (2022) 女0.14% (2021) 女0.14% (2020)	女 大阪府0.24% (2022) 女 滋賀県0.28% (2021) 女 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
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	女9.5% (2024) 女9.7% (2023) 女11.4% (2022) 女12.3% (2021)	女16.7% (2024) 女17.0% (2023) 女17.6% (2022) 女15.5% (2021)	女 栃木県56.0% (2024) 女 栃木県54.7% (2023) 女 栃木県54.7% (2022) 女 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告　健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」2026年3月17日公開
		子宮頸部	女12.3% (2024) 女12.4% (2023) 女13.1% (2022) 女12.7% (2021)	女25.4% (2024) 女25.9% (2023) 女26.4% (2022) 女24.54% (2021)	女 鳥取県61.1% (2024) 女 鳥取県61.8% (2023) 女 鳥取県61.4% (2022) 女 鳥取県58.7% (2021)	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告　健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2026年3月17日公開

※非初回受診者の2年連続受診者割合＝(2年連続受診者数総数÷検診受診者数総数)×100

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)	76.3% (2024) 78.9% (2023) 83.8% (2022)	82.7% (2024) 81.1% (2023) 78.6% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	国立がん研究センター がん情報サービス 全国がん検診実施状況データブック 都道府県別表3～5「市区町村用がん検診チェックリスト実施率」表4【3】受診者への説明「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 (2025年11月19日公表)
			胃(内視鏡)	100.0% (2024) 100% (2023) 66.7% (2022)	77.8% (2024) 75.7% (2023) 67.1% (2022)	山形県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022)	
			大腸	78.0% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	81.4% (2024) 80.1% (2023) 77.4% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			肺	75.6% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	79.8% (2024) 78.3% (2023) 76.0% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			女性乳房	78.8% (2024) 76.5% (2023) 87.1% (2022)	83.0% (2024) 80.8% (2023) 78.5% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 宮城県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	77.8% (2024) 74.3% (2023) 82.4% (2022)	82.2% (2024) 81.4% (2023) 78.8% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	

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		39.0% (2024) 22.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

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	62.5% (2023) 67.5% (2022)	84.5% (2023) 84.1% (2022)	秋田県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況（住民検診）①がん検診実施状況（2025年11月13日公表）
			大腸	68.3% (2023) 65.9% (2022)	86.3% (2023) 85.5% (2022)	群馬県他100.0% (2023) 富山県他100.0% (2022)	
			肺	63.4% (2023) 61.0% (2022)	83.0% (2023) 82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	68.3% (2023) 63.4% (2022)	86.5% (2023) 85.0% (2022)	富山県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	68.3% (2023) 65.9% (2022)	87.3% (2023) 85.2% (2022)	富山県他100.0% (2023) 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 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2024) 0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2024) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2023) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章 市区町村表 がん検診「20-1肺がん検診及び大腸がん検診受診率」「20-2胃がん検診受診率」「20-3子宮頸がん検診受診率」「20-4乳がん検診受診率」2026年3月17日公開
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2024) 0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2024) 東京都 1.6% 1/62市町村 (2023) 該当なし (2022)	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2024) 0.0% 0/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2024) 該当なし (2023) 該当なし (2022)	
			女性乳房	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2024) 0.12% 2/1737市町村 (2023) 0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2024) 岩手県 3.0% 1/33市町村 (2023) 宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.29% 5/1737市町村 (2024) 0.17% 3/1737市町村 (2023) 0.17% 3/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2024) 宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2023) 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	81.6% (2023) 84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.0% (2023) 86.1% (2022) 85.3% (2021)	宮城県他100.0% (2023) 岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	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. がん検診の実施状況（住民検診）厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」②がん検診実施状況（集団_個別）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（2025年11月13日公表）
			大腸	78.0% (2023) 80.0% (2022) 80.0% (2021)	85.8% (2023) 85.4% (2022) 84.6% (2021)	茨城県他100.0% (2023) 岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	80.5% (2023) 85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.5% (2023) 83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	42.9% (2023) 47.2% (2022) 39.4% (2021)	76.2% (2023) 75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2023) 栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	44.4% (2023) 42.9% (2022) 36.4% (2021)	71.3% (2023) 70.9% (2022) 69.1% (2021)	栃木県他100.0% (2023) 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		28/41市町村 (2024) 22/41市町村 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

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	未測定	未測定	未測定	現時点で未測定【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
			大腸	未測定	未測定	未測定	
			肺	未測定	未測定	未測定	
			女性乳房	未測定	未測定	未測定	
			子宮頸部	未測定	未測定	未測定	

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% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率（国民生活基礎調査）がん検診受診率
			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% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般<医療部会>

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）		20 (2026) 12 (2018) 7 (2013)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」(2024年6月時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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						医療部会で検討中

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						医療部会で検討中

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		がん（疑いを含む）	257件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
				がん以外	90件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		92.3% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

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		92.3% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

②病理診断<医療部会>

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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

③がんゲノム医療<医療部会>

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			128人 (2024) 126人 (2023)	116,081	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象2施設 全国値：がんゲノム情報管理センターC-CAT調査結果統計情報C-CATに登録された検査件数（2025年12月17日C-CAT閲覧）
	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			7人 (2024) 7人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日（年度集計）
	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	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,469人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都338人 対人口100万人 24.1人 (2024) 東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月23日公表) ※およそ2年ごとに実施
				②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供（2025年8月現在）
				③がんゲノム医療コーディネーター（受講者数）	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)

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			90.4% (2023)	89.8% (2023)	島根県96.0% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問27】 (2025年7月3日公表)
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			79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
指標	「施設」における治療開始のカバー率						ベンチマーク部会で検討中
指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院		127.3 (2022) 134.2 (2021)	100.0	大分県430.2 (2022) 大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B001-00-23（コード113015210）
		外来		106.7 (2022) 98.7 (2021)	100.0	鳥取県261.7 (2022) 鳥取県255.3 (2021)	
		入院+外来		110.1 (2022) 105.3 (2021)	100.0	鳥取県251.7 (2022) 鳥取県245.5 (2021)	
指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院		85.5 (2022) 100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.9 (2022) 東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B010-00-00（コード113009510）
		外来		66.1 (2022) 69.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都244 (2022) 三重県323.0 (2021)	
		入院+外来		67.2 (2022) 71.0 (2021)	100.0 (2021)	東京都241.3 (2022) 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)	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% (2023) 63.03% (2020)	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施) 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」問8の集計結果
	医療者調査 問11 医師 問9 看護師 問6 MSW 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか			70.3 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
指標	医療者調査 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できていると思いますか。			51.1 (2024) 48.8 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

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		76.9% (2023) 72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	鹿児島県79.6% (2023) 山口県80.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問11】 (2025年7月3日公表)

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		18.8% (2024) 2.4% (2023)			沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象2施設
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	未実施理由の反映「なし」	55.9% (2022) 75.8% (2021) 85.9% (2020)	64.8% (2022) 81.6% (2021) 88.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	59.1% (2022) 85.7% (2021) 91.5% (2020)	97.1% (2022) 98.3% (2021) 99.0% (2020)	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
指標	DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	未実施理由の反映「なし」	57.8% (2022) 76.9% (2019)	70.4% (2022) 64.1% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	65.6% (2022) 90.4% (2019)	95.9% (2022) 93.2% (2019)	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
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% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	医療者調査 問19 医師 問17 看護師 がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。		52.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

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	胃	男 56.0 女 54.6 (2018) 男 62.5 女 57.0 (2017) 男 49.0 女 51.4 (2016) 男 57.6 女 55.2 (2012-2015)	男 65.5 女 61.8 (2018) 男 65.5 女 61.8 (2017) 男 65.1 女 61.4 (2016) 男 64.4 女 61.4 (2012-2015)	男 宮城県74.3 女 福島県68.9 (2018) 男 新潟県74.9 女 宮城県68.6 (2017) 男 新潟県72.5 岡山県72.5 女 新潟県69.9 (2016) 男 宮城県73.4 女 宮城県73.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例5年純生存率
		大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	
		肝および肝内胆管	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女 石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
		前立腺	男 89.8 (2018) 男 87.7 (2017) 男 90.3 (2016) 男 91.8 (2012-2015)	男 92.5 (2018) 男 92.2 (2017) 男 92.1 (2016) 男 94.3 (2012-2015)	男 香川県100.6 (2018) 男 香川県100.7 (2017) 男 香川県99.9 (2016) 男 長崎県98.1 (2012-2015)	
指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.3点 (2023) 8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	島根県8.6点 (2023) 愛媛県8.5点 (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)
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【問20-8】 (2020年11月11日公表)
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【問20-10】 (2020年11月11日公表)

④手術療法<医療部会>

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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供(2025年9月10日)
			②呼吸器外科専門医	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,457人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	鳥取県12人 対人口100万人 21.7人 (2024) 香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表) ※次回2027年12月下旬公表予定
			③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,675人 対人口100万人 13.3人 (2024) 1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県21人 対人口100万人 22.8人 (2024) 和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表) ※次回2027年12月下旬公表予定
			④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 (2024) 7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	735人 対人口100万人 5.8人 (2024) 772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	石川県15人 対人口100万人 13.2人 (2024) 島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表) ※次回2027年12月下旬公表予定
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供(2025年9月11日)
			⑥脳神経外科専門医	61人 対人口100万人 41.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	6,609人 対人口100万人 52.4人 (2024) 7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県62人 対人口100万人 86.2人 (2024) 徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表) ※次回2025年12月下旬公表予定
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿(2025年9月4日閲覧)
			⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)
			⑩泌尿器科専門医	69人 対人口100万人 47.0人 (2025) 67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,351人 対人口100万人 58.3人 (2025) 7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県64人 対人口100万人 92.5人 (2025) 高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供(2025年9月18日)
			⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)
	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	①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医	84.6% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	92.3% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医	23.1% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医	61.5% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:院内がん登録

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		未実施理由の反映「なし」	86.6% (2009)	81.1% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
				未実施理由の反映「限定」※	86.6% (2009)	86.6% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術		未実施理由の反映「なし」	90.9% (2009)	92.5% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
				未実施理由の反映「限定」※	90.9% (2009)	90.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問21 医師 沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。			68.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

⑤放射線療法<医療部会>

	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		69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			①放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,453人 対人口100万人 11.5人 (2025) 1, 427人 対人口100万人 11.3人 (2024)	京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2025) 京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2024)	日本放射線腫瘍学会からの情報提供(2025年8月31日現在)
			②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 (2025) 13人 対人口100万人 8.9人 (2024) 11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,895人 対人口100万人 15.0人 (2025) 1,946人 対人口100万人 15.4人 (2024) 1, 875人 対人口100万人 14.9人 (2023)	秋田県28人 対人口100万人 29.2人 (2025) 秋田県31人 対人口100万人 32.3人 (2024) 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧(2025年10月1日現在)

	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		未実施理由の反映「なし」	59.9% (2022) 61.3% (2020)	75.5% (2022) 73.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
				未実施理由の反映「限定」※	67.9% (2022) 69.8% (2020)	97.3% (2022) 96.6% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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		未実施理由の反映「なし」	42.1% (2022) 56.8% (2021) 43.3% (2020)	64.0% (2022) 61.8% (2021) 62.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム

5-1	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	③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 (2025) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1,541人 対人口100万人 12.2人 (2025) 1,461人 対人口100万人 11.6人 (2023)	福井県17人 対人口100万人 22.2人 (2025) 福井県18人 対人口100万人 23.5人 (2023)	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧(2025年4月30日更新)
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2025) <A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2024)	360人 対人口100万人 2.9人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2025) <B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	50人 対人口100万人 0.4人 (2024)	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 (2024)	
	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	22.2% (2025) 20.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		66.7% 6/9施設 (2025) 27.3% 3/11施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院放射線科からの情報提供 (2025年6月18日)

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※		11人 (2024) 9人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施)集計対象13施設

※集計不可、内訳不明の施設を除く

⑥薬物療法<医療部会>

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		38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	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	3人 対人口100万人 2.0人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2022)	1,418人 対人口100万人 11.2人 (2024) 1,374人 対人口100万人 10.9人 (2022)	石川県24人 対人口100万人 21.2人 (2024) 徳島県14人 対人口100万人 19.5人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 (2025) 0人 対人口100万人 0.0人 (2024) 0人 対人口100万人 0.0人 (2023)	415人 対人口100万人 3.3人 (2025) 385人 対人口100万人 3.1人 (2024) 351人 対人口100万人 2.8人 (2023)	石川県12人 対人口100万人 10.8人 (2025) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2024) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2023)	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
		②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 4人 対人口100万人 2.7人 (2023)	845人 対人口100万人 6.8人 (2025) 827人 対人口100万人 6.7人 (2024) 786人 対人口100万人 6.3人 (2023)	石川県22人 対人口100万人 19.9人 (2025) 石川県21人 対人口100万人 19.0人 (2024) 石川県20人 対人口100万人 18.1人 (2023)	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
		②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 12人 対人口100万人 8.2人 (2023)	1,030人 対人口100万人 8.2人 (2024) 1,019人 対人口100万人 8.1人 (2023)	島根県17人 対人口100万人 25.3人 (2024) 島根県13人 対人口100万人 19.4人 (2023)	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧 (2024年10月1日現在)
		②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 8人 対人口100万人 5.5人 (2024) 6人 対人口100万人 4.1人 (2023)	882人 対人口100万人 7.0人 (2025) 992人 対人口100万人 7.9人 (2024) 982人 対人口100万人 7.8人 (2023)	佐賀県8人 対人口100万人 9.9人 (2025) 福岡県61人 対人口100万人 11.9人 (2024) 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 (2023)	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC)一覧閲覧 (2025年10月1日現在)
		③がん看護専門看護師	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,172人 対人口100万人 9.3人 (2025) 1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 28.9人 (2025) 高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
		③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	354人 対人口100万人 2.8人 (2025) 286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
		③乳がん看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	399人 対人口100万人 3.2人 (2025) 343人 対人口100万人 2.8人 (2024)	鳥取県7人 対人口100万人 12.6人 (2025) 鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 (2024)	
	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	①がん薬物療法専門医	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
		②がん指導薬剤師	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん専門薬剤師	7.7% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②外来がん治療認定薬剤師	53.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん看護専門看護師	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳がん看護認定看護師	7.7% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 中間アウトカムの指標と同じ					

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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

⑦チーム医療の推進<医療部会>

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					医療部会で検討中

5-1			未実施理由の反映「限定」※	42.1% (2022) 59.5% (2021) 70.0% (2020)	94.3% (2022) 94.9% (2021) 95.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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	未実施理由の反映「なし」	42.6% (2022) 28.6% (2021) 46.7% (2020)	51.4% (2022) 48.8% (2021) 47.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	47.1% (2022) 45.7% (2021) 93.3% (2020)	96.7% (2022) 96.7% (2021) 97.5% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問22 医師 問19 看護師 放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査 問23 医師 沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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	未実施理由の反映「なし」	51.5% (2022) 70.8% (2021) 66.7% (2020)	58.3% (2022) 57.2% (2021) 56.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	51.5% (2022) 79.2% (2021) 80.0% (2020)	95.1% (2022) 96.4% (2021) 95.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標 DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始	未実施理由の反映「なし」	42.4% (2022) 58.3% (2020)	49.3% (2022) 51.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	54.5% (2022) 83.3% (2020)	90.1% (2022) 92.8% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標 DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法	未実施理由の反映「なし」	69.9% (2009)	82.7% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	69.9% (2009)	69.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問24 医師 問8 薬剤師 沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。		69.9 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

	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と感じた患者の割合		82.4% (2023) 77.3% (2018)	80.1% (2023) 68.8% (2018)	島根県90.5% (2023) 東京都78.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-7】 (2025年7月3日公表)

	指標					医療部会で検討中

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	100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

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	76.0% 19/25施設 (2025) 76.0% 19/25施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) 受理番号:栄養チ 2025年4月1日現在(※毎月上旬更新予定)

7-1	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	68.3% (2023) 53.7% (2018)	58.4% (2023) 48.8% (2018)	島根県69.9% (2023) 佐賀県65.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-6】(2025年7月3日公表)
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導 未実施理由の反映「なし」	97.8% (2019)	94.7% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導 未実施理由の反映「限定」※	98.5% (2019)	98.0% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算	158.2 (2022) 190.1 (2021)	100.0	高知県188.0 (2022) 沖縄県190.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-233-02-00(コード190136810)
	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(医師以外回答) がん患者のケアに関して、医師に対して、自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。	56.1 (2024) 56.9 (2023) 61.9 (2015)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62.0% (2023) 秋田県62.1% (2020)	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査(医師回答) 他の医療者の話に耳を傾けることができていると思いますか。	73.2 (2024) 82.0 (2023) 97.9 (2015)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97.0% (2023) 秋田県97.4% (2020)	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

⑧医療実装<医療部会>

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		比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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	1/3施設 (2025) 1/3施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象3施設
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床試験の数	25件 (2024) 14件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象6施設

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試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数	91人 (2024) 269人 (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問7 医師 問6 薬剤師 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ったと思いますか。	80.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

C 個別施策

①緩和ケア<緩和ケア・在宅医療部会>

番号							
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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定

番号							
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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	92.3% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設	

番号							
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		726件 （2024） 919件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数		480件 （2024） 366件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数		617件 （2024） 612件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会認定名簿閲覧（2025年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会 登録医リスト（2025年9月8日閲覧）
			③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1,427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1,303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1,264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	55人 対人口100万人 37.5人 （2025） 54人 対人口100万人 36.8人 （2024）	2,713人 対人口100万人 21.5人 （2025） 2,682人 対人口100万人 21.3人 （2024）	山梨県58人 対人口100万人 71.6人 （2025） 山梨県60人 対人口100万人 74.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
			⑧公認心理師	1,052人 対人口100万人 716.9人 （2025） 1,036人 対人口100万人 706.0人 （2024） 1,010人 対人口100万人 688.3人 （2023）	75,222人 対人口100万人 596.3人 （2025） 73,678人 対人口100万人 584.1人 （2024） 71,821人 対人口100万人 569.3人 （2023）	京都府2,419人 対人口100万人 938.3人 （2025） 京都府2,368人 対人口100万人 918.5人 （2024） 京都府2,285人 対人口100万人 886.3人 （2023）	公認心理師試験研修センター「⑧登録者数の状況」（2025年12月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会「都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表」（2023年6月1日現在）

B 中間アウトカム

番号							
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		93.3% （2023） 80.1% （2018）	90.2% （2023） 74.1% （2018）	島根県96.9% （2023） 愛媛県86.3% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-3】（2025年7月3日公表）
	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		96.5% （2023） 78.6% （2018）	90.3% （2023） 71.7% （2018）	高知県97.1% （2023） 愛媛県79.8% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-4】（2025年7月3日公表）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問8 医師 問6 看護師 2024年に、看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医（チーム）に速やかに伝えることができていると思いますか。		73.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問9 医師 問7 看護師 2024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対して、主治医（チーム）が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。		68.5 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問10 医師 問8 看護師 2024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については、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか？		64.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

番号							
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						緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数		51.0 （2022） 39.3 （2021）	100.0	福井県221.8 （2022） 福井県211.7 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-226-02-01（コード190110070）
	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）		78.8 （2022） 84.3 （2021）	100.0	長野県226.8 （2022） 長野県230.2 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）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）		78.1 （2022） 68.0 （2021）	100.0	鹿児島県899.7 （2022） 岐阜県296.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）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		138.0 （2022） 141.9 （2021）	100.0	山形県240.7 （2022） 山形県214.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）M-001-03-02入院+外来（コード180035310）

A 分野アウトカム

番号							
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		なし （2023） 70.4% （2018） 62.0% （2014）	なし （2023） 69.5% （2018） 61.5% （2014）	なし （2023） 岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査【問36-5】（2020年11月11日公表）
	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		37.0% （2023） 43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	大分県42.1% （2023） 山口県55.2% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問64】（2025年7月3日公表）
	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		78.6% （2023） 78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	三重県87.3% （2023） 徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）

	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	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線力テーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

②在宅医療<緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング>

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	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	医療者調査 拠点病院等（医師、看護師、MSW）（再掲）	56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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 緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定	

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		1人 （2024） 3人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 （2024）	3,348人 対人口100万人 26.9人 （2024）	東京都679人 対人口100万人 48.1人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年12月）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	657人 対人口100万人 5.2人 （2025） 672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県97人 対人口100万人 12.9人 （2024） 愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,452人 対人口100万人 989.7人 （2024） 1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	98,880人 対人口100万人 783.9人 （2024） 91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府13,721人 対人口100万人 1,552.5人 （2024） 大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年4月10日閲覧）
			③介護支援専門員	1,049人 対人口100万人 714.8人 （2024） 1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	95,015人 対人口100万人 753.2人 （2024） 94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,125人 対人口100万人 1172.5人 （2024） 秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2025年12月19日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）
	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 対人口100万人 66.8施設 （2024） 96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023）	14,834施設 対人口100万人 117.6施設 （2024） 14,514施設 対人口100万人 115.1施設 （2023）	大阪府1,804施設 対人口100万人 204.1施設 （2024） 大阪府1,739施設 対人口100万人 196.8施設 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年4月10日閲覧）
			②強化機能型在宅療養支援診療所	47施設 対人口100万人 32.0施設 （2024） 36施設 対人口100万人 24.5施設 （2023）	4,229施設 対人口100万人 33.5施設 （2024） 4,005施設 対人口100万人 31.7施設 （2023）	大阪府483施設 対人口100万人 54.7施設 （2024） 大阪府454施設 対人口100万人 51.4施設 （2023）	
			③在宅療養支援病院	22施設 対人口100万人 15.0施設 （2024） 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023）	2,081施設 対人口100万人 16.5施設 （2024） 1,821施設 対人口100万人 14.4施設 （2023）	徳島県47施設 対人口100万人 65.3施設 （2024） 徳島県46施設 対人口100万人 63.9施設 （2023）	
			④訪問看護ステーション	288施設 対人口100万人 196.3施設 （2024） 234施設 対人口100万人 159.5施設 （2023）	18,042施設 対人口100万人 143.0施設 （2024） 16,423施設 対人口100万人 130.2施設 （2023）	大阪府2,122施設 対人口100万人 240.1施設 （2024） 大阪府1,871施設 対人口100万人 211.7施設 （2023）	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0施設 （2024） 1施設 対人口100万人 0.7施設 （2023）	205施設 対人口100万人 1.6施設 （2024） 191施設 対人口100万人 1.5施設 （2023）	滋賀県6施設 対人口100万人 4.2施設 （2024） 長崎県5施設 対人口100万人 3.8施設 （2023）	衛生行政報告例 第8章薬事 第1表薬局数・無薬局町村数・登録販売者数，都道府県別（2025年10月21日公表）
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設			沖縄県値：沖縄県薬剤師会　沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧（2024年11月8日）
			無菌製剤処理（共同利用含む）	97/383施設			
			⑦介護サービス事業所	2,761施設 （2025） 2,638施設 （2024） 2,504施設 （2023）			沖縄県値：沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧（2025年10月1日現在）※状態区分「指定」のみ

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		【参考値】全体 69.5% （2019-2020）	がん在宅74.9% （2023） がん在宅79.1% （2019-2020） がん在宅78.8% （2019） がん在宅78.7% （2018）	【参考値】全体 鹿児島県78.0% （2019-2020）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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		【参考値】全体 42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	がん在宅41.3% （2023） がん在宅40.2% （2019-2020） がん在宅41.7% （2019） がん在宅40.2% （2018）	【参考値】全体 佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算		103.9 （2022） 84 （2021）	100.0	神奈川県188.5 （2022） 神奈川県192.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-05
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算		107.6 （2022） 90.3 （2021）	100.0	神奈川県188.1 （2022） 神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問25 医師 問20 看護師 問13 MSW あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。		56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

			⑧訪問リハビリテーション事業所	46施設 対人口100万人 31.3施設 （2025） 45施設 対人口100万人 30.7施設 （2024） 42施設 対人口100万人 28.6施設 （2023）	5,091施設 対人口100万人 40.4施設 （2025） 4,915施設 対人口100万人 39.8施設 （2024） 4,913施設 対人口100万人 38.9施設 （2023）	徳島県105施設 対人口100万人 145.9施設 （2025） 徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 （2024） 徳島県96施設 対人口100万人 140.4施設 （2023）	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」 140訪問リハビリテーション閲覧 （2025年12月末時点）

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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

③リハビリテーション<医療部会>

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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）受理番号：がんリハ 令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

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	【参考値】 ①がんに係るリハビリテーションが実施された患者数 1,823人 （2024） 4,080人 （2023） ②がんリハの加算対象の患者数 234人 （2024） 242人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.1 （2022） 116.6 （2021）	100	福井県190.5 （2022） 福井県191.4 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問26 医師 問21 看護師 リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。	70.4 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

④支持療法<医療部会>

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人 対人口100万人 2.0人 （2023）	350人 対人口100万人 2.8人 （2023）	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 （2023）	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供（2024年8月15日）
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合	46.2% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合	92.3% （2025） 76.9% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

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	74.7% （2023） 70.5% （2018）	75.5% （2023） 63.0% （2018）	島根県83.3% （2023） 大分県70.8% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-2】（2025年7月3日公表）
	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				医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料（重症）	なし （2022） なし （2021）	100	鳥取県693.7 （2022） 岩手県459.0 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-01
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料（1以外）	なし （2022） なし （2021）	100	高知県330.6 （2022） 東京都299.6 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-02
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	70.7 （2022） 69.4 （2021）	100	佐賀県144.6 （2022） 鹿児島県138.6 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問18 医師 問16 看護師 問7 薬剤師 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、説明ができていると思いますか。	72.2 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

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	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

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 （2023） 6件 （2022） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-01.妊孕性、生殖機能

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 （2024） 1例 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月1日）
	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	60.7% （2023） 51.6% （2018） 65.7% （2014）	71.5% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	島根県100.0% （2023） 秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問16】（2025年7月3日公表）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問20 医師 問18 看護師 対象となる患者すべてに対して、妊孕性について、説明ができていると思いますか。	59.0 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

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	・琉大病院 40例（2023） 41例（2024） ・友愛医療センター 6例 （2023） 5例（2024） ・その他医療機関 （0例）	1200例 （2023） 1453例 （2024）		沖縄県値・全国値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月5日）友愛医療センターからの情報提供（2025年9月2日）

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	院内23例、院外18例 （2024） 院内26例、院外14例 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月5日）

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん<医療部会>

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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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※		述べ65件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位71.希少がん

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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

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		4件 (2024) 5件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標 臨床試験等を受けた希少がん患者の数		※13人 (2024) 22人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

※那覇市立病院1件患者数不明あり

②難治性がん<医療部会>

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※		原発不明がん 述べ24件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位24.原発不明

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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

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)	比較可能 データなし	61.4% (2023) 66.4% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問11】(2025年7月3日公表)
		診断から治療開始までの時間(1か月未満)	比較可能 データなし	62.4% (2023) 72.3% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問12】(2025年7月3日公表)

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		比較可能 データなし	92.4% (2023) 75.7% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問28 医師 問14 MSW 希少がん患者を、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できていると思いますか。		72.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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。		「自宅が遠いから」「患者の希望」「情報提供の不足」「専門医がいないため」「受け入れ体制が不十分」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問29 医師 問15 MSW 問28で述べた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。		「どういう患者を受け入れるのか情報提供してほしい」「大学病院の敷居が高い」「琉大病院で初診から治療開始までが時間かかり過ぎる方がいた」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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)	膵臓	男 女 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男　山梨県17.3 女　福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 女 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 女 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		脳・中枢神経系	男 女 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		肺	男 女 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 女 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	

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	男　62.6 女 126.5 (2018) 男　69.2 女 105.3 (2017) 男 82.4 女 78.6 (2016) 男 70.3 女 84.1 (2012-2015)	男 77.0 女 75.4 (2018) 男 77.2 女 76.3 (2017) 男 75.1 女 76.4 (2016) 男 77.0 女 77.4 (2012-2015)	男　三重県99.8 女 高知県129.7 (2018) 男 福井県107.9 女 岩手県121.0 (2017) 男 山梨県　95.2 女 香川県174.0 (2016) 男 京都府　85.2 女 島根県107.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		卵巣	女 61.0 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
		子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	

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	膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男　山梨県17.3 女　福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男　大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 40.3 女 34.1 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 44.5 女 46.7 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 福井県60.7 女 香川県67.5 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	
		食道	男 36.7 女 41.9 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 47.9 女 50.2 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 山梨県60.2 女 大分県68.8 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		胚細胞腫瘍・性腺腫瘍	比較可能 データなし	男 93.3 女 95.1 (2016-2018) 男 97.5 女 95.6 (2017) 男 88.3 女 92.0 (2016) 男 92.5 女 96.7 (2012-2015)	比較可能 データなし	

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		12件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数		22人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問30 医師 問16 MSW 難治がん患者を、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できていると思いますか。		72.5 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
	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。		「知識不足」「患者が高齢のため」「患者や家族が希望しなかったため」「タイミングが合わなかった」等 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問31 医師 問17 MSW 問30で述べた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。		「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にある施設が適切ではない」「受け入れを断られたため」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）

③小児がん<小児・AYA部会>

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						小児・AYA部会で検討中

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					小児・AYA部会で検討中

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		琉球大学病院：0名 こども医療センター：0名 （2024） 琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）
	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※		述べ7件 （2023） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-01.0-14歳

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		【参考値】 ※35.8% （2023） ※52.6% （2018）	報告書まち （2024） 小児39.7% （2019） 【参考値】 AYA40.6% 成人44.3% （2023） AYA39.5% 成人48.0% （2018）	【参考値】 ※岡山県57.0% （2018）	小児患者体験調査【問40-2】11項（2021年10月6日公表） 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問43】（2025年7月3日公表）※全体結果（希少がん患者・AYA・成人）
	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		比較可能 データなし	報告書まち （2024） 60.1% （2019）	比較可能 データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項（2021年10月6日公表）

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		93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

	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　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2024年12月2日）
	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　治療13人　診断31人			
	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 対人口100万人 2.0人 （2024）	383人 対人口100万人 3.1人 （2024）	京都府23人 対人口100万人 9.1人 （2024）	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧（更新日2024年4月5日）
			②小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2022）	772人 対人口100万人 6.1人 （2022）	島根県10人 対人口100万人 14.9人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）※次回2025年12月下旬公表予定
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	128人 対人口100万人 1.0人 （2024）	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 （2024）	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医名簿閲覧（更新日2024年9月13日）
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 （2023）	4,673人 対人口100万人 37.6人 （2024）	京都府193人 対人口100万人 76.2人 （2023）	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供（2024年11月27日）
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	321人 対人口100万人 2.6人 （2024）	高知県8人 対人口100万人 12.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 人 対人口100万人 36.8人 （2024）	人 対人口100万人 21.3人 （2024）	山梨県人 対人口100万人 74.1人 （2024）	

1-1	指標	小児がん患者の5年生存率	神経芽腫	比較可能 データなし	男 80.8 女 66.2 (2016-2018)	比較可能 データなし	全国がん登録5年生存率報告 表 3. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率 表 5-6. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ
			白血病	比較可能 データなし	男 85.4 女 82.7 (2016-2018)	比較可能 データなし	
			リンパ腫	比較可能 データなし	男 97.4 女 95.0 (2016-2018)	比較可能 データなし	
			食道	男 女 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	
			多発性骨髄腫	男 女 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		AYA世代のがんの5年生存率	大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男　広島県74.3 女　東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女　石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
			子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
			卵巣	女 58.8 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
			甲状腺	男 81.1 女 93.6 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 90.0 女 93.4 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 徳島県101.6 女 徳島県97.5 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)	
			全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
				北部	63.0 (2016)			
				中部	63.8 (2016)			
				南部	64.6 (2016)			
				宮古	64.0 (2016)			
				八重山	64.7 (2016)			
			胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
				北部	46.5 (2016)			
				中部	50.4 (2016)			
				南部	53.1 (2016)			
				宮古	55.4 (2016)			
				八重山	68.5 (2016)			
			大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
				北部	78.1 (2016)			
				中部	65.5 (2016)			
				南部	69.4 (2016)			
				宮古	74.1 (2016)			
				八重山	78.7 (2016)			
			肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
				北部	41.8 (2016)			
				中部	31.9 (2016)			
				南部	29.8 (2016)			

3-4	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（2025） 1人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
				こども医療センター	0人（2025） 1人（2024）			
			②小児外科専門医	琉球大学病院	2人（2025） 2人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	3人（2025） 2人（2024）			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院	0人（2025） 0人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人（2025） 0人（2024）			
			④血液専門医	琉球大学病院	3人（2025） 5人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人（2025） 2人（2024）			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院	0人（2025） 0人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	3人（2025） 3人（2024）			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院	3人（2025） 4人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人（2025） 1人（2024）			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院	0人（2025） 3人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人（2025） 0人（2024）			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院	2人（2025） 2人（2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	2人（2025） 3人（2024）			

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	1施設（2024） 3施設（2023）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）
	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 小児がん患者5人（2024） AYA世代患者2人（2023） AYA世代患者1人（2024） こども医療センター0名（2024）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）

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※1	就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）
	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※2	46件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※1「相談記入シート」7.相談者からの相談内容●17-03就学・就園、17-04学業・学校生活　※2就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない

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団体 （2024）			県内の小児がん患者支援団体（がんの子どもを守る会）の関係者にメールで確認（2024年5月16日）

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

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					小児・AYA部会で検討中

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※	延べ193件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-02.15-19歳、2.20歳代、3.30歳代

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	59.80%			沖縄県値：拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数（2019）478 院内がん登録初回治療開始数（2019）286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数（2019）478 院内がん登録初回治療開始数（2019）269

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	男 女 （2018） 男 66.0 女 65.4 （2017） 男 65.1 女 67.9 （2016） 男 66.6 女 63.5 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 69.0 女 66.7 （2017） 男 68.6 女 66.6 （2016） 男 68.1 女 66.0 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 山形県72.9 女 東京都70.9 （2017） 男 広島県74.3 女 東京都73.0 （2016） 男 広島県73.3 女 東京都71.0 （2012-2015）	全国がん登録5年生存率報告5年純生存率 地域がん登録症例5年純生存率
			女性乳房	女 （2018） 女 89.7 （2017） 女 87.2 （2016） 女 88.2 （2012-2015）	女 （2018） 女 88.0 （2017） 女 88.0 （2016） 女 88.7 （2012-2015）	女 （2018） 女 岡山県91.1 （2017） 女　石川県92.5 （2016） 女 長崎県92.4 （2012-2015）	
			子宮頸部	女 （2018） 女 68.6 （2017） 女 67.9 （2016） 女 66.2 （2012-2015）	女 （2018） 女 72.1 （2017） 女 71.8 （2016） 女 72.5 （2012-2015）	女 （2018） 女 滋賀県80.4 （2017） 女 山梨県81.2 高知県81.2 （2016） 女 熊本県76.8 （2012-2015）	
			卵巣	女 （2018） 女 55.9 （2017） 女 51.5 （2016） 女 51.7 （2012-2015）	女 （2018） 女 58.3 （2017） 女 58.6 （2016） 女 58.1 （2012-2015）	女 （2018） 女 山梨県63.6 （2017） 女 熊本県69.4 （2016） 女 東京都63.1 （2012-2015）	
			甲状腺	男 女 （2018） 男 86.9 女 91.3 （2017） 男 80.6 女 91.8 （2016） 男 87.1 女 87.5 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 89.4 女 92.5 （2017） 男 89.2 女 92.8 （2016） 男 88.6 女 92.7 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 （2017） 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 （2016） 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 （2012-2015）	

	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	比較可能 データなし	57.7% （2023） 54.9% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問39】（2025年7月3日公表）

がん種別5年生存率	乳房	宮古	27.4 （2016）		
		八重山	20.5 （2016）		
	子宮頸	県平均	87.1 （2018） 89.8 （2017）	88.4 （2018） 88.0 （2017）	岡山県91.1 （2018） 山形県91.9 （2017）
		北部	84.8 （2016）		
		中部	89.8 （2016）		
		南部	88.7 （2016）		
		宮古	74.8 （2016）		
		八重山	92.6 （2016）		
	肺	県平均	71.2 （2018） 68.6 （2017）	71.4 （2018） 72.1 （2017）	佐賀県83.5 （2018） 滋賀県80.4 （2017）
		北部	51.7 （2016）		
		中部	70.9 （2016）		
		南部	74.0 （2016）		
		宮古	20.3 （2016）		
		八重山	43.1 （2016）		
	胆道	県平均	34.3 （2018） 33.9 （2017）	39.6 （2018） 39.8 （2017）	香川県46.2 （2018） 愛媛県46.3 （2017）
		北部	45.4 （2016）		
		中部	29.0 （2016）		
		南部	40.3 （2016）		
		宮古	35.7 （2016）		
		八重山	26.9%		
	前立腺	県平均	28.2 （2018） 22.9 （2017）	24.1 （2018） 23.5 （2017）	愛媛県35.7 （2018） 熊本県30.2 （2017）
		北部	21.7 （2016）		
		中部	18.1 （2016）		
		南部	26.4 （2016）		
		宮古	43.0 （2016）		
		八重山	35.7 （2016）		
	膵臓	県平均	89.8 （2018） 87.7 （2017）	92.5 （2018） 92.2 （2017）	香川県100.6 （2018） 香川県100.7 （2017）
		北部	81.8 （2016）		
		中部	96.0 （2016）		
		南部	95.3 （2016）		
		宮古	103.8 （2016）		
		八重山	97.2 （2016）		
	膵臓	県平均	10.0 （2018） 16.2 （2017）	13.5 （2018） 12.6 （2017）	奈良県19.4 （2018） 香川県17.4 （2017）
		北部	4.0 （2016）		
		中部	11.9 （2016）		
		南部	12.2 （2016）		
		宮古	0.2 （2016）		
		八重山	7.5 （2016）		

二次医療県値：沖縄県全国がん登録解析報告書（2016-2021）

県平均・全国値・最良値：全国がん登録5年生存率報告

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		0件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数		0人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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施設 (2023)			沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科、八重山病院からの情報提供
	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	問合せ中 (2024)			沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
			こども医療センター	0人 (2024)			
	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	問合せ中 (2024)			
			こども医療センター	0人 (2024)			

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※		0件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
	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※		13件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

※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(琉球大学病院がん相談支援センター)

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		2人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

⑤高齢者のがん<医療部会>

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	96施設 対人口100万人 66.7施設 (2023) 98施設 対人口100万人 66.7施設 (2022)	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 (2023) 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 (2022)	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 (2023) 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 (2022)	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集閲覧(2025年4月17日)
			在宅療養支援病院数	20施設 対人口100万人 13.6施設 (2023) 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2022)	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 (2023) 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 (2022)	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 (2023) 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 (2022)	

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		68.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)

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		53.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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		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)		42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)

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		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:各地区医師会にて調査予定

4-2	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問32 医師 問18 MSW 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[注]のがん患者を、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できていると思いますか。	61.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	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。	「患者の希望」「当院で治療が可能な場合もあるため」「紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため」「詳しい医師がいない」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問33 医師 問19 MSW 問32で述べた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。	「どういった患者なら受け入れしてくれるのか情報がほしい。病勢が早い場合、受け入れまでに時間がかかると紹介できず治療を開始せざるを得ない」「先方の受け入れ体制に制限はあるので、年齢だけで紹介するのは厳しい」「妊孕性温存療法を琉大病院婦人科に紹介したが、できないとお断りされ、友愛医療センター婦人科にお願いした、当科で2例経験してます」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

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		37.6% (2019-2020) 38.1% (2019)	52.9% (2023) 35.7% (2019-2020) 36.5% (2019) 65.8% (2018)	京都府 40.5% (2019-2020) 山形県 44.8% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)
	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		42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)
	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)		107.7 (2022) 99.0 (2021)	100.0	秋田県243.5 (2022) 秋田県258.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-005-01-02
	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)		242.6 (2022) 236.3 (2021)	100.0	岐阜県305.6 (2022) 岐阜県319.5 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-004-00-01
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問27 医師 問22 看護師 65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。		49.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

			ATL	県平均	37.8 (2018) 35.3 (2017)	45.4 (2018) 44.3 (2017)	香川県58.7 (2018) 奈良県55.1 (2017)	
				北部	データなし (2016)			
				中部	26.2 (2016)			
				南部	32.8 (2016)			
				宮古	0.1 (2016)			
				八重山	25.3 (2016)			
	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		比較可能 データなし	75.5% (2023) 69.2% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)	
	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		比較可能 データなし	75.7% (2023) 66.8% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)	
	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)		【参考値】 ※8.3点 (2023) ※8.4点 (2018)	報告書まち (2024) 小児8.4点 (2019) 【参考値】 AYA8.2点 成人8.2点 (2023) AYA7.8点 成人7.9点 (2018)	【参考値】 ※島根県8.6点 (2023) ※愛媛県8.5点 (2018)	小児患者体験調査【問25】10項 (2021年10月6日公表) 参考値:令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)	

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

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	43.9% (2018)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供

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					離島・へき地部会で検討中

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	北部地区医師会病院 0人(2025) 0人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
			②乳腺外科専門医(乳腺専門医)	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 1人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 1人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 12人(2025) 2人(2024) 宮古病院 8人(2025) 0人(2024) 八重山病院 2人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院 4人(2025) 3人(2024) 宮古病院 1人(2025) 1人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 非常勤1人 月1回(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③血液専門医	北部地区医師会病院 人(2025) 0人(2024) 宮古病院 人(2025) 0人(2024) 八重山病院 人(2025) 非常勤1人 月1回(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	100% 18/18市町村 (2024) 94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧(更新日2026年1月21日)
	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2,736件(2024) 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	

【参考値】
令和4年度沖縄県がん登録事業報告書（令和元年の罹患集計）p132
表42. 市区町村別罹患数：部位別、性別
石垣市　395
宮古島市　430
伊江村　47
渡嘉敷村　5
座間味村　3
粟国村　8
渡名喜村　8
南大東村　8
北大東村　2
伊平屋村　4
伊是名村　13
久米島町　86
多良間村　13
竹富町　37
与那国町　11
計1,070

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	がん種別5年生存率(再掲)	全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	二次医療県値:沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021) 県平均・全国値・最良値:全国がん登録5年生存率報告
				北部	63.0 (2016)			
				中部	63.8 (2016)			
				南部	64.6 (2016)			
				宮古	64.0 (2016)			
				八重山	64.7 (2016)			
			胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
				北部	46.5 (2016)			
				中部	50.4 (2016)			
				南部	53.1 (2016)			
				宮古	55.4 (2016)			
				八重山	68.5 (2016)			
			大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
				北部	78.1 (2016)			
				中部	65.5 (2016)			
				南部	69.4 (2016)			
				宮古	74.1 (2016)			
				八重山	78.7 (2016)			
			肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
				北部	41.8 (2016)			
				中部	31.9 (2016)			
				南部	29.8 (2016)			
				宮古	27.4 (2016)			
				八重山	20.5 (2016)			
			乳房	県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)	
				北部	84.8 (2016)			
				中部	89.8 (2016)			
				南部	88.7 (2016)			
				宮古	74.8 (2016)			
				八重山	92.6 (2016)			
			子宮頸	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)	
				北部	51.7 (2016)			
				中部	70.9 (2016)			
				南部	74.0 (2016)			
				宮古	20.3 (2016)			
				八重山	43.1 (2016)			
			肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)	
				北部	45.4 (2016)			
				中部	29.0 (2016)			
				南部	40.3 (2016)			
				宮古	35.7 (2016)			
				八重山	26.9%			
			胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)	
				北部	21.7 (2016)			
				中部	18.1 (2016)			
				南部	26.4 (2016)			
				宮古	43.0 (2016)			
				八重山	35.7 (2016)			
			前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)	
				北部	81.8 (2016)			
				中部	96.0 (2016)			
				南部	95.3 (2016)			
				宮古	103.8 (2016)			
				八重山	97.2 (2016)			
			膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)	
				北部	4.0 (2016)			
				中部	11.9 (2016)			
				南部	12.2 (2016)			
				宮古	0.2 (2016)			
				八重山	7.5 (2016)			
			AT	県平均	37.8 (2018) 35.3	45.4 (2018)	香川県58.7 (2018)	
				北部	データなし (2016)			
				中部	26.2 (2016)			

			L	南部	32.8 （2016）	44.3 （2017）	奈良県55.1 （2017）	
				宮古	0.1 （2016）			
				八重山	25.3 （2016）			

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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問34 医師 問20 MSW 北部区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。	75.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問35 医師 問23 看護師 問9　薬剤師 問21　MSW 北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医 療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。	74.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問36 医師 問22 MSW 離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思 いますか。	69.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）

番号	C 個別施策					
①相談支援<情報提供・相談支援部会>						
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		40.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象10施設
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※		18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)
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 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	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 2025年1月時点 (更新日2024年12月20日)
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	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」(更新日2025年4月1日)
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	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(更新・確認日:2024年10月15日)
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数		13人 (2024) 21人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)
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	がんピア・サポーター養成講座修了者	修了者　人 述べ　人 (2025) 修了者　人 述べ　人 (2024) 修了者　人 述べ 114人 (2023)		比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターからの情報提供 (2024年5月22日)
		がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者	受講者　人 述べ　人 (2025) 受講者　人 述べ　人 (2024) 受講者　人 述べ 231人 (2023)		比較可能 データなし	
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		人 (2025) 人 (2024) 27人 (2023)		比較可能 データなし	
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		138件 (2024) 98件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
	指標 患者サロンの開催回数		50回 (2024) 48回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
②情報提供<情報提供・相談支援部会>						
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				

※「相談記入シート」現在の治療状況02治療前(診断後精査中含む)

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		なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査 都道府県別調査結果【問20-3】15項 (2020年11月11日公表)
	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		48.7% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	山形県65.4% (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問45】 (2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問16 医師 問14 看護師 問11 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。		56.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
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		93.6% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	秋田県他100% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問51】 (2025年7月3日公表)
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		26.0% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県26.0% (2023) 沖縄県43.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問49】 (2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問17 医師 問15 看護師 問12 MSW 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。		47.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
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		79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
	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		98.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.5% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	沖縄県98.7% (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】 (2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問12 医師 問10 看護師 問7 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。		66.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

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		35.8% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	石川県52.7% (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問43】 (2025年7月3日公表)
	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		60.4% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	熊本県78.2% (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問28】 (2025年7月3日公表)
	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		4.8% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	石川県他0.0% (2023) 神奈川県 0.2% (2018) 秋田県0.0% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問20】 (2025年7月3日公表)

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					

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	61.5% (2025) 61.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	46.0% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		4件 (2024) 208件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

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		84.6% (2025) 76.9% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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		30.8% (2025) 30.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
	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		15.4% (2024) 7.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

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		実施していない (2024) 実施していない (2023)			沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象3施設

④就労支援(医療機関側)<情報提供・相談支援部会>

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		112件 (2024) 121件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

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		7回 (2024) 3回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設
	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		32人 (2024) 12人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

⑤就労支援(職場側)<情報提供・相談支援部会>

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		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					

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		66.1% (2023) 27.2% (2018)	44.0% (2023) 38.6% (2018)	沖縄県66.1% (2023) 神奈川県53.6% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 (2022) 78.8 (2021)	100.0	愛媛県313.6 (2022) 愛媛県402.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問14 医師 問12 看護師 問9　MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。		53.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問13 医師 問11 看護師 問8 MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。		51.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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		74.0% (2023) 74.4% (2018) 55.9% (2014)	74.5% (2023) 65.1% (2018) 68.3% (2014)	富山県84.2% (2023) 秋田県86.1% (2018) 島根県82.5% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問38】(2025年7月3日公表)
	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		56.2% (2023) 26.1% (2018)	70.6% (2023) 35.6% (2018)	熊本県85.0% (2023) 島根県51.9% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問35】(2025年7月3日公表)

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

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） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-02.アピアランス

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		【参考値】 研修修了者が在籍している施設の割合 31% （2024） 15% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

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 （2025） ※0回 （2024）			

※アピアランスケアセンターが設置されていないため

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

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	①外来患者用	38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			②入院患者用	46.2% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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					

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		84.6% （2025） 84.6% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭<情報提供・相談支援部会>

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回 （2023）			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」（2024年6月14日）
	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（2024年6月日14）

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			30.6% （2023） 31.6% （2018）	25.8% （2023） 28.5% （2018）	熊本県33.9% （2023） 徳島県42.0% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問30】 （2025年7月3日公表）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問15 医師 問13 看護師 問10　MSW アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。			57.5 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）

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				5人 （2023）			医療機関調査 （2024年9月実施） NPO疾病対策センター計測依頼
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ		入院		189.8 （2022） 157.1 （2021）	100.0	栃木県344.5 （2022） 大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）113015310
				外来		106.1 （2022） 126.4 （2021）	100.0	岐阜県272.6 （2022） 栃木県250.9 （2021）	
				入院+外来		122.1 （2022） 132.8 （2021）	100.0	栃木県240.9 （2022） 栃木県234.0 （2021）	

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		23.9% （2023） 18.0% （2018） 29.4% （2014）	23.2% （2023） 12.9% （2018） 30.7% （2014）	香川県13.1% （2023） 島根県 6.1% （2018） 北海道23.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問55】 （2025年7月3日公表）
	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		6.3% （2023） 3.9% （2018） ※12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	愛媛県2.3% （2023） 熊本県0.6% （2018） ※新潟県1.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問56】 （2025年7月3日公表）※拠点病院のがん患者に限定

基盤

C 個別施策

①研究の推進<協議会>

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					協議会で検討中

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					協議会で検討中

②人材育成の強化<協議会>

	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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
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	9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
		②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供 (2025年8月現在)
		③がんゲノム医療コーディネーター	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)
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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月10日)
		②呼吸器外科専門医	13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		④小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月11日)
		⑥脳神経外科専門医	63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿(2025年9月4日閲覧)
		⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)
		⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2024年10月30日)
		⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)
		⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)
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	①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
		②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑥脳神経外科専門医	84.6% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑩泌尿器科専門医	92.3% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑪頭頸部がん専門医	23.1% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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					協議会で検討中

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 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、支援することができていると思いますか。	62.1 (2024) 65.4 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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		70.8% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	香川県88.1% (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問42】(2025年7月3日公表)
	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		78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)

		⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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		75.0% （2025） 75.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
		②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 （2024） 11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1,946人 対人口100万人 15.4人 （2024） 1，875人 対人口100万人 14.9人 （2023）	秋田県31人 対人口100万人 32.3人 （2024） 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧（2024年10月1日現在）
		③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2025） 9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1,541人 対人口100万人 12.2人 （2025） 1，461人 対人口100万人 11.6人 （2023）	福井県17人 対人口100万人 22.2人 （2025） 福井県18人 対人口100万人 23.5人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（2025年4月30日更新）
		④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.6人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
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	22.2% （2025） 20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
		②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③医学物理士	55.6% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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		38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
2-1	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	3人 対人口100万人 2.0人 （2022）	1,374人 対人口100万人 10.9人 （2022）	徳島県14人 対人口100万人 19.5人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）
		②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
		②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
		②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 （2024） 12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1,030人 対人口100万人 8.2人 （2024） 1，019人 対人口100万人 8.1人 （2023）	島根県17人 対人口100万人 25.3人 （2024） 島根県13人 対人口100万人 19.4人 （2023）	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧（2024年10月1日現在）
		②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 （2024） 6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	992人 対人口100万人 7.9人 （2024） 982人 対人口100万人 7.8人 （2023）	福岡県61人 対人口100万人 11.9人 （2024） 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2024年10月1日現在）
		③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
		③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	
		③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
			<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
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	①がん薬物療法専門医	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
		②がん指導薬剤師	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん専門薬剤師	7.7% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②外来がん治療認定薬剤師	53.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん看護専門看護師	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳がん看護認定看護師	7.7% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会　認定名簿閲覧（2025年4月1日認定）
		①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト（2025年9月8日閲覧）

	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	③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター「公認心理師の都道府県別登録者数」（2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会「都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧」（2023年6月1日現在）
	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	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会認定専門医一覧閲覧 （2024年5月17日）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			③介護支援専門員	1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2024年12月25日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

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% （2025） 100% （2024） 100% （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からの情報提供 （2024年6月24日） ※指標の変更を検討する

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		3.3% （2023） 1.9% （2022） 2.9% （2021）	12.5% （2023） 11.4% （2022） 8.4% （2021）	佐賀県32.8% （2023） 東京都31.0% （2022） 佐賀県28.3% （2021）	文部科学省「がん教育実施状況調査」質問2（2024年12月27日）
	指標：実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：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	県				
		市町村	39.0% （2024） 36.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査 （2025年7月）

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 対人口100万人 27.9企業 （2024）	6,663企業 対人口100万人 53.6企業 （2024）	東京都2,539企業 対人口100万人 180.0企業 （2024）	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					

4-1	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			

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					協議会で検討中

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

⑤患者・市民参画の推進＜協議会＞

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	26.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ（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	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供

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	4件 （2024） 208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

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					協議会で検討中

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（沖縄県がん診療連携協議会のみ）	25回 （2024） 35回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧（2025年4月23日）
	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				

がんの予防

個別施策

①生活習慣（喫煙）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0101	禁煙希望割合（男）（%）	30.6%	2021	36.2%	2024	N/A	2016	N/A	2024	—	×	—			
指標	C0102	禁煙希望割合（女）（%）	57.1%	2021	33.3%	2024	N/A	2016	N/A	2024	—	×	—			
指標	C0103	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合（%）			92.9%	2021			N/A	2021	—	—	—			
指標	C0104	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（%）	33.3%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	×	—			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
	C02	禁煙希望者に禁煙してもらう	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0201	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（初回）外来【再掲】	161.2	2021	181.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	C0202	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで）外来【再掲】	166.2	2021	169.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	C0203	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（5回目）外来【再掲】	170.0	2021	148.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
	C03	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0301	望まない受動喫煙（家庭）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	5.2%	2021	11.2%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	×	—			
指標	C0302	望まない受動喫煙（職場）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	20.6%	2021	12.7%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			
指標	C0303	望まない受動喫煙（飲食店）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	23.2%	2021	17.0%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			

②生活習慣（飲酒）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C04	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0401	ハイリスク飲酒者※1の割合（男）（%）【再掲】	27.7%	2021	25.8%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			
指標	C0402	ハイリスク飲酒者※1の割合（女）（%）【再掲】	42.0%	2021	11.4%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			

※1「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40ｇ以上、女性で20ｇ以上の者

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C05	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0501	「節度ある適度な飲酒」の認知度（男）（%）	45.7%	2021	N/A	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	—	—			
指標	C0502	「節度ある適度な飲酒」の認知度（女）（%）	37.0%	2021	N/A	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	—	—			

③感染症対策（HPV）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C06	９価HPVワクチンの定期接種を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0601	HPVワクチンの接種率（定期接種）（%）【再掲】	5.3%	2023	7.4%	2024	12.3%	2023	13.9%	2024	×	○	○			
指標	C0602	HPVワクチンの接種率（キャッチアップ接種）（%）【再掲】	2.4%	2023	8.8%	2024	5.8%	2023	15.4%	2024	×	○	×			
指標	C0603	HPVワクチンの接種率（定期+キャッチアップ）（%）【再掲】	3.4%	2023	8.3%	2024	7.8%	2023	15.0%	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C07	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0701	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（%）														

④感染症対策（肝炎）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C08	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0801	B型肝炎定期予防接種実施率（1回目）（%）			95.6%	2022			N/A	2022	—	—	—			
指標	C0802	B型肝炎定期予防接種実施率（2回目）（%）			96.0%	2022			N/A	2022	—	—	—			
指標	C0803	B型肝炎定期予防接種実施率（3回目）（%）			88.2%	2022			N/A	2022	—	—	—			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	B01	喫煙率と受動喫煙が減少できている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0101	20歳以上の者の喫煙率（男）（%）	29.5%	2019	26.1%	2022	28.8%	2019	25.4%	2022	×	○	変化なし			
指標	B0102	20歳以上の者の喫煙率（女）（%）	8.8%	2019	8.4%	2022	8.8%	2019	7.7%	2022	×	○	変化なし			
指標	B0103	中学生の喫煙者の割合（%）			N/A	2021			0.2%	2021	—	—	—			
指標	B0104	高校生の喫煙者の割合（男）（%）	4.4%	2016	2.5%	2021	N/A	2016	N/A	2021	—	○	—			
指標	B0105	高校生の喫煙者の割合（女）（%）	1.7%	2016	0.8%	2021	N/A	2016	N/A	2021	—	○	—			
指標	B0106	妊婦の喫煙率（%）	2.1%	2022	2.1%	2023	2.1%	2022	1.6%	2023	×	変化なし	×			
指標	B0107	望まない受動喫煙（家庭）の機会を有する者の割合（%）	5.2%	2021	11.2%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	×	—			
指標	B0108	望まない受動喫煙（職場）の機会を有する者の割合（%）	20.6%	2021	12.7%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			
指標	B0109	望まない受動喫煙（飲食店）の機会を有する者の割合（%）	23.2%	2021	17.0%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			
指標	B0110	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（初回）外来	161.2	2021	181.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0111	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで）外来	166.2	2021	169.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0112	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（5回目）外来	170.0	2021	148.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0201	ハイリスク飲酒者※1の割合（男）（%）	27.7%	2021	25.8%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			
指標	B0202	ハイリスク飲酒者※1の割合（女）（%）	42.0%	2021	11.4%	2024	N/A	2021	N/A	2024	—	○	—			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B03	９価HPVワクチンの定期接種を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0301	HPVワクチンの接種率（定期接種）（%）	5.3%	2023	7.4%	2024	12.3%	2023	13.9%	2024	×	○	○			
指標	B0302	HPVワクチンの接種率（キャッチアップ接種）（%）	2.4%	2023	8.8%	2024	5.8%	2023	15.4%	2024	×	○	×			
指標	B0303	HPVワクチンの接種率（定期+キャッチアップ）（%）	3.4%	2023	8.3%	2024	7.8%	2023	15.0%	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B04	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0401	B型肝炎ウイルス検査受検率（%）	80.3%	2021	81.9%	2024	86.5%	2021	88.7%	2024	×	○	×			
指標	B0402	C型肝炎ウイルス検査受検率（%）	62.8%	2021	64.2%	2024	77.5%	2021	79.3%	2024	×	○	×			
指標	B0403	B型肝炎ウイルス陽性者数（人）対人口10万人			53.8人	2023			31.0人	2023	×	—	—			
指標	B0404	C型肝炎ウイルス陽性者数（人）対人口10万人			2.0人	2023			10.4人	2023	○	—	—			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	A01	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（人口10万対）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	A0101	全がん死亡率（男）（%）	86.5%	2023	85.9%	2024	79.1%	2023	77.6%	2024						
指標	A0102	全がん死亡率（女）（%）	57.2%	2023	56.3%	2024	53.3%	2023	52.9%	2024						
指標	A0103	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024						
指標	A0104	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024						
指標	A0105	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024						
指標	A0106	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024						
指標	A0107	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024						
指標	A0108	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024						
指標	A0109	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024						
指標	A0110	肝がん死亡率（男）（%）	5.7%	2023	4.8%	2024	5.4%	2023	5.2%	2024						
指標	A0111	肝がん死亡率（女）（%）	1.6%	2023	1.5%	2024	1.4%	2023	1.3%	2024						
指標	A0112	子宮頸がん死亡率（女）（%）	5.9%	2023	5.9%	2024	5.1%	2023	4.9%	2024						
指標	A0113	成人T細胞白血病リンパ腫がん死亡率（男）（%）	3.1%	2023	3.8%	2024	2.7%	2023	2.7%	2024						
指標	A0114	成人T細胞白血病リンパ腫がん死亡率（女）（%）	1.8%	2023	2.3%	2024	1.4%	2023	1.5%	2024						

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	A02	がん種別罹患率が減少できている（年齢調整、人口10万人対）標準人口（昭和60年日本人モデル人口）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	A0201	全がん罹患率（男）	377.9	2022	393.6	2023	425.2	2022	420.9	2023	○	×	×			
指標	A0202	全がん罹患率（女）	318.6	2022	348.7	2023	340.6	2022	344.9	2023	×	×	×			
指標	A0203	胃がん罹患率（男）	27.0	2022	27.1	2023	52.8	2022	49.8	2023	○	×	×			
指標	A0204	胃がん罹患率（女）	13.8	2022	10.9	2023	20.0	2022	18.9	2023	○	○	○			
指標	A0205	大腸がん罹患率（男）	74.8	2022	82.7	2023	68.9	2022	69.1	2023	×	×	×			
指標	A0206	大腸がん罹患率（女）	41.9	2022	42.7	2023	43.4	2022	44.2	2023	○	×	変化なし			
指標	A0207	肝臓がん罹患率（男）	14.7	2022	14.7	2023	16.6	2022	15.8	2023	○	変化なし	×			
指標	A0208	肝臓がん罹患率（女）	4.8	2022	4.2	2023	5.3	2022	5.0	2023	○	○	○			
指標	A0209	肺がん罹患率（男）	45.4	2022	43.2	2023	57.8	2022	56.9	2023	○	○	○			
指標	A0210	肺がん罹患率（女）	17.9	2022	19.8	2023	24.8	2022	25.3	2023	○	×	×			
指標	A0211	女性乳房がん罹患率（女）	103.7	2022	122.1	2023	103.4	2022	105.6	2023	×	×	○			
指標	A0212	子宮頸部がん罹患率（女）	18.5	2022	19.2	2023	13.3	2022	13.3	2023	×	×	×			
指標	A0213	成人T細胞白血病リンパ腫がん罹患率（男）	11.1	2022	10.7	2023	8.8	2022	9.3	2023	×	○	○			
指標	A0214	成人T細胞白血病リンパ腫がん罹患率（女）	7.9	2022	7.3	2023	5.7	2022	5.8	2023	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C09	肝炎ウイルス検査体制を充実させる	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0901	肝疾患専門医療機関数	8.9施設	2023	8.9施設	2024	25.8施設	2023	26.3施設	2024	×	変化なし	×				
指標	C0902	公費肝炎検査受検者数　B型肝炎ウイルス検査（人）	365.3人	2022	331.9人	2023	632.6人	2022	625.8人	2023	×	×	×				
指標	C0903	公費肝炎検査受検者数　C型肝炎ウイルス検査（人）	338.2人	2022	310.9人	2023	624.6人	2022	616.2人	2023	×	×	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C10	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1001	肝炎医療コーディネーターの養成者数（人）	19人	2023	0人	2024	5,833人	2023	6,010人	2024	×	×	×				
指標	C1002	公費肝炎治療開始者数　B型肝炎（人）	752人	2023	750人	2024	88,920人	2023	91,131人	2024	×	×	×				
指標	C1003	公費肝炎治療開始者数　C型肝炎（人）	38人	2023	35人	2024	7,904人	2023	6,848 人	2024	×	×	×				

⑤感染症対策（HTLV-1）

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C11	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1101	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率（%）	100.0%	2023	97.6%	2024	91.1%	2023	91.9%	2024	○	×	○				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C12	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1201	HTLV-1の保健所の検査数（件）	12件	2022	4件	2023	87件	2022	175件	2023	×	×	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	B05	HTLV-1 感染者数の減少ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B0501	HTLV-1感染率	算出不可		算出不可		算出不可		算出不可		ー	ー	ー				

がん検診

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

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C01	指針に基づいたがん検診のみを行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0101	胃がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	97.6%	2022	97.6%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	C0102	大腸がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	100.0%	2022	100.0%	2023	○	変化なし	変化なし				
指標	C0103	肺がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	C0104	女性乳房がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	○				
指標	C0105	子宮頸がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.9%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	変化なし				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C02	指針に基づかないがん検診を中止する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0201	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	3件	2022	2件	2023	478件	2022	485件	2023	○	○	○				
指標	C0202	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	7.9%	2022	5.3%	2023	28.8%	2022	29.3%	2023	○	○	○				
指標	C0203	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	1件	2022	1件	2023	293件	2022	295件	2023	○	変化なし	○				
指標	C0204	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	3.4%	2022	3.4%	2023	27.1%	2022	26.8%	2023	○	変化なし	×				
指標	C0205	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	2件	2022	0件	2023	96件	2022	82件	2023	○	○	○				
指標	C0206	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	5.0%	2022	0.0%	2023	6.0%	2022	5.1%	2023	○	○	○				
指標	C0207	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	0件	2022	1件	2023	36件	2022	39件	2023	○	○	○				
指標	C0208	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	0.0%	2022	3.8%	2023	3.7%	2022	3.9%	2023	○	×	×				
指標	C0209	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	2件	2022	2件	2023	335件	2022	319件	2023	○	変化なし	×				
指標	C0210	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	5.0%	2022	4.9%	2023	20.2%	2022	19.2%	2023	○	○	×				
指標	C0211	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	3件	2022	2件	2023	221件	2022	227件	2023	○	○	○				
指標	C0212	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	11.1%	2022	7.4%	2023	30.2%	2022	30.4%	2023	○	○	○				
指標	C0213	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	12件	2022	11件	2023	719件	2022	708件	2023	○	○	×				
指標	C0214	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	33.3%	2022	31.4%	2023	44.4%	2022	43.7%	2023	○	○	○				
指標	C0215	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	17件	2022	16件	2023	587件	2022	573件	2023	○	○	×				
指標	C0216	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	53.1%	2022	50.0%	2023	40.7%	2022	39.5%	2023	○	○	×				
指標	C0217	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	7件	2022	6件	2023	387件	2022	389件	2023	○	○	×				
指標	C0218	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	20.0%	2022	16.7%	2023	26.2%	2022	87.1%	2023	○	○	○				
指標	C0219	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	5件	2022	5件	2023	333件	2022	323件	2023	○	変化なし	×				
指標	C0220	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	16.1%	2022	16.1%	2023	21.2%	2022	20.5%	2023	○	変化なし	×				

②がん検診の精度管理等について

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0301	全国がん検診従事者研修（基礎）を修了した市町村の担当者等の割合（%）	17.5%	2023	51.5%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	C0302	全国がん検診従事者研修（実務）を修了した市町村の担当者等の割合（%）	6.3%	2023	10.3%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	C0303	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割合（%）	0.0%	2023	5.9%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	B01	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B0101	胃がん　指針の遵守市町村の割合（%）	97.6%	2022	97.6%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	B0102	大腸がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	100.0%	2022	100.0%	2023	○	変化なし	変化なし				
指標	B0103	肺がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	B0104	女性乳房がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	○				
指標	B0105	子宮頸がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.9%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	変化なし				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	B02	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B0201	胃がん検診（エックス線）要精検率（男）（%）	8.1%	2021	5.3%	2022	7.7%	2021	7.3%	2022	×	×	×				
指標	B0202	胃がん検診（エックス線）要精検率（女）（%）	6.2%	2021	3.5%	2022	4.8%	2021	4.5%	2022	×	×	×				
指標	B0203	胃がん検診（内視鏡）要精検率（男）（%）	6.7%	2021	4.7%	2022	8.7%	2021	8.3%	2022	×	×	×				
指標	B0204	胃がん検診（内視鏡）要精検率（女）（%）	4.5%	2021	4.0%	2022	6.1%	2021	5.9%	2022	×	×	×				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	A01	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（75歳未満、年齢調整、人口10万人対）基準人口は昭和60年（1985年）モデル人口を使用	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	A0103	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024	×	○	変化なし				
指標	A0104	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024	×	○	○				
指標	A0105	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024	×	○	×				
指標	A0106	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024	○	○	○				
指標	A0107	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024	○	×	×				
指標	A0108	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024	○	○	○				
指標	A0109	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024	×	○	○				
指標	A0112	子宮頸がん死亡率（女）（%）	5.9%	2023	5.9%	2024	5.1%	2023	4.9%	2024	×	変化なし	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	A02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	A0201	胃がん　進行がん罹患率（%）	35.4	2022	32.0	2023	25.6	2022	25.7	2023	×	○	○				
指標	A0202	大腸がん　進行がん罹患率（%）	29.9	2022	29.5	2023	24.1	2022	24.1	2023	×	○	○				
指標	A0203	肺がん　進行がん罹患率（%）	56.8	2022	50.9	2023	45.7	2022	45.7	2023	×	○	○				
指標	A0204	女性乳房がん　進行がん罹患率（%）	10.3	2022	9.7	2023	9.8	2022	9.9	2023	○	○	○				
指標	A0205	子宮頸部がん　進行がん罹患率（%）	18.4	2022	16.3	2023	16.4	2022	16.1	2023	×	○	○				

参考データ

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	A03		前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	A0301	胃がん　早期がん割合（%）	54.3	2022	53.1	2023	59.1	2022	59.0	2023	×	×	×				
指標	A0302	大腸がん　早期がん割合（%）	53.7	2022	54.4	2023	58.3	2022	58.6	2023	×	○	○				
指標	A0303	肺がん　早期がん割合（%）	30.5	2022	35.9	2023	38.2	2022	38.6	2023	×	○	○				
指標	A0304	女性乳房がん　早期がん割合（%）	68.4	2022	73.3	2023	65.6	2022	66.2	2023	○	○	○				
指標	A0305	子宮頸部がん　早期がん割合（%）	77.4	2022	79.2	2023	79.5	2022	80.0	2023	×	○	○				

がん検診

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0401	研修を終了した市町村の担当者等の数（人）	25人	2023	40人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C05	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0501	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合	0.0%	2023	0.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0601	精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、県が指導・助言等を行った市町村数	41	2023	41	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C07	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0701	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の割合　胃がん(エックス線）（%）	64.1%	2023	65.6%	2024	83.6%	2023	84.3%	2024	×	○	×			
指標	C0702	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の割合　胃がん（内視鏡）（%）	55.8%	2023	集計不可	2024	78.6%	2023	81.7%	2024	ー	ー	ー			
指標	C0703	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の割合　大腸がん（%）	62.6%	2023	64.5%	2024	83.0%	2023	83.8%	2024	×	○	○			
指標	C0704	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の割合　肺がん（%）	62.6%	2023	64.6%	2024	83.1%	2023	84.0%	2024	×	○	○			
指標	C0705	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の割合　女性乳房がん（%）	66.3%	2023	66.6%	2024	83.7%	2023	84.3%	2024	×	○	×			
指標	C0706	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の割合　子宮頸がん（%）	62.6%	2023	64.0%	2024	83.1%	2023	83.9%	2024	×	○	○			
指標	C0707	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検診実施機関の割合　胃がん(エックス線）（%）	75.9%	2022	79.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			
指標	C0708	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検診実施機関の割合　胃がん（内視鏡）（%）	N/A	2022	81.9%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	ー	ー			
指標	C0709	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検診実施機関の割合　大腸がん（%）	86.1%	2022	87.1%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			
指標	C0710	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検診実施機関の割合　肺がん（%）	78.7%	2022	79.9%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			
指標	C0711	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検診実施機関の割合　女性乳房がん（%）	87.0%	2022	88.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			
指標	C0712	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検診実施機関の割合　子宮頸がん（%）	87.6%	2022	88.8%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			
指標	C0713	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の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	変化なし	ー			
指標	C0714	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　胃がん(エックス線）（%）	93.2%	2022	94.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	○	ー			

指標	B0205	大腸がん検診　要精検率（男）（%）	8.2%	2021	8.3%	2022	8.7%	2021	8.3%	2022	変化なし	○	○			
指標	B0206	大腸がん検診　要精検率（女）（%）	5.6%	2021	5.5%	2022	5.9%	2021	5.6%	2022	×	×	○			
指標	B0207	肺がん検診　要精検率（男）（%）	2.5%	2021	2.4%	2022	2.4%	2021	2.5%	2022	×	×	変化なし			
指標	B0208	肺がん検診　要精検率（女）（%）	1.9%	2021	1.6%	2022	1.9%	2021	1.9%	2022	×	×	×			
指標	B0209	女性乳房がん検診　要精検率（女）（%）	7.6%	2021	6.1%	2022	5.7%	2021	5.6%	2022	○	×	×			
指標	B0210	子宮頸部がん検診　要精検率（女）（%）	2.4%	2021	2.4%	2022	2.1%	2021	2.0%	2022	○	変化なし	○			
指標	B0211	胃がん検診（エックス線）精検受診率（男）（%）	50.7%	2021	43.3%	2022	79.0%	2021	79.4%	2022	×	×	×			
指標	B0212	胃がん検診（エックス線）精検受診率（女）（%）	62.0%	2021	56.4%	2022	84.6%	2021	85.0%	2022	×	×	×			
指標	B0213	胃がん検診（内視鏡）精検受診率（男）（%）	62.0%	2021	63.7%	2022	92.8%	2021	93.2%	2022	×	○	○			
指標	B0214	胃がん検診（内視鏡）精検受診率（女）（%）	67.1%	2021	65.8%	2022	93.9%	2021	94.2%	2022	×	×	×			
指標	B0215	大腸がん検診　精検受診率（男）（%）	53.0%	2021	49.1%	2022	67.3%	2021	67.5%	2022	×	×	×			
指標	B0216	大腸がん検診　精検受診率（女）（%）	59.8%	2021	55.0%	2022	70.5%	2021	70.8%	2022	×	×	×			
指標	B0217	肺がん検診　精検受診率（男）（%）	55.3%	2021	56.9%	2022	80.1%	2021	80.2%	2022	×	○	○			
指標	B0218	肺がん検診　精検受診率（女）（%）	63.5%	2021	64.4%	2022	84.3%	2021	84.4%	2022	×	○	○			
指標	B0219	女性乳房がん検診　精検受診率（女）（%）	77.8%	2021	72.9%	2022	90.2%	2021	90.0%	2022	×	×	×			
指標	B0220	子宮頸部がん検診　精検受診率（女）（%）	62.7%	2021	63.5%	2022	77.6%	2021	78.0%	2022	×	○	○			
指標	B0221	胃がん検診（エックス線）精検未受診率（男）（%）	15.8%	2021	21.2%	2022	8.8%	2021	8.9%	2022	×	×	×			
指標	B0222	胃がん検診（エックス線）精検未受診率（女）（%）	13.2%	2021	8.8%	2022	5.9%	2021	5.7%	2022	×	○	○			
指標	B0223	胃がん検診（内視鏡）精検未受診率（男）（%）	13.6%	2021	9.9%	2022	1.8%	2021	1.7%	2022	×	○	○			
指標	B0224	胃がん検診（内視鏡）精検未受診率（女）（%）	12.3%	2021	6.9%	2022	1.5%	2021	1.2%	2022	×	○	○			
指標	B0225	大腸がん検診　精検未受診率（男）（%）	19.3%	2021	19.8%	2022	15.3%	2021	15.1%	2022	×	×	×			
指標	B0226	大腸がん検診　精検未受診率（女）（%）	16.5%	2021	16.7%	2022	14.0%	2021	13.6%	2022	×	×	×			
指標	B0227	肺がん検診　精検未受診率（男）（%）	14.6%	2021	11.0%	2022	7.0%	2021	7.1%	2022	×	○	○			
指標	B0228	肺がん検診　精検未受診率（女）（%）	10.6%	2021	11.6%	2022	5.3%	2021	5.1%	2022	×	×	×			
指標	B0229	女性乳房がん検診　精検未受診率（女）（%）	4.8%	2021	10.3%	2022	2.9%	2021	2.8%	2022	×	×	×			
指標	B0230	子宮頸部がん検診　精検未受診率（女）（%）	12.4%	2021	13.2%	2022	6.5%	2021	6.3%	2022	×	×	×			
指標	B0231	胃がん検診（エックス線）精検未把握率（男）（%）	33.6%	2021	35.4%	2022	12.2%	2021	11.7%	2022	×	×	×			
指標	B0232	胃がん検診（エックス線）精検未把握率（女）（%）	24.8%	2021	34.9%	2022	9.5%	2021	9.2%	2022	×	×	×			

がん検診

指標	C0715	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　胃がん（内視鏡）（%）	89.3%	2022	89.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	C0716	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　大腸がん（%）	89.4%	2022	85.5%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			
指標	C0717	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　肺がん（%）	89.1%	2022	84.4%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			
指標	C0718	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　女性乳房がん（%）	97.7%	2022	90.2%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			
指標	C0719	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　子宮頸がん（%）	91.2%	2022	86.2%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			
指標	C0720	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　胃がん（XP+内視鏡）（%）	92.3%	2019	86.5%	2020	N/A	2019	N/A	2020	―	×	―			
指標	C0721	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　大腸がん（%）	61.0%	2019	57.5%	2020	N/A	2019	N/A	2020	―	×	―			
指標	C0722	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　肺がん（%）	82.9%	2019	82.1%	2020	N/A	2019	N/A	2020	―	×	―			
指標	C0723	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　女性乳房がん（%）	87.5%	2019	92.5%	2020	N/A	2019	N/A	2020	―	×	―			
指標	C0724	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　子宮頸がん（%）	19.5%	2019	39.0%	2020	N/A	2019	N/A	2020	―	○	―			
指標	C0725	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　胃がん（XP+内視鏡）（%）	17.2%	2021	8.8%	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	×	―			
指標	C0726	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　大腸がん（%）	2.9%	2021	5.3%	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	○	―			
指標	C0727	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　肺がん（%）	23.1%	2021	11.8%	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	×	―			
指標	C0728	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　女性乳房がん（%）	29.4%	2021	38.2%	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	×	―			
指標	C0729	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　子宮頸がん（%）	33.3%	2021	6.7%	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	×	―			
指標	C0730	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　胃がん（%）			36.1%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0731	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　大腸がん（%）			14.6%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0732	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　肺がん（%）			17.2%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0733	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　女性乳房がん（%）			26.3%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0734	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　子宮頸がん（%）			33.3%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0735	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　胃がん（%）			58.3%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0736	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　大腸がん（%）			41.5%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0737	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　肺がん（%）			31.0%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0738	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　女性乳房がん（%）			71.1%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0739	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　子宮頸がん（%）			46.2%	2020			N/A	2020	―	―	―			
指標	C0740	感度と特異度の把握を近い将来予定している市町村の割合（%）	9.8%	2023	12.2%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			
指標	C0741	感度と特異度の把握をしている検診実施機関の割合（%）									―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　胃がん（エックス線）（%）	78.9%	2023	76.3%	2024	81.1%	2023	82.7%	2024	×	×	○			
指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　胃がん（内視鏡）（%）	100.0%	2023	100.0%	2024	75.7%	2023	77.8%	2024	○	変化なし	×			
指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　大腸がん（%）	77.5%	2023	78.0%	2024	80.1%	2023	81.4%	2024	×	○	×			
指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　肺がん（%）	77.5%	2023	75.6%	2024	78.3%	2023	79.8%	2024	×	×	×			

指標	B0233	胃がん検診（内視鏡）精検未把握率（男）（%）	24.4%	2021	26.4%	2022	5.5%	2021	5.1%	2022	×	×	×			
指標	B0234	胃がん検診（内視鏡）精検未把握率（女）（%）	20.6%	2021	27.3%	2022	4.6%	2021	4.6%	2022	×	×	×			
指標	B0235	大腸がん検診　精検未把握率（男）（%）	27.8%	2021	31.1%	2022	17.4%	2021	17.4%	2022	×	×	×			
指標	B0236	大腸がん検診　精検未把握率（女）（%）	23.7%	2021	28.3%	2022	15.6%	2021	15.6%	2022	×	×	×			
指標	B0237	肺がん検診　精検未把握率（男）（%）	30.1%	2021	32.1%	2022	12.8%	2021	12.8%	2022	×	×	×			
指標	B0238	肺がん検診　精検未把握率（女）（%）	25.9%	2021	24.0%	2022	10.4%	2021	10.6%	2022	×	○	○			
指標	B0239	女性乳房がん検診　精検未把握率（女）（%）	17.4%	2021	16.8%	2022	6.9%	2021	7.3%	2022	×	○	○			
指標	B0240	子宮頸部がん検診　精検未把握率（女）（%）	24.9%	2021	23.3%	2022	15.9%	2021	15.8%	2022	×	○	○			
指標	B0241	胃がん検診（エックス線）がん発見率（男）（%）	0.1%	2021	0.2%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	変化なし	○	○			
指標	B0242	胃がん検診（エックス線）がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.2%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	○	○	○			
指標	B0243	胃がん検診（内視鏡）がん発見率（男）（%）	0.2%	2021	0.2%	2022	0.6%	2021	0.6%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	B0244	胃がん検診（内視鏡）がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	B0245	大腸がん検診　がん発見率（男）（%）	0.2%	2021	0.2%	2022	0.3%	2021	0.3%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	B0246	大腸がん検診　がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	B0247	肺がん検診　がん発見率（男）（%）	0.0%	2021	0.1%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	変化なし	○	○			
指標	B0248	肺がん検診　がん発見率（女）（%）	0.0%	2021	0.0%	2022	0.0%	2021	0.0%	2022	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	B0249	女性乳房がん検診　がん発見率（女）（%）	0.4%	2021	0.4%	2022	0.4%	2021	0.4%	2022	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	B0250	子宮頸部がん検診　がん発見率（女）（%）	N/A	2021	N/A	2022	N/A	2021	N/A	2022	―	―	―			
指標	B0251	胃がん検診（エックス線）陽性反応適中度（男）（%）	1.0%	2021	0.5%	2022	2.6%	2021	2.7%	2022						
指標	B0252	胃がん検診（エックス線）陽性反応適中度（女）（%）	0.7%	2021	0.7%	2022	1.2%	2021	1.2%	2022						
指標	B0253	胃がん検診（内視鏡）陽性反応適中度（男）（%）	3.3%	2021	3.7%	2022	6.7%	2021	6.7%	2022						
指標	B0254	胃がん検診（内視鏡）陽性反応適中度（女）（%）	1.8%	2021	3.3%	2022	3.2%	2021	3.2%	2022						
指標	B0255	大腸がん検診　陽性反応適中度（男）（%）	2.3%	2021	2.0%	2022	3.6%	2021	3.8%	2022						
指標	B0256	大腸がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	2.3%	2021	2.1%	2022	3.0%	2021	3.2%	2022						
指標	B0257	肺がん検診　陽性反応適中度（男）（%）	0.8%	2021	2.7%	2022	3.4%	2021	3.3%	2022						
指標	B0258	肺がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	1.8%	2021	1.1%	2022	2.1%	2021	2.0%	2022						
指標	B0259	女性乳房がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	4.8%	2021	6.3%	2022	6.3%	2021	6.6%	2022						
指標	B0260	子宮頸部がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	N/A	2021	N/A	2022	N/A	2021	N/A	2022						
指標	B0261	胃がん検診（エックス線）感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			
指標	B0262	胃がん検診（内視鏡）感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			
指標	B0263	大腸がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			
指標	B0264	肺がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			
指標	B0265	女性乳房がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			
指標	B0266	子宮頸部がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		―	―	―			

がん検診

指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　女性乳房がん（%）	76.5%	2023	78.8%	2024	80.8%	2023	83.0%	2024	×	○	○			
指標	C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　子宮頸がん（%）	74.3%	2023	77.8%	2024	81.4%	2023	82.2%	2024	×	○	○			

指標	B0267	胃がん検診（エックス線）特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0268	胃がん検診（内視鏡）特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0269	大腸がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0270	肺がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0271	女性乳房がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0272	子宮頸部がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	B0273	CIN3以上発見率　子宮頸がん（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	×	○	変化なし			
指標	B0274	非初回受診者の2年連続受診者割合　乳がん（%）	9.7%	2023	9.5%	2024	17.0%	2023	16.7%	2024	×	×	○			
指標	B0275	非初回受診者の2年連続受診者割合　子宮頸がん（%）	12.4%	2023	12.3%	2024	25.9%	2023	25.4%	2024	×	×	○			

③受診率対策について

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0901	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を行っている市町村の割合（%）	22.0%	2023	39.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C10	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1001	受診勧奨実施市町村の割合　胃がん（%）	67.5%	2022	62.5%	2023	84.1%	2022	84.5%	2023	×	×	×			
指標	C1002	受診勧奨実施市町村の割合　大腸がん（%）	65.9%	2022	68.3%	2023	85.5%	2022	86.3%	2023	×	○	○			
指標	C1003	受診勧奨実施市町村の割合　肺がん（%）	61.0%	2022	63.4%	2023	82.3%	2022	83.0%	2023	×	×	×			
指標	C1004	受診勧奨実施市町村の割合　女性乳房がん（%）	63.4%	2022	68.3%	2023	85.0%	2022	86.5%	2023	×	○	○			
指標	C1005	受診勧奨実施市町村の割合　子宮頸がん（%）	65.9%	2022	68.3%	2023	85.2%	2022	87.3%	2023	×	○	○			
指標	C1006	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　胃がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.06%	2023	0.06%	2024	×	変化なし	変化なし			
指標	C1007	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　大腸がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.06%	2023	0.00%	2024	変化なし	変化なし	○			
指標	C1008	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　肺がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.00%	2023	0.00%	2024	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	C1009	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　女性乳房がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.12%	2023	0.23%	2024	×	変化なし	×			
指標	C1010	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　子宮頸がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.17%	2023	0.29%	2024	×	変化なし	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1101	利便性の向上を行っている市町村の割合　胃がん（%）	84.2%	2022	81.6%	2023	86.1%	2022	86.0%	2023	×	×	×			
指標	C1102	利便性の向上を行っている市町村の割合　大腸がん（%）	80.0%	2022	78.0%	2023	85.4%	2022	85.8%	2023	×	×	×			
指標	C1103	利便性の向上を行っている市町村の割合　肺がん（%）	85.0%	2022	80.5%	2023	83.3%	2022	83.5%	2023	×	×	×			
指標	C1104	利便性の向上を行っている市町村の割合　女性乳房がん（%）	47.2%	2022	42.9%	2023	75.3%	2022	76.2%	2023	×	×	×			
指標	C1105	利便性の向上を行っている市町村の割合　子宮頸がん（%）	42.9%	2022	44.4%	2023	70.9%	2022	71.3%	2023	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C12	市町村は、啓発のための研修会等を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1201	がんの検診の普及啓発キャンペーン実施市町村数	22	2023	28	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	B03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0301	胃がん　検診受診率（男）（%）	47.2%	2019	49.5%	2022	54.2%	2019	53.7%	2022	×	○	○			
指標	B0302	胃がん　検診受診率（女）（%）	45.5%	2019	45.7%	2022	45.1%	2019	43.5%	2022	○	○	○			
指標	B0303	大腸がん　検診受診率（女）（%）	38.7%	2019	40.0%	2022	47.8%	2019	49.1%	2022	×	○	変化なし			
指標	B0304	大腸がん　検診受診率（女）（%）	36.6%	2019	37.0%	2022	40.9%	2019	42.8%	2022	×	○	×			
指標	B0305	肺がん　検診受診率（女）（%）	45.9%	2019	44.9%	2022	53.4%	2019	53.2%	2022	×	×	×			
指標	B0306	肺がん　検診受診率（女）（%）	42.1%	2019	44.3%	2022	45.6%	2019	46.4%	2022	×	○	○			
指標	B0307	乳房がん　検診受診率（女）（%）	48.3%	2019	48.8%	2022	47.4%	2019	47.4%	2022	○	○	○			
指標	B0308	子宮頸部がん　検診受診率（女）（%）	45.5%	2019	45.3%	2022	43.7%	2019	43.6%	2022	○	×	×			

がん検診

施策	C13	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1301	指針に基づく検診の実施率　胃がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		－	－	－			
指標	C1302	指針に基づく検診の実施率　大腸がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		－	－	－			
指標	C1303	指針に基づく検診の実施率　肺がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		－	－	－			
指標	C1304	指針に基づく検診の実施率　女性乳房がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		－	－	－			
指標	C1305	指針に基づく検診の実施率　子宮頸がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		－	－	－			

がん医療提供体制

個別施策

①医療提供全般

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C01	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	C0101	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	12	2023	20	2026	N/A	2023	N/A	2026	―	○	―				
指標	C0102	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	26	2023	25	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C02	「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	C0201	医療部会で検討中															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C03	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	C0301	医療部会で検討中															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C04	「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	C0401	「施設」における、がん（疑いを含む）のセカンドオピニオンの数（件）			257件	2024			N/A	2024	―	―	―				
指標	C0402	「施設」における、がん以外のセカンドオピニオンの数（件）			90件	2024			N/A	2024	―	―	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C05	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	C0501	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（%）	53.8%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C06	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	C0601	BCPを整備している「施設」の割合（%）	100.0%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B01	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	B0101	（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（%）			90.4%	2023			89.8%	2023	○	―	―				
指標	B0102	（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	79.2%	2023	75.2%	2018	88.5%	2023	×	―	―				
指標	B0103	「施設」における治療開始のカバー率															
指標	B0104	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」(入院)	134.2	2021	127.3	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×				
指標	B0105	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（外来）	98.7	2021	106.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○				
指標	B0106	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（入院+外来）	105.3	2021	110.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○				
指標	B0107	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院)	100.1	2021	85.5	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	B0108	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(外来)	69.1	2021	66.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	B0109	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院+外来)	71.0	2021	67.2	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	B0110	（医療者調査）治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか。（点）	68.7	2023	70.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―				
指標	B0111	（医療者調査）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できていると思いますか。（点）	48.8	2023	51.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	A01	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（75歳未満、年齢調整、人口10万人対）基準人口は昭和60年（1985年）モデル人口を使用															
指標	A0101	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024	×	○	×				
指標	A0102	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024	×	○	×				
指標	A0103	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024	×	○	×				
指標	A0104	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024	○	○	×				
指標	A0105	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024	○	×	○				
指標	A0106	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024	○	○	×				
指標	A0107	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024	×	○	○				
指標	A0108	前立腺がん死亡率（男）（%）	2.6%	2023	2.3%	2024	2.1%	2023	2.1%	2024	×	○	○				
指標	A0109	肝がん死亡率（男）（%）	5.7%	2023	4.8%	2024	5.4%	2023	5.2%	2024	○	○	○				
指標	A0110	肝がん死亡率（女）（%）	1.6%	2023	1.5%	2024	1.4%	2023	1.3%	2024	×	○	×				
指標	A0111	胆がん死亡率（男）（%）	2.3%	2023	2.4%	2024	2.4%	2023	2.3%	2024	×	×	×				
指標	A0112	胆がん死亡率（女）（%）	1.7%	2023	1.5%	2024	1.3%	2023	1.3%	2024	×	○	○				
指標	A0113	膵がん死亡率（男）（%）	9.6%	2023	7.6%	2024	8.7%	2023	8.8%	2024	○	○	○				
指標	A0114	膵がん死亡率（女）（%）	5.1%	2023	5.7%	2024	5.5%	2023	5.6%	2024	×	×	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	A01	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	A0101	胃がん５年純生存率（男）（%）	62.5%	2017	56.0%	2018	65.5%	2017	65.5%	2018	×	×	×				
指標	A0102	胃がん５年純生存率（女）（%）	57.0%	2017	54.6%	2018	61.8%	2017	61.8%	2018	×	×	×				
指標	A0103	大腸がん５年純生存率（男）（%）	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○				
指標	A0104	大腸がん５年純生存率（女）（%）	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×				
指標	A0105	肝および肝内胆管がん５年純生存率（男）（%）	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×				
指標	A0106	肝および肝内胆管がん５年純生存率（女）（%）	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×				

がん医療提供体制

②病理診断

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C07	「施設」では、質の高い病理診断を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0701	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（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B11	患者が、速やかな病理診断を受けられている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B1101	（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	76.9%	2023	70.2%	2018	70.0%	2023	○	―	―			

③がんゲノム医療

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0801	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数（人）	126人	2023	128人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			
指標	C0802	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（人）	7人	2023	7人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	変化なし	―			
指標	C0803	臨床遺伝専門医（人）	6.1人	2022	7.5人	2024	10.9人	2022	11.6人	2024	×	○	○			
指標	C0804	認定遺伝カウンセラー（人）	0.7人	2024	0.7人	2025	3.1人	2024	3.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0805	がんゲノム医療コーディネーター受講者数（人）			4.0人	2022			18.74人	2022	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0301	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（%）	2.4%	2023	18.8%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			
指標	B0302	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	75.8%	2021	55.9%	2022	81.6%	2021	64.8%	2022	×	×	○			
指標	B0303	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	85.7%	2021	59.1%	2022	98.3%	2021	97.1%	2022	×	×	×			
指標	B0304	（DPC-QI）切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	76.9%	2019	57.8%	2022	64.1%	2019	70.4%	2022	×	×	―			
指標	B0305	（DPC-QI）切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	90.4%	2019	65.6%	2022	93.2%	2019	95.9%	2022	×	×	―			
指標	B0306	（医療者調査）がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。（点）	23.3	2023	52.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
指標	A0107	胆のう・胆管がん５年純生存率（男）（%）	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×			
指標	A0108	胆のう・胆管がん５年純生存率（女）（%）	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○			
指標	A0109	膵臓がん５年純生存率（男）（%）	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×			
指標	A0110	膵臓がん５年純生存率（女）（%）	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×			
指標	A0111	肺がん５年純生存率（男）（%）	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	×			
指標	A0112	肺がん５年純生存率（女）（%）	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	○	○			
指標	A0113	乳房がん５年純生存（女）（%）	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	A0114	前立腺がん５年純生存率（男）（%）	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	A0115	（患者体験調査）がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点）	8.4点	2018	8.3点	2023	8.0点	2018	8.2点	2023	○	―	―			
指標	A0116	（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	N/A	2023	79.0%	2018	N/A	2023	―	―	―			
指標	A0117	（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	N/A	2023	77.4%	2018	N/A	2023	―	―	―			

④手術療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0901	消化器外科専門医（人）	55.1人	2023	58.6人	2025	71.6人	2023	74.6人	2025	×	○	○			
指標	C0902	呼吸器外科専門医（人）	8.9人	2022	8.2人	2024	12.0人	2022	11.6人	2024	×	×	×			
指標	C0903	乳腺外科専門医（乳腺専門医）（人）	9.5人	2022	8.2人	2024	13.4人	2022	13.3人	2024	×	×	×			
指標	C0904	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	C0905	肝胆膵外科高度技能専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	4.7人	2023	5.7人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0906	脳神経外科専門医（人）	42.9人	2022	41.6人	2024	56.7人	2022	52.4%	2024	×	×	○			
指標	C0907	認定骨・軟部腫瘍医（人）	0.7人	2024	1.4人	2025	1.5人	2024	1.6人	2025	×	○	○			
指標	C0908	婦人科腫瘍専門医（人）	9.5人	2023	10.2人	2025	9.0人	2023	10.3人	2025	×	○	×			
指標	C0909	皮膚悪性腫瘍指導専門医（人）	1.4人	2024	0.7人	2025	0.7人	2024	0.8人	2025	×	×	×			
指標	C0910	泌尿器科専門医（人）	42.9人	2023	47.0人	2025	57.4人	2023	58.3人	2025	×	○	○			
指標	C0911	頭頸部がん専門医（人）	4.8人	2024	5.5人	2025	3.9人	2024	4.2人	2025	○	○	○			
指標	C0912	口腔外科専門医（人）	17.0人	2023	17.7人	2025	17.7人	2023	18.1人	2025	×	○	○			
指標	C0913	消化器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0914	呼吸器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0915	乳腺外科専門医（乳腺専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0916	小児外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0917	肝胆膵外科高度技能専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0401	（DPC-QI）StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			86.6%	2009			81.1%	2009	×	―	―			
指標	B0402	（DPC-QI）StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			86.6%	2009			86.6%	2009	―	―	―			
指標	B0403	（DPC-QI）進行胃癌に対する定型手術実施率　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			90.9%	2009			92.5%	2009	×	―	―			
指標	B0404	（DPC-QI）進行胃癌に対する定型手術実施率（%）（未実施理由の反映限定）			90.9%	2009			90.9%	2009	―	―	―			
指標	B0405	（医療者調査）沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。（点）	78.2	2023	68.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

指標	C0918	脳神経外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0919	認定骨・軟部腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0920	婦人科腫瘍専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0921	皮膚悪性腫瘍指導専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0922	泌尿器科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	84.6%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0923	頭頸部がん専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0924	口腔外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C10	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する														
指標	C1001	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C11	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う														
指標	C1101	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合（%）														

⑤放射線療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C12	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	C1201	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（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C1202	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	C1203	放射線治療専門放射線技師（人）	7.5人	2023	8.9人	2025	14.9人	2023	15.0人	2025	×	○	○			
指標	C1204	医学物理士（人）	6.1人	2023	6.1人	2025	11.6人	2023	12.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	C1205	がん放射線療法看護認定看護師（人）	5.5人	2023	5.5人	2025	3.2人	2023	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	C1206	放射線治療専門医2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	20.0%	2024	22.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C1207	放射線治療専門放射線技師2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	11.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C1208	医学物理士が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	40.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C1209	がん放射線療法看護認定看護師が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C13	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	C1301	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合（%）	27.3%	2024	66.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B05	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	B0501	（DPC-QI）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実施率（%）（未実施理由の反映なし）	61.3%	2020	59.9%	2022	73.7%	2020	75.5%	2022	×	×	×			
指標	B0502	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	69.8%	2020	67.9%	2022	96.6%	2020	97.3%	2022	×	×	×			
指標	B0503	（DPC-QI）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実施率（%）（未実施理由の反映なし）	56.8%	2021	42.1%	2022	61.8%	2021	64.0%	2022	×	×	×			
指標	B0504	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	59.5%	2021	42.1%	2022	94.9%	2021	94.3%	2022	×	×	×			
指標	B0505	（DPC-QI）Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	28.6%	2021	42.6%	2022	48.8%	2021	51.4%	2022	×	○	○			
指標	B0506	（DPC-QI）Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	45.7%	2021	47.1%	2022	96.7%	2021	96.7%	2022	×	×	○			
指標	B0507	（医療者調査）放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。（点）	65.3	2023	57.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			
指標	B0508	（医療者調査）沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。（点）	N/A	2023	57.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

がん医療提供体制

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C14	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1401	「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数（人）	9人	2023	11人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

⑥薬物療法

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C15	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1501	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（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	C1502	がん薬物療法専門医（人）	2.0人	2022	2.0人	2024	10.9人	2022	11.2人	2024	×	変化なし	×				
指標	C1503	がん指導薬剤師（人）	0.0人	2023	0.0人	2025	2.8人	2023	3.3人	2025	×	変化なし	×				
指標	C1504	がん専門薬剤師（人）	2.7人	2023	0.7人	2025	6.3人	2023	6.8人	2025	×	×	×				
指標	C1505	がん薬物療法認定薬剤師（人）	8.2人	2023	7.5人	2025	8.1人	2023	8.0人	2025	×	×	×				
指標	C1506	外来がん治療認定薬剤師（人）	4.1人	2023	5.5人	2025	7.8人	2023	7.0人	2025	×	○	○				
指標	C1507	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○				
指標	C1508	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○				
指標	C1509	乳がん看護認定看護師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	3.1人	2023	3.2人	2025	×	○	○				
指標	C1510	がん薬物療法専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	C1511	がん指導薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー				
指標	C1512	がん専門薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー				
指標	C1513	がん薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	C1514	外来がん治療認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	C1515	がん看護専門看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	C1516	がん薬物療法看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー				
指標	C1517	乳がん看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	B06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B0601	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	70.8%	2021	51.5%	2022	57.2%	2021	58.3%	2022	×	×	×				
指標	B0602	（DPC-QI）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　実施率（未実施理由の反映限定）	79.2%	2021	51.5%	2022	96.4%	2021	95.1%	2022	×	×	×				
指標	B0603	（DPC-QI）胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	58.3%	2020	42.4%	2022	51.4%	2020	49.3%	2022	×	×	×				
指標	B0604	（DPC-QI）胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	83.3%	2020	54.5%	2022	92.8%	2020	90.1%	2022	×	×	×				
指標	B0605	（DPC-QI）StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			69.9%	2009			82.7%	2009	×	ー	ー				
指標	B0606	（DPC-QI）StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			69.9%	2009			69.9%	2009	ー	ー	ー				
指標	B0607	（医療者調査）沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。（点）	74.7	2024	69.9	2023	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C16	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1601	中間アウトカムの指標と同じ															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C17	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C1701	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー				

がん医療提供体制

⑦チーム医療の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C18	「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	C1801	医療部会で検討中														
指標	C1802	医療部会で検討中														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C19	「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	C1901	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C20	「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	C2001	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			

⑧医療実装

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C21	「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	C2101	「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（日）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C22	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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	C2201	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	1/3施設	2024	1/3施設	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			
指標	C2202	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床試験の数（件）	14件	2023	25件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B07	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	B0701	（患者体験調査）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（%）	77.3%	2018	82.4%	2023	68.8%	2018	80.1%	2023	×	－	－			
指標	B0702	（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	68.3%	2023	48.8%	2018	58.4%	2023	○	－	－			
指標	B0703	（DPC-QI）胃がん患者への栄養指導　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			97.8%	2019			94.7%	2019	○	－	－			
指標	B0704	（DPC-QI）胃がん患者への栄養指導　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			98.5%	2019			98.0%	2019	○	－	－			
指標	B0705	（NDB-SCR）栄養サポートチーム加算	190.1	2021	158.2	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	○			
指標	B0706	（NDB-SCR）周術期口腔機能管理計画策定料														
指標	B0707	（NDB-SCR）周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)														
指標	B0708	（医療者調査）がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。（点）（医師以外のスタッフに限る）	56.9	2023	56.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	×	－			
指標	B0709	（医療者調査）医師以外の医療スタッフの話に耳を傾けることができていると思いますか。（点）（医師に限る）	63.9	2023	73.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B08	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	B0801	治験も含めた医薬品等の臨床試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数（人）	269人	2023	91人	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	×	－			
指標	B0802	（医療者調査）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ったと思いますか。（点）	64.4	2023	80.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

緩和・支持療法

個別施策

①緩和ケア

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C01	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0101	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	C0102	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	C0103	「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	C0104	「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															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0201	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	C0202	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	C0203	「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	C0204	「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	C0205	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	C03	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	C0301	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数（件）	919件	2023	726件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー				
指標	C0302	緩和ケア外来の新規診療症例数（件）	366件	2023	480件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	C0303	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数（件）	612件	2023	617件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	C0304	緩和医療学会専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	2.6人	2023	4.4人	2025	×	変化なし	×				
指標	C0305	緩和医療学会認定医（人）	6.8人	2023	10.2人	2025	8.0人	2023	8.6人	2025	○	○	○				
指標	C0306	登録精神腫瘍医（人）	0.7人	2024	2.0人	2025	1.1人	2024	2.3人	2025	×	○	○				
指標	C0307	ペインクリニック専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	12.8人	2023	13.0人	2025	×	○	○				
指標	C0308	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	B01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B0101	（患者体験調査）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	93.3%	2023	74.1%	2018	90.2%	2023	○	ー	ー				
指標	B0102	（患者体験調査）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	96.5%	2023	71.7%	2018	90.3%	2023	×	ー	ー				
指標	B0103	（医療者調査）看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医（チーム）に速やかに伝えることができていると思いますか。（点）	75.2	2023	73.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				
指標	B0104	（医療者調査）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対して、主治医（チーム）が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。（点）	71.4	2023	68.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				
指標	B0105	（医療者調査）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については、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか。（点）	59.4	2023	64.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	B11	緩和ケアの質の向上ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	B1101	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率															
指標	B1102	緩和ケア・在宅医療部会で検討中															
指標	B1103	（NDB-SCR）緩和ケア診療加算	39.3	2021	51.0	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○				
指標	B1104	（NDB-SCR）L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボ	84.3	2021	78.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	B1105	（NDB-SCR）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	78.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○				
指標	B1106	（NDB-SCR）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	141.9	2021	138.0	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
概念	A01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	A0101	（患者体験調査）痛みで困っていない患者の割合（%）	70.4%	2018	N/A	2023	69.5%	2018	N/A	2023	ー	ー	ー				
指標	A0102	（患者体験調査）苦痛の緩和が十分と感じる患者の割合（%）	43.5%	2018	37.0%	2023	42.5%	2018	33.8%	2023	○	ー	ー				
指標	A0103	（患者体験調査）自分らしい生活が送れている患者の割合（%）	78.3%	2018	78.6%	2023	70.1%	2018	79.0%	2023	×	ー	ー				

緩和・支持療法

指標	C0309	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）（人）	8.8人	2023	8.8人	2024	10.2人	2023	10.0人	2024	×	変化なし	×			
指標	C0310	緩和薬物療法認定薬剤師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	6.7人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	C0311	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	C0312	公認心理師（人）	688.3人	2023	716.9人	2025	569.3人	2023	596.3人	2025	○	○	○			
指標	C0313	臨床心理士（人）	N/A	N/A	228.6人	2023	N/A	N/A	296.6人	2023	×	―	―			
指標	C0314	緩和医療学会専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C0315	緩和医療学会認定医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	C0316	登録精神腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0317	ペインクリニック専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C0318	放射線治療専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0319	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C0320	緩和薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C0321	緩和ケア認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	N/A	N/A	N/A	―	変化なし	―			
指標	C0322	公認心理師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	C0323	臨床心理士が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

②在宅医療

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C04	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0401	（医療者調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）	N/A	2023	56.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			
指標	C0402	（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C05	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0501															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0601	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数（人）	3人	2023	1人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	C0602	在宅専門医（人）			6.8人	2024			3.7人	2024	○	―	―			
指標	C0603	日本在宅医療連合学会 所属県別会員（人）			32.0人	2024			26.9人	2024	○	―	―			
指標	C0604	訪問看護認定看護師（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	5.4人	2023	5.2人	2025	×	変化なし	○			
指標	C0605	（訪問看護ステーション）訪問看護師（人）	837.5人	2023	989.7人	2024	725.1人	2023	783.9人	2024	○	○	○			
指標	C0606	介護支援専門員（人）	781.6人	2023	714.8人	2024	747.0人	2023	753.2人	2024	×	×	×			
指標	C0607	在宅医療インテグレーター養成講座修了者数（人）	8.9人	2024	8.9人	2025	3.0人	2024	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	C0608	在宅療養支援診療所	66.7施設	2023	66.8施設	2024	115.1施設	2023	117.6施設	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B03	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0301	（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（%）	N/A	2019-2020	N/A	2023	79.1%	2019-2020	85.5%	2023	―	―	―			
指標	B0302	（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と回答した割合（%）	N/A	2019-2020	N/A	2023	40.2%	2019-2020	41.3%	2023	―	―	―			
指標	B0303	（NDB-SCR）在宅ターミナルケア加算	84.0	2021	103.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0304	（NDB-SCR）看取り加算	90.3	2021	107.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0305	（NDB-SCR）介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0	2021	107.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0306	（NDB-SCR）退院時共同指導料１（がん患者に限定）	236.3	2021	242.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0307	（医療者調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）	N/A	2023	56.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

緩和・支持療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0609	強化機能型在宅療養支援診療所	24.5施設	2023	32.0施設	2024	31.7施設	2023	33.5施設	2024	×	○	○			
指標	C0610	在宅療養支援病院	13.6施設	2023	15.0施設	2024	14.4施設	2023	16.5施設	2024	×	○	×			
指標	C0611	訪問看護ステーション	59.5施設	2023	196.3施設	2024	130.2施設	2023	143.0施設	2024	○	○	○			
指標	C0612	専門医療機関連携薬局	0.7施設	2023	0施設	2024	1.5施設	2023	1.6施設	2024	×	×	×			
指標	C0613	麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局			101施設	2024			N/A	2024	―	―	―			
指標	C0614	無菌製剤処理施設			97施設	2024			N/A	2024	―	―	―			
指標	C0615	介護サービス事業所	,504施設	2023	,761施設	2025	N/A	2023	N/A	2025	―	○	―			
指標	C0616	訪問リハビリテーション事業所	28.6施設	2023	31.3施設	2025	38.9施設	2023	40.4施設	2025	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C07	看取りができる介護施設の拡大を図る														
指標	C0701	看取りができる介護施設の数														

③リハビリテーション

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C08	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	C0801	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%	2024			N/A	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B04	[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	B0401	拠点病院等に通院・入院中のがん患者で、がんに係るリハビリテーションが実施された患者数（人）	4,080人	2023	1,823人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	B0402	拠点病院等に通院・入院中のがん患者で、がんリハの加算対象の患者数（人）	242人	2023	234人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	B0403	（NDB-SCR）がん患者リハビリテーション料	116.6	2021	116.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	―			
指標	B0404	（医療者調査）リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。（点）	57.6	2023	70.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

④支持療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C09	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	C0901	リンパ浮腫研修の修了者数（人）	1.4人	2022	2.0人	2023	3.2人	2022	2.8人	2023	×	○	○			
指標	C0902	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0903	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合（%）	76.9%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C10	[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	C1001	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（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B05	[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	B0501	（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	74.7%	2023	63.0%	2018	75.5%	2023	×	―	―			
指標	B0502	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	B0503	（NDB-SCR）リンパ浮腫複合的治療料（重症）	N/A	2021	N/A	2022	100.0	2021	100.0	2022	―	―	―			
指標	B0504	（NDB-SCR）リンパ浮腫複合的治療料（１以外）	N/A	2021	N/A	2022	100.0	2021	100.0	2022	―	―	―			
指標	B0505	（NDB-SCR）リンパ浮腫指導管理料	69.4	2021	70.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○			
指標	B0506	（医療者調査）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。（点）	79.9	2023	72.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

緩和・支持療法

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1101	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						変化なし				

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C12	妊孕性温存療法に関する体制を整備する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1201	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数（琉球大学病院）（例）	40例	2023	41例	2024						○				
指標	C1202	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数（友愛医療センター）（例）	6例	2023	5例	2024						×				

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C13	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1301	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（院内）	26例	2023	23例	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			
指標	C1302	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（院外）	14例	2023	18例	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0601	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例	2023	1例	2024						変化なし				
指標	B0602	（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	60.7%	2023	31.1%	2018	71.5%	2023	×	ー	ー			
指標	B0603	（医療者調査）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	49.2	2023	59.0	2024	N/A	N/A	N/A	N/A	ー	ー	ー			

個別のがん対策

個別施策

①希少がん

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C01	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	C0101	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合（%）															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C02	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	C0201	がん相談支援センターに相談した希少がん患者数（人）			65人	2023											

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C03	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	C0301	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（%）															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	C04	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	C0401	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	5件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー				
指標	C0402	臨床試験等を受けた希少がん患者数（人）	22人	2023	13人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー				

②難治性がん

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C05	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	C0501	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者数（人）			24人	2023											

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C06	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	C0601	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															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	C07	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	C0701	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	0件	2023	12件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	C0702	臨床試験等を受けた難治がん患者数（人）	0人	2023	22人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	B01	希少がん患者の生存率の改善ができている															
指標	B0101	（患者体験調査）初診から診断までの時間が1か月未満の希少がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	66.4%	2018	61.4%	2023	ー	ー	ー				
指標	B0102	（患者体験調査）診断から治療開始までの時間が1か月未満の希少がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	72.3%	2018	62.4%	2023	ー	ー	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	B11	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	B1101	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	75.7%	2018	92.4%	2023	ー	ー	ー				
指標	B1102	（医療者調査）希少がん患者を、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できていると思いますか。（点）	42.8	2023	72.0	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				
指標	B1103	（医療者調査）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。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	B03	難治性がん患者の生存率の改善ができている															
指標	B0301	難治性がんの5年純生存率　膀胱（男）（%）【再掲】	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×				
指標	B0302	難治性がんの5年純生存率　膀胱（女）（%）【再掲】	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×				
指標	B0303	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（男）（%）【再掲】	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×				
指標	B0304	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（女）（%）【再掲】	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○				
指標	B0305	難治性がんの5年純生存率　肝臓（男）（%）【再掲】	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×				
指標	B0306	難治性がんの5年純生存率　肝臓（女）（%）【再掲】	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×				
指標	B0307	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）【再掲】	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	B0308	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）【再掲】	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	B0309	難治性がんの5年純生存率　肺（男）（%）【再掲】	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	○				
指標	B0310	難治性がんの5年純生存率　肺（女）（%）【再掲】	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	×	×				
指標	B0311	難治性がんの5年純生存率　白血病（男）（%）【再掲】	35.1%	2017	40.3%	2018	42.9%	2017	44.5%	2018	×	○	○				
指標	B0312	難治性がんの5年純生存率　白血病（女）（%）【再掲】	35.5%	2017	34.1%	2018	46.4%	2017	46.7%	2018	×	×	×				
指標	B0313	難治性がんの5年純生存率　食道（男）（%）【再掲】	32.0%	2017	36.7%	2018	47.2%	2017	47.9%	2018	×	○	○				
指標	B0314	難治性がんの5年純生存率　食道（女）（%）【再掲】	36.5%	2017	41.9%	2018	49.3%	2017	50.2%	2018	×	○	○				
指標	B0315	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）【再掲】	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	B0316	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）【再掲】	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	A01	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	A0101	希少がんの5年生存率															

参考データ

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	A02	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	A0201	希少がんの5年純生存率　喉頭（男）（%）	69.2%	2017	62.6%	2018	77.2%	2017	77.0%	2018	×	×	×				
指標	A0202	希少がんの5年純生存率　喉頭（女）（%）	105.3%	2017	126.5%	2018	76.3%	2017	75.4%	2018	○	○	○				
指標	A0203	希少がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	A0204	希少がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	A0205	希少がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	A0206	希少がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				
指標	A0207	希少がんの5年純生存率　卵巣（女）（%）	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○				
指標	A0208	希少がんの5年純生存率　子宮頸部（女）（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
概念	A03	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	A0301	難治性がんの5年純生存率　膵臓（男）（%）	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×				
指標	A0302	難治性がんの5年純生存率　膵臓（女）（%）	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×				
指標	A0303	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（男）（%）	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×				
指標	A0304	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（女）（%）	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○				
指標	A0305	難治性がんの5年純生存率　肝臓（男）（%）	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×				
指標	A0306	難治性がんの5年純生存率　肝臓（女）（%）	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×				
指標	A0307	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	A0308	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	A0309	難治性がんの5年純生存率　肺（男）（%）	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	○				
指標	A0310	難治性がんの5年純生存率　肺（女）（%）	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	×	×				
指標	A0311	難治性がんの5年純生存率　白血病（男）（%）	35.1%	2017	40.3%	2018	42.9%	2017	44.5%	2018	×	○	○				
指標	A0312	難治性がんの5年純生存率　白血病（女）（%）	35.5%	2017	34.1%	2018	46.4%	2017	46.7%	2018	×	×	×				
指標	A0313	難治性がんの5年純生存率　食道（男）（%）	32.0%	2017	36.7%	2018	47.2%	2017	47.9%	2018	×	○	○				
指標	A0314	難治性がんの5年純生存率　食道（女）（%）	36.5%	2017	41.9%	2018	49.3%	2017	50.2%	2018	×	○	○				
指標	A0315	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	A0316	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				
指標	A0317	小児がん患者の5年純生存率　胚細胞腫瘍・性腺腫瘍（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	86.0%	2017	80.8%	2018	ー	ー	ー				
指標	A0318	小児がん患者の5年純生存率　胚細胞腫瘍・性腺腫瘍（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	79.3%	2017	66.2%	2018	ー	ー	ー				
指標	A0319	小児がん患者の5年純生存率　神経芽腫（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	86.0%	2017	80.8%	2018	ー	ー	ー				

個別のがん対策

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B04	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	B0401	（医療者調査）難治がん患者を、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できていると思いますか。（点）	37.6	2023	72.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	B0402	（医療者調査）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。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

③小児がん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C08	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	C0801															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B05	小児がん患者の生存率の改善ができている														
指標	B0501	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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C09	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	C0901	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」を修了した琉球大学病院の職員数（人）	1人	2023	0名	2024		2023		2024	－	×	－			
指標	C0902	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」を修了した県立こども医療センターの職員数（人）	0名	2023	0名	2024		2023		2024	－	変化なし	－			
指標	C0903	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数（人）			7件	2023				2023	－		－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B06	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	B0601	（小児患者体験調査）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小児がん患者の割合（%）			N/A	2019			39.7%	2019	－	－	－			
指標	B0602	（小児患者体験調査）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（%）			N/A	2019			68.1%	2019	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C10	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	C1001	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			93.6%											

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C11	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	C1101	琉球大学病院において参加が可能な臨床試験や治験の数（件）			15件	2024			N/A	2024						
指標	C1102	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（件）			20件	2024			N/A	2024						
指標	C1103	琉球大学病院において、臨床試験等を受けた小児がん患者の数（人）			5人	2024			N/A	2024						
指標	C1104	県立こども医療センターにおいて、臨床試験等を受けた小児がん患者の数（人）			44人	2024			N/A	2024						
指標	C1105	小児血液・がん専門医（人）	2.0人	2024	2.7人	2025	3.2人	2024	3.2人	2025	×	○	○			
指標	C1106	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	C1107	小児がん認定外科医（人）	0.7人	2023	1.4人	2025	1.0人	2023	1.2人	2025	○	○	○			
指標	C1108	血液専門医（人）	21.1人	2023	18.4人	2025	37.0人	2023	37.6人	2025	×	×	×			
指標	C1109	小児看護専門看護師（人）	2.7人	2023	2.7人	2025	2.5人	2023	2.7人	2025	○	変化なし	×			
指標	C1110	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○			
指標	C1111	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○			
指標	C1112	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	C1113	小児血液・がん専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			

指標	A0320	小児がん患者の5年純生存率 神経芽腫（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	79.3%	2017	66.2%	2018	－	－	－			
指標	A0321	小児がん患者の5年純生存率 白血病（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	84.9%	2017	85.4%	2018	－	－	－			
指標	A0322	小児がん患者の5年純生存率 白血病（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	77.9%	2017	82.7%	2018	－	－	－			
指標	A0323	小児がん患者の5年純生存率 リンパ腫（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	92.8%	2017	97.4%	2018	－	－	－			
指標	A0324	小児がん患者の5年純生存率 リンパ腫（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	89.5%	2017	95.0%	2018	－	－	－			
指標	A0325	AYA世代のがんの5年純生存率 大腸（男）（%）	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○			
指標	A0326	AYA世代のがんの5年純生存率 大腸（女）（%）	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×			
指標	A0327	AYA世代のがんの5年純生存率 乳房（女）（%）	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	A0328	AYA世代のがんの5年純生存率 子宮頸部（女）（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○			
指標	A0329	AYA世代のがんの5年純生存率 卵巣（女）（%）	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○			
指標	A0330	AYA世代のがんの5年純生存率 甲状腺（男）（%）	86.9%	2017	81.1%	2018	89.4%	2017	90.0%	2018	×	×	×			
指標	A0331	AYA世代のがんの5年純生存率 甲状腺（女）（%）	91.3%	2017	93.6%	2018	92.5%	2017	93.4%	2018	○	○	○			
指標	A0332	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　県平均（%）	N/A	2017	N/A	2018	N/A	2017	N/A	2018	－	－	－			
指標	A0333	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　北部（%）			63.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0334	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　中部（%）			63.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0335	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　南部（%）			64.6%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0336	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　宮古（%）			64.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0337	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　八重山（%）			64.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0338	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　県平均（%）	60.8%	2017	55.6%	2018	64.3%	2017	64.4%	2018	×	×	×			
指標	A0339	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　北部（%）			46.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0340	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　中部（%）			50.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0341	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　南部（%）			53.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0342	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　宮古（%）			55.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0343	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　八重山（%）			68.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0344	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　県平均（%）	65.8%	2017	66.1%	2018	68.0%	2017	68.0%	2018	×	○	○			
指標	A0345	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　北部（%）			78.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0346	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　中部（%）			65.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0347	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　南部（%）			69.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0348	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　宮古（%）			74.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0349	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　八重山（%）			78.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0350	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　県平均（%）	29.9%	2017	25.6%	2018	34.1%	2017	34.4%	2018	×	×	×			
指標	A0351	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　北部（%）			41.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0352	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　中部（%）			31.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0353	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　南部（%）			29.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0354	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　宮古（%）			27.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			

個別のがん対策

指標	C1114	小児血液・がん専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C1115	小児外科専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	2人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1116	小児外科専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	2人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	C1117	小児がん認定外科医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1118	小児がん認定外科医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1119	血液専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	5人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C1120	血液専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	2人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C1121	小児看護専門看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1122	小児看護専門看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	3人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1123	がん看護専門看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	4人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C1124	がん看護専門看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1125	がん薬物療法看護認定看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	3人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C1126	がん薬物療法看護認定看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1127	緩和ケア認定看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	2人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C1128	緩和ケア認定看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	3人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C12	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	C1201	小児がん患者の長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設	2023	1施設	2024										
指標	C1202	琉球大学病院において、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（人）			5人	2024										
指標	C1203	県立こども医療センターにおいて、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（人）			0人	2024										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C13	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	C1301	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(就学・就園)（件）			7件	2023										
指標	C1302	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(学業・学校生活)（件）			6件	2023										
指標	C1303	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（件）			46件	2023										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C14	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	C1401	小児がんに関する患者団体の数			4団体	2024										

指標	A0355	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　八重山（%）			20.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0356	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　県平均（%）	89.8%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	A0357	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　北部（%）			84.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0358	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　中部（%）			89.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0359	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　南部（%）			88.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0360	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　宮古（%）			74.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0361	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　八重山（%）			92.6%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0362	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　県平均（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	×			
指標	A0363	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　北部（%）			51.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0364	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　中部（%）			70.9%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0365	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　南部（%）			74.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0366	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　宮古（%）			20.3%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0367	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頚部　八重山（%）			43.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0368	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　県平均（%）	33.9%	2017	34.3%	2018	39.8%	2017	39.6%	2018	×	○	○			
指標	A0369	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　北部（%）			45.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0370	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　中部（%）			29.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0371	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　南部（%）			40.3%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0372	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　宮古（%）			35.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0373	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　八重山（%）			26.9%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0374	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　県平均（%）	22.9%	2017	28.2%	2018	23.5%	2017	24.1%	2018	○	○	○			
指標	A0375	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　北部（%）			21.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0376	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　中部（%）			18.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0377	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　南部（%）			26.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0378	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　宮古（%）			43.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0379	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　八重山（%）			35.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0380	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　県平均（%）	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	A0381	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　北部（%）			81.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0382	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　中部（%）			96.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0383	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　南部（%）			95.3%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0384	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　宮古（%）			103.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0385	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　八重山（%）			97.2%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	A0386	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膀胱　県平均（%）	16.2%	2017	10.0%	2018	12.6%	2017	13.5%	2018	×	×	×			

個別のがん対策

④AYA世代のがん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C15	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	C1501															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C16	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	C1601	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者数（人）			193件	2023										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C17	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	C1701	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合（%）			59.8%											

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C18	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	C1801	AYA世代のがんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	0件	2023	0件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	変化なし	－			
指標	C1802	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数（人）	0人	2023	0人	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	変化なし	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C19	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	C1901	AYA世代のがん患者の長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設	2023		2025										
指標	C1902	琉球大学病院において、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				2024										
指標	C1903	県立こども医療センターにおいて、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			0人	2024										
指標	C1904	琉球大学病院において、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				2024										
指標	C1905	県立こども医療センターにおいて、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			0人	2024										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C20	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	C2001	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（件）	0件	2023	0件	2024	N/A	2023	N/A	2024						
指標	C2002	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（件）	0件	2023	13件	2024	N/A	2023	N/A	2024						

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C21	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	C2101	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	0人	2023	2人	2024	N/A	2023	N/A	2024						

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B07	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている														
指標	B0701	AYA世代のがんの5年純生存率　大腸（男）（%）【再掲】	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○			
指標	B0702	AYA世代のがんの5年純生存率　大腸（女）（%）【再掲】	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×			
指標	B0703	AYA世代のがんの5年純生存率　乳房（女）（%）【再掲】	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	B0704	AYA世代のがんの5年純生存率　子宮頸部（女）（%）【再掲】	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○			
指標	B0705	AYA世代のがんの5年純生存率　卵巣（女）（%）【再掲】	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○			
指標	B0706	AYA世代のがんの5年純生存率　甲状腺（男）（%）【再掲】	86.9%	2017	81.1%	2018	89.4%	2017	90.0%	2018	×	×	×			
指標	B0707	AYA世代のがんの5年純生存率　甲状腺（女）（%）【再掲】	91.3%	2017	93.6%	2018	92.5%	2017	93.4%	2018	○	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B08	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	B0801	（患者体験調査）治療開始前に、就労継続について説明を受けた若年がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	54.9%	2018	57.7%	2023	－	－	－			
指標	B0802	（医療者調査）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世代のがん患者を、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できていると思いますか。（点）	35.0	2023	61.0	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	B0803	（医療者調査）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。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

指標	A0387	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　北部（%）			4.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0388	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　中部（%）			11.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0389	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　南部（%）			12.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0390	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　宮古（%）			0.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0391	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　八重山（%）			7.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0392	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　県平均（%）	35.3%	2017	37.8%	2018	44.3%	2017	45.4%	2018	×	○	×			
指標	A0393	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　北部（%）			N/A	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0394	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　中部（%）			26.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0395	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　南部（%）			32.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0396	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　宮古（%）			0.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0397	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　八重山（%）			25.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	A0398	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	69.2%	2018	75.5%	2023	－	－	－			
指標	A0399	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	66.8%	2018	75.7%	2023	－	－	－			
指標	A0400	（小児患者体験調査）小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点）	N/A	N/A	N/A	2019	N/A	N/A	8.4点	2019	－	－	－			

個別のがん対策

⑤高齢者のがん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C22	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	C2201	在宅療養支援診療所数	66.7	2023	66.8	2024	116.8	2023	117.6	2024	×	○	×			
指標	C2202	在宅療養支援病院数	13.6	2023	15.0	2024	14.7	2023	16.5	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C23	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	C2301	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（%）	53.8%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C24	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	C2401	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（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C25	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する														
指標	C2501	（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と回答した割合（再掲）（%）	42.1%	2019-2020	N/A	2023	38.9%	2019-2020	38.0%	2023	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C26	看取りができる介護施設の拡大を図る														
指標	C2601	看取りができる介護施設の数														

⑥離島・へき地

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C01	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	C0101	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合（%）			43.9%	2018			N/A	2018	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C02	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	C0201															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C03	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	C0301	呼吸器外科専門医の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0302	呼吸器外科専門医の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0303	呼吸器外科専門医の常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0304	乳腺外科専門医の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	×	－			
指標	C0305	乳腺外科専門医の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0306	乳腺外科専門医の常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0307	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師の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0308	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師の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0309	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師の常勤職員数（八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0310	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常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B09	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	B0901	（遺族調査）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（%）	37.6%	2019-2020	N/A	2023	35.7%	2019-2020	52.9%	2023	－	－	－			
指標	B0902	（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と回答した割合（%）	42.1%	2019-2020	N/A	2023	38.9%	2019-2020	38.0%	2023	－	－	－			
指標	B0903	（NDB-SCR）介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0	2021	107.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0904	（NDB-SCR）退院時共同指導料１（がん患者に限定）	236.3	2021	242.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	○			
指標	B0905	（医療者調査）65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。（点）	26.1	2023	49.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B10	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	B1001	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　県平均（%）【再掲】	N/A	2017	N/A	2018	N/A	2017	N/A	2018	－	－	－			
指標	B1002	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　北部（%）【再掲】			63.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1003	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　中部（%）【再掲】			63.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1004	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　南部（%）【再掲】			64.6%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1005	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　宮古（%）【再掲】			64.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1006	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　八重山（%）【再掲】			64.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1007	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　県平均（%）【再掲】	60.8%	2017	55.6%	2018	64.3%	2017	64.4%	2018	×	×	×			
指標	B1008	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　北部（%）【再掲】			46.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1009	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　中部（%）【再掲】			50.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1010	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　南部（%）【再掲】			53.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1011	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　宮古（%）【再掲】			55.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1012	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　八重山（%）【再掲】			68.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1013	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　県平均（%）【再掲】	65.8%	2017	66.1%	2018	68.0%	2017	68.0%	2018	×	○	○			
指標	B1014	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　北部（%）【再掲】			78.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1015	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　中部（%）【再掲】			65.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1016	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　南部（%）【再掲】			69.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1017	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　宮古（%）【再掲】			74.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1018	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　八重山（%）【再掲】			78.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			

指標	C0311	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常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0312	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常勤職員数（八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0313	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	2人	2024	12人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			
指標	C0314	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	8人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			
指標	C0315	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			
指標	C0316	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	3人	2024	4人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	○	－			
指標	C0317	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数（宮古病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0318	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0319	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	×	－			
指標	C0320	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0321	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0322	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	×	－			
指標	C0323	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0324	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	×	－			
指標	C0325	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0326	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	－	－			
指標	C0327	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	×	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0401	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（%）	94.0%	2023	100.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			
指標	C0402	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利用件数（件）	2117件	2023	2736件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

指標	B1019	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　県平均（%）【再掲】	29.9%	2017	25.6%	2018	34.1%	2017	34.4%	2018	×	×	×			
指標	B1020	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　北部（%）【再掲】			41.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1021	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　中部（%）【再掲】			31.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1022	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　南部（%）【再掲】			29.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1023	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　宮古（%）【再掲】			27.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1024	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　八重山（%）【再掲】			20.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1025	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　県平均（%）【再掲】	89.8%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	B1026	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　北部（%）【再掲】			84.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1027	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　中部（%）【再掲】			89.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1028	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　南部（%）【再掲】			88.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1029	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　宮古（%）【再掲】			74.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1030	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　八重山（%）【再掲】			92.6%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1031	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　県平均（%）【再掲】	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	×			
指標	B1032	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　北部（%）【再掲】			51.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1033	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　中部（%）【再掲】			70.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1034	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　南部（%）【再掲】			74.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1035	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　宮古（%）【再掲】			20.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1036	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頚部　八重山（%）【再掲】			43.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1037	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　県平均（%）【再掲】	33.9%	2017	34.3%	2018	39.8%	2017	39.6%	2018	×	○	○			
指標	B1038	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　北部（%）【再掲】			45.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1039	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　中部（%）【再掲】			29.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1040	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　南部（%）【再掲】			40.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1041	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　宮古（%）【再掲】			35.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1042	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　八重山（%）【再掲】			26.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1043	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　県平均（%）【再掲】	22.9%	2017	28.2%	2018	23.5%	2017	24.1%	2018	○	○	○			
指標	B1044	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　北部（%）【再掲】			21.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1045	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　中部（%）【再掲】			18.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1046	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　南部（%）【再掲】			26.4%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1047	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　宮古（%）【再掲】			43.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1048	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　八重山（%）【再掲】			35.7%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1049	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　県平均（%）【再掲】	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	B1050	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　北部（%）【再掲】			81.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1051	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　中部（%）【再掲】			96.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1052	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　南部（%）【再掲】			95.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1053	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　宮古（%）【再掲】			103.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1054	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　八重山（%）【再掲】			97.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1055	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　県平均（%）【再掲】	16.2%	2017	10.0%	2018	12.6%	2017	13.5%	2018	×	×	×			
指標	B1056	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　北部（%）【再掲】			4.0%	2016			N/A	2016	－	－	－			

指標	B1057	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　中部（%）【再掲】			11.9%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1058	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　南部（%）【再掲】			12.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1059	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　宮古（%）【再掲】			0.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1060	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　八重山（%）【再掲】			7.5%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1061	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　県平均（%）【再掲】	35.3%	2017	37.8%	2018	44.3%	2017	45.4%	2018	×	○	×			
指標	B1062	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　北部（%）【再掲】			N/A	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1063	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　中部（%）【再掲】			26.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1064	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　南部（%）【再掲】			32.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1065	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　宮古（%）【再掲】			0.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	B1066	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　八重山（%）【再掲】			25.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B1101	（医療者調査）北部区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。（点）	70.2	2023	75.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	B1102	（医療者調査）北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。（点）	47.0	2023	74.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	B1103	（医療者調査）離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思いますか。（点）	67.6	2023	69.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

共生

個別施策

①相談支援

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C01	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	C0101	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（%）	40.0%	2024	40.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C02	「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	C0201	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（%）			18.9%	2023										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C03	「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	C0301	認定がん相談支援センターの数	0.0人	2024	0.0人	2025	0.3人	2024	0.3人	2025	×	変化なし	変化なし			
指標	C0302	認定がん専門相談員数（人）	2.0人	2024	2.0人	2025	3.1人	2024	3.3人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0303	相談員指導者研修修了者数（人）	6.1人	2023	8.2人	2024	6.2人	2023	6.6人	2024	○	○	○			
指標	C0304	がん相談支援センター相談員基礎研修(3)修了者数（人）	21人	2023	13人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C04	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	C0401	がんピア・サポーター養成講座修了者（人）		2024		2025		2024		2025						
指標	C0402	がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者（人）		2024		2025		2024		2025						
指標	C0403	ピアサポーターとして活動している人数（人）		2024		2025		2024		2025						

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C05	「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	C0501	各拠点病院等のピアサポート実施件数（件）	98件	2023	138件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			
指標	C0502	患者サロンの開催回数（回）	48回	2023	50回	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B01	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	B0101	（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	N/A	2023	67.8%	2018	N/A	2023	ー	ー	ー			
指標	B0102	（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	48.7%	2023	66.9%	2018	55.1%	2023	×	ー	ー			
指標	B0103	（医療者調査）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、情報を提供できていると思いますか。（点）	31.7	2023	56.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B02	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	B0201	（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（%）	N/A	2018	93.6%	2023	87.6%	2018	70.4%	2023	○	ー	ー			
指標	B0202	（患者体験調査）ピアサポートを知っている人の割合（%）	43.0%	2018	26.0%	2023	27.5%	2018	15.4%	2023	○	ー	ー			
指標	B0203	（医療者調査）患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。（点）	22.0	2023	47.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	A01	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	A0101	（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	35.8%	2023	47.1%	2018	44.1%	2023	×	ー	ー			
指標	A0102	（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	60.4%	2023	76.5%	2018	60.6%	2023	×	ー	ー			
指標	A0103	（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	4.8%	2023	5.0%	2018	1.8%	2023	×	ー	ー			

共生

②情報提供

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C06	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	C0601	施設に配布した音声資料の種類														
指標	C0602	施設に配布した点字資料の種類														
指標	C0603	施設に配布した外国語資料の種類														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B03	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	B0301	（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	79.2%	2023	75.2%	2018	88.5%	2023	×	ー	ー			
指標	B0302	（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患者の割合（%）	83.3%	2018	98.7%	2023	75.1%	2018	91.5%	2023	○	ー	ー			
指標	B0303	（医療者調査）医療者調査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、情報を提供できていると思いますか。（点）	69.6	2023	66.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			
指標	B0304	（医療者調査）医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。（点）	47.8	2023	51.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C07	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	C0701	県庁のホームページのがんに関する説明の閲覧数														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C08	「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	C0801	具体的な専門医の情報が、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														
指標	C0802	組織されている専門チームの情報が、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														
指標	C0803	診断できるがん種の情報が、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														
指標	C0804	治療できるがん種の情報が、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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C09	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C0901	院内がん登録のベンチマーク結果の情報が、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（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0902	医療の質の評価のベンチマーク結果の情報が、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（%）	38.5%	2024	46.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C10	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1001	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（件）	208件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			

③デジタル化

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C11	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1101	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（%）	76.9%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	B0401	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	B0401															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C12	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1201	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（%）	30.8%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C1202	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（%）	7.7%	2023	15.4%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	C13	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	C1301	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（回）	0回	2023	0回	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	変化なし	ー			

④就労支援（医療機関側）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C14	「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	C1401															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C15	「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	C1501	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数（件）	121件	2023	112件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	×	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C16	「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	C1601	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数（回）	3回	2023	7回	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			
指標	C1602	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数（人）	12人	2023	32人	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

⑤就労支援（職場側）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C17	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	C1701	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				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C18	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	C1801	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数（人）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C19	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	C1901	産業保健総合支援センターで扱った件数（件）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B05	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	B0501	（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の割合（%）	27.2%	2018	66.1%	2023	38.6%	2018	44.0%	2023	－	－	－			
指標	B0502	（NDB-SCR）療養・就労両立支援指導料	78.8	2021	46.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	B0503	（医療者調査）医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。（点）	34.9	2023	53.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B06	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	B0601	（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の割合（%）	74.4%	2018	74.0%	2023	65.1%	2018	74.5%	2023	×	－	－			
指標	B0602	（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の割合（%）	26.1%	2018	56.2%	2023	35.6%	2018	70.6%	2023	×	－	－			

⑥アピアランスケア

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C20	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	C2001	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（件）			74件	2023					―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C21	「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	C2101	アピアランス支援研修修了者が在籍している施設の割合（%）	15.0%	2023	31.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C22	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	C2201	患者向け講習会の開催回数	0回	2024	0回	2025					―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B07	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	B0701	（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の割合（%）	31.6%	2018	30.6%	2023	28.5%	2018	25.8%	2023	○	―	―			
指標	B0702	（医療者調査）アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。（点）	37.9	2023	57.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C23	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	C2301	自殺防止に関する院内マニュアル等を外来患者用に整備している「施設」の割合（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	C2302	自殺防止に関する院内マニュアル等を入院患者用に整備している「施設」の割合（%）	23.1%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C24	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	C2401	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（件）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C25	「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	C2501	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合（%）	84.6%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B08	がん患者の自殺を減らすことができている														
指標	B0801	がん患者の自殺数			5人	2023	N/A	N/A	N/A	N/A	―	―	―			
指標	B0802	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（入院）	157.1	2021	189.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0803	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（外来）	126.4	2021	106.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			
指標	B0804	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（入院+外来）	132.8	2021	122.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C26	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	C2601	イベントの開催回数（回）			0回	2023					ー	ー	ー			
指標	C2602	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（回）			0回	2023					ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	B09	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	B0901	（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の割合（%）	18.0%	2018	23.9%	2023	12.9%	2018	23.2%	2023	×	ー	ー			
指標	B0902	（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の割合（%）	3.9%	2018	6.3%	2023	5.2%	2018	7.4%	2023	○	ー	ー			

基盤

個別施策

①研究の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C01	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	C0101															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C02	「施設」における臨床研究と治験を推進する。														
指標	C0201															

②人材育成の強化

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C03	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	C0301	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（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0302	臨床遺伝専門医（人）	6.1人	2022	7.5人	2024	10.9人	2022	11.6人	2024	×	○	○			
指標	C0303	認定遺伝カウンセラー（人）	0.7人	2024	0.7人	2025	3.1人	2024	3.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0304	がんゲノム医療コーディネーター受講者数（人）			4.0人	2022			18.74人	2022	―	―	―			
指標	C0305	消化器外科専門医（人）	55.1人	2023	58.6人	2025	71.6人	2023	74.6人	2025	×	○	○			
指標	C0306	呼吸器外科専門医（人）	8.9人	2022	8.2人	2024	12.0人	2022	11.6人	2024	×	×	×			
指標	C0307	乳腺外科専門医（乳腺専門医）（人）	9.5人	2022	8.2人	2024	13.4人	2022	13.3人	2024	×	×	×			
指標	C0308	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	C0309	肝胆膵外科高度技能専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	4.7人	2023	5.7人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0310	脳神経外科専門医（人）	42.9人	2022	41.6人	2024	56.7人	2022	52.4%	2024	×	×	○			
指標	C0311	認定骨・軟部腫瘍医（人）	0.7人	2024	1.4人	2025	1.5人	2024	1.6人	2025	×	○	○			
指標	C0312	婦人科腫瘍専門医（人）	9.5人	2023	10.2人	2025	9.0人	2023	10.3人	2025	×	○	×			
指標	C0313	皮膚悪性腫瘍指導専門医（人）	1.4人	2024	0.7人	2025	0.7人	2024	0.8人	2025	×	×	×			
指標	C0314	泌尿器科専門医（人）	42.9人	2023	47.0人	2025	57.4人	2023	58.3人	2025	×	○	○			
指標	C0315	頭頸部がん専門医（人）	4.8人	2024	5.5人	2025	3.9人	2024	4.2人	2025	○	○	○			
指標	C0316	口腔外科専門医（人）	17.0人	2023	17.7人	2025	17.7人	2023	18.1人	2025	×	○	○			
指標	C0317	消化器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	C0318	呼吸器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B01	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	B0101															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B02	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	B0201	（医療者調査）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、支援することができていると思いますか。（点）	65.4	2023	62.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	A01	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	A0101	（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	70.8%	2023	76.3%	2018	81.1%	2023	×	―	―			
指標	A0102	（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	78.6%	2023	70.1%	2018	79.0%	2023	×	―	―			

基盤

指標	C0319	乳腺外科専門医（乳腺専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0320	小児外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0321	肝胆膵外科高度技能専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0322	脳神経外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	×	—			
指標	C0323	認定骨・軟部腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0324	婦人科腫瘍専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0325	皮膚悪性腫瘍指導専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	×	—			
指標	C0326	泌尿器科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	84.6%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0327	頭頸部がん専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0328	口腔外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0329	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（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	C0330	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	C0331	放射線治療専門放射線技師（人）	7.5人	2023	8.9人	2025	14.9人	2023	15.0人	2025	×	○	○			
指標	C0332	医学物理士（人）	6.1人	2023	6.1人	2025	11.6人	2023	12.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0333	がん放射線療法看護認定看護師（人）	5.5人	2023	5.5人	2025	3.2人	2023	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	C0334	放射線治療専門医2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	20.0%	2024	22.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0335	放射線治療専門放射線技師2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	11.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	×	—			
指標	C0336	医学物理士が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	40.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0337	がん放射線療法看護認定看護師が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	×	—			
指標	C0338	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（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	○	—			
指標	C0339	がん薬物療法専門医（人）	2.0人	2022	2.0人	2024	10.9人	2022	11.2人	2024	×	変化なし	×			
指標	C0340	がん指導薬剤師（人）	0.0人	2023	0.0人	2025	2.8人	2023	3.3人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0341	がん専門薬剤師（人）	2.7人	2023	0.7人	2025	6.3人	2023	6.8人	2025	×	×	×			
指標	C0342	がん薬物療法認定薬剤師（人）	8.2人	2023	7.5人	2025	8.1人	2023	8.0人	2025	×	×	×			
指標	C0343	外来がん治療認定薬剤師（人）	4.1人	2023	5.5人	2025	7.8人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	C0344	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○			
指標	C0345	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○			

基盤

指標	C0346	乳がん看護認定看護師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	3.1人	2023	3.2人	2025	×	○	○			
指標	C0347	がん薬物療法専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0348	がん指導薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0349	がん専門薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0350	がん薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0351	外来がん治療認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0352	がん看護専門看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0353	がん薬物療法看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0354	乳がん看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0355	緩和医療学会専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	2.6人	2023	4.4人	2025	×	変化なし	×			
指標	C0356	緩和医療学会認定医（人）	6.8人	2023	10.2人	2025	8.0人	2023	8.6人	2025	○	○	○			
指標	C0357	登録精神腫瘍医（人）	0.7人	2024	2.0人	2025	1.1人	2024	2.3人	2025	×	○	○			
指標	C0358	ペインクリニック専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	12.8人	2023	13.0人	2025	×	○	○			
指標	C0359	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	C0360	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）（人）	8.8人	2023	8.8人	2024	10.2人	2023	10.0人	2024	×	変化なし	×			
指標	C0361	緩和薬物療法認定薬剤師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	6.7人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	C0362	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	C0363	公認心理師（人）	688.3人	2023	716.9人	2025	569.3人	2023	596.3人	2025	○	○	○			
指標	C0364	臨床心理士（人）	N/A	N/A	228.6人	2023	N/A	N/A	296.6人	2023	×	ー	ー			
指標	C0365	緩和医療学会専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0366	緩和医療学会認定医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	C0367	登録精神腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0368	ペインクリニック専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0369	放射線治療専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	C0370	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	C0371	緩和薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

基盤

指標	C0372	緩和ケア認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	N/A	N/A	N/A	―	変化なし	―			
指標	C0373	公認心理師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	C0374	臨床心理士が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	C0375	在宅専門医（人）			6.8人	2024			3.7人	2024	○	―	―			
指標	C0376	訪問看護認定看護師（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	5.4人	2023	5.2人	2025	×	変化なし	○			
指標	C0377	（訪問看護ステーション）訪問看護師（人）	837.5人	2023	989.7人	2024	725.1人	2023	783.9人	2024	○	○	○			
指標	C0378	介護支援専門員（人）	781.6人	2023	714.8人	2024	747.0人	2023	753.2人	2024	×	×	×			
指標	C0379	在宅医療インテグレーター養成講座修了者数（人）	8.9人	2024	8.9人	2025	3.0人	2024	3.4人	2025	○	変化なし	×			

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C04	すべての高等学校でがん教育を１時限以上行う														
指標	C0401	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025		2024		2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B03	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	B0301															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C05	がん教育が可能な外部講師の養成する														
指標	C0501	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合（%）	1.9%	2022	3.3%	2023	11.4%	2022	12.5%	2023	×	○	○			
指標	C0502	実際にがん教育に携わった外部講師の数（人）			10人	2023			N/A	2023	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C06	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	C0601	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県の割合														
指標	C0602	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた市町村の割合（%）	36.6%	2023	39.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C07	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	C0701	がん対策推進企業アクションの参加企業数			27.9企業	2024			53.6企業	2024	×	―	―			
指標	C0702	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														

基盤

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C08	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	C0801	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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C09	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	C0901	MI比			0.4%						ー	ー	ー			
指標	C0902	%DCO			1.2%						ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B04	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている														
指標	B0401	利用件数（総数・年あたり）														

⑤患者・市民参画の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C10	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	C1001	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			26.7%	2023	N/A		N/A		ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B05	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	B0501	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（回）	35回	2023	25回	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			
指標	B0502	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（回）	0回	2024	0回	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	B0503	患者関係者と医療者の共催イベントの数（回）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C11	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	C1101	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回	2024	0回	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C12	「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	C1201	「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	208件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C13	医療従事者の意識向上に取り組む														
指標	C1301															

二次医療圏

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	A02	がん種別罹患率が減少できている（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	A0101	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　北部（男）（%）	66.3	2020	85.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0102	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　北部（女）（%）	15.6	2020	32.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0103	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　中部（男）（%）	62.1	2020	53.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0104	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　中部（女）（%）	21.1	2020	26.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0105	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　南部（男）（%）	74.4	2020	68.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0106	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　南部（女）（%）	25.0	2020	23.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0107	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　宮古（男）（%）	107.2	2020	70.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0108	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　宮古（女）（%）	39.0	2020	37.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0109	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　八重山（男）（%）	120.6	2020	76.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0110	離島・へき地のがん患者の罹患率　胃　八重山（女）（%）	13.7	2020	18.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0111	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　北部（男）（%）	133.2	2020	106.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0112	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　北部（女）（%）	69.3	2020	78.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0113	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　中部（男）（%）	166.2	2020	179.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0114	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　中部（女）（%）	82.6	2020	86.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0115	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　南部（男）（%）	161.5	2020	167.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0116	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　南部（女）（%）	101.7	2020	86.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0117	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　宮古（男）（%）	175.6	2020	161.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0118	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　宮古（女）（%）	123.0	2020	94.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0119	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　八重山（男）（%）	147.9	2020	119.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0120	離島・へき地のがん患者の罹患率　大腸　八重山（女）（%）	87.9	2020	86.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0121	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　北部（男）（%）	41.4	2020	28.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0122	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　北部（女）（%）	20.0	2020	25.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0123	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　中部（男）（%）	33.7	2020	32.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0124	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　中部（女）（%）	9.1	2020	12.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0125	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　南部（男）（%）	36.7	2020	35.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0126	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　南部（女）（%）	15.1	2020	11.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0127	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　宮古（男）（%）	45.2	2020	20.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0128	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　宮古（女）（%）	N/A	2020	19.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	ー	ー			
指標	A0129	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　八重山（男）（%）	48.2	2020	52.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0130	離島・へき地のがん患者の罹患率　肝臓　八重山（女）（%）	3.4	2020	1.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0131	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　北部（男）（%）	96.4	2020	129.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0132	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　北部（女）（%）	21.1	2020	44.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0133	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　中部（男）（%）	134.7	2020	127.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0134	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　中部（女）（%）	33.3	2020	46.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0135	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　南部（男）（%）	113.4	2020	115.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			

二次医療圏

指標	A0136	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　南部（女）（%）	32.1	2020	41.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0137	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　宮古（男）（%）	156.3	2020	145.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0138	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　宮古（女）（%）	59.7	2020	56.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0139	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　八重山（男）（%）	148.4	2020	129.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0140	離島・へき地のがん患者の罹患率　肺　八重山（女）（%）	38.5	2020	65.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0141	離島・へき地のがん患者の罹患率　乳房　北部（女）（%）	154.3	2020	114.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0142	離島・へき地のがん患者の罹患率　乳房　中部（女）（%）	165.7	2020	171.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0143	離島・へき地のがん患者の罹患率　乳房　南部（女）（%）	169.3	2020	170.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0144	離島・へき地のがん患者の罹患率　乳房　宮古（女）（%）	138.9	2020	179.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0145	離島・へき地のがん患者の罹患率　乳房　八重山（女）（%）	204.8	2020	177.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0146	離島・へき地のがん患者の罹患率　子宮頚部　北部（女）（%）	14.2	2020	15.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0147	離島・へき地のがん患者の罹患率　子宮頚部　中部（女）（%）	15.6	2020	17.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0148	離島・へき地のがん患者の罹患率　子宮頚部　南部（女）（%）	20.9	2020	18.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0149	離島・へき地のがん患者の罹患率　子宮頚部　宮古（女）（%）	8.9	2020	3.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0150	離島・へき地のがん患者の罹患率　子宮頚部　八重山（女）（%）	6.6	2020	13.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0151	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　北部（男）（%）	11.7	2020	16.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0152	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　北部（女）（%）	4.9	2020	10.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0153	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　中部（男）（%）	10.3	2020	8.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0154	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　中部（女）（%）	5.0	2020	9.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0155	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　南部（男）（%）	5.1	2020	6.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0156	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　南部（女）（%）	5.2	2020	6.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0157	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　宮古（男）（%）	N/A	2020	4.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	－	－			
指標	A0158	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　宮古（女）（%）	3.1	2020	N/A	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	－	－			
指標	A0159	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　八重山（男）（%）	3.6	2020	5.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0160	離島・へき地のがん患者の罹患率　成人T細胞白血病リンパ腫　八重山（女）（%）	9.6	2020	8.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	A02	がん種別罹患率が減少できている（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	A0201	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　北部（男）（%）	13.0	2020	12.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0202	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　北部（女）（%）	4.8	2020	12.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0203	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　中部（男）（%）	10.1	2020	8.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0204	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　中部（女）（%）	10.4	2020	19.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0205	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　南部（男）（%）	8.6	2020	8.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0206	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　南部（女）（%）	36.6	2020	9.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0207	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　宮古（男）（%）	14.5	2020	17.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0208	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　宮古（女）（%）	18.4	2020	14.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0209	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　八重山（男）（%）	14.7	2020	11.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			

二次医療圏

指標	A0210	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　胃　八重山（女）（%）	4.7	2020	13.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0211	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　北部（男）（%）	26.1	2020	17.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0212	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　北部（女）（%）	25.3	2020	36.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0213	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　中部（男）（%）	30.2	2020	34.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0214	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　中部（女）（%）	50.3	2020	30.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0215	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　南部（男）（%）	22.4	2020	24.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0216	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　南部（女）（%）	46.7	2020	41.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0217	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　宮古（男）（%）	22.8	2020	29.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0218	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　宮古（女）（%）	75.8	2020	24.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0219	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　八重山（男）（%）	26.8	2020	36.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0220	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　大腸　八重山（女）（%）	34.2	2020	50.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0221	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　北部（男）（%）	27.9	2020	38.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0222	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　北部（女）（%）	9.7	2020	24.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0223	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　中部（男）（%）	32.6	2020	29.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0224	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　中部（女）（%）	24.5	2020	26.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0225	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　南部（男）（%）	29.0	2020	29.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	変化なし	－			
指標	A0226	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　南部（女）（%）	19.1	2020	24.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0227	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　宮古（男）（%）	51.6	2020	47.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0228	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　宮古（女）（%）	44.9	2020	38.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0229	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　八重山（男）（%）	37.0	2020	29.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0230	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　肺　八重山（女）（%）	20.2	2020	29.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0231	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　乳房　北部（女）（%）	14.5	2020	5.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0232	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　乳房　中部（女）（%）	15.1	2020	26.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0233	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　乳房　南部（女）（%）	22.5	2020	21.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0234	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　乳房　宮古（女）（%）	28.1	2020	13.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0235	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　乳房　八重山（女）（%）	12.3	2020	15.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0236	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　子宮頚部　北部（女）（%）	5.4	2020	7.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0237	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　子宮頚部　中部（女）（%）	11.2	2020	10.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0238	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　子宮頚部　南部（女）（%）	10.2	2020	10.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0239	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　子宮頚部　宮古（女）（%）	7.0	2020	3.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0240	離島・へき地のがん患者の進行がん罹患率　子宮頚部　八重山（女）（%）	10.6	2020	6.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			

二次医療圏

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
概念	A03		前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	A0301	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　北部（検診）（%）	50.0	2020	90.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0302	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　北部（検診以外）（%）	55.6	2020	51.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0303	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　中部（検診）（%）	68.4	2020	67.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0304	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　中部（検診以外）（%）	47.6	2020	38.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0305	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　南部（検診）（%）	84.5	2020	84.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0306	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　南部（検診以外）（%）	46.7	2020	48.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0307	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　宮古（検診）（%）	80.0	2020	88.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0308	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　宮古（検診以外）（%）	41.4	2020	40.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0309	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　八重山（検診）（%）	80.0	2020	85.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0310	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　胃　八重山（検診以外）（%）	51.9	2020	50.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0311	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　北部（検診）（%）	80.0	2020	71.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0312	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　北部（検診以外）（%）	45.2	2020	51.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0313	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　中部（検診）（%）	83.5	2020	77.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0314	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　中部（検診以外）（%）	45.8	2020	48.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0315	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　南部（検診）（%）	77.9	2020	74.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0316	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　南部（検診以外）（%）	55.3	2020	53.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0317	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　宮古（検診）（%）	83.3	2020	54.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0318	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　宮古（検診以外）（%）	51.1	2020	50.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0319	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　八重山（検診）（%）	76.5	2020	58.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0320	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　大腸　八重山（検診以外）（%）	47.4	2020	39.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0321	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　北部（検診）（%）	40.0	2020	50.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0322	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　北部（検診以外）（%）	24.4	2020	17.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0323	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　中部（検診）（%）	42.0	2020	44.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0324	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　中部（検診以外）（%）	26.1	2020	29.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0325	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　南部（検診）（%）	44.6	2020	44.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0326	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　南部（検診以外）（%）	27.5	2020	29.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0327	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　宮古（検診）（%）	100.0	2020	41.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0328	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　宮古（検診以外）（%）	17.0	2020	22.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0329	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　八重山（検診）（%）	44.4	2020	40.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0330	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　肺　八重山（検診以外）（%）	33.3	2020	50.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0331	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　北部（検診）（%）	78.4	2020	92.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0332	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　北部（検診以外）（%）	68.7	2020	60.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0333	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　中部（検診）（%）	82.8	2020	87.2	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			
指標	A0334	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　中部（検診以外）（%）	70.7	2020	64.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	×	ー			
指標	A0335	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　南部（検診）（%）	81.9	2020	83.5	2021	N/A	2020	N/A	2021	ー	○	ー			

二次医療圏

指標	A0336	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　南部（検診以外）（%）	63.3	2020	64.4	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0337	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　宮古（検診）（%）	90.9	2020	75.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0338	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　宮古（検診以外）（%）	51.5	2020	83.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0339	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　八重山（検診）（%）	80.0	2020	58.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0340	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　女性乳房　八重山（検診以外）（%）	60.9	2020	55.6	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0341	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　北部（検診）（%）	-	2020	66.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0342	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　北部（検診以外）（%）	84.3	2020	63.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0343	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　中部（検診）（%）	96.1	2020	97.9	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0344	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　中部（検診以外）（%）	73.7	2020	72.1	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0345	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　南部（検診）（%）	96.5	2020	95.8	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0346	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　南部（検診以外）（%）	71.2	2020	75.3	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0347	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　宮古（検診）（%）	100.0	2020	100.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	変化なし	－			
指標	A0348	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　宮古（検診以外）（%）	40.0	2020	66.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			
指標	A0349	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　八重山（検診）（%）	85.7	2020	10.0	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	×	－			
指標	A0350	離島・へき地のがん患者の早期がん割合　子宮頚部　八重山（検診以外）（%）	66.7	2020	85.7	2021	N/A	2020	N/A	2021	－	○	－			

個別施策

取組

施策名	実施内容	実施期間	実施主体	所掌部会	インプット	アウトプット

効果



評価

評価の種類	評価の観点	評価の着眼点	情報源	事務局意見	委員等意見	判定
必要性（ニーズ）評価	満たされていないニーズがあるか	他の地域に比べて劣後していることは？	地域別データ集等			A 満たされていない B ある程度満たされていない C かなり満たされている D 十分に満たされている
		守るべき規範で満たされていないことは？	法令計画等			
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間アウトカムは適切か	ロジックモデルの構成概念			A 十分整合性が取れている B ほぼ整合性が取れている C ある程度整合性が取れている D 見直しの必要あり
		分野・中間アウトカムの指標は適切か	ロジックモデルの指標			
		分野・中間アウトカム↔施策のつながりが強いか	構成要素間のつながりの確認			
実行（プロセス）評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	関連情報			A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている C 一部実行されている D 実行されていない
		施策は実施されたか、進捗はどうか	部会等議事録等			
		アウトプットが生まれているか	アウトプット指標			
		施策関係者はどう感じているか（阻害要因があるかなど）	関係者ヒアリング			
効果（インパクト）評価	やったことが効いているのか	アウトカムは向上したか	アウトカム指標			A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない E 経過観察 （現時点では判断不可）
		アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は	アウトカムとアウトプットの指標値			
		外部要因の影響は	関係者ヒアリング			
総合評価	この施策をやり続けるべきか	上記4評価を踏まえての評価	協議会・部会審議での主な意見			A 強化すべき B 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件　修正案１

「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件として、がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目をすべて満たす施設とする。

A　医療体制

１ 医療法等に基づく医療安全にかかる適切な体制を有していること

（１） 医療安全に関する委員会を設置し、年２回以上開催していること

２ 院内がん登録を行い、その分析や情報公開を行う体制を有していること

（１）院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施していること

（２）毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供していること

（３）院内がん登録に関する委員会を設置し、年１回以上開催していること

（４）自院の院内がん登録データを沖縄県がん診療連携協議会において分析し、県民に広く公開していること

３ セカンドオピニオンを積極的に患者に勧めるとともに、セカンドオピニオンを提供する体制を有していること

（１）すべてのがん患者とその家族に対して、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療 方針の決定時等において、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明する体制が整っていること。その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意していること。

（２）セカンドオピニオンを受けられることを院内の見やすい場所で掲示していること

（3）セカンドオピニオンを受けられることをホームページ上で公開していること

（4）他施設でセカンドオピニオンを受けた患者が年1名以上いること

4 レジメン審査管理登録等を行い、標準的な薬物療法（免疫療法も含む）において標準治療を提供できる体制を有していること

（1）薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、年2回以上開催していること

（2）上記レジメンには、制吐薬も組み込んだレジメンとしていること

5 緩和ケアチームが活動し、適切な緩和ケアを提供する体制を有していること

（1） 組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを設置していること

（2）全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っていること

（3）定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行っていること

（4）新規介入患者数が年間20人以上いること

（5）緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、 ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行っていること

6 がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催する体制を有していること

（1）手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的 な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師に加え、看護師、薬剤師、 必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた等による、がん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンス を年2回以上開催していること

（2）臨床倫理的、社会的な問題を解決するための、具体的な事例に則した、患者支援の

充 実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンスを年１回以上開催していること

（３）上記のカンファレンスで検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有していること

７ 「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査)」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有していること

（１）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を、必要な患者に対して 積極的に行っていること

（２）上記の検査結果を適切に評価し、必要に応じてがんゲノム医療を行っていること

（３）遺伝性腫瘍専門医または臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングを行う体制を有していること。それが難しい場合は、遺伝カウンセリングを行う体制を有する医療機関と 連携する体制を整えていること。

（４）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を受けた患者が年 １ 名以上いること

（５）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院でがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行うことが難しい場合は、~~臨床試験及び治験~~がん遺伝子パネル検査をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

８ 臨床試験及び治験を、必要な患者に提供できる体制を有していること

（１）臨床試験及び治験を、必要な患者に対して積極的に行っていること

（２）臨床試験及び治験を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携する体制を整えていること

（３）臨床試験及び治験を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載など、積極的に広報していること。また、自院で臨床試験及び治験を行う

ことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正に伴う新旧対照表（案）

新	旧
７ 「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査)」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有していること （1)～(4） 省略 （5）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院でがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行うことが難しい場合は、がん遺伝子パネル検査をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。	７ 「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査)」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有していること （1)～(4） 省略 （5）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院でがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示、ホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

7. 肝臓、8. 胆道(胆のう・胆管)、9. 膵臓がんの選定要件(改定案)

資料9-3
(修正前)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件(案)	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	同右	(一財)日本消化器病学会認定施設
	同右	(一社)日本消化器外科学会認定施設
	(一社)日本肝臓学会認定施設	(一社)日本肝臓学会専門医1名以上
	(一社)日本胆道学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本膵臓学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上 ＊次回改定時には、修練施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(公社)日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、(公社)日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、(公社)日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	高難度肝胆膵外科手術が年20例以上	①肝臓がんに対する手術が年6例以上 ②肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈(化学)塞栓療法の合計が年6例以上
		肝道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年10例以上
放射線療法	①年1例以上 ②強度変調放射線治療(IMRT)を提供できること ③定位放射線照射による治療(SBRT)を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること ⑤放射線治療用吸収性組織スペーサを、消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。	胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設
薬物療法	①年12例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師(がん薬物療法認定看護師)のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	肝臓がんに対する薬物療法が年1例以上
		胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年6例以上
特記事項	①同右 ②削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む

0201

7. 肝臓の選定要件（改定案）

資料9-4
(修正後)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件（案）	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	同右	（一財）日本消化器病学会認定施設
	同右	（一社）日本消化器外科学会認定施設
	（一社）日本肝臓学会認定施設	（一社）日本肝臓学会専門医1名以上
	（一社）日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上 ＊次回改定時には、修練施設に差し替えることを検討する	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	高難度肝胆膵外科手術が年20例以上	①肝臓がんに対する手術が年6例以上 ②肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈（化学）塞栓療法の合計が年6例以上
		肝道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年10例以上
放射線療法	①肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんのいずれかに対する治療が年1例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること ⑤放射線治療用吸収性組織スペーサを、消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。	胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設
薬物療法	①肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんの合計が年12例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	肝臓がんに対する薬物療法が年1例以上
		胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年6例以上
特記事項	①同右 ②削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む

8. 胆道(胆のう・胆管)の選定要件(改定案)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件(案)	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	同右	(一財)日本消化器病学会認定施設
	同右	(一社)日本消化器外科学会認定施設
	(一社)日本胆道学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上 ＊次回改定時には、修練施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(公社)日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、(公社)日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、(公社)日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	高難度肝胆膵外科手術が年20例以上	①肝臓がんに対する手術が年6例以上 ②肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈(化学)塞栓療法の合計が年6例以上
		肝道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年10例以上
放射線療法	①肝臓、胆道(胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する治療が年1例以上 ②強度変調放射線治療(IMRT)を提供できること ③定位放射線照射による治療(SBRT)を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること ⑤放射線治療用吸収性組織スペーサを、消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。	胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設
薬物療法	①肝臓、胆道(胆のう・胆管)、膵臓がんの合計が年12例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師(がん薬物療法認定看護師)のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	肝臓がんに対する薬物療法が年1例以上
		胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年6例以上
特記事項	①同右 ②削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む

9. 膵臓がんの選定要件(改定案)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件(案)	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	同右	(一財)日本消化器病学会認定施設
	同右	(一社)日本消化器外科学会認定施設
	(一社)日本膵臓学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上 ＊次回改定時には、修練施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(公社)日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、(公社)日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、(公社)日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	高難度肝胆膵外科手術が年20例以上	①肝臓がんに対する手術が年6例以上 ②肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈(化学)塞栓療法の合計が年6例以上
		肝道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年10例以上
放射線療法	①肝臓、胆道(胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する治療が年1例以上 ②強度変調放射線治療(IMRT)を提供できること ③定位放射線照射による治療(SBRT)を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること ⑤放射線治療用吸収性組織スペーサを、消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。	胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設
薬物療法	①肝臓、胆道(胆のう・胆管)、膵臓がんの合計が年12例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師(がん薬物療法認定看護師)のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	肝臓がんに対する薬物療法が年1例以上
		胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年6例以上
特記事項	①同右 ②削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む

0204

15. 泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）の選定要件（改定案）

資料9-5
(修正前)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件（案）	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	（一社）日本泌尿器科学会専門医教育施設（名称の変更）	（一社）日本泌尿器科学会専門医拠点教育施設または関連教育施設
	（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会取得者が常勤で1名以上 ＊次回改定時には、（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器ロボット支援手術プロクター認定制度による認定取得者が常勤で1名以上	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	ロボット手術＋腹腔鏡による手術＋開腹手術の合計が40例以上	前立腺がんに対する手術が年6例以上ある施設。 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して手術を実施していて、その手術が年6例以上ある施設
放射線療法	①年12例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること ④放射線治療用吸収性組織スペーサを、泌尿器科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。 ⑤自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年12例以上を満たしていること	前立腺がんに対する放射線治療が年6例以上ある施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年6例以上ある施設
薬物療法	①年24例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	前立腺がんに対する薬物療法が年6例以上ある施設
特記事項	①削除 ②同右 ③削除 ④削除	①前立腺がんに対する新規治療（手術、放射線療法、薬物療法などすべて含む）が年20 例以上ある施設 ②症例数は直近3年間の平均値 ③放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ④放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年6例以上の施設も可とする

0205

15. 泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）の選定要件（改定案）

資料9-6
(修正後)

項目	第8次沖縄県医療計画時の選定要件（案）	第7次沖縄県医療計画時の選定要件
学会の認定	（一社）日本泌尿器科学会専門医教育施設（名称の変更）	（一社）日本泌尿器科学会専門医拠点教育施設または関連教育施設
	（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器腹腔鏡技術認定者が常勤で1名以上 ＊次回改定時には、（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器ロボット支援手術プロクター認定制度による認定取得者が常勤で1名以上	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	ロボット手術＋腹腔鏡による手術＋開腹手術の合計が40例以上	前立腺がんに対する手術が年6例以上ある施設。 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して手術を実施していて、その手術が年6例以上ある施設
放射線療法	①年12例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること ④放射線治療用吸収性組織スペーサを、泌尿器科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。 ⑤自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年12例以上を満たしていること	前立腺がんに対する放射線治療が年6例以上ある施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年6例以上ある施設
薬物療法	①年24例以上 ②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師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	前立腺がんに対する薬物療法が年6例以上ある施設
特記事項	①削除 ②同右 ③削除 ④削除	①前立腺がんに対する新規治療（手術、放射線療法、薬物療法などすべて含む）が年20 例以上ある施設 ②症例数は直近3年間の平均値 ③放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ④放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年6例以上の施設も可とする

資料 10-1

2026 年 5 月 8 日

沖縄県がん診療連携協議会

委員各位

幹事長

増田昌人

昨年度の連携協議会の審議事項のその後について

＜令和 7 年度第 1 回連携協議会（5 月 9 日開催）＞

審議事項 1 「第 4 次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について（ベンチマーク部会）

➡令和 7 年度第 4 回協議会において、中間評価をしていくことが決議された。

審議事項 2　北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について（離島・へき地部会）

天野委員より、特に地域で実際に医療を受ける患者さん、ご家族の方の理解を得ていただくことが重要、患者会には個別に説明が必要。

2025 年 7 月 18 日、19 日にかけて、北部医療圏に対して、①名護市の渡具知市長、健康増進課長ら 4 名に対して、北部医療圏における診療目標を説明し、理解を得た、②患者会（オストミー協会やんばる友の会の会長以下 3 名）に対して、同様に説明を行った、③一般市民向け講演会を行い、北部医療圏における診療目標を説明した。

2025 年 8 月 22 日、23 日には宮古医療圏に対して、①宮古島市の砂川副市長、市民生活部長ら 4 名に対して、宮古医療圏における診療目標を説明し、理解を得た、②患者会（まんま宮古、ゆうかぎの会）の 4 名に対して、同様に説明を行った、③一般市民向け講演会（参加者 43 名、新聞社 3 社）を行い、宮古医療圏における診療目標を説明した。

2025 年 11 月 21 日(金)、22 日（土）には八重山医療圏に対して、①市民保健部長、保健福祉センター長に対して、八重山医療圏における診療目標を説明し、理解を得た、②患者会(ナネーズ・ナネーズ slow・やいまゆんたく会)の 7 名に対して、同様に説明を行った、③一般市民向け講演会（参加者 35 名）を行い、八重山医療圏における診療目標を説明した。

➡その後は、特になし

審議事項 3 「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて（医療部会、ベンチマーク部会）

（1）令和 7 年度第 1 回連携協議会(以下、協議会)、資料 11-3 について、天野委員より、厚労省の文言にならい、6（1）に「心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること」を追記していただきたい、また、5 に「遺伝カウンセリングを行う体制を有すること。それが難しい場合は、他の遺伝カウンセリングを有する医療機関と連携する体制を整えること。」の文言を追記していただきたいとの意見があった。

『「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件』において、上記委員の意見の通りに修正を行った。

（2）令和 7 年度第 1 回協議会、資料 11-5 について、松永委員より、胃がんの外科的治療は 12 例以上ということだが、ハイ ボリュームセンターの件数は、30 例以上(※第 1 回協議会資料、P568 参照)となっていることについて指摘があったため、件数について、ワーキングの方で再検討することとなった。

胃がん WG で再度検討し、12 例から 15 例にした。

（3）令和 7 年度第 1 回協議会資料、11-8 について、戸板委員より日本放射線腫瘍学会認定施設 C とあるが、A と B も条件を満たしているので、C の文言は記載なしで良いのではとの意見があり、そのように修正することとなった。

上記委員の意見の通りに修正を行った。

審議事項 4 各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて（小児・AYA 部会、離島・へき地部会）

（1）原案通り、承認された

➡現在、この制度を導入していない 34 市町村に対して、依頼文書を送付した。

（２）玉城先生よりメディアをいれて発信した方が良いのではとの意見があり、発信方法

について検討することとした。

➡2026 年 3 月 19 日の第 4 回小児・AYA 部会において検討したが、特に妙案は出なかった。

＜令和 7 年度第 2 回連携協議会（8 月 1 日開催）＞

審議事項 1　沖縄県における医療機関の集約化と分散化について

（１）　報告：「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の概要　（ベンチマーク部会）

➡報告事項なので、特になし

（２）　審議：医療機関の集約化と分散化に関する協議会の今後の方針　（医療部会）

➡修正意見はなかったので、特になし

（３）　審議：選定条件の見直し期間の短縮について（提案）　（医療部会）

➡原案通り可決された。

2025 年 8 月 27 日付けで、連携協議会鈴木幹男議長から沖縄県保健医療介護部糸数公部長に、提案書（琉大西総第 309 号）を送付した。

2026 年 1 月 15 日に、沖縄県保健医療介護部糸数公部長から、連携協議会鈴木幹男議長に文書（保健第 434 号）が送付された。連携協議会の提案通り、今後は 3 年ごとに掲載要件の見直しを行うことになった。

（４）　審議：選定された医療機関に患者を集約するために行うこと（提案）　（医療部会）

➡修正意見はなかったが、いくつかの関連分野も含めてのご意見や情報提供があった

◎天野委員から、①医療機関名の公開だけでは患者はイメージがわかないので、「広島県がん医療ネットワーク」の模式図等を参考に分かりやすく周知をした方がよいとのご意見、②東北大学病院の MR リニアックの導入によりへき地の患者の負担が軽減できた事例の紹介

➡①については、連携協議会事務局で検討し、広報の際の参考にいたします。②については、医療部会と離島・へき地部会へ紹介します。

◎西原委員から、離島の外科医療を、がんだけではなく救急医療や非がん患者に対する外科医療も含めて、今後も広く議論をしていってほしい。

➡この点については、今後も医療部会と離島・へき地部会で議論を継続していきます

◎田名委員代理の玉城医師から、離島医療、特に県立宮古病院と八重山病院の医師の充足について、沖縄県医師会の今後の方向性の報告があった

➡今後、医療部会と離島・へき地部会で報告します

＜決定事項のその後＞

1　検診後の精密検査等を行っている医療機関に対して、「がんと診断した場合は、選定された医療機関へ紹介を促す」依頼文書を送り、協力を依頼する

➡2026 年 1 月 16 日に、対象の 83 医療機関に送付した。

2　県内のすべての医療機関に対して、「がん医療においては選定された医療機関がある」ことを理解していただくための依頼文書を送り、協力を依頼する

➡2026 年 2 月 2 日までに対象の 801 医療機関に送付した。

3　県内医療機関でがんの相談支援を行っている部署に対して、「がん医療においては選定された医療機関がある」ということを理解してもらえるように、年に数回ある研修会において、研修に組み込んでもらう。

➡2026 年 3 月 19 日に、県内のがん相談や地域連携に携わっている看護師と医療ソーシャルワーカーを対象に研修会を行った。（資料 10-2）

4 沖縄県民に対して、

（1）毎年発行している「おきなわ がんサポート ハンドブック」において、選定された 医療機関への受診を促すような文言修正を行い、受診を促す

➡がん診療を行う医療施設一覧のページに、「まずはこれらの施設での診療をおすすめします。」の一文を加えた。（今年度版を配布）

（2）各地の患者会に対して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う

➡北部医療圏：オストミー協会やんばる友の会

宮古医療圏：まんま宮古、ゆうかぎの会

八重山医療圏：ナネーズ、ナネーズ slow、やいまゆんたく会

の６団体に対して説明を行った。

（３）リレー・フォー・ライフ・ジャパンの開催時に出店して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う

➡リレー・フォー・ライフ・ジャパンに参加した方々に説明を行った。

（５） 審議：「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について（修正案） （医療部会）

◎埴岡委員から、臨床試験等に対する積極的な情報提供をしていることを要件に入れたほうがよいとのご意見

➡体制整備の要件の７「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）」と８ 臨床試験及び治験の項目に、積極的な情報提供の条件を追加した（令和７年度第２回協議会の審議事項１（5）で報告済）

（６） 審議：がん種ごとの選定条件 （①脳腫瘍（脳・中枢神経系）、②頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾 液腺）、③甲状腺、④食道、⑤胃、⑥大 腸、⑦肝臓、⑧胆道（胆のう・胆 管）、⑨膵臓、⑩肺、⑪骨・軟部腫瘍、⑫難治性皮膚がん、⑬乳房、⑭婦人科 がん（子宮頚部、子宮体部、卵巣）、⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）、⑯ 血液腫瘍、⑰小児がん、⑱ＡＹＡ世代のがん、⑲希少がん、⑳遺伝性腫瘍）（ベンチマーク部会）

◎平良孝美委員より、認定看護師の名称の間違いの指摘があった。

➡がん薬物療法認定看護師を、がん化学療法看護認定看護師またはがん薬物療法看護認定看護師に変更しました。

◎銘苅桂子 小児・AYA 部会副部会長（陪席）からは、小児がんの要件に、妊孕性温存の項目を入れたほうがよいとのご意見

➡小児がん WG および AYA 世代のがん WG で議論を行いました。その結果、小児がん分野では既に行われているので選定要件には入れない、AYA 世代のがん分野では重要なので選定要件に入れるということになった。

審議事項２　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について
（ベンチマーク部会長）

➡特に協議はなかったので、対応は特になし

＜令和７年度第３回連携協議会（11 月７日開催）＞

審議事項１　病棟における学齢期の入院患者への Wi-Fi 無料開放について（要望）（小児・AYA 部会）

原案通り可決された。

➡2026 年２月からは、Wi-Fi 無料開放を行っている。

審議事項２　沖縄県における医療機関の集約化と分散化について（医療部会）

原案通り、可決された。

2026 年１月 19 日に、連携協議会鈴木幹男議長から、沖縄県保健医療介護部糸数公部長に、報告書を送付した。

審議事項３　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について
（ベンチマーク部会長）

➡特に協議はなかったので、対応は特になし

＜令和７年度第４回連携協議会（２月６日開催）＞

審議事項１　周術期における口腔機能の管理について（沖縄県歯科医師会）

➡原案通り可決された。

2026 年３月５日に、連携協議会鈴木幹男議長から、がん診療を行っている医療機関 24 施設に、要望書を送付した。

審議事項２　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について（ベンチマーク部会）

➡原案通り可決された。

➡令和７年度第４回協議会以降に開催された専門部会において、順次中間評価に関する協議を始めている。



令和7年度第２回がん相談従事者研修会

沖縄県のがん医療の集約化・均てん化に関する今後の展望

2026 3/19（木） 17：30～19：00
（受付開始17：00）

参加費無料
要申込

オンライン研修

プログラム

17:30～18：30

がん医療の集約化を進めるためのがん相談支援センターの役割

琉球大学病院 がんセンター長
増田昌人　先生

18：30～

質疑応答

2025年8月、厚生労働省より都道府県に対して、2040年を見据え、がん医療の均てん化・集約化の検討および必要に応じた集約化推進に関する通知が発出されました。
　本研修では、沖縄県のがん医療提供体制と集約化の現状を学び、今後の患者支援・情報提供の在り方についてお話いただきます。

対象

がん相談に携わるMSW・看護師等
地域連携業務に携わる方
がん診療を行う医療施設に所属する医療従事者

お申し込み

申込締切
3/16(月)正午
専用フォームから
お申込み下さい

共催：沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会
琉球大学病院

問合せ
琉球大学病院がん相談支援センター
TEL：098－894-1508（大久保）

2025 年度第 2 回がん相談従事者研修会　開催要項

2026 年２月５日現在

１．研修概要

日時：2026 年　3 月 19 日（木）17:30～19：00

開催方法：オンライン（ZOOM）

研修名：令和 7 年度第 2 回がん相談従事者研修会「沖縄県のがん医療の集約化・均てん化に関する今後の展望」

対象者：がん相談に携わる MSW・看護師等の医療従事者、地域連携業務に携わる方、
がん診療を行う医療施設に所属する医療従事者

参加予定者：50 人程度

参加費：無料

主催：沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会、琉球大学病院がんセンター

申し込み方法：申込専用フォームより受付。（３月１６日（月）正午　〆切厳守）

https://forms.gle/2zNHiXyH5y4cpvVm6

その他：受講証の発行はありません

２．研修目的

・沖縄県の地域医療における医療機能の集約化と分散化に関する展望を学ぶ。

・がん医療の集約化ついて理解を深め、患者さんへ適切に情報提供できるようになる。

３．学習（到達）目標

①沖縄県の地域医療におけるがん医療提供体制を理解する。

②医療機能の集約化・均てん化に関する検討課題を認識する。

③相談者に対し医療提供体制に即した情報提供が行えるようになる。

４．講師・スタッフ

講義：「がん医療の集約化をすすめるためのがん相談支援センターの役割について」

講師：増田昌人（琉球大学病院　がんセンター長）

全体司会：大久保礼子（琉球大学病院）

閉会挨拶：友利晃子（情報提供・相談支援部会長・琉球大学病院）

運営スタッフ：大久保

５．プログラム

17：00～　　受付

17：30～18：30　講義

18：30～18：45　質疑応答

18：45～　　閉会挨拶、アンケート記入、

６．費用

講師謝金・旅費、会場費：　琉大病院規定により支出

７．申込フォーム内容

本研修へのお申込みありがとうございます。

＊下記の項目をご記入の上、送信ボタンを押してください。申し込みが正常に完了したらメールが自動返信されます。

ー ー

メールアドレス入力：（このフォームでは回答者のメールアドレスを収集しています。）

１．お名前＊

２．ふりがな＊

３．所属施設名＊

４．部署名＊

５．連絡先＊

６．職種（資格）＊

看護師・社会福祉士・事務職・その他（　　）

７．現在の職種での経験年数＊

１～５年未満・５年以上

８．がん相談支援業務へ従事状況

なし・専従・専任・兼任・その他（　）

９．受講申し込みのきっかけや動機を教えてください。

業務上、必要性を感じたため・スキルアップや自己研鑽のため・参加するよう誘い指示があったため・テーマに興味関心があるため・その他

１０．講師にご質問がありましたらご記入ください。

11．その他、連絡事項がありましたらご記入ください。

送信

ー ー

記入したメールアドレスに自動返信が届いているか確認してください。しばらくたっても返信がない場合は、メールアドレスの記入が間違っている可能性があります。その場合はお手数ですが申込をやり直してください。

BE
STYLE

オンライン患者会



BE STYLE 活動報告

春のオンライン患者会

2026年の患者会は、オンライン開催からスタート致しました。AYA世代の患者さんは、治療の経過が良好で、体調が回復してくると、仕事に復帰される方も多く、予定を合わせて集まる事が難しい面もありますが、タイミングが合えば、患者会以外でも交流があり、お互いに良いバランスで支え合えているなと、感じています。
患者会の参加ではなく、相談だけ乗って欲しいと言う方や、顔は出したくないけど、患者会には参加したい等、細かい要望にも、柔軟に対応しております。
また、新しく相談に来られる方には、がん相談支援センターをご紹介しております。 ただ、運営側である代表と私の生活環境に変化があり、以前よりも患者会に割ける時間がタイトになっております。出来る範囲のギリギリの活動になってしまっているのですが、それでも、小さな患者会をみつけて、コンタクトを取ってくれる方々がいらっしゃるので、引き続き、患者会の開催、イベントへの参加、情報の配信、メール相談等、活動を継続して参りたいと思います。

沖縄県のご長寿は、健在です！

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、
がんによる死亡を増やす
原因になっていないだろか？

ターゲットは「協会けんぽ」

音声 by 動画制作会社VIDWEB（https://vidweb.co.jp/）、**音声データは非公開です。**

がん経験者の会：又 吉　賢 弘

加入者１人当たり医療費（協会けんぽ・７５才未満）

加入者1人当たり医療費（疾病分類別）

入院

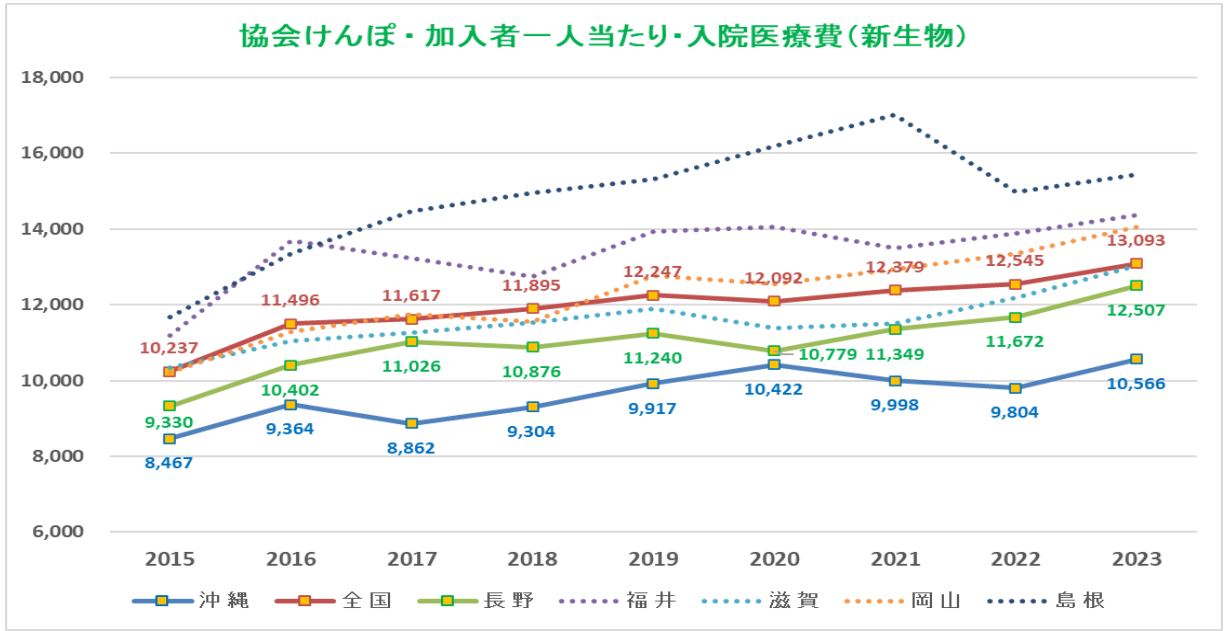
	感染症及び寄生虫症	新生物	血液及び造血器の疾患並びに免疫機能の障害	内分泌、栄養及び代謝疾患	精神及び行動の障害	神経系の疾患	眼及び付属器の疾患	耳及び乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	消化器系の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患
全国	793	12,545	435	1,059	1,861	2,337	914	257	**9,894**	1,982	3,829	345	4,360
福井	822	13,894	367	1,380	2,613	3,005	1,308	458	10,162	2,502	3,929	408	5,388
長野	594	11,672	349	1,087	2,043	2,907	832	267	9,378	1,783	3,635	257	4,204
滋賀	934	12,189	537	1,158	1,534	2,285	895	277	9,587	1,914	3,828	275	4,363
島根	861	14,970	609	1,274	2,607	2,460	1,369	285	10,733	2,035	4,135	514	5,471
岡山	840	13,361	441	1,301	1,734	2,443	1,122	267	8,454	2,226	4,021	336	4,328
沖縄	958	**9,804**	543	1,131	2,200	2,293	996	247	**11,247**	2,660	4,083	432	3,620

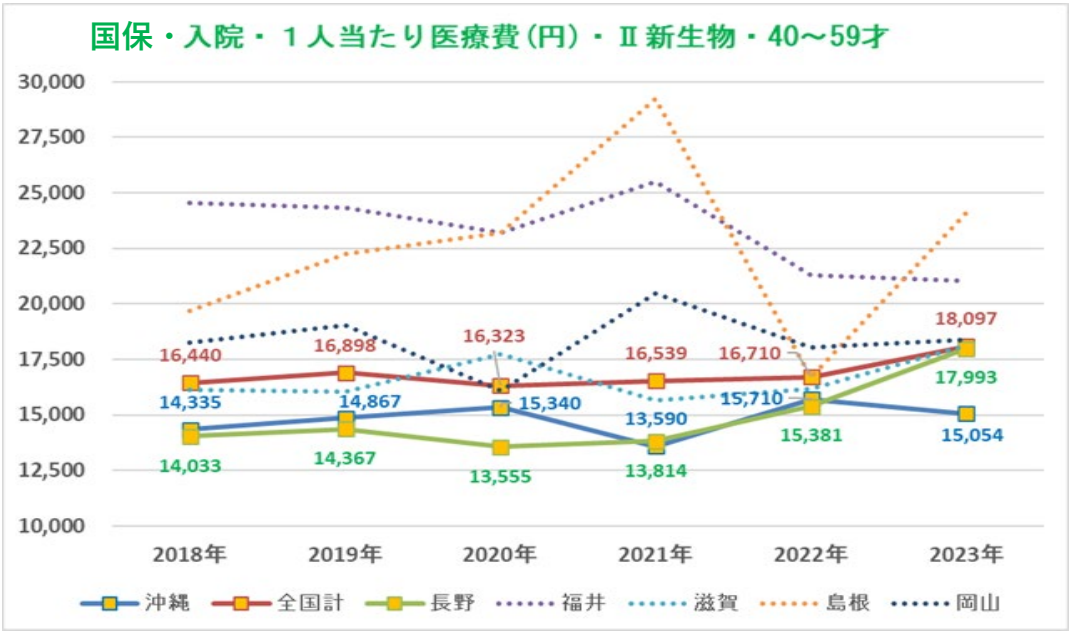
加入者1人当たり医療費（疾病分類別）

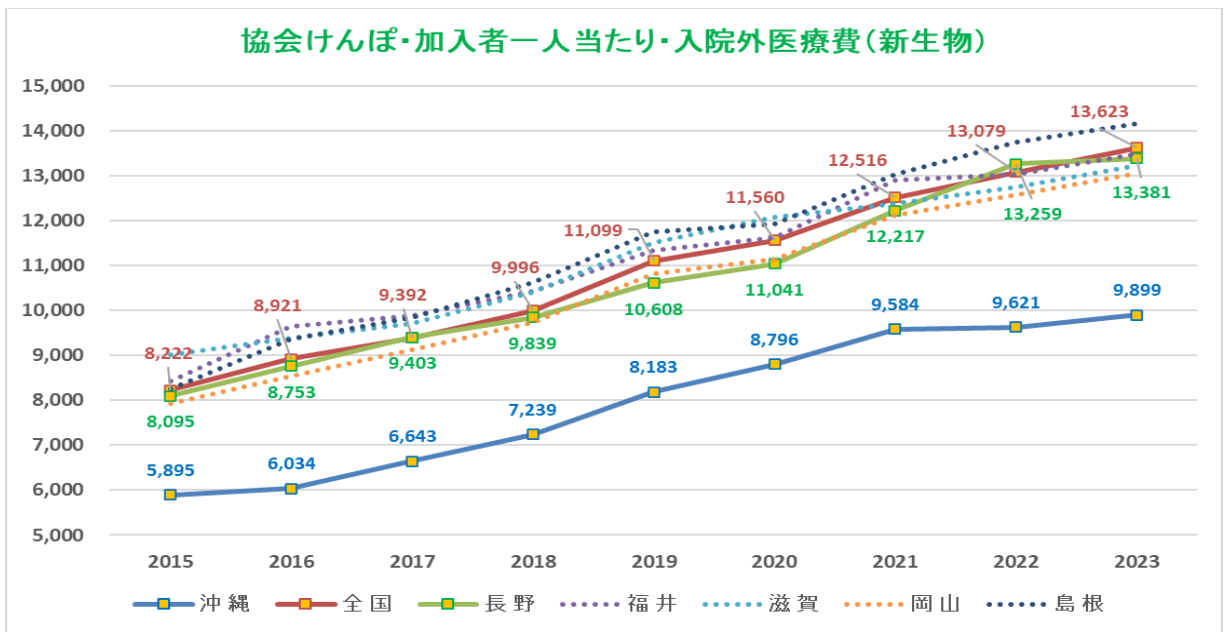
入院外

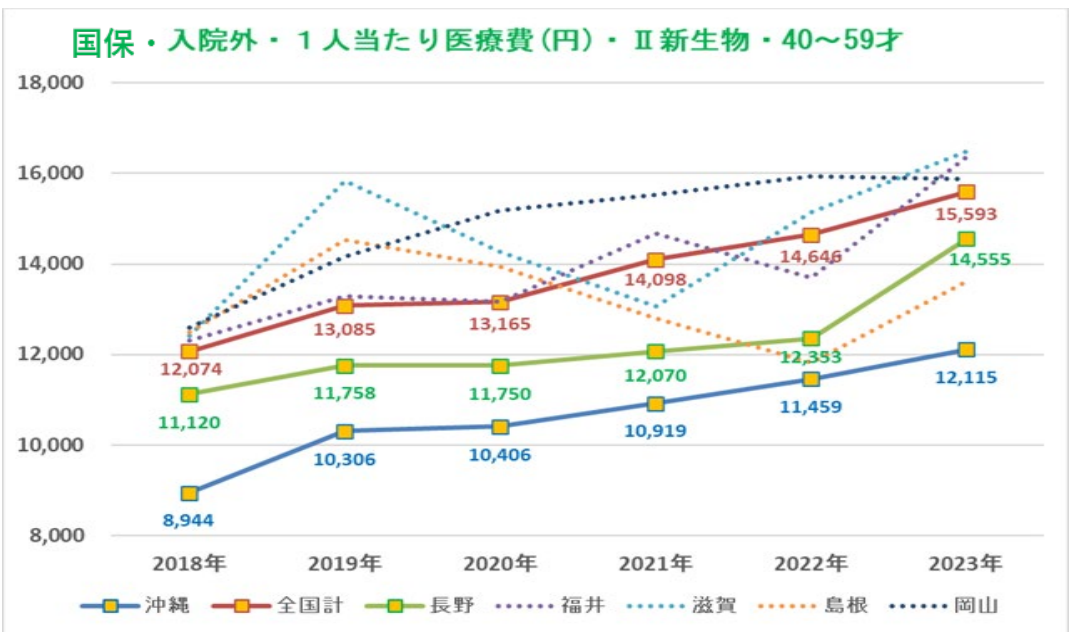
	感染症及び寄生虫症	新生物	血液及び造血器の疾患並びに免疫機能の障害	内分泌、栄養及び代謝疾患	精神及び行動の障害	神経系の疾患	眼及び付属器の疾患	耳及び乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	消化器系の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患
全国	3,946	13,079	2,236	13,739	5,771	4,310	5,357	1,285	13,438	15,715	7,640	7,220	9,219
福井	3,685	13,030	3,375	13,521	6,560	4,159	4,931	1,206	14,164	15,459	6,340	7,768	9,506
長野	3,413	13,259	3,324	13,731	6,251	4,609	5,021	1,185	12,582	12,956	6,580	5,717	9,757
滋賀	3,564	12,747	3,286	13,046	5,618	4,439	5,209	1,370	12,392	13,949	6,981	6,972	8,596
島根	3,830	13,739	2,984	15,410	8,361	4,713	5,293	1,288	14,600	15,412	7,530	6,502	9,193
岡山	3,487	12,561	2,517	14,249	5,999	4,705	5,601	1,598	12,346	16,108	7,835	7,117	8,482
沖縄	3,039	**9,621**	2,142	10,875	5,376	4,002	5,138	1,019	13,030	15,804	5,538	5,708	8,224

出典：協会けんぽ・支部別医療費分析バックデータ（医療費分析2022.xlsx）







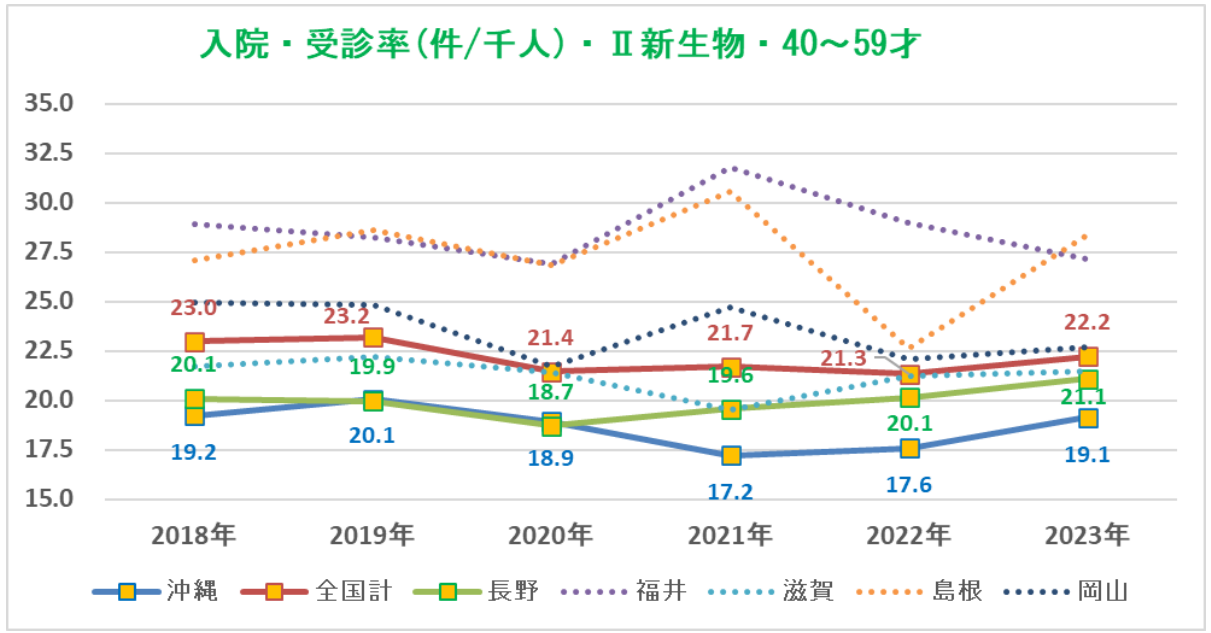


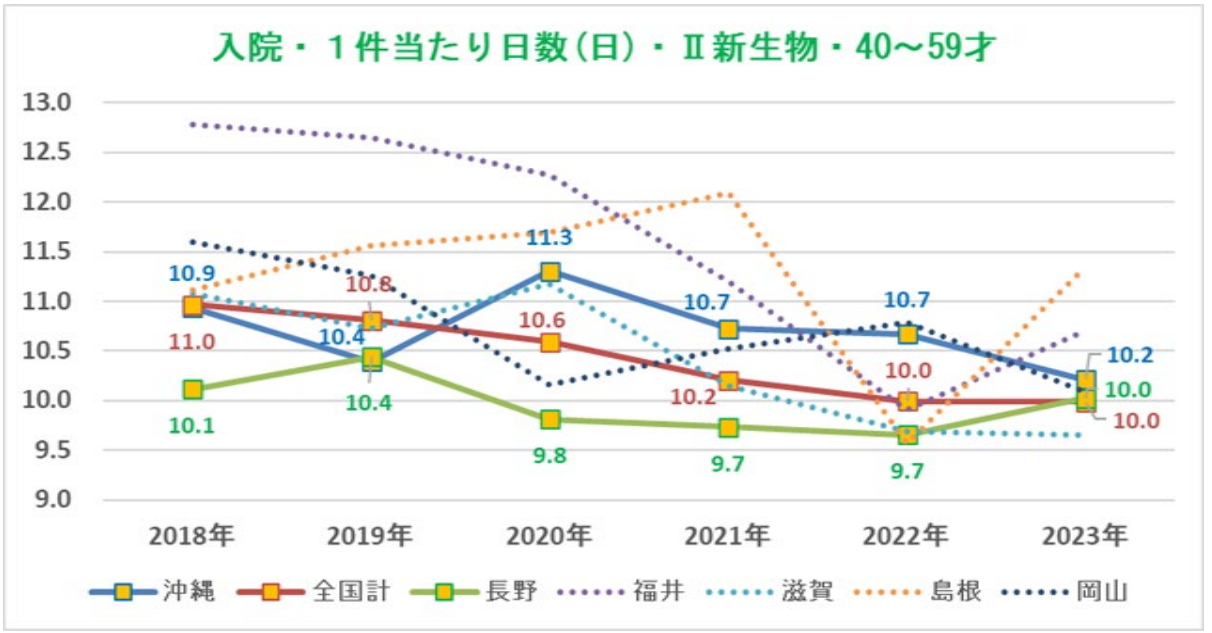
0220

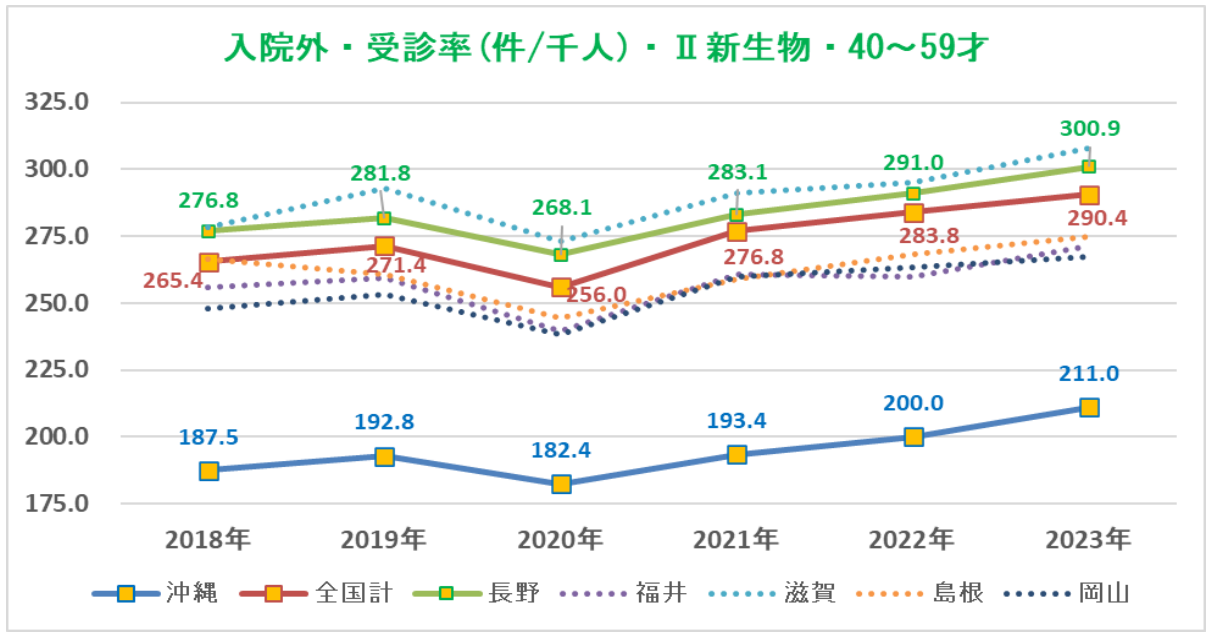
出典：協会けんぽ・支部別医療費分析バックデータ

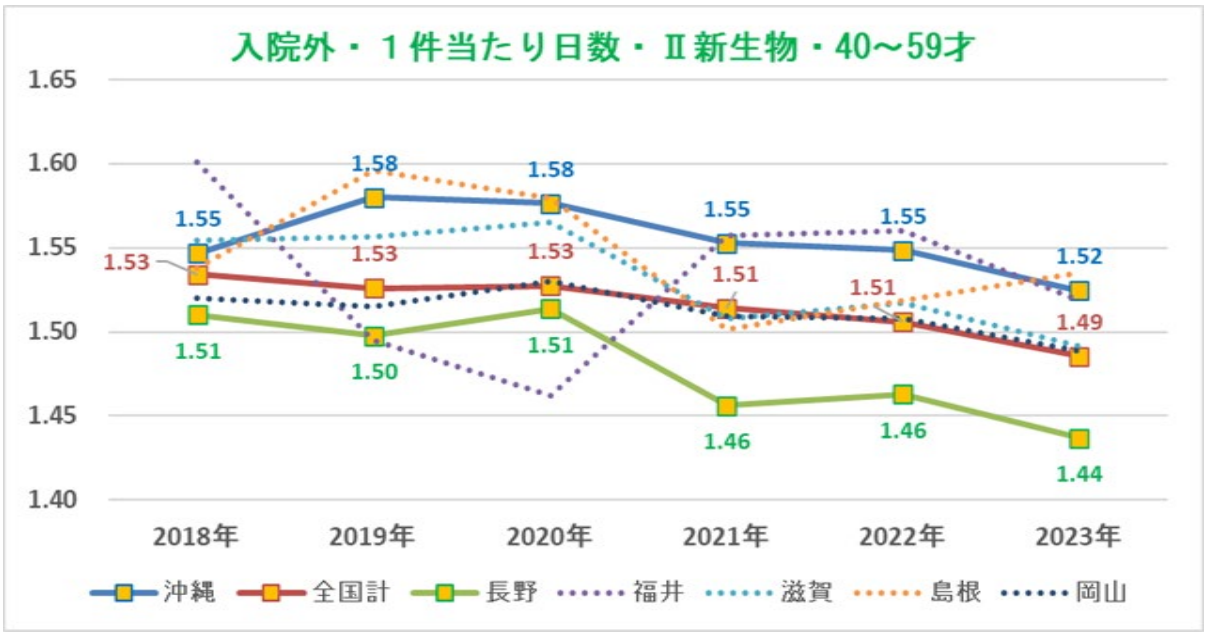
出典：e-stat「厚労省・医療給付実態調査（国保・後期高齢）」

3

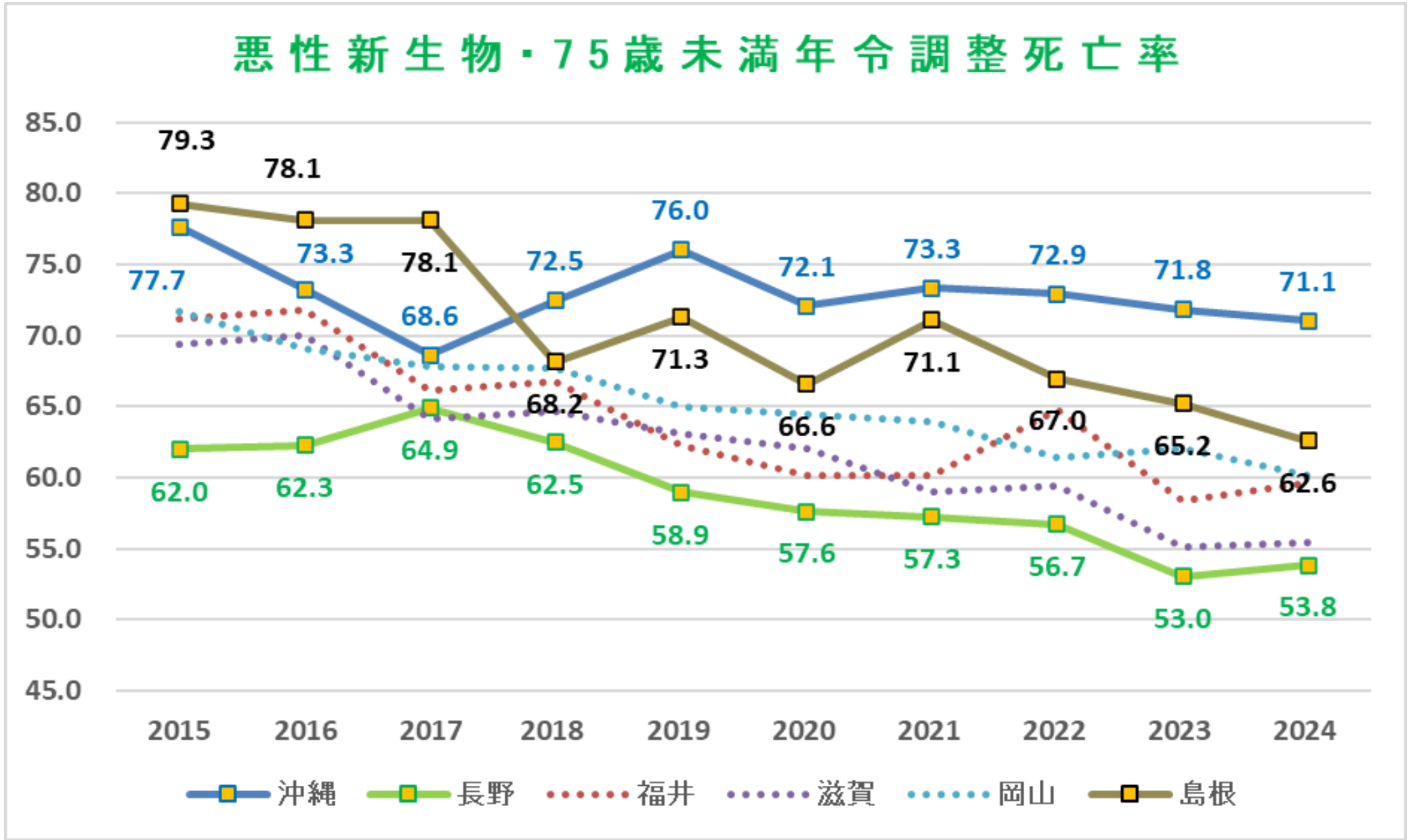






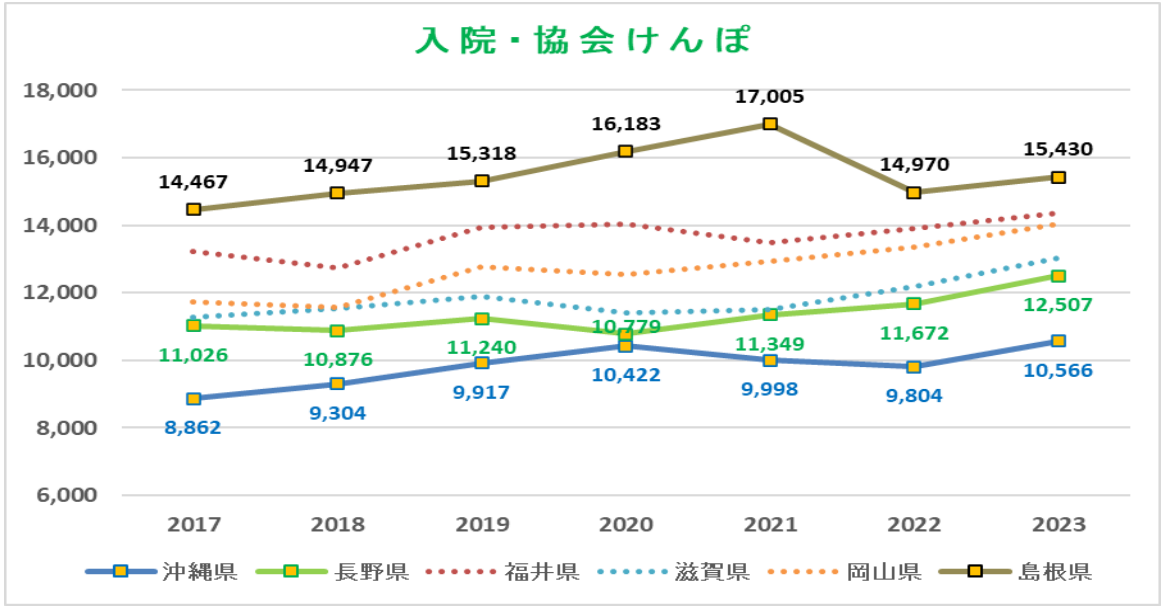


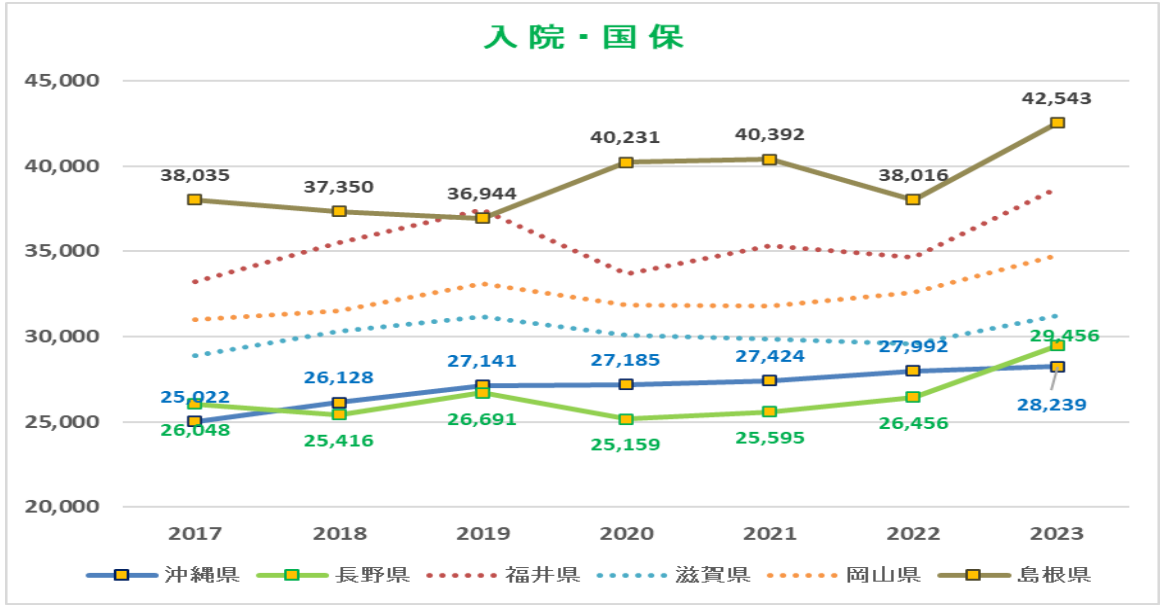
出典：e-stat「厚労省・医療給付実態調査（国保・後期高齢）」

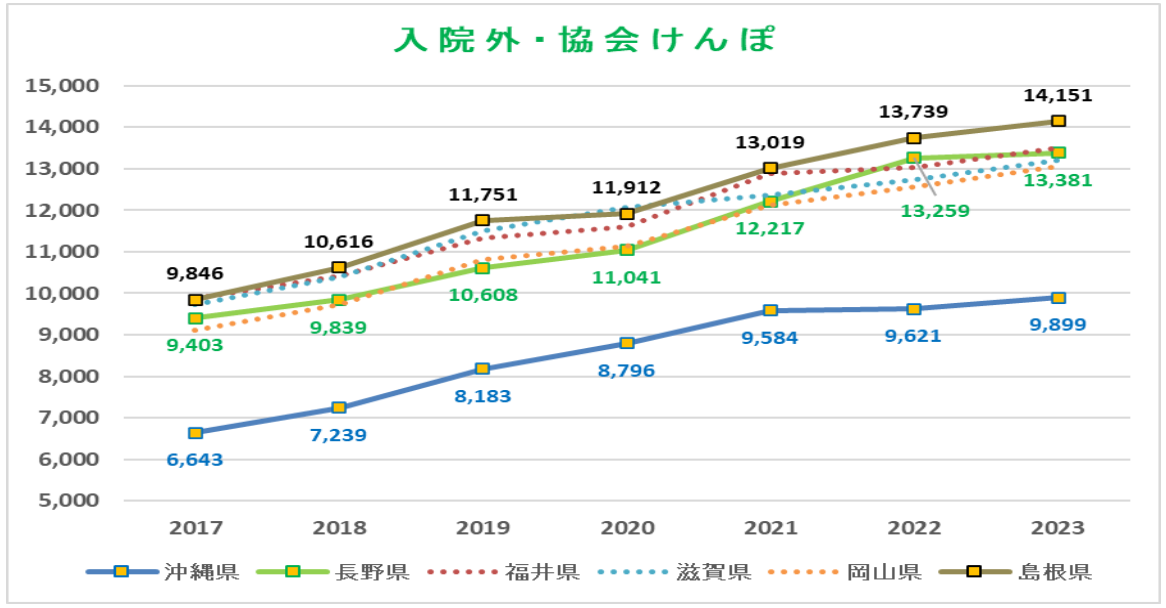


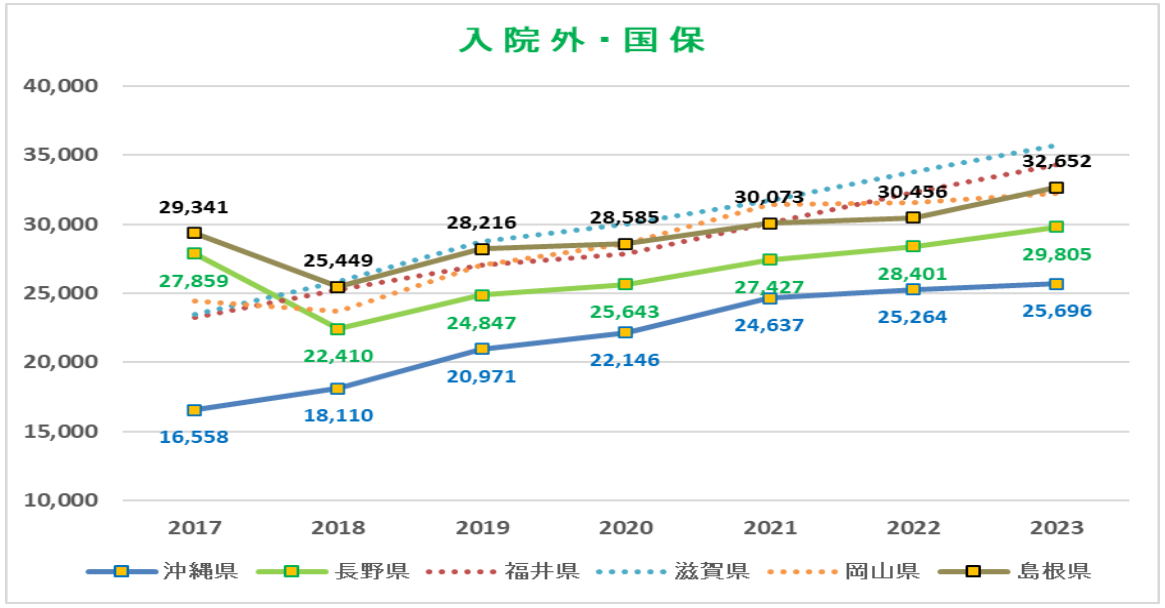
出典：厚労省「人口動態統計」

１人当たり年齢調整後医療費（新生物）





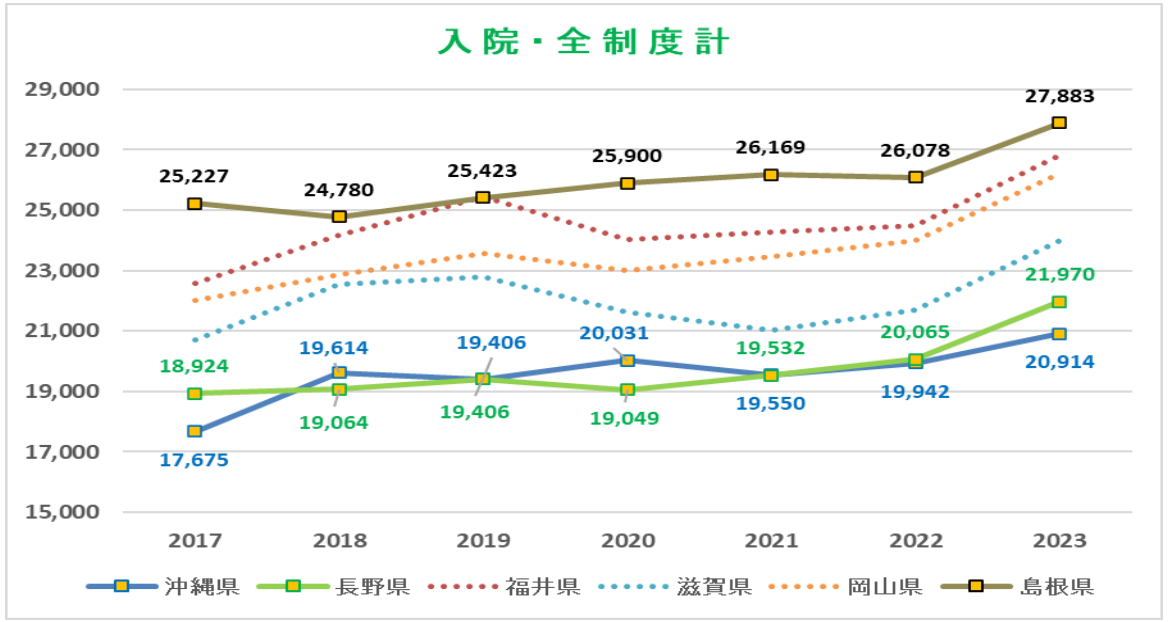


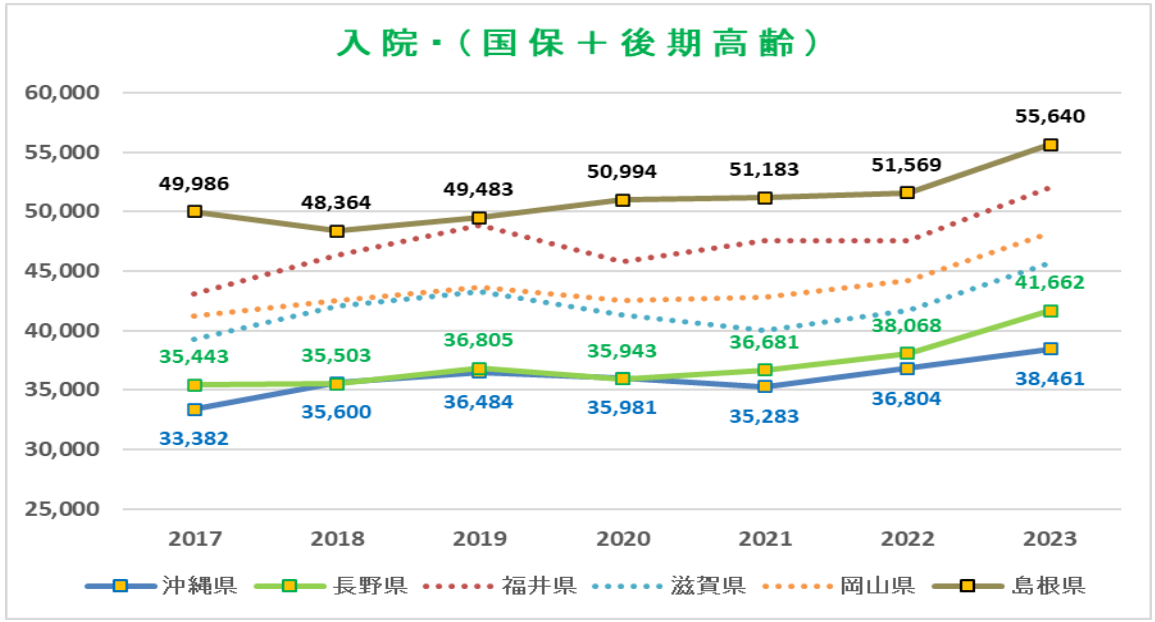


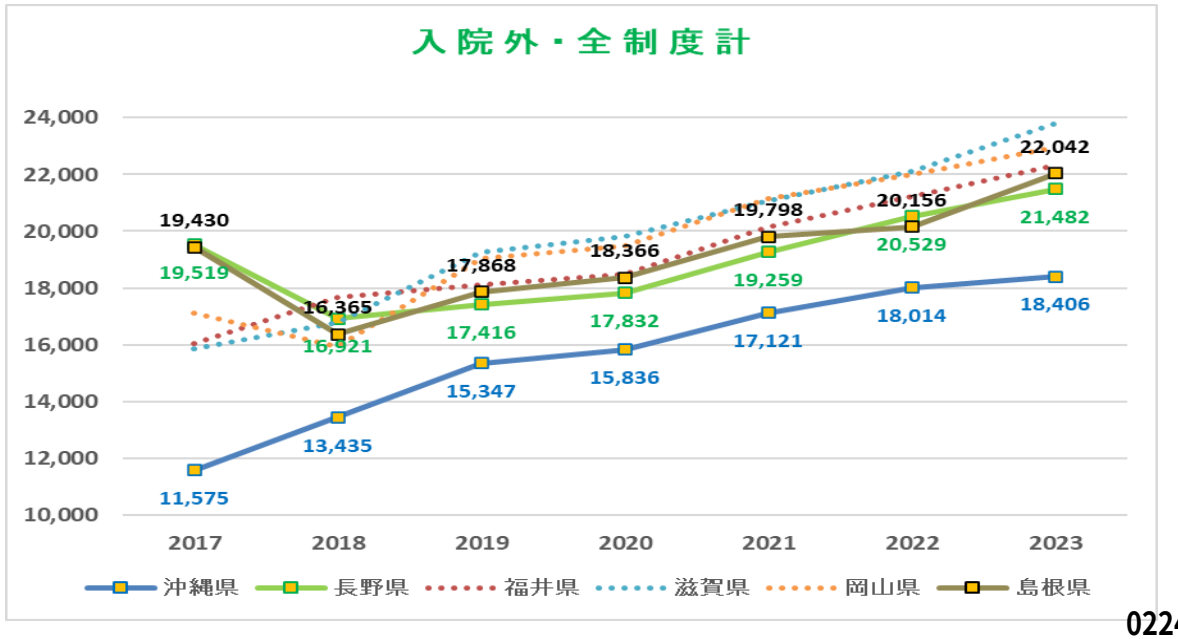
出典：協会けんぽ・支部別医療費分析バックデータ

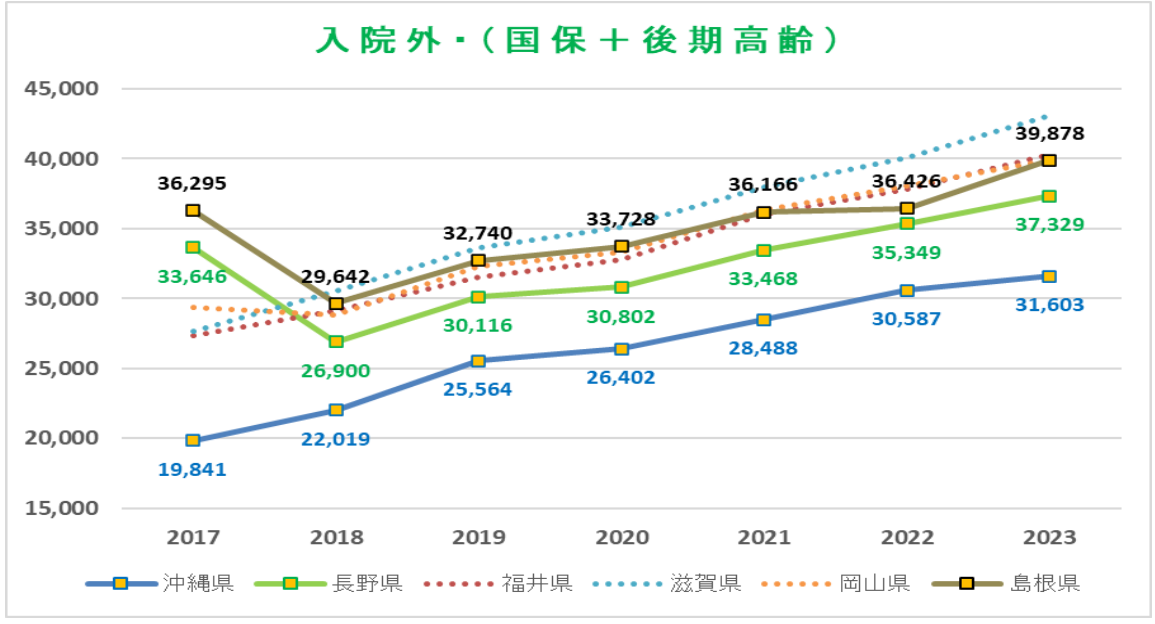
出典：厚労省「医療費（電算処理分）の地域差分析」

１人当たり年齢調整後医療費（新生物）









出典：e-stat「厚労省・医療給付実態調査（国保・後期高齢）」

7

図表14　都道府県別従業者規模別常用雇用者数の割合

（%）

都道府県	総数		0～19人		20～99人		100～299人		300～999人		1000人以上	
	総数（人）	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性
北海道	1,437,122	676,706	25.2	26.1	27.4	24.4	17.2	17.0	15.3	15.4	14.9	17.2
青森県	333,216	161,119	27.3	28.2	31.2	29.2	17.2	17.0	14.3	14.2	10.0	11.3
岩手県	321,691	150,243	26.6	27.5	31.2	27.7	18.1	18.4	15.0	15.4	9.1	11.0
宮城県	563,618	238,132	24.8	28.1	26.7	25.1	16.8	17.1	15.2	14.9	16.5	14.8
秋田県	265,529	129,414	28.0	28.3	32.6	28.8	16.4	15.8	13.7	13.9	9.8	13.2
山形県	315,872	146,584	27.2	29.6	29.9	27.2	18.5	17.9	14.7	15.4	10.0	10.0
福島県	506,272	241,972	26.5	27.0	27.4	23.6	16.1	15.9	13.6	12.7	16.4	20.8
茨城県	693,696	314,781	27.7	29.2	27.9	27.1	15.7	15.4	13.1	12.6	15.7	15.8
熊本県	441,230	218,734	28.9	30.3	30.4	29.9	18.5	19.1	12.7	12.1	9.5	8.7
大分県	320,234	161,284	27.4	28.2	29.0	27.0	17.4	16.9	10.8	10.7	15.4	17.2
宮崎県	277,679	139,699	30.6	31.3	31.9	31.7	18.3	17.5	12.3	12.1	6.9	7.3
鹿児島県	431,505	215,011	27.6	27.8	29.3	28.4	17.3	17.5	14.0	13.6	11.8	12.8
沖縄県	351,516	171,432	29.4	30.2	28.3	24.7	15.9	14.0	11.9	12.6	14.4	18.5
合計	44,003,257	19,281,504	19.9	23.0	21.2	20.5	14.2	13.8	13.9	13.1	30.7	29.5

6

従業員数100人未満　沖縄　57.7%
全国　41.1%

（備考）
総務省・経済産業省「平成24年経済センサス－活動調査（企業等に関する集計 産業横断的集計）」より作成。

2026 年４月

令和８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

【乳がん公開講座ｉｎ名護】

３月 22 日(日)　名桜大学にて、講師に宮良球一郎先生（医療法人　月桃会　宮良クリニック理事長）をお招きして開催いたしました。



1.開催の背景と意義

本講座は、ぴんく・ぱんさぁ　が活動の主軸としている中南部だけでなく、北部地域の支援体制を強化するために企画されました。
北部患者会「いっぽいっぽの会」との初の共同開催によって、これまでリーチできていなかった北部地域の方々への啓発を目的としました。

2.多角的な広報活動の展開

北部地域特有の伝達手段や親和性を考慮し、「いっぽいっぽの会」と協力して広報を行いました。具体的には、北部地域の各施設へのチラシ掲示と配布、コミュニティーFM での告知、Instagram での告知。



3.実施結果と考察

当日の参加者は約 40 名と、会場規模に対しては少数に留まりました。これは、北部における大規模イベントの周知の難しさや、移動手段の制約など、今後の地域課題が明確になった結果と言えます。
一方で、参加者の満足度は非常に高く、アンケート（別紙参照）では、ほとんどの方から好評をいただきました。「届けたい人に、深い内容を届けられた」という質的成果は大きいと評価しています。

4.今後の展望

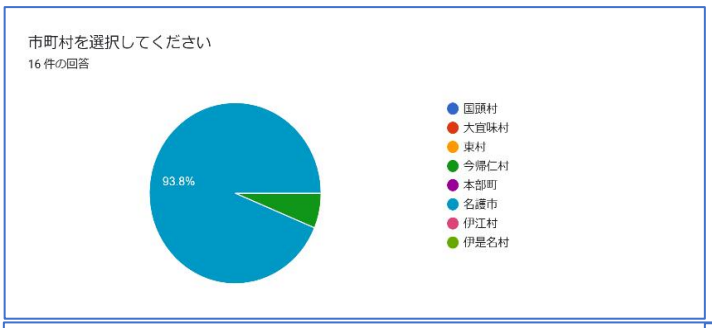
今回、北部患者会との連携を通じて、北部地域における患者会活動の足掛かりを築くことができました。
集客における課題を整理しつつ、「いっぽいっぽの会」との連携を継続・強化することで、沖縄県全域における乳がん啓発と患者支援の格差を解消していく一助としたいと考えています。

【現在の取り組み】

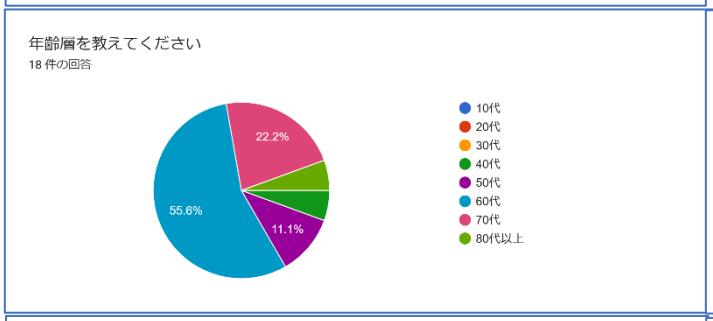
- 2026　WithYou OKINAWA の準備‥‥‥5 月 30 日（土）浦添市てだこホールにて開催予定
- ラジオ番組「ぴんくりぼんタイム」の継続
  ぎのわんシティ FM にて毎週金曜 19：30～20：00 放送中。様々な情報を発信しています。
- 公式 Instagram による継続的な情報発信　@okinawapinkpanther
  最新の活動状況、イベントの告知、検診啓発情報等をリアルタイムで発信しています
  。

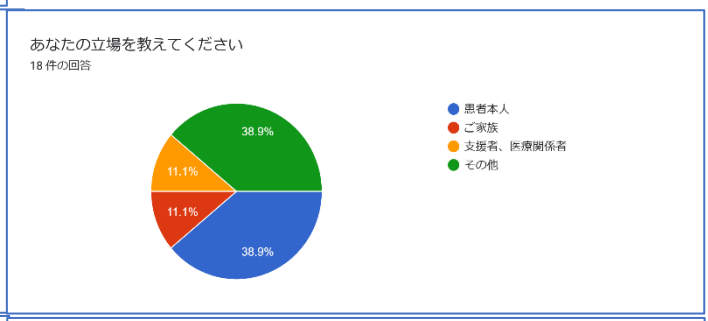
OKINAWAPINKPANTHER

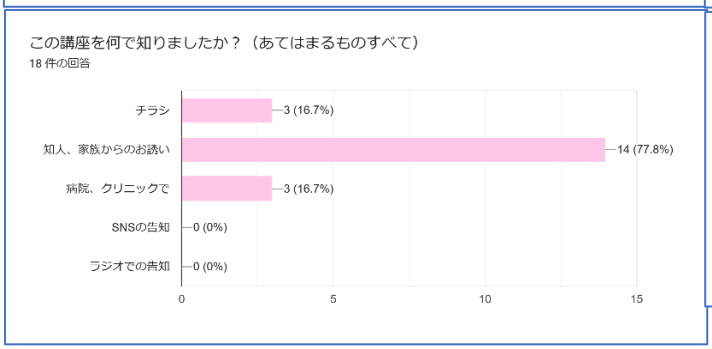
乳がん公開講座ｉｎ名護　アンケート結果

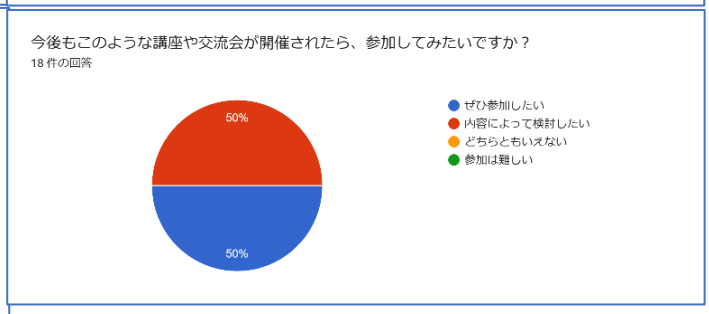


※「お住まいのエリア」の回答は、
18 件中 16 件が北部。
あとの２件は浦添市でそれ以外の
中南部、離島、県外は０件。









【ご意見・ご感想欄より抜粋】

「治療方法など、すごく進んでいるんですね。検診は受けていますがマンモとエコーの両方受けるようにします。」

「新しい治療方法、多くの選択肢がある事を知り、うれしくなりました。安心もしました。」

「**『自分の乳房を知る事』『自分に合った治療をする事』**」が大事。正しい知識の講演会でした。宮良先生ありがとうございました。」

「とても解りやすく、とても満足できる講演会でした。感謝です。」

「乳がんについて、正しい知識と最新の治療方法など学ぶことができました。　今後も、先生の講義にありました『**笑う**』『**歩く**』『**食生活に注意**』して、がん予防に努めていきたいと思います。
ありがとうございました。」

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）

2026年2月24日更新

沖縄県がん診療連携協議会の所掌外

がんの予防

番号	B 中間アウトカム
	①生活習慣(喫煙)
1	中間アウトカム
1	喫煙率と受動喫煙が減少できている
	②生活習慣(飲酒)
2	中間アウトカム
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
	③感染症対策(HPV)
3	中間アウトカム
1	HPV感染率の低下ができている
	④感染症対策(肝炎)
4	中間アウトカム
1	B型･C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている
	⑤感染症対策(HTLV-1)
5	中間アウトカム
1	HTLV-1 感染者数の減少ができている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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
2	がん種別罹患率が減少できている

がん検診

番号	B 中間アウトカム
	①科学的根拠に基づくがん検診の実施について
1	中間アウトカム
1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている
	②がん検診の精度管理等について
2	中間アウトカム
1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている
	③受診率対策について
3	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	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
2	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

医療部会

がん医療提供体制

番号	B 中間アウトカム
	①医療提供全般
1	中間アウトカム
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
	②病理診断
2	中間アウトカム
1	患者が、速やかな病理診断を受けられている
	③がんゲノム医療
3	中間アウトカム
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
	④手術療法
4	中間アウトカム
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
	⑤放射線療法
5	中間アウトカム
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
	⑥薬物療法
6	中間アウトカム
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
	⑦チーム医療の推進
7	中間アウトカム
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
	⑧医療実装
8	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

緩和・支持療法

緩和ケア・在宅医療部会

①緩和ケア

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
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
2	緩和ケアの質の向上ができている

②在宅医療

番号	B 中間アウトカム
2	中間アウトカム
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

医療部会

③リハビリテーション

番号	B 中間アウトカム
3	中間アウトカム
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

④支持療法

番号	B 中間アウトカム
4	中間アウトカム
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

小児・AYA部会

⑤妊孕性温存療法

番号	B 中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

個別のがん対策

医療部会

①希少がん

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
1	希少がん患者の生存率の改善ができている
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

②難治性がん

番号	B 中間アウトカム
2	中間アウトカム
1	難治性がん患者の生存率の改善ができている
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

小児・AYA部会

③小児がん

番号	B 中間アウトカム
3	中間アウトカム
1	小児がん患者の生存率の改善ができている
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

④AYA世代のがん

番号	B 中間アウトカム
4	中間アウトカム
1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている
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

医療部会

⑤高齢者のがん

番号	B 中間アウトカム
5	中間アウトカム
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

離島・へき地部会

⑥離島・へき地

番号	B 中間アウトカム
6	中間アウトカム
1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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
2	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

共生

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

情報提供・相談支援部会

①相談支援

1	中間アウトカム
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

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

②情報提供

2	中間アウトカム
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

③デジタル化

3	中間アウトカム
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

④就労支援（医療機関側）

4	中間アウトカム
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

⑤就労支援（職場側）

5	中間アウトカム
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

⑥アピアランスケア

6	中間アウトカム
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

緩和ケア・在宅医療部会

⑦自殺対策

7	中間アウトカム
1	がん患者の自殺を減らすことができている

情報提供・相談支援部会

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	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
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

基盤

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

協議会

①研究の推進

1	中間アウトカム
1	社会医学研究や臨床試験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

②人材育成の強化

2	中間アウトカム
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

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3	中間アウトカム
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

ベンチマーク部会

④がん登録の利活用の推進

4	中間アウトカム
1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている

協議会

⑤患者・市民参画の推進

5	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
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

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ・宮古病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	禁煙希望割合	男性	31.4% (2021) 58.9% (2016)	17.2% (2024) 19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
				女性	57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.1% (2024) 23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
		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 ※1		92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
		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		33.3% (2025) 33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

※1「あなたは、たばこが健康に与える影響について、どう思いますか？」に対して、肺がんに影響があると答えた者の割合

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう ・宮古病院(2025)(2026)	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
				(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
				(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	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	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
				飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※「望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者」とは、「家庭」「職場」「飲食店」のいずれか1つ以上において月1回以上受動喫煙の機会を有する者。

②生活習慣(飲酒)

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	ハイリスク飲酒者※の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
				女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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(2025)(2026)	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】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 224項(2023年2月17日公表) 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」3項 ASK調べ(2023年9月)

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	喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標	20歳以上の者の喫煙率	男性	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス 5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年(2025年1月31日公開)
				女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
		指標	中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	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 ＊「中高生の飲酒・喫煙状況等の全国学校調査(2024年度)」2025年夏公表予定
				高校生	男子2.5% 女子0.8% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	
		指標	妊婦の喫煙率		2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 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(2025年3月27日公開)
		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	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
				飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	
		指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
				(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
				(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号				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
2-1	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」	
			女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)		

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

A 分野アウトカム

番号				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
1-1	指標	がん種別年齢調整死亡率	全部位		男86.5 女57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男 長野県60.5 女 滋賀県42.2 (2023) 男 長野県65.2 女 徳島県47.1 (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)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ 部位別 75歳未満年齢調整死亡率(2025年11月12日公表)
			胃		男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 東京都2.2 (2024) 男 熊本県4.9 沖縄県4.9 女 佐賀県1.9 (2023) 男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	
			大腸		男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県8.4 女 滋賀県5.0 (2024) 男 香川県7.2 女 山形県4.3 (2023) 男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)		男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男 滋賀県3.1 女 秋田県0.7 (2023) 男 石川県3.3 女 石川県0.5 (2022)	
			肺		男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
			女性乳房		女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 徳島県5.1 (2024) 女 滋賀県6.1 (2023) 女 島根県5.4 (2022)	
			子宮頸部		女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 島根県1.9 (2024) 女 石川県2.9 (2023) 女 徳島県3.0 (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫		男3.8 女2.3 (2024) 男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.5 (2024) 男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男 島根県1.6 香川県1.6 女 山梨県0.6 (2024) 男 山形県1.1 女 香川県0.3 (2023) 男 島根県1.8 女 鳥取県他0.6 (2022)	

番号				がん種別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
1-2	指標	がん種別年齢調整罹患率	全部位		男387.6 女338.1 (2021) 男373.4 女314.5 (2020) 男405.0 女335.6 (2019)	男429.9 女344.7 (2021) 男416.0 女325.4 (2020) 男445.7 女346.7 (2019)	男 秋田県 508.5 女 青森県 373.9 (2021) 男 秋田県 479.6 女 北海道 351.7 (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」1)全国がん登録 2. 罹患 都道府県別がん罹患データ 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(2025年5月22日更新)
			胃		男28.9 女13.3 (2021) 男32.7 女10.4 (2020) 男30.3 女13.8 (2019)	男55.5 女20.7 (2021) 男54.9 女19.9 (2020) 男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県28.9 女 沖縄県13.3 (2021) 男 沖縄県32.7 女 沖縄県10.4 (2020) 男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
			大腸		男79.4 女42.1 (2021) 男77.5 女44.8 (2020) 男80.5 女41.4 (2019)	男71.1 女44.7 (2021) 男68.2 女42.1 (2020) 男73.2 女44.9 (2019)	男 大分県55.8 女 宮崎県34.7 (2021) 男 大分県57.9 女 熊本県35.1 (2020) 男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2 (2019)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)		男15.3 女5.2 (2021) 男15.6 女 5.2 (2020) 男18.2 女 4.9 (2019)	男17.2 女5.4 (2021) 男17.5 女 5.5 (2020) 男19.0 女 6.0 (2019)	男 新潟県11.9 女 岩手県3.7 (2021) 男 山形県12.6 女 山形県 4.0 (2020) 男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
			肺		男49.8 女20.5 (2021) 男50.2 女14.4 (2020) 男53.6 女21.4 (2019)	男59.5 女25.1 (2021) 男58.9 女24.0 (2020) 男61.9 女26.1 (2019)	男 沖縄県49.8 女 秋田県20.3 (2021) 男 長野県46.6 女 沖縄県14.4 (2020) 男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
			女性乳房		女106.1 (2021) 女104.8 (2020) 女112.1 (2019)	女102.3 (2021) 女95.0 (2020) 女100.5 (2019)	女 山口県88.9 (2021) 女 島根県76.3 (2020) 女 福井県80.6 (2019)	
			子宮頸部		女14.9 (2021) 女13.6 (2020) 女19.3 (2019)	女13.6 (2021) 女13.1 (2020) 女13.9 (2019)	女 山形県8.0 (2021) 女 富山県8.6 (2020) 女 島根県 8.8 (2019)	
			成人T細胞白血病リンパ腫		男10.2 女10.0 (2021) 男9.5 女7.8 (2020) 男14.0 女7.5 (2019)	男9.1 女6.0 (2021) 男8.8 女5.7 (2020) 男8.9 女5.7 (2019)	男 鳥取県5.7 女 岐阜県4.2 (2021) 男 青森県5.8 女 福井県3.6 (2020) 男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

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(2025)(2026)		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	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

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			【参考値】 協力医療機関 新規受診患者数 325人 (2024) 146人 (2023) 137人 (2022)	比較可能 データなし	参考値: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「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」HPVワクチン接種後に症状を呈した患者のサーベイランス受診患者数(2025年7月25日)

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 95.6% 2回目 96.0% 3回目 95.2% (2023) 1回目 96.0% 2回目 96.4% 3回目 94.3% (2022) 1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん対策推進計画(21項)より、ワクチン・検査推進課調べ (2024年5月15日) 全国値:厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」 (2026年1月27日閲覧)

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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 対人口100万人 8.9施設 (2023) 13施設 対人口100万人 8.8施設 (2022)	3,249施設 対人口100万人 25.8施設 (2023) 3,255施設 対人口100万人 26.2施設 (2022)	高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 (2023) 高知県69施設 対人口100万人 103.8施設 (2022)	地方自治体における肝炎対策実施状況調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,368 対人口10万人 365.8人 (2022)	786,219 対人口10万人 623.3人 (2022)	山梨県19,764 対人口10万人 2440.1人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数 (2025年3月7日)
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,970 対人口10万人 338.7人 (2022)	776,202 対人口10万人 615.3人 (2022)	山梨県19,689 対人口10万人 2430.8人 (2022)	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		19人 (2023) 0人 (2022) 0人 (2021)	5,833人 (2023) 5,628人 (2022) 4,397人 (2021)	大阪府805人 (2023) 大阪府871人 (2022) 大阪府954人 (2021)	地方自治体における肝炎対策実施状況調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	752人 (2023) 745人 (2022)	88,920人 (2023) 89,121人 (2022)	東京都7,302人 (2023) 北海道7,177人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成(都道府県別受給件数)(2025年3月7日)
			C型肝炎	38人 (2023) 47人 (2022)	7,904人 (2023) 9,221人 (2022)	東京都643人 (2023) 大阪府756人 (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(2025)(2026)		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		97.6% (2024) 100% (2023) 100% (2022)	91.9% (2024) 91.1% (2023) 86.3% (2022)	青森県他100% (2024) 青森県他100% (2023) 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」(2025年4月15日公表)

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		4 (2023) 12 (2022)	175 (2023) 87 (2022)	佐賀県 90 (2023) 長崎県 32 (2023)	感染症課調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

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	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

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型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	81.9% (2024) 80.3% (2021)	88.7% (2024) 86.5% (2021)	和歌山県他100% (2024) 鹿児島県100% (2021)	厚生労働科学研究(田中班)【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	64.2% (2024) 62.8% (2021)	79.3% (2024) 77.5% (2021)	佐賀県100% (2024) 鹿児島県95.5% (2021)	
		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	79人 対人口10万人 53.8人 (2023)	3,908人 対人口10万人 31.0人 (2023)	山口県8人 対人口10万人 6.0人 (2023)	「地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)」及び「特定感染症検査等事業実績報告」【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	3人 対人口10万人 2.0人 (2023)	1,308人 対人口10万人 10.4人 (2023)	高知県0人 対人口10万人 0人 (2023)	

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		算出不可	算出不可	算出不可	厚生労働科学研究【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

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

1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う ・宮古病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」 ①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
			大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	

1-2	指針に基づかないがん検診を中止する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団2件/5.3% 個別1件/3.4% (2023) 集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団485件/29.3% 個別295件/26.8% (2023) 集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(宮城県他) 個別0件/0.0 %(三重県他) (2023) 集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」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)②がん検診実施状況(集団個別)(2025年11月13日公表)
			大腸	集団0件/0.0% 個別1件/3.8% (2023) 集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団82件/5.1% 個別39件/3.9% (2023) 集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(北海道他) 個別0件/0.0 %(青森県他) (2023) 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/4.9% 個別2件/7.4% (2023) 集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団319件/19.2% 個別227件/30.4% (2023) 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) (2023) 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11件/31.4% 個別16件/50.0% (2023) 集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団708件/43.7% 個別573件/39.5% (2023) 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) (2023) 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6件/16.7% 個別5件/16.1% (2023) 集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団389件/87.1% 個別323件/20.5% (2023) 集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県他) 個別0件/0.0 %(長崎県) (2023) 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

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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)	51.5% (2024) 17.5% (2023)	【参考値】 研修終了者数 1,553名(2024) 1,139名(2023)	【参考値】 研修終了者数 121名(2024) 93名(2023) ※都道府県名非公開	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
			従事者研修(実務)	10.3% (2024) 6.3% (2023)	【参考値】 研修終了者数 669名(2023) 741名(2024)	【参考値】 研修終了者数 69名(2024) 52名(2023) ※都道府県名非公開	参考値:国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
			指導者研修	5.9% (2024) 0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数		40/68人 (2024) 25/63人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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※1		0% (2018～2024年度)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県健康長寿課からのデータ提供 (2025年9月4日確認)

※1がん登録推進法第19条市町村等への提供(がん登録情報の利用申請者が市町村長等であるもの)に基づく市町村からの申請

B 中間アウトカム

1-1	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
	指標	指針の遵守市町村の割合	胃	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」 ①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
			大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 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
	指標	要精検率	胃 (エックス線)	男5.32% 女3.49% (2022) 男8.14% 女6.17% (2021) 男7.42% 女5.60% (2020)	男7.25% 女4.51% (2022) 男7.70% 女4.79% (2021) 男7.99% 女5.06% (2020)	男 鹿児島県11.57% 女　秋田県 6.85% (2022) 男 山梨県12.45% 女 山梨県 7.03% (2021) 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男4.69% 女4.00% (2022) 男6.71% 女4.50% (2021) 男5.42% 女3.71% (2020)	男8.33% 女5.85% (2022) 男8.71% 女6.09% (2021) 男8.95% 女6.42% (2020)	男 奈良県16.58% 女 奈良県11.30% (2022) 男 奈良県17.58% 女 奈良県13.05% (2021) 男　奈良県19.27% 女　奈良県15.84% (2020)	
			大腸	男8.30% 女5.48% (2022) 男8.18% 女5.64% (2021) 男8.44% 女6.04% (2020)	男8.32% 女5.61% (2022) 男8.74% 女5.94% (2021) 男9.39% 女6.63% (2020)	男 長崎県10.85% 女 長崎県 7.27% (2022) 男 長崎県11.43% 女 長崎県 7.77% (2021) 男　長崎県12.35% 女　長崎県 8.89% (2020)	
			肺	男2.40% 女1.57% (2022) 男2.49% 女1.87% (2021) 男2.15% 女1.61% (2020)	男2.47% 女1.88% (2022) 男2.41% 女1.85% (2021) 男2.42% 女1.86% (2020)	男 福井県4.64% 女 滋賀県3.60% (2022) 男 福井県5.10% 女 福井県3.45% (2021) 男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
			女性乳房	女6.12% (2022) 女7.58% (2021) 女7.64% (2020)	女5.64% (2022) 女5.72% (2021) 女5.86% (2020)	女 山口県9.55% (2022) 女 山口県9.75% (2021) 女 山口県9.96% (2020)	
			子宮頸部	女2.35% (2022) 女2.40% (2021) 女2.17% (2020)	女2.01% (2022) 女2.09% (2021) 女2.20% (2020)	女 島根県3.58% (2022) 女 島根県4.01% (2021) 女 宮城県1.35% (2020)	
		精検受診率	胃 (エックス線)	男43.34% 女56.35% (2022) 男50.67% 女62.02% (2021) 男56.77% 女66.52% (2020)	男79.39% 女85.01% (2022) 男79.03% 女84.62% (2021) 男79.45% 女84.72% (2020)	男 滋賀県93.79% 女 宮城県94.83% (2022) 男 鹿児島県90.75% 女 鹿児島県95.27% (2021) 男　宮城県91.70% 女　宮城県96.01% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男63.70% 女65.78% (2022) 男62.00% 女67.12% (2021) 男58.45% 女65.81% (2020)	男93.23% 女94.17% (2022) 男92.76% 女93.89% (2021) 男92.93% 女93.40% (2020)	男 岩手県他100.00% 女 岩手県他100.00% (2022) 男 秋田県他100.00% 女 秋田県他100.00% (2021) 男　滋賀県他100.00% 女　宮崎県他100.00% (2020)	
			大腸	男49.09% 女55.00% (2022) 男52.96% 女59.84% (2021) 男54.47% 女58.29% (2020)	男67.47% 女70.78% (2022) 男67.30% 女70.46% (2021) 男67.06% 女70.13% (2020)	男 滋賀県86.91% 女 滋賀県89.72% (2022) 男 滋賀県84.72% 女 滋賀県88.32% (2021) 男　滋賀県85.50% 女　滋賀県89.57% (2020)	
			肺	男56.93% 女64.44% (2022) 男55.32% 女63.48% (2021) 男60.78% 女70.75% (2020)	男80.16% 女84.35% (2022) 男80.14% 女84.34% (2021) 男80.50% 女84.61% (2020)	男 滋賀県95.82% 女 滋賀県97.29% (2022) 男 滋賀県　95.17% 女 鹿児島県95.68% (2021) 男　滋賀県94.21% 女　滋賀県96.93% (2020)	

A 分野アウトカム

1-1	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
	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5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男　熊本県 5.8 女　東京都 2.2 (2024) 男　熊本県 4.9 　沖縄県 4.9 女　佐賀県 1.9 (2023) 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) 1. 死亡　都道府県別がん死亡データ 部位別75歳未満年齢調整死亡率 (2025年11月12日公表)
			大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男　滋賀県 8.4 女　滋賀県 5.0 (2024) 男　香川県 7.2 女　山形県 4.3 (2023) 男　滋賀県 9.2 女　岡山県 5.0 (2022)	
			肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男　山梨県 12.0 女　福井県　3.2 (2024) 男　長野県 11.7 女　福井県　3.4 (2023) 男　山梨県 13.1 女　島根県　3.1 (2022)	
			女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女　徳島県 5.1 (2024) 女　滋賀県 6.1 (2023) 女　島根県 5.4 (2022)	
			子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女　島根県 1.9 (2024) 女　石川県 2.9 (2023) 女　徳島県 3.0 (2022)	

1-2	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
	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				NPO疾病対策センター計測依頼
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

参考データ

1-3			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.1 (2023) 54.3 (2022) 54.2 (2021) 53.8 (2020)	59.0 (2023) 59.1 (2022) 58.8 (2021) 57.4 (2020)	宮城県66.9 (2023) 宮城県67.8 (2022) 宮城県67.3 (2021) 宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率　25-1-B 上皮内がん含む 進展度・総合(%)(上皮内+限局) ※25-1-A 上皮内がん除く:進展度・総合(%)(限局)　2026年1月16日公開
			大腸	54.4 (2023) 53.7 (2022) 55.2 (2021) 56.4 (2020)	58.6 (2023) 58.3 (2022) 58.3 (2021) 57.9 (2020)	山形県63.5 (2023) 広島県63.1 (2022) 宮城県63.2 (2022) 広島県63.1 (2020)	
			肺	35.9 (2023) 30.5 (2022) 31.6 (2021) 29.08 (2020)	38.6 (2023) 38.2 (2022) 37.7 (2021) 36.4 (2020)	長野県46.9 (2023) 愛媛県45.1 (2022) 広島県44.9 (2021) 島根県45.1 (2020)	
			女性乳房	73.3 (2023) 68.4 (2022) 70.0 (2021) 70.0 (2020)	66.2 (2023) 65.6 (2022) 65.4 (2021) 64.3 (2020)	沖縄県73.3 (2023) 徳島県70.5 (2022) 滋賀県71.3 (2021) 香川県72.8 (2020)	
			子宮頸部	79.2 (2023) 77.4 (2022) 82.3 (2021) 80.7 (2020)	80.0 (2023) 79.5 (2022) 80.5 (2021) 79.9 (2020)	山形県87.2 (2023) 佐賀県86.5 (2022) 高知県88.1 (2021) 熊本県87.4 (2020)	

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2		41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供

※2国立がん研究センターが実施した「市区町村におけるかん検診チェックリストの使用に関する実態調査」の調査結果をもとに、県は「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」において分析・評価を行い、その評価を市町村に通知し指導、助言を行っている。(外部リンク)

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(2025)(2026)			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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	市町村	胃(エックス線)	65.6% (2024) 64.1% (2023) 68.1% (2022)	84.3% (2024) 83.6% (2023) 82.5% (2022)	福井県98.4% (2024) 福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	国立がん研究センター がん情報サービス 2-2. 市区町村用チェックリスト実施率(住民検診)「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」集団検診(2025年11月13日公表)
				胃(内視鏡)	集計不可 (2024) 55.8% (2023) 50.0% (2022)	81.7% (2024) 78.6% (2023) 74.2% (2022)	鳥取県100% (2024) 香川県94.2% (2023) 三重県94.2% (2022)	
				大腸	64.5% (2024) 62.6% (2023) 65.6% (2022)	83.8% (2024) 83.0% (2023) 81.8% (2022)	石川県99.4% (2024) 新潟県・福井県98.5% (2023) 石川県98.6% (2022)	
				肺	64.6% (2024) 62.6% (2023) 66.9% (2022)	84.0% (2024) 83.1% (2023) 82.0% (2022)	福井県98.4% (2024) 福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	
				女性乳房	66.6% (2024) 66.3% (2023) 65.6% (2022)	84.3% (2024) 83.7% (2023) 82.4% (2022)	石川県99.5% (2024) 福井県98.8% (2023) 石川県99.2% (2022)	
				子宮頸部	64.0% (2024) 62.6% (2023) 63.5% (2022)	83.9% (2024) 83.1% (2023) 82.2% (2022)	福井県98.8% (2024) 福井県98.7% (2023) 福井県98.5% (2022)	
			検診実施機関	胃(エックス線)	79.7% (2023) 75.9% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)(2025年1月公表)
				胃(内視鏡)	81.9% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				大腸	87.1% (2023) 86.1% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				肺	79.9% (2023) 78.7% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				女性乳房	88.7% (2023) 87.0% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				子宮頸部	88.8% (2023) 87.6% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			市町村		100% (2023) 100% (2022) 100% (2021)	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% (2023)	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)(2025年1月公表) 参考値：各都道府県のWebサイト
			検診実施機関	胃(エックス線)	94.7% 回答17/19機関 (2023) 93.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 (2024)	
				胃(内視鏡)	89.7% 回答61/68機関 (2023) 89.3% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 (2024)	
				大腸	85.5% 回答136/159機関 (2023) 89.4% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 (2024)	
				肺	84.4% 回答92/109機関 (2023) 89.1% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 (2024)	
				女性乳房	90.2% 回答37/41機関 (2023) 97.7% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 (2024)	
				子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 (2023) 91.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 (2024)	

2-1	指標	精検未受診率	女性乳房	女72.89% (2022) 女77.83% (2021) 女78.00% (2020)	女89.96% (2022) 女90.22% (2021) 女90.13% (2020)	女 滋賀県98.01% (2022) 女 滋賀県98.19% (2021) 女 宮城県97.54% (2020)	
			子宮頸部	女% (2022) 女% (2021) 女71.29% (2020)	女% (2022) 女% (2021) 女76.59% (2020)	女 滋賀県95.06% (2022) 女 宮城県96.39% (2021) 女 宮城県96.02% (2020)	
			胃 (エックス線)	男21.22% 女 8.79% (2022) 男15.75% 女13.21% (2021) 男11.32% 女12.42% (2020)	男8.88% 女5.74% (2022) 男8.81% 女5.90% (2021) 男8.99% 女5.94% (2020)	男　沖縄県21.22% 女 和歌山県13.89% (2022) 男 北海道20.37% 女 三重県16.06% (2021) 男　福井県0.93% 女　島根県0.80% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男 9.88% 女 6.89% (2022) 男13.64% 女12.26% (2021) 男13.93% 女9.25% (2020)	男1.69% 女1.19% (2022) 男1.77% 女1.54% (2021) 男1.53% 女1.20% (2020)	男 岩手県他0.00% 女 岩手県他0.00% (2022) 男　青森県他0.00% 女　青森県他0.00% (2021) 男　青森県他0.00% 女　宮城県他0.00% (2020)	
			大腸	男19.82% 女16.73% (2022) 男19.28% 女16.48% (2021) 男18.11% 女15.35% (2020)	男15.14% 女13.60% (2022) 男15.33% 女13.98% (2021) 男14.92% 女13.75% (2020)	男 福井県2.73% 女 福井県3.13% (2022) 男 福井県3.60% 女 福井県1.43% (2021) 男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
			肺	男10.97% 女11.58% (2022) 男14.58% 女10.64% (2021) 男12.03% 女7.63% (2020)	男7.05% 女5.08% (2022) 男7.02% 女5.28% (2021) 男7.00% 女5.23% (2020)	男　高知県0.00% 女　高知県0.00% (2022) 男 福井県3.42% 女 高知県1.54% (2021) 男　高知県0.00% 女　高知県0.00% (2020)	
			女性乳房	女10.31% (2022) 女 4.77% (2021) 女5.29% (2020)	女2.76% (2022) 女2.88% (2021) 女2.77% (2020)	女 宮城県0.10% (2022) 女 宮城県他0.16% (2021) 女 福井県0.31% (2020)	
			子宮頸部	女13.17% (2022) 女12.38% (2021) 女6.93% (2020)	女6.25% (2022) 女6.50% (2021) 女5.82% (2020)	女 福井県0.22% (2022) 女 福井県0.20% (2021) 女 福井県0.00% (2020)	
			胃 (エックス線)	男35.44% 女34.85% (2022) 男33.58% 女24.77% (2021) 男31.91% 女21.06% (2020)	男11.73% 女 9.24% (2022) 男12.16% 女 9.48% (2021) 男11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.45% 女 新潟県0.44% (2022) 男 香川県0.48% 女 香川県0.51% (2021) 男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男26.42% 女27.33% (2022) 男24.35% 女20.62% (2021) 男27.63% 女24.94% (2020)	男5.08% 女4.63% (2022) 男5.48% 女4.57% (2021) 男5.54% 女5.41% (2020)	男　岩手県他0.00% 女　岩手県他0.00% (2022) 男　宮城県他0.00% 女　宮城県他0.00% (2021) 男　宮城県他0.00% 女　山形県他0.00% (2020)	
			大腸	男31.09% 女28.27% (2022) 男27.76% 女23.68% (2021) 男27.42% 女26.36% (2020)	男17.39% 女15.62% (2022) 男17.38% 女15.56% (2021) 男18.02% 女16.12% (2020)	男 新潟県0.55% 女 新潟県0.32% (2022) 男 新潟県0.53% 女 新潟県0.40% (2021) 男　新潟県0.58% 女　新潟県0.45% (2020)	
			肺	男32.10% 女23.98% (2022) 男30.11% 女25.88% (2021) 男27.19% 女21.62% (2020)	男12.79% 女10.57% (2022) 男12.84% 女10.38% (2021) 男12.50% 女10.16% (2020)	男 香川県0.50% 女 新潟県0.37% (2022) 男 滋賀県0.50% 女 香川県0.36% (2021) 男　滋賀県　0.40% 女　滋賀県他0.00% (2020)	
			女性乳房	女16.80% (2022) 女17.40% (2021) 女16.70% (2020)	女7.28% (2022) 女6.91% (2021) 女7.10% (2020)	女 新潟県0.12% (2022) 女 新潟県0.17% (2021) 女　新潟県0.15% (2020)	
			子宮頸部	女23.29% (2022) 女24.87% (2021) 女21.78% (2020)	女15.78% (2022) 女15.91% (2021) 女17.59% (2020)	女 茨城県0.70% (2022) 女 宮城県0.41% (2021) 女 宮城県0.39% (2020)	
		がん発見率	胃 (エックス線)	男0.22% 女0.22% (2022) 男0.08% 女0.05% (2021) 男0.08% 女0.02% (2020)	男0.19% 女0.06% (2022) 男0.20% 女0.06% (2021) 男0.20% 女0.06% (2020)	男 宮城県他0.40% 女 富山県　0.15% (2022) 男 福島県0.57% 女　秋田県0.11% (2021) 男　福井県0.34% 女　長崎県0.14% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男0.17% 女0.13% (2022) 男0.22% 女0.08% (2021) 男0.17% 女0.04% (2020)	男0.56% 女0.19% (2022) 男0.58% 女0.20% (2021) 男0.61% 女0.21% (2020)	男 茨城県1.28% 女 高知県0.47% (2022) 男 愛媛県1.62% 女 新潟県0.58% (2021) 男　宮城県1.55% 女　宮城県0.42% (2020)	
			大腸	男0.16% 女0.11% (2022) 男0.19% 女0.13% (2021) 男0.20% 女0.10% (2020)	男0.32% 女0.18% (2022) 男0.31% 女0.18% (2021) 男0.32% 女0.18% (2020)	男 長崎県0.51% 女 富山県0.28% (2022) 男 山口県　0.50% 女 新潟県他0.26% (2021) 男　山口県0.51% 女　富山県0.27% (2020)	
			肺	男0.06% 女0.02% (2022) 男0.02% 女0.03% (2021) 男0.05% 女0.01% (2020)	男0.08% 女0.04% (2022) 男0.08% 女0.04% (2021) 男0.08% 女0.04% (2020)	男 大阪府　0.14% 女 鹿児島県0.07% (2022) 男 石川県　0.17% 女 群馬県他0.07% (2021) 男　鳥取県　0.16% 女　群馬県他0.07% (2020)	
			女性乳房	女0.38% (2022) 女0.36% (2021) 女0.35% (2020)	女0.37% (2022) 女0.36% (2021) 女0.34% (2020)	女 香川県0.59% (2022) 女 山口県0.57% (2021) 女 山口県0.57% (2020)	
			子宮頸部	女0.04% (2019)	女0.03% (2019)	女 長崎県0.06% (2019)	
		陽性反応適中度	胃 (エックス線)	男0.45% 女0.65% (2022) 男1.04% 女0.73% (2021) 男1.11% 女0.44% (2020)	男2.65% 女1.23% (2022) 男2.57% 女1.15% (2021) 男2.48% 女1.16% (2020)	男 宮城県5.45% 女 富山県3.91% (2022) 男 新潟県5.63% 女 宮城県2.44% (2021) 男　福井県5.14% 女　福島県2.44% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男3.70% 女3.33% (2022) 男3.28% 女1.75% (2021) 男3.20% 女1.03% (2020)	男6.73% 女3.19% (2022) 男6.65% 女3.20% (2021) 男6.82% 女3.24% (2020)	男 宮城県17.18% 女 高知県10.53% (2022) 男 京都府19.05% 女 秋田県33.33% (2021) 男　宮城県19.78% 女　宮城県　9.83% (2020)	
			大腸	男1.98% 女2.05% (2022) 男2.34% 女2.31% (2021) 男2.32% 女1.62% (2020)	男3.80% 女3.23% (2022) 男3.59% 女3.04% (2021) 男3.39% 女2.73% (2020)	男 新潟県6.13% 女 新潟県5.59% (2022) 男 新潟県6.32% 女 新潟県5.34% (2021) 男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表

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）			
		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 （XP+内視鏡）	27.3%(9/33)			
		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)			
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）			
		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	市町村	【参考値】 近い将来把握する予定がある市町村 12.2% （2024） 9.8% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会各分科会取り纏め（2025年4月1日更新）
		検診実施機関				

		肺	男2.66% 女1.09% （2022） 男0.84% 女1.81% （2021） 男2.50% 女0.64% （2020）	男3.29% 女2.01% （2022） 男3.38% 女2.05% （2021） 男3.40% 女1.97% （2020）	男 高知県22.06% 女 高知県　8.11% （2022） 男 高知県16.42% 女 高知県　7.69% （2021） 男 高知県13.79% 女 群馬県　6.86% （2020）	
		女性乳房	女6.25% （2022） 女4.77% （2021） 女4.59% （2020）	女6.63% （2022） 女6.30% （2021） 女5.84% （2020）	女 岩手県16.82% （2022） 女 岩手県17.98% （2021） 女 岩手県15.69% （2020）	
		子宮頸部	女1.24% （2019）	女1.18% （2019）	女 愛媛県2.96% （2019）	
指標	感度	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	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）		女0.12% （2022） 女0.11% （2021） 女0.15% （2020）	女0.13% （2022） 女0.14% （2021） 女0.14% （2020）	女 大阪府0.24% （2022） 女 滋賀県0.28% （2021） 女 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年12月10日公表
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	女9.7% （2023） 女11.4% （2022） 女12.3% （2021）	女17.0% （2023） 女17.6% （2022） 女15.5% （2021）	女 栃木県54.7% （2023） 女 栃木県54.7% （2022） 女 鹿児島県46.5% （2021）	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告　健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開
		子宮頸部	女12.4% （2023） 女13.1% （2022） 女12.7% （2021）	女25.9% （2023） 女26.4% （2022） 女24.54% （2021）	女 鳥取県61.8% （2023） 女 鳥取県61.4% （2022） 女 鳥取県58.7% （2021）	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告　健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開

※非初回受診者の2年連続受診者割合＝（2年連続受診者数総数÷検診受診者数総数）×100

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	胃（エックス線）	76.3% （2024） 78.9% （2023） 83.8% （2022）	82.7% （2024） 81.1% （2023） 78.6% （2022）	宮城県他100.0% （2024） 青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	国立がん研究センター がん情報サービス 全国がん検診実施状況データブック 都道府県別表3～5「市区町村用がん検診チェックリスト実施率」表4 【3】受診者への説明「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 （2025年11月19日公表）
		胃（内視鏡）	100.0% （2024） 100% （2023） 66.7% （2022）	77.8% （2024） 75.7% （2023） 67.1% （2022）	山形県他100.0% （2024） 秋田県他100.0% （2023） 宮城県他100.0% （2022）	
		大腸	78.0% （2024） 77.5% （2023） 82.5% （2022）	81.4% （2024） 80.1% （2023） 77.4% （2022）	宮城県他100.0% （2024） 青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	
		肺	75.6% （2024） 77.5% （2023） 82.5% （2022）	79.8% （2024） 78.3% （2023） 76.0% （2022）	宮城県他100.0% （2024） 青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	
		女性乳房	78.8% （2024） 76.5% （2023） 87.1% （2022）	83.0% （2024） 80.8% （2023） 78.5% （2022）	宮城県他100.0% （2024） 宮城県他100.0% （2023） 山形県他100.0% （2022）	
		子宮頸部	77.8% （2024） 74.3% （2023） 82.4% （2022）	82.2% （2024） 81.4% （2023） 78.8% （2022）	宮城県他100.0% （2024） 秋田県他100.0% （2023） 山形県他100.0% （2022）	

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 ・那覇市立病院（2025）	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	39.0% （2024） 22.0% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

	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（2025）（2026）	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	62.5% （2023） 67.5% （2022）	84.5% （2023） 84.1% （2022）	秋田県他100.0% （2023） 群馬県他100.0% （2022）	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. がん検診の実施状況（住民検診）①がん検診実施状況（2025年11月13日公表）
		大腸	68.3% （2023） 65.9% （2022）	86.3% （2023） 85.5% （2022）	群馬県他100.0% （2023） 富山県他100.0% （2022）	
		肺	63.4% （2023） 61.0% （2022）	83.0% （2023） 82.3% （2022）	群馬県他100.0% （2023） 群馬県他100.0% （2022）	
		女性乳房	68.3% （2023） 63.4% （2022）	86.5% （2023） 85.0% （2022）	富山県他100.0% （2023） 群馬県他100.0% （2022）	
		子宮頸部	68.3% （2023） 65.9% （2022）	87.3% （2023） 85.2% （2022）	富山県他100.0% （2023） 富山県他100.0% （2022）	

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% （2022）	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率（国民生活基礎調査）がん検診受診率
			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% （2022）	
			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% （2022）	
			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% （2022）	
			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% （2022）	

3-2	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 （2023） 0.0% 0/41市町村 （2022）	0.06% 1/1737市町村 （2023） 0.06% 1/1737市町村 （2022）	熊本県 2.2% 1/45市町村 （2023） 熊本県 2.2% 1/45市町村 （2022）	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章 市区町村表 がん検診「20-1肺がん検診及び大腸がん検診受診率」「20-2胃がん検診受診率」「20-3子宮頸がん検診受診率」「20-4乳がん検診受診率」2025年3月25日公開
			大腸	0.0% 0/41市町村 （2023） 0.0% 0/41市町村 （2022）	0.06% 1/1737市町村 （2023） 0.0% 0/1737市町村 （2022）	東京都 1.6% 1/62市町村 （2023） 該当なし （2022）	
			肺	0.0% 0/41市町村 （2023） 0.0% 0/41市町村 （2022）	0.0% 0/1737市町村 （2023） 0.0% 0/1737市町村 （2022）	該当なし （2023） 該当なし （2022）	
			女性乳房	0.0% 0/41市町村 （2023） 2.4% 1/41市町村 （2022）	0.12% 2/1737市町村 （2023） 0.23% 4/1737市町村 （2022）	岩手県 3.0% 1/33市町村 （2023） 宮崎県 7.7% 2/26市町村 （2022）	
			子宮頸部	0.0% 0/41市町村 （2023） 2.4% 1/41市町村 （2022）	0.17% 3/1737市町村 （2023） 0.17% 3/1737市町村 （2022）	宮崎県 3.8% 1/26市町村 （2023） 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(2025)(2026) ・琉球大学病院(2026)		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	81.6% （2023） 84.2% （2022） 81.6% （2021）	86.0% （2023） 86.1% （2022） 85.3% （2021）	宮城県他100.0% （2023） 岩手県他100.0% （2022） 岩手県他100.0% （2021）	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. がん検診の実施状況（住民検診）厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」②がん検診実施状況（集団 個別）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（2025年11月13日公表）
			大腸	78.0% （2023） 80.0% （2022） 80.0% （2021）	85.8% （2023） 85.4% （2022） 84.6% （2021）	茨城県他100.0% （2023） 岩手県他100.0% （2022） 岩手県他100.0% （2021）	
			肺	80.5% （2023） 85.0% （2022） 82.9% （2021）	83.5% （2023） 83.3% （2022） 82.7% （2021）	宮城県他100.0% （2023） 宮城県他100.0% （2022） 宮城県他100.0% （2021）	
			女性乳房	42.9% （2023） 47.2% （2022） 39.4% （2021）	76.2% （2023） 75.3% （2022） 75.2% （2021）	栃木県他100.0% （2023） 栃木県他100.0% （2022） 栃木県他100.0% （2021）	
			子宮頸部	44.4% （2023） 42.9% （2022） 36.4% （2021）	71.3% （2023） 70.9% （2022） 69.1% （2021）	栃木県他100.0% （2023） 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		28/41市町村 （2024） 22/41市町村 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

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	未測定	未測定	未測定	現時点で未測定【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
			大腸	未測定	未測定	未測定	
			肺	未測定	未測定	未測定	
			女性乳房	未測定	未測定	未測定	
			子宮頸部	未測定	未測定	未測定	

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般<医療部会>

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(2025)(2026)	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」(2024年6月時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・宮古病院(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	がん(疑いを含む)	257件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
		がん以外	90件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		92.3% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

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		92.3% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

②病理診断<医療部会>

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

③がんゲノム医療<医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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			128人 (2024) 126人 (2023)	116,081	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象2施設 全国値:がんゲノム情報管理センターC-CAT調査結果 統計情報C-CATに登録された検査件数(2025年12月17日C-CAT閲覧)
	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			7人 (2024) 7人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日(年度集計)
	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		11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,469人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都338人 対人口100万人 24.1人 (2024) 東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月23日公表) ※およそ2年ごとに実施
		②認定遺伝カウンセラー		1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供(2025年8月現在)
		③がんゲノム医療コーディネーター(受講者数)		6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)

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		90.4% (2023)	89.8% (2023)	島根県96.0% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問27】 (2025年7月3日公表)
	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		79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
	指標 「施設」における治療開始のカバー率					ベンチマーク部会で検討中
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	127.3 (2022) 134.2 (2021)	100.0	大分県430.2 (2022) 大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)B001-00-23(コード113015210)
		外来	106.7 (2022) 98.7 (2021)	100.0	鳥取県261.7 (2022) 鳥取県255.3 (2021)	
		入院+外来	110.1 (2022) 105.3 (2021)	100.0	鳥取県251.7 (2022) 鳥取県245.5 (2021)	
	指標 NDB-SCR/NDB 診療情報提供料(II)	入院	85.5 (2022) 100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.9 (2022) 東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)B010-00-00(コード113009510)
		外来	66.1 (2022) 69.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都244 (2022) 三重県323.0 (2021)	
		入院+外来	67.2 (2022) 71.0 (2021)	100.0 (2021)	東京都241.3 (2022) 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)	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% (2023) 63.03% (2020)	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施) 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」問8の集計結果
	指標 医療者調査 問11 医師 問9 看護師 問6 MSW 治療方針(告知等)の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか		70.3 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	医療者調査 問37 医師 問24 看護師 問10 薬剤師 問23 MSW 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できていると思いますか。		51.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

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		76.9% (2023) 72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	鹿児島県79.6% (2023) 山口県80.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問11】 (2025年7月3日公表)

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		18.8% (2024) 2.4% (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象2施設
	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	未実施理由の反映「なし」	55.9% (2022) 75.8% (2021) 85.9% (2020)	64.8% (2022) 81.6% (2021) 88.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	59.1% (2022) 85.7% (2021) 91.5% (2020)	97.1% (2022) 98.3% (2021) 99.0% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標 DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	未実施理由の反映「なし」	57.8% (2022) 76.9% (2019)	70.4% (2022) 64.1% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	65.6% (2022) 90.4% (2019)	95.9% (2022) 93.2% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問19 医師 問17 看護師 がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。		52.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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	胃	男 56.0 女 54.6 (2018) 男 62.5 女 57.0 (2017) 男 49.0 女 51.4 (2016) 男 57.6 女 55.2 (2012-2015)	男 65.5 女 61.8 (2018) 男 65.5 女 61.8 (2017) 男 65.1 女 61.4 (2016) 男 64.4 女 61.4 (2012-2015)	男 宮城県74.3 女 福島県68.9 (2018) 男 新潟県74.9 女 宮城県68.6 (2017) 男 新潟県72.5 岡山県72.5 女 新潟県69.9 (2016) 男 宮城県73.4 女 宮城県73.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例5年純生存率
		大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	
		肝および肝内胆管	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女 石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
		前立腺	男 89.8 (2018) 男 87.7 (2017) 男 90.3 (2016) 男 91.8 (2012-2015)	男 92.5 (2018) 男 92.2 (2017) 男 92.1 (2016) 男 94.3 (2012-2015)	男 香川県100.6 (2018) 男 香川県100.7 (2017) 男 香川県99.9 (2016) 男 長崎県98.1 (2012-2015)	
	指標 患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.3点 (2023) 8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	島根県8.6点 (2023) 愛媛県8.5点 (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)
	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【問20-8】 (2020年11月11日公表)
	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【問20-10】 (2020年11月11日公表)

④手術療法<医療部会>

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(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典	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	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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供(2025年9月10日)		指標	DPC-QI 15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清	未実施理由の反映「なし」	86.6% (2009)	81.1% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
		②呼吸器外科専門医	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,457人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	鳥取県12人 対人口100万人 21.7人 (2024) 香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表) ※次回2027年12月下旬公表予定				未実施理由の反映「限定」※	86.6% (2009)	86.6% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
		③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,675人 対人口100万人 13.3人 (2024) 1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県21人 対人口100万人 22.8人 (2024) 和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表) ※次回2027年12月下旬公表予定		指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術	未実施理由の反映「なし」	90.9% (2009)	92.5% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
		④小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定				未実施理由の反映「限定」※	90.9% (2009)	90.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供(2025年9月11日)		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
		⑥脳神経外科専門医	63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定			医療者調査 問21 医師 沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。		68.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿(2025年9月4日閲覧)								
		⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)								
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)								
		⑩泌尿器科専門医	69人 対人口100万人 47.0人 (2025) 67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,351人 対人口100万人 58.3人 (2025) 7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県64人 対人口100万人 92.5人 (2025) 高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供(2025年9月18日)								
		⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)								
		⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)								
	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	①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設								
			②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑥脳神経外科専門医	84.6% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑩泌尿器科専門医	92.3% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑪頭頸部がん専門医	23.1% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									
			⑫口腔外科専門医	61.5% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし									

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う ・那覇市立病院(2025)(2026)	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		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:院内がん登録

⑤放射線療法<医療部会>

	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 ・中部病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典		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	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		69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設		指標	DPC-QI b35 乳房温存術後の放射線療法	未実施理由の反映「なし」	59.9% (2022) 61.3% (2020)	75.5% (2022) 73.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			①放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,453人 対人口100万人 11.5人 (2025) 1, 427人 対人口100万人 11.3人 (2024)	京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2025) 京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2024)	日本放射線腫瘍学会からの情報提供(2025年8月31日現在)				未実施理由の反映「限定」※	67.9% (2022) 69.8% (2020)	97.3% (2022) 96.6% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
			②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 (2025) 13人 対人口100万人 8.9人 (2024) 11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,895人 対人口100万人 15.0人 (2025) 1,946人 対人口100万人 15.4人 (2024) 1, 875人 対人口100万人 14.9人 (2023)	秋田県28人 対人口100万人 29.2人 (2025) 秋田県31人 対人口100万人 32.3人 (2024) 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧(2025年10月1日現在)		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	未実施理由の反映「なし」	42.1% (2022) 56.8% (2021) 43.3% (2020)	64.0% (2022) 61.8% (2021) 62.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム

	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	③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2025） 9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1,541人 対人口100万人 12.2人 （2025） 1，461人 対人口100万人 11.6人 （2023）	福井県17人 対人口100万人 22.2人 （2025） 福井県18人 対人口100万人 23.5人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（2025年4月30日更新）	5-1			未実施理由の反映「限定」※	42.1% （2022） 59.5% （2021） 70.0% （2020）	94.3% （2022） 94.9% （2021） 95.7% （2020）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）

5-1			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2025) <A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2024)	360人 対人口100万人 2.9人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2025) <B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	50人 対人口100万人 0.4人 (2024)	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 (2024)	
	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	22.2% (2025) 20.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2026)		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		66.7% 6/9施設 (2025) 27.3% 3/11施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院放射線科からの情報提供 (2025年6月18日)

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※		11人 (2024) 9人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施)集計対象13施設

※集計不可、内訳不明の施設を除く

⑥薬物療法<医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	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	3人 対人口100万人 2.0人 (2022)	1,374人 対人口100万人 10.9人 (2022)	徳島県14人 対人口100万人 19.5人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 (2025) 0人 対人口100万人 0.0人 (2024) 0人 対人口100万人 0.0人 (2023)	415人 対人口100万人 3.3人 (2025) 385人 対人口100万人 3.1人 (2024) 351人 対人口100万人 2.8人 (2023)	石川県12人 対人口100万人 10.8人 (2025) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2024) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2023)	日本医療薬学会 がん指導薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 4人 対人口100万人 2.7人 (2023)	845人 対人口100万人 6.8人 (2025) 827人 対人口100万人 6.7人 (2024) 786人 対人口100万人 6.3人 (2023)	石川県22人 対人口100万人 19.9人 (2025) 石川県21人 対人口100万人 19.0人 (2024) 石川県20人 対人口100万人 18.1人 (2023)	日本医療薬学会 がん専門薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 12人 対人口100万人 8.2人 (2023)	1,030人 対人口100万人 8.2人 (2024) 1, 019人 対人口100万人 8.1人 (2023)	島根県17人 対人口100万人 25.3人 (2024) 島根県13人 対人口100万人 19.4人 (2023)	日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧 (2024年10月1日現在)
			②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 8人 対人口100万人 5.5人 (2024) 6人 対人口100万人 4.1人 (2023)	882人 対人口100万人 7.0人 (2025) 992人 対人口100万人 7.9人 (2024) 982人 対人口100万人 7.8人 (2023)	佐賀県8人 対人口100万人 9.9人 (2025) 福岡県61人 対人口100万人 11.9人 (2024) 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 (2023)	日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療 認定薬剤師(APACC) 一覧閲覧 (2025年10月1日現在)
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	343人 対人口100万人 2.8人 (2024)	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 (2024)	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	52人 対人口100万人 0.4人 (2024)	富山県4人 対人口100万人 4.0人 (2024)	
	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	①がん薬物療法専門医	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			②がん指導薬剤師	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	7.7% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	53.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	7.7% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

6-2	「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(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	中間アウトカムの指標と同じ					

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 ・宮古病院(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

⑦チーム医療の推進<医療部会>

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						医療部会で検討中

5-1	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	未実施理由の反映「なし」	42.6% (2022) 28.6% (2021) 46.7% (2020)	51.4% (2022) 48.8% (2021) 47.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	47.1% (2022) 45.7% (2021) 93.3% (2020)	96.7% (2022) 96.7% (2021) 97.5% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問22 医師 問19 看護師 放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査 問23 医師 沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

6-1	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	未実施理由の反映「なし」	51.5% (2022) 70.8% (2021) 66.7% (2020)	58.3% (2022) 57.2% (2021) 56.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	51.5% (2022) 79.2% (2021) 80.0% (2020)	95.1% (2022) 96.4% (2021) 95.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始	未実施理由の反映「なし」	42.4% (2022) 58.3% (2020)	49.3% (2022) 51.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	54.5% (2022) 83.3% (2020)	90.1% (2022) 92.8% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI 32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法	未実施理由の反映「なし」	69.9% (2009)	82.7% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	69.9% (2009)	69.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問24 医師 問8 薬剤師 沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。		69.9 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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と感じた患者の割合		82.4% (2023) 77.3% (2018)	80.1% (2023) 68.8% (2018)	島根県90.5% (2023) 東京都78.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-7】(2025年7月3日公表)

	指標					医療部会で検討中

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	68.3% （2023） 53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	島根県69.9% （2023） 佐賀県65.8% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-6】（2025年7月3日公表）

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	100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	76.0% 19/25施設 (2025) 76.0% 19/25施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) 受理番号:栄養チ 2025年4月1日現在(※毎月上旬更新予定)

7-1	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	未実施理由の反映「なし」	97.8% (2019)	94.7% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	98.5% (2019)	98.0% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		158.2 (2022) 190.1 (2021)	100.0	高知県188.0 (2022) 沖縄県190.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-233-02-00(コード190136810)
	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)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62.0% (2023) 秋田県62.1% (2020)	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問25 看護師 問11 薬剤師 問24 MSW がん患者のケアに関して、医師に対して、自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。		56.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97.0% (2023) 秋田県97.4% (2020)	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」問25の集計結果
	指標	医療者調査 問38 医師 他の医療者の話に耳を傾けることができていると思いますか。		73.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

⑧医療実装<医療部会>

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(2025)	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		比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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 ・琉球大学病院(2026)	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	1/3施設 (2025) 1/3施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象3施設
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床試験の数	25件 (2024) 14件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象6施設

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試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数	91人 (2024) 269人 (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問7 医師 問6 薬剤師 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ったと思いますか。	80.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

緩和・支持療法

C 個別施策

①緩和ケア<緩和ケア・在宅医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)(2026)	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	726件 (2024) 919件 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数	480件 (2024) 366件 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	617件 (2024) 612件 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	
	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 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	552人 対人口100万人 4.4人 (2025) 356人 対人口100万人 2.8人 (2024)	京都府25人 対人口100万人 9.7人 (2025) 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 (2024)	日本緩和医療学会認定名簿閲覧(2025年4月1日認定)
			①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 11人 対人口100万人 7.5人 (2024)	1,086人 対人口100万人 8.6人 (2025) 1,146人 対人口100万人 9.2人 (2024)	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 (2025) 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 (2024)	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2025) 142人 対人口100万人 1.1人 (2024)	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 (2025) 香川県4人 対人口100万人 4.2人 (2024)	日本サイコオンコロジー学会 登録医リスト(2025年9月8日閲覧)
			③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 15人 対人口100万人 10.2人 (2024) 15人 対人口100万人 10.2人 (2023)	1,644人 対人口100万人 13.0人 (2025) 1,642人 対人口100万人 13.0人 (2024) 1,619人 対人口100万人 12.8人 (2023)	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 (2025) 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 (2024) 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 (2023)	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供(2025年4月1日現在)
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,453人 対人口100万人 11.5人 (2025) 1，427人 対人口100万人 11.3人 (2024)	京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2025) 京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2024)	日本放射線腫瘍学会からの情報提供(2025年8月31日現在)
			⑤IVR専門医(放射線カテーテル治療専門医)	13人 対人口100万人 8.8人 (2024) 13人 対人口100万人 8.8人 (2023)	1，303人 対人口100万人 10.05人 (2024) 1，264人 対人口100万人 10.2人 (2023)	高知県16人 対人口100万人 24.1人 (2024) 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 (2023)	日本IVR学会事務局からの情報提供(2025年5月29日)
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	865人 対人口100万人 7.0人 (2025) 870人 対人口100万人 7.0人 (2024)	石川県18人 対人口100万人 16.2人 (2025) 島根県11人 対人口100万人 17.0人 (2024)	日本緩和医療薬学会認定名簿(2025年3月現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	55人 対人口100万人 37.5人 (2025) 54人 対人口100万人 36.8人 (2024)	2,713人 対人口100万人 21.5人 (2025) 2,682人 対人口100万人 21.3人 (2024)	山梨県58人 対人口100万人 71.6人 (2025) 山梨県60人 対人口100万人 74.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
			⑧公認心理師	1,052人 対人口100万人 716.9人 (2025) 1,036人 対人口100万人 706.0人 (2024) 1,010人 対人口100万人 688.3人 (2023)	75,222人 対人口100万人 596.3人 (2025) 73,678人 対人口100万人 584.1人 (2024) 71,821人 対人口100万人 569.3人 (2023)	京都府2,419人 対人口100万人 938.3人 (2025) 京都府2,368人 対人口100万人 918.5人 (2024) 京都府2,285人 対人口100万人 886.3人 (2023)	公認心理師試験研修センター「⑧登録者数の状況」(2025年12月末日現在)

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	93.3% (2023) 80.1% (2018)	90.2% (2023) 74.1% (2018)	島根県96.9% (2023) 愛媛県86.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-3】(2025年7月3日公表)
	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	96.5% (2023) 78.6% (2018)	90.3% (2023) 71.7% (2018)	高知県97.1% (2023) 愛媛県79.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-4】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問8 医師 問6 看護師 2024年に、看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医(チーム)に速やかに伝えることができていると思いますか。	73.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問9 医師 問7 看護師 2024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対して、主治医(チーム)が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。	68.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問10 医師 問8 看護師 2024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については、主治医(チーム)から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか？	64.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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					緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	51.0 (2022) 39.3 (2021)	100.0	福井県221.8 (2022) 福井県211.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-226-02-01(コード190110070)
	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)	78.8 (2022) 84.3 (2021)	100.0	長野県226.8 (2022) 長野県230.2 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)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)	78.1 (2022) 68.0 (2021)	100.0	鹿児島県899.7 (2022) 岐阜県296.1 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)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	138.0 (2022) 141.9 (2021)	100.0	山形県240.7 (2022) 山形県214.8 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)M-001-03-02入院+外来(コード180035310)

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	なし (2023) 70.4% (2018) 62.0% (2014)	なし (2023) 69.5% (2018) 61.5% (2014)	なし (2023) 岡山県79.8% (2018) 和歌山県73.2% (2014)	患者体験調査【問36-5】(2020年11月11日公表)
	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	37.0% (2023) 43.5% (2018)	33.8% (2023) 42.5% (2018)	大分県42.1% (2023) 山口県55.2% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問64】(2025年7月3日公表)
	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	78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)

			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会「都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表」（2023年6月1日現在）
	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	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線力テーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

②在宅医療＜緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング＞

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（2025）（2026） ・中部病院（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026） ・琉球大学病院（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	拠点病院等（医師、看護師、MSW）	56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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		1人 （2024） 3人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 （2024）	3,348人 対人口100万人 26.9人 （2024）	東京都679人 対人口100万人 48.1人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年12月）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年1月27日閲覧）
			③介護支援専門員	1,049人 対人口100万人 714.8人 （2024） 1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	95,015人 対人口100万人 753.2人 （2024） 94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,125人 対人口100万人 1172.5人 （2024） 秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2025年12月19日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）
	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	96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023）	14,514施設 対人口100万人 115.1施設 （2023）	大阪府1,739施設 対人口100万人 196.8施設 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年1月27日閲覧）
			②強化機能型在宅療養支援診療所	36施設 対人口100万人 24.5施設 （2023）	4,005施設 対人口100万人 31.7施設 （2023）	大阪府454施設 対人口100万人 51.4施設 （2023）	
			③在宅療養支援病院	20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023）	1,821施設 対人口100万人 14.4施設 （2023）	徳島県46施設 対人口100万人 63.9施設 （2023）	
			④訪問看護ステーション	234施設 対人口100万人 159.5施設 （2023）	16,423施設 対人口100万人 130.2施設 （2023）	大阪府1,871施設 対人口100万人 211.7施設 （2023）	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0施設 （2024） 1施設 対人口100万人 0.7施設 （2023）	205施設 対人口100万人 1.6施設 （2024） 191施設 対人口100万人 1.5施設 （2023）	滋賀県6施設 対人口100万人 4.2施設 （2024） 長崎県5施設 対人口100万人 3.8施設 （2023）	衛生行政報告例 第8章薬事 第1表薬局数・無薬局町村数・登録販売者数，都道府県別（2025年10月21日公表）
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設			沖縄県値：沖縄県薬剤師会　沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧（2024年11月8日）
			無菌製剤処理（共同利用含む）	97/383施設			
			⑦介護サービス事業所	2,761施設 （2025） 2,638施設 （2024） 2,504施設 （2023）			沖縄県値：沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧（2025年10月1日現在）※状態区分「指定」のみ
			⑧訪問リハビリテーション事業所	46施設 対人口100万人 31.3施設 （2025） 45施設 対人口100万人 30.7施設 （2024） 42施設 対人口100万人 28.6施設 （2023）	5,022施設 対人口100万人 39.8施設 （2025） 4,915施設 対人口100万人 39.8施設 （2024） 4,913施設 対人口100万人 38.9施設 （2023）	徳島県105施設 対人口100万人 145.9施設 （2025） 徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 （2024） 徳島県96施設 対人口100万人 140.4施設 （2023）	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」140訪問リハビリテーション閲覧（2025年6月末時点）

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		【参考値】全体 69.5% （2019-2020）	がん在宅74.9% （2023） がん在宅79.1% （2019-2020） がん在宅78.8% （2019） がん在宅78.7% （2018）	【参考値】全体 鹿児島県78.0% （2019-2020）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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		【参考値】全体 42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	がん在宅41.3% （2023） がん在宅40.2% （2019-2020） がん在宅41.7% （2019） がん在宅40.2% （2018）	【参考値】全体 佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算		103.9 （2022） 84 （2021）	100.0	神奈川県188.5 （2022） 神奈川県192.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-05
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算		107.6 （2022） 90.3 （2021）	100.0	神奈川県188.1 （2022） 神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問25 医師 問20 看護師 問13 MSW あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。		56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

③リハビリテーション<医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版)受理番号:がんリハ 令和6年8月1日現在(※毎月上旬更新予定)

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		【参考値】 ①がんに係るリハビリテーションが実施された患者数 1,823人 (2024) 4,080人 (2023) ②がんリハの加算対象の患者数 234人 (2024) 242人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料		116.1 (2022) 116.6 (2021)	100	福井県190.5 (2022) 福井県191.4 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問26 医師 問21 看護師 リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。		70.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

④支持療法<医療部会>

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(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026)	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人 対人口100万人 2.0人 (2023)	350人 対人口100万人 2.8人 (2023)	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 (2023)	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供(2024年8月15日)
	指標 リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合		46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標 ストーマ外来が設置されている「施設」の割合		92.3% (2025) 76.9% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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		74.7% (2023) 70.5% (2018)	75.5% (2023) 63.0% (2018)	島根県83.3% (2023) 大分県70.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-2】(2025年7月3日公表)
	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					医療部会で検討中
	指標 NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	(重症)	なし (2022) なし (2021)	100	鳥取県693.7 (2022) 岩手県459.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)H-007-04-01
		(1以外)	なし (2022) なし (2021)	100	高知県330.6 (2022) 東京都299.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)H-007-04-02
	指標 NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料		70.7 (2022) 69.4 (2021)	100	佐賀県144.6 (2022) 鹿児島県138.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問18 医師 問16 看護師 問7 薬剤師 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、説明ができていると思いますか。		72.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		61.5% (2025) 61.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

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(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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 (2023) 6件 (2022) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-01.妊孕性、生殖機能

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 (2024) 1例 (2023)			沖縄県値:琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供 (2025年8月1日)
	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		60.7% (2023) 51.6% (2018) 65.7% (2014)	71.5% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	島根県100.0% (2023) 秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問16】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問20 医師 問18 看護師 対象となる患者すべてに対して、妊孕性について、説明ができていると思いますか。		59.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

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		・琉大病院 40例(2023) 41例(2024) ・友愛医療センター 6例 (2023) 5例(2024) ・その他医療機関 (0例)	1200例 (2023) 1453例 (2024)		沖縄県値・全国値:琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供(2025年8月5日)友愛医療センターからの情報提供(2025年9月2日)

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		院内23例、院外18例 (2024) 院内26例、院外14例 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供(2025年8月5日)

個別のがん対策

①希少がん<医療部会>

番号	C 個別施策					
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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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			比較可能データなし	比較可能データなし	
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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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※		述べ65件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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			比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:院内がん登録
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		4件 (2024) 5件 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	
	指標 臨床試験等を受けた希少がん患者の数		※13人 (2024) 22人 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)

※那覇市立病院1件患者数不明あり

②難治性がん<医療部会>

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(2025)(2026)	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※		原発不明がん 述べ24件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
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			比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:院内がん登録

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位24.原発不明

番号	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)	比較可能データなし	61.4% (2023) 66.4% (2018)	比較可能データなし	令和5年患者体験調査報告書【問11】(2025年7月3日公表)
		診断から治療開始までの時間(1か月未満)	比較可能データなし	62.4% (2023) 72.3% (2018)	比較可能データなし	令和5年患者体験調査報告書【問12】(2025年7月3日公表)
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		比較可能データなし	92.4% (2023) 75.7% (2018)	比較可能データなし	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問28 医師 問14 MSW 希少がん患者を、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できていると思いますか。		72.0 (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
	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。		「自宅が遠いから」「患者の希望」「情報提供の不足」「専門医がいないため」「受け入れ体制が不十分」等 (2023)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問29 医師 問15 MSW 問28で述べた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。		「どういう患者を受け入れるのか情報提供してほしい」「大学病院の敷居が高い」「琉大病院で初診から治療開始までが時間かかり過ぎる方がいた」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
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)	膵臓	男 女 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 女 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 女 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		脳・中枢神経系	男 女 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男 鹿児島県52.9 女 青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		肺	男 女 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 女 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	

番号	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	男 62.6 女 126.5 (2018) 男 69.2 女 105.3 (2017) 男 82.4 女 78.6 (2016) 男 70.3 女 84.1 (2012-2015)	男 77.0 女 75.4 (2018) 男 77.2 女 76.3 (2017) 男 75.1 女 76.4 (2016) 男 77.0 女 77.4 (2012-2015)	男 三重県99.8 女 高知県129.7 (2018) 男 福井県107.9 女 岩手県121.0 (2017) 男 山梨県 95.2 女 香川県174.0 (2016) 男 京都府 85.2 女 島根県107.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男 鹿児島県52.9 女 青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		卵巣	女 61.0 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
		子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
	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	膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男 鹿児島県52.9 女 青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 40.3 女 34.1 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 44.5 女 46.7 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 福井県60.7 女 香川県67.5 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	
		食道	男 36.7 女 41.9 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 47.9 女 50.2 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 山梨県60.2 女 大分県68.8 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		胚細胞腫瘍・性腺腫瘍	比較可能データなし	男 93.3 女 95.1 (2016-2018) 男 97.5 女 95.6 (2017) 男 88.3 女 92.0 (2016) 男 92.5 女 96.7 (2012-2015)	比較可能データなし	

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		12件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数		22人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問30 医師 問16 MSW 難治がん患者を、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できていると思いますか。		72.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	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。		「知識不足」「患者が高齢のため」「患者や家族が希望しなかったため」「タイミングが合わなかった」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問31 医師 問17 MSW 問30で述べた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。		「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にある施設が適切ではない」「受け入れを断られたため」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

③小児がん<小児・AYA部会>

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						小児・AYA部会で検討中

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		琉球大学病院：0名 こども医療センター：0名 (2024) 琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2025年9月)
	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※		述べ7件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-01.0-14歳

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		93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

1-1	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　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
	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　治療13人　診断31人			
	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 対人口100万人 2.0人 (2024)	383人 対人口100万人 3.1人 (2024)	京都府23人 対人口100万人 9.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧(更新日2024年4月5日)
			②小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	128人 対人口100万人 1.0人 (2024)	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医名簿閲覧(更新日2024年9月13日)
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 (2023)	4,673人 対人口100万人 37.6人 (2024)	京都府193人 対人口100万人 76.2人 (2023)	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供(2024年11月27日)
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	321人 対人口100万人 2.6人 (2024)	高知県8人 対人口100万人 12.0人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 人 対人口100万人 36.8人 (2024)	人 対人口100万人 21.3人 (2024)	山梨県人 対人口100万人 74.1人 (2024)	

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					小児・AYA部会で検討中

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		【参考値】 ※35.8% (2023) ※52.6% (2018)	報告書まち (2024) 小児39.7% (2019) 【参考値】 AYA40.6% 成人44.3% (2023) AYA39.5% 成人48.0% (2018)	【参考値】 ※岡山県57.0% (2018)	小児患者体験調査【問40-2】11項(2021年10月6日公表) 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問43】(2025年7月3日公表)※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)
	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		比較可能 データなし	報告書まち (2024) 60.1% (2019)	比較可能 データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項(2021年10月6日公表)

指標	小児がん患者の5年生存率	神経芽腫	比較可能 データなし	男 80.8 女 66.2 (2016-2018)	比較可能 データなし	全国がん登録5年生存率報告 表 3. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率 表 5-6. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ	
		白血病	比較可能 データなし	男 85.4 女 82.7 (2016-2018)	比較可能 データなし		
		リンパ腫	比較可能 データなし	男 97.4 女 95.0 (2016-2018)	比較可能 データなし		
	AYA世代のがんの5年生存率	大腸	男 66.9 女 64.8 (2018)	男 68.9 女 66.7 (2018)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率	
		女性乳房	男 66.0 女 65.4 (2017)	男 69.0 女 66.7 (2017)	男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017)		
		子宮頸部	男 65.1 女 67.9 (2016)	男 68.6 女 66.6 (2016)	男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016)		
		卵巣	男 66.0 女 63.5 (2012-2015)	男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)		
		甲状腺	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女 石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)		
			女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)		
			女 58.8 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)		
			男 81.1 女 93.6 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 90.0 女 93.4 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 徳島県101.6 女 徳島県97.5 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)		
		全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
			北部	63.0 (2016)			
			中部	63.8 (2016)			
			南部	64.6 (2016)			
			宮古	64.0 (2016)			
			八重山	64.7 (2016)			
		胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
			北部	46.5 (2016)			
			中部	50.4 (2016)			
			南部	53.1 (2016)			
			宮古	55.4 (2016)			
			八重山	68.5 (2016)			
		大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
			北部	78.1 (2016)			
			中部	65.5 (2016)			
			南部	69.4 (2016)			
			宮古	74.1 (2016)			
			八重山	78.7 (2016)			
		肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
			北部	41.8 (2016)			
			中部	31.9 (2016)			
			南部	29.8 (2016)			

3-4	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 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
				こども医療センター	0人 (2025) 1人 (2024)			
			②小児外科専門医	琉球大学病院	2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	3人 (2025) 2人 (2024)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院	0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人 (2025) 0人 (2024)			
			④血液専門医	琉球大学病院	3人 (2025) 5人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人 (2025) 2人 (2024)			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院	0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	3人 (2025) 3人 (2024)			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院	3人 (2025) 4人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人 (2025) 1人 (2024)			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院	0人 (2025) 3人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人 (2025) 0人 (2024)			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院	2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	2人 (2025) 3人 (2024)			

			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		1施設 (2024) 3施設 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2025年9月)
	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 小児がん患者5人(2024) AYA世代患者2人(2023) AYA世代患者1人(2024) こども医療センター0名(2024)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2025年9月)

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	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※1		就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)
	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※2		46件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※1「相談記入シート」7.相談者からの相談内容●17-03就学・就園、17-04学業・学校生活　※2就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	小児がんに関する患者団体の数		4団体 (2024)			県内の小児がん患者支援団体(がんの子どもを守る会)の関係者にメールで確認 (2024年5月16日)

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ・那覇市立病院(2025)(2026)						
	指標						小児・AYA部会で検討中

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ・八重山病院(2025)(2026)						
	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※		延べ193件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-02.15-19歳、2.20歳代、3.30歳代

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)						
	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		59.80%			沖縄県値：拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 269

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	AYA世代のがんの5年生存率(再掲)		大腸	男 女 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 69.1 女 66.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男　広島県74.3 女　東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告5年純生存率 地域がん登録症例5年純生存率
				女性乳房	女 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女　石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
				子宮頸部	女 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
				卵巣	女 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
				甲状腺	男 女 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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	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		比較可能 データなし	57.7% (2023) 54.9% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)

指標	がん種別5年生存率	乳房	八重山	20.5 (2016)		
			県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)
			北部	84.8 (2016)		
			中部	89.8 (2016)		
			南部	88.7 (2016)		
			宮古	74.8 (2016)		
			八重山	92.6 (2016)		
		子宮頸	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)
			北部	51.7 (2016)		
			中部	70.9 (2016)		
			南部	74.0 (2016)		
			宮古	20.3 (2016)		
			八重山	43.1 (2016)		
		肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)
			北部	45.4 (2016)		
			中部	29.0 (2016)		
			南部	40.3 (2016)		
			宮古	35.7 (2016)		
			八重山	26.9%		
		胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9 (2017)	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)
			北部	21.7 (2016)		
			中部	18.1 (2016)		
			南部	26.4 (2016)		
			宮古	43.0 (2016)		
			八重山	35.7 (2016)		
		前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7 (2017)	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)
			北部	81.8 (2016)		
			中部	96.0 (2016)		
			南部	95.3 (2016)		
			宮古	103.8 (2016)		
			八重山	97.2 (2016)		
		膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2 (2017)	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)
			北部	4.0 (2016)		
			中部	11.9 (2016)		
			南部	12.2 (2016)		
			宮古	0.2 (2016)		
			八重山	7.5 (2016)		
		肝臓	県平均	37.8 (2018) 35.3 (2017)		

二次医療県値：沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021)

県平均・全国値・最良値：全国がん登録5年生存率報告

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	0件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数	0人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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施設 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科、八重山病院からの情報提供
	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　問合せ中 (2024) こども医療センター　0人 (2024)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
	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世代ののがん患者	琉球大学病院　問合せ中 (2024) こども医療センター　0人 (2024)			

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※	0件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
	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※	13件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

※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(琉球大学病院がん相談支援センター)

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	2人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

⑤高齢者のがん<医療部会>

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 ・宮古病院(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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 96施設 対人口100万人 66.7施設 (2023) 98施設 対人口100万人 66.7施設 (2022)	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 (2023) 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 (2022)	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 (2023) 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 (2022)	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧(2025年4月17日)
			在宅療養支援病院数 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2023) 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2022)	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 (2023) 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 (2022)	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 (2023) 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 (2022)	

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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	68.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)

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 ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)(2026)	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	53.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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(2025)(2026)	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)	42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

4-2	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	医療者調査 問32 医師 問18 MSW 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[注]のがん患者を、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できていると思いますか。		61.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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。		「患者の希望」「当院で治療が可能な場合もあるため」「紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため」「詳しい医師がいない」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	医療者調査 問33 医師 問19 MSW 問32で述べた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。		「どういった患者なら受け入れしてくれるのか情報がほしい。病勢が早い場合、受け入れまでに時間がかかると紹介できず治療を開始せざるを得ない」「先方の受け入れ体制に制限はあるので、年齢だけで紹介するのは厳しい」「妊孕性温存療法を琉大病院婦人科に紹介したが、できないとお断りされ、友愛医療センター婦人科にお願いした、当科で2例経験してます」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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		37.6% (2019-2020) 38.1% (2019)	52.9% (2023) 35.7% (2019-2020) 36.5% (2019) 65.8% (2018)	京都府 40.5% (2019-2020) 山形県 44.8% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)
	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		42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)
	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)		107.7 (2022) 99.0 (2021)	100.0	秋田県243.5 (2022) 秋田県258.1 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-005-01-02
	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)		242.6 (2022) 236.3 (2021)	100.0	岐阜県305.6 (2022) 岐阜県319.5 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-004-00-01
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標　医療者調査 問27 医師 問22 看護師 65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。		49.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

				ATL	北部	データなし (2016)
					中部	26.2 (2016)
					南部	32.8 (2016)
					宮古	0.1 (2016)
					八重山	25.3 (2016)
	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	比較可能 データなし	75.5% (2023) 69.2% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)
	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	比較可能 データなし	75.7% (2023) 66.8% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)
	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)	【参考値】 ※8.3点 (2023) ※8.4点 (2018)	報告書まち (2024) 小児8.4点 (2019) 【参考値】 AYA8.2点 成人8.2点 (2023) AYA7.8点 成人7.9点 (2018)	【参考値】 ※島根県8.6点 (2023) ※愛媛県8.5点 (2018)	小児患者体験調査【問25】10項(2021年10月6日公表) 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)

				45.4 (2018) 44.3 (2017)	香川県58.7 (2018) 奈良県55.1 (2017)	

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

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(2025)(2026)	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	43.9% (2018)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供

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 ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					離島・へき地部会で検討中

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(2025)(2026)	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	北部地区医師会病院	0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
			宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			八重山病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
		②乳腺外科専門医(乳腺専門医)	北部地区医師会病院	0人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			八重山病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
		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	北部地区医師会病院	1人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			八重山病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
		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	北部地区医師会病院	1人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			八重山病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
		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	北部地区医師会病院	12人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			宮古病院	8人 (2025) 0人 (2024)			
			八重山病院	2人 (2025) 0人 (2024)			
		⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院	4人 (2025) 3人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			宮古病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
			八重山病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
	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	北部地区医師会病院	0人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
				宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院	0人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	0人 (2025) 非常勤1人 月1回 (2024)			
			③血液専門医	北部地区医師会病院	人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	人 (2025) 非常勤1人 月1回 (2024)			

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	100% 18/18市町村 (2024) 94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧(更新日2026年1月21日)
	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2,736件(2024) 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	

【参考値】
令和4年度沖縄県がん登録事業報告書（令和元年の罹患集計）p132
表42. 市区町村別罹患数：部位別、性別
石垣市　395
宮古島市　430
伊江村　47
渡嘉敷村　5
座間味村　3
粟国村　8
渡名喜村　8
南大東村　8
北大東村　2
伊平屋村　4
伊是名村　13
久米島町　86
多良間村　13
竹富町　37
与那国町　11
計1,070

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 がん種別5年生存率	全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
			北部	63.0 (2016)			
			中部	63.8 (2016)			
			南部	64.6 (2016)			
			宮古	64.0 (2016)			
			八重山	64.7 (2016)			
		胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
			北部	46.5 (2016)			
			中部	50.4 (2016)			
			南部	53.1 (2016)			
			宮古	55.4 (2016)			
			八重山	68.5 (2016)			
		大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
			北部	78.1 (2016)			
			中部	65.5 (2016)			
			南部	69.4 (2016)			
			宮古	74.1 (2016)			
			八重山	78.7 (2016)			
		肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
			北部	41.8 (2016)			
			中部	31.9 (2016)			
			南部	29.8 (2016)			
			宮古	27.4 (2016)			
			八重山	20.5 (2016)			
		乳房	県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)	二次医療県値:沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021) 県平均・全国値・最良値:全国がん登録5年生存率報告
			北部	84.8 (2016)			
			中部	89.8 (2016)			
			南部	88.7 (2016)			
			宮古	74.8 (2016)			
			八重山	92.6 (2016)			
		子宮頸	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)	
			北部	51.7 (2016)			
			中部	70.9 (2016)			
			南部	74.0 (2016)			
			宮古	20.3 (2016)			
			八重山	43.1 (2016)			
		肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)	
			北部	45.4 (2016)			
			中部	29.0 (2016)			
			南部	40.3 (2016)			
			宮古	35.7 (2016)			
			八重山	26.9%			
		胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)	
			北部	21.7 (2016)			
			中部	18.1 (2016)			
			南部	26.4 (2016)			
			宮古	43.0 (2016)			
			八重山	35.7 (2016)			
		前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)	
			北部	81.8 (2016)			
			中部	96.0 (2016)			
			南部	95.3 (2016)			
			宮古	103.8 (2016)			
			八重山	97.2 (2016)			
		膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)	
			北部	4.0 (2016)			
			中部	11.9 (2016)			
			南部	12.2 (2016)			
			宮古	0.2 (2016)			
			八重山	7.5 (2016)			
		ATL	県平均	37.8 (2018) 35.3	45.4 (2018) 44.3 (2017)	香川県58.7 (2018) 奈良県55.1 (2017)	
			北部	データなし (2016)			
			中部	26.2 (2016)			
			南部	32.8 (2016)			
			宮古	0.1 (2016)			
			八重山	25.3 (2016)			

	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

6-2	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問34 医師 問20 MSW 北部区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。	75.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問35 医師 問23 看護師 問9　薬剤師 問21　MSW 北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医 療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。	74.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問36 医師 問22 MSW 離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思 いますか。	69.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）

共生

番号	C 個別施策					
①相談支援<情報提供・相談支援部会>						
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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		40.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象10施設
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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2026)	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※		18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026)	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 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	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2025年1月時点(更新日2024年12月20日)
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	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」(更新日2025年4月1日)
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	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(更新・確認日:2024年10月15日)
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数		13人 (2024) 21人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)
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	がんピア・サポーター養成講座修了者	修了者　人 述べ　人 (2025) 修了者　人 述べ　人 (2024) 修了者　人 述べ 114人 (2023)		比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターからの情報提供 (2024年5月22日)
		がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者	受講者　人 述べ　人 (2025) 受講者　人 述べ　人 (2024) 受講者　人 述べ 231人 (2023)		比較可能 データなし	
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		人 (2025) 人 (2024) 27人 (2023)		比較可能 データなし	
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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		138件 (2024) 98件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
	指標 患者サロンの開催回数		50回 (2024) 48回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
②情報提供<情報提供・相談支援部会>						
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				

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		なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査都道府県別調査結果【問20-3】15項(2020年11月11日公表)
	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		48.7% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	山形県65.4% (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問45】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問16 医師 問14 看護師 問11 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。		56.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
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		93.6% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	秋田県他100% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問51】(2025年7月3日公表)
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		26.0% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県26.0% (2023) 沖縄県43.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問49】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問17 医師 問15 看護師 問12 MSW 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。		47.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
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		79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】(2025年7月3日公表)
	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		98.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.5% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	沖縄県98.7% (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】(2025年7月3日公表)

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		35.8% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	石川県52.7% (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問43】(2025年7月3日公表)
	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		60.4% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	熊本県78.2% (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問28】(2025年7月3日公表)
	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		4.8% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	石川県他0.0% (2023) 神奈川県 0.2% (2018) 秋田県0.0% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問20】(2025年7月3日公表)

			③外国語資料の種類				

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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	医療者調査 問12 医師 問10 看護師 問7 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。	66.4 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

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					

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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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	61.5% (2025) 61.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	46.0% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・那覇市立病院(2025)(2026)		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		4件 (2024) 208件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)		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		84.6% (2025) 76.9% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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(2025)(2026)		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		30.8% (2025) 30.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
	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		15.4% (2024) 7.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026)		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		実施していない (2024) 実施していない (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象3施設

④就労支援(医療機関側)<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2026) ・琉球大学病院(2026)		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		112件 (2024) 121件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		7回 (2024) 3回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設
	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		32人 (2024) 12人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

⑤就労支援(職場側)<情報提供・相談支援部会>

	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 ・那覇市立病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		66.1% (2023) 27.2% (2018)	44.0% (2023) 38.6% (2018)	沖縄県66.1% (2023) 神奈川県53.6% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 (2022) 78.8 (2021)	100.0	愛媛県313.6 (2022) 愛媛県402.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問14 医師 問12 看護師 問9　MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。		53.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

	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

5-1	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（2025）（2026）		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	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	74.0% （2023） 74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	富山県84.2% （2023） 秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問38】（2025年7月3日公表）
	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	56.2% （2023） 26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	熊本県85.0% （2023） 島根県51.9% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問35】（2025年7月3日公表）

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)(2026)	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) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-02.アピアランス

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 ・中部病院(2025)(2026)	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		【参考値】 研修修了者が在籍している施設の割合 31% (2024) 15% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

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(2025)(2026) ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026)	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 (2025) ※0回 (2024)			

※アピアランスケアセンターが設置されていないため

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

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(2025)(2026)		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	①外来患者用	38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
			②入院患者用	46.2% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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、医療機関調査の調査項目から除外することなった (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		84.6% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026)	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回 (2023)			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」(2024年6月14日)
	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(2024年6月日14)

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		30.6% (2023) 31.6% (2018)	25.8% (2023) 28.5% (2018)	熊本県33.9% (2023) 徳島県42.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問30】 (2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問15 医師 問13 看護師 問10　MSW アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。		57.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

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		5人 (2023)			医療機関調査 (2024年9月実施) NPO疾病対策センター計測依頼
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料口	入院	189.8 (2022) 157.1 (2021)	100.0	栃木県344.5 (2022) 大分県271.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)113015310
			外来	106.1 (2022) 126.4 (2021)	100.0	岐阜県272.6 (2022) 栃木県250.9 (2021)	
			入院+外来	122.1 (2022) 132.8 (2021)	100.0	栃木県240.9 (2022) 栃木県234.0 (2021)	

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		23.9% (2023) 18.0% (2018) 29.4% (2014)	23.2% (2023) 12.9% (2018) 30.7% (2014)	香川県13.1% (2023) 島根県 6.1% (2018) 北海道23.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問55】 (2025年7月3日公表)
	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		6.3% (2023) 3.9% (2018) ※12.5% (2014)	7.4% (2023) 5.2% (2018) 10.3% (2014)	愛媛県2.3% (2023) 熊本県0.6% (2018) ※新潟県1.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問56】 (2025年7月3日公表)※拠点病院のがん患者に限定

基盤

C 個別施策

①研究の推進<協議会>

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					協議会で検討中

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					協議会で検討中

②人材育成の強化<協議会>

	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 ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	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	9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
		②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供 (2025年8月現在)
		③がんゲノム医療コーディネーター	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)
	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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月10日)
		②呼吸器外科専門医	13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		④小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月11日)
		⑥脳神経外科専門医	63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿(2025年9月4日閲覧)
		⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)
		⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2024年10月30日)
		⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)
		⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)
	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	①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
		②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑥脳神経外科専門医	84.6% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑩泌尿器科専門医	92.3% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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					協議会で検討中

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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問39 医師 問26 看護師 問12 薬剤師 問25 MSW 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、支援することができていると思いますか。		62.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

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		70.8% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	香川県88.1% (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問42】(2025年7月3日公表)
	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		78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)

⑪頭頸部がん専門医	23.1% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし

		⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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		75.0% （2025） 75.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
		②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 （2024） 11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1,946人 対人口100万人 15.4人 （2024） 1，875人 対人口100万人 14.9人 （2023）	秋田県31人 対人口100万人 32.3人 （2024） 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧（2024年10月1日現在）
		③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2025） 9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1,541人 対人口100万人 12.2人 （2025） 1，461人 対人口100万人 11.6人 （2023）	福井県17人 対人口100万人 22.2人 （2025） 福井県18人 対人口100万人 23.5人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（2025年4月30日更新）
		④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.6人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
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	22.2% （2025） 20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
		②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③医学物理士	55.6% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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		38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
2-1 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	3人 対人口100万人 2.0人 （2022）	1,374人 対人口100万人 10.9人 （2022）	徳島県14人 対人口100万人 19.5人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）
		②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
		②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
		②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 （2024） 12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1,030人 対人口100万人 8.2人 （2024） 1，019人 対人口100万人 8.1人 （2023）	島根県17人 対人口100万人 25.3人 （2024） 島根県13人 対人口100万人 19.4人 （2023）	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧（2024年10月1日現在）
		②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 （2024） 6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	992人 対人口100万人 7.9人 （2024） 982人 対人口100万人 7.8人 （2023）	福岡県61人 対人口100万人 11.9人 （2024） 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2024年10月1日現在）
		③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
		③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	
		③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
			<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
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	①がん薬物療法専門医	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
		②がん指導薬剤師	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん専門薬剤師	7.7% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②外来がん治療認定薬剤師	53.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん看護専門看護師	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳がん看護認定看護師	7.7% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会　認定名簿閲覧（2025年4月1日認定）
		①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト（2025年9月8日閲覧）

	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	③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター「公認心理師の都道府県別登録者数」 （2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会「都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧」（2023年6月1日現在）
	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	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会認定専門医一覧閲覧 （2024年5月17日）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			③介護支援専門員	1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2024年12月25日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供 （2025年8月13日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

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% （2025） 100% （2024） 100% （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からの情報提供 （2024年6月24日） ※指標の変更を検討する

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						協議会で検討中

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		3.3% （2023） 1.9% （2022） 2.9% （2021）	12.5% （2023） 11.4% （2022） 8.4% （2021）	佐賀県32.8% （2023） 東京都31.0% （2022） 佐賀県28.3% （2021）	文部科学省「がん教育実施状況調査」質問2（2024年12月27日）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：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	県				
			市町村	39.0% （2024） 36.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査 （2025年7月）

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 対人口100万人 27.9企業 （2024）	6,663企業 対人口100万人 53.6企業 （2024）	東京都2,539企業 対人口100万人 180.0企業 （2024）	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 ・中部病院（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026）		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					

4-1	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（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）		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）					院内がん登録

⑤患者・市民参画の推進＜協議会＞

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	26.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ（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 ・中部病院（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供

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 ・那覇市立病院（2025）（2026）	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	4件 （2024） 208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

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					協議会で検討中

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（沖縄県がん診療連携協議会のみ）	25回 （2024） 35回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧（2025年4月23日）
	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **琉球大学病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

特になし

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

特になし

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

特になし

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・大腸がん死激減プロジェクトにおいての協議に従い対応をする

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・外来化学療法室利用マニュアルVer.8.1
・がん免疫チェックポイント阻害薬治療管理マニュアルVer.8.1
を改定し、がん薬物療法の質の向上を図った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・なるべく臨床試験、治験が、院内でできるように働きかける

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・緩和ケアマニュアルを改定した
・地域連携カンファランスの内容を見直し、定期開催を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・緩和ケアマニュアルを再度改定し、入院患者の苦痛のモニタリングを行った後の対応の改善を図る。
・地域連携カンファランスを毎月1回の定期開催として、症例検討の場としてより地域連携につながるようにする。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・がん患者における高齢者機能評価の手引きVer.2.0
をより評価をしやすくなるように改定した。
さらに75歳以上の患者については、高齢者機能評価をすることを義務付けた。
院内のがんに関連するすべての会議で報告し、評価をするように啓発活動を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・高齢者機能評価をすべての75歳以上の患者に行うように、引き続き啓発活動を続ける。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・アピアランスケアに関する研修会を、国立がん研究センター中央病院アピアランスケアセンターと連携して行った。院外にも広く呼び掛けて、院外からも20名近く参加した。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・就労支援とアピアランスケアについては、院外も含めて、研修会を行い、県内の対応が良くなるように働きかけを継続する

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

特になし

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

特になし

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **北部地区医師会病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②④健康管理センターにて医師及び保健師より、禁煙や適性飲酒、生活習慣病予防に関して指導、健康サポートの実施
④術前検査で肝炎ウィルス検査を行い、必要時、肝炎コーディネーターより内科医受診を推奨
③2025.9.11　県立北部病院婦人科医仲村先生より、HPVワクチンについての研修会を開催

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

2025年度に引き続き、取り組みを進めていく

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②指針に基づいたがん検診を実施、定期的に精度管理を行っている
③受診率対策として、健康管理センターや病院外来の廊下へ受診勧奨のポスターを掲示
③健康管理センター待合へリーフレットをおいている
③健診受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ二次検診の受診確認および未受診者への受診勧奨を実施
③平日日中に検診が受けられない方のために、日曜検診、ナイト検診を実施

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

2025年度の取り組みを継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①患者及びその家族に対し、適切なICの実施とセカンドオピニオンの提案を実施
①ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
①2026年4月より非常勤で月1回腫瘍内科医の派遣開始
③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及びその結果を踏まえた治療の実施
④2024年度より内視鏡下食道がん手術開始、2026年1月より胸部外科医が着任し、内視鏡下肺がん手術開始
⑤当院でできない手術および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
⑦院内多職種チームとの連携強化（NST、RST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①入院中の患者及び在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援を強化する
①院内で作成したACP冊子を入院中、外来、地域へとつなげ連携を図る
①歯科診療の必要な場合の早期紹介の推奨
①⑥化学療法室にて腫瘍内科医と相談し免疫チェックポイント阻害薬使用時のマニュアルを整備
①⑥4月より月1回放射線治療医の派遣再開、放射線治療についての相談調整

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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した
①緩ケア介入依頼スクリーニングシートを運用し、必要な患者に対しCN2名でのSTAS-Jで評価し、介入
②緩和ケア担当医による訪問診療を行い、在宅療養への移行をしやすくした。
②③看護師とリハスタッフで退院前・後訪問を実施。自宅の療養環境を確認し、多職種カンファレンスを実施
③がんリハビリテーション研修会を終了したスタッフを中心にがんリハビリテーションを実施
⑤妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介状を電子カルテ内でシステム化した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①苦痛のスクリーニング実施後、スタッフと患者それぞれアンケートを実施した結果を基に今後のスクリーニングの運用を再検討する
①毎月の緩和ケアチーム会議で介入した患者のケアの振り返りやデスカンファレンスを行う
②在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援を行い、退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援を強化する
②他院からの訪問診療の受け入れの仕組みづくりを行う

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②③の患者及びその家族については、対応可能な拠点病院へ紹介
④AYA世代の患者については、学業や仕事等ここに応じた対応と必要時拠点病院への紹介とする
⑤高齢がん患者の高齢者機能評価のフローを電子カルテ内へ組み込み、運用を見直した。
⑥離島のがん患者の退院後の継続治療に向け多職種カンファレンスを通して連携を強化
⑥本島での治療が必要な患者へ渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

⑤⑥サポート体制が希薄な方（独居・認知症・家族と疎遠な方など）に対する地域との協力体制強化

6.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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①⑥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
①②がん相談支援センターの地域への広報・周知（病院HP、ポスター掲示）
②告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、説明。
④⑤治療と仕事の両立支援について院内外へ広報・周知、産業支援センターへの紹介、橋渡し
⑥アピアランスケア研修修了者による必要な方への指導強化
①2025.9.20　琉大病院で開催されたがん相談支援の研修会へ参加
⑧定期的な（年3回）患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）、ぴあサポーターを活用した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

⑦がん患者の自殺防止対策のフローの周知、告知時の同席と自殺リスク因子の確認
⑧がんサロンの定期開催（6月、10月、2月の第3火曜日）
②⑧フライヤーを作成し、地域（行政や地域の医療機関等）へ配布

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

③2025.11.22　緩和ケア研修会開催
③地域の医療従事者向けにがん患者の在宅療養と見取りに関する研修会を実施
③⑤2025.7.19当院2階会議室にて「北部医療圏でできるがん医療について」研修会開催
③⑤2025.8.29　地域の施設従事者に対してがん患者の見取りについての研修会を開催

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

②③院内でのがん関連の小勉強会を開催
②③2026.11.21　緩和ケア研修会開催予定
③⑤地域の医療従事者以外へ緩和ケアに関するミニ講座を検討
③⑤7月ごろに市民向け人生会議・終活講演会を予定
②③院内及び地域の医療職多職種へ見取り支援の研修会予定（緩和ケア、疼痛管理）

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **県立中部病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

特になし

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

2026年度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

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

③受診率対策について
・市民向け啓発イベントを開催しがん検診の重要性について啓蒙活動を行った
・内視鏡の二次検診枠を増やした

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

③受診率対策について
・検診施設からの患者紹介を増やすためのシステム構築
・市民向けの啓発イベント開催し啓蒙活動に力を入れる

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①医療提供全般
・県内で行えない高度な医療(治験・BNCT・重粒子線治療など)について、適宜県外施設へ紹介を行っている
・ACP促進チームを結成し、マニュアルの見直しを行った
③がんゲノム医療
・がん遺伝子パネル検査について他施設と連携し検査の受け入れを持続的に行った
④手術療法
・ロボット支援下手術を3診療科（婦人科、泌尿器科、外科）にて実施している。年々、件数増加がみられている
⑤放射線療法
・放射線治療機器の更新が終了し、小線源治療も含めた放射線治療を再開した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①医療提供全般
・院外の施設、地域住民に向けたがん診療拠点病院としての医療提供体制をアピールし、がん患者の紹介増加を図る
・ACPマニュアルの見直しを引き続き行い、定着に向けて取り組む
・県内で行えない高度な医療(治験・BNCT・重粒子線治療など)について、県外施設への紹介を継続する
③がんゲノム医療
・離島を含む他施設との連携を継続し、院内外の診療科へ周知を行い、出検の増加を図る。
④手術療法
・ロボット手術の件数増加に向けた取り組みを引き続き推進
⑤放射線療法
・小線源治療を含めた安定した治療体制を継続
⑦チーム医療の推進
・関係診療科とのカンファレンス、キャンサーボードを継続しチーム医療を推進する
・がん関連多職種チームによる患者サポートチームの体制を構築する

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①緩和ケア
・緩和ケア研修会を計画通りに実施
・痛みのスクリーニングの対象を広げ、緩和ケアチームと共に疼痛コントロールの強化を図った
・院内の緩和ケア週間にて、患者向けに講演会を行った
・緩和ケア外来を立ち上げ、緩和ケア病棟に入院するまでの間の緩和ケアの継続、入院調整
・積極的ながん治療を行った患者に対しホスピスへの案内や紹介を行った
②在宅療法
・地域の訪問介護ステーションとともに地域で看取った患者の症例検討会を実施し、地域で看取りができる体制の整備や支援に取り組んだ
④支持療法
・神経ブロック治療を南部徳洲会病院と連携し行うことで強化を図った

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①緩和ケア
・ホスピスとの連携を強化し、積極的ながん治療を行った患者の案内、紹介を継続する
・irAE対策チームを中心に対応マニュアルの院内周知、教育に取り組む
②在宅療養
・地域ケア科と連携し、地域で看取りができる体制の整備や支援に取り組む
④支持療法
・神経ブロック治療については、南部徳洲会病院との連携を継続
・痛みのスクリーニングの定着に向けて取り組む(痛みのスクリーニングの結果のその後の対応については課題)
・リンパ浮腫、ストマトラブル等の相談対応強化に取り組む
⑤妊孕性温存療法
・他施設との連携を強化し、適切なタイミングで紹介を行う

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①希少がん ②難治性がん
・希少がん、難治性がんの紹介患者を受け入れを行った
⑤高齢者のがん
・意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内マニュアル整備に向けて準備を開始した
⑥離島・へき地
・石垣、宮古地区のグループ指定のがん診療病院との連携を図り、専門医の派遣を継続した。離島地域でも腫瘍内科の外来を活用しがん遺伝子パネル検査を依頼を受ける体制を継続した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①希少がん ②難治性がん
・希少がん、難治性がんの紹介患者を積極的に受け入れる
⑤高齢者のがん
・意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内マニュアルを完成させ、高齢者がんに対応していく
⑥離島・へき地
・離島診療に対する研修医への教育、研修を行う
・石垣・宮古地区のグループ指定のがん診療病院との連携を継続し、新たに北部地区医師会病院へ放射線治療医の派遣を行う

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①相談支援
・がんと診断された患者が必ず1度はがん相談支援センターを訪問する体制を整えた
②情報提供
・患者サロンを月１回定期開催し、相談、情報共有の場を確保した
・院内の各職種や県地域統括支援センターなど外部の協力を得てアロマや物作りなどのプログラムを実施した
⑥アピアランスケア
・がん相談支援センターおよび外来看護師(化学療法室含む)による利用案内リーフレットの配布、院内ポスター掲示、デジタルサイネージ等で周知を図った
④就労支援(医療機関側)
・ハローワークと連携し就労支援を行った
⑦自殺対策
・がん患者自殺対策講演会を行った

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

②情報提供
・図書室をリニューアルし充実を図る
・患者サロン参加者の増加を図るために、ライン等を利用した広報活動の強化
④就労支援(医療機関側)
・ハローワークと連携して患者支援を継続
⑥アピアランスケア
・アピアランスケアを活用するための情報提供体制を構築する
⑦自殺対策
・院内外へ向けてがん患者の自殺対策講演会を行う

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①研究の推進
・JCOGに参加し、臨床試験への患者登録を行った
③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
・中部医療圏の医療従事者向けの講演会を行った
⑤患者・市民参画の推進
・市民向けの啓発イベントを行った

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①研究の推進
・JCOGの参加を継続し、JGOG臨床試験へも参加予定
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
・離島へき地へ赴任する医療従事者向けにがん診療に関する教育・研修を強化する
③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
・中部医療圏の医療従事者向けの講演会を行う
④がん登録の利活用の推進
・がん登録のデータを利用して診療内容の改善を図る
⑤患者・市民参画の推進
・市民向けに啓発講座の定期開催

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **那覇市立病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 院内でのC型肝炎抗体陽性者のスクリーニング

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

前年度より継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 内視鏡検査による胃がん検診数の増加と内視鏡検査結果のWチェックによる精度管理

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

前年度より継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ ロボット支援下手術対象がん腫の適応拡大、膵臓センター開設
・ がんゲノム医療連携病院指定に向けて院内体制の整備・強化、遺伝カウンセリング外来・遺伝学的検査体制整備
・ 病理検査室の適切な人員配置と体制の維持・強化、将来精度管理（ISO 15189：2022）取得に向けての取り組み準備
・ 低栄養患者に対する栄養サポートチームとの連携
・ 周術期管理（口腔外科・栄養等）の強化
・ がん薬物療法体制加算の取得に向けた体制作り
・ 新機器導入（True Beam)に伴い高精度なIMRT・定位放射線治療件数増数を図る ・体表面照合システム（ExacTrac）導入による完全マーカーレス位置照合

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ がんゲノム医療連携病院申請と取得、院内および南部医療圏の医療機関とのがんゲノム医療連携体制の拡充
・ 遺伝性腫瘍・ゲノム診療の院内周知、相談支援体制の拡充、院外への広報活動
・ がんゲノム医療連携病院取得に向けて、病理検査室の環境整備
・ True Beam、HALCYON2台稼働による治療体制の強化、患者数の拡大を図る

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・ DXを利用した有害事象（irAE/CRS等）の自己管理に向けた整備
・ 緩和ケア診療の一貫として個別栄養食事管理の実施
・ 院内職員向け緩和ケア講習会年１～３回実施
・ 入院時　入院後に毎日の痛みスクリーニング実施と対応
・ オピオイド使用患者の抽出（毎週）と適切な服薬指導の実施
・ 緩和ケアチームカンファレンスへの参加によるリハビリ-他職種の連携
・ がんリハ研修会への参加により、対応できるスタッフ(PT・OT・ST)の充実

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ 妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・ 苦痛のｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ を確実に実施、電子カルテシステムなどを活用しタイムリーに介入できる体制整備
・ 早期から介入が必要な対象をスクリーニングするために病棟および外来ラウンド行い情報の集約を行い、入院・外来と切れ目ない緩和ケア提供体制を整備する
・ 緩和ケアに関する研修を開催する（2回/年）

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 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）
・ 高齢者のがん患者に対する積極的な訪問診療や訪問看護等の在宅医療の導入

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

前年度より継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 転院先や在宅医療に対する栄養に関連する情報提供の実施
・ 転居などに伴いがん治療が継続できる県外の通院先の案内及び受診調整
・ 対面相談、電話相談、オンライン相談など、相談者の希望に合わせた相談対応の継続
・ 患者家族へ情報が行き渡り、相談窓口につながるような院内職員への広報と周知によるスムーズな連携の強化
・ 新病院移転後の患者サロン、患者会活動の支援による継続開催のための院内外との連携強化

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・対面相談、電話相談、オンライン相談などの相談対応の継続
・院内職員への広報と周知
・診断から治療開始前までにがん相談支援センターを案内するシステム、マニュアル整備

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 院内外の患者や地域の相談に対応出来るがん専門相談員の育成
・ がんフォーラム（①市民対象：がん医療に関すること、②企業・事業所対象：就労・両立支援）の継続開催
・ 多発性骨髄腫患者会 定期開催・運営の支援

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ がんフォーラム（①市民対象：がん医療に関すること、②企業・事業所対象：就労・両立支援）継続開催と参加者増加に向けた広報
・ 患者サロン、多発性骨髄腫患者会の継続開催、運営の支援

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **県立宮古病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①禁煙の啓蒙活動を継続して行い、入院患者には禁煙指導を積極的に行った。
②飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧めた。
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た。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①全身麻酔手術を受ける患者には術前、術後の禁煙指導を行い最終的に喫煙率の低下を目指す。
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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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った。
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、巡回型「検診キャラバンプロジェクト」を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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）。企業健診担当者との面談にて法定健診だけを受けている人が多く、市民健診を受けるように指導を行う。宮古島医師会、市役所と連携し検診の方法も改良する方針である。
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、巡回型「検診キャラバンプロジェクト」を継続する。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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た。
①現在、血液腫瘍内科医師が1名欠員している状況であり、佐賀医科大学血液腫瘍内科医師の専門外来を開始した。（1回／月）
②常勤の病理専門医が配置されていないため、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。今後は患者の渡航の負担軽減のために遺伝子パネル検査の報告はZOOMで行える体制を構築した。
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た。
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た。
⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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する。
①佐賀医科大学血液腫瘍内科医師の専門外来を開始したが、（1回／月）県内の医師の診療を目指す。
②常勤の病理専門医が配置されていないため、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。今後は患者の渡航の負担軽減のために遺伝子パネル検査の報告はZOOMで行える体制を構築中である。
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。専攻医の確保を目的として、日本外科学会専門研修プログラムの連携施設として、新たに兵庫県明和病院および練馬光が丘病院と連携を構築する方針とする。
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う。
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。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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。緩和ケア認定看護師の退職に伴い、現在新たな人材を育成した。
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った。
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、がん患者支援リハビリカンファレンスも継続して行った。
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た。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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。がん患者支援リハビリカンファレンスも継続して行っている。
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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介を行った。
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ったが、実行できなかった。
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い、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した。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介を継続して行う。
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。外科においては症例の集約を行う方針である。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行った。
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予定であったが、実現しなかった。
④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行った。
⑥緩和チームが介入して説明を行った。
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た。
⑧患者の会などで相談できるような体制を構築した。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行う方針である。
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う方針である。
⑥緩和チームが介入して説明を行う。
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る。
⑧患者の会などで相談できるような体制を構築する。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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、前半4名、後半3名の専攻医が宮古病院へ赴任し外科診療を行った。
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た。
③2024年より外科専攻医の教育目的に外科各領域のエキスパートによるZoom勉強会を行った。
⑤８月２３日琉球大学病院がんセンター、宮古病院共催にて「宮古医療圏でできるがん医療について」と題した講演会を開催した。
③12月１３日宮古島市未来創造センターにて市民公開講座を開催し、120名強の島民が参加した。宮古島病院での外科治療の現状と今後の集約化に向けての方針を説明した。 ③
1月17日外科浅野医師が「大腸がんとの暮らしを考える」というタイトルで講演を行い、大腸がん検診の有用性について啓蒙活動を行う予定である。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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、今年度は前半２名、後半3名の専攻医が宮古病院へ赴任の予定である。
③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングや市民公開講座を開催し、がん教育を市民に行う。
③2024年より外科専攻医の教育目的に外科各領域のエキスパートによるZoom勉強会を不定期に行っており、今年も継続する。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **県立八重山病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①検診事業は実施していないが、指針に基づいたがん検診のみを行う。
令和６年度の沖縄県の胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん検診精密兼Ｓ名協力医療機関として名簿に登載し、関係機関に周知を図った。
また、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）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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）と連携している。（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。中部病院腫瘍内科医によるゲノム医療勉強会を開催する。（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委員会をつきに1回開催している。（個別施策⑥6-3）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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在宅医療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）
③がんリハビリテーション研修に参加（個別施策③3-1）
⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

③病室にインターネット環境を整備した（個別施策③3-1）
⑥沖縄県アピアランスケア研修会に参加する（個別施策⑥6-1）
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）
⑥アピアランスケア手編みパッド作り体験
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、琉大病院との共催で出張ピアサポート相談会を実施する（個別施策⑧8-1）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続している（個別施策②2-1）
③八重山高校、八重山農林高校の生徒に「がんについての勉強会」「タオル帽子作り交流会」を実施する
③12月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた印内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄県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）
訪問看護師を招いて院内スタッフへの勉強会開催
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）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

②乳腺外科、~~呼吸器外科~~の応援配置を継続している（個別施策②2-1）
③八重山高校、八重山農林高校の生徒に「がんについての勉強会」「タオル帽子作り交流会」を実施する
③12月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた印内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄県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）
訪問看護師を招いて院内スタッフへの勉強会開催
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７年度 第３回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和８年３月17日（火）19:00～20:20
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：9名
浅野 志麻（県立宮古病院）、有賀 拓郎（中頭病院）、金城 達也（琉球大学大学院）、金城 徹（琉球大学病院）、佐村 博範（浦添総合病院）、玉城 研太朗（那覇西クリニック）、仲地 厚（友愛医療センター）、本部 卓也（中部病院）、山本 孝夫（県立八重山病院）、増田 昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：5名
糸数 公（沖縄県保健医療介護部）、仲宗根 正（那覇市保健所）、仲地 厚（友愛医療センター）、宮城 政剛（新川クリニック）、宮里 浩（那覇市立病院）
陪　　席：2名
姫岩 翔子（沖縄県立宮古病院）、西 佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和７年度 第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料２に基づき、議事要旨について報告があった。

２．宮古島「大腸がん検診キャラバン」進捗状況について
浅野委員より、２月８日に実施された「大腸がん検診キャラバン」の報告があった。便潜血検査キットは300人分用意し、キャラバン当日までに212名に配布され、その後２月末までに増えて最終的に231名に配布された。キャラバン当日に持参された検体は167名で便潜血陽性は33名（約19%）であった。また今回はアンケートや問診票を用いてどのルートで受診したかを把握しつつ、主なターゲットであった国保加入の男性に適切にアプローチできたかについては、今後解析を進める予定とのことだった。続いて、委員より、結果が出るまでの待機場所や、人員や資金支援の出所、効果的な広報ツール、今後の展望などに関する質疑があった。

【協議事項】
１．大腸がんプロジェクトの中間評価について
（1）中間評価シート
増田委員より、資料４に基づき、中間評価の手順について説明があった。なるべく３月末までに中間評価シートを配布しますので、４月15日までに各施策の〇×評価に対するコメントを記入していただきたいとの依頼があった。これを受けて、委員よりコメントの書き方に関する質問があった。評価自体（増えたか減ったか）は〇×で示すため、コメントには施

策に対する気づきや改善案、プラスアルファの意見を書いてほしいとのことだった。すべての施策に必ずコメントを書く必要はなく、難しければ空欄あるいは「コメント難しい」等の選択肢を設けるとのことだった。各自が重点領域に絞って意見を寄せてほしいと補足があった。さらに、専門医数の例を挙げ、増加が望ましいとの共通認識を示しつつ、単なる増減のみの言及よりも具体的な提案があると望ましいとのことだった。

（2）全国がん登録による 5 年生存率

増田委員より、資料 5 に基づき、昨年末から今年にかけて公表された厚生労働省の「全国がん登録 5 年生存率報告」について説明があり、がんセンターがまとめた「大腸がん 5 年純生存率」の資料が共有された。

（3）過去 10 年分のデータとグラフ

増田委員より、資料 6 に基づき、大腸がん死亡率の最新データとグラフが共有された。

２．大腸がん相談室利用方法の改善について

佐村委員より、大腸がん相談室の進捗状況について報告があった。難しい症例を多く挙げたためか、相談自体は個別にはあるものの、相談室を介さない希望があるため、相談室に症例が届かず個別対応が続いているとのことだった。また、大腸がんを専門にしていない病院で利用してもらう働きかけを行いたいが、病院の選定や関与の仕方に懸念があり進んでいないとのことだった。これを受けて、増田委員から、現在、沖縄県では「大腸がん診療を行う施設」を選定中であり、その結果を確認してから病院を選定することが提案された。

続いて、金城委員より、匿名を希望する医師がいる場合は、佐村委員を介して相談してはどうかと提案があり、症例提示のハードルが下がり相談しやすくなるといった匿名性の利点が挙げられた。続いて、相談室で情報提供と方針決定がされたという証明書のようなものを発行してはどうかといった方策などが議論された。

最後に、増田委員より、大腸がん相談室を活性化し症例を増やすことについて具体的な意見や対策を提示していただきたいと呼びかけがあった。

３．その他

特になし。

資料14

沖縄県地域統括相談支援センター
（活動報告）

実施期間：2025年4月～2026年3月

1. ピア・サポーター養成講座

2. ピア・サポーターフォローアップ研修会

3. ピア・サポート　実績報告

4. ピアサロン（WEB開催）実施報告

5. 相談業務（出張ピサポート）

6. がんピア・キャラバン（沖縄県立図書館）

7. がんピア・サポーター展（沖縄県立図書館）

8. ピアサポートの普及啓発：ﾗｼﾞｵ広報

9. 拠点病院主催患者サロンへのピアサポーター派遣

10. 出張ピアサポート（リレーフォーライフ）

1. ピア・サポーター養成講座（2月21日開催）

1. 名　称　　令和7年度　がんピア・サポーター養成講座

2. 場　所　　沖縄県医師会館
　　〒901-1105　沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9

3. 日　時　　令和8年2月21日　（土）9：00　～　17：00

4. 目　的　　本講座は、当事者の経験を基盤としたピアサポーターを適切に実践できる人材を養成し、医療・支援現場における回復支援の質の向上に寄与することを目的とする。

5. 内　容　　ピアサポートの理念、役割、倫理を中心に、傾聴やコミュニケーションの基礎、支援における留意点、多職種連携について学ぶ、講義及び演習を通じて、医療・支援現場で適切に活動するための基礎的知識と態度の習得を目指す

6. 参加者　　申込者数16名（内修了生14名）

7. その他



令和7年度 がん ピア・サポーター養成講座 2026.2.21 (土) 開催

講師紹介

●齋藤　円先生

市立ひらかた病院　精神科　主任部長

●野田　真由美さん

NPO法人　支えあう会「α」　副理事長

8：30開場/9：00開始/17：00終了　場所：沖縄県医師会館

事前学習(動画視聴)

養成講座に先立って、基礎知識の習得のために、以下の6項目については動画視聴をお願いしています。

1. ピアサポートとは
2. ピアサポーターの役割と活動指針
3. 相手を大切にすること、自分を大切にすること
4. より良いコミュニケーションのために
5. がん診断の基礎知識と情報提供の注意点
6. 行政や医療機関が支援できること

＊動画の視聴や課題提出方法等については、お申し込み後にメールにてご案内します。

プログラム

8:30	受付
9:00	開会のあいさつ・オリエンテーション
9:20	ピアサポートについて　講義1　齋藤　円先生
9:50	事前学習の復習　講義2　野田　真由美さん
10:30	バウンダリーについて　講義3　齋藤　円先生
11:10	自分の体験を語る　ワークショップ1　野田　真由美さん　齋藤　円先生
12:10	お昼休憩
13:00	ロールプレイオリエンテーション　野田　真由美さん
13:20	ロールプレイ1　ワークショップ2
14:00	ロールプレイ2　ワークショップ3
14:40	ロールプレイ3　ワークショップ4
15:30	全体振り返り
16:05	がん対策について　講義4　がんセンター長　増田　昌人
16:15	沖縄県のピアサポート事業について　講義5　当センター　相談員
16:30	質疑応答・修了式
17:00	閉会

＊受講後に修了書をお渡しいたしますが、資格として認定されるものではありませんので、ご了承ください。

【場所】

沖縄県入ち会館
〒901-1105
沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9

【お問合せ】

沖縄県地域統括相談支援センター　担当：喜舎場
琉球大学病院　がんセンター内
TEL：(098) 894-1506 (直通)
MAIL：info@gansoudan-okinawa.jp







2. ピア・サポーターフォローアップ研修会

1. 名　称　　ピア・サポーターフォローアップ研修会
2. 場　所　　おきなわクリニカルシミュレーションセンター
　　〒901-2725　沖縄県宜野湾市喜友名1076番地
　　（琉球大学病院敷地内　管理・研修棟2F）
3. 日　時　　令和7年6月21日（土）　10：00　～　17：00
4. 目　的　　養成講座終了後のピアサポーターを対象に、活動の振り返りと課題整理を行い、支援の質と安全性の向上を図ることを目的とする。
5. 内　容　　活動事例の共有、課題検討、倫理及びセルフケアの再確認を行い、医療・支援職との連携を含めた実践力の向上を図る。
6. 参加者　　申込者数15名（内修了生11名）
7. その他



第11回　　2025.6.21（土）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：おきなわクリニカルシミュレーションセンター

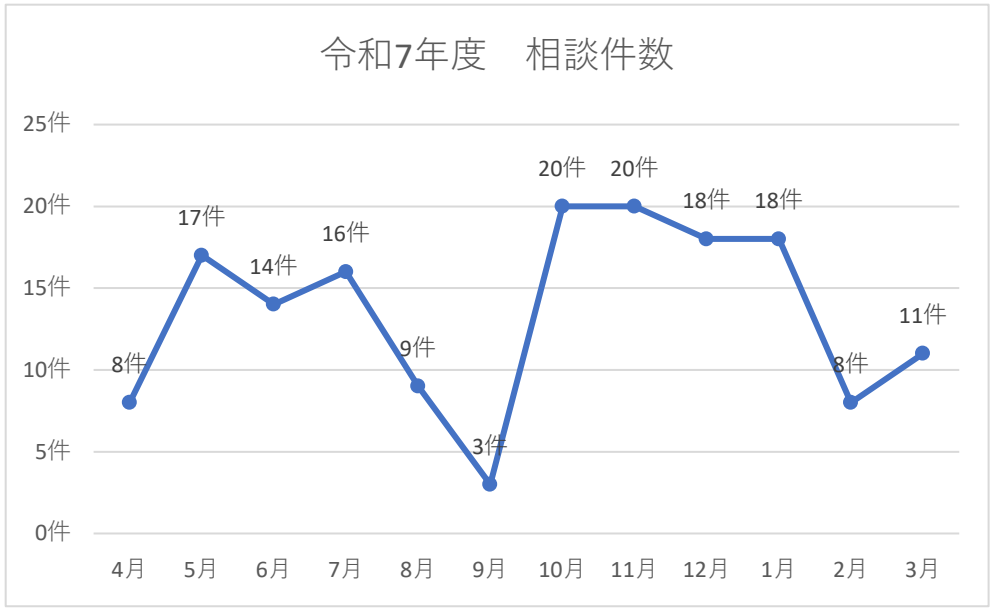
プログラム

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	がん医療の基礎知識	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	ストレスマネジメント	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		

3.ピアサポート実績報告　令和7年4月～12月

ピアサポーター相談室の4月から12月までの活動状況について、相談件数の実績、運営体制をまとめた。

相談月	件数
4月	8件
5月	17件
6月	14件
7月	16件
8月	9件
9月	3件
10月	20件
11月	20件
12月	18件
1月	18件
2月	8件
3月	11件
合計	162件







ピアサポーター相談室の運営に携わる担当者の概要を示す。



※掲載している写真およびプロフィールは、本人の同意を得たうえで、事業報告を目的として必要最小限の情報を記載している

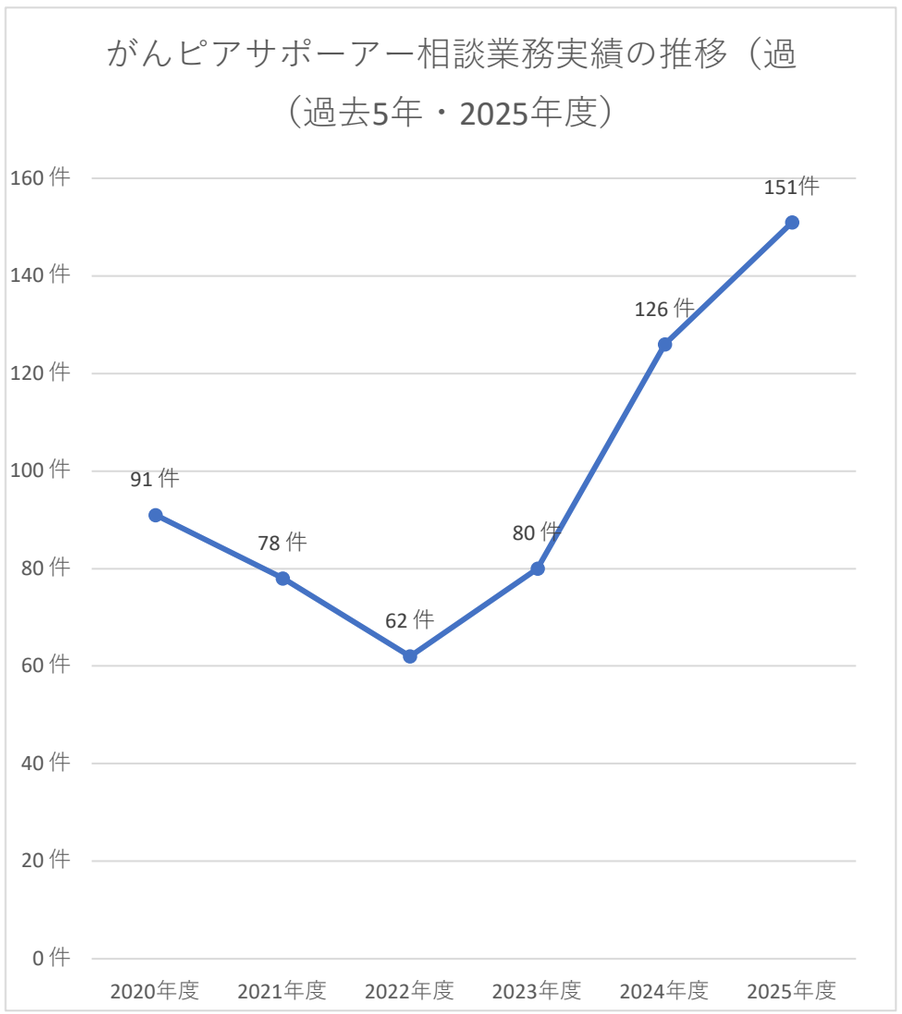
腎　が　ん	男性	看護師	50代
肺　が　ん	女性	カウンセラー	60代
乳　が　ん	女性	看護師	50代
肉　　腫	女性	看護師	50代

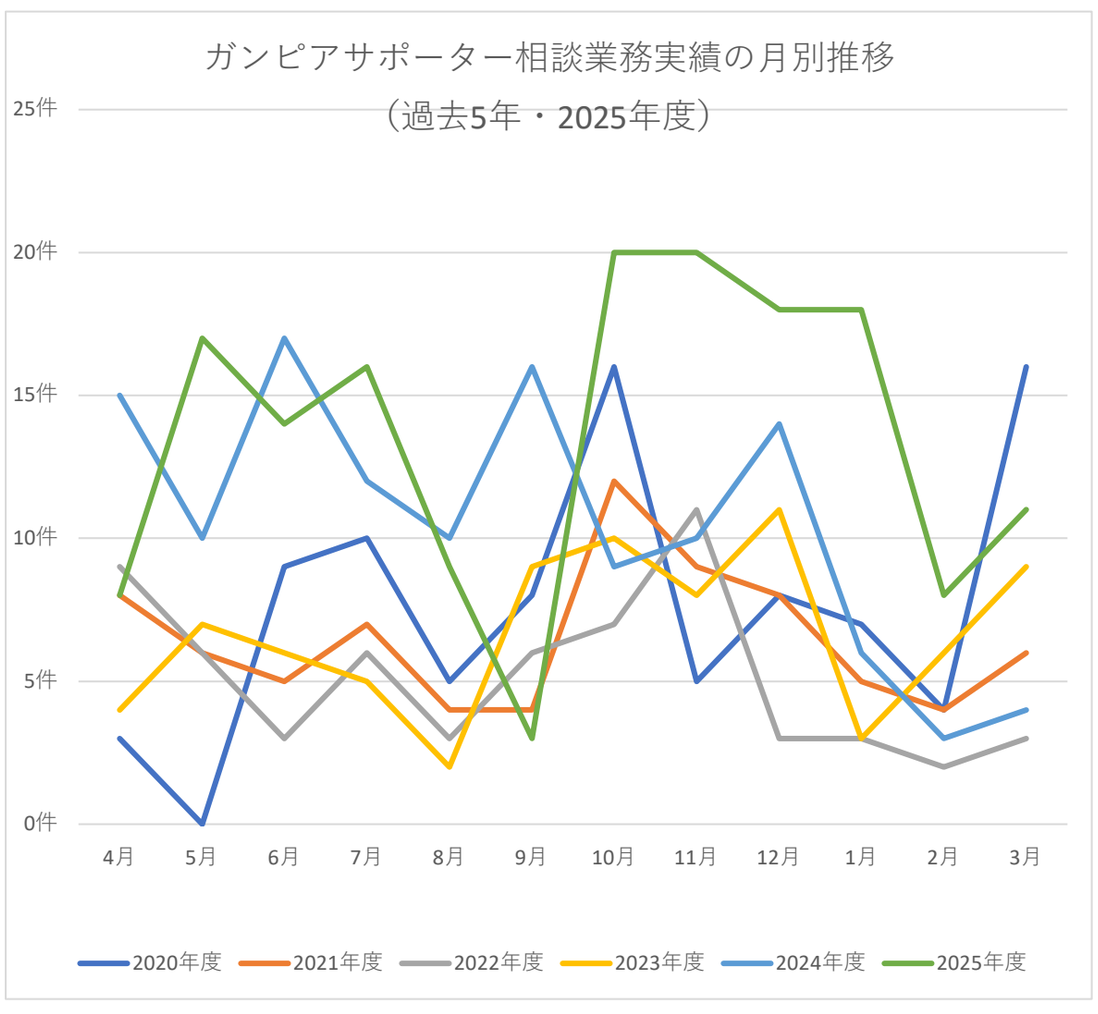
ピアサポート活動実績　2020年度～2025年度

ピアサポーター相談室における過去5年間・2025年度の相談件数の推移を以下に示す

ガンピアサポーター相談業務実績　（過去5年間・2025年度）比較）

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
4月	3件	8件	9件	4件	15件	8件
5月	0件	6件	6件	7件	10件	17件
6月	9件	5件	3件	6件	17件	14件
7月	10件	7件	6件	5件	12件	16件
8月	5件	4件	3件	2件	10件	9件
9月	8件	4件	6件	9件	16件	3件
10月	16件	12件	7件	10件	9件	20件
11月	5件	9件	11件	8件	10件	20件
12月	8件	8件	3件	11件	14件	18件
1月	7件	5件	3件	3件	6件	18件
2月	4件	4件	2件	6件	3件	8件
3月	16件	6件	3件	9件	4件	11件
合計	91 件	78 件	62 件	80 件	126 件	151件





**　地域統括相談支援センターにおけるがんピアサポーター相談業務実績について、過去5年間の推移をみると、2年目および3年目に一時的な減少がみられたが、4年目以降は増加傾向に転じている。**

4.　がん相談業務（がんピアサロン(WEB)）

1. 名　称　　オンラインゆんたく会
2. 場　所　　琉球大学病院ガンセンター内（Zoom）
　　〒901-2725　沖縄県宜野湾市喜友名1076番地
3. 日　時　　令和7年4月～令和8年2月 毎月第3火曜日　14：30～15：30
4. 目　的　　オンライン上での交流（ゆんたく会）を通じ、参加者の孤立感の軽減と相互交流の促進を目的とする。
5. 内　容　　オンライン会議システムを用い、ピアサポーターの進行のもと、参加者同士の交流を目的とした語り合いの場として実施する。
6. 参加総数　　39名
7. その他

	日時				場所	派遣者		拠点病院		参加者
①	令和7年	4月	15日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	琉球大学病院	0名	8名
②	令和7年	5月	20日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	2名	中部病院	1名	8名
③	令和7年	6月	17日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	那覇市立病院	1名	5名
④	令和7年	7月	15日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	北部地区医師会	1名	5名
⑤	令和7年	8月	19日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	宮古病院	1名	3名
⑥	令和7年	9月	16日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	八重山病院	2名	2名
⑦	令和7年	10月	21日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	琉球大学病院	0名	2名
⑧	令和7年	11月	18日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	中部病院	2名	2名
⑨	令和7年	12月	16日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	那覇市立病院	1名	1名
⑩	令和8年	1月	20日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	1名	北部地区医師会	1名	1名
⑪	令和8年	2月	17日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター	2名	宮古病院	1名	2名
⑫	令和8年	3月	17日	（火）	オンライン（Zoom）	ピアサポーター		八重山病院		


令和7年度　オンラインゆんたく会　各拠点病院相談員　年間日程表

名　称：オンラインゆんたく会
日　時：毎月 第3火曜日　14：30～15：30（14：00受付）
形　式：Zoom

	琉球大学病院	中部病院	那覇市立病院	北部地区医師会病院	宮古病院	八重山病院
4月15日	●					
5月20日		●				
6月17日			●			
7月15日				●		
8月19日					●	
9月16日						●
10月21日	●					
11月18日		●				
12月16日			●			
1月20日				●		
2月17日					●	
3月17日						●

琉球大学病院	中部病院	那覇市立病院	北部地区医師会病院	宮古病院	八重山病院
4/15（火）	5/20（火）	6/17（火）	7/15（火）	8/19（火）	9/16（火）
10/21（火）	11/18（火）	12/16（火）	1/20（火）	2/17（火）	3/17（火）





オンライン上での交流（ゆんたく会）を通じ、参加者の孤立感の軽減と相互交流の促進を目的とする。

5. がん相談業務（出張ピアサポート）

1. 名　称　　出張ピアサポーターによる個別がん相談会
2. 場　所　　拠点病院
3. 日　時　　2025年　9月、10月、12月、2026年　1月の4回開催
4. 目　的　　拠点病院での出張によるがんピアサポーターの個別相談実績を示し、患者・ご家族の心理的支援の状況は把握と今後の支援体制の充実に役立てる事を目的とする。
5. 内　容　　がん患者およびそのご家族をご遺族に、ピアサポーターによる個別相談を実施
7. その他

サロン名	日時	場所	参加ピアサポーター人数
出張ピアサポート個別相談会	令和7年9月17日	県立病院　7階レストラン	2
出張ピアサポート個別相談会	令和7年10月1日	北部地区病院　7階ｼｭﾐﾚｰｼｮﾝ室	1
出張ピアサポート個別相談会	令和7年12月12日	県立八重八重山病院　2階講堂	2
出張ピアサポート個別相談会	令和8年1月16日	県立宮古病院　2階講堂	1









県立中部病院、北部地区医師会病院、八重山病院、宮古病院にて出張ピアサポーター個別相談会を実施した。
一部の医療機関では、相談につながった事例もあったが、地域特性として相談内容や来場者が周囲に知られる事への懸念が強く、相談利用に至らないケースが多かった。

7. がんピアキャラバン　共催（沖縄県立図書館）

1. 名　称　　がんピアサポート展

2. 場　所　　沖縄県立図書館　4F　交流ルーム
〒900-0021　沖縄県那覇市和泉崎1丁目20-1-3　５Ｆ

3. 日　時　　令和8年2月2日（月）　14：00　～　16：00

4. 目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報

図書館という公共の情報拠点を活用することで、医療機関外において気軽にがんに関する情報へアクセスできる環境を提供した。

5. 対応ｽﾀｯﾌ　ピアサポーター2名、ボラティアピアサポーター1名、事務スタッフ1名

7. 内容

来館者へのがんに関する情報提供及び相談対応を実施した。相談者2名であり、体験に基づく情報提供および傾聴を中心としたピアサポートを行った。



7. がんピアサポート展　共催（沖縄県立図書館）

1. 名　称　　がんピアサポート展

2. 場　所　　沖縄県立図書館3　F展示ブース
　　〒900-0021　沖縄県那覇市和泉崎1丁目20-1-3　５Ｆ

3. 日　時　　令和8年1月28日（水）～2月23日）（月）
　　9：00　～　20：00

4. 目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報
　地域統括相談支援センターのピアサポーター活動の周知及び、がん患者・家族への情報提供を目的として展示を実施した。

5. 展示内容
- 地域統括相談支援センター　ピアサポート相談室ポスター
- ピアサポーター養成講座開催ポスター
- オンラインゆんたく会　ポスター（チラシ）
- おきなわがんサポートハンドブックやがんに関する冊子
- ピアサポーター活動情報（チラシ）

6. 期間中の対応
- 冊子の補充2回実施
- 来館者が自由に閲覧・持ち帰り可能な形で設置

7. 考察

　本展示は、がんピアサポーター活動の認知向上に寄与したと考えられる。
冊子の追加搬入が必要となったことから、情報提供に対する一定の関心が示された可能性がある。
また、養成講座への参加につながった事例は、展示による啓発効果を示唆するものと考えられる。





6. ピアサポートの普及啓発：ラジオ広報

1. 名　称　　ラジオ広報（がん ピア・サポート相談室）

2. 場　所　　ぎのわんシティFM
　　〒901-2214　宜野湾市我如古2-36-15　3階

3. 日　時　　令和7年10月　毎週金曜日　17：00　～　18：00

4. 目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報

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

5. 内　容　　ぎのわんシティFMより特別番組
　　昨年同様に10月の毎週金曜日放送。収録2回分(8/26)を行った。

・センター概要、がんピアサポート相談室の活動内容、相談対応時間、
　これまでの実績、事業イベントなどの案内

・相談員（上地さん、西村さん）自身のがん体験、思い出の曲を配信

・がんサポートハンドブック、設置場所などの案内

5.　その他







7. 拠点病院主催患者サロンへのピアサポーター派遣状況　（2025年4月～12月）

1. 名　称　　琉大ゆんたく会

2. 場　所　　琉球大学病院
　　〒901-2725　沖縄県宜野湾市喜友名1076番地

3. 日　時　　令和7年4月～令和8年2月　毎月第1火曜日　14：00～16：00

4. 参加者　　延べ人数18名

患者サロン名	日程	場所	派遣人数
琉大ゆんたく会	令和7年4月7日	琉球大学病院　7階	1
琉大ゆんたく会	令和7年5月12日	琉球大学病院　7階	2
琉大ゆんたく会	令和7年6月2日	琉球大学病院　7階	2
琉大ゆんたく会	令和7年7月7日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和7年8月4日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和7年9月8日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和7年10月6日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和7年11月10日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和7年12月1日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和8年1月5日	琉球大学病院　2階多目的室	2
琉大ゆんたく会	令和8年2月2日	琉球大学病院　2階多目的室	1
琉大ゆんたく会	令和8年3月2日		

1. 名　称　　中部ゆんたく会

2. 場　所　　沖縄県立中部病院
　　〒904-2293　沖縄県うるま市宮里281

3. 日　時　　令和7年4月～令和7年12月　毎月第3木曜日　14：00～16：00

4. 参加者　　延べ人数3名

患者サロン名	日程	場所	ピアサポーター派遣人数
中部ゆんたく会	令和7年4月24日	沖縄県立中部病院　7Fレストラン	1
中部ゆんたく会	令和7年7月24日	沖縄県立中部病院　7Fレストラン	1
中部ゆんたく会	令和8年1月22日	沖縄県立中部病院　南2F	1

1. 名　称　　那覇がん患者ゆんたく会

2. 場　所　　那覇市立病院
　　〒902-8511　沖縄県那覇市古島2-31-1

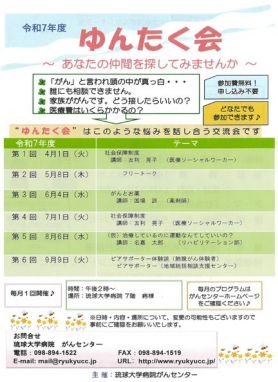
3. 日　時　　令和7年4月～令和8年2月　毎月第1火曜日　14：00～15：00

4. 参加者　　延べ人数7名

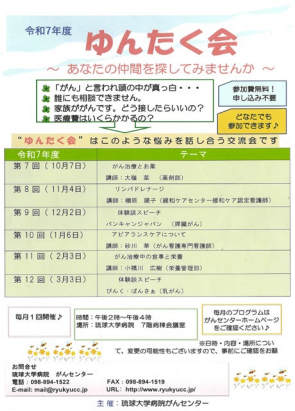
患者サロン名	日程	場所	ピアサポーター派遣人数
那覇がん患者ゆんたく会	令和7年7月17日	那覇市立病院　会議室	1
那覇がん患者ゆんたく会	令和7年11月20日	那覇市立病院　会議室	2
那覇がん患者ゆんたく会	令和8年1月15日	那覇市立病院　会議室	2
那覇がん患者ゆんたく会	令和8年3月19日	那覇市立病院　会議室	2

がん相談業務（がんピアサロン）チラシ

琉大ゆんたく会（第1回～6回）



琉大ゆんたく会（7回～12回）



中部ゆんたく会（第1回～6回）



中部ゆんたく会（7回～12回）



那覇がん患者ゆんたく会









8. 出張がんピアサポート（リレーフォーライフ）

1. 名　称　　リレー・フォー・ライフジャパン2025おきなわ

2. 場　所　　沖縄大学アネックス共創館
　　〒902*0075沖縄県那覇市国場405

3. 日　時　　2025年11月8日（金）　15：00　～　9日（土）10：00

4. 参加者　　3名











地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　開催要綱

１．目的

○　今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据え、地域医療構想や医療計画、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージをはじめとする医師確保の取組等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。

○　本検討会は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的内容や、地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することを目的に開催するものである。

２．検討事項

⑴ 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
⑵ 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
⑶ 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項（医師養成過程を通じた対策を除く）
⑷ 外来医療計画に関する事項
⑸ その他本検討会が必要と認めた事項

３．構成等

⑴ 構成員は、別紙のとおりとする。
⑵ 座長は、構成員の互選により選出する。座長は座長代理を指名することができる。
⑶ 座長は、必要に応じ、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。
⑷ 団体を代表して参加している構成員が、やむを得ず欠席し、代理出席を希望する場合には、事前に医政局地域医療計画課を通じて座長の了解を得た上で当日の会合において承諾を得ることにより、参考人として参加することができる。

４．運営

⑴ 医政局長が検討会を開催し、検討会の庶務は、医政局地域医療計画課において処理する。
⑵ 検討会の下にワーキンググループを置くことができる。
⑶ 検討会は原則として公開する。ただし、公開することにより当事者又は第三者の権利利益を害する恐れ等がある場合は、構成員の申し合わせにより非公開とすることができる。
⑷ 資料及び議事録については、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き、後日ホームページにおいて公開する。なお、非公開とする申し合わせを行った場合には、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
⑸ この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。

令和８年３月３日（火）
16 時 00 分～19 時 00 分
対面・オンライン開催
（日比谷国際ビルコンファレンススクエア 8F）

第 12 回　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

議　事　次　第

１－１．新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

１－２．地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
新たな地域医療構想とりまとめ（案）について

２．　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ（案）について

【資料】
資料１－１　新たな地域医療構想策定ガイドラインについて
資料１－２　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会新たな地域医療構想とりまとめ（案）
資料２－１　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ（案）
資料２－２　医師確保計画の見直し等に関する参考資料

参考資料１　医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論の整理（案）

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　構成員名簿

（敬称略、五十音順）

	氏　名	所　属・役　職
	伊藤（いとう）　悦郎（えつろう）	健康保険組合連合会常務理事
	伊藤（いとう）　伸一（しんいち）	一般社団法人日本医療法人協会会長
	猪口（いのくち）　正孝（まさたか）	公益社団法人全日本病院協会副会長
	今村（いまむら）　知明（ともあき）	奈良県立医科大学教授
	今村（いまむら）　英仁（ひでひと）	公益社団法人日本医師会 生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
○	遠藤（えんどう）　久夫（ひさお）	学習院大学長
	岡（おか）　俊明（としあき）	一般社団法人日本病院会副会長
	小川（おがわ）　祐幸（ひろゆき）	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課管理監
	荻野（おぎの）　構一（こういち）	公益社団法人日本薬剤師会副会長
	尾崎（おさき）　誠（まこと）	長崎大学病院長（全国医学部長病院長会議）
	川又（かわまた）　竹男（たけお）	全国健康保険協会理事
	坂本（さかもと）　泰三（たいぞう）	公益社団法人日本医師会常任理事
	櫻木（さくらぎ）　章司（しょうじ）	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
□	菅原（すがはら）　琢磨（たくま）	法政大学経済学部教授
	鈴木（すずき）　美穂（みほ）	認定 NPO 法人マギーズ東京共同代表理事
	瀬古口（せこぐち）　精良（あきよし）	公益社団法人日本歯科医師会副会長
	玉川（たまがわ）　啓（あきら）	福島県保健福祉部次長（健康衛生担当）
	土居（どい）　丈朗（たけろう）	慶應義塾大学経済学部教授
	橋本（はしもと）　美穂（みほ）	公益社団法人日本看護協会常任理事
	東（ひがし）　憲太郎（けんたろう）	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
	松田（まつだ）　晋哉（しんや）	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター所長
	松田（まつだ）　宜親（よしちか）	山梨県身延町福祉保健課長
	望月（もちづき）　泉（いずみ）	公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長、□：座長代理

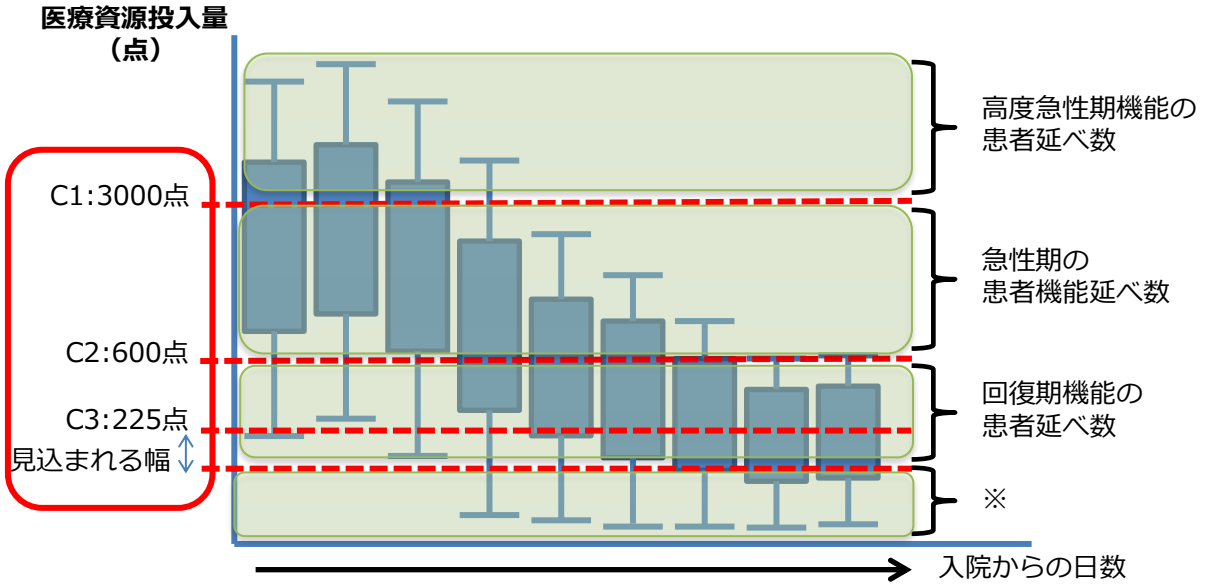
厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

○　地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。

○　患者に対して行われた診療行為を、**診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（１日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計**。



※　在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	○○○○人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▽▽▽▽人／日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

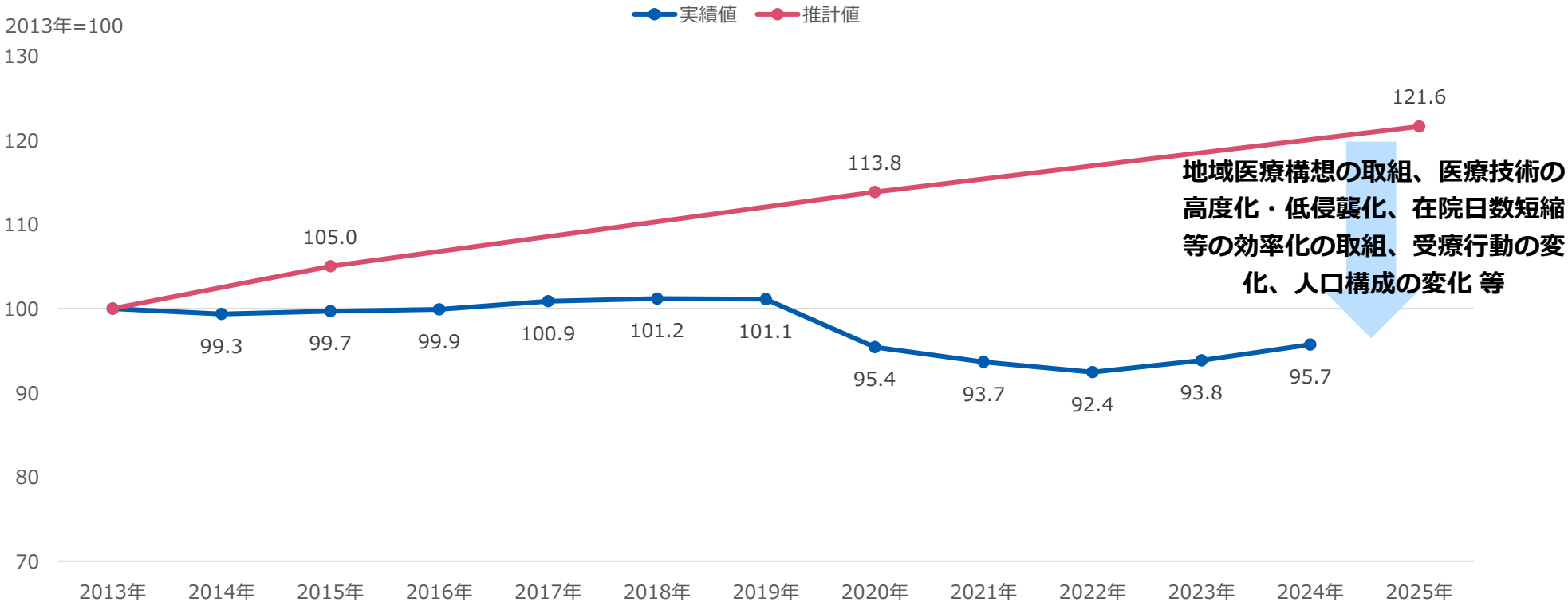
・高度急性期75%　・急性期78%
・回復期90%　・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■■■■床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した**入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

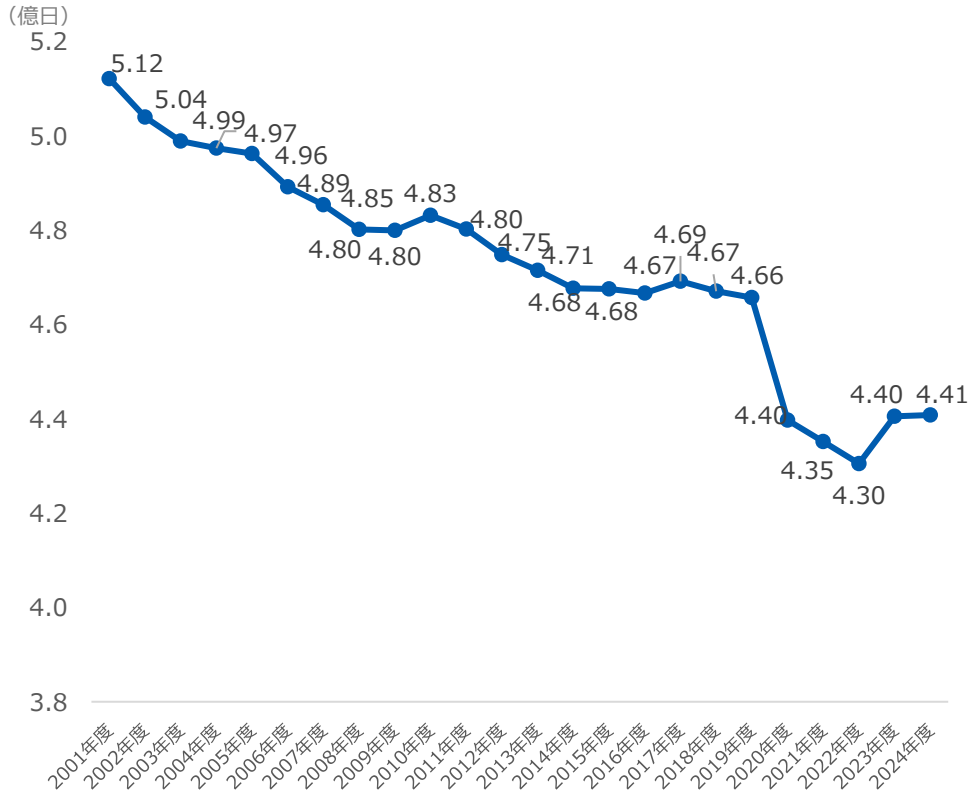
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の１日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

0301

近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

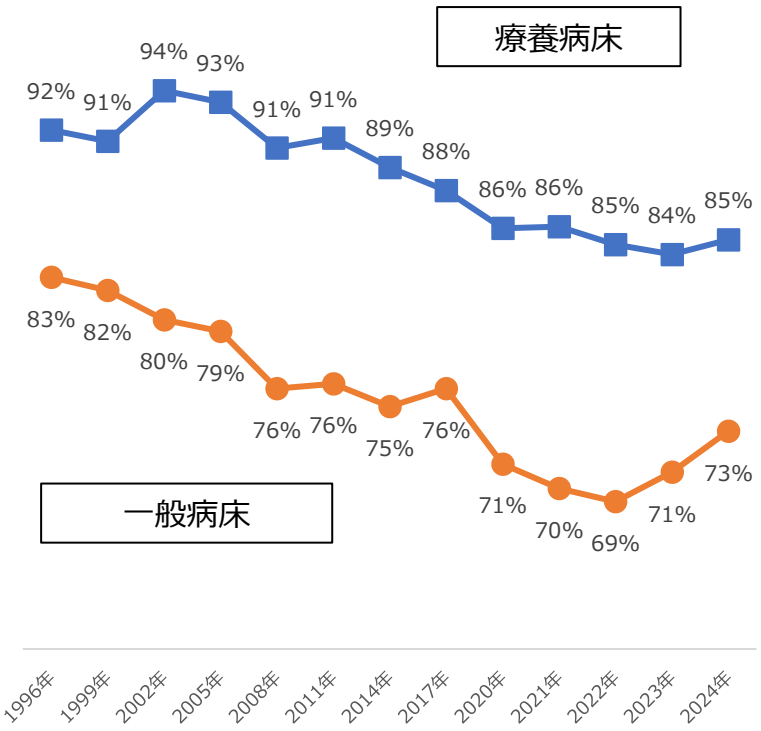
入院受診延日数の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2024年度）
※１　労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。
※２　各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

0302

病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「病院報告」
※１　療養病床については、平成８～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。
※２　一般病床については、平成８～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。
注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 総合周産期特定集中治療室管理料 • 新生児治療回復室入院医療管理料 • 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	• 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

0303

※　診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

①　医療需要の推計・医療需要の設定について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三　（略）

３　都道府県は、地域医療構想を作成するに当たつては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ （抜粋）

（３）医療機関機能・病床機能

③　病床機能

○　病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き４区分としつつ、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。

○　また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

論点

- 医療需要の推計にあたっては、現在の地域医療構想における考え方を基本とすることとしており、医療需要の設定にあたっては、構想区域ごとに、診療実績データに基づき患者単位の日ごとのデータを用いて、人口推計を活用し、病床機能区分ごとに推計することとしてはどうか。その際、最新の医療需要を反映させる観点から、2024年度のNDBデータを用いることとしてはどうか。
- NDBに含まれない、自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者については、 医療保険の患者に比べて僅少ではあるものの、精緻な推計を行う観点から、 NDBデータの高度急性期、急性期、包括期の医療需要に比例するよう按分して推計（自然分娩は急性期として推計）を行うこととしてはどうか。
- 必要病床数については、患者単位で、将来の推計人口に受療率を乗じて算出するものであり、需要に基づくものである一方、病床機能報告において報告される病床数については、供給側である医療機関がサービスの提供単位となる病棟ごとに役割を明確化し、機能分化を推進するために病棟単位で報告されるといった構造的な違いがある。こうした算出方法や目的の違い等について、関係者が理解できるよう、ガイドラインに記載することとしてはどうか。0304

②改革モデルについて（包括期機能に係る取組を踏まえた推計）（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三　（略）

３　都道府県は、地域医療構想を作成するに当たつては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

○　病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き４区分としつつ、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。

○　また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（抜粋）

＜必要病床数について＞（第８回（令和７年10月15日））

○　必要病床数の算定に当たっては、医療技術の進歩や医療提供の効率化の取組等の複数の要因から受療率は低下してきていることを踏まえ、改革モデルとして受療率の低下を組み込んで計算することとしてはどうか。

＜高齢者救急の制度的な位置付けについて（必要病床数における位置付け）＞（第８回（令和７年12月12日））

○　これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきた。今後の算定に当たっては受療率を反映させること等が議論されてきたが、高齢者救急のうち、一定割合の患者は医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが望まれる。このため、機能別の病床数の算定にあたっても、75歳以上の高齢者について、医療資源投入量からは急性期と見込まれる患者であっても、一定割合は包括期機能として必要病床数の算出をすることとしてはどうか。

論点

受療率や現行の地域医療構想の取組等の反映について

- 病床利用率については、2022年頃の落ち込みと比べると病床の削減等の取組により上昇しているが、長期的に見ると低下傾向にある。また、これまでの地域医療構想の取組開始以降に行われてきた医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等に係る取組について、今後も同様に推進することが必要。こうした受療率の変化や現構想開始以降の地域医療構想の取組等による効果を必要病床数に反映するため、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分等について、改革モデルとして反映することとしてはどうか。

0305

②改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

論点

包括期機能について

- 増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者については医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが必要である。これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきたところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。75歳以上の患者のうち４割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち５割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの５割の患者を包括期の需要として見込むこととしてはどうか。
- 包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

医療機関機能に係る取組について

- 医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

これまでの主な意見及び課題（必要病床数）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

【必要病床数のうち病床稼働率について】

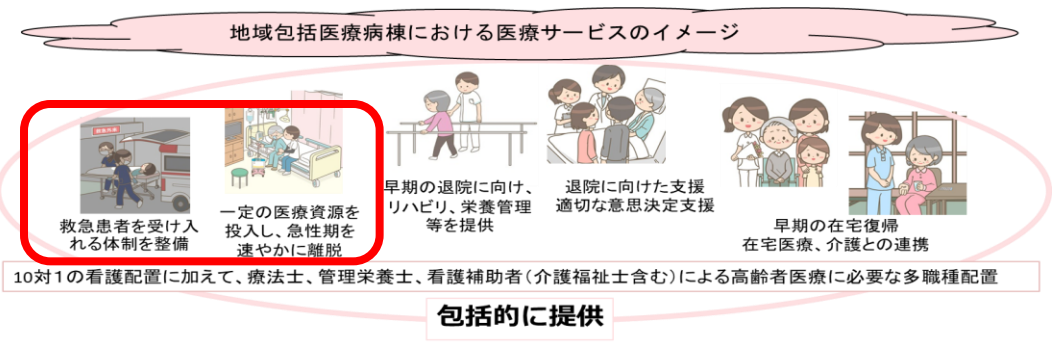
- 必要病床数の算定に当たっては、受療率の低下を組み込んで計算することは賛成。一方、医療技術の進歩や受療数には、2040年に向けて予想以上に変化することも想定され、必要病床数と実績値に大きな乖離が認められるようなことも考えられるため、定期的な見直しや算出した必要病床数を修正することも考慮いただきたい。
- 病床稼働率というと、実際の病床利用率みたいな話になってしまうが、推計される患者数からどのくらいの安全弁を踏まえて病床数を整備していくのかを考えるためのコンバーターである。どのくらいの値にするかということに関して、ほかのデータなども使いながら決めるとよいのではないか。
- 病床稼働率は、病床数への換算に望ましい稼働率というべきであって、必ずこの数字を医療機関が目指すべきということではなく、あくまでも必要病床数の算定のためのものであることをしっかり踏まえていただく必要がある。
- 病床稼働率の設定を現構想と同様に、75%、78%、90%、92%を用いることとしているが、現在の状況を踏まえたデータに基づき設定すべきではないか。
- 高度急性期と急性期は恐らく急性期拠点機能になると考えられるが、今の診療報酬下で病床稼働率が75%や78%では経営は赤字になる。急性期拠点機能はこれから緩やかにダウンサイジングしながら稼働率を上げて経営を安定化させる方向を踏まえるともう少し高くなるが、一方で昨今のように入院患者の季節変動がある中で、稼働率が90%の急性期拠点機能は余剰がない計算となる。

包括期機能について

包括期機能は、これまでの回復期機能に加え、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」が追加されており、必要病床数の推計に当たっては、この機能の変化も踏まえて、適切なデータを活用し、設定することが必要。

病床機能区分	機能の内容
高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

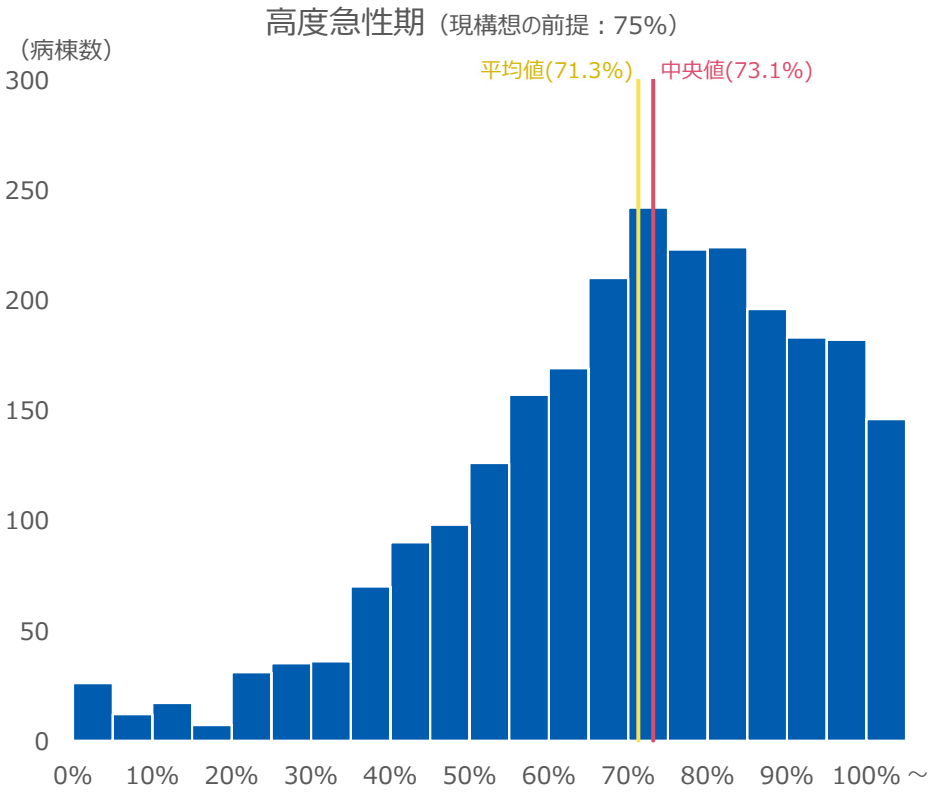


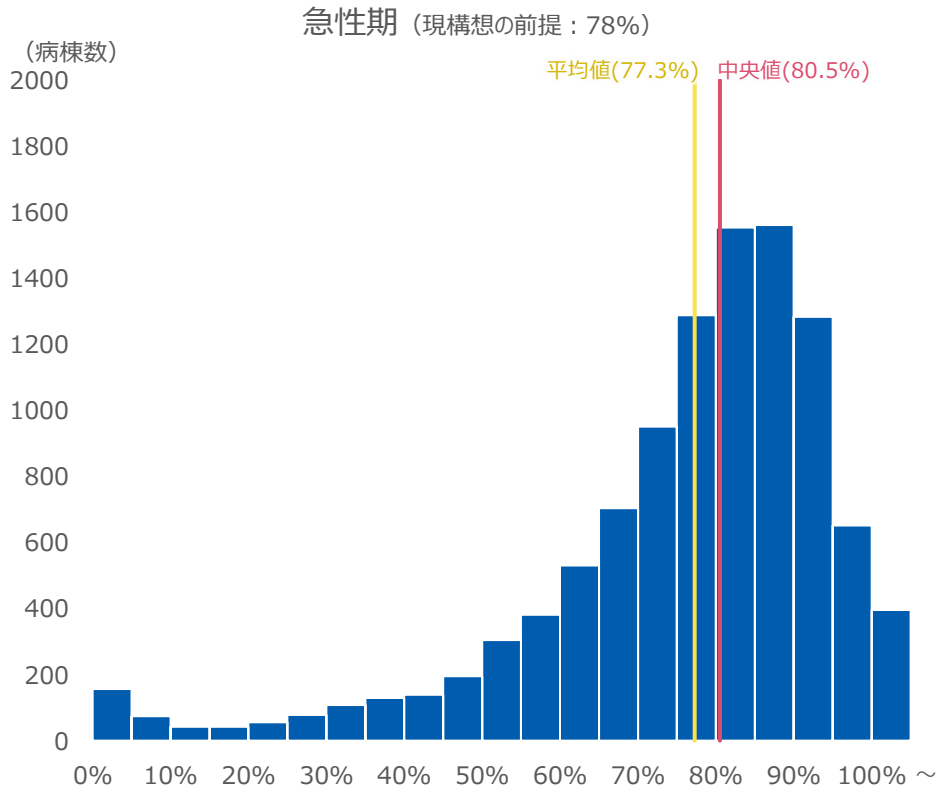


0308

病床稼働率について

- 前回の地域医療構想の必要病床数の算出にあたっては、 医療需要を病床数に換算する数値として、病床稼働率として機能区分ごとに、高度急性期75%、急性期78%を使用していた。
- 高度急性期の病床稼働率の平均値は71.3%、中央値は73.1%、急性期の病床稼働率の平均値は77.3%、中央値は80.5%であり、いずれの機能も平均値は現構想の設定値を下回っており、高度急性期においては中央値も下回っている。



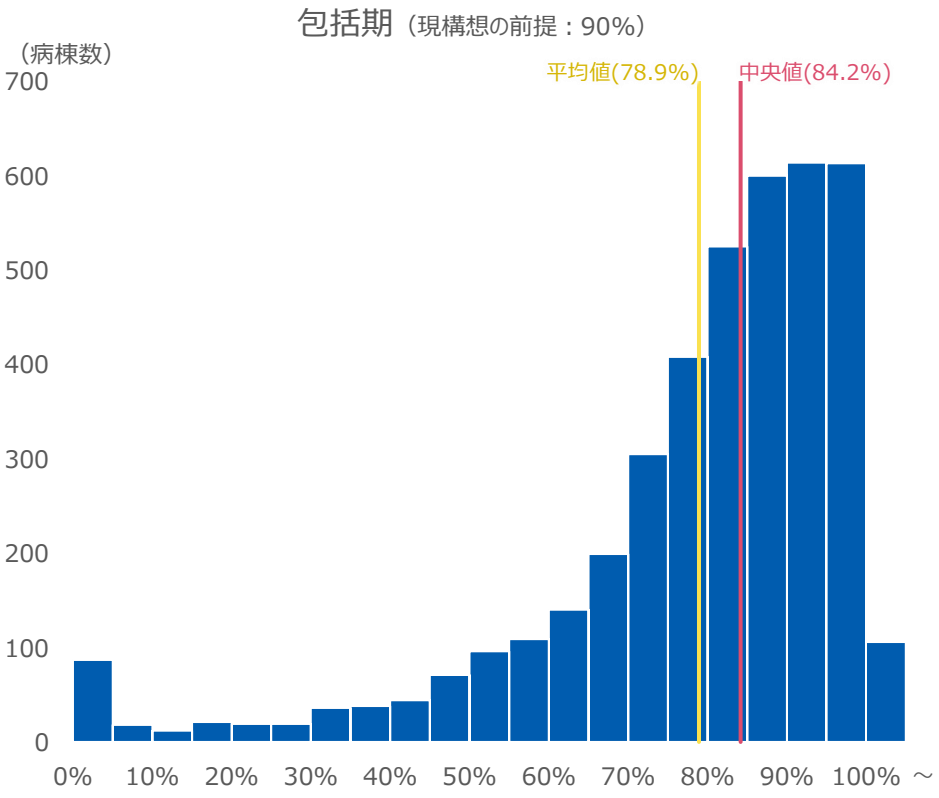


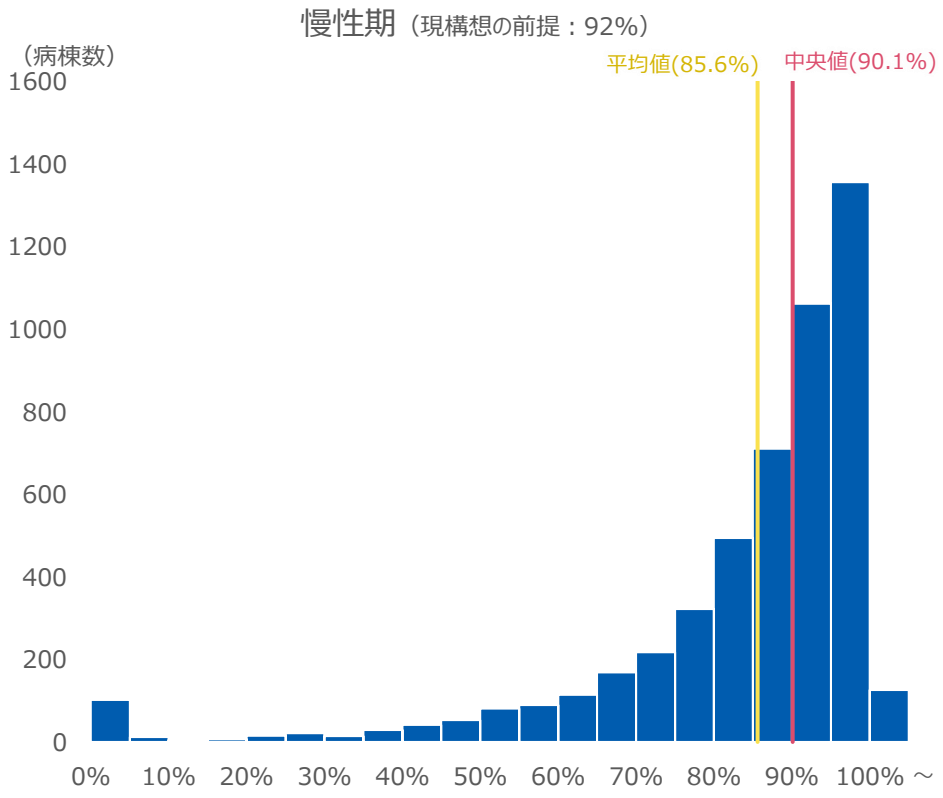
資料出所：厚生労働省「病床機能報告」（2024年度）
※ 各病棟において届出を行っている入院料に対し、令和８年１月16日の本検討会資料１（38頁）の報告の考え方に基づき、各病棟を４機能に分類。
※ 病床稼働率＝在棟患者延べ数/(届出病床数×366)により算出。（病床稼働率の算定期間に2024年2月（閏年）を含むため、366日で除している。）
※ 集計対象は病院の各病棟。休棟中の病棟、入院料を届け出ていない病床を含む病棟及び入院料を２つ以上届け出ている病棟は集計対象から除外。

0309

病床稼働率について

- 前回の地域医療構想の必要病床数の算出にあたっては、 医療需要を病床数に換算する数値として、病床稼働率として機能区分ごとに、回復期90%、慢性期92%を使用していた。
- 包括期の病床稼働率の平均値は78.9%、中央値は84.2%、慢性期の病床稼働率の平均値は85.6%、中央値は90.1%であり、いずれの機能も平均値及び中央値は現構想の設定値を下回っている。





資料出所：厚生労働省「病床機能報告」（2024年度）
※ 各病棟において届出を行っている入院料に対し、令和８年１月16日の本検討会資料１（38頁）の報告の考え方に基づき、各病棟を４機能に分類。
※ 病床稼働率＝在棟患者延べ数/(届出病床数×366)により算出。（病床稼働率の算定期間に2024年2月（閏年）を含むため、366日で除している。）
※ 集計対象は病院の各病棟。休棟中の病棟、入院料を届け出ていない病床を含む病棟及び入院料を２つ以上届け出ている病棟は集計対象から除外。

0310

必要病床数の算出に係る考え方（案）

- 必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきた。
- この数値については、新たな地域医療構想においては、回復期の機能に加えて「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」として、包括期を設定することとしていることや、実際の病床稼働率として、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことが指摘されていること等を踏まえると、実態のデータを踏まえて設定する必要がある。
- 他方、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、実際のデータのうち、低い病床稼働率を除いた中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%としてはどうか。その際、この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関がこの数値を目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

- 2040年に向けて高齢者人口がピークを迎える中で、生産年齢人口（15歳～64歳人口）はさらに減少していき、医療従事者の確保はますます困難となっていくことが見込まれる。また、こうした人口減少のスピードは、地域によって大きく異なるため、早晩、これまでと同じ医療提供が難しくなる地域も出てくる。
- 政府としては、本年６月には、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025改訂版」において、サービス業を中心に、人手不足が取り分け深刻と考えられる１２業種については、その生産性を向上させる必要性が一層高いとされ、「省力化投資促進プラン（医療分野）」を策定した。
- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト／シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要である。

１．医療機関の業務のDX化の推進について

➢ 既に業務効率化に取り組んできた医療機関がその取組を加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体の実効ある取組とするため、以下の対応を行う。その際、全ての医療機関が直ちにDX化に対応できるわけではないことを考慮し、拙速な進め方とならないよう、現場の理解を得ながら丁寧に進める。

（国・自治体による支援等）

○ これまでの試行的・先進的な取組への支援だけではなく、業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和７年度補正予算案において、200億円を計上。
さらに、業務のDX化による効果の発現には一定の期間を要することを踏まえ、継続的な支援の在り方を検討する。

○ 業務のDX化を推進するに当たっては、効果等のエビデンスを蓄積することが重要であるため、統一的な基準により、労働時間の変化、医療の質や安全の確保、経営状況に与える影響等に関する必要なデータを医療機関から収集し、分析する。その際、医療機関の負担が過度なものにならないように留意するとともに、できるだけ簡便な形で収集できる方法を検討する。また、医療機関の情報システムと連携できるよう、医療情報の標準化に留意しながら進めることが必要。

○ こうしたエビデンスの蓄積を行いながら、医療の質や安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持していくことが重要という視点から、業務の効率化を図る場合における診療報酬上求める基準の柔軟化を検討する。

○ 医療機関が業務効率化に資する機器やサービスの価格や機能、効果を透明性をもって把握できる仕組みを構築する。また、業務効率化に資する新たな技術開発等を推進する。

○ 業務のDX化等の業務効率化に取り組む医療機関の伴走支援のため、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療勤務環境改善支援センターが労務管理等の支援に加え、業務効率化の助言・指導等も行うことを明確化する。地域医療介護総合確保基金を活用した医療勤務環境改善支援センターへの支援をさらに促進するとともに、国から都道府県への技術的助言を行う。

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

１．医療機関の業務のDX化の推進について（前頁の続き）

○　業務効率化・職場環境改善に積極的に取り組むことが、医療従事者の職場定着にプラスとなり、労働市場における医療従事者の確保面でより有利になるよう、計画的に取り組む病院を公的に認定し、対外的にも発信できる仕組みを地域医療介護総合確保法に創設する。認定の仕組みは透明性がある分かりやすいものとし、医療従事者の視点を入れることも検討する。

（医療機関の責務の明確化）

○　医療法上、現在、病院又は診療所の管理者は医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に取り組む措置を講ずるよう努めることとなっている。今後は、これらに加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。
　また、併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

２．タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

○　医療機関におけるタスク・シフト／シェアの取組がさらに定着するよう、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト／シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進める。

○　医療関係職種の養成校の定員充足率は近年低下傾向にあり、地域差も大きい状況。今後とも、地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進める。

○　医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行う。

・　医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程とするとともに、医療関係職種の更なる質の向上を図るため、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討する。

・　意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進める。

・　歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進める。

0313

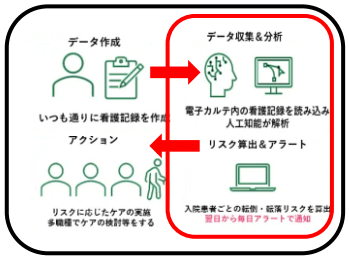
複数のICT機器等を導入して看護業務の効率化に取り組んでいる事例

転倒・転落予測システムAI
（「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例）

○電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握する。

＜主な効果＞

○転倒転落リスク判定に係る時間
患者1人につき5分　⇒　0分へ削減
○転倒・転落インシデント報告件数
導入前460件　⇒　導入後　284件



スマートグラスと見守りカメラ
（令和6年度 看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業）

○病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。



＜主な効果＞

○夜勤帯の看護師の訪室回数の比較
導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較
導入前16.3回　⇒　導入後は13.0回へ削減

スマートフォン

○スマートフォンのチャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などを1対１だけでなくグループで使用する。

＜主な効果＞

○移動距離の減少(4～5km/日)
⇒看護師１人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少
○日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された。
○医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。



多職種協働セルケアシステム®

○スタッフステーションではなく、より患者に近い廊下を基地として多職種職員（看護職員、理学療法士、看護補助者等）を配置する。



病室前でのセルカンファレンス
患者の個別性に合わせた質の高い看護やリハビリ提供を目指す

＜主な効果＞

○ベッドサイド滞在時間の増加
○患者の個別性に合わせたより質の高い看護やリハビリの提供が可能となり不安が軽減された。

複数の取組の結果として、ベッドサイドで患者に寄り添える時間がこれまで以上に創出でき、安全性にも留意しつつ、患者の個別性に合わせた看護やリハビリの提供が可能になった。

出典：HITO病院からの提供資料を基に医政局看護課で作成。

【 ○生産性向上に対する支援】

施策名：エ　医療分野における生産性向上に対する支援

※医療・介護等支援 パッケージ

令和7年度補正予算額　200億円

医政局医療経営支援課
（内線2640）

①　施策の目的

業務効率化・職場環境改善に資する取組を支援し、医療分野の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げる。

②　対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③　施策の概要

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定し、進捗管理を行う「業務効率化推進委員会（仮称）」を設置し、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入等の取組を行う病院に対して必要経費を支援し、医療分野の生産性向上を図る。

総事業費：１病院あたり１億円（うち交付額（上限）は8,000万円【負担割合：国2/3、都道府県1/3】）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

○ ICT機器の導入による業務の効率化

・スマートフォンによるカルテ閲覧・情報共有、インカム、IWB等の導入　⇒　DX化による情報伝達の効率化

○ 取組を行う病院への医療勤務環境改善センターによるサポート体制強化

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



Ⅰ　医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請
Ⅱ　国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定（補助率4/5）し、都道府県が医療機関に交付
Ⅲ　医療機関は都道府県に実績報告（概ね3年後）
Ⅳ　都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

⑤　施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

業務効率化・職場環境改善に取り組む病院への財政支援を行うことで、職場環境の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げ、地域に必要な医療提供体制を確保する。

医療需要の推計・医療需要の設定について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三　（略）

3　都道府県は、地域医療構想を作成するに当たつては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

6．医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

○ 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37 年（2025 年）の病床の必要量（必要病床数）とする。

○ この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ （抜粋）

○　また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

論点

- 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果の反映として、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させることとしてはどうか。
- 必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたが、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことが指摘されている。医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%としてはどうか。
- さらに、今後の医療ＤＸの取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組を進める必要がある。これらの取組による効率化分として必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期＋１％（79%、84%）、包括期＋２％（89%）、慢性期＋０．５％（92.5%）を見込んで算出することとしてはどうか。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関がこの数値を目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

0316

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
新たな地域医療構想 とりまとめ（案）

1．はじめに
2．新たな地域医療構想について
（1）地域における人口構造の変化を踏まえた取組
（2）構想区域
（3）地域医療構想調整会議
（4）関係者に期待される役割等
①都道府県
②国
③市町村
④大学病院本院
⑤医療関係者
⑥公立・公的病院等
⑦医療保険者
⑧介護関係者
⑨地域医療構想アドバイザー
（5）策定・推進のためのデータ
3．医療機関機能の確保について
（1）基本的な考え方
（2）高齢者救急・地域急性期機能
①高齢者救急について
②医療機関機能について
（3）急性期拠点機能
（4）在宅医療等連携機能
（5）専門等機能
（6）医療機関の連携・再編・集約化について
（7）医育及び広域診療機能
4．医療需要の推計と病床機能報告について
5．人口規模に応じた地域ごとの課題について
6．策定について
（1）策定のプロセス
①策定のプロセスについて
②スケジュールの共有・現状の把握

③課題・目的の設定
④対応案の検討、地域医療構想の策定
⑤取組の推進
（2）構想区域
（3）入院医療
（4）外来医療
（5）在宅医療
（6）介護との連携
（7）人材確保
7. 地域医療構想と医療計画の関係
8. 精神保健医療福祉との関係について

1．はじめに

（新たな地域医療構想について）

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040 年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040 年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

（新たな地域医療構想策定ガイドラインについて）

- 新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ（2024 年 12 月 18 日）において、新たな地域医療構想においては「「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療･介護提供体制を構築」すべきといった方向性がとりまとめられ、その後当該方向性に沿った必要な制度改正が進められているところ。
- 今後、都道府県が具体的に地域医療構想を策定・推進するにあたり必要と

なる地域医療構想策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の策定に向けて、2025 年7月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。

- ガイドラインは、都道府県が 2040 年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的な PDCA を含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第 87 号。以下「改正医療法」という。）に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

（1）地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
  - 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
  - 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
  - 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

（2）構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

（3）地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討す

る場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。

- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

（4）関係者に期待される役割等

① 都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する

部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。

- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

④ 大学病院本院（「3.（7）医育及び広域診療機能」も参照のこと。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 公立・公的病院等

- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて取組を進めることが求められる。

⑦ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

（5）策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。
- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

３．医療機関機能の確保について

(1)基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期医療需要の確保等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040 年に向けて各医療機関が担う主たる機能について協議する等、複数の医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

(2)高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者

救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。

- また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機

関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

（3）急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040 年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。
- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上

緊急手術が発生する医療圏は人口 30 万人以上が多いことや、人口 20 万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口 20 万人から 30 万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。

- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が 30 万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

（4）在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

（5）専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第９次医療計画等に向けて、５疾病６事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。

（6）医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。
- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしないが、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変

化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

（7）医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が

必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。 その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県 1 医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行

う等の取組を進めることが重要である。

- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4. 医療需要の推計と病床機能報告について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040 年の性・年齢階級別人口について、2024 年の NDB データを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDB データに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等(改革モデル)を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
  - 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
  - 75 歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた 75 歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
  - 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。
  - 必要病床数の算出にあたり用いる値(病床稼働率)については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期 78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されて

いる。

- 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%とする。
- さらに、今後の医療DXの取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組を進める必要がある。これらの取組による効率化分として必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋０．５%を見込んで算出することとする。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年・2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040 年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期を報告する医療機関は包括期

機能の病床を有することが想定される。

- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
  - 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
  - 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
  - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
  - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
  - こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。
- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定するものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数（既存病床数及び許可病床数）との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。
- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。

- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域（例えばＡ市Ｂ区など）を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

５．人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。
- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。

- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040 年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

（1）策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第９次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。

- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

（2）構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。

- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

（3）入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を行う。
  - 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
  - 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
  - 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
  - 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
  - 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
  - 介護との連携に関する事項
  - 人材の確保に関する事項
  - 患者の医療アクセスに関する事項

・　退院後のリハビリテーションの確保に関する事項　等

（4）外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーション・栄養管理・口腔管理が提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診や D to P with N を含むオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
  - ・　外来医療の体制確保に関する事項
  - ・　休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関が対面診療を基本としつつ、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守し、オンライン診療を組み合わせた外来医療の提供を担うことも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。
- また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加することが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

（5）在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、

将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。

- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。また、歯科医療機関と連携した口腔健康管理の実施体制の構築や、薬局と連携した切れ目のない薬剤情報連携体制の構築が重要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護ステーション、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能（有床診療所）を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。
- 地域ごとに、効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

（6）介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

（7）人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第８次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、ガイドライン又は医療計画において内容を反映させることや、それぞれの取組の好事例の把握や横展開が重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

7. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、今後、地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画の見直しの際には、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第９次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

8. 精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027 年（令和９年）10 月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026 年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ（案）

Ⅰ. はじめに

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定
2. 医師確保計画
   (1) 医師確保の方針
   (2) 目標医師数
   (3) 目標医師数を達成するための施策
   (4) 医師偏在是正プランの策定
      ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方
      ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方
      ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策
   (5) 医師確保計画の効果の測定・評価
3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

Ⅲ. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定
2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
   (1) 外来医師過多区域における取組
      ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法
      ② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容
      ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合
      ④ 事前届出の流れ
      ⑤ 外来医療に関する協議の場
      ⑥ 要請・勧告
      ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等
   (2) 外来医師多数区域における取組

Ⅰ. はじめに

○　医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改正を経て、医師養成過程を通じた取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。

○　地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、令和６年 12 月 25 日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。

○　令和７年夏以降の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（以下「検討会」という。）及び医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、総合パッケージに係る各種施策の実施に関する具体的な事項、医師確保計画策定ガイドライン（第８次後期）及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第８次後期）の改定に向け見直しが必要と考えられる事項を中心に、次のとおり意見のとりまとめを行う。

○　なお、国においては、今回のとりまとめを踏まえ、医師確保及び医師偏在是正に向けた対策について、制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1.　医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師偏在指標の下位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師少数区域」、上位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師多数区域」と設定している。

○　この医師偏在指標を用いた区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を

要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されている一方、検討会においては、現行の医師偏在指標の計算式をより複雑にすることは望ましくないという意見があった。

○　地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「へき地尺度（RIJ)」という。））が開発されており、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の検討が進められている。

○　その他、検討会においては、医師偏在指標の更新については、実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるとの意見があった。また、医師多数区域であったとしても、高齢医師の割合が多い場合には、中長期的には医師少数区域等となる可能性があることに留意すべきとの意見があった。

【対応の方向性】

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の開発に向けて検討が進められていることを踏まえ、第８次後期医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定することとする。

○　具体的には、①医師偏在指標が下位 33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位 33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」についても、医師少数区域と設定することとする。

○　その際、「へき地尺度(RIJ)が特に高い区域」については、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にあることも踏まえ、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の区域として設定することとする。なお、へき地尺度（RIJ）が上位 10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、医療機関へのアクセスの確保について引き続き必要な検討を行うこと。

○　第８次後期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に当たっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

○　高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。

2.　医師確保計画

(1) 医師確保の方針

○ 従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針について、医師確保計画策定ガイドラインに新たに追記する。

（診療科偏在に配慮した医師の確保）

【現状・課題】

○　全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なる。また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差がある。

○　診療科偏在は様々な課題を内包していると考えられ、以下のような視点に基づいて検討する必要がある。

・　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師　等）

・　医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（例：小児科、産科　等）

・　医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科　等）

【対応の方向性】

○　小児科及び産科については、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおける議論を踏まえ、引き続き小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて小児科・産科における医師の派遣調整、勤務環境の改善等に取り組むこととする。

○　分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行うこととする。

○　皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在しうる領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。

○　オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。そのうえで、適時適切な対面診療への切換や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。

○　都道府県における遠隔診療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。

○　なお、担い手の確保の観点で対策が必要な、総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等の、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組については、３.医師養成過程を通じた医師の偏在対策で後述する内容を参照の上、都道府県で必要な対応を検討することが適当である。

(2) 目標医師数

【現状・課題】

（医師少数区域における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数としている。

（医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提

示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

【対応の方向性】

（新たな医師少数区域における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域」については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする（原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする）こととする。その上で、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。なお、今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

（新たな医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域に該当しない区域（医師中程度区域）」及び「医師偏在指標による上位

33.3%の区域（医師多数区域）」については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　第８次後期医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。

(3) 目標医師数を達成するための施策

（医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度は、医師少数区域等における６か月以上の勤務を行ったものを厚生労働大臣が認定し、地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないとされている。

○　総合パッケージにおいて、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、公的医療機関等を追加すること、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長すること等が定められている。

○　一方で、検討会においては、

・　現在、病院長のなり手が少ない所で、この見直しが病院長になることを断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る

・　病院の管理者としては総合判断力など全人的な要素が必要であり、こうした要件で縛りつけると限られた者の中からでしか管理者を選べなくなる懸念がある

・　臨床研修病院などで指導医を担っていることなどを緩和要件として考慮して欲しい

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 31 条において医師の確保に関する事項の実施に協力することなどが求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することとする。

○　厚生労働大臣が認定する医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長することとする。

○　厚生労働大臣の認定する医師以外の対象医療機関の管理者要件については、①６か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る６か月以内の期間は、臨床研修の期間も対象とすることを可能とする。また、医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も６ヶ月以内に限り対象とすることを可能とする。）かつ、②１年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者とすること等の規定を新たに設けることとする。

（医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等の活用）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど、全国的な医師偏在是正に対する協力を求めている。

○　一方、検討会においては、医師多数都道府県の取組をどのように実効性をもたせるのかといった意見があった。

○　また、住民や患者にとっては総合的な診療能力を持つ医師に来て頂けると安心であり、リカレント教育やマッチング事業を介して中堅・シニア世代の医師を活用していく必要がある、という意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う医師偏在是正に向けた広域マッチング事業（以下「広域マッチング事業」と

いう。）を推進し、当該事業等を通じて、医師多数都道府県から医師少数都道府県に対する医師派遣の取組を後押しすることとする。

○　医師多数都道府県においては、ドクターバンクや広域マッチング事業への登録について周知するとともに、登録者数を把握することに努めることとする。

○　また、総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業が実施されており、国においては、関係学会と連携しながら、リカレント教育の取組を進めていくことが重要である。

(4) 医師偏在是正プランの策定

①　重点医師偏在対策支援区域等の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとしている。

○　また、総合パッケージにおいては、都道府県は、医師確保計画の中で実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することが求められている。

○　検討会においては、国で候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるような制度設計を行って欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、総合パッケージに記載された考え方を基に、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとする。

○　厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示することとする。

○　なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施

すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定することとする。

○　医師偏在是正プランについては、都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて基本的な考え方を示すこととする。

②　重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　令和６年度に厚生労働省が示した重点医師偏在対策支援区域の候補区域について、候補区域間を比較すると、診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあった。

○　検討会においては、こうした候補区域において医療機関の整備状況に差がある中、経済的インセンティブにより優先して支援を行う対象医療機関については、なるべく明確な考え方を示して欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても医療資源にばらつきがあることを踏まえ、対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定することとする。

○　都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国から配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。

○　対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定できることとする。

③　重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的イン

センティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要であるとしている。

○　検討会においては、

・　重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、併せて、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である

・　都道府県が医師偏在是正プランにおいて具体的な政策を検討・実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、医師確保計画策定ガイドラインに記載して欲しい

との意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、以下の経済的インセンティブに係る事業を推進する。都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、これらの事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むことが必要である。

（診療所の承継・開業支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。

（医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業）

・　特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

（医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

⑸ 医師確保計画の効果の測定・評価

【現状・課題及び検討会における意見】

○　従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する指標については提示していない。各都道府県の医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都

道府県が一定数存在したが、評価指標の設定は都道府県によってばらつきがある。

○　また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。

○　検討会においては、

・　医師偏在の問題解決のためには、少数地域だけでなく、多数地域の対策のモニタリングが必要である。

・　都道府県ごとに、地域医療対策協議会の開催回数、議題の量・質にばらつきがあるのが現状である。

・　定量的な評価指標は重要である。都道府県にも目安となるような指標について検討を深めて欲しい。

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。なお、都道府県においてかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえて、独自に指標を設定することも考えられる。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	２年に１回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	２年に１回 年１回	三師統計 都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年１回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	２年に１回 ３年に１回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年１回 年１回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年１回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年１回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	２年に１回	三師統計

○　医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第９次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究において検討を進めることとする。

3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

【現状・課題】

○　医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。

【見直しの方向性】

○　医師養成過程に関わる制度については累次の見直しを行ってきており、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインに網羅的に位置づけ、都道府県に対する情報提供等を行う。

○　具体的な議論の整理及び対応の方向性については「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ（令和８年３月２日　医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会)」に基づき取り組むこととする。

III.　外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること等の状況にある。このため、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みを構築するとともに、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）が定められているところである。

○　外来医療計画においては、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化し、外来医師偏在指標の上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定した上で、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、外来医療に関する協議の場における協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療)、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めている。

○　しかしながら、外来医師多数区域における新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を要請したもののうち、合意に至ったものは 25%、協議の場への出席の要請対象となる新規開業希望者のうち、協議の場を活用した件数は 17%、実際に出席要請を行った例はない等、必ずしも外来医師多数区域における一連の取組が進んでいるとは評価できない。

○　こうした状況に鑑み、総合パッケージにおいては、外来医師偏在指標が一定数値を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設６か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能等の要請等をすることができることとし、要請等の実効性を確保するための仕組みとして勧告、公表を行うことができるなど、対応を強化することとした。

○　こうした内容を盛り込んで令和７年 12 月に成立した医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第 87 号）については、衆議院において「政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」との修正が行われた。

○　また、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会の附帯決議においては、「地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと」とされたところである。

○　検討会においては、都道府県が地域の不足する医療機能を新規開業希望者に求めるなどの現在の外来医師多数区域に関する取組は、機能しているとは言い難いとの意見があった。

2.　外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

(1) 外来医師過多区域における取組

①　外来医師過多区域の基準及び指定方法

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。

○　具体的には、

・　外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍」以上

かつ

・　可住地面積あたり診療所数が上位 10%

を基準とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	該当市区町村
東京都	区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	大阪市
福岡県	福岡・糸島	福岡市、糸島市
東京都	区南部	品川区、大田区
東京都	区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	神戸市

○　都道府県による外来医師過多区域の指定について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

・　外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

②　地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域において示すこととしている地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例については、現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインで示している外来医師多数区域における地域に必要とされる医療機能の内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、

（地域で不足する医療機能）

・　夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務等）

・　在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）

・　学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供

（医師不足地域での医療）

・　都道府県内外の医師不足地域での定期的な外来医療（地域で不足している診療科）の提供
・　都道府県内外の医師不足地域での夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務　等

を外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインに示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

○　都道府県においては、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの内容を踏まえ、外来医療に関する協議の場において、不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議し、内容を取りまとめた上で公表することとする。

○　また、ガイドラインにおいて、以下の内容を記載することとする。

・　外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）。
・　地域で不足する医療機能を協議する際は、かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考とすることが望ましい。
・　医師不足地域での医療の提供の要請を行う際、都道府県は、都道府県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等の医師不足地域を指定する場合には、指定した区域で不足している医療を提供するよう求めること、特定の区域を指定しない場合には、都道府県内・近隣都道府県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等で不足している医療を提供するように求めること。あわせて広域マッチング事業等への登録を求めること。

○　外来医師過多区域、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、外来医療に関する協議の場における協議内容を踏まえ、事前に各都道府県の HP 等で公表するとともに、外来医療計画において、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容に加えて、これらは随時変更する場合がある旨を記載すること。

③　新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

【対応の方向性】

○　開設６か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。

・届出者の住所及び氏名

・届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
・開設予定の診療所の名称
・開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
・開設予定の年月日
・診療を行おうとする科目
・医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供に関する意向の有無
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない場合は、その理由　等

○　事前届出義務の猶予対象となる場合は、親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とするなど、事前届出に関する例外を設けることとする。

○　また、猶予対象の場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常のフローの通り、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

④　事前届出の流れ

【対応の方向性】

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容」を公表し、都道府県が公表する外来医師過多区域、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容、届出様式についての周知を行うこととする。

○　新規開業希望者は、既存の開設手続きに加え、都道府県への事前相談を行った上で、開設６か月前までに都道府県に対して、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出することとする。届出の内容を踏まえて都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療に関する協議の場への参加の求め・要請を行うこととする。

⑤　外来医療に関する協議の場

【対応の方向性】

○　事前届出において不足する医療機能等を提供しないと回答した者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予といった例外対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する

者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて外来医療に関する協議の場への参加を求めることとする。

○　外来医療に関する協議の場において新規開業希望者に説明を求める事項は、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供をしない理由や当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容といった事項とする。

○　外来医療に関する協議の場において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供するよう働きかけることの重要性に鑑み、「新規開業希望者に対して参加を求める外来医療に関する協議の場は、原則として対面又はオンラインで開催することとして、都道府県における手続き上やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応も可能である」こととする。

○　外来医療に関する協議の場の開催頻度については、事前届出の提出後、届出内容の確認、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の要請（１～２週間程度の期限）、厚生局への通知の期間が必要であり、こうした状況を鑑みると、少なくとも３か月に１回は外来医療に関する協議の場を開催することが必要であると想定される。外来医療に関する協議の場の効果的・効率的な運用の観点から、必要に応じて外来医療に関する協議の場の下にワーキング等を設置することも可能とする。

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、事前届出の内容確認、外来医療に関する協議の場の運営、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担については、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

⑥　要請・勧告

【対応の方向性】

○　新規開業希望者が要請に従わない場合は保険医療機関の指定期間が短縮されることがある旨を周知した上で、原則として１～２週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。また、期限内に回答がない場合、または地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、厚生局へ保険医療機関の指定期間を３年に短縮することの通知、都道府県医療審議会への出席及び理由等の説明の求めを行うこととなる。

○　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない「やむを得ない理由」については、真に当該医療を提供しない事情がある場合に限って個別に判断されるものであり、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないとした場合には、原則として要請の対象となることが想定されるが、例えば、

・　夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に勤務する全ての医師が乳幼児の世話や家族の介護等を現に担っており夜間や休日の対応ができない場合

・　学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合

等が該当すると考えられる。

○　都道府県は、要請・勧告内容の実施状況（地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況）の確認のため、要請に応じなかった診療所を対象に、年１回程度、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求め、要請・勧告した不足する医療機能等の提供状況を確認することとする。

○　また、要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、都道府県医療審議会又は協議の場において、要請・勧告に応じて地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供していることが確認できた場合、次回の保険医療機関の指定期間は６年とする。

○　今般、医療法等の一部を改正する法律により導入される外来医師過多区域に関する仕組みについて、その取組に実効性を持たせるためには、都道府県が事前届出の内容を踏まえて、適切に外来医療の協議の場への参加・理由等の説明を求め、要請・勧告等を行うことが不可欠である。このため、外来医師過多区域における事前届出の状況や、要請・勧告の状況等について、国が都道府県に対して毎年報告を求めることとする。そのうえで、国においては、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないこととした診療所のうち、外来医療の協議の場への参加を求めた割合や、都道府県における要請・勧告の対象となった割合等を把握し、都道府県に対して状況の確認を行う。また、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供することとした診療所が、実際に適切に必要とされる医療を提供しているかについても、国において医療関係団体と連携しつつ、確認するための方法を今後検討する。

○　その上で、施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていることを踏まえ、国において必要な対応を行うこととする。

⑦　保険医療機関の指定期間の短縮等

【対応の方向性】

○　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間について以下のとおりとする。

指定期間	類型
３年	・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 ・勧告を受けた診療所 ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（２度目の指定）
２年	・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（３度目の指定以降）

○　保険医療機関の指定期間が短縮された者に対しては、医療機能情報提供制度（ナビイ）において、各都道府県における「外来医師過多区域」及び「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」の公表がされてから半年以降に、外来医師過多区域で開設した無床診療所について、「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」を項目として追加することとする。

(2)　外来医師多数区域における取組

【対応の方向性】

○　現行運用されている外来医師多数区域における、新規開業希望者に対する地域で必要とされる医療機能の要請やその合意、外来医療に関する協議の場の活用等の対応は、必ずしも機能していると評価することはできないことから、外来医師過多区域は管内に有さないが、外来医師多数区域を有している都道府県においても、外来医療機能の偏在対策に資する外来医師多数区域における取組を、これまで以上に進めることが重要である。

○　このため、国においては、外来医師過多区域の取組のほか、外来医師多数区域の取組についても引き続き毎年報告を求め、必要に応じてその取組状況の公表を行うとともに、国としても、都道府県の取組の実態を踏まえ、必要な制度運用の見直しを検討する。

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

医師確保計画の見直し等に関する参考資料

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

○　中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討

○　**地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

○　全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定

○　その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

○　日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**
（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

○　医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

・　地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議

・　地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

・　「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

・　**医師少数区域等に一定期間勤務**した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

○　医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う

○　出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

医師確保計画策定ガイドラインの策定（国）

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出（国）

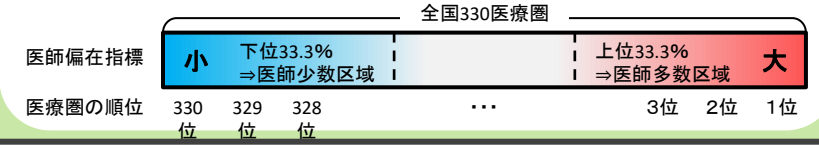
都道府県・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「５要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定（都道府県）

全国の330二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とするよう**国が提示した基準に基づき、都道府県が設定する**。



医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定（都道府県）

医師の確保の方針

（都道府県、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

（例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

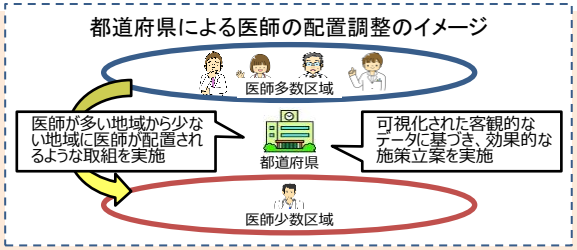
（都道府県、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

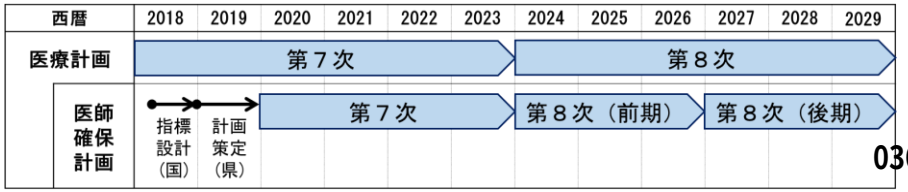
目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

（例）・大学医学部の地域枠を15人増員する
・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う
等



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



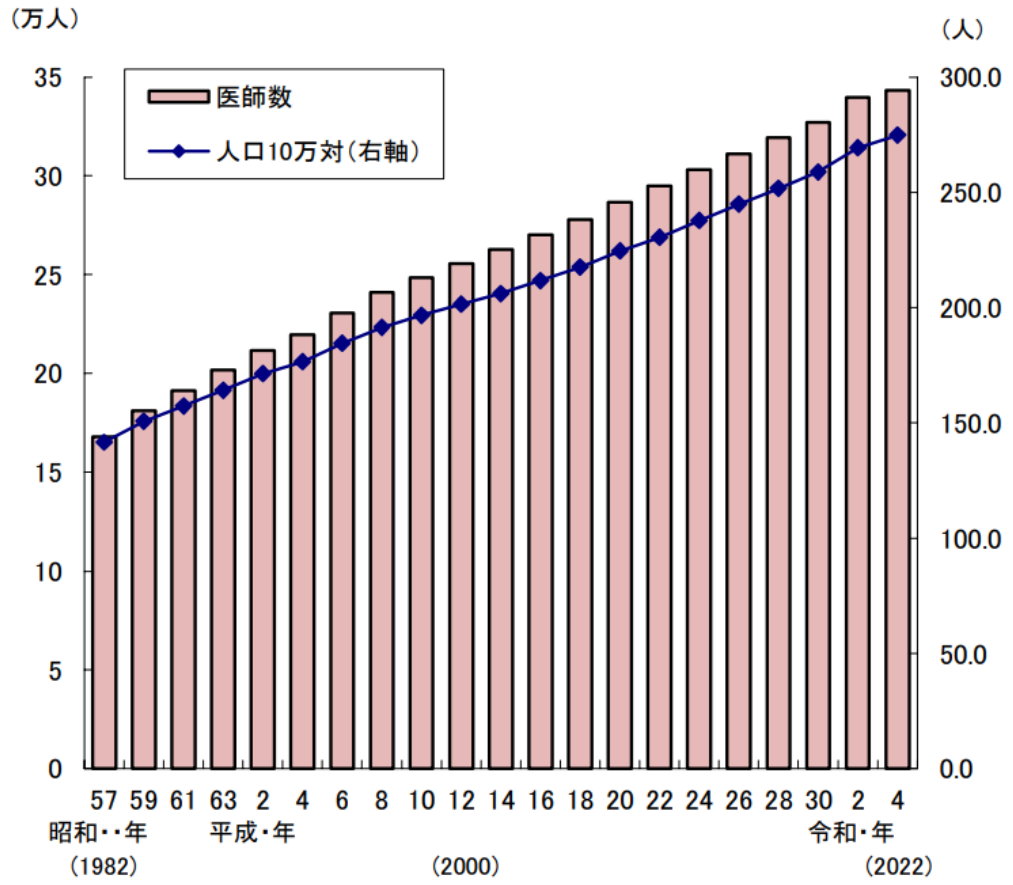
＊2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

0369

医師数の年次推移

各年 12 月 31 日現在

	医師数（人）	増減率（%）	人口10万対（人）
昭和 57 年 (1982)	167 952	…	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

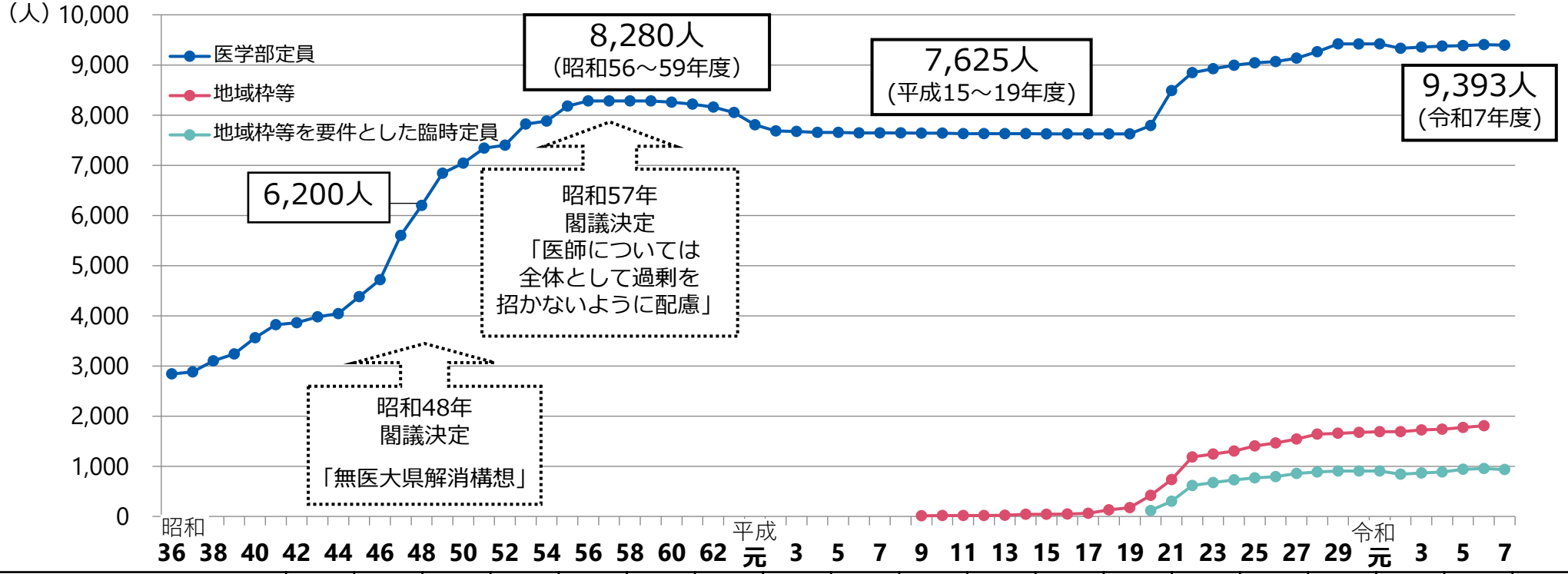
医学部入学定員と地域枠の年次推移

第９回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和７年１月２１日
資料１
一部改

○ 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっている。

○ 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度：173人 (2.3%) → 令和７年度：1,837人 (19.8%)）

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403	9,393
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280	9,270
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,607	7,591	7,623	7,763	7,743	7,731	7,640	7,632	7,636	7,611	7,595	7,556
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,462	1,543	1,639	1,657	1,676	1,689	1,690	1,725	1,738	1,773	1,808	1,837
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.3%	17.1%	17.9%	17.8%	18.0%	18.2%	18.4%	18.7%	18.8%	19.1%	19.5%	19.8%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955	933
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.7%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%	10.1%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

地域枠及び地元出身者枠数について（令和７年度）

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員〈地域枠〉	
		全体	うち、地元出身要件あり		全体	うち、地元出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	106	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	181	10	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	29
山形	106	6	5	0	8	8
福島	86	1	0	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	24	20
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,402	7	7	0	16	16
神奈川	415	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	79	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	2	2	0	8	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員〈地域枠〉	
		全体	うち、地元出身要件あり		全体	うち、地元出身要件あり
滋賀	105	11	9	0	5	0
京都	207	3	3	0	4	4
大阪	510	0	0	0	12	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	3	3	0	12	0
和歌山	90	20	0	0	11	10
鳥取	85	7	5	0	17	6
島根	100	10	10	0	17	10
岡山	215	1	1	0	3	3
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	6	6	0	11	11
香川	100	3	3	0	11	11
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	11	5	0	14	14
福岡	430	0	0	0	4	4
佐賀	98	7	0	0	5	2
長崎	100	1	1	0	18	14
熊本	105	4	4	0	4	4
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	11	11

・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員
・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

0372

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込むことを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（栃木県指定枠３枠を含む）は、本表に含まない。）

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県

※令和６年１月10日更新の医師偏在指標に基づく

第７次医師確保計画を通じた目標達成状況

・医師偏在是正の目標年である2036年に向けて、第７次医師確保計画では、当該計画期間中（2020～2023年度）に、医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が、当該下位1/3基準値に達することを目標としていた。

・第８次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）の策定に向けて、新たな医師偏在指標を算出しており、新旧の医師偏在指標を比較し、目標の達成状況を示す。

●医師少数県における目標の達成状況

医師少数県においては、第７次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。

医師少数県	16県	→ 目標を達成した医師少数県	**6県（38%）**

●医師少数区域における目標の達成状況

医師少数区域においては、第７次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。

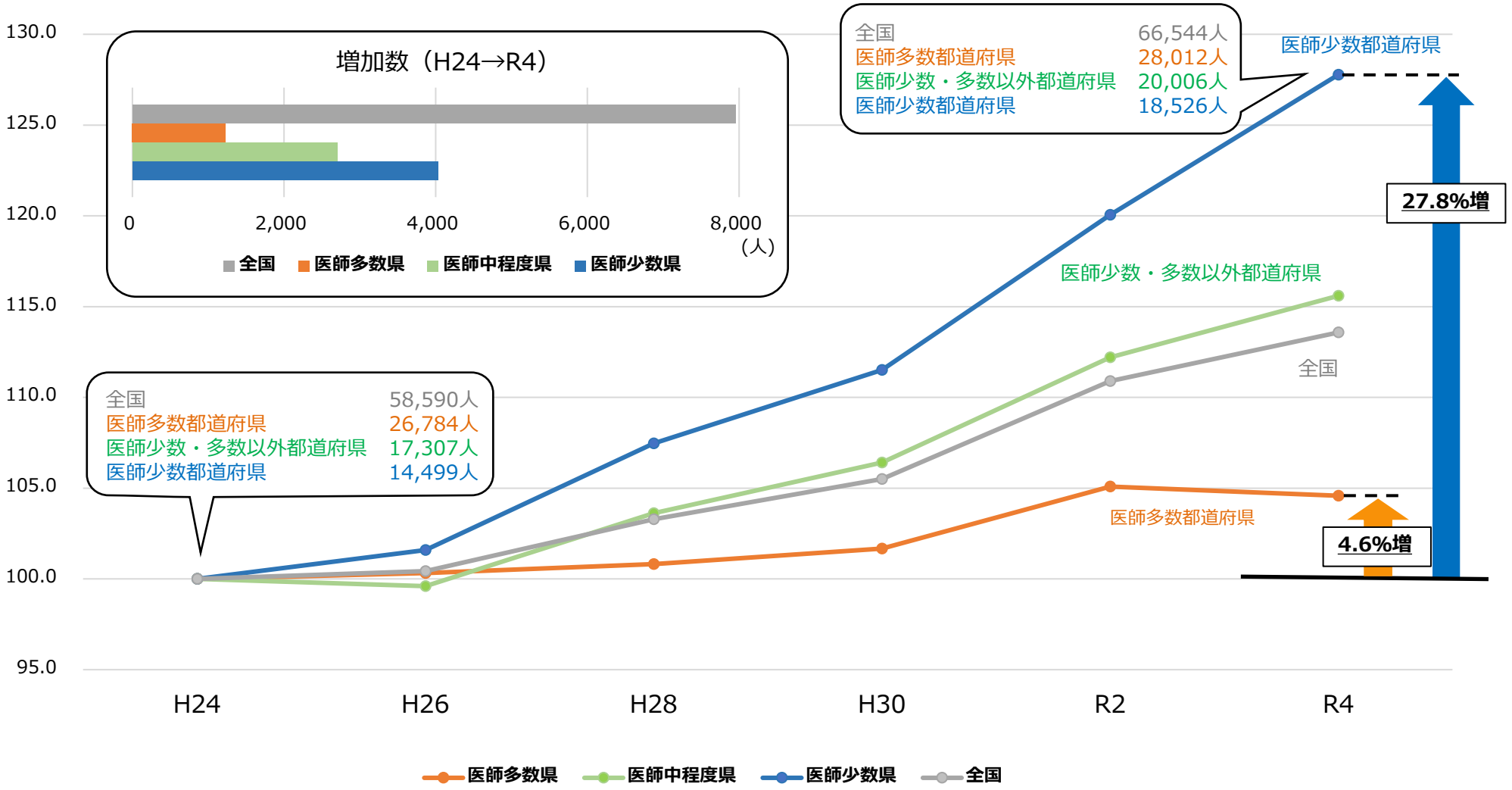
医師少数区域	105区域	→ 目標を達成した医師少数区域	**43区域（41%）**

※　医療圏の見直し（８→３）を行った秋田県を除いて比較。

0373

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○　平成24年～令和４年で比較すると、医師少数都道府県の若手医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。



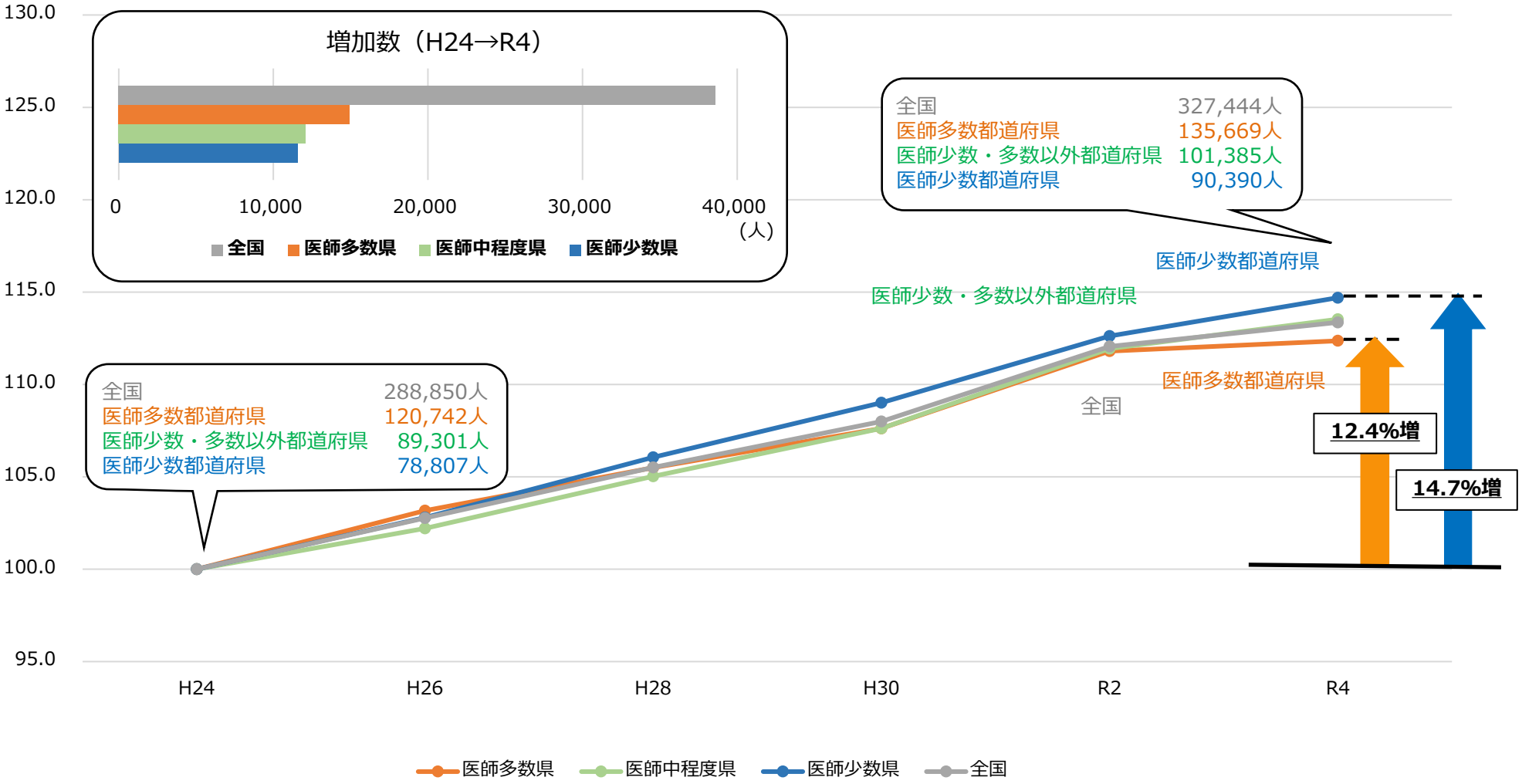
※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

0374

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和２年２月）による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○　平成24年~令和４年で比較すると、医師少数都道府県の全年齢での医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

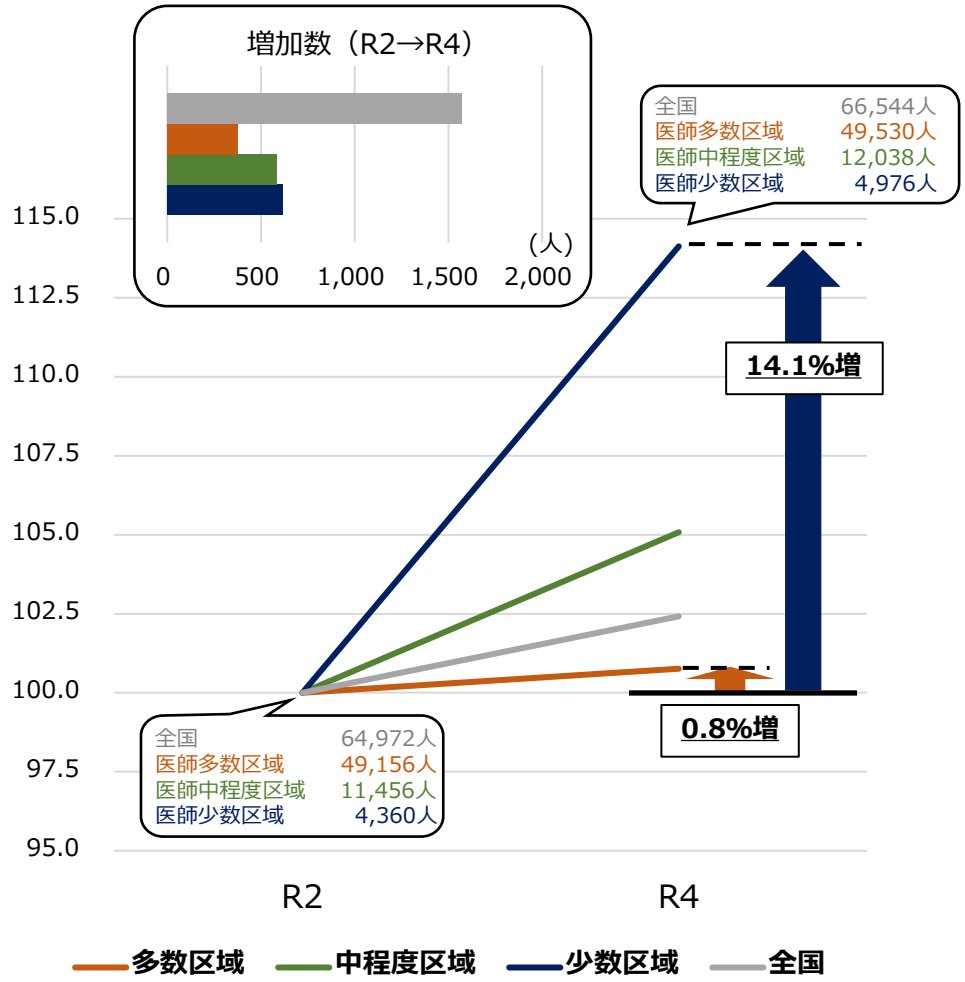
0375

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和２年２月）による

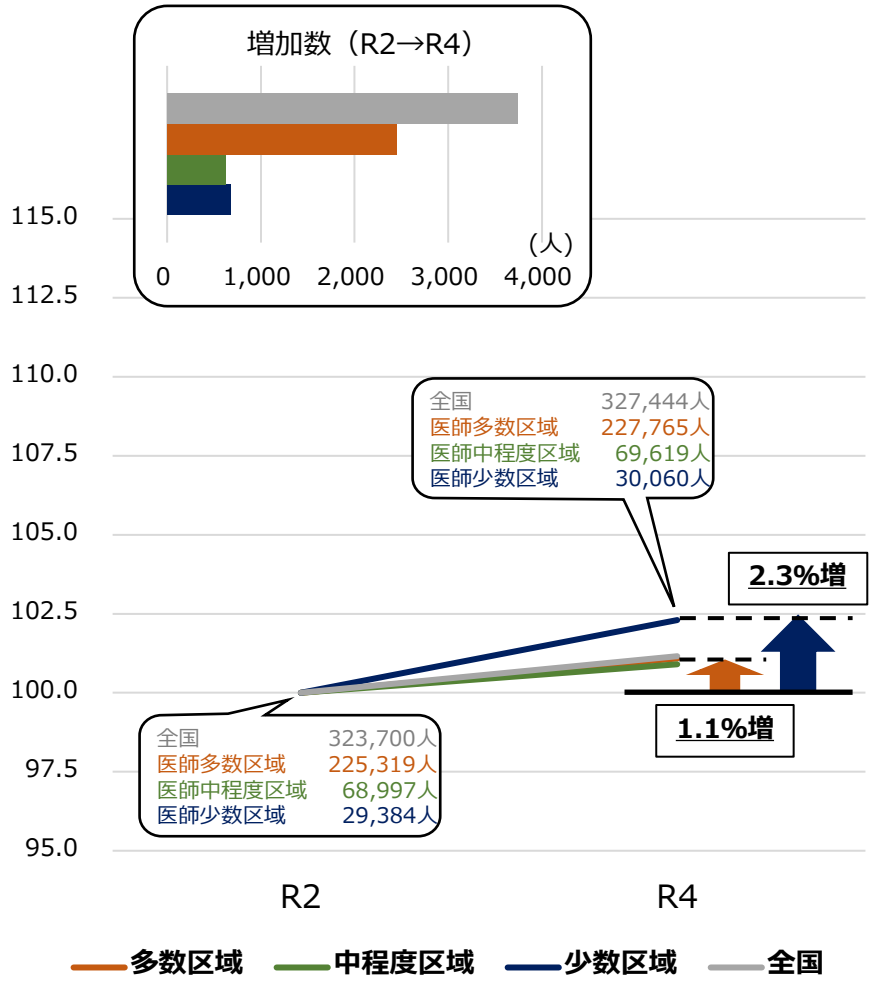
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和２年を100とした場合）

○　医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
○　全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



※医師多数/中程度/少数区域：第７次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
（厚生労働省：令和２年２月）による

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

○　**地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。**

○　**総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。**

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状課題	医師偏在は**一つの取組で是正が図られるものではない**	**若手医師を対象**とした医師養成過程中心の対策	**へき地保健医療対策を超えた取組**が必要
基本的な考え方	経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の**総合的な対策**	医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師へのアプローチ**	地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- 医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- 医師確保計画により３年間のＰＤＣＡサイクルに沿った取組を推進

0377

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手　／　中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

＜**医学部定員・地域枠**＞
・**医学部臨時定員**について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める

・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による**恒久定員内の地域枠設置**等への支援を行う

・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

＜**臨床研修**＞
・**広域連携型プログラム**※の制度化に向けて令和８年度から開始できるよう準備
※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

＜**重点医師偏在対策支援区域**＞
・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「**重点医師偏在対策支援区域**」**と設定し、優先的・重点的に対策**を進める
・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

＜**医師偏在是正プラン**＞
・医師確保計画の中で「**医師偏在是正プラン**」**を策定。**地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
※ 医師偏在指標について、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

＜**経済的インセンティブ**＞
・令和８年度予算編成過程で**重点区域における以下のような支援**について検討
- **診療所の承継・開業・地域定着支援**（緊急的に先行して実施）
- **派遣医師・従事医師への手当増額**（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
- **医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援**
  ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

・**医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応**を検討

＜**全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援**＞
・医師の掘り起こし、マッチング等の**全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育**を推進
＜**都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定**＞
・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する**連携パートナーシップ協定の締結**を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

＜**医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等**＞
・対象医療機関に**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加**
・勤務経験期間を６か月以上から**１年以上に延長**。施行に当たって柔軟な対応を実施
＜**外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等**＞
・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
＜**保険医療機関の管理者要件**＞
・保険医療機関に管理者を設け、２年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において３年等**保険診療に従事したことを要件**とし、**責務を課す**

診療科偏在の是正に向けた取組

・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

0378

今後のスケジュール（予定）

令和６年12月25日厚生労働省
「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（一部改）

対策等	２０２４年度	２０２５年度	２０２６年度	２０２７年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画（前期）」の取組	「第8次医師確保計画（後期）ガイドライン」の検討・策定	「第8次医師確保計画（後期）」の検討・策定	「第8次医師確保計画（後期）」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン、プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
経済的インセンティブ		緊急的な取組（診療所の承継・開業支援）の先行実施	本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援		全国的なマッチング機能の支援		
リカレント教育の支援		リカレント教育の支援		
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い（医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件）		法令改正 ガイドラインの検討・策定	改正法令施行	
医学部定員・地域枠		医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討		
臨床研修		各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
診療科偏在是正対策		必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討		

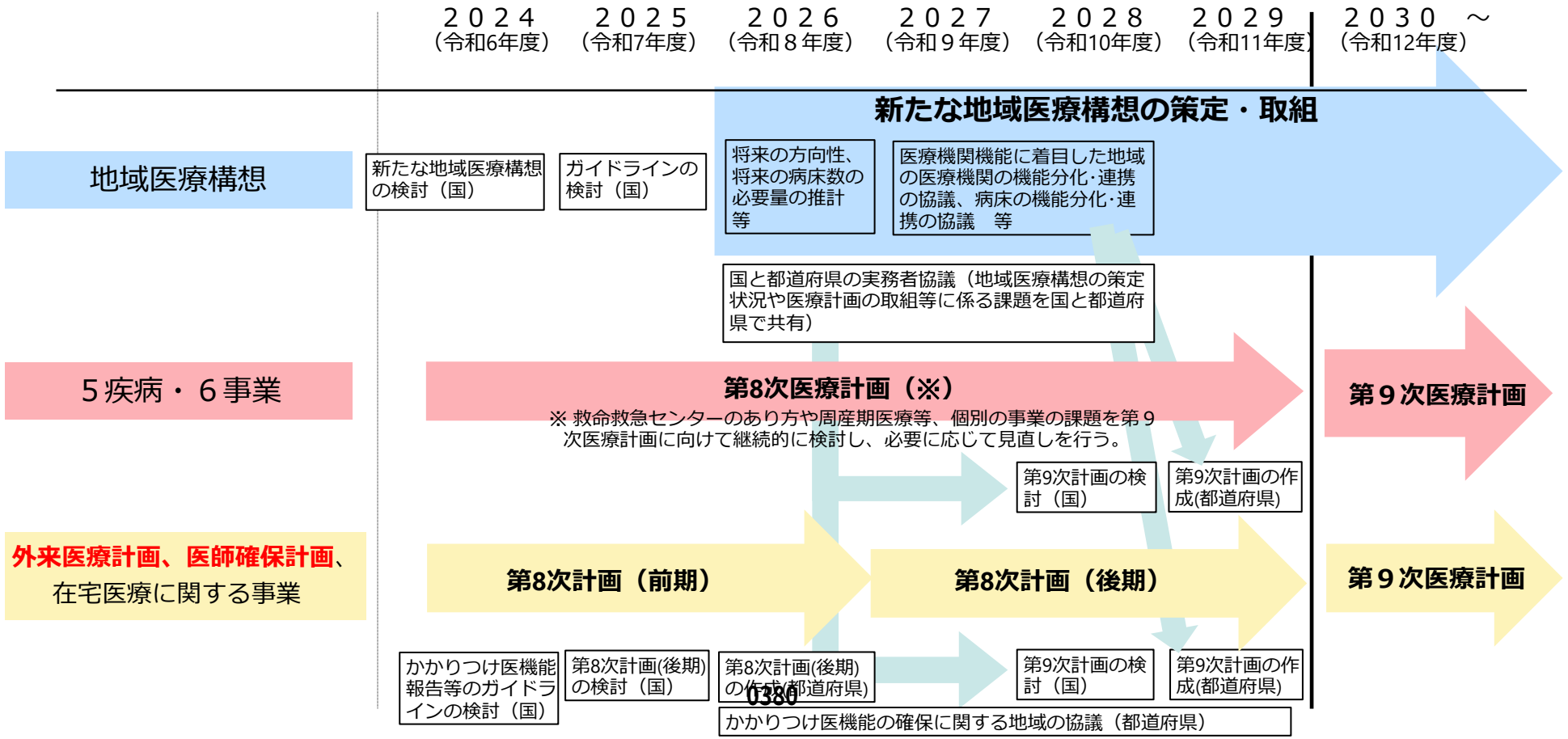
医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

○　新たな地域医療構想について、令和７年度に国でガイドラインを検討･策定し、都道府県において、まず令和８年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討･策定した上で、それを踏まえ、令和９～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化･連携の協議等を行うこととしてはどうか。

○　新たな地域医療構想の内容について、基本的に第９次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、５疾病･６事業については、個別の事業の課題を第９次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連ＷＧを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第８次医療計画(後期)に向けて令和７年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療･医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療･医療介護連携について、第８次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第９次医療計画の策定等に向けてＷＧで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】
・地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
（⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等）
・医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
・医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
・外来医療計画に関する事項
・その他本検討会が必要と認めた事項

連携

その他５疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療　等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】
・在宅医療に関する事項
・医療･介護連携に関する事項　等

救急医療等に関するWG

【検討事項】
・救命救急センターに関する事項
・救急搬送に関する事項　等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】
・小児･周産期医療提供体制に関する事項　等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】
・災害、新興感染症発生･まん延時、国民保護事案等への対応　等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

７月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
１２月～３月	とりまとめ

→　ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

医師確保計画の見直しの進め方について（現時点のイメージ）

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

令和7年	7月	・7月24日　第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について
	8月	
	9月	・9月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について（地理的要素の反映等について） ○　診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について
	10月	
	11月	・11月14日　第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師確保計画の見直しの進め方について ○　第八次（前期）医師確保計画の取組と課題について ○　医師偏在指標と目標医師数について ○　医師偏在是正プラン（重点医師偏在対策支援区域）について ○　医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について ○　医師確保の取り組みについて
	12月頃	必要なデータ等の更新
令和8年	１～３月	・新医師偏在指標公表
	春頃	・第８次（後期）医師確保計画策定ガイドライン公表
	春以降～	・都道府県における医師確保計画（医師偏在是正プラン）の策定

議論開始

医師養成過程の取組に係る見直し

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論

議論の取りまとめ

医師確保計画策定ガイドラインについて

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○第８次（前期）医師確保計画においては、医師確保計画策定ガイドライン（第８次前期）に基づき、①計画策定に向けた体制整備等、②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定、③目標医師数を達成するための施策、④計画の効果測定・評価に関する事項について定められている。

第８次前期ガイドライン 構成

1．序文
　確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

2．体制等の整備
　都道府県における議論の場
　厚生労働省により提供する情報（データ）

3．医師偏在指標

4．医師少数区域・多数区域の設定

5．医師確保計画
　5－1．計画に基づく対策の必要性
　5－2．医師確保の方針
　5－3．目標医師数
　5－4．目標医師数を達成するための施策
　　5－4－1．施策の考え方
　　5－4－2．医師の派遣調整
　　5－4－3．キャリア形成プログラム
　　5－4－4．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援
　　5－4－5．地域医療介護総合確保基金の活用
　　5－4－6．その他の施策

6．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
　6－1．地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方
　6－2．必要な地域枠・地元出身者枠の数について
　6－3．地域枠の選抜方式等について

7．産科・小児科における医師確保計画

8．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

→ 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論

④計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、計画に記載している施策や目標について、適切にPDCAサイクルを実施する。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師偏在指標の算定式

令和7年7月24日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{※1}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2}}$$

（※１）$\text{標準化医師数} = \Sigma\ \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

（※２）$\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{※3}}{\text{全国の期待受療率}}$

（※３）$\text{地域の期待受療率} = \frac{\Sigma（\text{性年齢階級別調整受療率（流出入反映）}^{※4} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$

（※４）$\text{性年齢階級別調整受療率（流出入反映）} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{※5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{※6} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{※7}$

（※５）$\text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要／全国の無床診療所外来患者数}^{※8}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要／全国の入院患者数}}$

（※６）$\text{無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数（患者所在地）＋無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者所在地）}}$

（※７）$\text{入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数（患者所在地）＋入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者所在地）}}$

（※８）$\text{全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［無床診療所］}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［有床診療所・無床診療所］}}$

0385

第８次（前期）医師確保計画における医師偏在指標の見直しについて

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

第８次（前期）医師確保計画策定時の医師偏在指標の見直しの内容

①　複数の医療機関に勤務する医師の取扱い

医師偏在指標の精緻化を図る観点から、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出することとした。

②　勤務施設別の医師偏在指標

新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考値として都道府県に提示することとした。

医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について

令和7年7月24日
第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

＜医師偏在対策に関するとりまとめ　（令和６年12月18日　新たな地域医療構想等に関する検討会 ）＞
＜2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見とりまとめ＞（令和６年12月25日　社会保障審議会医療部会）＞

５．今後の医師偏在対策の具体的な取組

（７）医師偏在指標のあり方

○ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討することが適当である。

＜これまでにいただいた主なご意見＞

【地理的要素について】

○　山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関へのアクセスに時間を要するといった地理的な要因が反映されていない。

○　地域ごとに、医療機関へのアクセスや、それぞれの住民の受療行動が異なる。

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

○　現在用いられている係数で用いられている研修医の労働時間比が、実情と比べて高いのではないか。また、男女比についても、男性の育休取得に対するハードルの低下等の考え方の変化から、見直しが必要。

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

○　例えば10年後などを見据え、現在の医師の年齢構成も考慮すべき。

○　人口10万人当たりの医師数が多いとされる県でも、若手医師の流出等により、中長期的に見ると医師少数県となる可能性がある。

上記の意見等を踏まえ、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については以下の点に留意して検討してはどうか。

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について

医師偏在対策を進める上での考え方（案）

令和7年9月11日
第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

  → 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域の設定にあたっては、現行の医師偏在指標に加え、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定することとする。

- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて

  → 医師偏在指標に用いられている医師の性年齢階級別労働時間比を含め、次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に用いるデータについては、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について

  → 高齢医師の割合が高い都道府県や区域については、医師確保の取組を進める一方、それでも現時点で医師不足が進行する地域については、例えば拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点での医療の確保に向け、対策を講じることとする。

①現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

○地理的要素は医師不足地域の医療提供体制を検討する上で重要であるが、医師偏在指標は、「人口10万人当たり医師数」をできるだけ精緻に把握する目的の指標であり、その計算式には医療機関へのアクセス等の結果である流出入調整係数を含んでいるものの、地理的要素を十分に反映できていないという意見が多い。

○現在、人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度が存在している。

反映することが可能な地理的要素（例）



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離



③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

○　次期医師確保計画（R9～）における医師少数区域の設定にあたっては、こうした**地理的要素を一定程度反映して医師少数区域を設定**することとする。

○　地理的な要素を具体的にどのように反映させるかについては、引き続き検討する。

0389

へき地尺度（Rurality Index for Japan）について

- へき地医療に関わる関係者（医療専門職、行政職、住民）へのアンケート調査等に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示す「へき地尺度（**R**urality **I**ndex for **J**apan）」という尺度が2023年に報告されている。

研究内容：へき地医療に知見のある医師・看護師・患者団体の代表からなる専門委員会を選定。過去の研究レビュー結果をもとに、専門委員会がRIJの候補因子（人口規模・人口密度、医療アクセス、医師数、離島、二次医療機関までのアクセス、気候等）を選定し、候補因子リストを作成した後、へき地医療の知見を有するステークホルダー（へき地医療の知見を有する医療従事者、行政官、住民）100名を募り、修正デルファイ法による計３回のオンライン調査を実施して因子を決定した後、因子の解釈を行った。

結果：探索的因子分析を用いて算出した各因子の因子負荷量を各因子の重みとして用い、変換前RIJ (pre-conversion RIJ)を以下に示す式で算出。

pre-conversion RIJ = 人口密度*(-0.3) + 直近の二次もしくは三次救急医療機関までの直線距離*0.46 + 離島*0.47 + 特別豪雪地帯*0.3

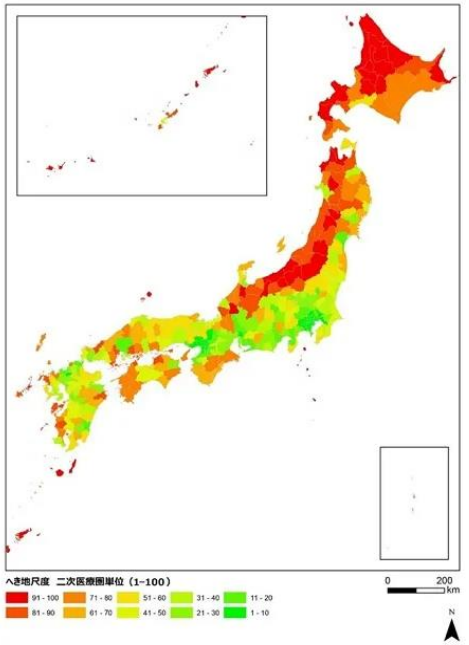
上記式で算出したpre-conversion RIJを整数値に変換した上で、百分位としてスコア化したものをRIJとして使用した。

※RIJは、１に近づくほどより都会に、100に近づくほどより地方になる。

＜へき地尺度に用いた因子＞



＜二次医療圏別へき地尺度＞



Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, Cooray U, Vingilis E, Freeman TR, Mathews M. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study. BMJ Open. 2023 Jun 19;13(6):e068800. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800. PMID: 37336534; PMCID: PMC10314574.

令和７年度の厚生労働科学研究班（研究代表者：福岡国際医療福祉大学　松田晋哉教授）において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻な「へき地尺度」を開発するための研究を実施している。

0390

へき地尺度と医師の診療の幅の関連について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して、入院・救急・外来ケアに関する全68項目の自己申告式質問票（Scope of Practice Inventory, SPI.（出典１）68点満点、点数が高いほど行っている診療の幅が大きい）を実施した（出典２）。

○医師の勤務する地域をへき地尺度（RIJ）10%ごとに区切りSPIの点数を比較したところ、**最も地方部の地域（へき地尺度上位10%）で勤務する医師は、他の地域と比較し、対応する診療の幅が大きい**傾向にあった。

【目的】
・へき地尺度（Rurality Index for Japan: RIJ）を使用し、医師の勤務地のへき地の程度と診療の幅との関係について検証。
【方法】
・日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して診療の幅を調査した。
・診療の幅（scope of practice: SoP）の測定のために、Scope of Practice Inventory（SPI）（※１）及びScope of Practice for Primary Care（SP4PC）（※２）の二つの尺度を用いた。
※１　SPIは入院管理、救急対応、外来診療の3つの領域からなる合計68項目（0-68点）からなる。
※２　SP4PCは「新生児の診療」、「妊婦の診療」、「学校医としての診療」、「手術室での手術」、「緩和ケア」などの22項目（0-30点。30点満点に換算。）からなる。

・SPI及びSP4PCを目的変数、RIJ等を説明変数として、診療の幅に影響を与える因子について重回帰分析による解析を行った。
【結果】
・最も地方部の地域では、最も都会の地域と比較して、SPIの入院・救急項目、SP4PCのスコアが、高値であった。
・RIJはSPI, SP4Cの両方において、幅広いSoPの共通因子であった。
【結論】
・へき地度が高い地域で診療している医師は診療の幅が広い傾向にあった。

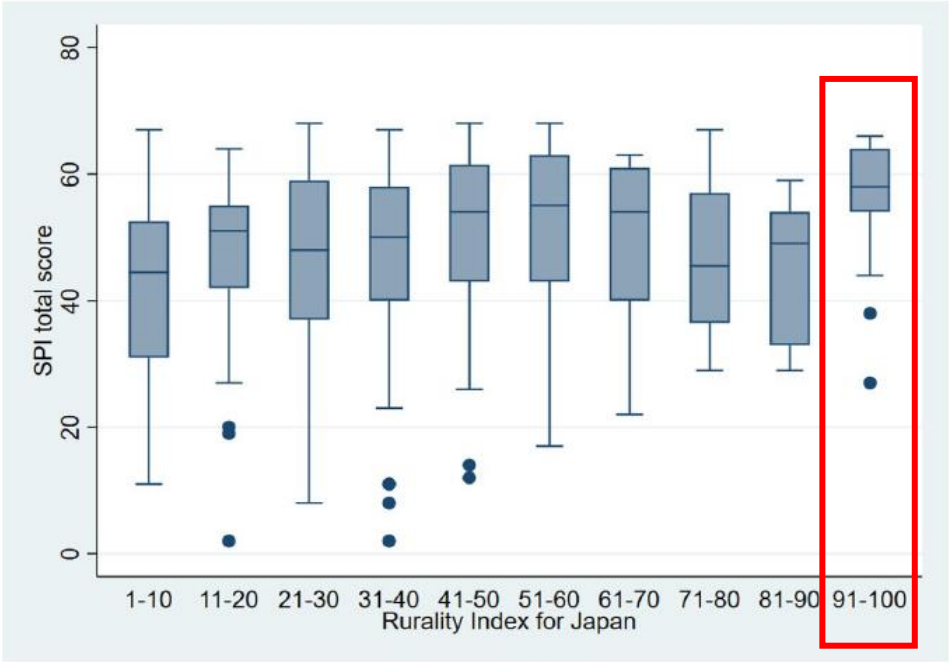


Fig.1a Boxplot of the SPI score and the RIJ

出典１：Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. BMC Fam Pract. 2015;16(1):161.

出典２：Kaneko M, Higuchi T, Ohta R. Primary care physicians working in rural areas provide a broader scope of practice: a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2024 Jan 2;25(1):9.

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について①

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

○　医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、

・医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。

・実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。

○　①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○　令和７年度の厚生労働科学研究班により、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度の検討が進められている。

論点

○　次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域等の設定にあたっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）についても組み合わせることで、地理的要素を一定程度反映したうえで医師少数区域を設定することとする。

○　具体的には、**①現行の医師偏在指標による下位1/3に該当する区域**に加えて、**②現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」**を追加し、新たな「医師少数区域」とすることとする。

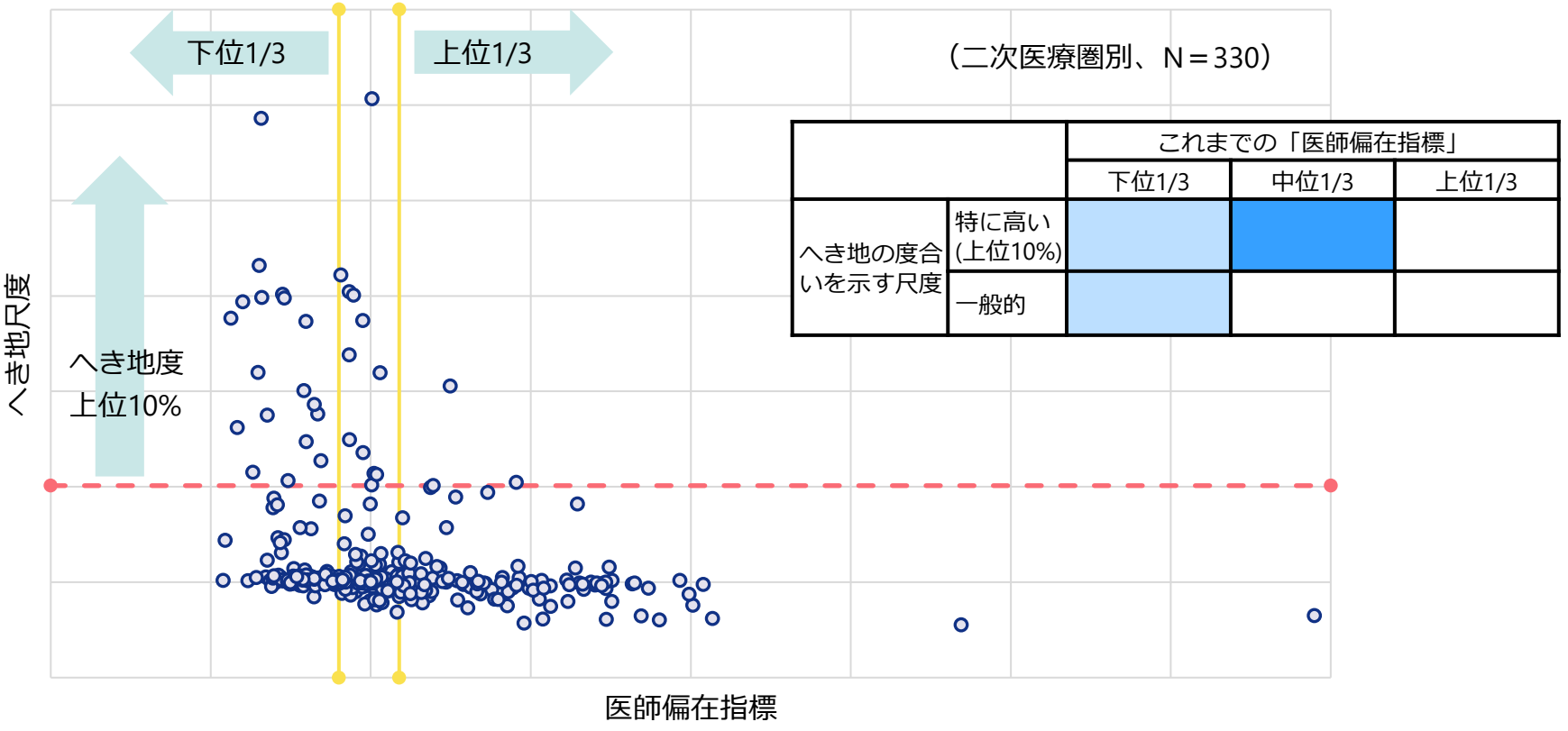
○　へき地尺度が特に高い区域については、例えば**へき地尺度が上位10%の区域**として設定することとする。

（参考）地理的要素を反映した新たな医師少数区域等について（イメ

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

- 医師偏在指標の計算式は現行と同様としつつ、医師少数区域の設定に当たり、①現行の**医師偏在指標による下位1/3に　該当する区域に加えて**、②**現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度」が特に高い区域（仮に上位10%の区域と設定）**を追加し、**新たな「医師少数区域」**とすることとした場合のイメージは以下のとおり。

医師偏在指標とへき地尺度（二次医療圏別）



		これまでの「医師偏在指標」		
		下位1/3	中位1/3	上位1/3
へき地の度合いを示す尺度	特に高い（上位10%）			
	一般的			

※現在利用可能なデータを用いて、医師偏在指標、へき地尺度を計算してイメージとして提示したものであり、第８次（後期）医師確保計画に用いるデータの更新により、区域の分布は変動する可能性があることに留意が必要である。

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について②

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

論点

○　第８次（後期）医師確保計画に係る医師偏在指標の算出にあたっては、従来と同様の項目のデータを用いたうえで、下表の通り可能な限り最新のデータを用いることとする。

用いるデータ	出典（調査の間隔）	第８次（前期）に用いた医師偏在指標	第８次（後期）に用いる新たな医師偏在指標
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）（２年）	2020年	2024年
労働時間比	医師の勤務実態調査（随時）	2022年	2022年（※２）
人口	住民基本台帳人口（１年）	2017年（※１）	2024年
患者数	患者調査（３年）	2017年（※１）	2023年
流出入調整係数	都道府県への調査（随時）	2022年	2026年1月実施

※１　患者調査については、2020年調査結果を用いることが可能であったが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2017年調査を用い、住民基本台帳人口も、調査年が同じものを用いた。

※２　2025年調査の調査結果が利用可能になる時期が、2026年3月3日時点で未定である。

0394

医師確保の方針について（第８次（前期）医師確保計画策定ガイドライン）

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

【都道府県における医師確保の方針の主な記載】

○　**医師少数都道府県**については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師少数でも多数でもない都道府県**は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師多数都道府県**は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととしている。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

【二次医療圏における医師確保の方針の主な記載】

○　**医師少数区域**については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師少数でも多数でもない二次医療圏**は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとしている。

○　**医師多数区域**は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととしている。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。

○　ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととしている。

二次医療圏における目標医師数の設定について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

現行の医師確保計画に係る二次医療圏における目標医師数については、

○　**医師少数区域**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限としている。

○　**医師少数区域以外**の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

論点

新たな医師少数区域 ＝ ①これまでの「医師偏在指標」による下位1/3の区域 、 ②これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ 「へき地尺度」が特に高い区域

○　①現行の「医師偏在指標」による下位33.3%の区域における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　②現行の「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数としてはどうか。そのうえで、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。
※今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

新たな医師中程度区域 ＝ これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域

○　これまでの「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

新たな医師多数区域 ＝ これまでの「医師偏在指標」による上位1/3の区域

○　これまでの「医師偏在指標」による上位33.3%の区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

都道府県における目標医師数の設定について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

現行の医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

○　**医師少数都道府県**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

○　**医師少数都道府県以外**は、目標数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

論点

第８次（後期）医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

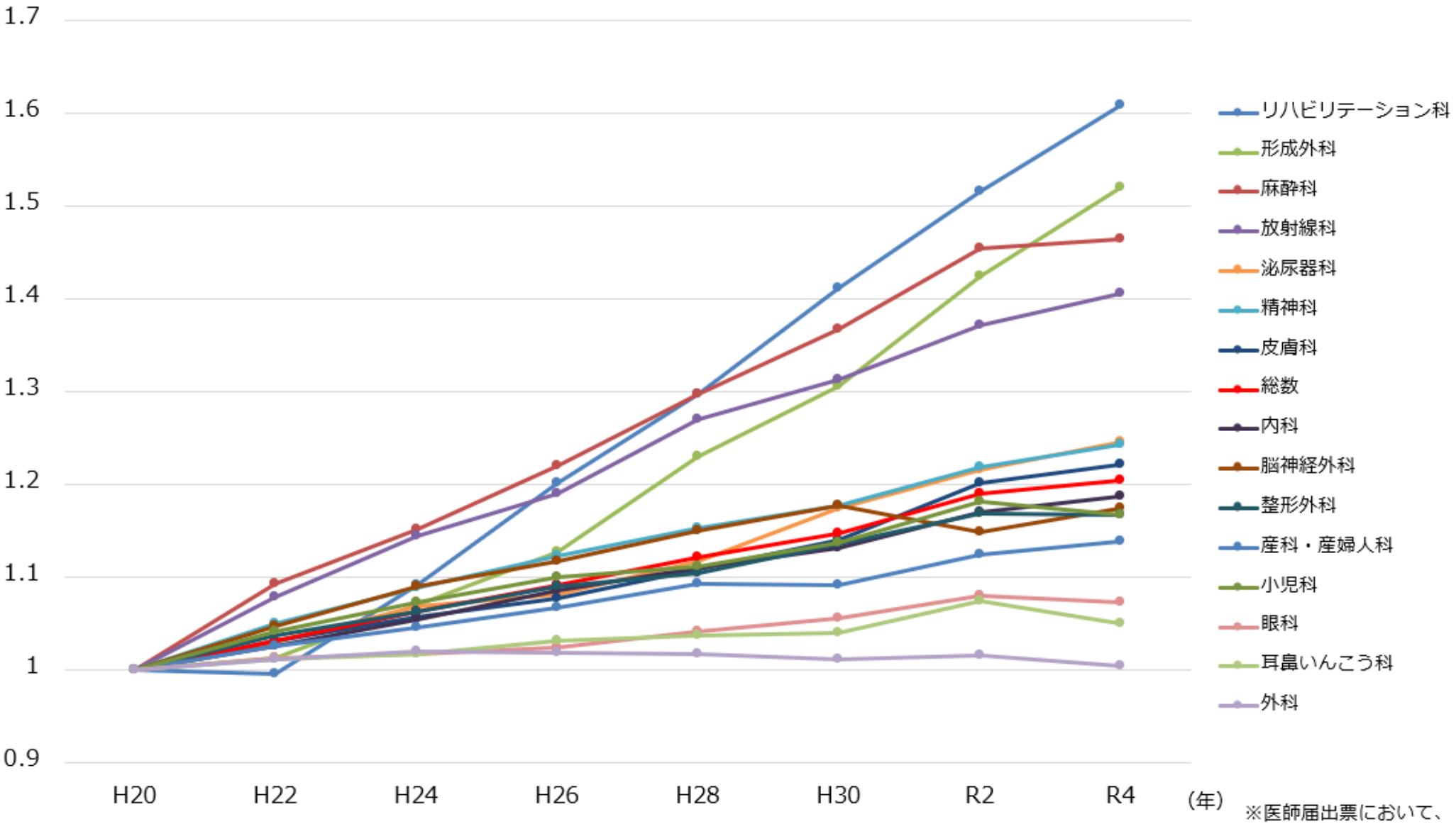
○　医師少数都道府県については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。

○　なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととするとともに、国において、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等を通じて、医師多数都道府県の医師少数都道府県への医師派遣の取組を後押しすることとする。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



※内科 ・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科 ・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

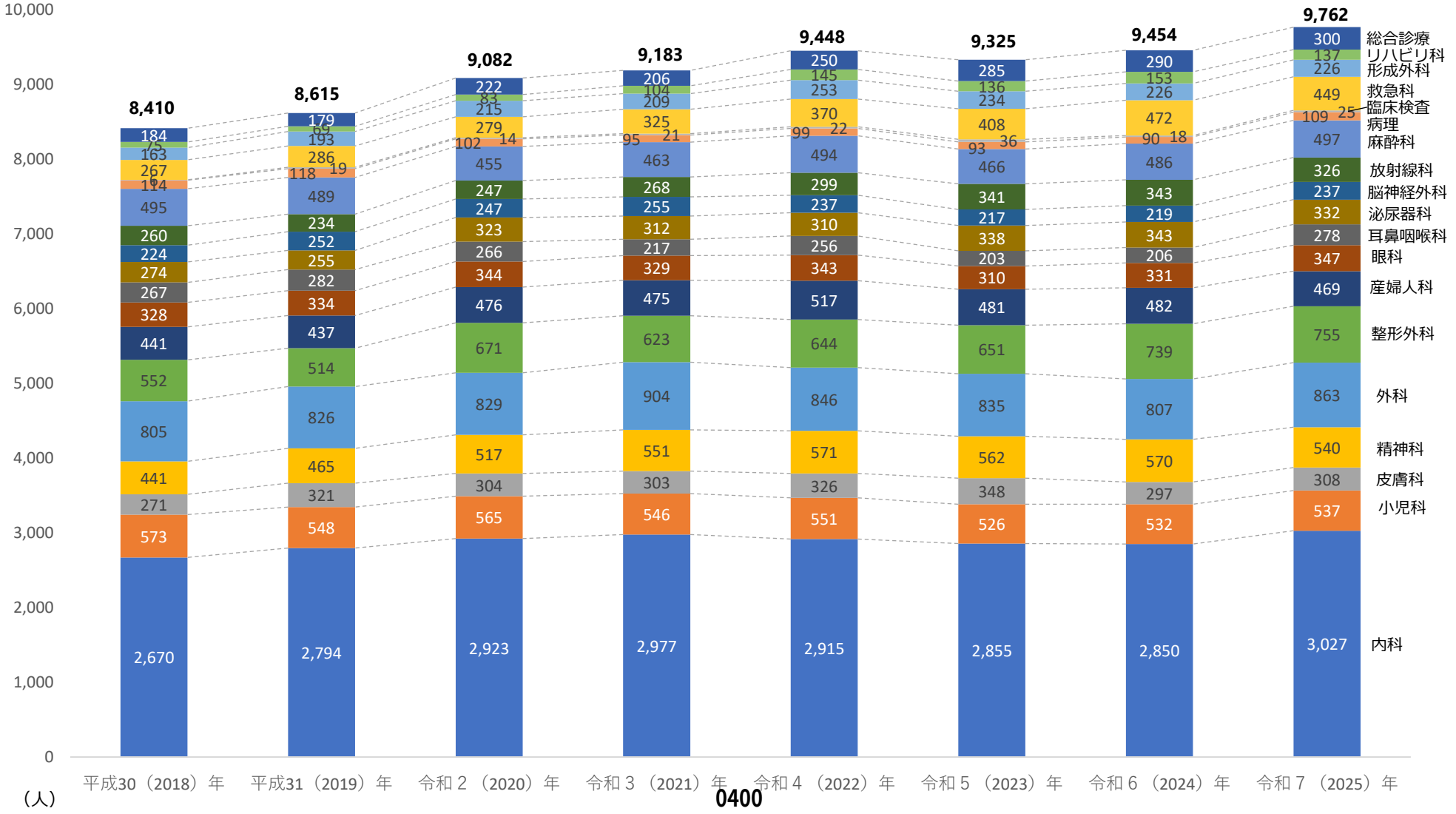
※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

診療科別専攻医採用数の推移

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○　近年、専攻医数は経時的に増加している。また、診療科の内訳には大きな変化はない。

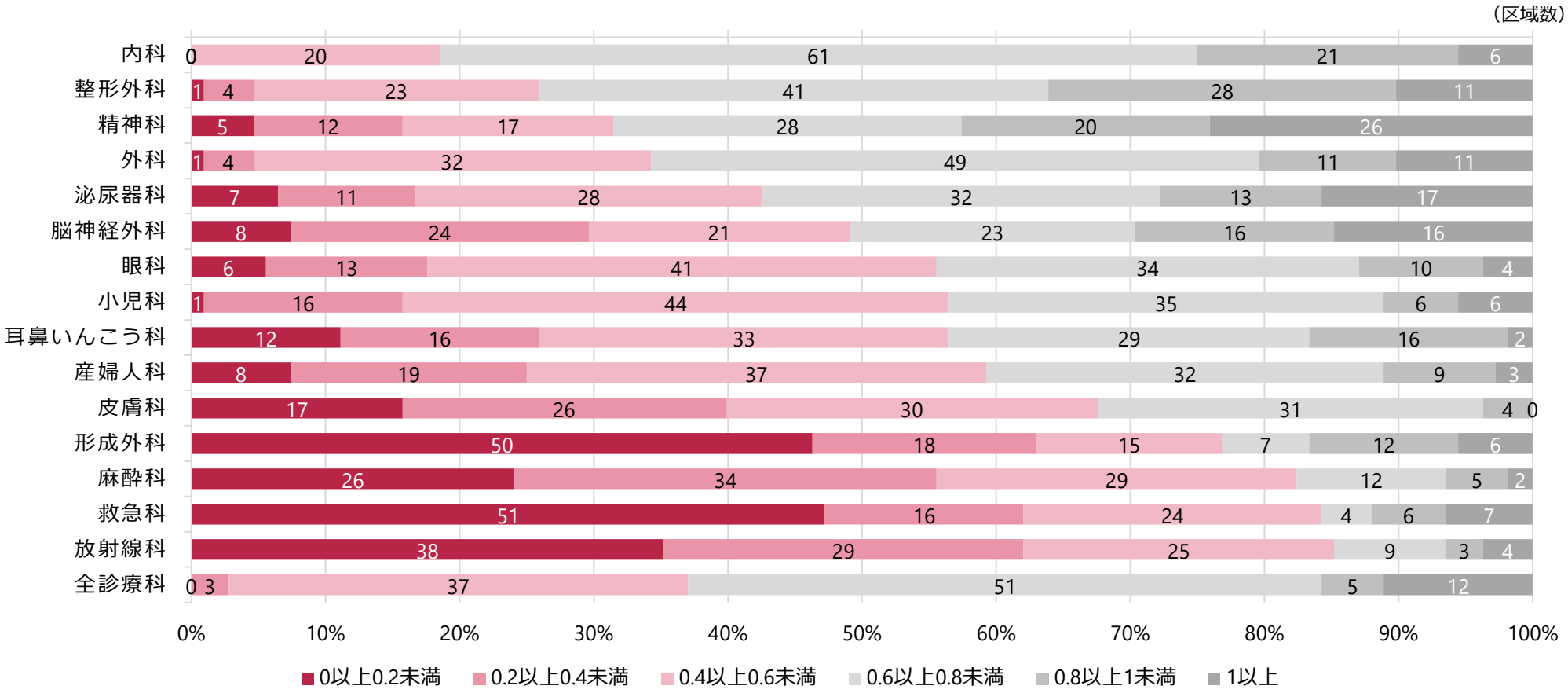


医師少数区域に従事する医師数が少ない区域の診療科ごとの状況

○　医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない（全国比0.6未満の区域が多くを占める）地域の状況は診療科ごとに差がある。

医師少数区域（二次医療圏ごと）の各診療科における人口10万対医師数の全国比率別区域数

（当該二次医療圏における各診療科の人口10万対医師数）/（全国における各診療科の人口10万対医師数）



※医師・歯科医師・薬剤師統計（令和４年）を基に、医療施設従事医師数を、主たる従業地による二次医療圏、主たる診療科別に集計
※二次医療圏人口は、国勢調査2020のデータを使用

「診療科偏在」について

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

○　医師の数全体は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なっている。医療計画等に基づき地域の医療提供体制を確保するため、特に周産期等で取組を進めてきた。

○　二次医療圏ごとの医師少数区域における医師数をみると、全国と比べて医師数が少ない傾向の地区もあり、これは診療科ごとに程度が異なる。

○　「診療科偏在」は様々な課題を内包していると考えられることから、以下のような視点に基づいて検討することが考えられる。

視点１　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点での対策が必要な診療科

→　例：**総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師**　等

視点２　医療計画に基づき地域の医療提供体制を維持する観点での対策が必要な診療科・領域

→　例：**小児科、産科**　等

視点３　医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科

→　例：**皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科**　等

0402

診療領域ごとの患者数

○　患者調査による推計外来患者数を、類似する傷病を一定程度統合した上で、患者数の多いものを整理すると、高血圧や糖尿病等の内科領域の疾患の他に、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科等の疾患が多く見られる。

傷病名	推計外来患者数（千人）
高血圧	602.9
腰痛症	375.1
かぜ・感冒	319.7
皮膚の疾患	293.9
関節症（関節リウマチ、脱臼）	281.8
糖尿病	201
外傷	173.3
脂質異常症	162
下痢・胃腸炎	129.3
慢性腎臓病	128.8
喘息・COPD	114.7
がん	109.6
アレルギー性鼻炎	99.7
骨折	87.6
うつ（気分障害、躁うつ病）	76.8
緑内障	68.5
白内障	66.5
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	62.3
骨粗しょう症	58.4
認知症	58.1
不安・ストレス（神経症）	52.9
脳梗塞	52.4
統合失調症	49.5
近視・遠視・老眼	46.3
不整脈	43.2
前立腺肥大症	38.8
睡眠障害	38.1
中耳炎・外耳炎	38.1
狭心症	32.5
心不全	31.7
正常妊娠・産じょくの管理	28.5
便秘	24
頭痛（片頭痛）	22
更年期障害	20
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	17.4
末梢神経障害	17.4
難聴	15.1
貧血	13.6
乳房の疾患	10.3
頚腕症候群	9

出典：令和５年「患者調査」

・推計外来患者数が15千人以上を基準にして傷病名を抽出。
・ICD-10による疾病分類（中分類）を参考にして、類似する傷病名を統合して集計。
ただし、「ＸＸＩ健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」「ＸＸⅡ特殊目的用コード」および、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

0403

遠隔医療の様々な活用形態

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○　オンライン診療を含む遠隔医療は、様々な形で活用されており、一部については診療報酬において評価されている。

	診療形態		ユースケース
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの		・遠隔での診療支援、指導 ・遠隔での専門的な診断等の支援 – 画像診断や病理診断等 – 集中治療の支援 – 脳卒中対応に関する医療機関間の連携 – 放射線治療計画の支援
医師対患者 (D to P)	**情報通信機器を用いた診療**	**[D to P]** 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う	・情報通信機器を用いた外来診療、在宅診療及び通院精神療法
		[D to P with D] 患者が医師といる場合のオンライン診療	・遠隔での難病等の専門的な診療を連携して実施 ・遠隔での遺伝カウンセリングを連携して実施
		[D to P with N] 患者が看護師等といる場合のオンライン診療	・へき地医療において患者が看護師等といる場合のオンライン診療
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの	・心臓ペースメーカー、在宅酸素療法等の対応する医療機器がある場合

0404

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ



- ○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- ○ 医師−患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- ○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。

2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン診療**	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン受診勧奨**	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	**遠隔健康医療相談**	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

○医師－患者関係／患者合意
○適用対象
○診療計画
○本人確認
○薬剤処方・管理
○診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

○医師の所在
○患者の所在
○患者が看護師等といる場合のオンライン診療
○患者が医師といる場合のオンライン診療
○通信環境

0405

その他オンライン診療に関連する事項

○医師教育／患者教育
○質評価／フィードバック
○エビデンスの蓄積

オンライン診療の適切な実施に関する指針における対面診療の必要性

○　オンライン診療の適切な実施に関する指針では、基本理念として対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行うことが求められており、指針上、最低限遵守する事項として以下のような記載がある。

オンライン診療の提供に関する事項

医師－患者関係／患者合意

- オンライン診療を実施する都度、医師が医学的な観点から実施の可否を判断し、**オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合はオンライン診療を中止し、速やかに適切な対面診療につなげる**こと。【Ｖ１（１）②ⅲ、P.12】

適用対象

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、**オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施**する（対面診療が可能な医療機関を紹介する場合を含む。）こと。【Ｖ１（２）②ⅱ、P.13】

診察方法

- 医師がオンライン診療を行っている間、**患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合には、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行う**こと。【Ｖ１（６）②ⅰ、P.19】

オンライン診療の提供体制に関する事項

医師の所在

- **患者の急病急変時に適切に対応**するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。【Ｖ２（１）②ⅱ、P.21】

0406

出典：厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（令和５年３月一部改訂）

眼科領域における取組

札幌そうせいイーストクリニック
提供資料

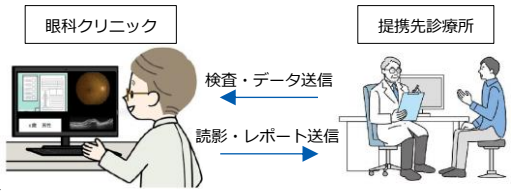
令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

現状

- **視覚障害のある高齢者の移動は困難**であり、遠方の中核施設へ定期的に通院することは患者負担が大きい。
- 眼科診療は通常、複数の画像検査が終わってからの診察であり、これをオンライン診療で実現するためには検査の結果待ちの時間が多くかかり、効率的な運営に課題があった。
- 地方では**派遣医師の疲弊、医療アクセスの差なども課題**となっていた。

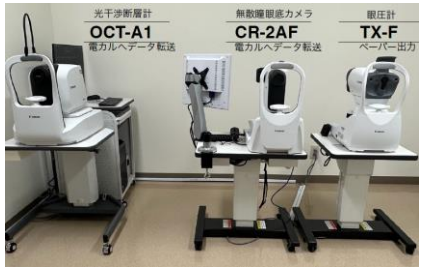
取組事例

- 近隣に眼科施設のない各自治体診療所と都市部の眼科クリニックをオンラインでつなぎ、各地域における眼科診療をサポートする体制（コンサルタント契約）を構築【D to D】
  - 提携先の診療所では看護師が検査を行い、検査データを眼科医のいるクリニックに送信
  - 眼科医は読影を行い電子カルテに記載、レポートを提携先の診療所に送信
  - 診療所では後日、担当医（非眼科医）による説明と受診勧奨を行い、対面の診療が必要な場合は近隣主要都市の眼科を紹介。



特徴・メリット

- **糖尿病網膜症や、緑内障など、身近な眼科疾患であり、フォローが必要なもの**について評価するための検査機器を導入。
- 患者は**いつもの主治医から眼科疾患に関する説明を受けられる**。
- 必要に応じて、地元の主治医を紹介できる。



課題や今後の方向性

- 地域で遠隔診療を適切に実施するためには、**地元の大学やクリニック等との連携、行政その他の関係者との協力**が不可欠。
- さらに、専門的な診療のために**最低限必要な機器の導入や、コンサルト体制の構築のための支援**が必要。

皮膚科領域における現状、課題、方向性

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

日本皮膚科学会　提供資料

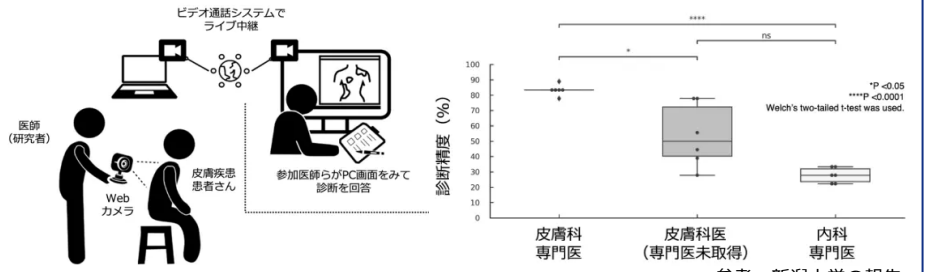
公益社団法人 日本皮膚科学会 Japanese Dermatological Association

ニーズ等

・　日本臨床皮膚科医会及び日本看護協会が実施した調査によると、訪問看護を利用する566名の**在宅療養者のうち、何らかの皮膚疾患を有していたのは399名（70.5%）**であり、代表的な疾患は皮膚真菌症222名（33.6%）、湿疹・皮膚炎群208名（31.5%）、褥瘡48名（7.3%）、爪のトラブル43名（7.3%）等がみられた。また、**皮膚疾患が未治療であったのは114（28.1%）**で、理由としては本人・家族が希望しない場合の他、**「近くに往診する皮膚科医がいない」「皮膚科は往診しないと思っていた」等があった**。

取組事例

・　一般的なビデオ通話システム及びWebカメラを利用した皮膚疾患をもつ患者の遠隔での診断について、皮膚科専門医は他のグループ（内科専門医、皮膚科専攻医）と比較して診断精度が高かった。【D to P】



参考：新潟大学の報告

・　岩手医科大学、新潟大学、和歌山県立医科大学、島根大学、長崎大学では、遠隔地の地域医療機関と連携し、皮膚疾患に関する遠隔診療を支援。遠隔医療の中でも、専門医の診療を必要とする皮膚疾患の占める割合が多かった。【D to D、D to P】

<岩手医大と地域の連携>



<皮膚科の遠隔医療で必要な設備>



<和歌山県立医大の取組>



参考：岩手医大及び和歌山県立医大の取組

課題や今後の方向性

・　前述の在宅医療の場面をはじめとして、さまざまな**地域における皮膚科医療へのニーズは十分に存在**しているものの、**往診を含む地域医療機関における皮膚科診療の提供には、患者および皮膚科医それぞれのアクセス不良など様々な課題も示唆**されている。

・　**在宅医療のほか、外来・入院中の患者を含め、オンライン診療の活用により、皮膚科の専門的医療へのアクセスを改善**し、皮膚科専門医のリソースを効率的に活用することは有益。そのためには、**皮膚科診療を支援するためのインフラ**（遠隔対応検査機器、高解像度対応オンライン診療システム）、**診療補助に当たる看護師の研修、ニーズがある患者・医療機関と皮膚科医療のマッチング**等も重要。

0408

耳鼻咽喉科領域における取組

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会提供資料

一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会
Japanese Society of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

現状

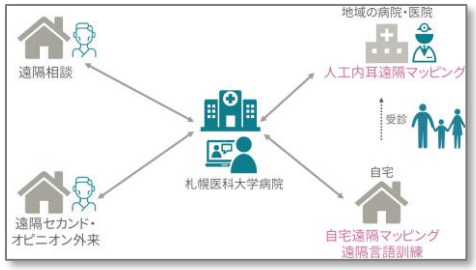
・　人工内耳の埋込を行っている患者は、装用者の要望や環境に応じて、人工内耳の設定をリアルタイムに微調整（マッピング）する必要があり、**定期的な通院（成人で手術後の最初の１年は年６～８回程度、安定すれば年１～２回程度、小児では１～２ヶ月に１回程度）が必要**。

・　人工内耳のマッピングには専門的技術や専門人材（言語聴覚士）が必要。

取組事例

・　札幌医科大学においては、大学病院と地域の病院・医院や自宅をオンラインでつなぎ、人工内耳の遠隔によるマッピングや、遠隔による言語訓練を実施【D to P with D】

- 遠隔での医師の診療に加え、遠隔での言語聴覚士によるマッピングやリハビリテーションを実施。
- 人工内耳のマッピングには、コンピュータ端末に専用のソフトを導入することで実施が可能であり、患者側は地域の病院等にいる医療従事者等が同伴することで対応。



メリット

- 年に１－３回程度の**大学病院での対面マッピングと併用**することで、適切なマッピングにより患者の「聞こえ」の改善、**患者の移動に必要な負担が軽減**。
- 確保が難しい**専門人材へのアクセスを改善**。

・　長崎県に所在する耳鼻咽喉科診療所においても、同様に人工内耳の埋込を行っている患者に対して遠隔によるマッピングや、難聴児に対する発達検査、聴覚言語リハビリテーションを遠隔診療で行っている。【D to P】【D to P with D】等

メリット

- 離島から長崎市まで毎月は行けないが、年に1~3回の対面に減らすことが可能。また台風や大雨、地震などの緊急災害時にも遠隔で療法ができ患者・家族の安心に繋がっている。

課題や今後の方向性

・　遠隔による人工内耳のマッピング以外の**耳鼻科領域の疾患（その他の難聴への対応や、補聴器の調整等）への適用については、現在知見を収集**している。

・　地域の比較的都市部にある耳鼻咽喉科のある病院や診療所などで実施できれば、さらに広く展開できる可能性がある。

0409

整形外科領域における取組（青森県）

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

小松整形外科スポーツクリニック
青森県
提供資料

現状

・　骨粗鬆症など処方を要する外来患者はオンライン診療の良い適応である。また、術後の患者であっても、**病状が落ち着いていれば、現状確認と処方の継続が中心となるのでオンライン診療の良い適応**となる。

・　青森県は遠隔地から2－3時間かけて受診する患者もおり、特に**冬場は雪等の天候不良や路面状況により受診が困難な場合もある**。

・　青森県はスマートフォン所持率が約60%とワースト２位の低さや、高齢者の一人暮らしが多く家族の協力も得られづらい状況もあり、患者の参加の面で障壁がある。

取組事例

①　津軽半島の西側に位置する中泊町で、術後患者など再診患者に対して、**デイサービス施設でのグループオンライン診療（患者が集まって行うオンライン診療）を開始**し、対象地域を拡大。【D to P with スタッフ】

- デイサービス終了後に施設内で患者が待機し、個室でオンライン診療を受診。
- クレジットカードを所持していない患者のために、連携しているデイサービス職員が金庫をクリニックから預かり、現金での会計を代行。



②　クリニックの診察室1カ所を用いて、大都市（札幌）の専門医による、オンラインによる外来支援（骨粗鬆症専門外来）を施行。

- 半日の外来で約50人の診察も可能。

県からの支援

・　こうした取組に当たって、**県より医師会への説明、業務報告のための様式作成などの事務的な支援**

・　**オンライン診療導入に必要な機材等の整備を支援・補助率を引上げ** 1/2→10/10（２年限定）

課題や今後の方向性

・　遠隔地でオンライン診療を行っても、**電子処方箋、オンライン服薬指導に対応している薬局が不足しており、患者自身が薬局に直接赴く必要がある**ため、自宅に処方が届くように薬局の体制整備も必要。

・　医師不足に少しでも対応するために、**地域枠出身の医師がオンライン診療を週に１回実施した場合**でも、地域枠の義務年限の算定に含まれるように制度変更し、地域枠出身の医師が参加しやすい体制整備を今年度中に開始予定。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について②

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

○　「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられる。

（総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保）

- 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

（医師確保計画を通じた対策）

- 小児科及び産科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討する。

（遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保）

- 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討する。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととする。
- 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることが適当である。
- 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとする。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討する。

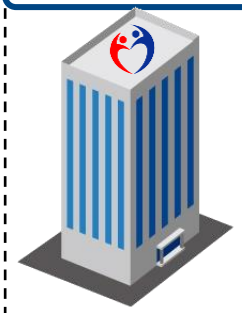
0411

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

○ 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**医師少数区域等における医療に関する経験を**認定**

申請

認定

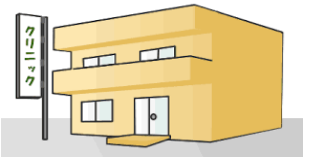


医師

医師少数区域等における
６ヵ月以上※１の勤務※２

※１ 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※２ 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】
- ○ 勤務した医療機関名と所在地
- ○ 勤務した期間
- ○ 業務内容

等

➢ 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

(1)個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
- 地域の患者への継続的な診療
- 診療時間外の患者の急変時の対応
- 在宅医療　等

(2)他の医療機関や、介護・福祉事業者者等との連携
- 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加　等

(3)地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
- 健康診査や保健指導等の実施　等

認定医師等に対するインセンティブ

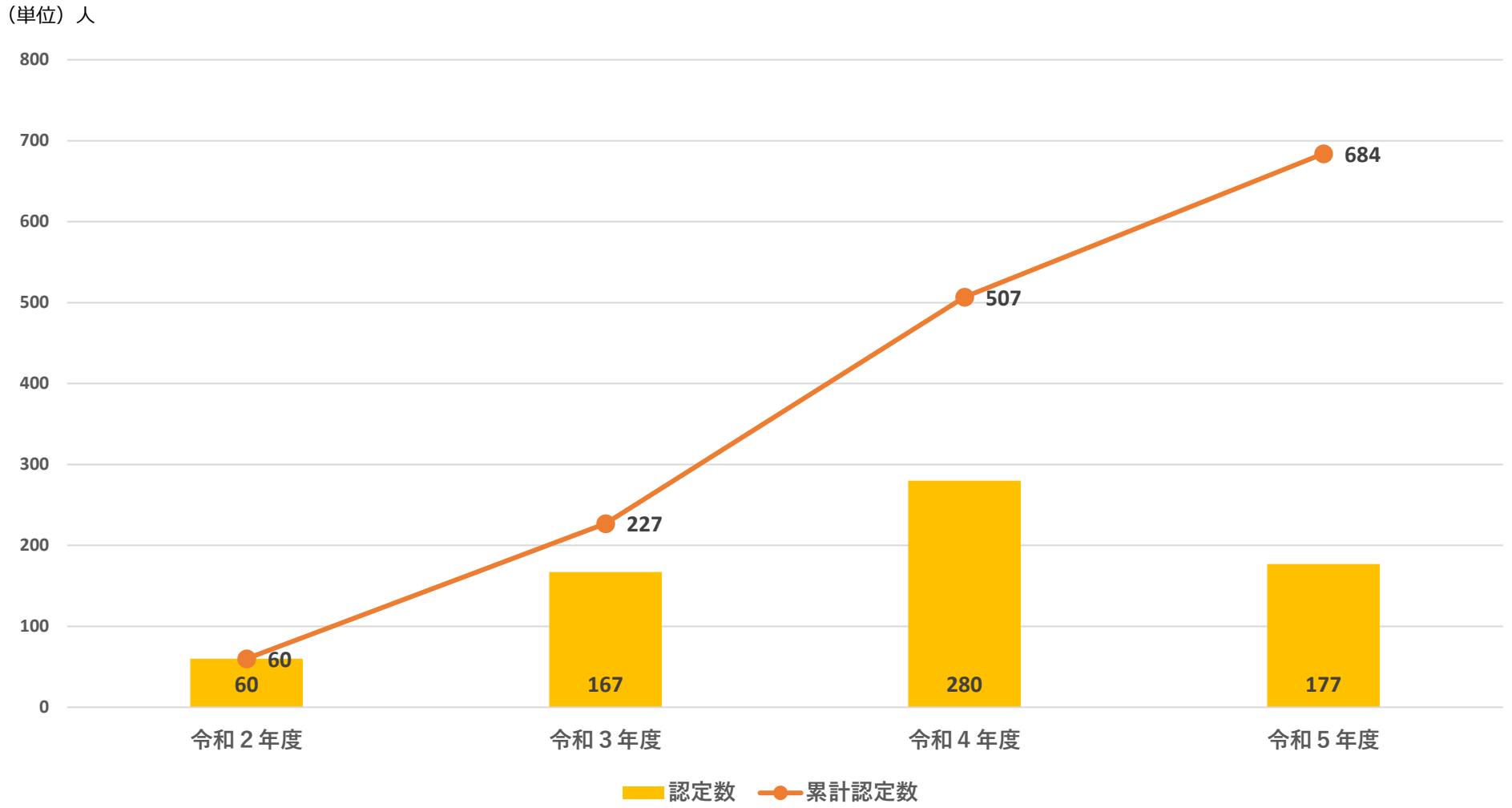
①一定の病院の管理者としての評価
- 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

②認定医師に対する経済的インセンティブ
- 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

0413

医師少数区域経験認定医師の認定数の推移

○　令和６年３月末現在の医師少数区域経験認定医師の認定数は684人となっている。

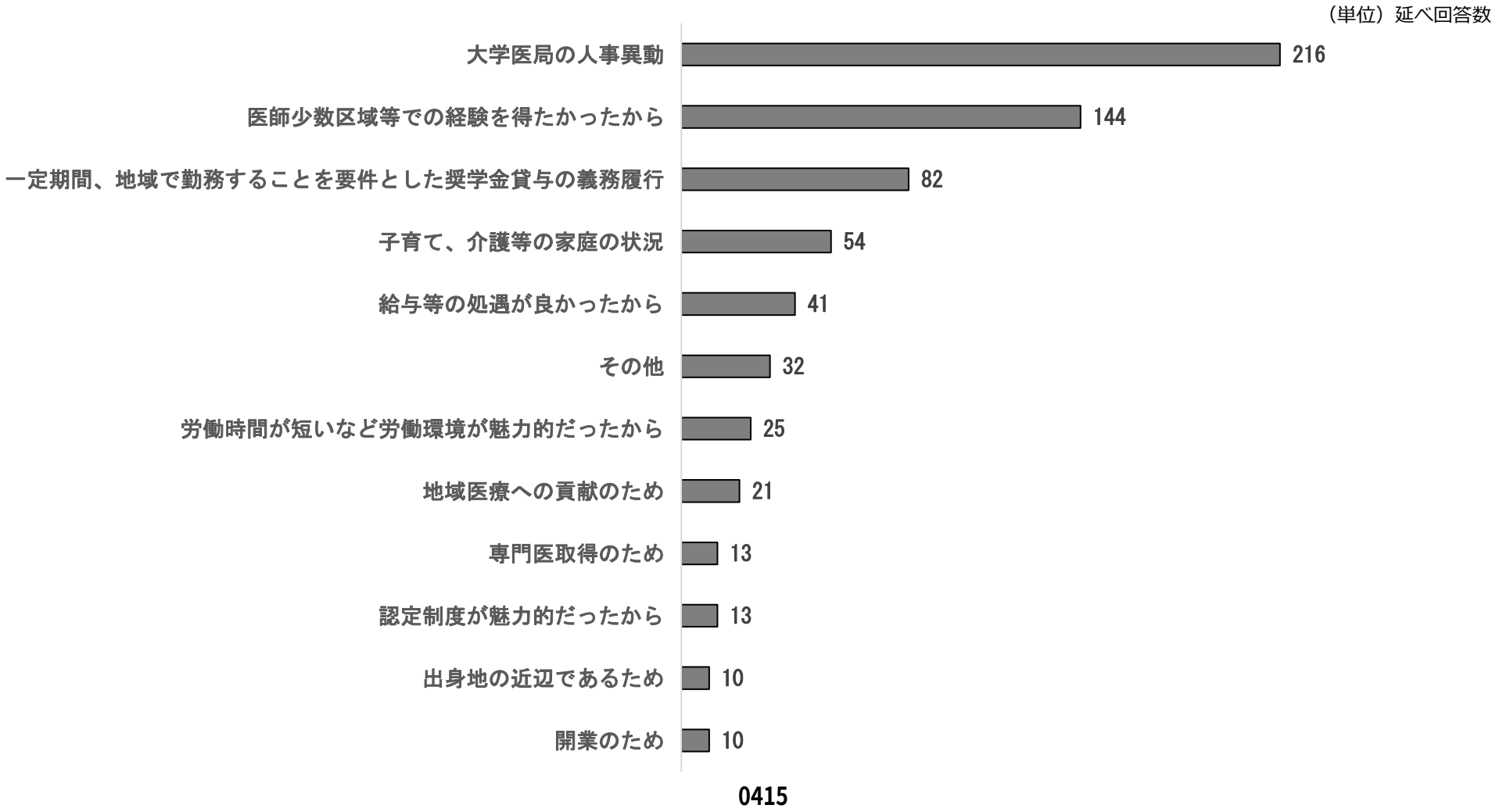


資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

0414

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

○　令和５年３月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が 54となっている。



厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

令和7年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２一部改

【医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について】

○　**病院長のなり手が少ない所で断る理由になる**など、逆インセンティブになり得る。**臨床研修病院などで指導医していることなどを必須の６か月の中に入れて要件を少しでも弱めることを期待**していた。要件をぜひ緩和してほしい。

○　少数区域に派遣される医師は、修学資金を貸与された医師や自治医科大学の卒業生などと限られている。一方、**病院の管理者としては、知識と経験だけでなく、多職種を束ねるリーダーシップ、経営的な知識、将来の方向を決める総合判断力など全人的な要素が必要**と思われ、この要件で縛りつけていくと、**限られた人からしか管理者を選べなくなり**、危険ではないか。

○　医育機関・臨床研修指定病院での指導医経験についてもカウントすると記載されているが、管理者になるための条件はこのような（指導医経験などの）部分で判断されている以上、慎重によく考えて記載して欲しい。**若い医師は病院長になりたくないので少数区域には行かないということもあり得る**のではないか。

○　**地方の病院の管理者になってもらうときに、逆にこの縛りが足かせになってしまう**のではないか。

○　**若い医師が専門的な医療について集中的に経験を積める貴重な時間を犠牲にしてしまう**のではないか。病院長になる際に逆インセンティブになるのではないか。

0416

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について

令和７年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２一部改

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加**する。

○　施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、**医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外**する。また、**地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間**や、**地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）**について、**医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める**。**令和２年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用**する。

○　また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から**１年以上に延長**する。あわせて、**医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能**とし、**９年以上経過していない場合は、最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能**とする。

論点

○　医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について、**地域医療支援病院**に加え、**公的医療機関、NHO、JCHO、労災病院の病院の管理者となる者は、以下の者でなければならない**、とする。（改正部分が下線。それ以外は現行の取扱いから変更なし。）

１．医師少数区域等認定医師：１年間（改正前６か月）、医師少数区域・医師少数スポット・重点医師偏在対策支援区域（以下「医師少数区域等」）で勤務した者

※１：医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、９年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、１年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする
※２：令和８年10月以降に認定医師の申請をする者から適用
※３：改正前に認定医師となった者は、改正後の認定医師とみなして管理者となることが可

２．６か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る６か月以内の期間は、臨床研修の期間もカウント可。医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も６ヶ月以内に限りカウント可。）
かつ
１年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者

※１：１年間、医師少数区域等で勤務することも可
※２：医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、９年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、１年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする

３．医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる者

４．令和２年４月１日より前に臨床研修を開始した医師であって、地域における医療の確保のために当該病院を管理することが適当と認められる者

５．前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、１～４以外の者に病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県が認める者（真にやむを得ない場合に限るものとし、都道府県は厚生労働省医政局と協議の上で判断すること）

医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

事業実施主体

公募・選定の結果、公益社団法人日本医師会に決定（令和７年４月）。

事業内容

① 全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業を実施し、医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチングを行う。

② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティングを行うとともに、就業にあたっては、必要に応じてリカレント研修や現場体験につなぐともに、その後の定着支援等を行う。

③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こしを行う。

④ その他、データ分析等、本事業の実施にあたり必要となる取組を行う。

取組状況

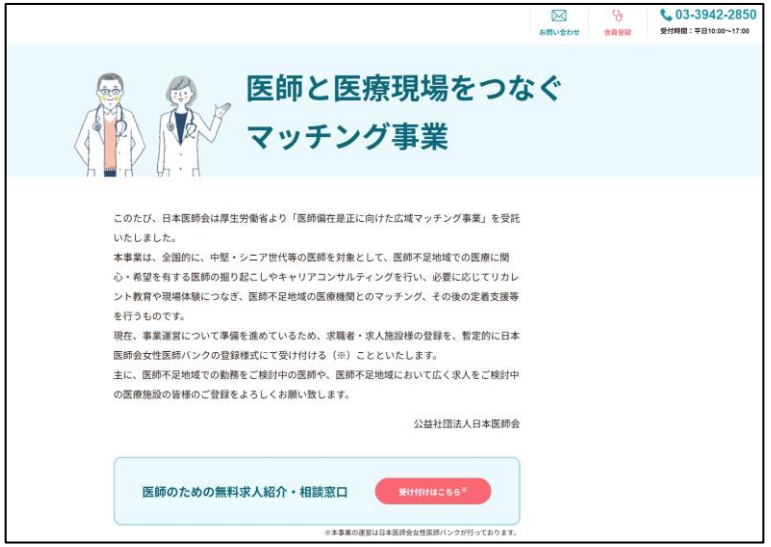
○ マッチング受付開始を告知する専用サイトのフロントページを設置（令和７年７月）。

○ 都道府県医師会・行政向けに、業務提携提案の説明会を実施（令和７年８月）。

⇒地域に根差したマッチングとするため、今後、都道府県　単位のドクターバンクと業務提携を進め、全国ネットワークの構築を目指す。

○ 日本医師会の定例記者会見において、事業について周知（令和７年９月）。

○ 令和７年11月１日に「日本医師会女性医師バンク」から「日本医師会ドクターバンク」に名称変更。



0418

医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

令和７年度補正予算額　2.0億円　※令和６年度補正予算額　1.6億円

1　事業の目的

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、医師偏在の是正を総合的に実施するため、中堅・シニア世代等の医師を対象とした広域マッチング支援による医師偏在是正に取り組む。

2　事業の概要・事業スキーム・実施主体等

全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う。

① 医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチング

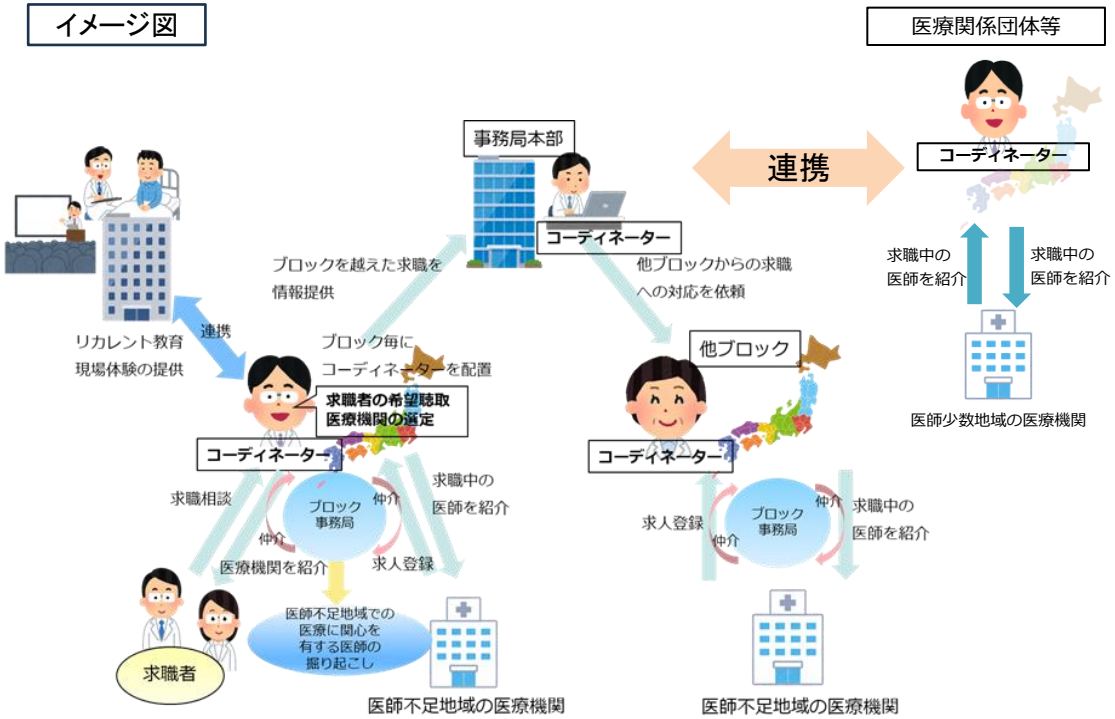
② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティング／リカレント研修や現場体験への橋渡し／その後の定着支援等

③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こし

④ データ分析等

厚生労働省 → 補助 → 補助先

イメージ図



3　実施主体等

実施主体：民間団体等　　補助率：定額（10/10相当）

0419

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１一部改

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

○　医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「５．医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

第８次後期ガイドライン 構成
１．序文 確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等
２．体制等の整備 都道府県における議論の場 厚生労働省により提供する情報（データ）
３．医師偏在指標
４．医師少数区域・多数区域の設定
５．医師確保計画 ５－１．計画に基づく対策の必要性 ５－２．医師確保の方針 ５－３．目標医師数 ５－４．目標医師数を達成するための施策 ５－４－１．施策の考え方 ５－４－２．医師の派遣調整 ５－４－３．キャリア形成プログラム ５－４－４．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援 ５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用 ５－４－６．その他の施策 ５－５．医師偏在是正プランの策定 ５－５－１．重点医師偏在対策支援区域の考え方 ５－５－２．支援対象医療機関の考え方 ５－５－３．区域における必要な医師数 ５－５－４．区域における医師偏在対策を推進するための施策
６．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
７．産科・小児科における医師確保計画
８．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

④医師偏在是正プランの策定
重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

0421

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１一部改

重点医師偏在対策支援区域及び医師偏在対策プランについて

現状・課題

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下、「パッケージ」という。）において、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとされている。また、区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられるとしている。さらに、区域の設定にあたっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議することとしている。

○　**厚生労働省の提示する候補区域については、①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、②医師少数県の医師少数区域、③医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示することとしている**。

○　パッケージに基づき、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、定着支援については、令和６年度補正予算により緊急的に先行して実施している。

○　パッケージにおいては、医師確保計画の中で、重点医師偏在対策支援区域を対象として医師偏在是正プランを策定することとしており、当該プランにおいては、具体的な区域や、区域における必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組のほか、支援対象とする医療機関についても定めることとしている。

○　令和６年度補正予算における候補区域においては、各区域における診療所数や二次救急病院の数についてばらつきがある。

論点

○　重点医師偏在対策支援区域については、パッケージに記載された考え方を基に、令和６年度補正予算と同様に、厚生労働省において候補区域を提示するとともに、都道府県において候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

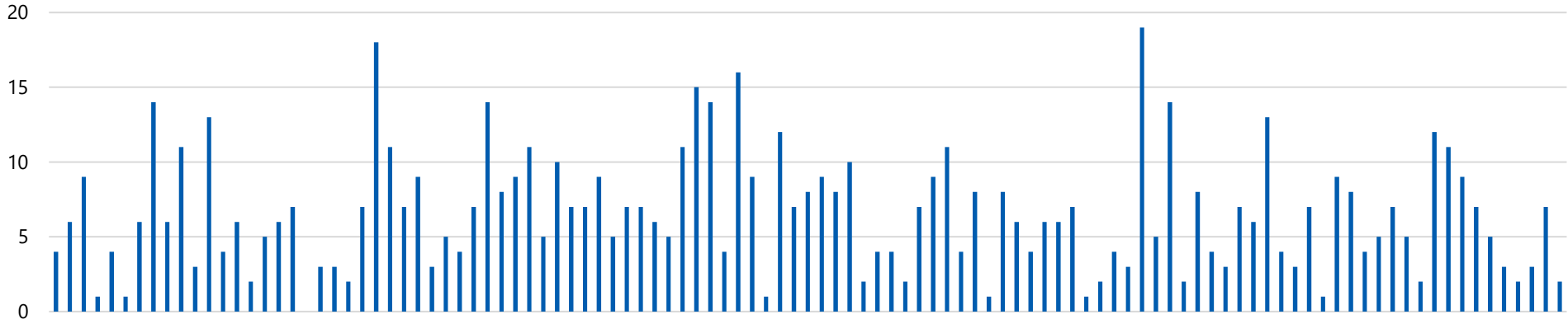
○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

○　候補区域間及び区域内においても医療資源にばらつきがあるなお、都道府県が重点医師偏在対策支援区域において優先して支援を行う対象医療機関について、一定の考え方を示すこととする。

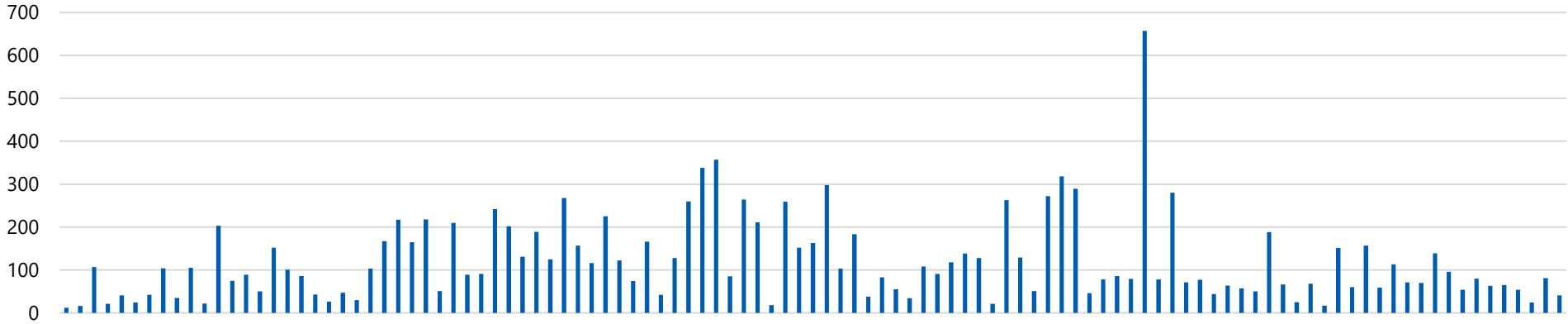
重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関について

- 令和６年度補正予算において候補区域とされた109区域において、各区域における二次救急病院数や診療所数にはばらつきがあった。

重点医師偏在対策支援区域（109区域）における二次救急病院数



重点医師偏在対策支援区域（109区域）における診療所数



0423

出典：令和５年度医療施設（静態）調査

重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関について

令和8年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料３　一部改

現状・課題

○　令和６年度補正予算における重点医師偏在対策支援区域の候補区域においては、区域間及び区域内においても診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあることを踏まえると、都道府県が重点医師偏在対策支援区域内に含まれる全ての医療機関を一律に支援するのではなく、重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関を選定する必要がある。

○　新たな地域医療構想においては、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告することとなる。

論点

○　都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国より配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。

○　重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る各事業ごとに設定ができることとする。

令和8年1月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３　一部改

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

○　医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	• 都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	• 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 • 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	• 厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。
医師偏在是正に向けた取組	• パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	• 医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。　0425

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

令和８年度当初予算案　20億円（ー）※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2　事業の概要

【事業概要】

①施設整備事業

診療所の運営に必要な診療部門(診察室、処置室等)等の整備に対する補助を行う。

②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

【実施主体】

・ 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た診療所

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）

0426

3　補助基準額等

①施設整備事業

基準面積	診療部門 ・無床の場合　160㎡ ・有床の場合（５床以下）　240㎡ ・有床の場合（６床以上）　760㎡ 診療部門と一体となった医師・看護師住宅　80㎡
補助率	国1/3　都道府県1/6　事業者1/2

②設備整備事業

基準額（１か所当たり）	診療所として必要な医療機器等購入費　16,500千円
補助率	国1/3　都道府県1/6　事業者1/2

③地域への定着支援事業

基準額	診療日数（129日以下） 6,200千円＋（71千円×実診療日数）　等
補助率	国4/9　都道府県2/9　事業者1/3

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

令和8年度当初予算案　4.6億円（－億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

2　事業の概要・スキーム



3　実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4　補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数
対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用
補助率：　国1/2　都道府県1/4　事業者（派遣元医療機関）1/4

0427

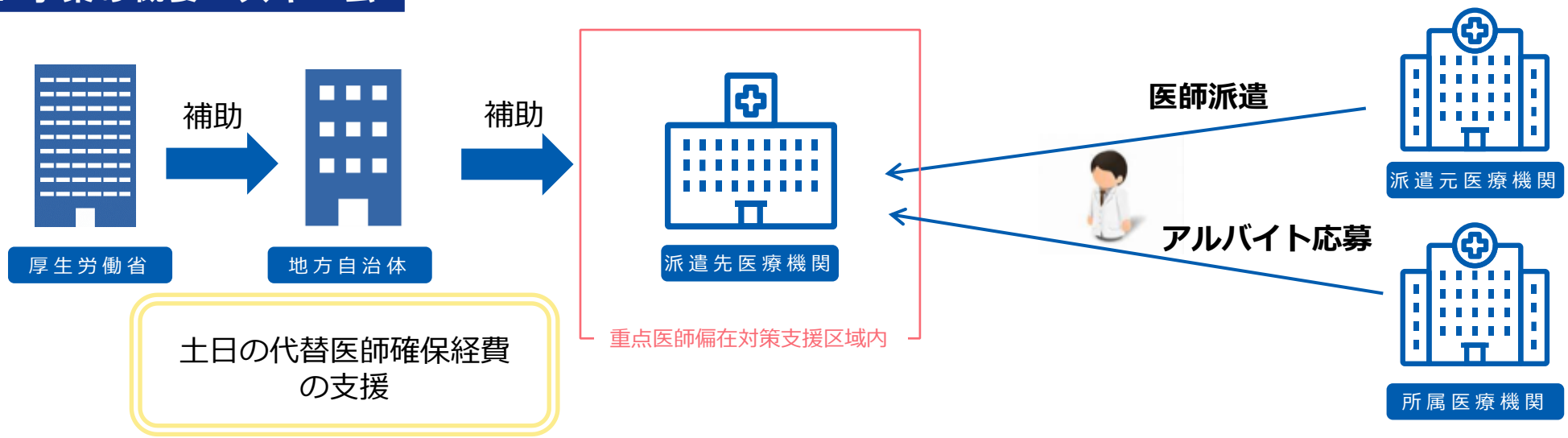
重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案　5.3億円（－億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務･生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、土日の代替医師確保への支援を行う。

2　事業の概要・スキーム



3　実施主体

重点区域内の医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4　補助基準額等

基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
補助率：国1/3、都道府県1/6　事業者（派遣先医療機関）1/2

0428

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

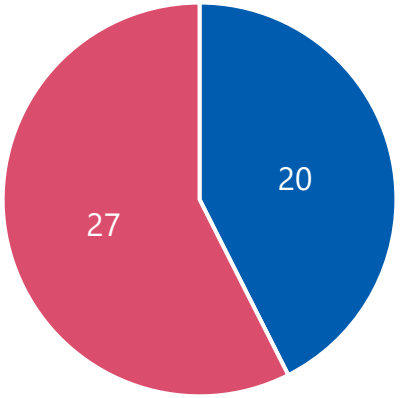
医師確保計画における評価指標の設定の状況について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

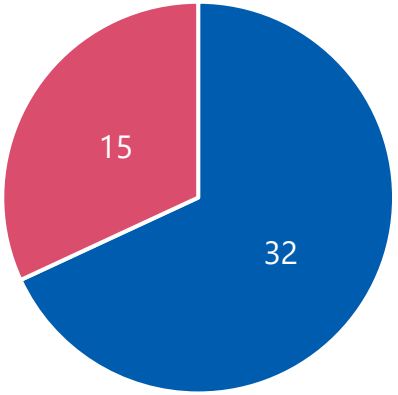
○第８次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県で派遣調整した医師数、医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等、都道府県内の臨床研修医採用数・マッチング率、専攻医採用数を用いている都道府県が一定数あったが、医師確保計画に係る評価指標の設定は都道府県によりばらつきが多かった。

○その他の指標として、義務年限終了後の地域定着率に言及しているのは２県であった。

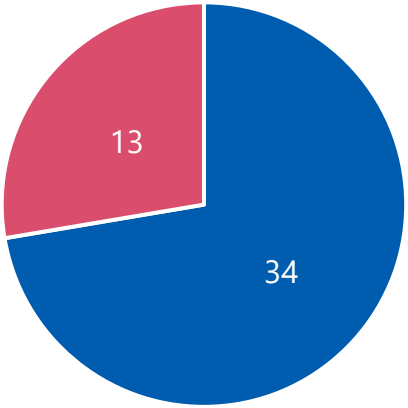
●都道府県で派遣調整した医師数



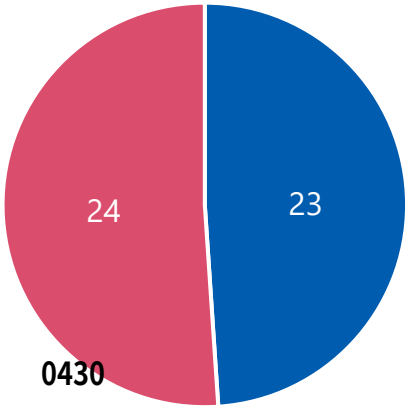
●医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等

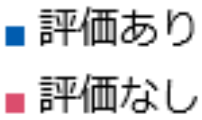


●臨床研修医採用数



●専攻医採用数





出典：各都道府県の第８次（前期）医師確保計画の記載内容もとに、厚生労働省医政局地域医療計画課にて集計。

0430

地域医療対策協議会・地域医療支援センター

令和3年7月29日　第1回地域医療構想・医師確保計画に関するWG資料（一部改）

平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

（医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場）

構成員

都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関　等

※　議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮　等

役割

協議事項を法定

- キャリア形成プログラムの内容
- 医師の派遣調整
- 派遣医師のキャリア支援策
- 派遣医師の負担軽減策
- 大学の地域枠・地元枠設定
- 臨床研修病院の指定
- 臨床研修医の定員設定
- 専門研修の研修施設・定員　等

協議の方法

- 医師偏在指標に基づき協議
- 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- 協議結果を公表

国のチェック

- 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

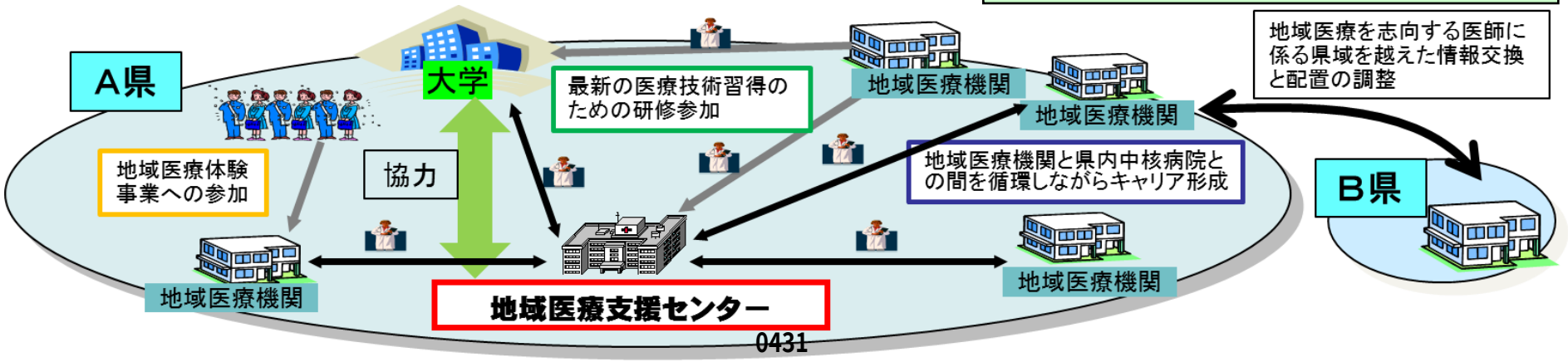
地域医療支援センター

（医師確保対策の事務の実施拠点）

法定事務

- 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- 医療機関や医師に対する相談援助
- 医師派遣事務
- キャリア形成プログラムの策定
- 派遣医師のキャリア支援・負担軽減　等

※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る



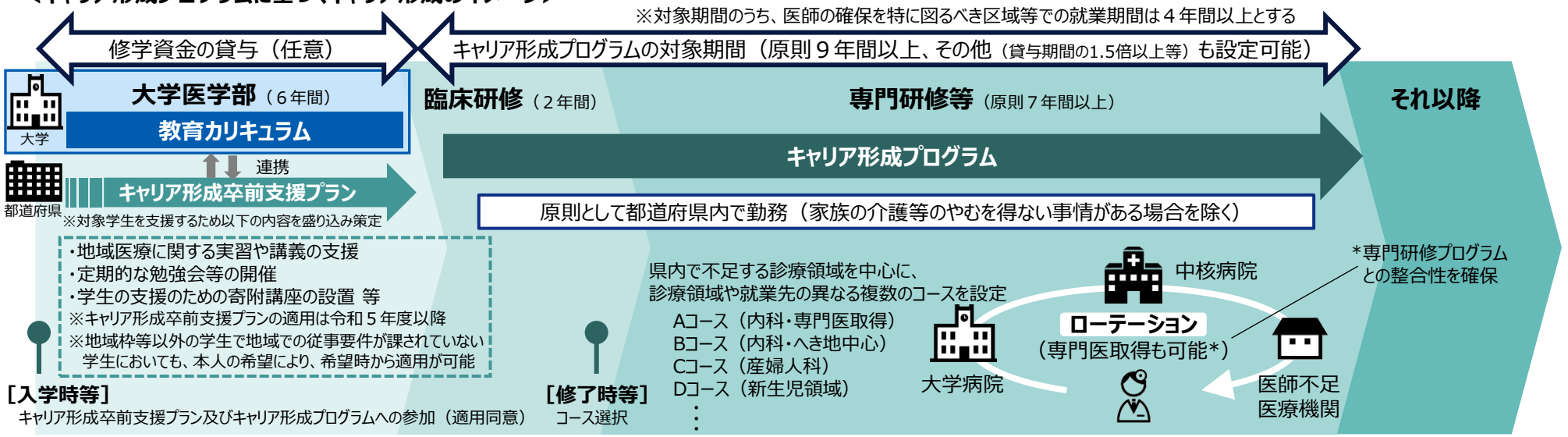
0431

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- 地域枠を卒業した医師
- 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする
※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する
※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- 都道府県は、**対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め**、診療科や就業先の異なる**複数のコースを設定**する
- 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、**対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める**
- **出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮**するため、プログラムの**一時中断を可能**とする（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- **キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係**であり、対象者は**満了するよう真摯に努力しなければならない**ことを通知で明示
- 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（**中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる**）
- 都道府県は、**キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件**とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

0432

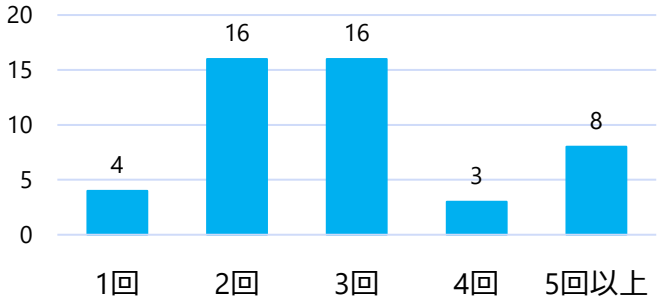
地域医療対策協議会の開催状況について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

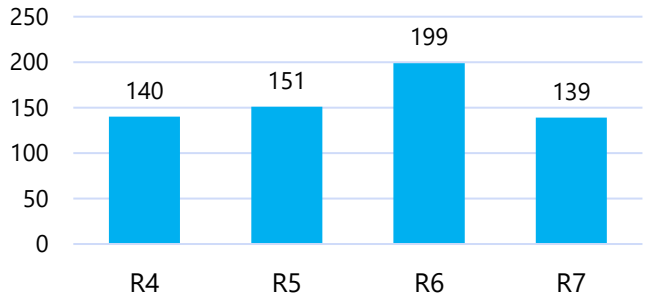
○地域医療対策協議会においては、医師の確保を図るために、「地域医療対策協議会運営指針」で定めた次に掲げる事項について協議を行う。

① キャリア形成プログラムに関する事項
② 医師の派遣に関する事項
③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項
⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

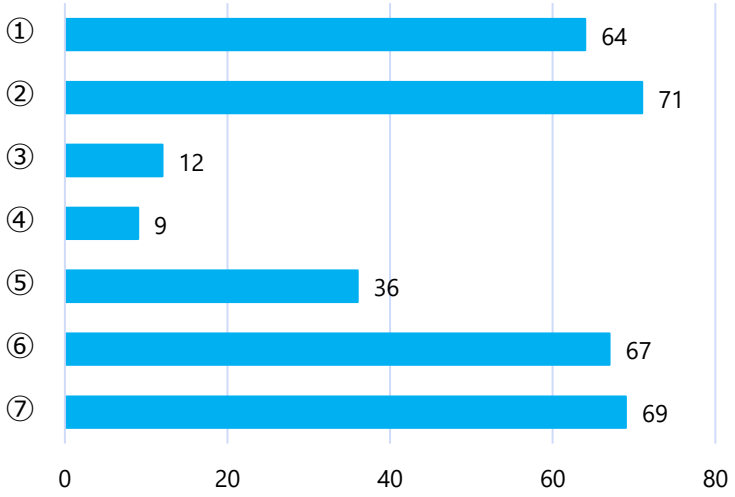
47都道府県における地域医療対策協議会の開催回数（令和７年度調査）



地域医療対策協議会の開催数の推移（47都道府県の合計）



議題ごとの協議回数（複数回答可）47都道府県の合計（令和７年度調査）



全ての都道府県において、継続的に地域医療対策協議会が開催され、キャリア形成プログラム、医師派遣等に関して協議が行われている。

出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和４～７年度実施
※それぞれ令和３～６年12月31日時点の状況を調査したものである）

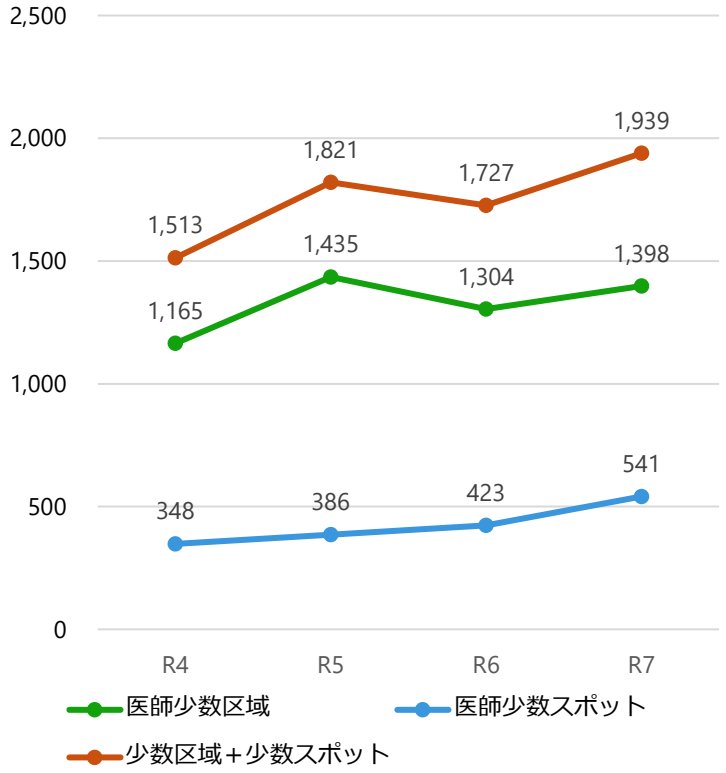
地域医療対策協議会における医師派遣実績について①

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

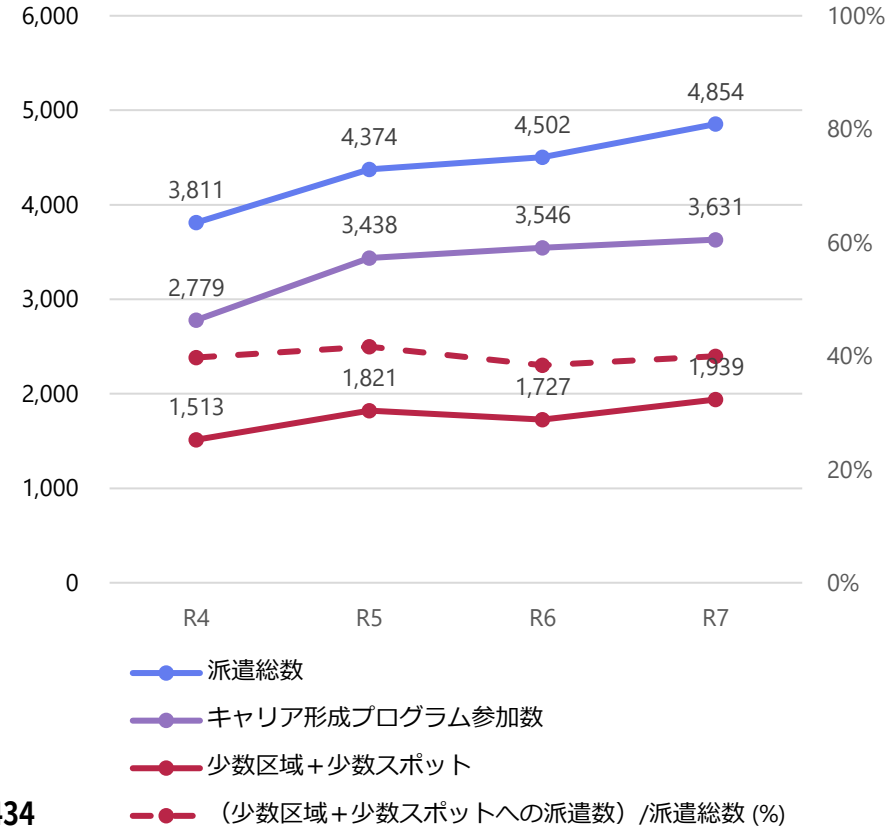
○地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は、年々増加傾向である。

○地域医療対策協議会が調整した医師派遣総数とキャリア形成プログラム参加者数も増加しており、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は４割程度で横ばいである。

地域医療対策協議会が調整した医師少数区域等への医師派遣数の推移



地域医療対策協議会が調整した医師派遣数とキャリア形成プログラム参加者数



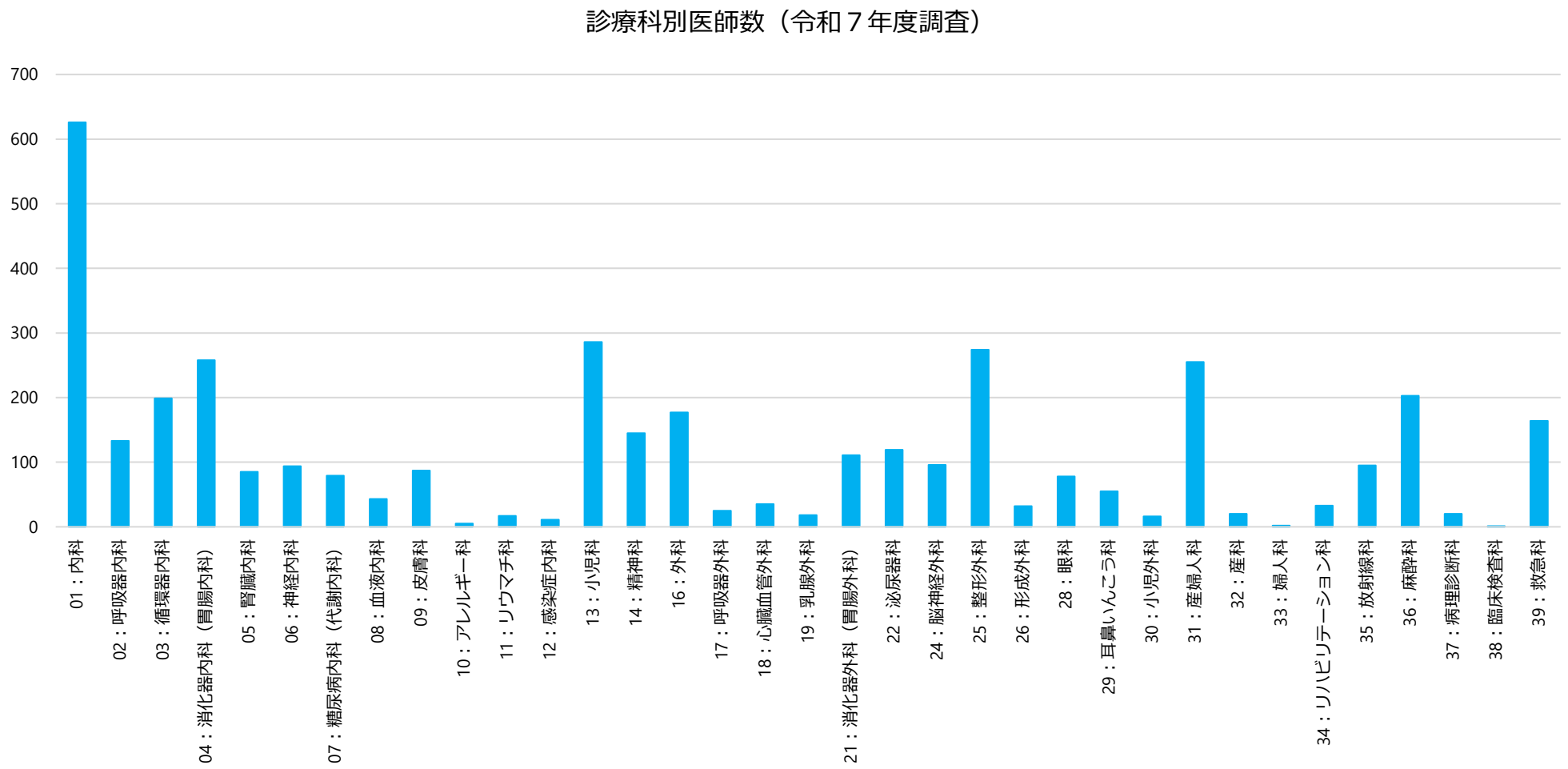
出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和４～７年度実施）
※それぞれ令和３～６年12月31日時点の状況を調査したものである）

0434

地域医療対策協議会における医師派遣実績について②

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○派遣された診療科別の医師数については、内科、消化器内科、小児科、整形外科、産婦人科が多い。



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査
（令和７年度実施　※令和６年12月31日時点の状況を調査したものである）

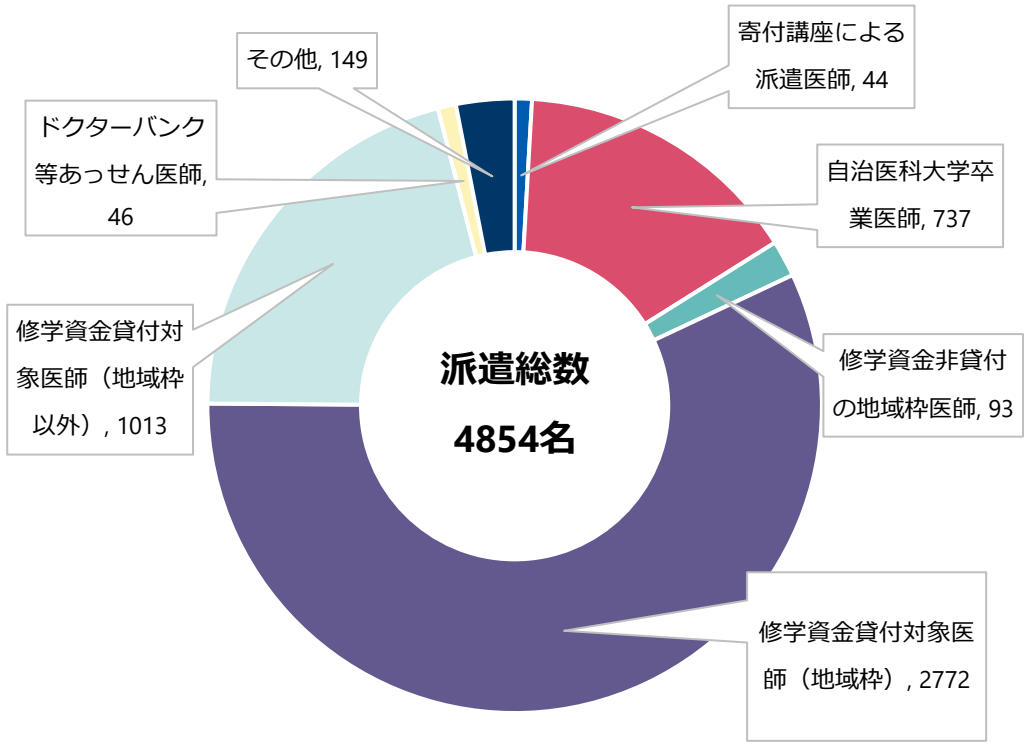
0435

地域医療対策協議会における医師派遣実績について③

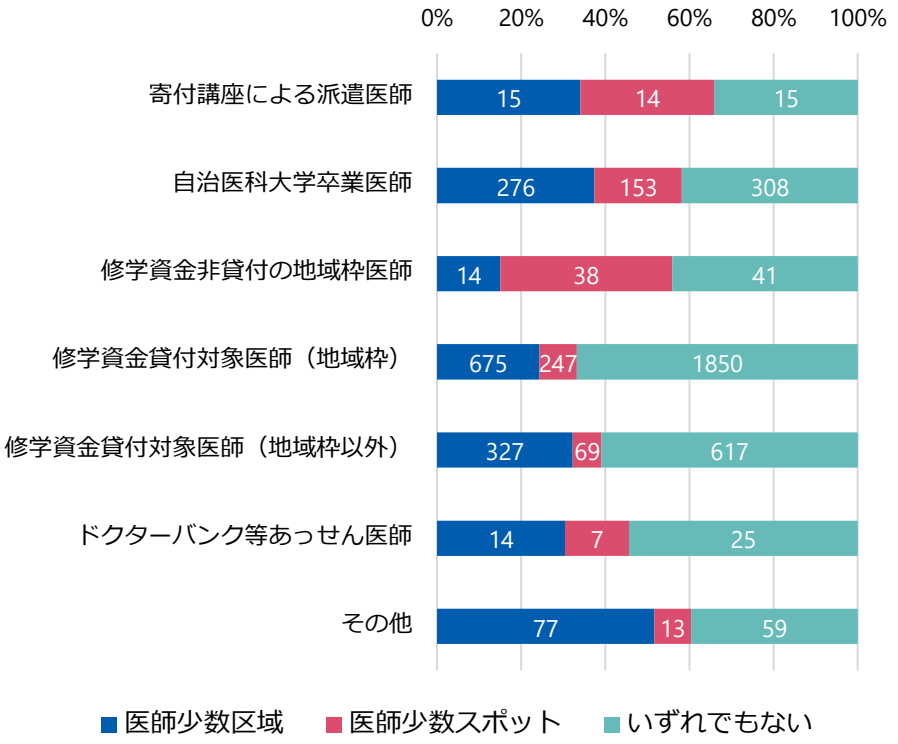
令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。
○寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約30%であった。

派遣された医師の類型



医師の類型による派遣地域の割合



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和７年度実施
※令和６年12月31日時点の状況を調査したものである）

0436

第８次（前期）医師確保計画等の現状と課題について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

現状・課題

○　平成20年度以降、医学部入学定員が過去最大規模となっており、医学部定員に占める地域枠等の数・割合も増加している。

○　令和４年の医師・歯科医師・薬剤師統計によると、医師少数都道府県や医師少数区域においては、医師多数都道府県や医師多数区域と比較して若手医師の増加が顕著である。

○　全ての都道府県において地域医療対策協議会は継続的に開催されており、開催頻度は年に２～３回が多かったが、年に５回以上開催している都道府県も複数あった。協議事項としては、医師の派遣に関する事項が最多であった。

○　地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は年々増加傾向である。一方、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は４割程度で横ばいである。

○　地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約30%であった。

○　従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、計画の進捗評価に資する指標については提示していない。第８次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都道府県が一定あったが、評価指標の設定は都道府県によりばらつきがあった。

論点

○　都道府県や地域の関係団体等が医師確保計画の進捗を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみではなく、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することを検討することとする。

医師確保計画に係る現状把握のための指標について

令和８年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３　一部改

論点

○ 都道府県等が医師確保計画の現状を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究班から提示された以下の指標を、第８次（後期）医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。

○ 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第９次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究で検討を進めることとする。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等）	2年に１回	三師統計
		・臨床研修修了後の医師等の定着状況	年1回	都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況	年1回	都道府県調査
		・地域枠等の義務年限後の定着状況		都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	・二次医療圏別の医師数　（年代別、人口・可住地面積あたり）	2年に1回	三師統計
		・二次医療圏内外の患者の流出入数	3年に1回	患者調査
		・ドクターバンク・全国マッチング登録者数		事業者等より取得
		・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳		都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	年1回	都道府県調査
		・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回	都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等）	年1回	都道府県調査
		・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数		事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

令和8年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料２　松田構成員資料

医師確保計画のアウトカムと関連する評価指標

● 本来は医師確保計画の効果をモニタリングするうえで、住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定することが望ましい。第9次医師確保計画への反映を目指して、幅広い有識者の意見を伺いつつ、各種公的データベース等を活用しながら、下記のような指標について研究を進めていく必要がある。

アウトカム指標（イメージ）
- 通院時間を考慮した、脳卒中や心筋梗塞の急性期治療、悪性腫瘍に対する外来化学療法等の対応が可能な医療機関の人口カバー割合
- 医師確保による、産科医師等の地域で不足している医師の勤務状況の改善　等

【その他実現可能性の検討を進めるべき内容】
- 政策医療の提供施設が医師確保により追加された場合の効果のシミュレーション
- 政策医療の施設単位の提供量と、在籍する各診療科医師数の関係
- 10年以上同地域で勤務している医師数、その年齢構成（※医師届出票で収集している情報の、さらなる詳細な集計）　等

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

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

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

１．地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

２．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

３．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- 政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①の一部及びその他の一部）、令和~~6~~9年4月1日（１②、２①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

十二　地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十三　総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向けた取組を進めること。

十四　良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、かかりつけ医機能に関する診療報酬制度について、疾病に応じた包括支払制度の在り方について検討を行うこと。

附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

四、医療機関の業務における情報の電子化の実現に当たっては、官民データ活用推進基本法第二条第四項に規定するクラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術を活用すること。

五、電子カルテ情報共有サービスの運用に伴う費用の負担について、サービスの普及状況及び効果等を定期的に検証した上で、最低でも五割程度の普及率に達するまでの基盤整備期間中は、国において必要な財政支援を行うこと。

六、社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しに当たっては、医療ＤＸに関する専門人材を十分確保すること。また、改組後の組織運営に要する費用負担の在り方については、審査支払業務と医療ＤＸ関連業務の双方を十全に担っていくこと等を踏まえて、検討すること。

七、地域医療介護総合確保基金の運用状況を踏まえ、新たに市町村が都道府県と連携して「医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「医療従事者の確保に関する事業」を行うモデル事業を実施し、その実施状況を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の運用の在り方を含め、事業の在り方について検討を行うこと。

八、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保についての検討は、介護・障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等及び障害者・障害児に対するサービスの水準の向上に資することにも鑑み、介護・障害福祉に関するサービスの種類ごとの介護・障害福祉従事者の処遇の状況等を踏まえて行うこと。その上で、介護・障害福祉従事者の処遇改善については、全産業との間で差があることも踏まえ、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、賃上げに結び付く措置を早急に講ずること。

九、地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十、総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向け、適切な処遇改善を含む取組を進めること。

0443

医療法等の一部を改正する法律案　外来医師過多区域における要請に係る関係条文

○　医療法（昭和23年法律第205号）【令和８年４月１日施行】

第三十条の十八の五　都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ　地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項

ロ　外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

二～七　（略）

２～６　（略）

第三十条の十八の六　都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

２　都道府県知事は、前項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を公示しなければならない。

３　第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。

５　届出者等は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、当該協議の場における協議に参加し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

７　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。

８　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

９　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。

10　都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

11　都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

○　健康保険法

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

外来医療計画

第９回第８次医療計画等に関する検討会
資料１改
令和４年６月１５日

概要

- 外来医療計画とは、医療法（昭和23 年法律第205 号）第30 条の４第２項第10 号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和２年度から取組を進めている。令和６年度以降は３年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項　（法第30条の18の４）

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）＊

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

＊令和４年４月施行

外来医療の協議の場　（外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン）

（区　域） 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

（構成員） 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

（その他） 地域医療構想調整会議を活用することが可能

0445

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

第１回第８次医療計画等に関する検討会
令和３年６月１８日
資料２改

経緯

○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。

○ それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化**、**外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、**「外来医療計画」**）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

○ 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の５要素を考慮して算定。

○ 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

○ 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

○ 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。

※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

○ **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**　等

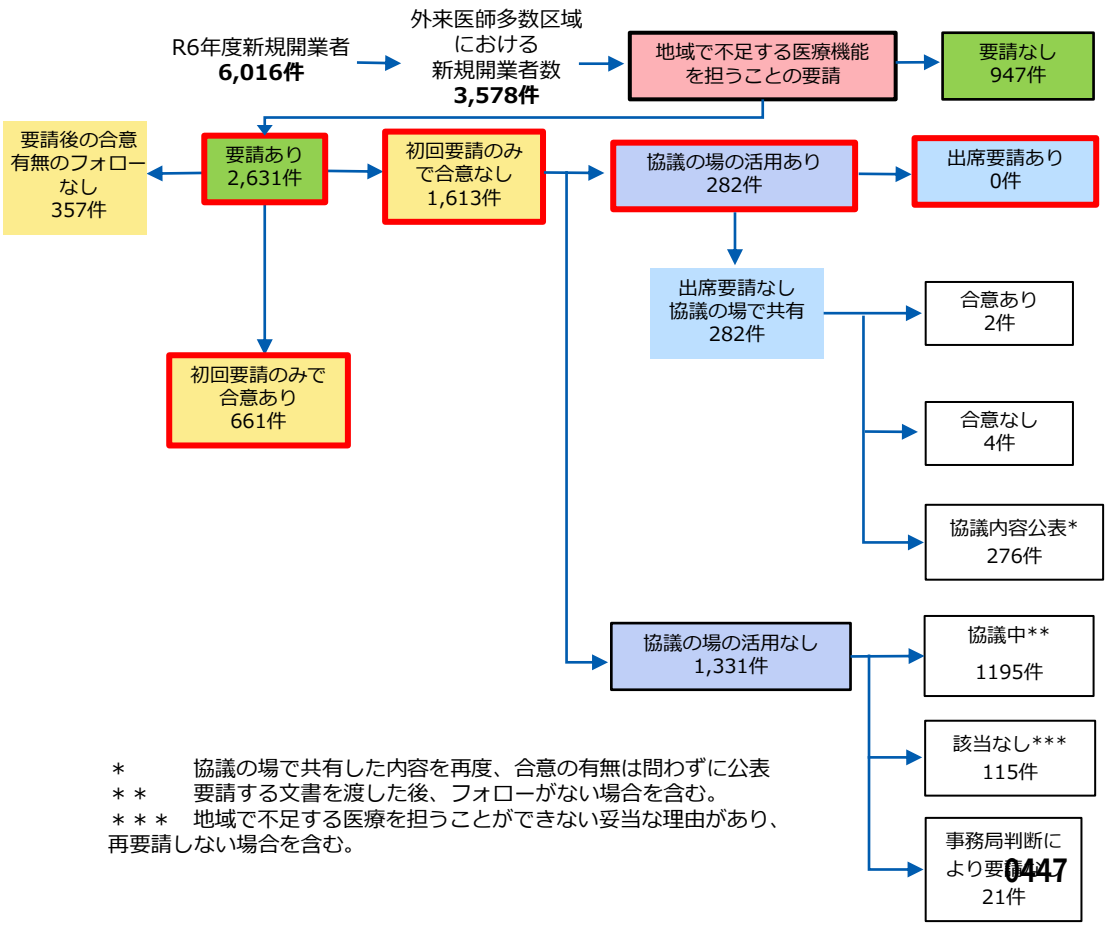
0446

新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和6年度）②

○外来医師多数区域における新規開業者3,578件のうち、「要請あり」の数は2,631（74%）、このうち「合意あり」は661（25%）。協議の場への出席の要請対象となる新規開業者1,613件のうち、協議の場を活用した件数は282件（17%）、実際に出席要請を行ったのは0件だった。

○要請により担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」451件、「在宅医療」226件、「夜間・休日の初期救急医療」206件だった。

外来医師多数区域における新規開業者に対する不足する医療機能を担うことの要請フロー



＊　協議の場で共有した内容を再度、合意の有無は問わずに公表
＊＊　要請する文書を渡した後、フォローがない場合を含む。
＊＊＊　地域で不足する医療を担うことができない妥当な理由があり、再要請しない場合を含む。

要請の結果、不足する医療機能を担うことに合意が得られた件数

診療内容	合意に至った件数（複数回答）
公衆衛生（産業医・学校医・予防接種等）	451
在宅医療	226
夜間・休日の初期救急医療	206
包括的同意	146
介護認定審査	10
小児科診療	7
休日当番医	5
発熱外来	3
産婦人科診療	1
休日外来	1
特定健診	1

外来医療計画の取組状況の調査（令和６年度）　医政局地域医療計画課調べ

外来医師過多区域における課題と関係条文

課　題	医療法等の一部を改正する法律案の関係条文
①外来医師過多区域の基準及び指定方法	第三十条の十八の六　**都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する**区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定する**ものとする。
②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容	第三十条の十八の五　**都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について**協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する**ものとする。 一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項 イ　**地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**
③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合 ④事前届出の流れ ⑤協議の場	第三十条の十八の六　（略） 3　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。 4　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。
⑥要請・勧告	第三十条の十八の六　（略） 6　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、届出者等に対し、**期限を定めて**、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。 7　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、**当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるとき**は、当該開設者又は管理者に対し、**都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をする**よう求めることができる。 8　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。 9　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを勧告する**ことができる。 11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。
⑦保険医療機関の指定期間の短縮等	第三十条の十八の六　（略） 11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。 **改正後の健康保険法** 第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による**都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合**、同条第九項の規定による**都道府県知事の勧告を受けた場合**又は当該**勧告を受け、これに従わなかった場合**には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の**指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる**。

①外来医師過多区域の基準及び指定方法

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料３　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　**都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する**区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定する**ものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、**外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）**における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、**人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位**とすることも考えられる。

論点

①外来医師過多区域の基準について

- 外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。
- 具体的には、
  - **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
  - **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

  を基準とし、当該基準に該当する二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

②都道府県による外来医師過多区域の指定方法について

- 都道府県による指定に関して、医師確保計画策定ガイドライン・外来医療に係る医療提供体制の確保に係るガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

  外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

0449

外来医師過多区域の候補区域について（案）

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3　一部改

論点

外来医師過多区域の基準について

- **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
- **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

外来医師偏在指標（令和６年１月公表）、令和５年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

0450

（参考）外来医師偏在指標の計算式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{※1}}{(\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2}) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{※4}}$$

（※１）標準化診療所医師数 ＝ Σ（性年齢階級別診療所医師数 × $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$ ）

（※２）地域の標準化外来受療率比 ＝ $\frac{\text{地域の外来期待受療率}^{※3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$

（※３）地域の外来期待受療率 ＝ $\frac{\Sigma（\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$

（※４）地域の診療所の外来患者対応割合 ＝ $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$

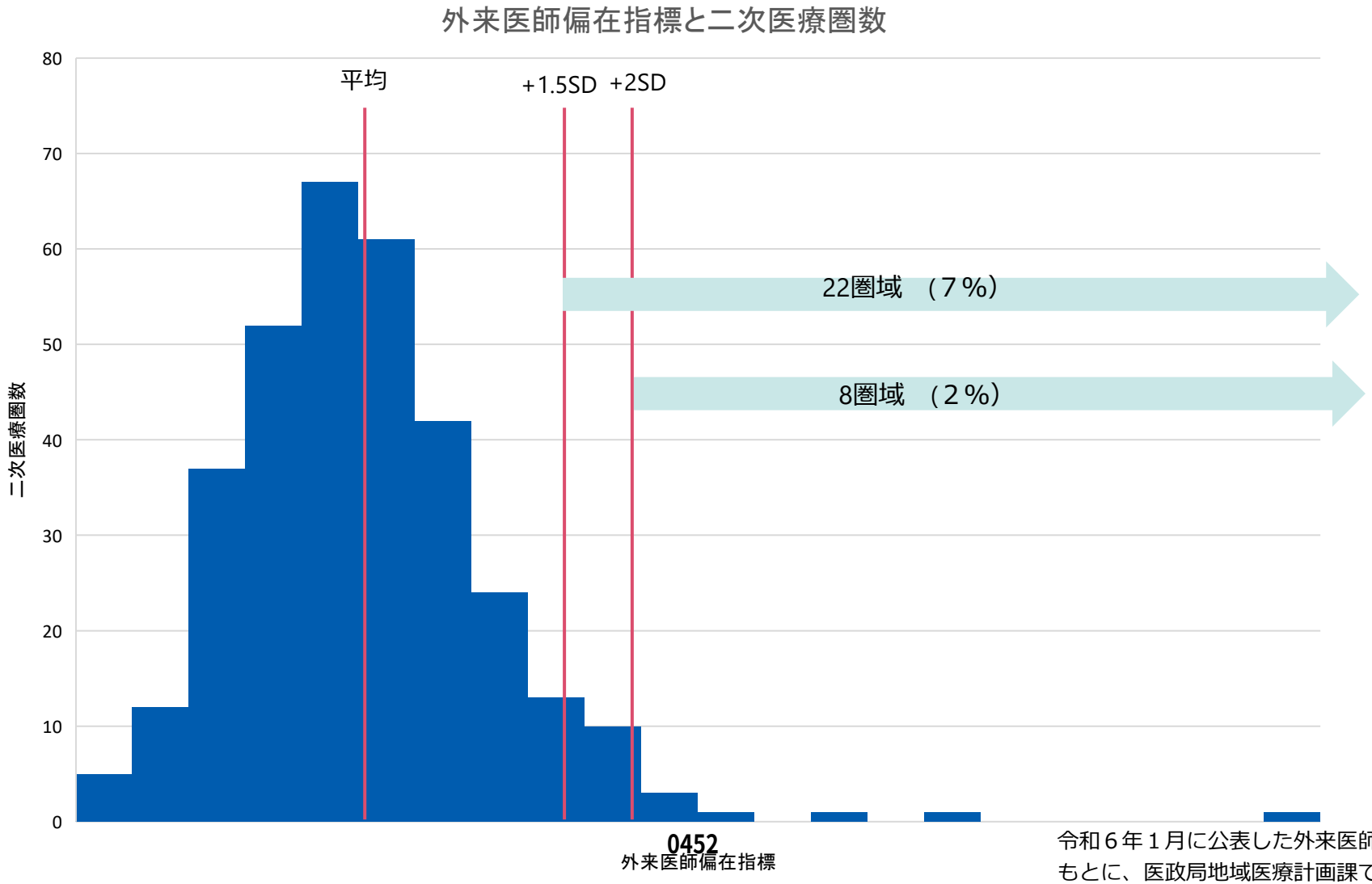
0451

（参考）外来医師過多区域に係る厚生労働省令で定める基準について

令和７年12月12日
第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２

○　外来医師過多区域に係る厚生労働省令で定める基準については、医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージにおいて、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域としている。

○　現在公表している外来医師偏在指標については、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」を超える圏域が７％である。

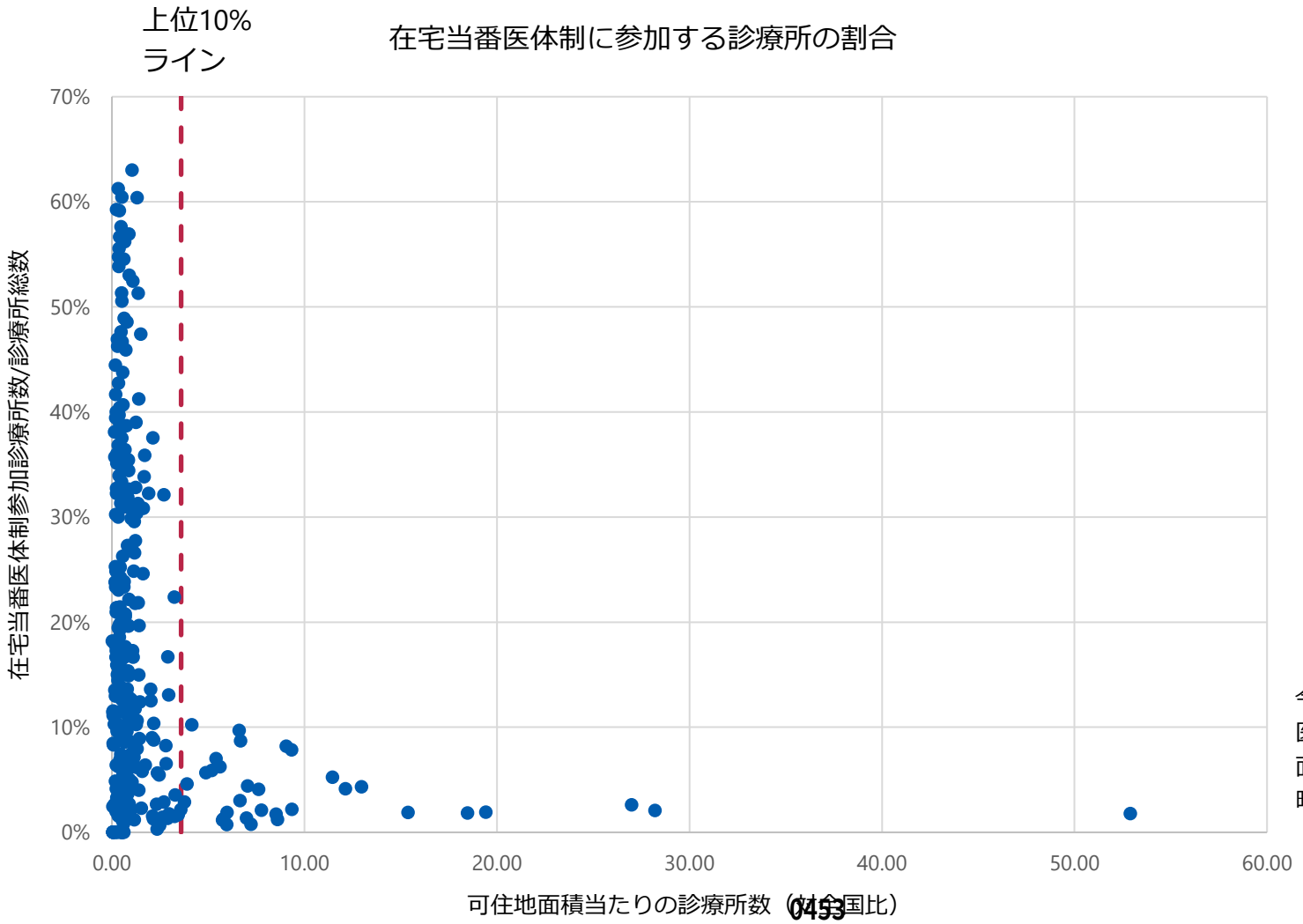


令和６年１月に公表した外来医師偏在指標をもとに、医政局地域医療計画課で作成。

（参考）可住地面積あたりの診療所数と在宅当番医体制に参加する診療所割合

令和７年１２月１２日
第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２

○　可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、在宅当番医体制に参加する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。

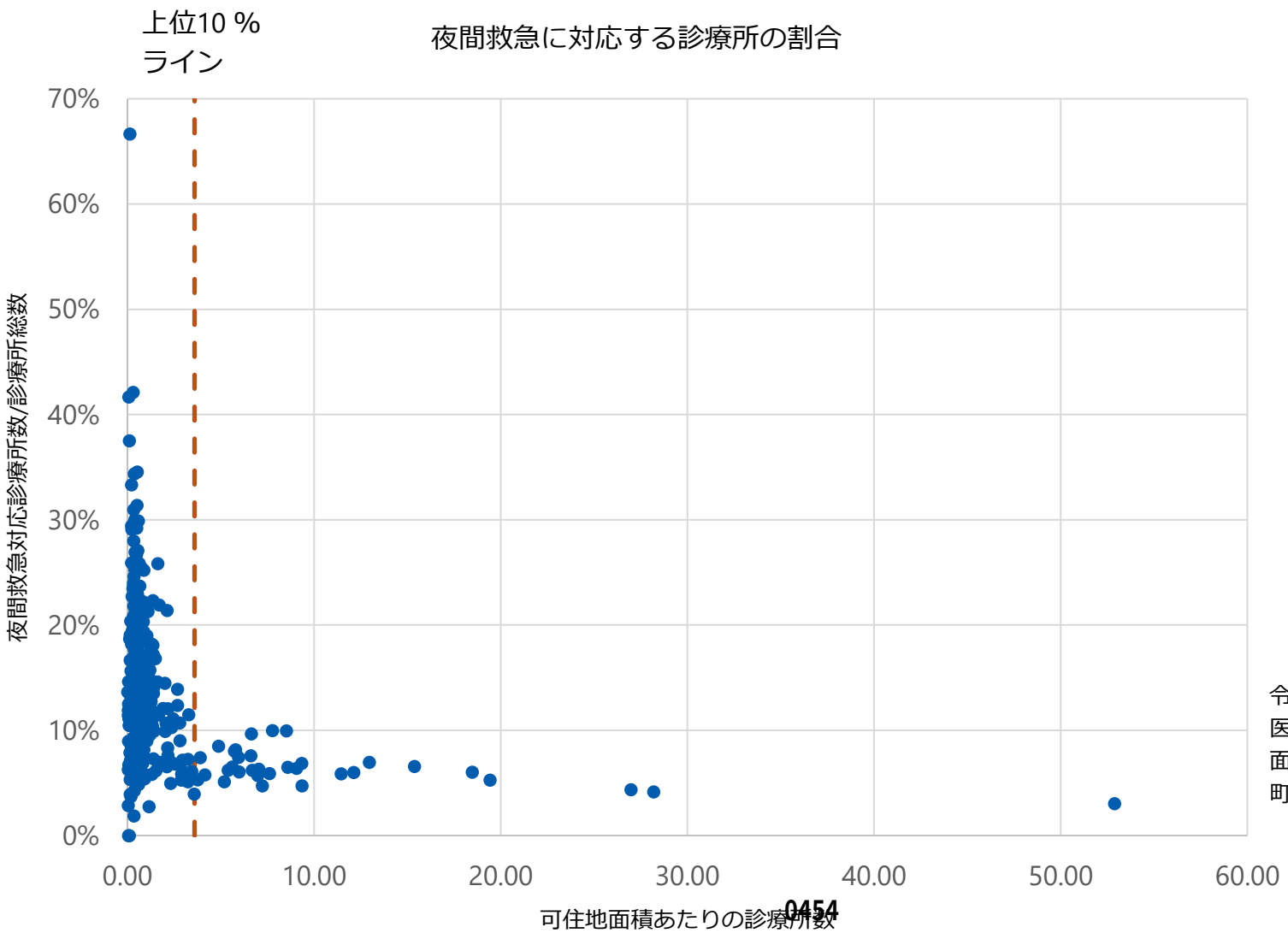


令和５年医療施設静態調査をもとに、医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた」を出典とした。

（参考）可住地面積あたりの診療所数と夜間救急に対応する診療所割合

令和7年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2

○　可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、夜間救急に対応する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。



令和５年医療施設静態調査をもとに、医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた」を出典とした。

②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

改正後の医療法

第三十条の十八の五　**都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について**協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する**ものとする。

一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ　**地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**

第三十条の十八の六　（略）

６　**都道府県知事**は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　（略）また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供**や**医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請する**ことができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、**地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表**する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

論点

①　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

○　**ガイドライン**において、**地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例として**、現行のガイドラインで示している内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、以下の内容を示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

- 夜間や休日等における**地域の初期救急医療の提供**（**夜間・休日等の診療**、**在宅当番医制度への参加**、**夜間休日急患センターへの出務**、**２次救急医療機関の救急外来への出務等**）
- **在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）**
- **学校医・予防接種等**の公衆衛生に係る医療
- **医師不足地域での医療の提供**（**土日の代替医師としての診療等**）　等

○　**都道府県**において、**外来医療の協議の場**で、ガイドラインの内容を踏まえ、**不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議**して、**取りまとめ、公表**することとする。

○　また、**ガイドライン**において、以下の内容を記載することとする。

- **外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない**。（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）
- 地域で不足する医療機能等を協議する際に、**かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考にすることが望ましい**。
- 医師不足地域での医療の提供の要請を行う場合は、都道府県は、**県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットを指定し、指定した区域で不足している医療を提供**するよう求めること、**特定の区域を指定せず、県内・近隣県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットで不足している医療を提供**するよう求めること。**あわせて全国マッチング支援への登録**を求めること。

②　公表方法

○　**各都道府県のHP等で公表**するとともに、**外来医療計画において、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容と、随時変更する場合がある旨を記載**することとする。

③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

①　事前届出事項

○　開設６か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。（医療法第８条の開設届出と同じ事項は下線）

- 届出者の住所及び氏名
- 届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
- 開設予定の診療所の名称
- 開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
- 開設予定の年月日
- 診療を行おうとする科目
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
- **地域外来医療の提供に関する意向**
- **地域外来医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域外来医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）**
- **地域外来医療を提供しない場合は、その理由**

②　事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」

○　**親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等**、**予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合**とする。

○　また、その場合は、**事業承継が終わった後に届出を求める**とともに、その**「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を**「届出をした者**その他厚生労働省令で定める者**」**とした上で、**通常**のフローのとおり、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行う**こととする。

④事前届出の流れ

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

○　事前届出の流れは、以下のフローが想定され、こうした取扱いを周知することとする。

○ 新手続
● 既存手続

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域外来医療」を公表

○　都道府県・保健所設置市区（※）は、医療法第８条の開設10日以内の開設届出に関するサイトや窓口等で都道府県が公表する外来医師過多区域、地域外来医療、届出様式について周知

※ 保健所設置市区に新届出に関する事務は法律上委任されていないが、周知を依頼する

開設検討開始

○　新規開業希望者は、事前届出に関し、都道府県に事前相談

●　新規開業希望者は、医療法第８条の開設届出に関し、都道府県・保健所設置市区に事前相談

開設６カ月前

○　**新規開業希望者は、都道府県に地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出**

○　**都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療の協議の場の協議参加の求め・要請**

開設

開設10日以内

●　新規開業者は、都道府県・保健所設置市区に医療法第８条の開設届出を提出

※　現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの記載

・　個別の開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業者が医療機関の開設のための届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供すること。したがって、届出様式を掲載するサイトや窓口等においては当該情報を明示的に掲げること。

⑤協議の場

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、**当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

①　協議の場への参加を求める対象者

○　**事前届出をした者**に加え、**事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者**及び**事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者**を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、**必要に応じて協議の場の参加を求める**こととする。

②　協議の場において説明を求める内容

○　協議の場では、新規開業希望者に対し、**地域外来医療の提供をしない理由**及び**当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容**について説明を求めることができることとする。

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

論点

③　協議の場の開催形式

○　協議の場において、新規開業希望者に対して、地域外来医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域外来医療を提供するよう働きかけることの重要性にかんがみ、「新規開業希望者に協議参加を求める外来医療の協議の場は、**原則として対面又はオンラインで開催**することとして、**やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応を取ることも可能**である」こととする。

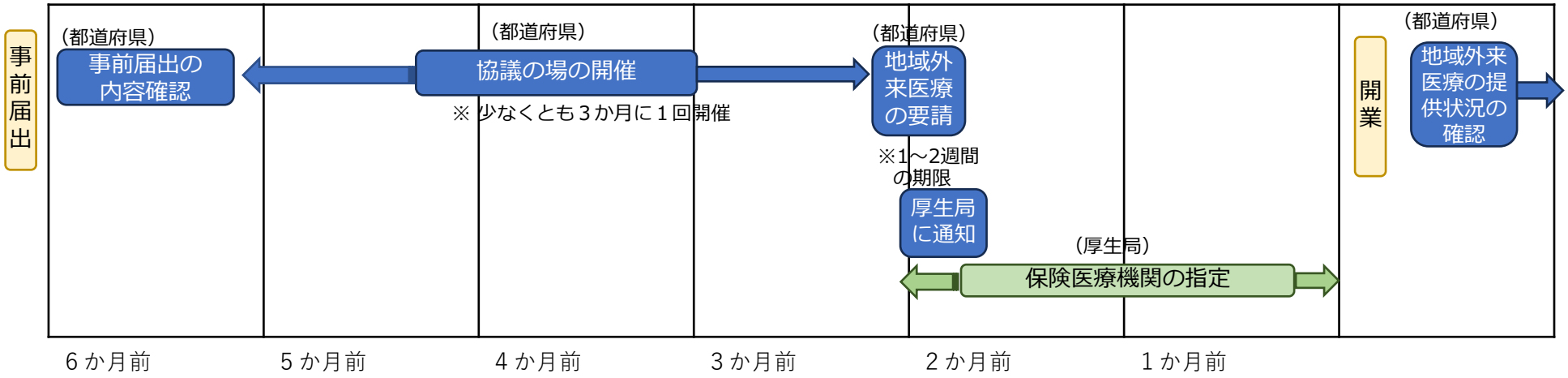
※　現行のガイドラインの記載

・　合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。

④　協議の場の開催頻度

○　届出内容の確認、地域外来医療の要請（１～２週間の期限）、厚生局への通知、保険医療機関の指定の期間が必要であり、協議の場は**少なくとも３か月に１回開催する**こととする。協議の場については、効果的、効率的な運用の観点から、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場に必要に応じてワーキング等を設置することも検討することとする。

＜開業６か月前からのスケジュール（イメージ）＞



⑤　都道府県の事務負担に関する基金での対応

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、**事前届出の内容確認、外来医療の協議の場の運営、地域外来医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担について、地域医療介護総合確保基金を活用可能**とする。

0459

⑥要請・勧告

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、届出者等に対し、**期限を定めて**、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

７　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、**当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるとき**は、当該開設者又は管理者に対し、**都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をする**よう求めることができる。

８　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

９　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを勧告する**ことができる。

11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請する**ことができることとする。

○　開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、**地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して**、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、**やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い**、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。

論点

①　要請を行う場合の回答期限

○　**要請に従わない場合は保険医療期間の指定期間が短縮されることがある旨を付記した上で、１～２週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。**

○　**期限内に回答がない場合**、**地域外来医療を提供する意向ありと回答しない場合**は、要請に応じないものとして、**都道府県医療審議会への出席の求め**、**厚生局への通知を行う（→保険医療機関の指定期間の短縮）**こととする。

②　地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」（要請・勧告を行わない場合）

○　地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」については、**個別の状況を踏まえて総合的に判断されるもの**であるが、例えば、

・　夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、**診療所に医師が１人しかおらず、当該医師が病気や育児・介護等で夜間や休日の対応ができない場合**

・　学校医となることが求められているが、**学校側等との調整中である場合**　　等が該当する。

③　要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）の確認

○　都道府県は、要請を受けた診療所を対象に、**年１回程度、要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）を確認する**こととする。

※　地域外来医療の提供状況の確認について、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

○　要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、**要請・勧告に応じて地域外来医療を提供**している場合、**保険医療機関の次回の指定期間は６年**とする。

○　外来医師過多区域における要請、勧告の状況等について、**国が都道府県に対して毎年報告を求める**こととする。

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

医療法　（都道府県）　　**健康保険法**　（厚生労働大臣）

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表
※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

開設
６か月前

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

①外来医療の協議の場での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請　※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

通知
開設

要請に応じる

要請に応じない　→　**保険医療機関の指定を３年とする**

②要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

※年に１回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

③要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

やむを得ない理由等である

やむを得ない理由等でない

※要請時と事情が変更した場合等

指定期間が３年の間、以下の措置を講じる(例)
・医療機関名等の公表　・保健所等による確認
・診療報酬上の対応　・補助金の不交付

勧告

通知

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

指定を６年とする

再度指定を３年とする
※３年以内も可

④勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

開設
３年後

提供している

提供していない

開設３年後の指定期間が３年の場合、0461年１回、外来医療の協議の場への参加を求める。

※上記と同じ

公表

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）
※④を３年ごとに実施

⑦保険医療機関の指定期間の短縮等

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。

改正後の健康保険法

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による**都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合**、同条第九項の規定による**都道府県知事の勧告を受けた場合**又は当該**勧告を受け、これに従わなかった場合**には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の**指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる**。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　さらに、**開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は**、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、**指定期間を６年でなく３年とする**。都道府県は、指定期間が３年となった保険医療機関が３年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は**勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を３年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく**。

○　あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年１回の参加を求めるとともに、**要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表**、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。

論点

①　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間

○　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間について、以下のとおりする。

※　経済的ディスインセンティブ等について、以下の類型に合わせた対応を求められる可能性があることに留意

	指定期間	類型
	３年	・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 ・勧告を受けた診療所 ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（２度目の指定）
	２年	・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（３度目の指定以降）

②　保険医療機関の指定期間が短縮された者に対する対応

○　**医療機能情報提供制度（ナビイ）**において、**「外来医師過多区域で令和８年10月以降に開設した無床診療所について、地域外来医療の提供の有無及び内容、医療法による要請又は勧告の有無」を項目として追加**することとする。

0462

医療法等改正を踏まえた対応についての課題と論点

中医協　総－２
７．１２．２４

（外来医師過多区域における診療報酬上の対応について）

- 都道府県は、外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を行うことが可能となる。当該要請に応じない場合、保険医療機関の指定について、３年以内の期限を付すことができることとしている。

（オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応について）

- 医療法の改正に伴い、オンライン診療の総体的な規定を設けるほか、オンライン診療受診施設が新たに設けられるところ。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則や保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、保険薬局と保険医療機関との間には、一体的な構造・経営の禁止、経済上の利益の提供による誘引の禁止や、特定の保険薬局への誘導の禁止に係る規定が設けられている。

【論点】

○　地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置づけであることを踏まえ、当該医療機関について、機能強化加算や地域包括診療加算等のかかりつけ医機能や地域医療提供体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬項目の評価についてどのように考えるか。

○　医療法の改正に伴い、オンライン診療受診施設が新たに設けられるが、医薬分業に関するこれまでの取り扱いとその趣旨を踏まえ、保険診療の受診が可能なオンライン診療受診施設の、保険薬局内への開設のあり方について、その是非や取り扱いを含め、どう考えるか。また、医療資源が少ない地域の医療提供体制の確保等を踏まえた配慮についてどう考えるか。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第８次後期）について（案）

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3

第８次後期ガイドライン 構成

１．はじめに
- １－１．外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- １－２．外来医療計画の全体像
- １－３．ガイドラインの位置づけ

２．外来医療計画の策定を行う体制等の整備
- ２－１．都道府県の体制
- ２－２．外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- ２－３．外来医療計画策定のプロセス
- ２－４．外来医療計画の策定スケジュール

３．外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

４．外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定
- ４－１．区域単位
- ４－２．外来医師偏在指標
- ４－３．外来医師多数区域の設定
- ４－４．外来医師過多区域の設定

５．外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
- ５－１．外来医師多数区域における取組
  - ５－１－１．新規開業者等に対する情報提供
  - ５－１－２．~~外来医師多数区域における~~新規開業者の届出の際に求める事項
  - ５－１－３．現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - ５－１－４．合意の方法及び実効性の確保
  - ５－１－５．患者や住民に対する公表
  - ５－１－６．各医療機関での取組
- ５－２．外来医師過多区域における取組
  - ５－２－１．新規開業者等に対する情報提供
  - ５－２－２．新規開業者の届出の際に求める事項
  - ５－２－３．現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - ５－２－４．合意の方法及び実効性の確保
  - ５－２－５．患者や住民に対する公表
  - ５－２－６．各医療機関での取組

６．医療機器の効率的な活用に係る計画
- ６－１．医療機器の効率的な活用に関する考え方
- ６－２．協議の場と区域単位
- ６－３．医療機器の効率的な活用のための検討

0464

７．外来機能報告

８．外来医療計画の実行に関するＰＤＣＡサイクル

９．留意点

①計画策定に向けた体制整備
都道府県が、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を設け、国から提示する外来医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ等を活用し、外来医療計画を策定する。

②外来医師多数区域の設定
外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

③外来医師多数区域における新規開業者への取組
外来医師多数区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。

④外来医師過多区域における新規開業者への取組
外来医師過多区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。
要請に従わない医療機関への対応として、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告･公表等を行う。

⑤医療機器の共同利用
地域の医療機器の配置状況を可視化し、外来医療に係る協議を通じて、医療機器の共同利用を推進し、人口減少に対応した効率的活用と共同利用計画の整備を図る。

第 13 回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会	資料１－１（会議後修正）
令 和 ８ 年 ２ 月 ２ ５ 日	

医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ

令和８年３月２日
医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

Ⅰ．背景

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第８次（後期）医師確保計画に向けた医師確保計画策定ガイドラインの見直しに当たり、大学医学部、臨床研修、専門研修等の医師を養成する過程を通じた取組（以下「医師養成過程を通じた取組」という。）に係る議論や意見を整理するもの。

Ⅱ．見直しの方向性

○　医師の偏在対策はひとつの対策のみでは解決せず、様々な取組を組み合わせて都道府県、地域の大学・医師会等の関係者がそれぞれの立場から取り組む必要がある。

○　医師養成過程を通じた医師の偏在対策には、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中で、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。

○　医師養成過程に係る制度については、累次の見直しを行ってきているところ、都道府県がこうした制度を効果的に活用することで地域の医師の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、都道府県が地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に網羅的に位置付け、都道府県に向けて情報提供等を行う。なお、既存の内容については原則として引き続きガイドラインに存置することとし、時点更新等の必要な記載整備等を行う。

○　なお、これらの取組と併せて、国においては、医師養成過程に係る制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言や地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

Ⅲ．見直しの内容

１．医学部定員における地域枠等の取組

現状及び課題

○　我が国は生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の状況に置かれており、さらに医学部定員に係る取組の効果が反映するまでには一定の期間を要することを踏まえると、医師の養成数については、中長期的な見通しを踏まえつつ地域の実情等に配慮しながら削減を図る必要がある。

○　医学部定員における地域枠や地元出身者枠（以下「地域枠等」という。）は、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根ざした医師を計画的に養成・確保する仕組みであり、地域における安定的な医師確保につながることが期待される。一方で、医学部卒業後の比較的若手である医籍登録後３～５年目の医師の動向をみると、自県の大学出身者の占める割合や自県の大学卒業者の定着率には都道府県ごとに大きなばらつきがあり、地域の医師の動向を踏まえた対策全体を検討した上で、地域枠等の設置を検討することが必要である。

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインでは、医学部定員における地域枠等の設定根拠として、主に必要医師数など量的指標を用いているが、都道府県ごとに傾向の異なる医師の動向や定着意向、都道府県内の医学部における養成状況等の地域の実情を踏まえた対応が重要である。

対応の方向性

（１）**全ての都道府県が取り組むべき対策**

○　都道府県における医師の確保や偏在対策を取り巻く環境はそれぞれ異なることから、各都道府県の置かれた状況を把握することが重要である。さらに、我が国全体として、これまでは、18 歳人口が減少し続ける中でも大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026 年以降は 18 歳人口の減少に伴い、大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測されることを念頭に、各都道府県において医師の養成過程を通じた取組を講じるに当たっては、以下のようなデータ等を考慮して状況を分析することが考えられる。

- 当該都道府県内の 18 歳人口や医学部定員数、医師の年齢構成を踏まえた将来的な管内の医師数の推移、当該都道府県の若手医師の流出や流入の状況
- 当該都道府県における臨床研修医や専攻医（診療科別の分析を含む。）の採用状況と定着状況、当該都道府県における臨床研修指定病院や専門研修施設（基幹施設及び連携施設）の状況
- 地域枠等を卒業した医師の年次ごとの養成数、勤務地、主たる診療科、義務年限終了後の状況

・　2040 年やその後も見据えた地域の人口動態（人口、高齢者割合等）及び頻度の高い疾病の状況

○　また、都道府県における医師の確保等に当たっては、大学医学部・大学病院との連携が重要である。

文部科学省においては令和７年度補正予算において、「大学病院機能強化推進事業」を進めており、本事業においては、大学病院と地域の関係機関との連携を一層推進することを求めている。具体的には、本事業の申請要件として、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参画する協議の場（プラットフォーム）を設けるなど、大学病院と自治体等との連携を深化させるための方策について、意見交換を行い、今後の方針の方向性を示すことを大学病院に課している。本事業を一つの契機として恒久定員内への地域枠の設置を含め、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討するなど、必要な協議を進めるべきである。

（２）各都道府県の状況に応じた対策

○　各都道府県の医師の流出や流入の状況等を把握した上で、一般的に考えられる対策は次の通り。

①　医師の流出に対する対応

（ア）地域枠等以外への取組の推進

多くの都道府県では地域枠の医学生に対する支援を充実させているが、地域枠以外の医学生に対しても、早期から地域医療への関心や定着意欲を育む取組が重要である。大学によっては、以下の例のように既に独自の取組として地域医療を支える医師の育成に取り組んでいるケースもあるため、各都道府県は大学と連携し、地域医療の実情に応じて、医学生に対しての取組を行うことを検討することが考えられる。

（岩手医科大学の取組の例）

大学として、地域医療を支える医師の養成に資する教育に取り組んでおり、地域医療を体験する講座等を充実させている。

（福島県及び福島県立医科大学の取組）

福島県立医科大学においては、医学生のうちから地域医療体験を提供することで、医師としての志を高めつつ、地域医療の重要性を理解する取組を行っている。具体的には、地域における臨床実習や、県内全ての医療圏を対象に２泊３日で地域を理解するための実習カリキュラムを展開するなど、在学中から福

島県医療に触れる機会を提供している。

（イ）都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援

若手医師におけるキャリアパスの特徴等を踏まえると、医師確保対策として、臨床研修や専門研修の段階で、地域の特性を生かした魅力あるプログラムを通じて、臨床研修医及び専攻医を育成・確保できる研修環境を整備するための取組を行うことが考えられる。

（香川県の取組）

若手医師の確保に向けて、基本６領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させるため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

（ウ）恒久定員内への地域枠等の設置

地域枠等により、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根ざした医師を計画的に養成・確保することは、医師少数県のみならず、医師多数県等においても重要である。一方で、地域における医師の確保を安定的に行うとともに、医師の偏在の助長を抑え、また、18 歳人口の減少等にも対応する観点から、必要な地域枠等を設置する場合は、原則として恒久定員内で設置することについて検討を進める。その際、地域における医師の養成を担う大学との協議が必要となるため、都道府県は以下のような点に留意して調整することが望ましい。

- 大学との調整には比較的長期間、継続的な協議が必要となること。
- 都道府県内における中長期的な医療需要の変化や医師派遣機能に関わる大学病院の人材プール機能等を総合的に考慮し、恒久定員内の地域枠設置について、大学との共通認識を醸成すること。
- 厚生労働省の支援メニュー（地域医療介護総合確保基金等における医師派遣事業、恒久定員内地域枠設置促進事業等）を活用すること。また、文部科学省が実施している、大学病院機能強化推進事業で実施している内容とも連携すること。
- 国においては、医学部臨時定員の削減に向けて議論を進めていることから、こうした動向に適切に対応できるよう、計画的に恒久定員内への地域枠等の設置を進めること。
- 地域枠以外の取組について、一定の期間以上当該都道府県に住所を有した者のうちから選抜する地元出身者枠の活用が考えられること。なお、卒後の県内定着率は、他県の出身者と比較して地元出身者の方が高いことが知られ

ている。

（宮崎大学の取組）

・　宮崎大学においては、令和４年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を新たに 15 名拡充した。なお、臨時定員増を行わないこととしたことから、教職員の負担軽減や教育資源の確保をはじめ、今後の学年進行にあわせて診療参加型臨床実習の指導にも質向上が期待される。

（鳥取県の取組）

・　鳥取県と鳥取大学で協議を重ね（１～３ヶ月ごと）、大学病院の医療機能の向上に向けて、県・大学が協力することを確認した上で、恒久定員内へ新たな地域枠「とっとり医療人養成枠」を７枠設定（新規５枠＋恒久定員内臨時養成枠２枠振り替え）し、大学の医師派遣機能の強化を図る。

・　卒後臨床研修は大学病院で研修するとともに、その後は「専門研修（大学病院、県内連携病院・診療所）」「公衆衛生（大学医学部社会医学系講座、行政機関）」「基礎研究」のコースから選択可能とした。

（エ）大学と連携した都道府県内大学卒業生の動向の把握と働きかけ

大学と連携して、同窓ネットワークを活用した地域での勤務を希望する医師の掘り起こし、地域外での勤務を経験した後に地域へ復帰するための往復型キャリアパスの提示、短期・非常勤といった柔軟な勤務形態を含む働き方の確保や提案等を進めることが考えられる。

また、各都道府県に所在する大学医学部等を卒業した地域枠等の医師については、義務年限の期間中はもとより、義務年限終了後の地域への定着や、非常勤等も含めた様々な形での地域貢献を促す取組が重要である一方で、都道府県の医師確保担当者を対象とした調査によると、義務年限終了後の医師の従事先の把握を行っている都道府県は全体の７割程度となっている。各都道府県は、地域医療介護総合確保基金等による支援も踏まえつつ、地域医療支援センターやキャリアコーディネーター等を介した大学との連携を通じて、義務年限終了後の医師とのつながりの維持や、可能であれば勤務動向を把握することが考えられる。これにより、大学及び都道府県が、地域枠等の医師の地域への定着等に向けた継続的な働きかけを促す役割や、義務年限後の医師のニーズに応じた各都道府県内への就業調整等の役割を担うことが考えられる。こうした取組は、都道府県の医師確保に資するのみならず、大学の体制強化にもつながるものであり、双方が連携して取り組むことが重要である。なお、都道府県によっては

義務年限終了後の医師の定着状況が異なると考えられることから、その状況や、地域枠等医師の数、その他の事情を考慮の上、地域の医師確保に必要な範囲で対応を行うことが適当である。

（青森県の取組）

県内勤務の可能性がある医師の情報収集及び県外医師・医学生に対する働きかけ等を行い、医師確保対策の推進を図るため、特別推進員を設置することで、県外に勤務する医師へのUIJターンを通じた医師確保の取組を進める。

② 医師の流入に対する対応

医師確保計画における医師の確保の全体的な方向性と齟齬のない範囲で、都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援（①の（イ））や、医師養成過程を通じた都道府県間での医師の人的な交流（臨床研修における広域連携型プログラムや、専門研修における連携プログラムの活用等が想定される。２．や３．も参照。）の推進を行うことが考えられる。

（３）臨時定員地域枠の設定

以上のような状況の把握や、各都道府県の医師の流出や流入への対応を行った上でなお必要な医師確保を行うため、特に医師少数県や地理的条件その他の事情からやむを得ない事情のある都道府県においては、臨時定員の活用も考慮する。臨時定員地域枠の運用に当たっては、都道府県において、各大学の臨時定員地域枠の欠員状況等についても把握し、必要に応じて、適切な運用に向けて大学と連携することが重要である。なお、我が国は生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の状況に置かれていること等を踏まえた計画的な対応が肝要になる。

２．臨床研修における取組

現状及び課題

○ 臨床研修制度は、医師法第十六条の二の規定に基づき、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを目的としている。

○ 臨床研修制度を通じた医師偏在対策として、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の議論を踏まえ、臨床研修医の都道府県ごとの募集定員上限数の設定を行っているほか、令和８年度から、医師多数県に所在する基幹型臨床研修病院（連携元病院）に採用された研修医の一部が、医師少数県等に所在する地域の病院（連携先病

院）において半年以上研修を行う「広域連携型プログラム」を開始することとしている。

○　特に研修医を受け入れる都道府県（医師少数県等）においては、受け入れる研修医の将来的な都道府県への定着を図る機会となるため、広域連携型プログラムによる研修の機会に定着への取組を行うことは有効であると考えられる。

対応の方向性

（１）広域連携型プログラムに関する取組

○　広域連携型プログラムについては、医師臨床研修部会の議論を踏まえ、連携元病院又は連携先病院が所在する都道府県が行う以下の取組は、医師確保の観点でも重要と考えられる。

①　プログラム作成時

連携元病院と連携先病院が調整を開始する段階において、厚生労働省は、連携先都道府県から連携を希望する臨床研修病院等のリストを収集し、連携元都道府県に提供している。連携先都道府県がリストの作成を行うに当たっては、管内の医師の偏在状況等を踏まえ、本プログラムに参加することが適切な病院等がリストに掲載されるよう、都道府県から候補となる病院へ働きかけを行うなど、必要な調整を図ることが重要である。

また、作成したリストの活用等により実際に連携先病院が連携元病院と調整を行う段階において、病院間での直接の連携調整に先立って、連携先都道府県が特に本プログラムに参加すべきと考える病院について、連携先候補として連携元都道府県に提示を行うなど、積極的な調整を行うことも重要と考えられる。

②　準備・研修開始前

連携先病院での研修内容や指導体制・研修医へのサポート等について、連携元病院と連携先病院が円滑な連携や十分な情報共有を行えているか等について、それぞれの病院が所在する都道府県は、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

③　研修医募集

広域連携型プログラムの研修医募集に際しては、プログラムの概要に加え、プログラムの魅力、得られるメリット等について医学生が十分に把握できるよう、連携先病院が所在する都道府県は、連携先病院を通して調整を行い、連携元病院と合同での説明会を開催するなど、医学生に向けた情報発信の取組を行うことが

考えられる。

④　連携先病院での研修開始後

研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて、病院間で相互に緊密に連携し、連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどによって緊密に情報共有が行われているか等、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

（２）広域連携型プログラムを通じて将来的な定着を図る取組

○　連携先都道府県においては、広域連携型プログラムでの受入を契機として、当該地域への将来的な定着を図る取組が、地域の医師確保の観点で重要であると考えられる。例えば、以下の取組を行うことが考えられる。

①　専門研修プログラムに関する情報提供

広域連携型プログラムと同様に、連携先施設で一定期間の研修を行う仕組みとして、専門研修の連携プログラムが存在する。専攻医を対象とした調査ではあるが、専門研修中の限られた期間での連携であっても、将来的な希望を含めると、専門研修修了後に３割を超える専攻医が連携先の都道府県での勤務を希望していることから、広域連携型プログラムにおける連携先病院での勤務についても、地域への定着の契機となり得ることが考えられる。

定着に向けた具体的な取組として、都道府県内に所在する専門研修の基幹施設等と連携を行い、連携先病院で研修中の研修医に対して、臨床研修修了後のキャリアプランの選択肢として、都道府県内の専門研修プログラムに関する情報提供を行うことなどは、有効であると考えられる。

②　地域の特色のプログラムへの反映

広域連携型プログラムにおいては、連携元病院と連携先病院の双方の特性・魅力を生かした良質な研修プログラムの作成を行うことが重要である。特色あるプログラムの作成に当たっては、離島やへき地等の特殊な地理的条件における診療機会、地域のイベントと連動した研修等を盛り込むことが考えられる中、都道府県の立場から各所との調整を行うことで、プログラムの幅を広げ、魅力ある研修プログラムの作成に寄与することが可能になると考えられる。

３．専門研修における取組

現状及び課題

○　医師の専門研修は、プロフェッショナルオートノミーを基盤とし、国民の視点に

立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築されてきた。

○　専門研修に関する知見として、臨床研修を修了した医師の約９割が、専門研修を行う予定としていることや、６割を超える医師が、専門研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残るとされていることなどの傾向が知られている。

○　また、医道審議会医師分科会医師専門研修部会においては、専門研修の質の向上に資する指導体制の構築や、指導医に対するニーズの高い地域における専門研修体制の確保等の観点から、専門研修指導医の重要性を議論してきた。連携プログラムについても、連携先のニーズの把握や、連携先における研修環境の担保のため、様々な関係者が協力する体制を構築するなど、推進する方針としている。

対応の方向性

（１）専門研修に関する検討体制及び基本的な考え方

○　専門研修に着目した医師確保対策を検討するに当たっては、医師のキャリアパスの特徴や専攻医の定着率等のデータを踏まえることや、医師法第十六条の十の規定に基づき専門研修に関する計画に対する意見を厚生労働大臣に述べるに当たり地域医療対策協議会の意見を聴く機会などの既存の取組や体制を活用することも有効であると考えられる。

○　また、専門研修は、地域偏在と診療科偏在に配慮する観点から、都道府県別・診療科別に専攻医の採用数の上限の設定（シーリング）の仕組みがある。都道府県が医師確保を行うに当たってはシーリングの趣旨に沿った対応が重要となり、

・　シーリングの対象となっている診療科を持つ都道府県は、連携プログラムを活用することで医師が不足する地域に対する配慮と医師の確保を両立するよう促し、

・　シーリングの対象外であり連携プログラムの連携先となる診療科を持つ都道府県においては、連携先として専攻医を確保する取組を促す、

といった考え方が想定される。また、シーリングの対象か否かに関わらず、都道府県内の地域偏在又は診療科偏在への対策としても、管内の専門研修プログラムの応募状況や連携施設における研修状況に応じた対策を行うなど専門研修に着目することは有用であると考えられる。

（２）具体的な取組の例

○　都道府県における具体的な取組としては、以下のようなものが考えられる。

①　専門研修の状況把握

各領域の研修プログラムの状況、専攻医の採用状況、指導医の勤務状況、連携プログラムによる都道府県外の専攻医の受入状況等の把握を行うことは、対策を検討する上で重要である。状況の把握に当たっては、医師・歯科医師・薬剤師統計を用いるほか、日本専門医機構から提供されるデータベース情報を活用することも考えられる。

② 専門研修プログラムの周知及び環境整備の支援

専攻医の採用の促進施策として、都道府県内の専門研修プログラムの紹介に対する取組の後押しが考えられる。また、指導医の確保等を含む研修環境の整備を通したプログラムの魅力向上に向けた後押しをすることが考えられる。

（香川県の取組）

県内で指導医を確保することが大きな課題となっている中、特に不足感の強い又は必要性が高いと考えられる基本６領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させ、将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制の強化を図るため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

③ 連携プログラムの活用

約３割の専攻医が、専門研修において派遣された連携先の都道府県で勤務することを希望していることから、連携プログラムの連携先となる都道府県においては、都道府県外で採用された専攻医の連携先となり積極的に受け入れるなど、連携プログラムの活用も有用である。

（茨城県の取組）

茨城県及び県下の市が、派遣元となる大学と、寄付講座の開設に関する協定を締結し、派遣先となる医療機関が特別地域連携プログラムの連携先とされるとともに、指導医と専攻医の派遣が行われている。

④ 専攻医及び指導医に対する支援を通じた地域への定着策

専攻医の研修環境や生活環境に対する支援については若手医師からニーズがあり、医師の養成の観点のみならず、地域への定着策としても重要である。また、指導医に対する支援は、専門研修の質の向上を通した専攻医の呼び込みの他、指導医自身の定着率の向上が期待される。

○ なお、プロフェッショナルオートノミーを基盤として設計されている専門研修

においては、上記の取組を行う上で、各診療領域の特性や自県内での医師の配置状況や課題等に知見のある大学や医師会等の関係者との連携が重要である。

４．必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

現状及び課題

○　我が国においては、医療の専門分化・高度化が進む中、臓器別・疾患別専門医の育成が進む一方で、急速な高齢化が同時に進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができ、地域包括ケアにおいても中心的な役割を担える、総合的な診療能力を有する医師の確保が求められている。

○　高齢化等の人口構成の変化により生じる医療需要の変化について、2020 年から 2040 年にかけて 85 歳以上の救急搬送は 75%、在宅医療需要は 62%増加することや、全ての診療領域において半数以上の構想区域で手術件数が減少すること等が見込まれており、こうした地域における医療需要の変化を踏まえ、医師の養成や確保の方針を検討する必要が生じている。

○　こうした中、総合的な診療能力を有する医師の確保については、若手医師までを中心とした取組（総合診療専門医等の養成・確保のための拠点の整備等）と中堅・シニア世代を中心とした取組（リカレント教育の推進）などがある。

○　専攻医に対するアンケート調査によると、ワークライフバランスの確保が研修に当たって重要な要素であると多くが回答するなど、医師自身も働き方を意識した職場選択を行うようになっている。

○　さらに近年、外科を選択する医師の増加が他の基本領域を選択する医師と比較して最も小さく、長時間労働の傾向もある状況下において、過酷な労働環境の改善や適切な処遇の確保が必要である。

対応の方向性

（１）地域で必要な診療を担う医師の育成・確保

○　地域の人口構造の変化や高齢者救急の需要の増加への対応等、地域のニーズに適切に対応する観点で、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保に、都道府県が関与することは重要である。

○　前述の通り、急速な高齢化が進行する中、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができ、地域包括ケアにおいても中心的な役割を担える、総合的

な診療能力を有する医師の確保が求められている。

○　厚生労働省においては、若手医師までを対象の中心とした取組として、大学医学部における総合診療専門医等の養成・確保のための拠点の整備に対する支援や、日本専門医機構への支援を通じた総合診療専門医の養成の推進等、総合的な診療能力を有する医師の育成に関する取組を行っている。

また、中堅・シニア世代の、臓器別の専門的な診療に従事してきた医師を主な対象として、総合的な診療能力を持つ医師として活躍するために必要な研修等を提供するリカレント教育に関する補助事業を令和７年度より開始している。

○　都道府県が、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保に関与するに当たっては、以上のような国や関係者による既存の取組を踏まえ、都道府県が担うことができる役割の範囲で必要な取組を進めることが重要であると考えられる。具体的に、都道府県が担うことができる役割の例として、以下が挙げられる。

①　若手医師を中心とした取組

（ア）地域枠等を含む医学生等への情報提供

地域枠等の入学者を含む医学生や若手医師を対象とした、総合診療の魅力の発信に関するセミナー等の開催などの情報提供の取組が考えられる。

（イ）臨床研修・専門研修プログラムの充実のための支援

臨床研修においては、総合診療や総合内科のローテーションを含むプログラムや地域医療研修において総合診療に従事できるプログラム等、総合的な診療能力を有する医師の養成を強化するプログラムの充実への支援が考えられる。こうしたプログラムの経験は、総合診療専門医等を目指す臨床研修医の増加や、臓器別の専門医資格の取得後も総合的な診療能力を発揮できる医師の養成につながることが期待できる。

専門研修においては、都道府県内の総合診療専門研修プログラムの指導体制の充実のための支援が考えられる。

（ウ）キャリア形成支援

総合診療に従事する医師が、キャリアを形成しつつ地域医療に従事しやすい環境づくりも重要である。大学等に設置される総合診療センター等は、総合診療専門医等の養成拠点として、都道府県内における総合診療に係る状況の情報を有し、医師間や施設間のネットワークを有している場合も多い。こうしたセンターを活用する取組等も重要であると考えられる。

（広島県の取組）

広島県では、広島大学病院総合診療医センターと連携し、大学における総合診療に関する卒前教育への経費支援、県内で総合診療に従事する魅力について発信するプロモーションビデオの制作、県内の総合診療プログラム説明会の開催やプログラム責任者会議への参加など、各養成過程の医師を対象とした取組において、行政的視点を活かした支援や連携を行っている。

② 中堅・シニア世代を中心とした取組

総合的な診療能力を高めるためのリカレント教育は、医師が診療を継続しながら、総合的な診療について学び直しを行うものであり、中堅以降の様々な診療科の医師を主な対象としている。

厚生労働省は、関係学会や病院団体等が協力し、他分野の知識や診療のコツを学べる研修の提供や、診療を行いながら経験を積める OJT(On-the-Job Training)の場の提供等の取組を一体的に実施するリカレント教育事業に取り組むこととしている。

関係学会や病院団体等が実施するリカレント教育に関する管内における取組状況を把握し、医師等に周知を行うなど、学会等によるリカレント教育を活用することで、都道府県内における総合的な診療能力を有する医師の養成を図ることが考えられる。

（ア）管内の医療機関における取組状況の把握

リカレント教育の管内の受講者数等の把握と合わせて、受講者に OJT の場を提供する医療機関を把握することは重要である。

都道府県は、把握した管内の状況を踏まえて、都道府県内の受講者の傾向、OJT の場を提供する施設の規模や都道府県内における分布状況等の傾向の分析を行い、効果的な周知の対象や手段、受講者や受け入れる医療機関に対する適切な支援について、検討を行うことが可能となる。

（イ）リカレント教育の周知

医師を対象としたアンケート調査によると３割を超える医師がリカレント教育に関心を示しており、また、総合的な診療能力を習得する上で必要な支援として、半数を超える医師が「研修プログラムや指導教育制度の紹介」と回答している。こうしたことから、各種団体が実施しているリカレント教育のパンフレットやホームページを活用しながら、都道府県から医師に働きかけを行うことは、都道府県内の受講者数の増加に向けて、効果的であると考えられる。

○　上記の総合的な診療能力を有する医師の育成・確保の他、各都道府県の実情に応じて必要な診療科の医師の養成・確保について、地域の医療提供体制に応じて検討する必要がある。

　また、この際、前述の１．に示した地域枠等の活用の他にも、特定の診療科に進む意向のある医学生に対して修学資金の支援を行うなど、必要な診療科の医師の養成・確保に向けた取組を検討することが考えられる。

（２）必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進

○　育児・介護等と仕事の両立に係るニーズが増加する中、地域医療を支える意欲のある医師が、柔軟かつ持続可能な形で診療に参加できる体制や運用について整備を行っていくことが重要である。都道府県が、必要な診療を担う医師の育成・確保の取組を行うに当たっては、多様なライフプランやキャリアステージに応じた、常勤・非常勤といった勤務形態を問わない柔軟な働き方、地域間の人的な交流などの活用等について、より一層の推進を行っていくことが求められる。

○　医療機関における勤務環境を改善するためには様々な勤務形態の医師の適切な配置調整、各部門間・部門内の業務量の平準化・不公平感の解消等を図ることが重要であり、こうした医療機関におけるマネジメントの向上は、当該医療機関の勤務環境改善に資するのみならず、医師の確保に当たっても不可欠である。厚生労働省においては『医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステム 導入の手引き』を公表している他、病院長等の医師の労務マネジメントに関わる方を対象とした「トップマネジメント研修」を行っている。都道府県においても、特にニーズの高い診療科や医療機関等に対して重点的にこうした観点での支援を検討することが考えられる。

○　併せて、患者、家族を含めた国民に対して医師の働き方改革の推進に向けた理解の醸成を図ることが重要である。都道府県においては、診療時間内の受診への協力、チーム医療の推進への理解、迷惑行為の防止等の取組への協力を呼びかける周知等について、国が提供する周知資材等の活用を行うなど、医療機関への必要な支援を検討することが考えられる。

○　また、地域で必要な診療科、例えば、労働時間が長い傾向にあり、また、休日・時間外等の緊急対応を要する外科や、周産期に関わる診療科、麻酔科などについては、都道府県の医師確保に関わる部局と勤務環境改善に関わる部局が連携を図りつつ、現場の状況を把握し、必要な支援を検討することが考えられる。

（高知県の取組）

高知県では、勤務環境改善支援センターに係る業務を、医師の確保や地域枠医師等への支援等を担当している一般社団法人 高知医療再生機構に委託して実施している。これにより、特定労務管理対象機関への定期的な状況確認、医療勤務環境改善モデル支援事業を通じたハラスメント対策等の働き方改革の推進とともに、認定看護師資格取得支援事業や地域枠医師へのキャリア支援等の医師確保に関わる取組を一体的に進めている。

Ⅳ. その他の意見

○　Ⅰ.～Ⅲ.に掲げた内容のほか、本検討会においては以下のような意見があった。

地域における医師確保の観点から速やかに実効性の高い医師偏在対策に取り組んだ上で、18 歳人口の減少等を踏まえた医学部臨時定員の削減を適切に進めるためにも、今後、本検討会において引き続き必要な議論を継続して実施すべきである。

- 医師確保計画の方向性である「2036 年までに偏在是正を達成する」という中長期的目標だけでなく、地域における医師確保は喫緊の課題であるとの認識に立ち、より短い期間での評価について、国において検討すべきである。また、偏在の是正とは均てん化を図ることと認識される一方で、人口の減少に伴う患者数の減少等の状況も踏まえ、遠隔医療の活用や適切な指標の検討等、均てん化に限らない対策の在り方や、地方と都市部の連携や、常勤・非常勤を含めた取組等についてもさらに検討すべきである。
- 恒久定員内の地域枠の設置の状況や、医師養成過程に係る取組等について、都道府県ごとに取組状況に大きな差があり、また、国の都道府県に対する制度の周知が十分でない可能性もあるため、都道府県、大学、関係学会等に対する更なる事例の収集やヒアリング等を行い、国として必要な助言・周知を充実させることが必要である。
- 地域における医師の確保に関する大学の取組も重要であることから、大学独自枠の設置の状況や、都道府県外への医師の派遣の取組等についても情報を収集するべきである。
- 総合的な診療能力を有する医師の育成については、リカレント教育も含め、的確に医師の育成がなされるよう、専門医制度や当該領域に係る議論の状況等も踏まえながらさらに検討すべきである。また、総合的な診療能力を身につけるには、臨床研修の期間に適切な研修を受けることも重要であることに留意する必要がある。
- 医師の確保が困難であっても必要な医療を提供する観点から、オンライン診療

の活用は重要である一方、オンライン診療で実施可能な診療には限界もあることから、安全性、有効性及び必要性を評価しながら、丁寧に検討を進めるべきである。

令和８年３月３日　第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

省庁関係出席者名簿

厚生労働省出席者

【医政局】

医政局長	森光　敬子
大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、訪問看護、健康、生活衛生、災害対策担当）（老健局、保険局併任）	榊原　毅
総務課長	水谷　忠由
医療政策企画官	西川　宜宏
保健医療技術調整官	九十九　悠太
地域医療計画課長	西嶋　康浩
医師確保等地域医療対策室長	佐野　圭吾
地域医療構想推進室長	堤　雅宣
課長補佐	鈴木　啓太
医事課長	中田　勝己
医師養成等企画調整室長	和泉　誠人
歯科保健課長	小嶺　祐子
看護課長	習田　由美子
大臣官房参事官（救急・周産期・災害医療等、医療提供体制改革担当）	津曲　共和

【老健局】

老人保健課長	堀　裕行

オブザーバー

総務省自治財政局公営企業課準公営企業室長	徳大寺　祥宏
文部科学省高等教育局医学教育課企画官	松本　晴樹

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

令和8年3月 19 日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

１．はじめに
２．新たな地域医療構想について
（１）地域における人口構造の変化を踏まえた取組
（２）構想区域
（３）地域医療構想調整会議
（４）関係者に期待される役割等
①都道府県
②国
③市町村
④大学病院本院
⑤医療関係者
⑥公立・公的病院等
⑦医療保険者
⑧介護関係者
⑨地域医療構想アドバイザー
（５）策定・推進のためのデータ
３．医療機関機能の確保について
（１）基本的な考え方
（２）高齢者救急・地域急性期機能
①高齢者救急について
②医療機関機能について
（３）急性期拠点機能
（４）在宅医療等連携機能
（５）専門等機能
（６）医療機関の連携・再編・集約化について
（７）医育及び広域診療機能
４．医療需要の推計と病床機能報告について
５．人口規模に応じた地域ごとの課題について
６．策定について
（１）策定のプロセス
①策定のプロセスについて

②スケジュールの共有・現状の把握
③課題・目的の設定
④対応案の検討、地域医療構想の策定
⑤取組の推進
（2）構想区域
（3）入院医療
（4）外来医療
（5）在宅医療
（6）介護との連携
（7）人材確保
7. 地域医療構想と医療計画の関係
8. 精神保健医療福祉との関係について

1. はじめに

（新たな地域医療構想について）

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040 年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040 年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

（新たな地域医療構想策定ガイドラインについて）

- 新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ（2024 年 12 月 18 日）において、新たな地域医療構想においては「「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療･介護提供体制を構築」すべきといった方向性がとりまとめられ、その後当該方向性に沿った必要な制度改正が進められているところ。
- 今後、都道府県が具体的に地域医療構想を策定・推進するにあたり必要と

なる地域医療構想策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の策定に向けて、2025 年7月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。

- ガイドラインは、都道府県が 2040 年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的な PDCA を含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第 87 号。以下「改正医療法」という。）に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

（1）地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
  - 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
  - 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
  - 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

（2）構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

（3）地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療需要や人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する

場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。

- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

（4）関係者に期待される役割等

① 都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する

部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。

- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

④ 大学病院本院（「３．（７）医育及び広域診療機能」も参照のこと。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 公立・公的病院等

- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等や、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて取組を進めることが求められる。

⑦ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の

推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

（5）策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。
- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

３．医療機関機能の確保について

(1)基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期の医療需要への対応等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040 年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられることなど、複数の医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

(2)高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急

の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

（3）急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040 年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。

- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口 30 万人以上が多いことや、人口 20 万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口 20 万人から 30 万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が 30 万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

（4）在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往

診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

（5）専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第９次医療計画等に向けて、５疾病６事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。

（6）医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。
- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしない

が、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

（7）医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる

中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。 その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県 1 医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る

提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行う等の取組を進めることが重要である。

- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4．医療需要の推計と病床機能報告について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040 年の性・年齢階級別人口について、2024 年の NDB データを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDB データに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
  - 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
  - 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、この事業による病床数の削減を前提とする必要がある。このため、NDB データから算出される医療需要に対する、当該事業において削減が見込まれる病床数に病床利用率を乗じて換算した医療需要の割合を減少率として算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乗じることで反映する。
  - 75 歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた 75 歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
  - 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者につ

いて、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。

- 必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期 78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
- 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%とする。
- さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出に当たり用いる値について、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋０．５%をそれぞれ加えることで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年・2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040 年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
  - 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
  - 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
  - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
  - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
  - こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。
- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定する

ものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数（既存病床数及び許可病床数）との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。

- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域（例えばＡ市Ｂ区など）を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

５．人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。

- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。
- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040 年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

（1）策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第９次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途

に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の

取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

（2）構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

（3）入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を

行う。

- 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
- 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
- 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
- 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
- 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
- 介護との連携に関する事項
- 人材の確保に関する事項
- 患者の医療アクセスに関する事項
- 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項　等

（4）外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーション・栄養管理・口腔管理が提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診やD to P with Nを含むオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
  - 外来医療の体制確保に関する事項
  - 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関が対面診療を基本としつつ、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守し、オンライン診療を組み合わせた外来医療の提供を担うことも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。
- また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加するこ

とが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

（5）在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。また、歯科医療機関と連携した口腔健康管理の実施体制の構築や、薬局と連携した切れ目のない薬剤情報連携体制の構築が重要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護ステーション、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能（有床診療所）を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や

介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。

- 地域ごとに、効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、D to P with N を含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

（6）介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

（7）人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第８次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、ガイドライン又は医療計画において内容を反映させることや、それぞれの取組の好事例の把握や横展開が重要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

7. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、今後、地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画の見直しの際には、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第９次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

8. 精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027 年（令和９年）10 月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療

における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026 年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

令和８年３月 19 日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

Ⅰ. はじめに

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定
2. 医師確保計画
   (1) 医師確保の方針
   (2) 目標医師数
   (3) 目標医師数を達成するための施策
   (4) 医師偏在是正プランの策定
      ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方
      ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方
      ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策
   (5) 医師確保計画の効果の測定・評価
3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

Ⅲ. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定
2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
   (1) 外来医師過多区域における取組
      ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法
      ② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容
      ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合
      ④ 事前届出の流れ
      ⑤ 外来医療に関する協議の場
      ⑥ 要請・勧告
      ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等
   (2) 外来医師多数区域における取組

Ⅰ. はじめに

○　医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改正を経て、医師養成過程を通じた取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。

○　地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、令和６年 12 月 25 日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。

○　令和７年夏以降の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（以下「検討会」という。）及び医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、総合パッケージに係る各種施策の実施に関する具体的な事項、医師確保計画策定ガイドライン（第８次後期）及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第８次後期）の改定に向け見直しが必要と考えられる事項を中心に、次のとおり意見のとりまとめを行う。

○　なお、国においては、今回のとりまとめを踏まえ、医師確保及び医師偏在是正に向けた対策について、制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1.　医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師偏在指標の下位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師少数区域」、上位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師多数区域」と設定している。

○　この医師偏在指標を用いた区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を

要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されている一方、検討会においては、現行の医師偏在指標の計算式をより複雑にすることは望ましくないという意見があった。

○　地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「へき地尺度（RIJ)」という。））が開発されており、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の検討が進められている。

○　その他、検討会においては、医師偏在指標の更新については、実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるとの意見があった。また、医師多数区域であったとしても、高齢医師の割合が多い場合には、中長期的には医師少数区域等となる可能性があることに留意すべきとの意見があった。

【対応の方向性】

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の開発に向けて検討が進められていることを踏まえ、第８次後期医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定することとする。

○　具体的には、①医師偏在指標が下位 33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位 33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」についても、医師少数区域と設定することとする。

○　その際、「へき地尺度(RIJ)が特に高い区域」については、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にあることも踏まえ、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の区域として設定することとする。なお、へき地尺度（RIJ）が上位 10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、必要となる対策について引き続き検討を行うこと。

○　第８次後期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に当たっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

○　高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。

2.　医師確保計画

(1) 医師確保の方針

○ 従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針について、医師確保計画策定ガイドラインに新たに追記する。

（診療科偏在に配慮した医師の確保）

【現状・課題】

○　全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なる。また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差がある。

○　診療科偏在は様々な課題を内包していると考えられ、以下のような視点に基づいて検討する必要がある。

・　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師　等）

・　医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（例：小児科、産科　等）

・　医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科　等）

【対応の方向性】

○　小児科及び産科については、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおける議論を踏まえ、引き続き小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて小児科・産科における医師の派遣調整、勤務環境の改善等に取り組むこととする。

○　分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行うこととする。

○　皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在しうる領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。

○　オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。そのうえで、適時適切な対面診療への切換や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。

○　都道府県における遠隔診療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。

○　なお、担い手の確保の観点で対策が必要な、総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等の、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組については、３.医師養成過程を通じた医師の偏在対策で後述する内容を参照の上、都道府県で必要な対応を検討することが適当である。

(2) 目標医師数

【現状・課題】

（医師少数区域における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数としている。

（医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提

示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

【対応の方向性】

（新たな医師少数区域における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域」については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする（原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする）こととする。その上で、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。なお、今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

（新たな医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域に該当しない区域（医師中程度区域）」及び「医師偏在指標による上位

33.3%の区域（医師多数区域）」については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　第８次後期医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。

(3) 目標医師数を達成するための施策

（医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度は、医師少数区域等における６か月以上の勤務を行ったものを厚生労働大臣が認定し、地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないとされている。

○　総合パッケージにおいて、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、公的医療機関等を追加すること、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長すること等が定められている。

○　一方で、検討会においては、

・　現在、病院長のなり手が少ない所で、この見直しが病院長になることを断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る

・　病院の管理者としては総合判断力など全人的な要素が必要であり、こうした要件で縛りつけると限られた者の中からでしか管理者を選べなくなる懸念がある

・　臨床研修病院などで指導医を担っていることなどを緩和要件として考慮して欲しい

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 31 条において医師の確保に関する事項の実施に協力することなどが求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することとする。

○　厚生労働大臣が認定する医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長することとする。

○　厚生労働大臣の認定する医師以外の対象医療機関の管理者要件については、①６か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る６か月以内の期間は、臨床研修の期間も対象とすることを可能とする。また、医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も６ヶ月以内に限り対象とすることを可能とする。）かつ、②１年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者とすること等の規定を新たに設けることとする。

（医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等の活用）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど、全国的な医師偏在是正に対する協力を求めている。

○　一方、検討会においては、医師多数都道府県の取組をどのように実効性をもたせるのかといった意見があった。

○　また、住民や患者にとっては総合的な診療能力を持つ医師に来て頂けると安心であり、リカレント教育やマッチング事業を介して中堅・シニア世代の医師を活用していく必要がある、という意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う医師偏在是正に向けた広域マッチング事業（以下「広域マッチング事業」と

いう。）を推進し、当該事業等を通じて、医師多数都道府県から医師少数都道府県に対する医師派遣の取組を後押しすることとする。

○　医師多数都道府県においては、ドクターバンクや広域マッチング事業への登録について周知するとともに、登録者数を把握することに努めることとする。

○　また、総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業が実施されているが、当該事業と広域マッチング事業については連携しながら進めることが有効と考えられる。また、国においては、関係学会の協力を得ながら、リカレント教育の取組を進めていくことが重要である。

⑷ 医師偏在是正プランの策定

①　重点医師偏在対策支援区域等の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとしている。

○　また、総合パッケージにおいては、都道府県は、医師確保計画の中で実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することが求められている。

○　検討会においては、国で候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるような制度設計を行って欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、総合パッケージに記載された考え方を基に、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとする。

○　厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示することとする。

○　なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる

場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定することとする。

○　医師偏在是正プランについては、都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて基本的な考え方を示すこととする。

②　重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　令和６年度に厚生労働省が示した重点医師偏在対策支援区域の候補区域について、候補区域間を比較すると、診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあった。

○　検討会においては、こうした候補区域において医療機関の整備状況に差がある中、経済的インセンティブにより優先して支援を行う対象医療機関については、なるべく明確な考え方を示して欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても医療資源にばらつきがあることを踏まえ、対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定することとする。

○　都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国から配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。

○　対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定できることとする。

③　重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的イン

センティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要であるとしている。

○　検討会においては、

・　重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、併せて、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である

・　都道府県が医師偏在是正プランにおいて具体的な政策を検討・実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、医師確保計画策定ガイドラインに記載して欲しい

との意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、以下の経済的インセンティブに係る事業を推進する。都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、これらの事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むことが必要である。

（診療所の承継・開業支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。

（医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業）

・　特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

（医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

⑸ 医師確保計画の効果の測定・評価

【現状・課題及び検討会における意見】

○　従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する指標については提示していない。各都道府県の医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都

道府県が一定数存在したが、評価指標の設定は都道府県によってばらつきがある。

○　また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。

○　検討会においては、

・　医師偏在の問題解決のためには、少数地域だけでなく、多数地域の対策のモニタリングが必要である。

・　都道府県ごとに、地域医療対策協議会の開催回数、議題の量・質にばらつきがあるのが現状である。

・　定量的な評価指標は重要である。都道府県にも目安となるような指標について検討を深めて欲しい。

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。なお、都道府県においてかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえて、独自に指標を設定することも考えられる。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	２年に１回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	２年に１回 年１回	三師統計 都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年１回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	２年に１回 ３年に１回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年１回 年１回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年１回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年１回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	２年に１回	三師統計

○　医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第９次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究において検討を進めることとする。

3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

【現状・課題】

○　医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。

【見直しの方向性】

○　医師養成過程に関わる制度については累次の見直しを行ってきており、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインに網羅的に位置づけ、都道府県に対する情報提供等を行う。

○　具体的な議論の整理及び対応の方向性については「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ（令和８年３月２日　医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会)」に基づき取り組むこととする。

III.　外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること等の状況にある。このため、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みを構築するとともに、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）が定められているところである。

○　外来医療計画においては、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化し、外来医師偏在指標の上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定した上で、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、外来医療に関する協議の場における協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療)、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めている。

○　しかしながら、外来医師多数区域における新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を要請したもののうち、合意に至ったものは 25%、協議の場への出席の要請対象となる新規開業希望者のうち、協議の場を活用した件数は 17%、実際に出席要請を行った例はない等、必ずしも外来医師多数区域における一連の取組が進んでいるとは評価できない。

○　こうした状況に鑑み、総合パッケージにおいては、外来医師偏在指標が一定数値を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設６か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能等の要請等をすることができることとし、要請等の実効性を確保するための仕組みとして勧告、公表を行うことができるなど、対応を強化することとした。

○　こうした内容を盛り込んで令和７年 12 月に成立した医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第 87 号）については、衆議院において「政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」との修正が行われた。

○　また、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会の附帯決議においては、「地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと」とされたところである。

○　検討会においては、都道府県が地域の不足する医療機能を新規開業希望者に求めるなどの現在の外来医師多数区域に関する取組は、機能しているとは言い難いとの意見があった。

2.　外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

(1) 外来医師過多区域における取組

①　外来医師過多区域の基準及び指定方法

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。

○　具体的には、

・　外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍」以上

かつ

・　可住地面積あたり診療所数が上位 10%

を基準とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	該当市区町村
東京都	区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	大阪市
福岡県	福岡・糸島	福岡市、糸島市
東京都	区南部	品川区、大田区
東京都	区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	神戸市

○　都道府県による外来医師過多区域の指定について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

・　外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

②　地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域において示すこととしている地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例については、現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインで示している外来医師多数区域における地域に必要とされる医療機能の内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、

（地域で不足する医療機能）

・　夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務等）

・　在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）

・　学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供

（医師不足地域での医療）

・　都道府県内外の医師不足地域での定期的な外来医療（地域で不足している診療科）の提供
・　都道府県内外の医師不足地域での夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務　等

を外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインに示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

○　都道府県においては、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの内容を踏まえ、外来医療に関する協議の場において、不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議し、内容を取りまとめた上で公表することとする。

○　また、ガイドラインにおいて、以下の内容を記載することとする。

・　外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）。
・　地域で不足する医療機能を協議する際は、かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考とすることが望ましい。
・　医師不足地域での医療の提供の要請を行う際、都道府県は、都道府県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等の医師不足地域を指定する場合には、指定した区域で不足している医療を提供するよう求めること、特定の区域を指定しない場合には、都道府県内・近隣都道府県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等で不足している医療を提供するように求めること。あわせて広域マッチング事業等への登録を求めること。

○　外来医師過多区域、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、外来医療に関する協議の場における協議内容を踏まえ、事前に各都道府県の HP 等で公表するとともに、外来医療計画において、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容に加えて、これらは随時変更する場合がある旨を記載すること。

③　新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

【対応の方向性】

○　開設６か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。

・届出者の住所及び氏名

・届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
・開設予定の診療所の名称
・開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
・開設予定の年月日
・診療を行おうとする科目
・医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供に関する意向の有無
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない場合は、その理由　等

○　事前届出義務の猶予対象となる場合は、親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とするなど、事前届出に関する例外を設けることとする。

○　また、猶予対象の場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常のフローの通り、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

④　事前届出の流れ

【対応の方向性】

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容」を公表し、都道府県が公表する外来医師過多区域、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容、届出様式についての周知を行うこととする。

○　新規開業希望者は、既存の開設手続きに加え、都道府県への事前相談を行った上で、開設６か月前までに都道府県に対して、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出することとする。届出の内容を踏まえて都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療に関する協議の場への参加の求め・要請を行うこととする。

⑤　外来医療に関する協議の場

【対応の方向性】

○　事前届出において不足する医療機能等を提供しないと回答した者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予といった例外対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する

者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて外来医療に関する協議の場への参加を求めることとする。

○　外来医療に関する協議の場において新規開業希望者に説明を求める事項は、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供をしない理由や当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容といった事項とする。

○　外来医療に関する協議の場において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供するよう働きかけることの重要性に鑑み、「新規開業希望者に対して参加を求める外来医療に関する協議の場は、原則として対面又はオンラインで開催することとして、都道府県における手続き上やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応も可能である」こととする。

○　外来医療に関する協議の場の開催頻度については、事前届出の提出後、届出内容の確認、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の要請（１～２週間程度の期限）、厚生局への通知の期間が必要であり、こうした状況を鑑みると、少なくとも３か月に１回は外来医療に関する協議の場を開催することが必要であると想定される。外来医療に関する協議の場の効果的・効率的な運用の観点から、必要に応じて外来医療に関する協議の場の下にワーキング等を設置することも可能とする。

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、事前届出の内容確認、外来医療に関する協議の場の運営、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担については、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

⑥　要請・勧告

【対応の方向性】

○　新規開業希望者が要請に従わない場合は保険医療機関の指定期間が短縮されることがある旨を周知した上で、原則として１～２週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。また、期限内に回答がない場合、または地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、厚生局へ保険医療機関の指定期間を３年に短縮することの通知、都道府県医療審議会への出席及び理由等の説明の求めを行うこととなる。

○　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない「やむを得ない理由」については、真に当該医療を提供しない事情がある場合に限って個別に判断されるものであり、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないとした場合には、原則として要請の対象となることが想定されるが、例えば、

・　夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に勤務する全ての医師が乳幼児の世話や家族の介護等を現に担っており夜間や休日の対応ができない場合

・　学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合

等が該当すると考えられる。

○　都道府県は、要請・勧告内容の実施状況（地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況）の確認のため、要請に応じなかった診療所を対象に、年１回程度、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求め、要請・勧告した不足する医療機能等の提供状況を確認することとする。

○　また、要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、都道府県医療審議会又は協議の場において、要請・勧告に応じて地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供していることが確認できた場合、次回の保険医療機関の指定期間は６年とする。

○　今般、医療法等の一部を改正する法律により導入される外来医師過多区域に関する仕組みについて、その取組に実効性を持たせるためには、都道府県が事前届出の内容を踏まえて、適切に外来医療の協議の場への参加・理由等の説明を求め、要請・勧告等を行うことが不可欠である。このため、外来医師過多区域における事前届出の状況や、要請・勧告の状況等について、国が都道府県に対して毎年報告を求めることとする。そのうえで、国においては、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないこととした診療所のうち、外来医療の協議の場への参加を求めた割合や、都道府県における要請・勧告の対象となった割合等を把握し、都道府県に対して状況の確認を行う。また、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供することとした診療所が、実際に適切に必要とされる医療を提供しているかについても、国において医療関係団体と連携しつつ、確認するための方法を今後検討する。

○　その上で、施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていることを踏まえ、国において必要な対応を行うこととする。

⑦　保険医療機関の指定期間の短縮等

【対応の方向性】

○　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間について以下のとおりとする。

指定期間	類型
３年	・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 ・勧告を受けた診療所 ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（２度目の指定）
２年	・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（３度目の指定以降）

○　保険医療機関の指定期間が短縮された者に対しては、医療機能情報提供制度（ナビイ）において、各都道府県における「外来医師過多区域」及び「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」の公表がされてから半年以降に、外来医師過多区域で開設した無床診療所について、「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」を項目として追加することとする。

(2)　外来医師多数区域における取組

【対応の方向性】

○　現行運用されている外来医師多数区域における、新規開業希望者に対する地域で必要とされる医療機能の要請やその合意、外来医療に関する協議の場の活用等の対応は、必ずしも機能していると評価することはできないことから、外来医師過多区域は管内に有さないが、外来医師多数区域を有している都道府県においても、外来医療機能の偏在対策に資する外来医師多数区域における取組を、これまで以上に進めることが重要である。

○　このため、国においては、外来医師過多区域の取組のほか、外来医師多数区域の取組についても引き続き毎年報告を求め、必要に応じてその取組状況の公表を行うとともに、国としても、都道府県の取組の実態を踏まえ、必要な制度運用の見直しを検討する。

（令和８年3月26日時点）

社会保障審議会医療部会委員名簿

	氏　名	所　属
	石飛　厚志	全国市長会（島根県雲南市長）
	伊藤　伸一	日本医療法人協会会長
	井上　隆	日本経済団体連合会専務理事
	内堀　典保	日本歯科医師会副会長
※	内堀　雅雄	全国知事会（福島県知事）
◎ ※	遠藤　久夫	学習院大学長
	岡　俊明	日本病院会副会長
	荻野　構一	日本薬剤師会副会長
	小野　太一	政策研究大学院大学教授
※	角田　徹	日本医師会副会長
	勝又　浜子	日本看護協会副会長
	神野　正博	全日本病院協会会長
	木戸　道子	日本赤十字社医療センター　副院長・第一産婦人科部長
	鈴木　美穂	認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事
	永井　幸子	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	長島　公之	日本医師会常任理事
	野村　さちい	つながるひろがる子どもの救急代表
※	松田　晋哉	福岡国際医療福祉大学看護学部教授
※	松原　由美	早稲田大学人間科学学術院教授
	望月　泉	全国自治体病院協議会会長
	望月　幹也	全国町村会理事（山梨県身延町長）
	山崎　學	日本精神科病院協会会長
○ ※	山本　修一	地域医療機能推進機構理事長
	米川　孝	健康保険組合連合会副会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

令和８年３月 26 日（木）
15 時 00 分～17 時 00 分
航 空 会 館 大 会 議 室

第 126 回

社会保障審議会医療部会

議　事　次　第

1. 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて
2. 精神疾患に係る第８次医療計画の見直しについて（報告）
3. 医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について
4. 健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

＜配布資料＞

資料１　地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて

資料２　精神疾患に係る第８次医療計画の見直しについて（報告）

資料３　医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について

資料４　健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

参考資料１－１　新たな地域医療構想に関するとりまとめ

参考資料１－２　医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

参考資料１－３　医師確保計画の見直し等に関する参考資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

令和8年3月 19 日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

１．はじめに
２．新たな地域医療構想について
（１）地域における人口構造の変化を踏まえた取組
（２）構想区域
（３）地域医療構想調整会議
（４）関係者に期待される役割等
①都道府県
②国
③市町村
④大学病院本院
⑤医療関係者
⑥公立・公的病院等
⑦医療保険者
⑧介護関係者
⑨地域医療構想アドバイザー
（５）策定・推進のためのデータ
３．医療機関機能の確保について
（１）基本的な考え方
（２）高齢者救急・地域急性期機能
①高齢者救急について
②医療機関機能について
（３）急性期拠点機能
（４）在宅医療等連携機能
（５）専門等機能
（６）医療機関の連携・再編・集約化について
（７）医育及び広域診療機能
４．医療需要の推計と病床機能報告について
５．人口規模に応じた地域ごとの課題について
６．策定について
（１）策定のプロセス
①策定のプロセスについて

②スケジュールの共有・現状の把握
③課題・目的の設定
④対応案の検討、地域医療構想の策定
⑤取組の推進
（2）構想区域
（3）入院医療
（4）外来医療
（5）在宅医療
（6）介護との連携
（7）人材確保
7. 地域医療構想と医療計画の関係
8. 精神保健医療福祉との関係について

1. はじめに

（新たな地域医療構想について）

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040 年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040 年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

（新たな地域医療構想策定ガイドラインについて）

- 新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ（2024 年 12 月 18 日）において、新たな地域医療構想においては「「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療･介護提供体制を構築」すべきといった方向性がとりまとめられ、その後当該方向性に沿った必要な制度改正が進められているところ。
- 今後、都道府県が具体的に地域医療構想を策定・推進するにあたり必要と

なる地域医療構想策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の策定に向けて、2025 年7月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。

- ガイドラインは、都道府県が 2040 年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的な PDCA を含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第 87 号。以下「改正医療法」という。）に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

（1）地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
  - 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
  - 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
  - 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

（2）構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

（3）地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療需要や人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する

場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。

- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

（4）関係者に期待される役割等

① 都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する

部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。

- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

④ 大学病院本院（「３．（７）医育及び広域診療機能」も参照のこと。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 公立・公的病院等

- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等や、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて取組を進めることが求められる。

⑦ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の

推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

（5）策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。
- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

３．医療機関機能の確保について

（1）基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期の医療需要への対応等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040 年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられることなど、複数の医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

（2）高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急

の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

（3）急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040 年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。

- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口 30 万人以上が多いことや、人口 20 万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口 20 万人から 30 万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が 30 万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

（4）在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往

診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

（5）専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第9次医療計画等に向けて、5疾病6事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。

（6）医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。
- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしない

が、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

（7）医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる

中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。 その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県 1 医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る

提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行う等の取組を進めることが重要である。

- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4．医療需要の推計と病床機能報告について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040 年の性・年齢階級別人口について、2024 年の NDB データを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDB データに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
  - 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
  - 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、この事業による病床数の削減を前提とする必要がある。このため、NDB データから算出される医療需要に対する、当該事業において削減が見込まれる病床数に病床利用率を乗じて換算した医療需要の割合を減少率として算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乗じることで反映する。
  - 75 歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた 75 歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
  - 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者につ

いて、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。

- 必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期 78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
- 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%とする。
- さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出に当たり用いる値について、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋０．５%をそれぞれ加えることで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年・2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040 年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
  - 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
  - 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
  - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
  - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
  - こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。
- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定する

ものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数（既存病床数及び許可病床数）との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。

- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域（例えばＡ市Ｂ区など）を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

５．人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。

- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。
- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040 年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

（1）策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第９次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途

に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の

取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

（2）構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

（3）入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を

行う。

- 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
- 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
- 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
- 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
- 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
- 介護との連携に関する事項
- 人材の確保に関する事項
- 患者の医療アクセスに関する事項
- 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項　等

（4）外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーション・栄養管理・口腔管理が提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診や D to P with N を含むオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
  - 外来医療の体制確保に関する事項
  - 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関が対面診療を基本としつつ、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守し、オンライン診療を組み合わせた外来医療の提供を担うことも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。
- また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加するこ

とが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

（5）在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。また、歯科医療機関と連携した口腔健康管理の実施体制の構築や、薬局と連携した切れ目のない薬剤情報連携体制の構築が重要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護ステーション、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能（有床診療所）を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や

介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。

- 地域ごとに、効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、D to P with N を含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

（6）介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

（7）人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第８次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、ガイドライン又は医療計画において内容を反映させることや、それぞれの取組の好事例の把握や横展開が重要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

7. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、今後、地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画の見直しの際には、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第９次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

8. 精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027 年（令和９年）10 月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療

における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026 年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

令和８年３月 19 日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

Ⅰ. はじめに

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定
2. 医師確保計画
   (1) 医師確保の方針
   (2) 目標医師数
   (3) 目標医師数を達成するための施策
   (4) 医師偏在是正プランの策定
      ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方
      ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方
      ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策
   (5) 医師確保計画の効果の測定・評価
3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

Ⅲ. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定
2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
   (1) 外来医師過多区域における取組
      ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法
      ② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容
      ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合
      ④ 事前届出の流れ
      ⑤ 外来医療に関する協議の場
      ⑥ 要請・勧告
      ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等
   (2) 外来医師多数区域における取組

Ⅰ. はじめに

○　医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改正を経て、医師養成過程を通じた取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。

○　地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、令和６年 12 月 25 日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。

○　令和７年夏以降の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（以下「検討会」という。）及び医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、総合パッケージに係る各種施策の実施に関する具体的な事項、医師確保計画策定ガイドライン（第８次後期）及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第８次後期）の改定に向け見直しが必要と考えられる事項を中心に、次のとおり意見のとりまとめを行う。

○　なお、国においては、今回のとりまとめを踏まえ、医師確保及び医師偏在是正に向けた対策について、制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

Ⅱ. 医師確保計画策定ガイドライン

1.　医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師偏在指標の下位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師少数区域」、上位 33.3%に該当する二次医療圏を「医師多数区域」と設定している。

○　この医師偏在指標を用いた区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を

要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されている一方、検討会においては、現行の医師偏在指標の計算式をより複雑にすることは望ましくないという意見があった。

○　地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「へき地尺度（RIJ)」という。））が開発されており、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の検討が進められている。

○　その他、検討会においては、医師偏在指標の更新については、実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるとの意見があった。また、医師多数区域であったとしても、高齢医師の割合が多い場合には、中長期的には医師少数区域等となる可能性があることに留意すべきとの意見があった。

【対応の方向性】

○　現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の開発に向けて検討が進められていることを踏まえ、第８次後期医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定することとする。

○　具体的には、①医師偏在指標が下位 33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位 33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」についても、医師少数区域と設定することとする。

○　その際、「へき地尺度(RIJ)が特に高い区域」については、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にあることも踏まえ、へき地尺度（RIJ）が上位 10%の区域として設定することとする。なお、へき地尺度（RIJ）が上位 10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、必要となる対策について引き続き検討を行うこと。

○　第８次後期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に当たっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

○　高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。

2.　医師確保計画

(1) 医師確保の方針

○ 従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針について、医師確保計画策定ガイドラインに新たに追記する。

（診療科偏在に配慮した医師の確保）

【現状・課題】

○　全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なる。また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差がある。

○　診療科偏在は様々な課題を内包していると考えられ、以下のような視点に基づいて検討する必要がある。

・　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師　等）

・　医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（例：小児科、産科　等）

・　医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科　等）

【対応の方向性】

○　小児科及び産科については、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおける議論を踏まえ、引き続き小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて小児科・産科における医師の派遣調整、勤務環境の改善等に取り組むこととする。

○　分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行うこととする。

○　皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在しうる領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。

○　オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。そのうえで、適時適切な対面診療への切換や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。

○　都道府県における遠隔診療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。

○　なお、担い手の確保の観点で対策が必要な、総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等の、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組については、３.医師養成過程を通じた医師の偏在対策で後述する内容を参照の上、都道府県で必要な対応を検討することが適当である。

(2) 目標医師数

【現状・課題】

（医師少数区域における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数としている。

（医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提

示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　現行の医師確保計画において、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

【対応の方向性】

（新たな医師少数区域における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による下位33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　「医師偏在指標による中位33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域」については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする（原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする）こととする。その上で、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。なお、今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

（新たな医師少数区域以外における目標医師数の設定）

○　「医師偏在指標による中位33.3%の区域かつへき地尺度（RIJ）が特に高い区域に該当しない区域（医師中程度区域）」及び「医師偏在指標による上位

33.3%の区域（医師多数区域）」については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

○　第８次後期医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

○　医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。

(3) 目標医師数を達成するための施策

（医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度は、医師少数区域等における６か月以上の勤務を行ったものを厚生労働大臣が認定し、地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないとされている。

○　総合パッケージにおいて、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、公的医療機関等を追加すること、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長すること等が定められている。

○　一方で、検討会においては、

・　現在、病院長のなり手が少ない所で、この見直しが病院長になることを断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る

・　病院の管理者としては総合判断力など全人的な要素が必要であり、こうした要件で縛りつけると限られた者の中からでしか管理者を選べなくなる懸念がある

・　臨床研修病院などで指導医を担っていることなどを緩和要件として考慮して欲しい

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 31 条において医師の確保に関する事項の実施に協力することなどが求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することとする。

○　厚生労働大臣が認定する医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から１年以上に延長することとする。

○　厚生労働大臣の認定する医師以外の対象医療機関の管理者要件については、①６か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る６か月以内の期間は、臨床研修の期間も対象とすることを可能とする。また、医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も６ヶ月以内に限り対象とすることを可能とする。）かつ、②１年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者とすること等の規定を新たに設けることとする。

（医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等の活用）

【現状・課題及び検討会における意見】

○　現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど、全国的な医師偏在是正に対する協力を求めている。

○　一方、検討会においては、医師多数都道府県の取組をどのように実効性をもたせるのかといった意見があった。

○　また、住民や患者にとっては総合的な診療能力を持つ医師に来て頂けると安心であり、リカレント教育やマッチング事業を介して中堅・シニア世代の医師を活用していく必要がある、という意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う医師偏在是正に向けた広域マッチング事業（以下「広域マッチング事業」と

いう。）を推進し、当該事業等を通じて、医師多数都道府県から医師少数都道府県に対する医師派遣の取組を後押しすることとする。

○　医師多数都道府県においては、ドクターバンクや広域マッチング事業への登録について周知するとともに、登録者数を把握することに努めることとする。

○　また、総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業が実施されているが、当該事業と広域マッチング事業については連携しながら進めることが有効と考えられる。また、国においては、関係学会の協力を得ながら、リカレント教育の取組を進めていくことが重要である。

⑷ 医師偏在是正プランの策定

①　重点医師偏在対策支援区域等の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとしている。

○　また、総合パッケージにおいては、都道府県は、医師確保計画の中で実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することが求められている。

○　検討会においては、国で候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるような制度設計を行って欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、総合パッケージに記載された考え方を基に、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとする。

○　厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示することとする。

○　なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる

場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定することとする。

○　医師偏在是正プランについては、都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて基本的な考え方を示すこととする。

②　重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

○　令和６年度に厚生労働省が示した重点医師偏在対策支援区域の候補区域について、候補区域間を比較すると、診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあった。

○　検討会においては、こうした候補区域において医療機関の整備状況に差がある中、経済的インセンティブにより優先して支援を行う対象医療機関については、なるべく明確な考え方を示して欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

○　厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても医療資源にばらつきがあることを踏まえ、対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定することとする。

○　都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国から配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。

○　対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定できることとする。

③　重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

【現状・課題及び検討会における意見】

○　総合パッケージにおいては、不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的イン

センティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要であるとしている。

○　検討会においては、

・　重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、併せて、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である

・　都道府県が医師偏在是正プランにおいて具体的な政策を検討・実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、医師確保計画策定ガイドラインに記載して欲しい

との意見があった。

【対応の方向性】

○　国においては、以下の経済的インセンティブに係る事業を推進する。都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、これらの事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むことが必要である。

（診療所の承継・開業支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。

（医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業）

・　特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

（医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業）

・　重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

⑸ 医師確保計画の効果の測定・評価

【現状・課題及び検討会における意見】

○　従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する指標については提示していない。各都道府県の医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都

道府県が一定数存在したが、評価指標の設定は都道府県によってばらつきがある。

○　また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。

○　検討会においては、

・　医師偏在の問題解決のためには、少数地域だけでなく、多数地域の対策のモニタリングが必要である。

・　都道府県ごとに、地域医療対策協議会の開催回数、議題の量・質にばらつきがあるのが現状である。

・　定量的な評価指標は重要である。都道府県にも目安となるような指標について検討を深めて欲しい。

といった意見があった。

【対応の方向性】

○　都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。なお、都道府県においてかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえて、独自に指標を設定することも考えられる。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	２年に１回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	２年に１回 年１回	三師統計 都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年１回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	２年に１回 ３年に１回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年１回 年１回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年１回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年１回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	２年に１回	三師統計

○　医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第９次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究において検討を進めることとする。

3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

【現状・課題】

○　医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。

【見直しの方向性】

○　医師養成過程に関わる制度については累次の見直しを行ってきており、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、第８次後期医師確保計画策定ガイドラインに網羅的に位置づけ、都道府県に対する情報提供等を行う。

○　具体的な議論の整理及び対応の方向性については「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ（令和８年３月２日　医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会)」に基づき取り組むこととする。

III.　外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

1. 外来医師過多区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

○　外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること等の状況にある。このため、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みを構築するとともに、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）が定められているところである。

○　外来医療計画においては、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化し、外来医師偏在指標の上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定した上で、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、外来医療に関する協議の場における協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療)、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めている。

○　しかしながら、外来医師多数区域における新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を要請したもののうち、合意に至ったものは 25%、協議の場への出席の要請対象となる新規開業希望者のうち、協議の場を活用した件数は 17%、実際に出席要請を行った例はない等、必ずしも外来医師多数区域における一連の取組が進んでいるとは評価できない。

○　こうした状況に鑑み、総合パッケージにおいては、外来医師偏在指標が一定数値を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設６か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能等の要請等をすることができることとし、要請等の実効性を確保するための仕組みとして勧告、公表を行うことができるなど、対応を強化することとした。

○　こうした内容を盛り込んで令和７年 12 月に成立した医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第 87 号）については、衆議院において「政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」との修正が行われた。

○　また、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会の附帯決議においては、「地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと」とされたところである。

○　検討会においては、都道府県が地域の不足する医療機能を新規開業希望者に求めるなどの現在の外来医師多数区域に関する取組は、機能しているとは言い難いとの意見があった。

2.　外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

(1) 外来医師過多区域における取組

①　外来医師過多区域の基準及び指定方法

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。

○　具体的には、

・　外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の 1.5 倍」以上

かつ

・　可住地面積あたり診療所数が上位 10%

を基準とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	該当市区町村
東京都	区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	大阪市
福岡県	福岡・糸島	福岡市、糸島市
東京都	区南部	品川区、大田区
東京都	区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	神戸市

○　都道府県による外来医師過多区域の指定について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

・　外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

②　地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

【対応の方向性】

○　外来医師過多区域において示すこととしている地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例については、現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインで示している外来医師多数区域における地域に必要とされる医療機能の内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、

（地域で不足する医療機能）

・　夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務等）

・　在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）

・　学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供

（医師不足地域での医療）

・　都道府県内外の医師不足地域での定期的な外来医療（地域で不足している診療科）の提供
・　都道府県内外の医師不足地域での夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務　等

を外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインに示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

○　都道府県においては、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの内容を踏まえ、外来医療に関する協議の場において、不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議し、内容を取りまとめた上で公表することとする。

○　また、ガイドラインにおいて、以下の内容を記載することとする。

・　外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）。
・　地域で不足する医療機能を協議する際は、かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考とすることが望ましい。
・　医師不足地域での医療の提供の要請を行う際、都道府県は、都道府県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等の医師不足地域を指定する場合には、指定した区域で不足している医療を提供するよう求めること、特定の区域を指定しない場合には、都道府県内・近隣都道府県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等で不足している医療を提供するように求めること。あわせて広域マッチング事業等への登録を求めること。

○　外来医師過多区域、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、外来医療に関する協議の場における協議内容を踏まえ、事前に各都道府県の HP 等で公表するとともに、外来医療計画において、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容に加えて、これらは随時変更する場合がある旨を記載すること。

③　新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

【対応の方向性】

○　開設６か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。

・届出者の住所及び氏名

・届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
・開設予定の診療所の名称
・開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
・開設予定の年月日
・診療を行おうとする科目
・医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供に関する意向の有無
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない場合は、その理由　等

○　事前届出義務の猶予対象となる場合は、親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とするなど、事前届出に関する例外を設けることとする。

○　また、猶予対象の場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常のフローの通り、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

④　事前届出の流れ

【対応の方向性】

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容」を公表し、都道府県が公表する外来医師過多区域、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容、届出様式についての周知を行うこととする。

○　新規開業希望者は、既存の開設手続きに加え、都道府県への事前相談を行った上で、開設６か月前までに都道府県に対して、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出することとする。届出の内容を踏まえて都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療に関する協議の場への参加の求め・要請を行うこととする。

⑤　外来医療に関する協議の場

【対応の方向性】

○　事前届出において不足する医療機能等を提供しないと回答した者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予といった例外対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する

者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて外来医療に関する協議の場への参加を求めることとする。

○　外来医療に関する協議の場において新規開業希望者に説明を求める事項は、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供をしない理由や当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容といった事項とする。

○　外来医療に関する協議の場において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供するよう働きかけることの重要性に鑑み、「新規開業希望者に対して参加を求める外来医療に関する協議の場は、原則として対面又はオンラインで開催することとして、都道府県における手続き上やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応も可能である」こととする。

○　外来医療に関する協議の場の開催頻度については、事前届出の提出後、届出内容の確認、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の要請（１～２週間程度の期限）、厚生局への通知の期間が必要であり、こうした状況を鑑みると、少なくとも３か月に１回は外来医療に関する協議の場を開催することが必要であると想定される。外来医療に関する協議の場の効果的・効率的な運用の観点から、必要に応じて外来医療に関する協議の場の下にワーキング等を設置することも可能とする。

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、事前届出の内容確認、外来医療に関する協議の場の運営、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担については、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

⑥　要請・勧告

【対応の方向性】

○　新規開業希望者が要請に従わない場合は保険医療機関の指定期間が短縮されることがある旨を周知した上で、原則として１～２週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。また、期限内に回答がない場合、または地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、厚生局へ保険医療機関の指定期間を３年に短縮することの通知、都道府県医療審議会への出席及び理由等の説明の求めを行うこととなる。

○　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない「やむを得ない理由」については、真に当該医療を提供しない事情がある場合に限って個別に判断されるものであり、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないとした場合には、原則として要請の対象となることが想定されるが、例えば、

・　夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に勤務する全ての医師が乳幼児の世話や家族の介護等を現に担っており夜間や休日の対応ができない場合

・　学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合

等が該当すると考えられる。

○　都道府県は、要請・勧告内容の実施状況（地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況）の確認のため、要請に応じなかった診療所を対象に、年１回程度、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求め、要請・勧告した不足する医療機能等の提供状況を確認することとする。

○　また、要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、都道府県医療審議会又は協議の場において、要請・勧告に応じて地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供していることが確認できた場合、次回の保険医療機関の指定期間は６年とする。

○　今般、医療法等の一部を改正する法律により導入される外来医師過多区域に関する仕組みについて、その取組に実効性を持たせるためには、都道府県が事前届出の内容を踏まえて、適切に外来医療の協議の場への参加・理由等の説明を求め、要請・勧告等を行うことが不可欠である。このため、外来医師過多区域における事前届出の状況や、要請・勧告の状況等について、国が都道府県に対して毎年報告を求めることとする。そのうえで、国においては、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないこととした診療所のうち、外来医療の協議の場への参加を求めた割合や、都道府県における要請・勧告の対象となった割合等を把握し、都道府県に対して状況の確認を行う。また、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供することとした診療所が、実際に適切に必要とされる医療を提供しているかについても、国において医療関係団体と連携しつつ、確認するための方法を今後検討する。

○　その上で、施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていることを踏まえ、国において必要な対応を行うこととする。

⑦　保険医療機関の指定期間の短縮等

【対応の方向性】

○　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間について以下のとおりとする。

指定期間	類型
３年	・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 ・勧告を受けた診療所 ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（２度目の指定）
２年	・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（３度目の指定以降）

○　保険医療機関の指定期間が短縮された者に対しては、医療機能情報提供制度（ナビイ）において、各都道府県における「外来医師過多区域」及び「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」の公表がされてから半年以降に、外来医師過多区域で開設した無床診療所について、「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」を項目として追加することとする。

(2)　外来医師多数区域における取組

【対応の方向性】

○　現行運用されている外来医師多数区域における、新規開業希望者に対する地域で必要とされる医療機能の要請やその合意、外来医療に関する協議の場の活用等の対応は、必ずしも機能していると評価することはできないことから、外来医師過多区域は管内に有さないが、外来医師多数区域を有している都道府県においても、外来医療機能の偏在対策に資する外来医師多数区域における取組を、これまで以上に進めることが重要である。

○　このため、国においては、外来医師過多区域の取組のほか、外来医師多数区域の取組についても引き続き毎年報告を求め、必要に応じてその取組状況の公表を行うとともに、国としても、都道府県の取組の実態を踏まえ、必要な制度運用の見直しを検討する。

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

医師確保計画の見直し等に関する参考資料

医政局地域医療計画課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

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

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

○　中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討

○　**地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

○　全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定

○　その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

○　日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**
（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

○　医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

・　地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議

・　地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

・　「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

・　**医師少数区域等に一定期間勤務**した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

○　医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う

○　出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

医師確保計画策定ガイドラインの策定（国）

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出（国）

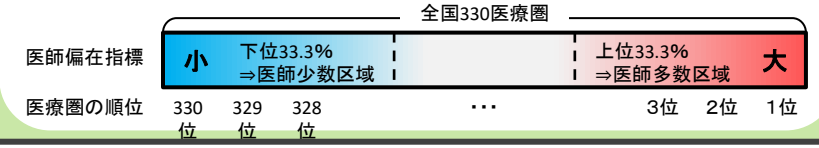
都道府県・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「５要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定（都道府県）

全国の330二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とするよう**国が提示した基準に基づき、都道府県が設定する**。



医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定（都道府県）

医師の確保の方針

（都道府県、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

（例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

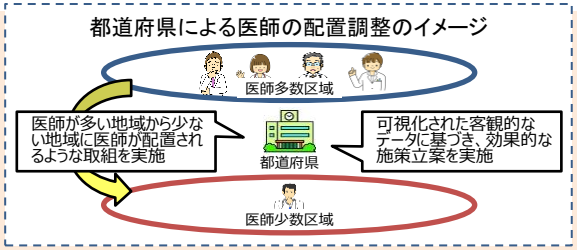
（都道府県、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

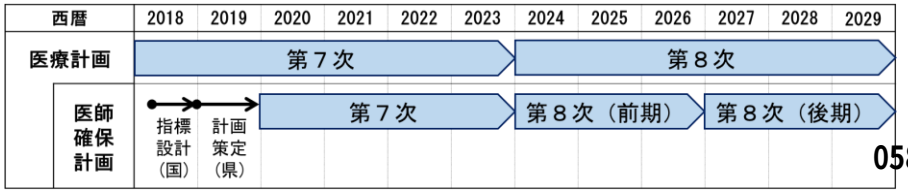
目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

（例）・大学医学部の地域枠を15人増員する
・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う
等



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



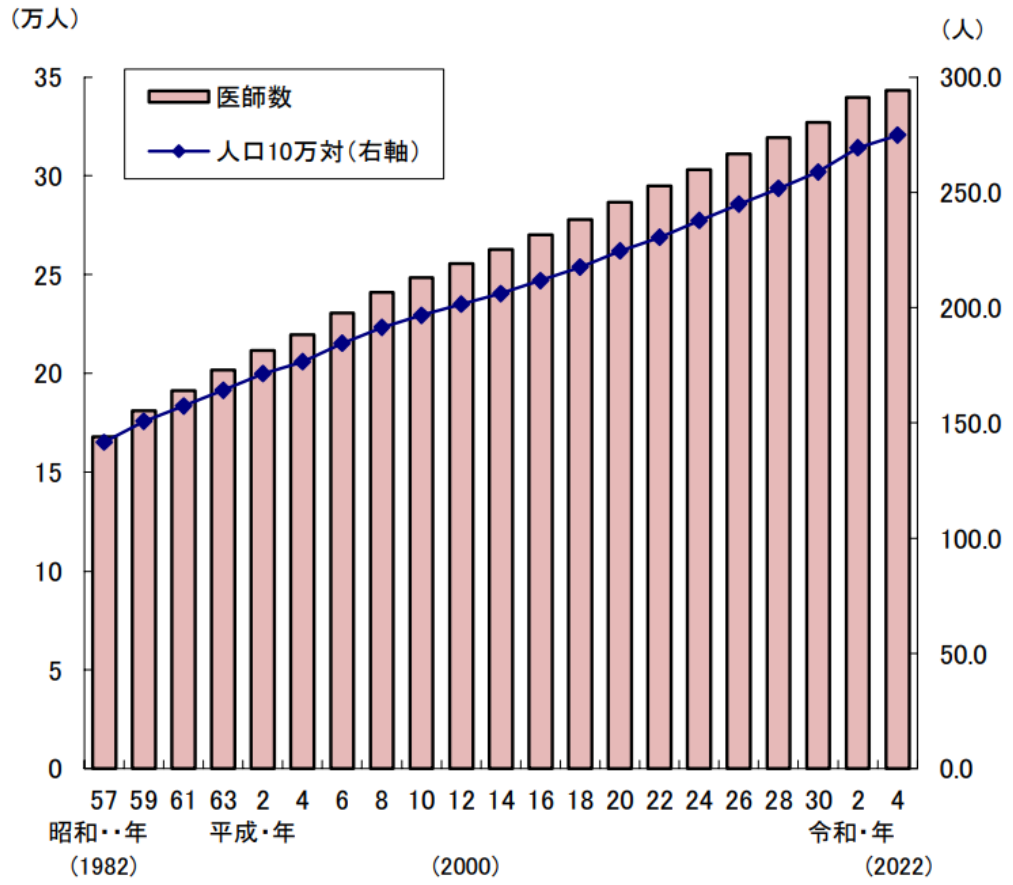
＊2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

0586

医師数の年次推移

各年 12 月 31 日現在

	医師数（人）	増減率（%）	人口10万対（人）
昭和 57 年 (1982)	167 952	…	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

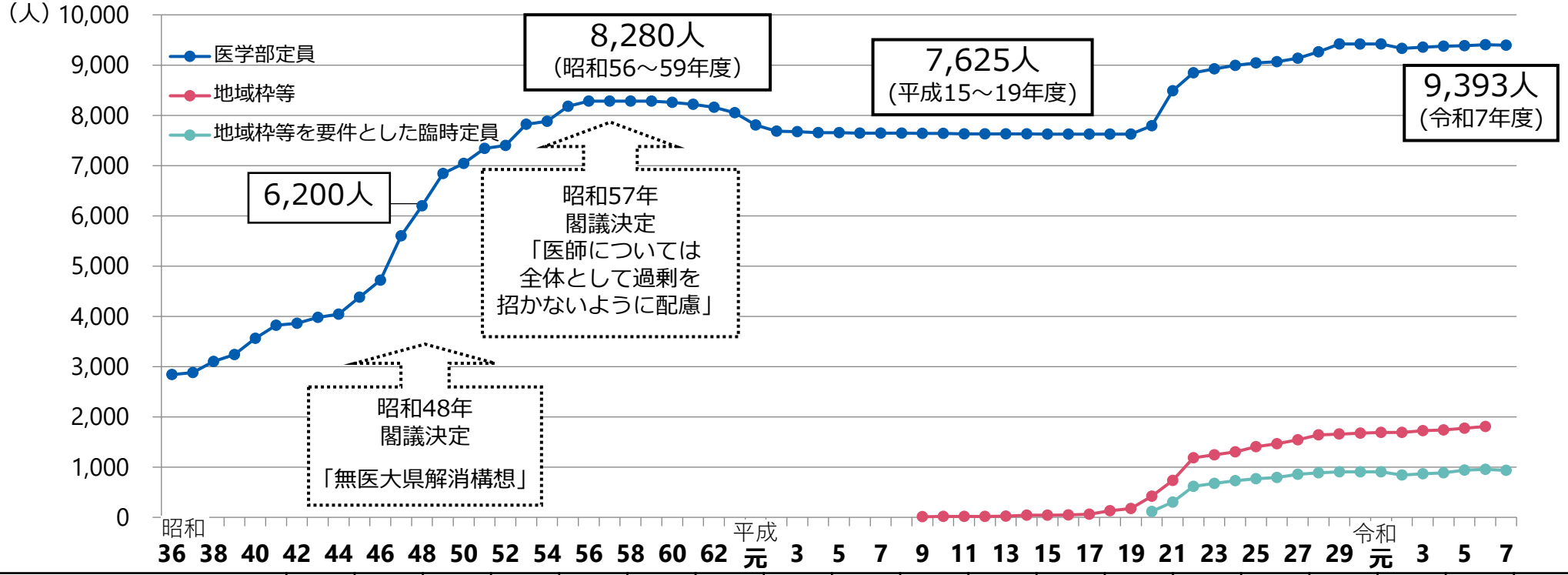
医学部入学定員と地域枠の年次推移

第９回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和７年１月２１日
資料１
一部改

○ 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっている。

○ 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度：173人 (2.3%) → 令和７年度：1,837人 (19.8%)）

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403	9,393
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280	9,270
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,607	7,591	7,623	7,763	7,743	7,731	7,640	7,632	7,636	7,611	7,595	7,556
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,462	1,543	1,639	1,657	1,676	1,689	1,690	1,725	1,738	1,773	1,808	1,837
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.3%	17.1%	17.9%	17.8%	18.0%	18.2%	18.4%	18.7%	18.8%	19.1%	19.5%	19.8%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955	933
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.8%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%	10.1%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

地域枠及び地元出身者枠数について（令和７年度）

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員〈地域枠〉	
		全体	うち、地元出身要件あり		全体	うち、地元出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	106	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	181	10	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	29
山形	106	6	5	0	8	8
福島	86	1	0	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	24	20
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,402	7	7	0	16	16
神奈川	415	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	79	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	2	2	0	8	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内地元出身者枠	臨時定員〈地域枠〉	
		全体	うち、地元出身要件あり		全体	うち、地元出身要件あり
滋賀	105	11	9	0	5	0
京都	207	3	3	0	4	4
大阪	510	0	0	0	12	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	3	3	0	12	0
和歌山	90	20	0	0	11	10
鳥取	85	7	5	0	17	6
島根	100	10	10	0	17	10
岡山	215	1	1	0	3	3
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	6	6	0	11	11
香川	100	3	3	0	11	11
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	11	5	0	14	14
福岡	430	0	0	0	4	4
佐賀	98	7	0	0	5	2
長崎	100	1	1	0	18	14
熊本	105	4	4	0	4	4
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	11	11

・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員
・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

0589

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込むことを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（栃木県指定枠３枠を含む）は、本表に含まない。）

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県

※令和６年１月10日更新の医師偏在指標に基づく

第７次医師確保計画を通じた目標達成状況

・医師偏在是正の目標年である2036年に向けて、第７次医師確保計画では、当該計画期間中（2020～2023年度）に、医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が、当該下位1/3基準値に達することを目標としていた。

・第８次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）の策定に向けて、新たな医師偏在指標を算出しており、新旧の医師偏在指標を比較し、目標の達成状況を示す。

●医師少数県における目標の達成状況

医師少数県においては、第７次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。

医師少数県	16県	→ 目標を達成した医師少数県	**6県（38%）**

●医師少数区域における目標の達成状況

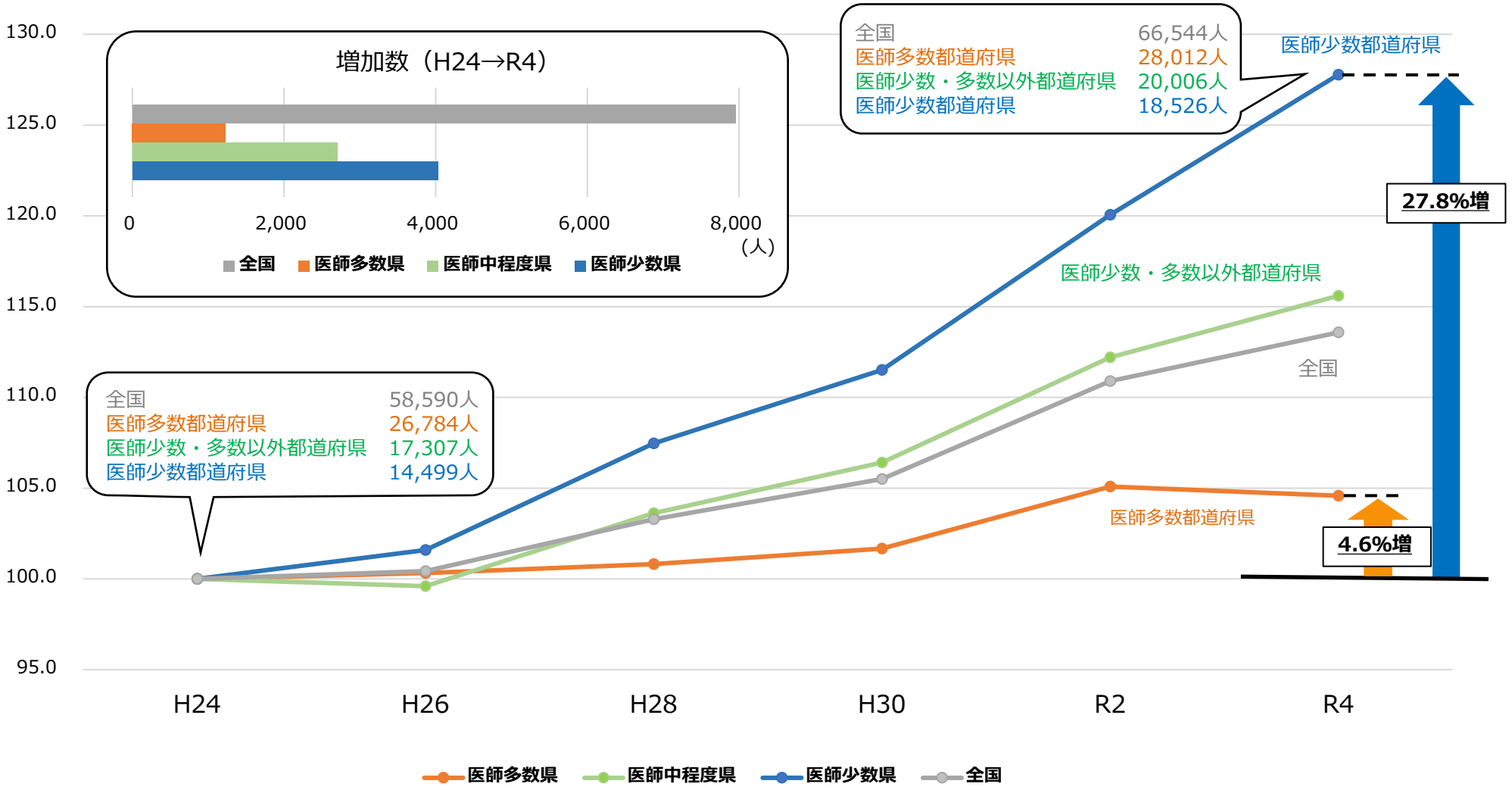
医師少数区域においては、第７次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。

医師少数区域	105区域	→ 目標を達成した医師少数区域	**43区域（41%）**

※　医療圏の見直し（８→３）を行った秋田県を除いて比較。

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○　平成24年～令和４年で比較すると、医師少数都道府県の若手医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。



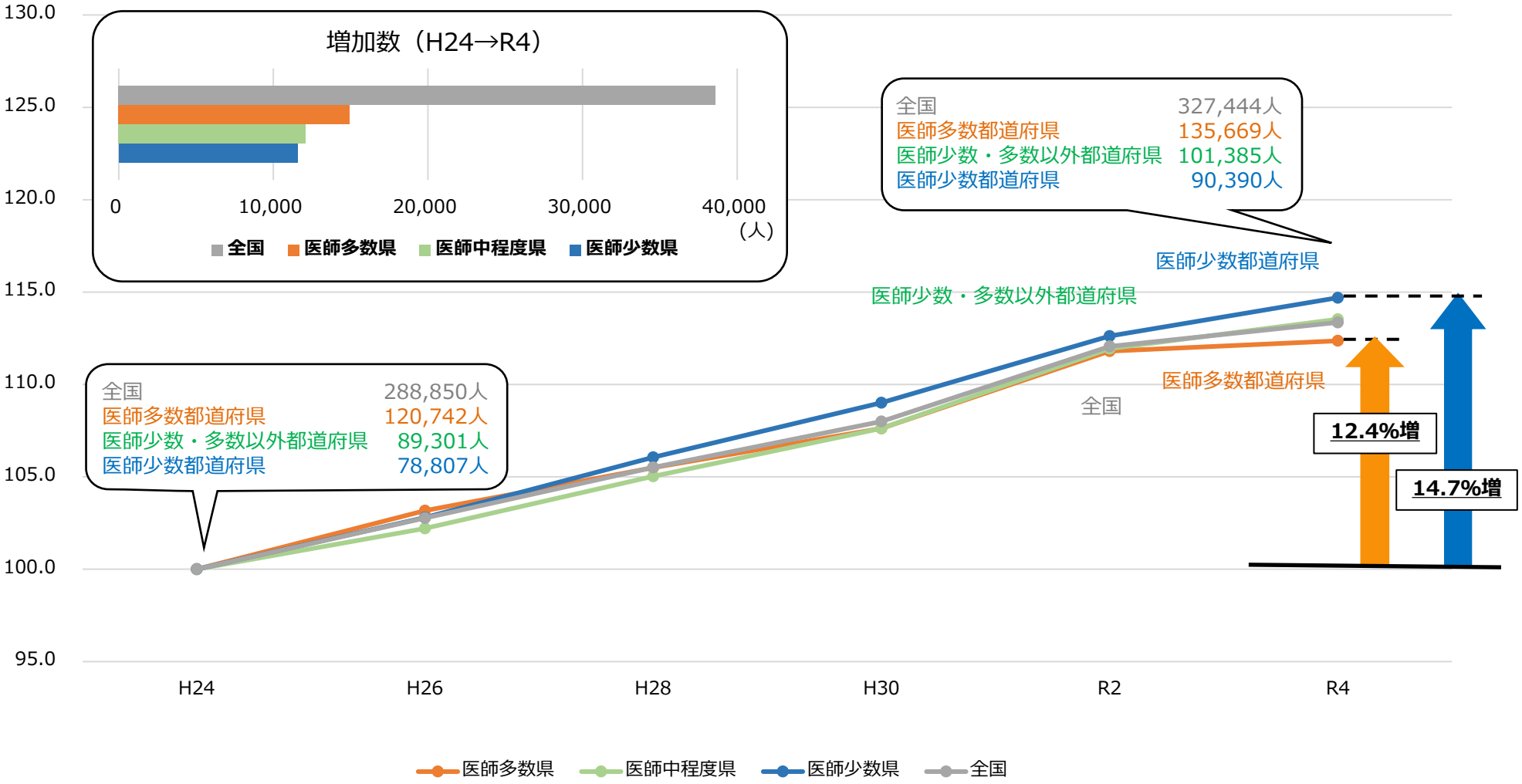
※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

0591

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和２年２月）による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○　平成24年~令和４年で比較すると、医師少数都道府県の全年齢での医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

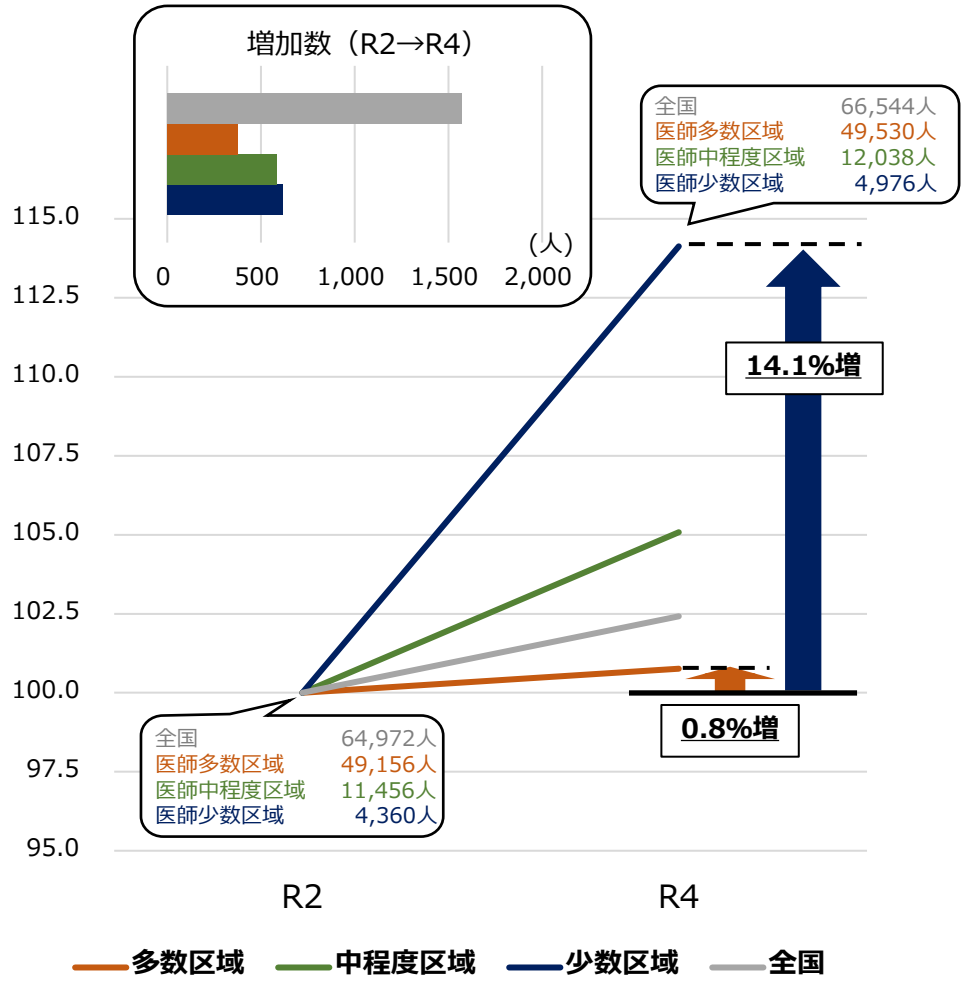
0592

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和２年２月）による

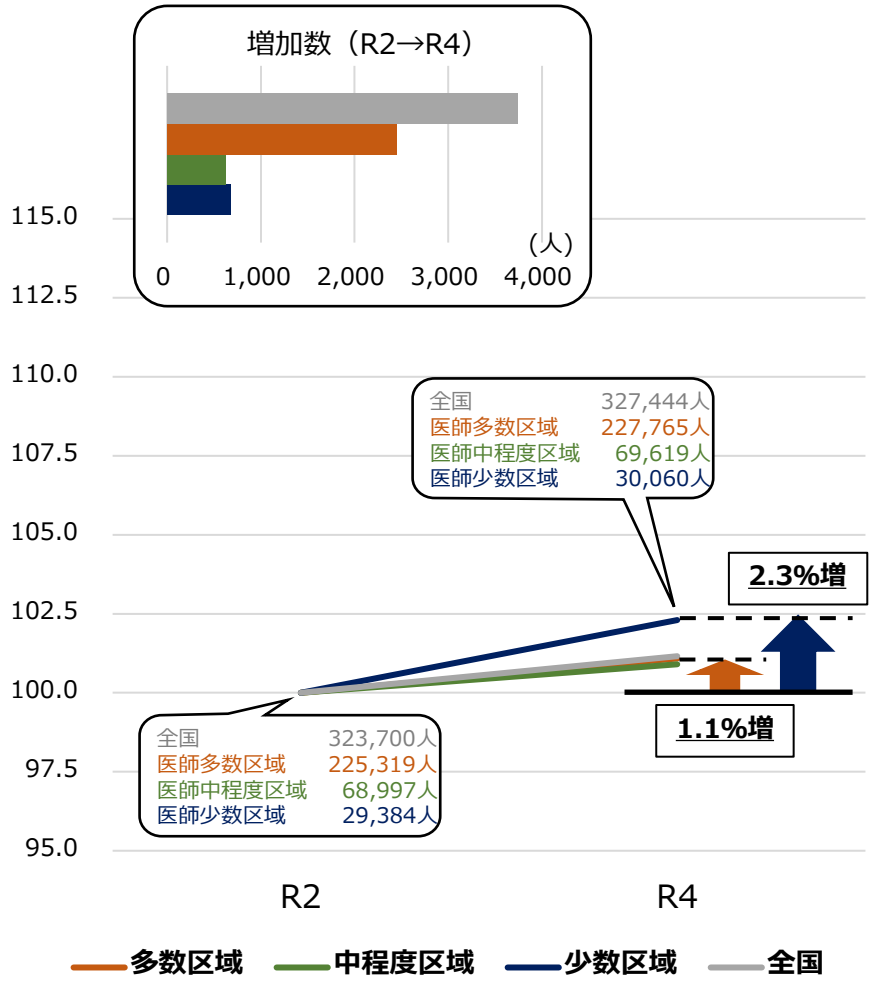
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和２年を100とした場合）

○　医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
○　全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



※医師多数/中程度/少数区域：第７次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
（厚生労働省：令和２年２月）による

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

○　**地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。**

○　**総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。**

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状課題	医師偏在は**一つの取組で是正が図られるものではない**	**若手医師を対象**とした医師養成過程中心の対策	**へき地保健医療対策を超えた取組**が必要
基本的な考え方	経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の**総合的な対策**	医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師へのアプローチ**	地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- 医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- 医師確保計画により３年間のＰＤＣＡサイクルに沿った取組を推進

0594

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

＜**医学部定員・地域枠**＞
・**医学部臨時定員**について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める

・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による**恒久定員内の地域枠設置**等への支援を行う

・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

＜**臨床研修**＞
・**広域連携型プログラム**※の制度化に向けて令和８年度から開始できるよう準備
※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

＜**重点医師偏在対策支援区域**＞
・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「**重点医師偏在対策支援区域**」**と設定し、優先的・重点的に対策**を進める
・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

＜**医師偏在是正プラン**＞
・医師確保計画の中で「**医師偏在是正プラン**」**を策定。**地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
※ 医師偏在指標について、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

＜**経済的インセンティブ**＞
・令和８年度予算編成過程で**重点区域における以下のような支援**について検討
- **診療所の承継・開業・地域定着支援**（緊急的に先行して実施）
- **派遣医師・従事医師への手当増額**（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
- **医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援**
  ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

・**医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応**を検討

＜**全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援**＞
・医師の掘り起こし、マッチング等の**全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育**を推進
＜**都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定**＞
・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する**連携パートナーシップ協定の締結**を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

＜**医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等**＞
・対象医療機関に**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加**
・勤務経験期間を６か月以上から**１年以上に延長**。施行に当たって柔軟な対応を実施
＜**外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等**＞
・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
＜**保険医療機関の管理者要件**＞
・保険医療機関に管理者を設け、２年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において３年等**保険診療に従事したことを要件**とし、**責務を課す**

診療科偏在の是正に向けた取組

0595

・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

今後のスケジュール（予定）

令和６年12月25日厚生労働省
「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（一部改）

対策等	２０２４年度	２０２５年度	２０２６年度	２０２７年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画（前期）」の取組	「第8次医師確保計画（後期）ガイドライン」の検討・策定	「第8次医師確保計画（後期）」の検討・策定	「第8次医師確保計画（後期）」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン、プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
経済的インセンティブ		緊急的な取組（診療所の承継・開業支援）の先行実施	本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援		全国的なマッチング機能の支援		
リカレント教育の支援		リカレント教育の支援		
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い（医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件）		法令改正 ガイドラインの検討・策定	改正法令施行	
医学部定員・地域枠		医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討		
臨床研修		各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
診療科偏在是正対策		必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討		

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

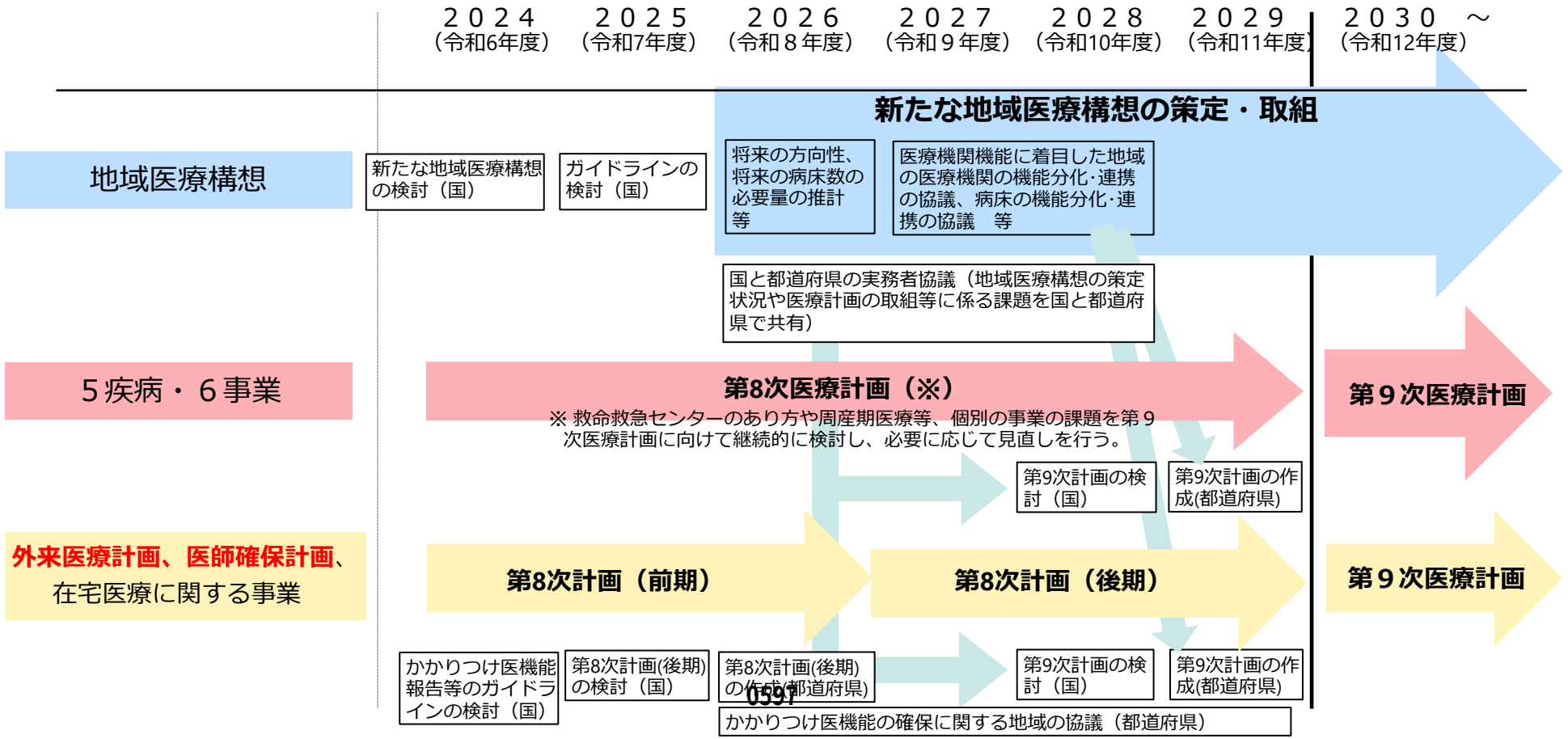
0596

※ 医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

○　新たな地域医療構想について、令和７年度に国でガイドラインを検討･策定し、都道府県において、まず令和８年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討･策定した上で、それを踏まえ、令和９～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化･連携の協議等を行うこととしてはどうか。

○　新たな地域医療構想の内容について、基本的に第９次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、５疾病･６事業については、個別の事業の課題を第９次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連ＷＧを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第８次医療計画(後期)に向けて令和７年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療･医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療･医療介護連携について、第８次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第９次医療計画の策定等に向けてＷＧで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】
・地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
（⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等）
・医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
・医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
・外来医療計画に関する事項
・その他本検討会が必要と認めた事項

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】
・在宅医療に関する事項
・医療･介護連携に関する事項　等

救急医療等に関するWG

【検討事項】
・救命救急センターに関する事項
・救急搬送に関する事項　　等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】
・小児･周産期医療提供体制に関する事項　　等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】
・災害、新興感染症発生･まん延時、国民保護事案等への対応　　等

連携

その他５疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療　等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

７月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
１２月～３月	とりまとめ

→　ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

医師確保計画の見直しの進め方について（現時点のイメージ）

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

令和7年	7月	・7月24日　第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について
	8月	
	9月	・9月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師偏在指標について（地理的要素の反映等について） ○　診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について
	10月	
	11月	・11月14日　第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 ○　医師確保計画の見直しの進め方について ○　第八次（前期）医師確保計画の取組と課題について ○　医師偏在指標と目標医師数について ○　医師偏在是正プラン（重点医師偏在対策支援区域）について ○　医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について ○　医師確保の取り組みについて
	12月頃	必要なデータ等の更新
令和8年	１～３月	・新医師偏在指標公表
	春頃	・第８次（後期）医師確保計画策定ガイドライン公表
	春以降～	・都道府県における医師確保計画（医師偏在是正プラン）の策定

議論開始

医師養成過程の取組に係る見直し

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論

議論の取りまとめ

医師確保計画策定ガイドラインについて

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○第８次（前期）医師確保計画においては、医師確保計画策定ガイドライン（第８次前期）に基づき、①計画策定に向けた体制整備等、②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定、③目標医師数を達成するための施策、④計画の効果測定・評価に関する事項について定められている。

第８次前期ガイドライン 構成

１．序文
　確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

２．体制等の整備
　都道府県における議論の場
　厚生労働省により提供する情報（データ）

３．医師偏在指標

４．医師少数区域・多数区域の設定

５．医師確保計画
　５－１．計画に基づく対策の必要性
　５－２．医師確保の方針
　５－３．目標医師数
　５－４．目標医師数を達成するための施策
　　５－４－１．施策の考え方
　　５－４－２．医師の派遣調整
　　５－４－３．キャリア形成プログラム
　　５－４－４．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援
　　５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用
　　５－４－６．その他の施策

６．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
　６－１．地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方
　６－２．必要な地域枠・地元出身者枠の数について
　６－３．地域枠の選抜方式等について

７．産科・小児科における医師確保計画

８．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

→ 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論

④計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師偏在指標の算定式

令和7年7月24日
地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{※1}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2}}$$

（※１）$\text{標準化医師数} = \Sigma\ \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

（※２）$\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{※3}}{\text{全国の期待受療率}}$

（※３）$\text{地域の期待受療率} = \frac{\Sigma(\text{性年齢階級別調整受療率（流出入反映）}^{※4} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

（※４）$\text{性年齢階級別調整受療率（流出入反映）} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{※5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{※6} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{※7}$

（※５）$\text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要／全国の無床診療所外来患者数}^{※8}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要／全国の入院患者数}}$

（※６）$\text{無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数（患者所在地）＋無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者所在地）}}$

（※７）$\text{入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数（患者所在地）＋入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者所在地）}}$

（※８）$\text{全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［無床診療所］}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［有床診療所・無床診療所］}}$

0602

第８次（前期）医師確保計画における医師偏在指標の見直しについて

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

第８次（前期）医師確保計画策定時の医師偏在指標の見直しの内容

①　複数の医療機関に勤務する医師の取扱い

医師偏在指標の精緻化を図る観点から、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出することとした。

②　勤務施設別の医師偏在指標

新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考値として都道府県に提示することとした。

医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について

令和7年7月24日
第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

＜医師偏在対策に関するとりまとめ　（令和６年12月18日　新たな地域医療構想等に関する検討会 ）＞
＜2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見とりまとめ＞（令和６年12月25日　社会保障審議会医療部会）＞

５．今後の医師偏在対策の具体的な取組

（７）医師偏在指標のあり方

○ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討することが適当である。

＜これまでにいただいた主なご意見＞

【地理的要素について】

○　山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関へのアクセスに時間を要するといった地理的な要因が反映されていない。

○　地域ごとに、医療機関へのアクセスや、それぞれの住民の受療行動が異なる。

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

○　現在用いられている係数で用いられている研修医の労働時間比が、実情と比べて高いのではないか。また、男女比についても、男性の育休取得に対するハードルの低下等の考え方の変化から、見直しが必要。

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

○　例えば10年後などを見据え、現在の医師の年齢構成も考慮すべき。

○　人口10万人当たりの医師数が多いとされる県でも、若手医師の流出等により、中長期的に見ると医師少数県となる可能性がある。

上記の意見等を踏まえ、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については以下の点に留意して検討してはどうか。

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について

0604

医師偏在対策を進める上での考え方（案）

令和7年9月11日
第１回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

  → 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域の設定にあたっては、現行の医師偏在指標に加え、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定することとする。

- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて

  → 医師偏在指標に用いられている医師の性年齢階級別労働時間比を含め、次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に用いるデータについては、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について

  → 高齢医師の割合が高い都道府県や区域については、医師確保の取組を進める一方、それでも現時点で医師不足が進行する地域については、例えば拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点での医療の確保に向け、対策を講じることとする。

①現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

○地理的要素は医師不足地域の医療提供体制を検討する上で重要であるが、医師偏在指標は、「人口10万人当たり医師数」をできるだけ精緻に把握する目的の指標であり、その計算式には医療機関へのアクセス等の結果である流出入調整係数を含んでいるものの、地理的要素を十分に反映できていないという意見が多い。

○現在、人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度が存在している。

反映することが可能な地理的要素（例）



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離



③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

○　次期医師確保計画（R9～）における医師少数区域の設定にあたっては、こうした**地理的要素を一定程度反映して医師少数区域を設定**することとする。

○　地理的な要素を具体的にどのように反映させるかについては、引き続き検討する。

0606

へき地尺度（Rurality Index for Japan）について

- へき地医療に関わる関係者（医療専門職、行政職、住民）へのアンケート調査等に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示す「へき地尺度（**R**urality **I**ndex for **J**apan）」という尺度が2023年に報告されている。

研究内容：へき地医療に知見のある医師・看護師・患者団体の代表からなる専門委員会を選定。過去の研究レビュー結果をもとに、専門委員会がRIJの候補因子（人口規模・人口密度、医療アクセス、医師数、離島、二次医療機関までのアクセス、気候等）を選定し、候補因子リストを作成した後、へき地医療の知見を有するステークホルダー（へき地医療の知見を有する医療従事者、行政官、住民）100名を募り、修正デルファイ法による計３回のオンライン調査を実施して因子を決定した後、因子の解釈を行った。

結果：探索的因子分析を用いて算出した各因子の因子負荷量を各因子の重みとして用い、変換前RIJ (pre-conversion RIJ)を以下に示す式で算出。

pre-conversion RIJ = 人口密度*(-0.3) + 直近の二次もしくは三次救急医療機関までの直線距離*0.46 + 離島*0.47 + 特別豪雪地帯*0.3

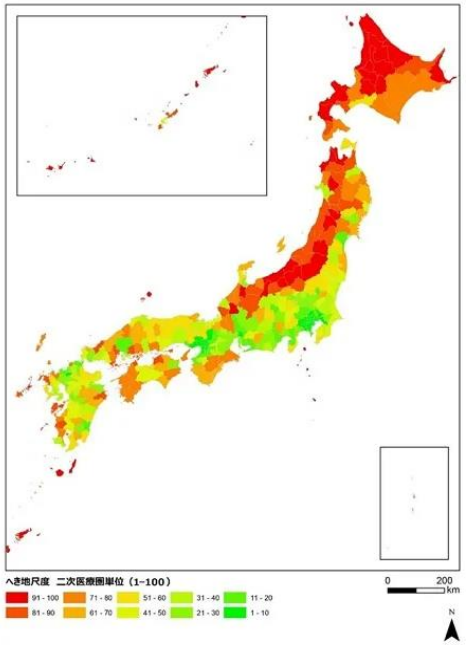
上記式で算出したpre-conversion RIJを整数値に変換した上で、百分位としてスコア化したものをRIJとして使用した。

※RIJは、１に近づくほどより都会に、100に近づくほどより地方になる。

＜へき地尺度に用いた因子＞



＜二次医療圏別へき地尺度＞



Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, Cooray U, Vingilis E, Freeman TR, Mathews M. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study. BMJ Open. 2023 Jun 19;13(6):e068800. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800. PMID: 37336534; PMCID: PMC10314574.

令和７年度の厚生労働科学研究班（研究代表者：福岡国際医療福祉大学　松田晋哉教授）において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻な「へき地尺度」を開発するための研究を実施している。

0607

へき地尺度と医師の診療の幅の関連について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して、入院・救急・外来ケアに関する全68項目の自己申告式質問票（Scope of Practice Inventory, SPI.（出典１）68点満点、点数が高いほど行っている診療の幅が大きい）を実施した（出典２）。

○医師の勤務する地域をへき地尺度（RIJ）10%ごとに区切りSPIの点数を比較したところ、**最も地方部の地域（へき地尺度上位10%）で勤務する医師は、他の地域と比較し、対応する診療の幅が大きい**傾向にあった。

【目的】
・へき地尺度（Rurality Index for Japan: RIJ）を使用し、医師の勤務地のへき地の程度と診療の幅との関係について検証。
【方法】
・日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して診療の幅を調査した。
・診療の幅（scope of practice: SoP）の測定のために、Scope of Practice Inventory（SPI）（※１）及びScope of Practice for Primary Care（SP4PC）（※２）の二つの尺度を用いた。
※１　SPIは入院管理、救急対応、外来診療の3つの領域からなる合計68項目（0-68点）からなる。
※２　SP4PCは「新生児の診療」、「妊婦の診療」、「学校医としての診療」、「手術室での手術」、「緩和ケア」などの22項目（0-30点。30点満点に換算。）からなる。

・SPI及びSP4PCを目的変数、RIJ等を説明変数として、診療の幅に影響を与える因子について重回帰分析による解析を行った。
【結果】
・最も地方部の地域では、最も都会の地域と比較して、SPIの入院・救急項目、SP4PCのスコアが、高値であった。
・RIJはSPI, SP4Cの両方において、幅広いSoPの共通因子であった。
【結論】
・へき地度が高い地域で診療している医師は診療の幅が広い傾向にあった。

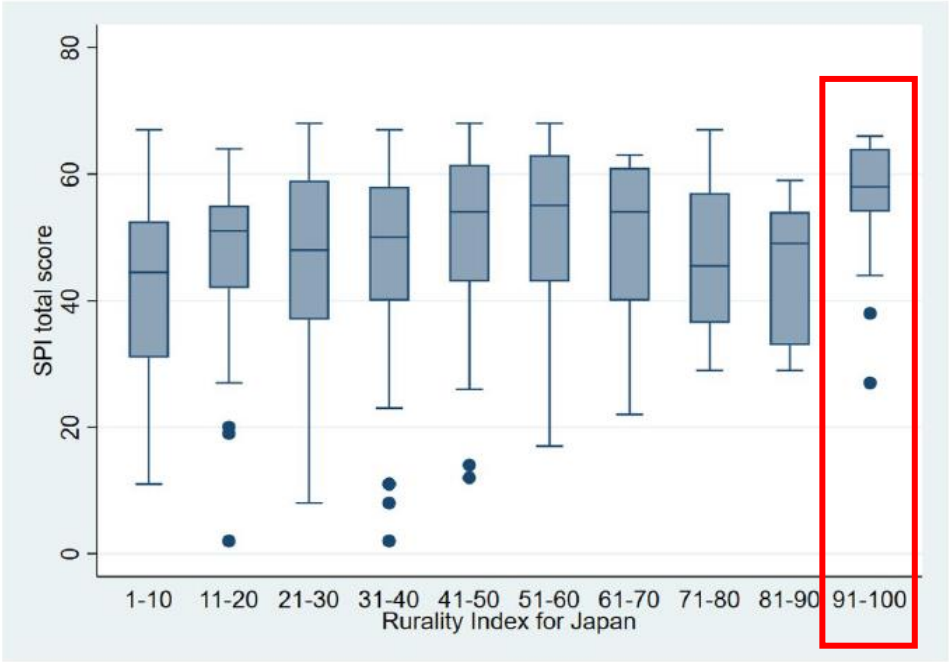


Fig.1a Boxplot of the SPI score and the RIJ

出典１：Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. BMC Fam Pract. 2015;16(1):161.

出典２：Kaneko M, Higuchi T, Ohta R. Primary care physicians working in rural areas provide a broader scope of practice: a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2024 Jan 2;25(1):9.

0608

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について①

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

○　医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、

・医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。

・実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。

○　①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

○　令和７年度の厚生労働科学研究班により、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度の検討が進められている。

論点

○　次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域等の設定にあたっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）についても組み合わせることで、地理的要素を一定程度反映したうえで医師少数区域を設定することとする。

○　具体的には、**①現行の医師偏在指標による下位1/3に該当する区域**に加えて、**②現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」**を追加し、新たな「医師少数区域」とすることとする。

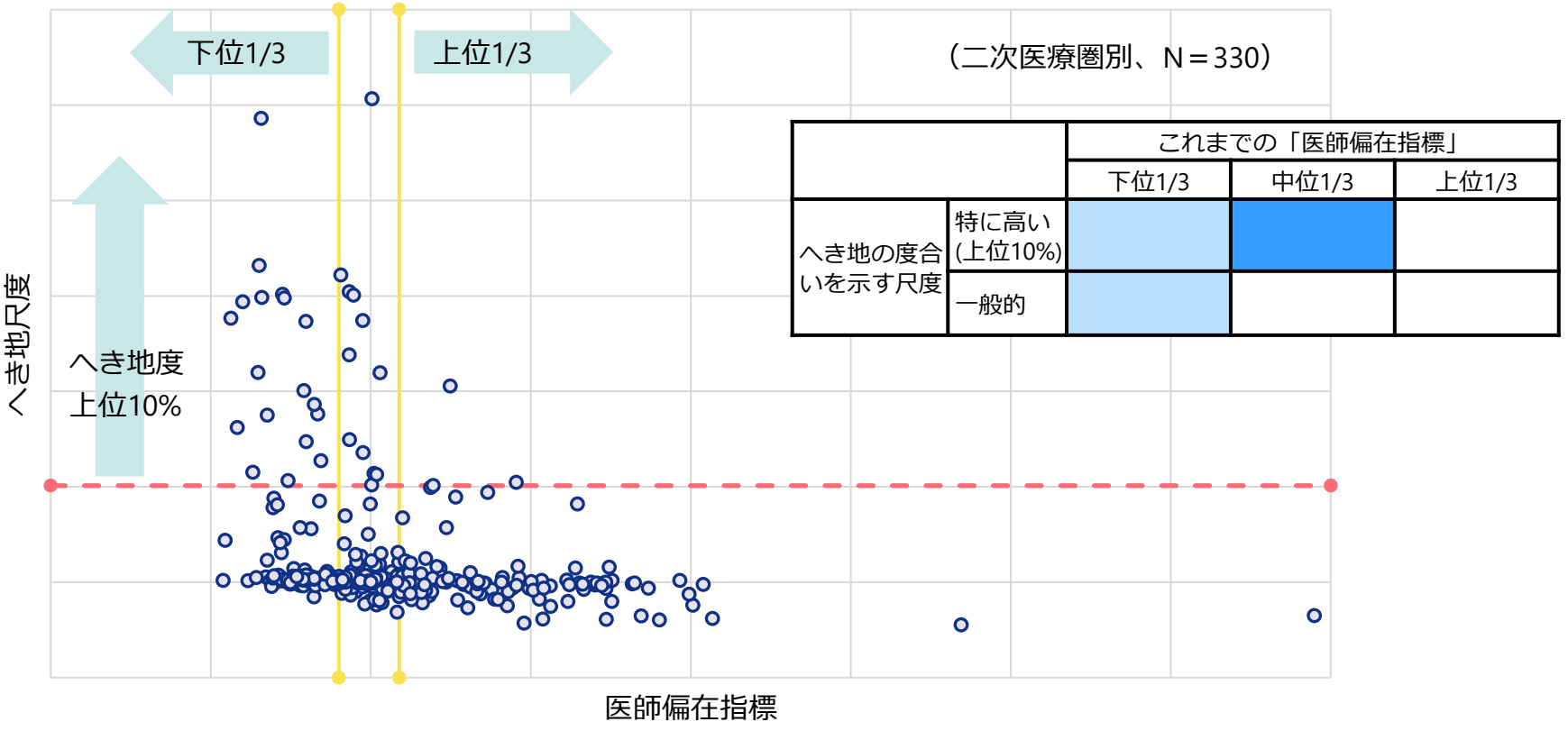
○　へき地尺度が特に高い区域については、例えば**へき地尺度が上位10%の区域**として設定することとする。

（参考）地理的要素を反映した新たな医師少数区域等について（イメ

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

- 医師偏在指標の計算式は現行と同様としつつ、医師少数区域の設定に当たり、①現行の**医師偏在指標による下位1/3に　該当する区域に加えて**、②**現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度」が特に高い区域（仮に上位10%の区域と設定）**を追加し、**新たな「医師少数区域」**とすることとした場合のイメージは以下のとおり。

医師偏在指標とへき地尺度（二次医療圏別）



		これまでの「医師偏在指標」		
		下位1/3	中位1/3	上位1/3
へき地の度合いを示す尺度	特に高い（上位10%）			
	一般的			

※現在利用可能なデータを用いて、医師偏在指標、へき地尺度を計算してイメージとして提示したものであり、第８次（後期）医師確保計画に用いるデータの更新により、区域の分布は変動する可能性があることに留意が必要である。

0610

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について②

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

論点

○　第８次（後期）医師確保計画に係る医師偏在指標の算出にあたっては、従来と同様の項目のデータを用いたうえで、下表の通り可能な限り最新のデータを用いることとする。

用いるデータ	出典（調査の間隔）	第８次（前期）に用いた医師偏在指標	第８次（後期）に用いる新たな医師偏在指標
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）（２年）	2020年	2024年
労働時間比	医師の勤務実態調査（随時）	2022年	2022年（※２）
人口	住民基本台帳人口（１年）	2017年（※１）	2024年
患者数	患者調査（３年）	2017年（※１）	2023年
流出入調整係数	都道府県への調査（随時）	2022年	2026年1月実施

※１　患者調査については、2020年調査結果を用いることが可能であったが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2017年調査を用い、住民基本台帳人口も、調査年が同じものを用いた。

※２　2025年調査の調査結果が利用可能になる時期が、2026年3月3日時点で未定である。

0611

医師確保の方針について（第８次（前期）医師確保計画策定ガイドライン）

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

【都道府県における医師確保の方針の主な記載】

○　**医師少数都道府県**については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師少数でも多数でもない都道府県**は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師多数都道府県**は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととしている。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

【二次医療圏における医師確保の方針の主な記載】

○　**医師少数区域**については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとしている。

○　**医師少数でも多数でもない二次医療圏**は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとしている。

○　**医師多数区域**は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととしている。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。

○　ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととしている。

0612

二次医療圏における目標医師数の設定について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

現行の医師確保計画に係る二次医療圏における目標医師数については、

○　**医師少数区域**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限としている。

○　**医師少数区域以外**の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

論点

新たな医師少数区域 ＝ ①これまでの「医師偏在指標」による下位1/3の区域 、 ②これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ 「へき地尺度」が特に高い区域

○　①現行の「医師偏在指標」による下位33.3%の区域における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　②現行の「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数としてはどうか。そのうえで、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。
※今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

新たな医師中程度区域 ＝ これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域

○　これまでの「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

新たな医師多数区域 ＝ これまでの「医師偏在指標」による上位1/3の区域

○　これまでの「医師偏在指標」による上位33.3%の区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

都道府県における目標医師数の設定について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

現行の医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

○　**医師少数都道府県**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

○　**医師少数都道府県以外**は、目標数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

論点

第８次（後期）医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

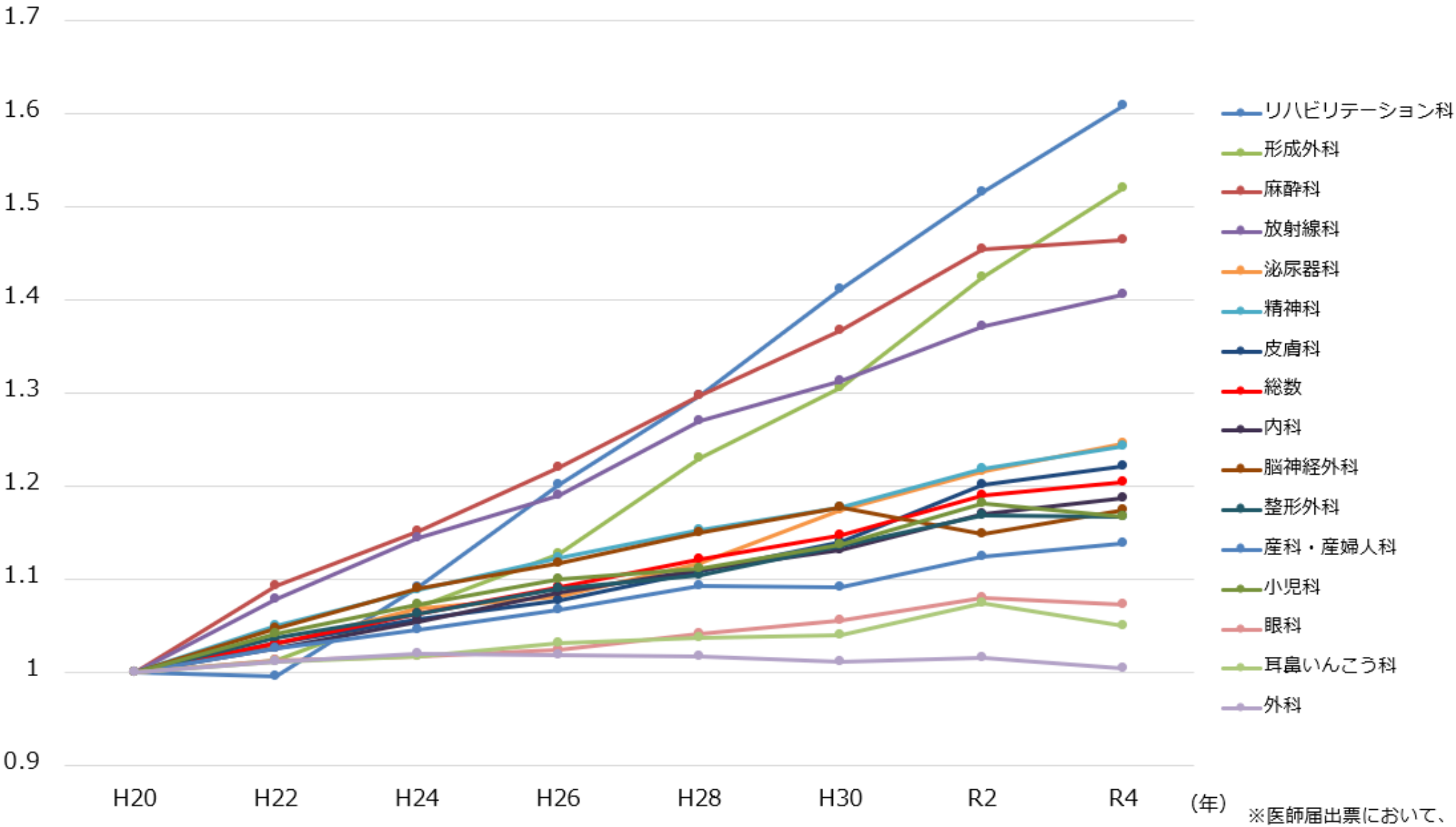
○　医師少数都道府県については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

○　医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。

○　なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととするとともに、国において、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等を通じて、医師多数都道府県の医師少数都道府県への医師派遣の取組を後押しすることとする。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



※内科 ・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科 ・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

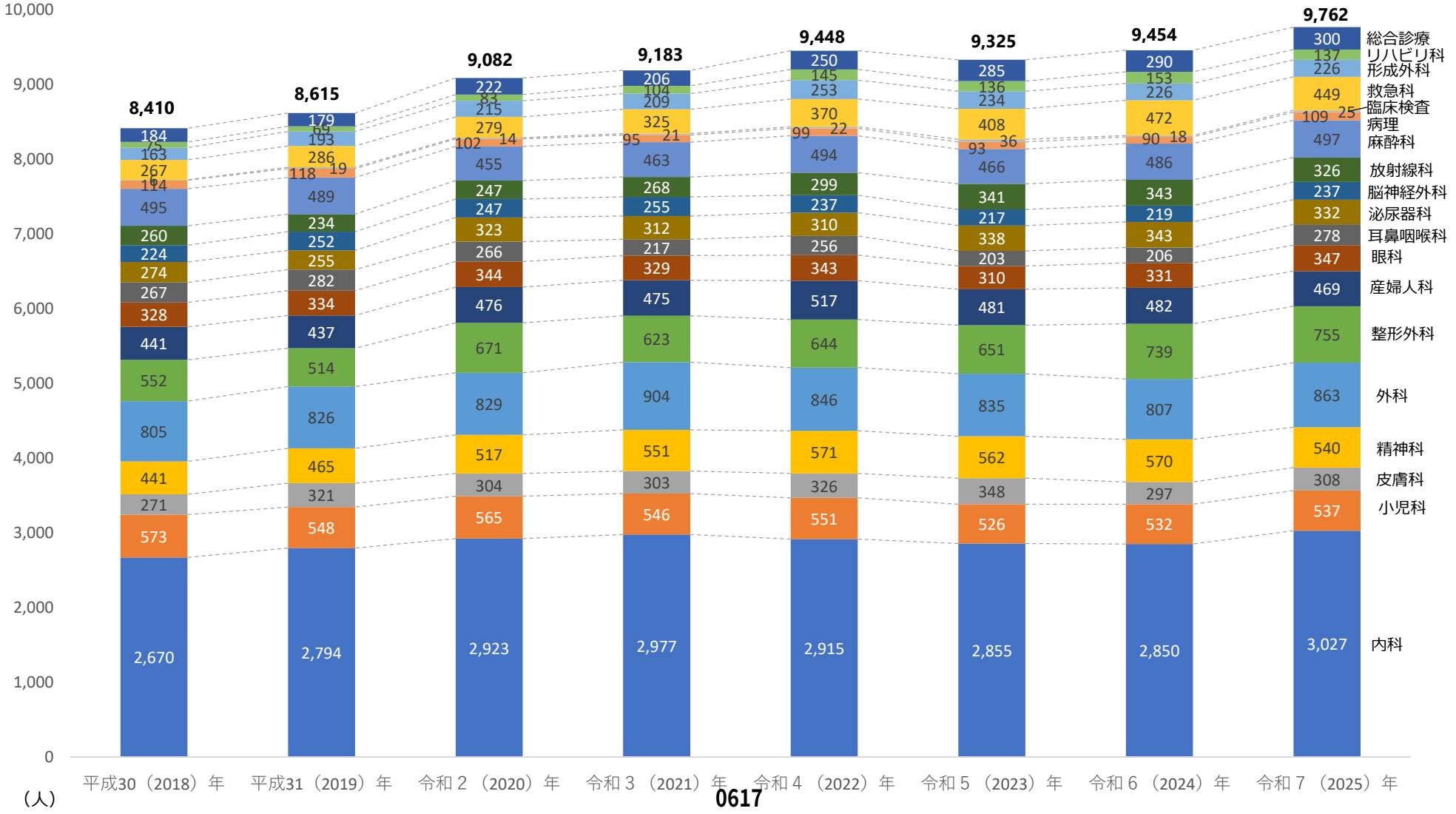
※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

診療科別専攻医採用数の推移

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○　近年、専攻医数は経時的に増加している。また、診療科の内訳には大きな変化はない。



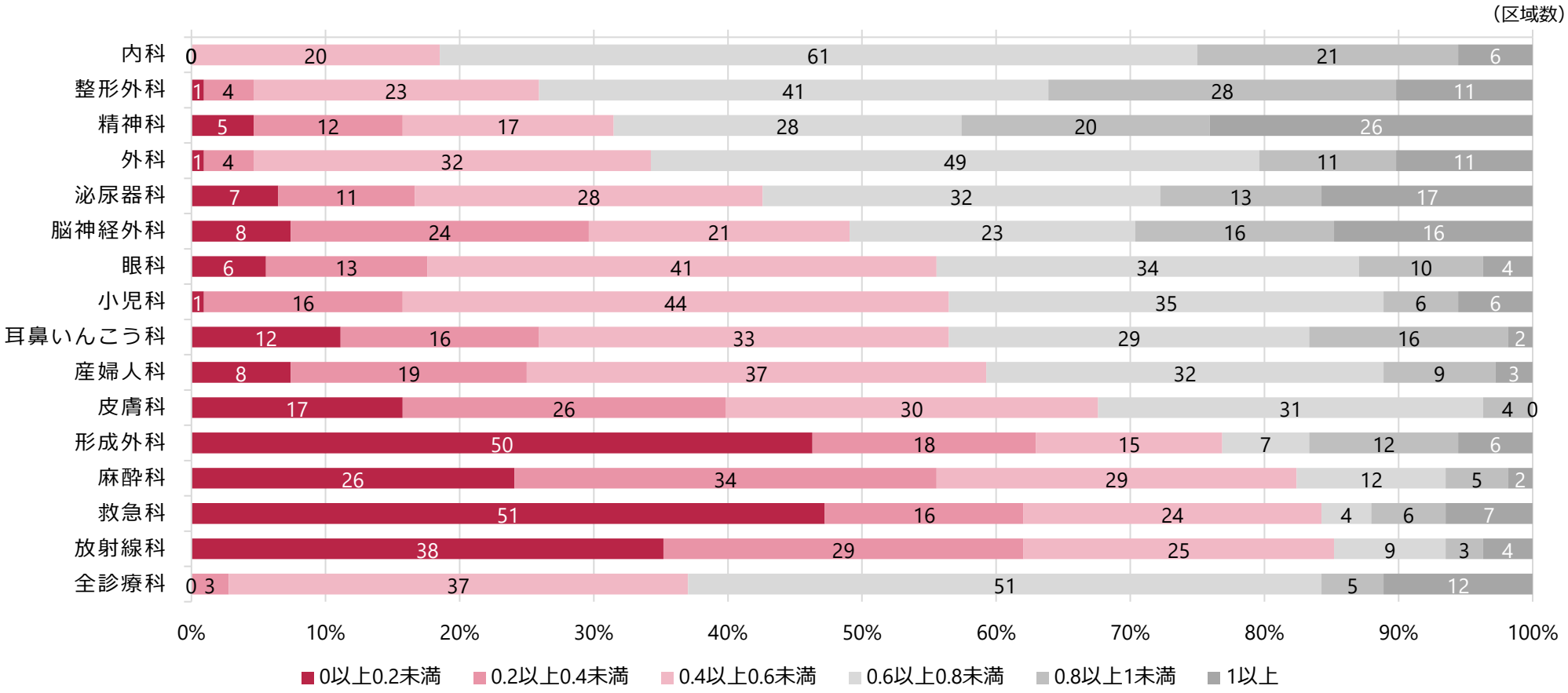
0617

医師少数区域に従事する医師数が少ない区域の診療科ごとの状況

○　医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない（全国比0.6未満の区域が多くを占める）地域の状況は診療科ごとに差がある。

医師少数区域（二次医療圏ごと）の各診療科における人口10万対医師数の全国比率別区域数

（当該二次医療圏における各診療科の人口10万対医師数）/（全国における各診療科の人口10万対医師数）



※医師・歯科医師・薬剤師統計（令和４年）を基に、医療施設従事医師数を、主たる従業地による二次医療圏、主たる診療科別に集計
※二次医療圏人口は、国勢調査2020のデータを使用

「診療科偏在」について

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

○　医師の数全体は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なっている。医療計画等に基づき地域の医療提供体制を確保するため、特に周産期等で取組を進めてきた。

○　二次医療圏ごとの医師少数区域における医師数をみると、全国と比べて医師数が少ない傾向の地区もあり、これは診療科ごとに程度が異なる。

○　「診療科偏在」は様々な課題を内包していると考えられることから、以下のような視点に基づいて検討することが考えられる。

視点１　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点での対策が必要な診療科

→　例：**総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師**　等

視点２　医療計画に基づき地域の医療提供体制を維持する観点での対策が必要な診療科・領域

→　例：**小児科、産科**　等

視点３　医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科

→　例：**皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科**　等

0619

診療領域ごとの患者数

○　患者調査による推計外来患者数を、類似する傷病を一定程度統合した上で、患者数の多いものを整理すると、高血圧や糖尿病等の内科領域の疾患の他に、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科等の疾患が多く見られる。

傷病名	推計外来患者数（千人）
高血圧	602.9
腰痛症	375.1
かぜ・感冒	319.7
皮膚の疾患	293.9
関節症（関節リウマチ、脱臼）	281.8
糖尿病	201
外傷	173.3
脂質異常症	162
下痢・胃腸炎	129.3
慢性腎臓病	128.8
喘息・COPD	114.7
がん	109.6
アレルギー性鼻炎	99.7
骨折	87.6
うつ（気分障害、躁うつ病）	76.8
緑内障	68.5
白内障	66.5
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	62.3
骨粗しょう症	58.4
認知症	58.1
不安・ストレス（神経症）	52.9
脳梗塞	52.4
統合失調症	49.5
近視・遠視・老眼	46.3
不整脈	43.2
前立腺肥大症	38.8
睡眠障害	38.1
中耳炎・外耳炎	38.1
狭心症	32.5
心不全	31.7
正常妊娠・産じょくの管理	28.5
便秘	24
頭痛（片頭痛）	22
更年期障害	20
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	17.4
末梢神経障害	17.4
難聴	15.1
貧血	13.6
乳房の疾患	10.3
頚腕症候群	9

出典：令和５年「患者調査」

・推計外来患者数が15千人以上を基準にして傷病名を抽出。
・ICD-10による疾病分類（中分類）を参考にして、類似する傷病名を統合して集計。
ただし、「ＸＸＩ健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」「ＸＸⅡ特殊目的用コード」および、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

0620

遠隔医療の様々な活用形態

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○　オンライン診療を含む遠隔医療は、様々な形で活用されており、一部については診療報酬において評価されている。

	診療形態		ユースケース
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの		・遠隔での診療支援、指導 ・遠隔での専門的な診断等の支援 – 画像診断や病理診断等 – 集中治療の支援 – 脳卒中対応に関する医療機関間の連携 – 放射線治療計画の支援
医師対患者 (D to P)	**情報通信機器を用いた診療**	**[D to P]** 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う	・情報通信機器を用いた外来診療、在宅診療及び通院精神療法
		[D to P with D] 患者が医師といる場合のオンライン診療	・遠隔での難病等の専門的な診療を連携して実施 ・遠隔での遺伝カウンセリングを連携して実施
		[D to P with N] 患者が看護師等といる場合のオンライン診療	・へき地医療において患者が看護師等といる場合のオンライン診療
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの	・心臓ペースメーカー、在宅酸素療法等の対応する医療機器がある場合

0621

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。

○ 医師−患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。

○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン診療**	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン受診勧奨**	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	**遠隔健康医療相談**	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

○医師－患者関係／患者合意
○適用対象
○診療計画
○本人確認
○薬剤処方・管理
○診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

○医師の所在
○患者の所在
○患者が看護師等といる場合のオンライン診療
○患者が医師といる場合のオンライン診療
○通信環境

0622

その他オンライン診療に関連する事項

○医師教育／患者教育
○質評価／フィードバック
○エビデンスの蓄積

オンライン診療の適切な実施に関する指針における対面診療の必要性

○　オンライン診療の適切な実施に関する指針では、基本理念として対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行うことが求められており、指針上、最低限遵守する事項として以下のような記載がある。

オンライン診療の提供に関する事項

医師－患者関係／患者合意

- オンライン診療を実施する都度、医師が医学的な観点から実施の可否を判断し、**オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合はオンライン診療を中止し、速やかに適切な対面診療につなげる**こと。【Ｖ１（１）②ⅲ、P.12】

適用対象

- オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、**オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施**する（対面診療が可能な医療機関を紹介する場合を含む。）こと。【Ｖ１（２）②ⅱ、P.13】

診察方法

- 医師がオンライン診療を行っている間、**患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合には、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行う**こと。【Ｖ１（６）②ⅰ、P.19】

オンライン診療の提供体制に関する事項

医師の所在

- **患者の急病急変時に適切に対応**するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。【Ｖ２（１）②ⅱ、P.21】

0623

出典：厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（令和５年３月一部改訂）

眼科領域における取組

札幌そうせいイーストクリニック
提供資料

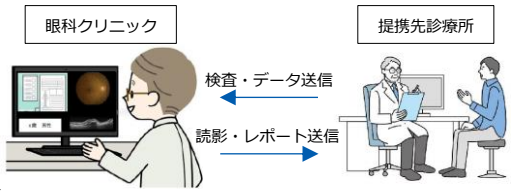
令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

現状

- **視覚障害のある高齢者の移動は困難**であり、遠方の中核施設へ定期的に通院することは患者負担が大きい。
- 眼科診療は通常、複数の画像検査が終わってからの診察であり、これをオンライン診療で実現するためには検査の結果待ちの時間が多くかかり、効率的な運営に課題があった。
- 地方では**派遣医師の疲弊、医療アクセスの差なども課題**となっていた。

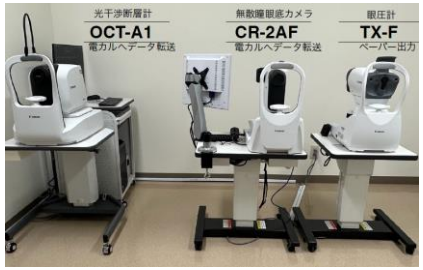
取組事例

- 近隣に眼科施設のない各自治体診療所と都市部の眼科クリニックをオンラインでつなぎ、各地域における眼科診療をサポートする体制（コンサルタント契約）を構築【D to D】
  - 提携先の診療所では看護師が検査を行い、検査データを眼科医のいるクリニックに送信
  - 眼科医は読影を行い電子カルテに記載、レポートを提携先の診療所に送信
  - 診療所では後日、担当医（非眼科医）による説明と受診勧奨を行い、対面の診療が必要な場合は近隣主要都市の眼科を紹介。



特徴・メリット

- **糖尿病網膜症や、緑内障など、身近な眼科疾患であり、フォローが必要なもの**について評価するための検査機器を導入。
- 患者は**いつもの主治医から眼科疾患に関する説明を受けられる**。
- 必要に応じて、地元の主治医を紹介できる。



課題や今後の方向性

- 地域で遠隔診療を適切に実施するためには、**地元の大学やクリニック等との連携、行政その他の関係者との協力**が不可欠。
- さらに、専門的な診療のために**最低限必要な機器の導入や、コンサルト体制の構築のための支援**が必要。

皮膚科領域における現状、課題、方向性

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

日本皮膚科学会　提供資料

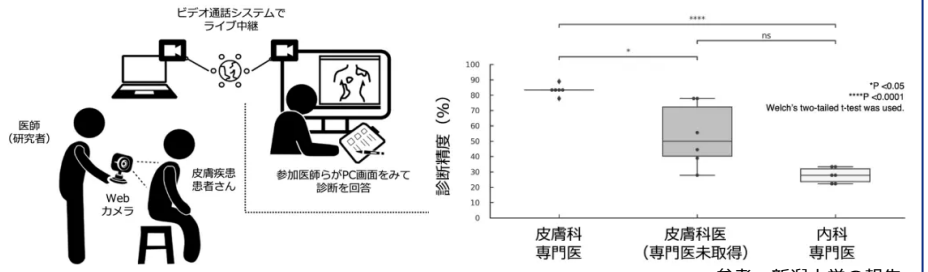
公益社団法人 日本皮膚科学会 Japanese Dermatological Association

ニーズ等

・　日本臨床皮膚科医会及び日本看護協会が実施した調査によると、訪問看護を利用する566名の**在宅療養者のうち、何らかの皮膚疾患を有していたのは399名（70.5%）**であり、代表的な疾患は皮膚真菌症222名（33.6%）、湿疹・皮膚炎群208名（31.5%）、褥瘡48名（7.3%）、爪のトラブル43名（7.3%）等がみられた。また、**皮膚疾患が未治療であったのは114（28.1%）**で、理由としては本人・家族が希望しない場合の他、**「近くに往診する皮膚科医がいない」「皮膚科は往診しないと思っていた」等があった**。

取組事例

・　一般的なビデオ通話システム及びWebカメラを利用した皮膚疾患をもつ患者の遠隔での診断について、皮膚科専門医は他のグループ（内科専門医、皮膚科専攻医）と比較して診断精度が高かった。【D to P】



参考：新潟大学の報告

・　岩手医科大学、新潟大学、和歌山県立医科大学、島根大学、長崎大学では、遠隔地の地域医療機関と連携し、皮膚疾患に関する遠隔診療を支援。遠隔医療の中でも、専門医の診療を必要とする皮膚疾患の占める割合が多かった。【D to D、D to P】

<岩手医大と地域の連携>



<皮膚科の遠隔医療で必要な設備>



<和歌山県立医大の取組>



参考：岩手医大及び和歌山県立医大の取組

課題や今後の方向性

・　前述の在宅医療の場面をはじめとして、さまざまな**地域における皮膚科医療へのニーズは十分に存在**しているものの、**往診を含む地域医療機関における皮膚科診療の提供には、患者および皮膚科医それぞれのアクセス不良など様々な課題も示唆**されている。

・　**在宅医療のほか、外来・入院中の患者を含め、オンライン診療の活用により、皮膚科の専門的医療へのアクセスを改善**し、皮膚科専門医のリソースを効率的に活用することは有益。そのためには、**皮膚科診療を支援するためのインフラ**（遠隔対応検査機器、高解像度対応オンライン診療システム）、**診療補助に当たる看護師の研修、ニーズがある患者・医療機関と皮膚科医療のマッチング**等も重要。

0625

耳鼻咽喉科領域における取組

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会提供資料

一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会
Japanese Society of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

現状

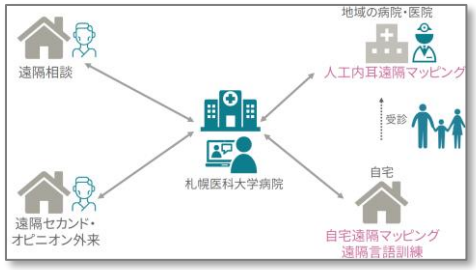
・　人工内耳の埋込を行っている患者は、装用者の要望や環境に応じて、人工内耳の設定をリアルタイムに微調整（マッピング）する必要があり、**定期的な通院（成人で手術後の最初の１年は年６～８回程度、安定すれば年１～２回程度、小児では１～２ヶ月に１回程度）が必要**。

・　人工内耳のマッピングには専門的技術や専門人材（言語聴覚士）が必要。

取組事例

・　札幌医科大学においては、大学病院と地域の病院・医院や自宅をオンラインでつなぎ、人工内耳の遠隔によるマッピングや、遠隔による言語訓練を実施【D to P with D】

- 遠隔での医師の診療に加え、遠隔での言語聴覚士によるマッピングやリハビリテーションを実施。
- 人工内耳のマッピングには、コンピュータ端末に専用のソフトを導入することで実施が可能であり、患者側は地域の病院等にいる医療従事者等が同伴することで対応。



メリット

- 年に１－３回程度の**大学病院での対面マッピングと併用**することで、適切なマッピングにより患者の「聞こえ」の改善、**患者の移動に必要な負担が軽減**。
- 確保が難しい**専門人材へのアクセスを改善**。

・　長崎県に所在する耳鼻咽喉科診療所においても、同様に人工内耳の埋込を行っている患者に対して遠隔によるマッピングや、難聴児に対する発達検査、聴覚言語リハビリテーションを遠隔診療で行っている。【D to P】【D to P with D】等

メリット

- 離島から長崎市まで毎月は行けないが、年に1~3回の対面に減らすことが可能。また台風や大雨、地震などの緊急災害時にも遠隔で療法ができ患者・家族の安心に繋がっている。

課題や今後の方向性

・　遠隔による人工内耳のマッピング以外の**耳鼻科領域の疾患（その他の難聴への対応や、補聴器の調整等）への適用については、現在知見を収集**している。

・　地域の比較的都市部にある耳鼻咽喉科のある病院や診療所などで実施できれば、さらに広く展開できる可能性がある。

0626

整形外科領域における取組（青森県）

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

小松整形外科スポーツクリニック
青森県
提供資料

現状

・　骨粗鬆症など処方を要する外来患者はオンライン診療の良い適応である。また、術後の患者であっても、**病状が落ち着いていれば、現状確認と処方の継続が中心となるのでオンライン診療の良い適応**となる。

・　青森県は遠隔地から2－3時間かけて受診する患者もおり、特に**冬場は雪等の天候不良や路面状況により受診が困難な場合もある**。

・　青森県はスマートフォン所持率が約60%とワースト２位の低さや、高齢者の一人暮らしが多く家族の協力も得られづらい状況もあり、患者の参加の面で障壁がある。

取組事例

①　津軽半島の西側に位置する中泊町で、術後患者など再診患者に対して、**デイサービス施設でのグループオンライン診療（患者が集まって行うオンライン診療）を開始**し、対象地域を拡大。【D to P with スタッフ】

- デイサービス終了後に施設内で患者が待機し、個室でオンライン診療を受診。
- クレジットカードを所持していない患者のために、連携しているデイサービス職員が金庫をクリニックから預かり、現金での会計を代行。



②　クリニックの診察室1カ所を用いて、大都市（札幌）の専門医による、オンラインによる外来支援（骨粗鬆症専門外来）を施行。

- 半日の外来で約50人の診察も可能。

県からの支援

・　こうした取組に当たって、**県より医師会への説明、業務報告のための様式作成などの事務的な支援**

・　**オンライン診療導入に必要な機材等の整備を支援・補助率を引上げ** 1/2→10/10（２年限定）

課題や今後の方向性

・　遠隔地でオンライン診療を行っても、**電子処方箋、オンライン服薬指導に対応している薬局が不足しており、患者自身が薬局に直接赴く必要がある**ため、自宅に処方が届くように薬局の体制整備も必要。

・　医師不足に少しでも対応するために、**地域枠出身の医師がオンライン診療を週に１回実施した場合**でも、地域枠の義務年限の算定に含まれるように制度変更し、地域枠出身の医師が参加しやすい体制整備を今年度中に開始予定。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について②

令和７年９月11日　第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

○　「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられる。

（総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保）

- 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

（医師確保計画を通じた対策）

- 小児科及び産科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討する。

（遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保）

- 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討する。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととする。
- 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることが適当である。
- 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとする。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討する。

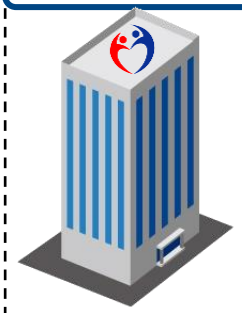
0628

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

○ 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**医師少数区域等における医療に関する経験を**認定**

申請

認定

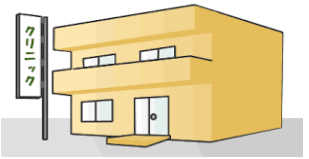


医師

医師少数区域等における６ヵ月以上※1の勤務※2

※１ 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※２ 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

○ 勤務した医療機関名と所在地
○ 勤務した期間
○ 業務内容
等

➢ 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

<認定に必要な業務>

(1)個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
- 地域の患者への継続的な診療
- 診療時間外の患者の急変時の対応
- 在宅医療　等

(2)他の医療機関や、介護・福祉事業者者等との連携
- 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加　等

(3)地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
- 健康診査や保健指導等の実施　等

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

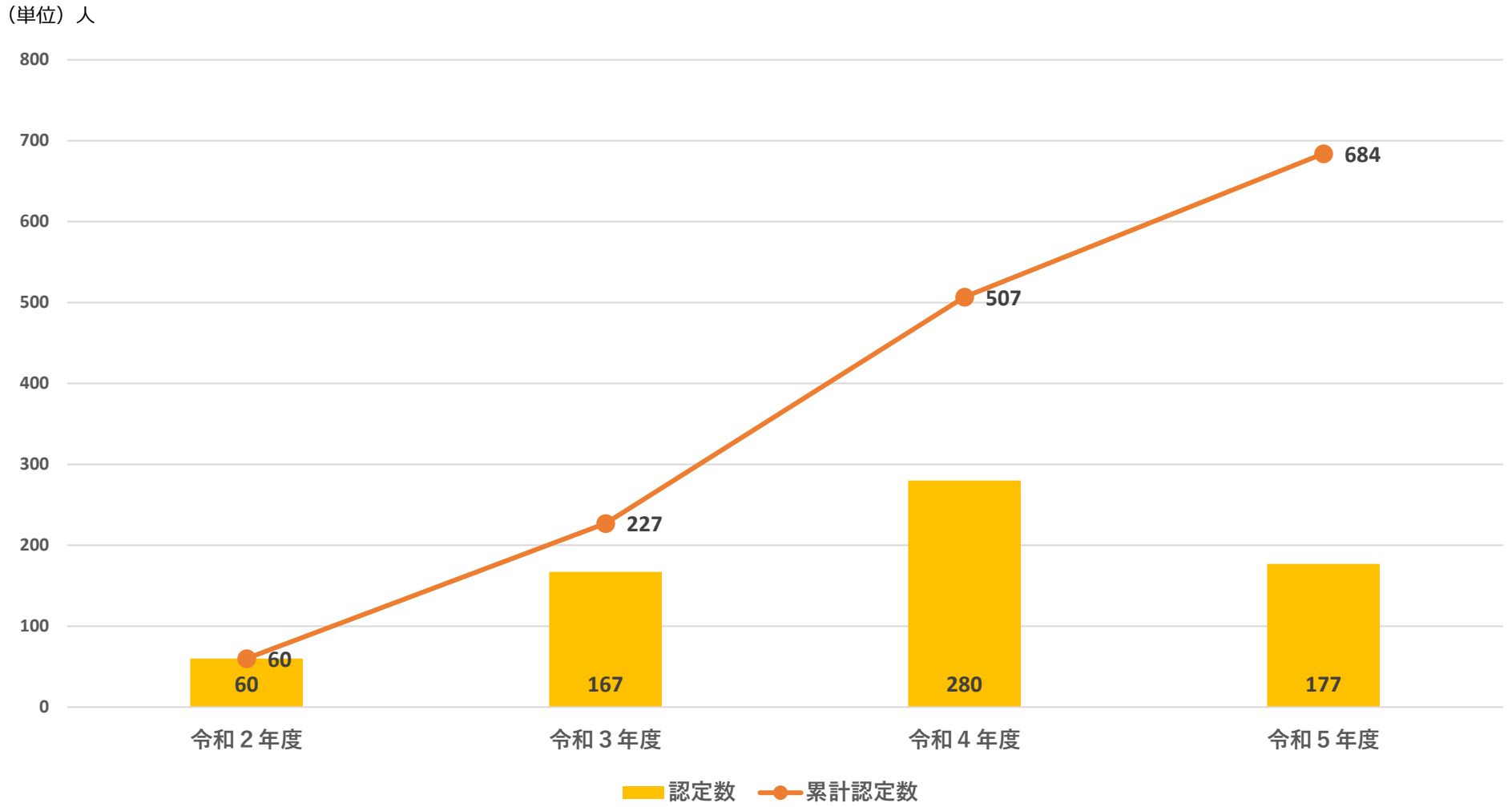
②認定医師に対する経済的インセンティブ

- 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

0630

医師少数区域経験認定医師の認定数の推移

○　令和６年３月末現在の医師少数区域経験認定医師の認定数は684人となっている。

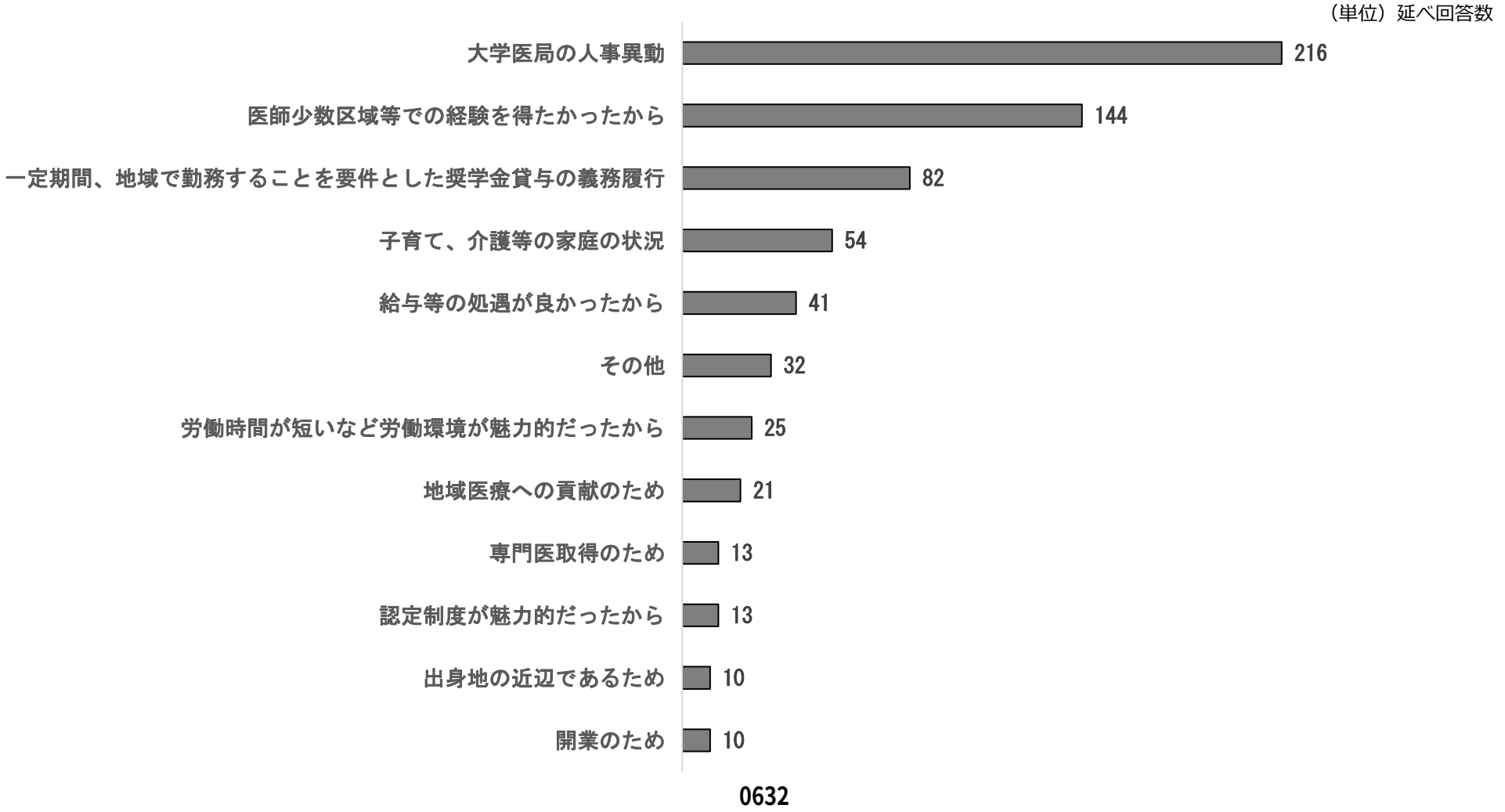


資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

0631

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

○　令和５年３月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が 54となっている。



厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

令和7年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２一部改

【医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について】

○　**病院長のなり手が少ない所で断る理由になる**など、逆インセンティブになり得る。**臨床研修病院などで指導医していることなどを必須の６か月の中に入れて要件を少しでも弱めることを期待**していた。要件をぜひ緩和してほしい。

○　少数区域に派遣される医師は、修学資金を貸与された医師や自治医科大学の卒業生などと限られている。一方、**病院の管理者としては、知識と経験だけでなく、多職種を束ねるリーダーシップ、経営的な知識、将来の方向を決める総合判断力など全人的な要素が必要**と思われ、この要件で縛りつけていくと、**限られた人からしか管理者を選べなくなり**、危険ではないか。

○　医育機関・臨床研修指定病院での指導医経験についてもカウントすると記載されているが、管理者になるための条件はこのような（指導医経験などの）部分で判断されている以上、慎重によく考えて記載して欲しい。**若い医師は病院長になりたくないので少数区域には行かないということもあり得る**のではないか。

○　**地方の病院の管理者になってもらうときに、逆にこの縛りが足かせになってしまう**のではないか。

○　**若い医師が専門的な医療について集中的に経験を積める貴重な時間を犠牲にしてしまう**のではないか。病院長になる際に逆インセンティブになるのではないか。

0633

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について

令和７年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２一部改

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加**する。

○　施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、**医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外**する。また、**地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間**や、**地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）**について、**医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める**。**令和２年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用**する。

○　また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の６か月以上から**１年以上に延長**する。あわせて、**医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能**とし、**９年以上経過していない場合は、最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能**とする。

論点

○　医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について、**地域医療支援病院**に加え、**公的医療機関、NHO、JCHO、労災病院の病院の管理者となる者は、以下の者でなければならない**、とする。（改正部分が下線。それ以外は現行の取扱いから変更なし。）

１．医師少数区域等認定医師：１年間（改正前６か月）、医師少数区域・医師少数スポット・重点医師偏在対策支援区域（以下「医師少数区域等」）で勤務した者

※１：医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、９年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、１年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする
※２：令和８年10月以降に認定医師の申請をする者から適用
※３：改正前に認定医師となった者は、改正後の認定医師とみなして管理者となることが可

２．６か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る６か月以内の期間は、臨床研修の期間もカウント可。医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も６ヶ月以内に限りカウント可。）
かつ
１年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者

※１：１年間、医師少数区域等で勤務することも可
※２：医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、９年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、１年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする

３．医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる者

４．令和２年４月１日より前に臨床研修を開始した医師であって、地域における医療の確保のために当該病院を管理することが適当と認められる者

５．前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、１～４以外の者に病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県が認める者（真にやむを得ない場合に限るものとし、都道府県は厚生労働省医政局と協議の上で判断すること）

医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

事業実施主体

公募・選定の結果、公益社団法人日本医師会に決定（令和７年４月）。

事業内容

① 全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業を実施し、医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチングを行う。

② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティングを行うとともに、就業にあたっては、必要に応じてリカレント研修や現場体験につなぐともに、その後の定着支援等を行う。

③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こしを行う。

④ その他、データ分析等、本事業の実施にあたり必要となる取組を行う。

取組状況

○ マッチング受付開始を告知する専用サイトのフロントページを設置（令和７年７月）。

○ 都道府県医師会・行政向けに、業務提携提案の説明会を実施（令和７年８月）。

⇒地域に根差したマッチングとするため、今後、都道府県　単位のドクターバンクと業務提携を進め、全国ネットワークの構築を目指す。

○ 日本医師会の定例記者会見において、事業について周知（令和７年９月）。

○ 令和７年11月１日に「日本医師会女性医師バンク」から「日本医師会ドクターバンク」に名称変更。



0635

医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

令和７年度補正予算額　2.0億円　※令和６年度補正予算額　1.6億円

1　事業の目的

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、医師偏在の是正を総合的に実施するため、中堅・シニア世代等の医師を対象とした広域マッチング支援による医師偏在是正に取り組む。

2　事業の概要・事業スキーム・実施主体等

全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う。

① 医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチング

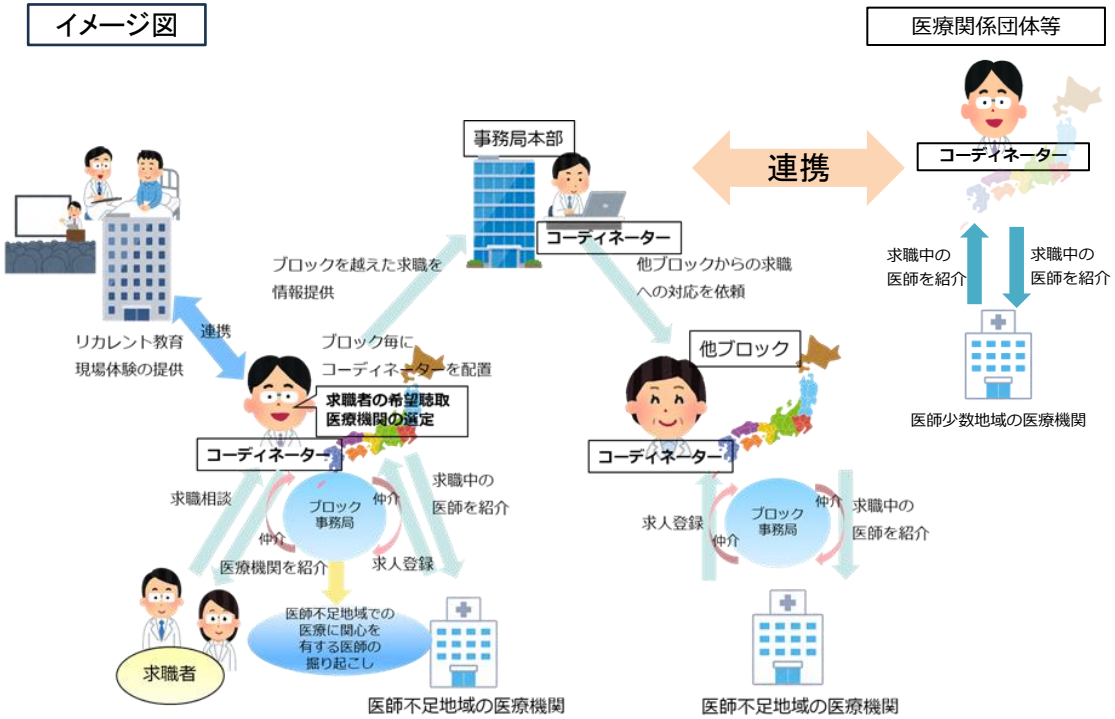
② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティング／リカレント研修や現場体験への橋渡し／その後の定着支援等

③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こし

④ データ分析等

厚生労働省 → 補助 → 補助先

イメージ図



3　実施主体等

実施主体：民間団体等　　補助率：定額（10/10相当）

0636

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１一部改

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

○　医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「５．医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

第８次後期ガイドライン 構成
１．序文 確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等
２．体制等の整備 都道府県における議論の場 厚生労働省により提供する情報（データ）
３．医師偏在指標
４．医師少数区域・多数区域の設定
５．医師確保計画 ５－１．計画に基づく対策の必要性 ５－２．医師確保の方針 ５－３．目標医師数 ５－４．目標医師数を達成するための施策 ５－４－１．施策の考え方 ５－４－２．医師の派遣調整 ５－４－３．キャリア形成プログラム ５－４－４．働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援 ５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用 ５－４－６．その他の施策 ５－５．医師偏在是正プランの策定 ５－５－１．重点医師偏在対策支援区域の考え方 ５－５－２．支援対象医療機関の考え方 ５－５－３．区域における必要な医師数 ５－５－４．区域における医師偏在対策を推進するための施策
６．地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
７．産科・小児科における医師確保計画
８．医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

④医師偏在是正プランの策定
重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１一部改

重点医師偏在対策支援区域及び医師偏在対策プランについて

現状・課題

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下、「パッケージ」という。）において、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとされている。また、区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられるとしている。さらに、区域の設定にあたっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議することとしている。

○　**厚生労働省の提示する候補区域については、①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、②医師少数県の医師少数区域、③医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示することとしている**。

○　パッケージに基づき、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、定着支援については、令和６年度補正予算により緊急的に先行して実施している。

○　パッケージにおいては、医師確保計画の中で、重点医師偏在対策支援区域を対象として医師偏在是正プランを策定することとしており、当該プランにおいては、具体的な区域や、区域における必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組のほか、支援対象とする医療機関についても定めることとしている。

○　令和６年度補正予算における候補区域においては、各区域における診療所数や二次救急病院の数についてばらつきがある。

論点

○　重点医師偏在対策支援区域については、パッケージに記載された考え方を基に、令和６年度補正予算と同様に、厚生労働省において候補区域を提示するとともに、都道府県において候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

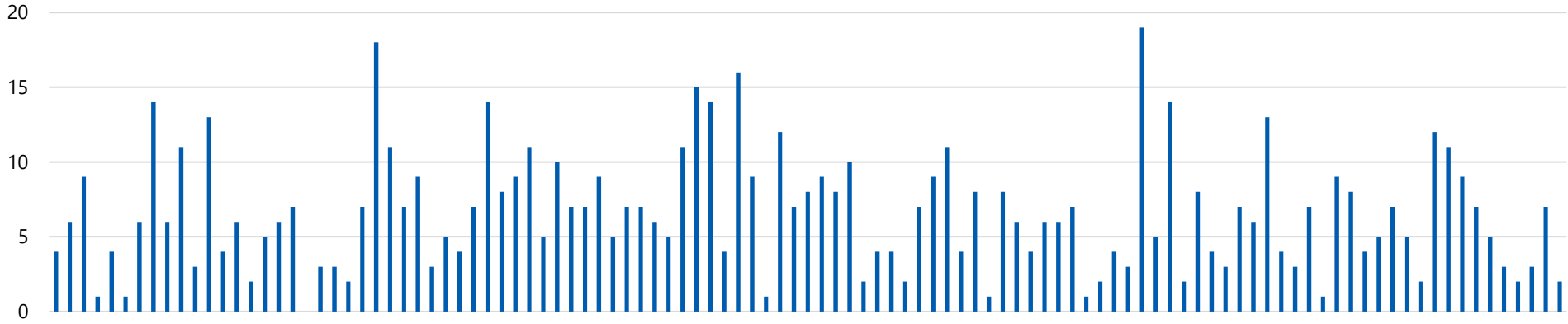
○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。

○　候補区域間及び区域内においても医療資源にばらつきがあるなど、都道府県が重点医師偏在対策支援区域において優先して支援を行う対象医療機関について、一定の考え方を示すこととする。

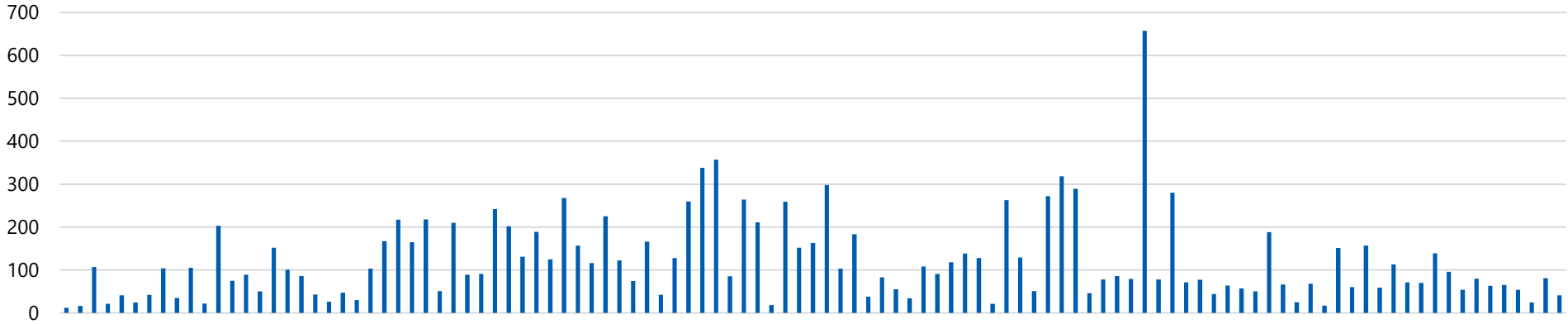
重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関について

- 令和６年度補正予算において候補区域とされた109区域において、各区域における二次救急病院数や診療所数にはばらつきがあった。

重点医師偏在対策支援区域（109区域）における二次救急病院数



重点医師偏在対策支援区域（109区域）における診療所数



0640

出典：令和５年度医療施設（静態）調査

重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関について

令和8年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料３　一部改

現状・課題

○　令和６年度補正予算における重点医師偏在対策支援区域の候補区域においては、区域間及び区域内においても診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあることを踏まえると、都道府県が重点医師偏在対策支援区域内に含まれる全ての医療機関を一律に支援するのではなく、重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関を選定する必要がある。

○　新たな地域医療構想においては、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告することとなる。

論点

○　都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国より配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。

○　重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る各事業ごとに設定ができることとする。

令和8年1月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３　一部改

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

○　医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	• 都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	• 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 • 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	• 厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。
医師偏在是正に向けた取組	• パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	• 医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。　0642

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

令和８年度当初予算案　20億円（ー）※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2　事業の概要

【事業概要】

①施設整備事業

診療所の運営に必要な診療部門(診察室、処置室等)等の整備に対する補助を行う。

②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

【実施主体】

・ 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た診療所

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）

0643

3　補助基準額等

①施設整備事業

基準面積	診療部門 ・無床の場合　160㎡ ・有床の場合（５床以下）　240㎡ ・有床の場合（６床以上）　760㎡ 診療部門と一体となった医師・看護師住宅　80㎡
補助率	国1/3　都道府県1/6　事業者1/2

②設備整備事業

基準額（１か所当たり）	診療所として必要な医療機器等購入費　16,500千円
補助率	国1/3　都道府県1/6　事業者1/2

③地域への定着支援事業

基準額	診療日数（129日以下） 6,200千円＋（71千円×実診療日数）　等
補助率	国4/9　都道府県2/9　事業者1/3

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

令和8年度当初予算案　4.6億円（－億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

2　事業の概要・スキーム



3　実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4　補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数
対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用
補助率：　国1/2　都道府県1/4　事業者（派遣元医療機関）1/4

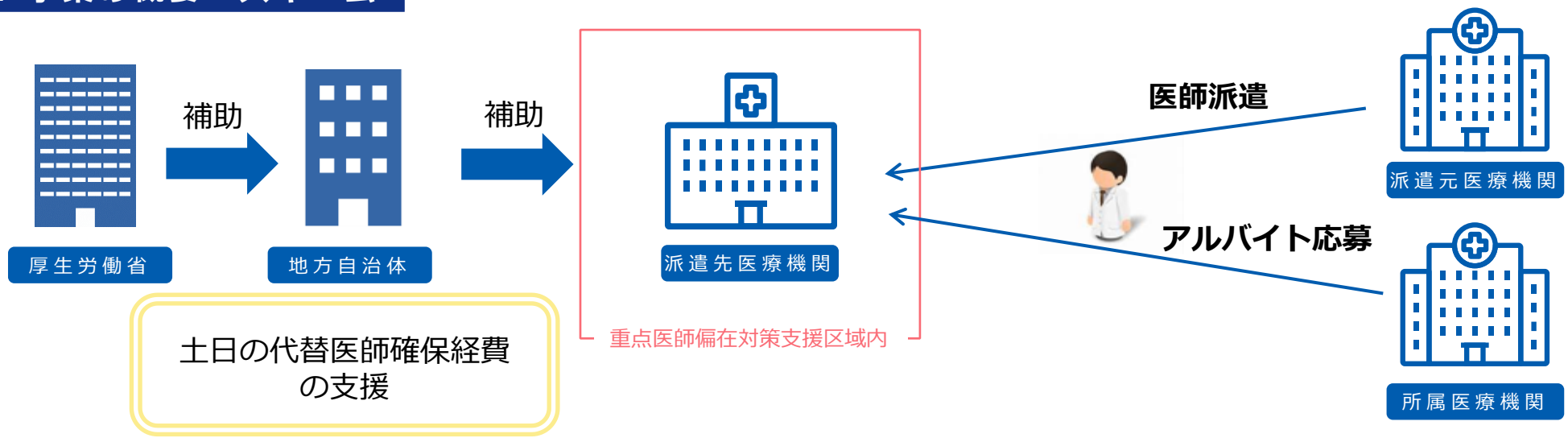
重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案　5.3億円（－億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務･生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、土日の代替医師確保への支援を行う。

2　事業の概要・スキーム



3　実施主体

重点区域内の医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4　補助基準額等

基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
補助率：国1/3、都道府県1/6　事業者（派遣先医療機関）1/2

0645

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

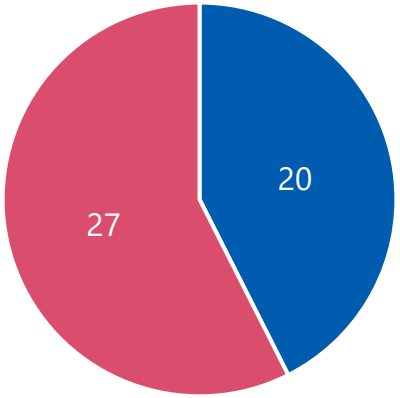
医師確保計画における評価指標の設定の状況について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

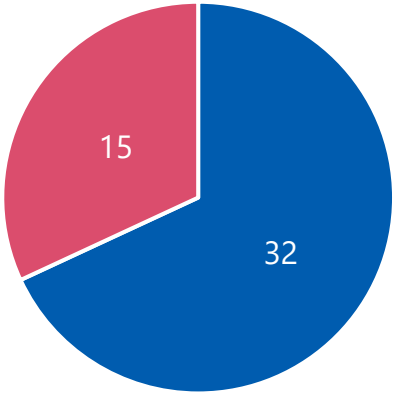
○第８次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県で派遣調整した医師数、医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等、都道府県内の臨床研修医採用数・マッチング率、専攻医採用数を用いている都道府県が一定数あったが、医師確保計画に係る評価指標の設定は都道府県によりばらつきが多かった。

○その他の指標として、義務年限終了後の地域定着率に言及しているのは２県であった。

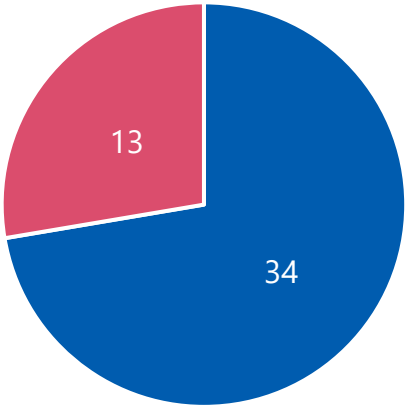
●都道府県で派遣調整した医師数



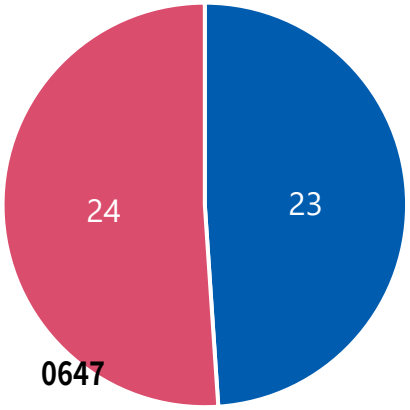
●医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等

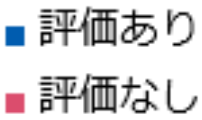


●臨床研修医採用数



●専攻医採用数





出典：各都道府県の第８次（前期）医師確保計画の記載内容もとに、厚生労働省医政局地域医療計画課にて集計。

0647

地域医療対策協議会・地域医療支援センター

令和3年7月29日　第1回地域医療構想・医師確保計画に関するWG資料（一部改）

平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

（医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場）

構成員

都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関　等

※　議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮　等

役割

協議事項を法定

- キャリア形成プログラムの内容
- 医師の派遣調整
- 派遣医師のキャリア支援策
- 派遣医師の負担軽減策
- 大学の地域枠・地元枠設定
- 臨床研修病院の指定
- 臨床研修医の定員設定
- 専門研修の研修施設・定員　等

協議の方法

- 医師偏在指標に基づき協議
- 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- 協議結果を公表

国のチェック

- 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

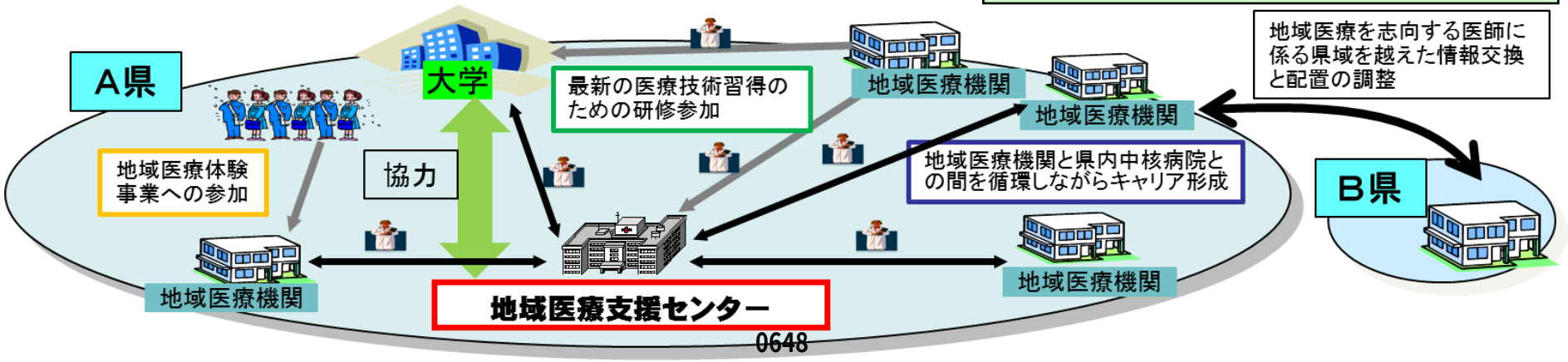
地域医療支援センター

（医師確保対策の事務の実施拠点）

法定事務

- 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- 医療機関や医師に対する相談援助
- 医師派遣事務
- キャリア形成プログラムの策定
- 派遣医師のキャリア支援・負担軽減　等

※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る



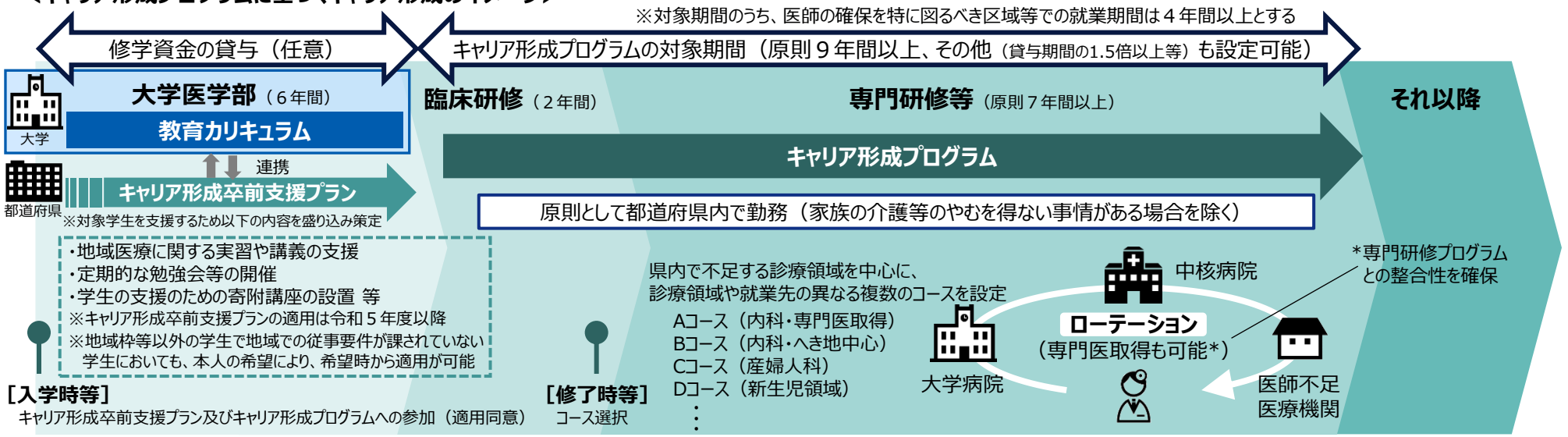
0648

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- 地域枠を卒業した医師
- 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする
※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する
※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- 都道府県は、**対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め**、診療科や就業先の異なる**複数のコースを設定**する
- 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、**対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める**
- **出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮**するため、プログラムの**一時中断を可能**とする（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- **キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係**であり、対象者は**満了するよう真摯に努力しなければならない**ことを通知で明示
- 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（**中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる**）
- 都道府県は、**キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件**とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

0649

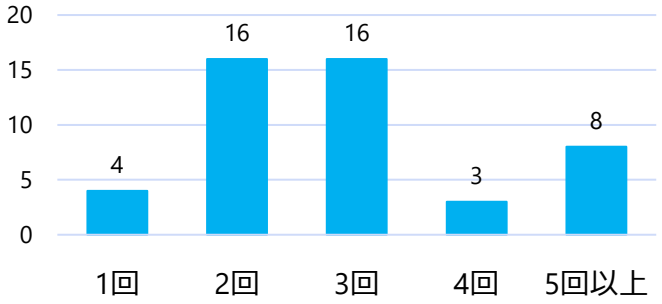
地域医療対策協議会の開催状況について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

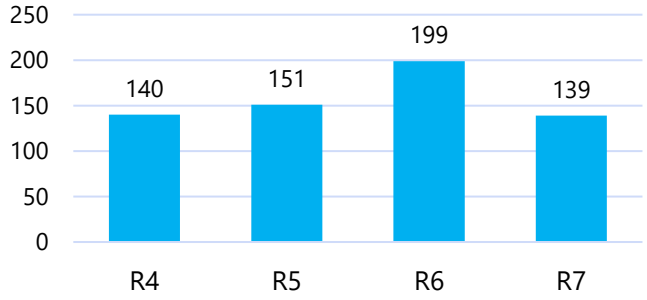
○地域医療対策協議会においては、医師の確保を図るために、「地域医療対策協議会運営指針」で定めた次に掲げる事項について協議を行う。

① キャリア形成プログラムに関する事項
② 医師の派遣に関する事項
③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項
⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

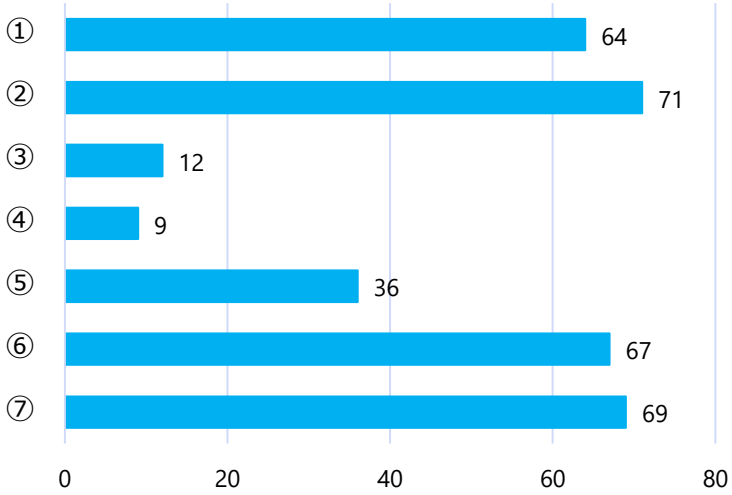
47都道府県における地域医療対策協議会の開催回数（令和７年度調査）



地域医療対策協議会の開催数の推移（47都道府県の合計）



議題ごとの協議回数（複数回答可）47都道府県の合計（令和７年度調査）



全ての都道府県において、継続的に地域医療対策協議会が開催され、キャリア形成プログラム、医師派遣等に関して協議が行われている。

出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和４～７年度実施
※それぞれ令和３～６年12月31日時点の状況を調査したものである）

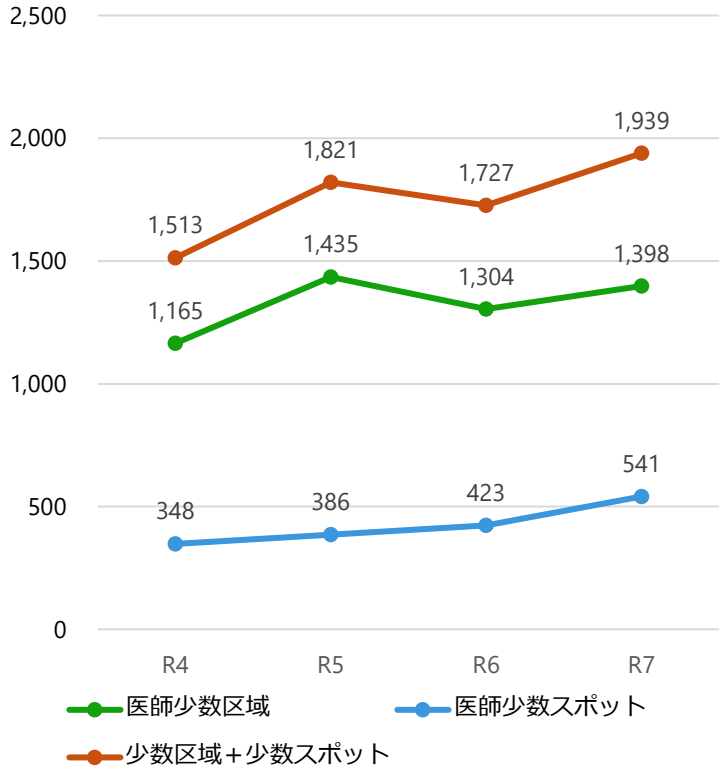
地域医療対策協議会における医師派遣実績について①

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

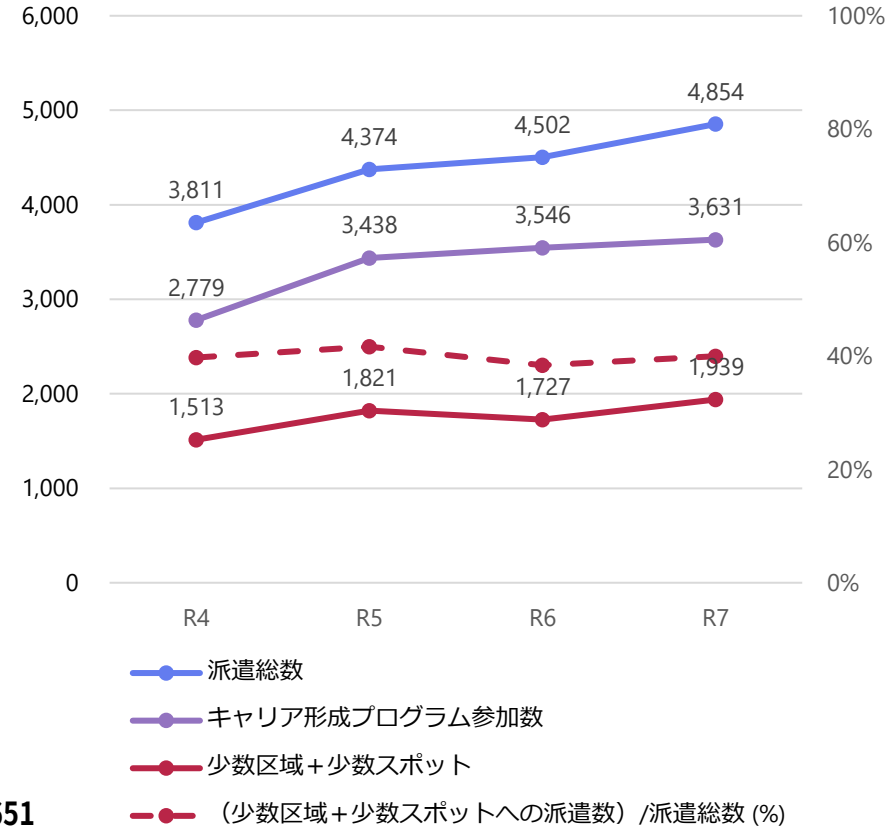
○地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は、年々増加傾向である。

○地域医療対策協議会が調整した医師派遣総数とキャリア形成プログラム参加者数も増加しており、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は４割程度で横ばいである。

地域医療対策協議会が調整した医師少数区域等への医師派遣数の推移



地域医療対策協議会が調整した医師派遣数とキャリア形成プログラム参加者数



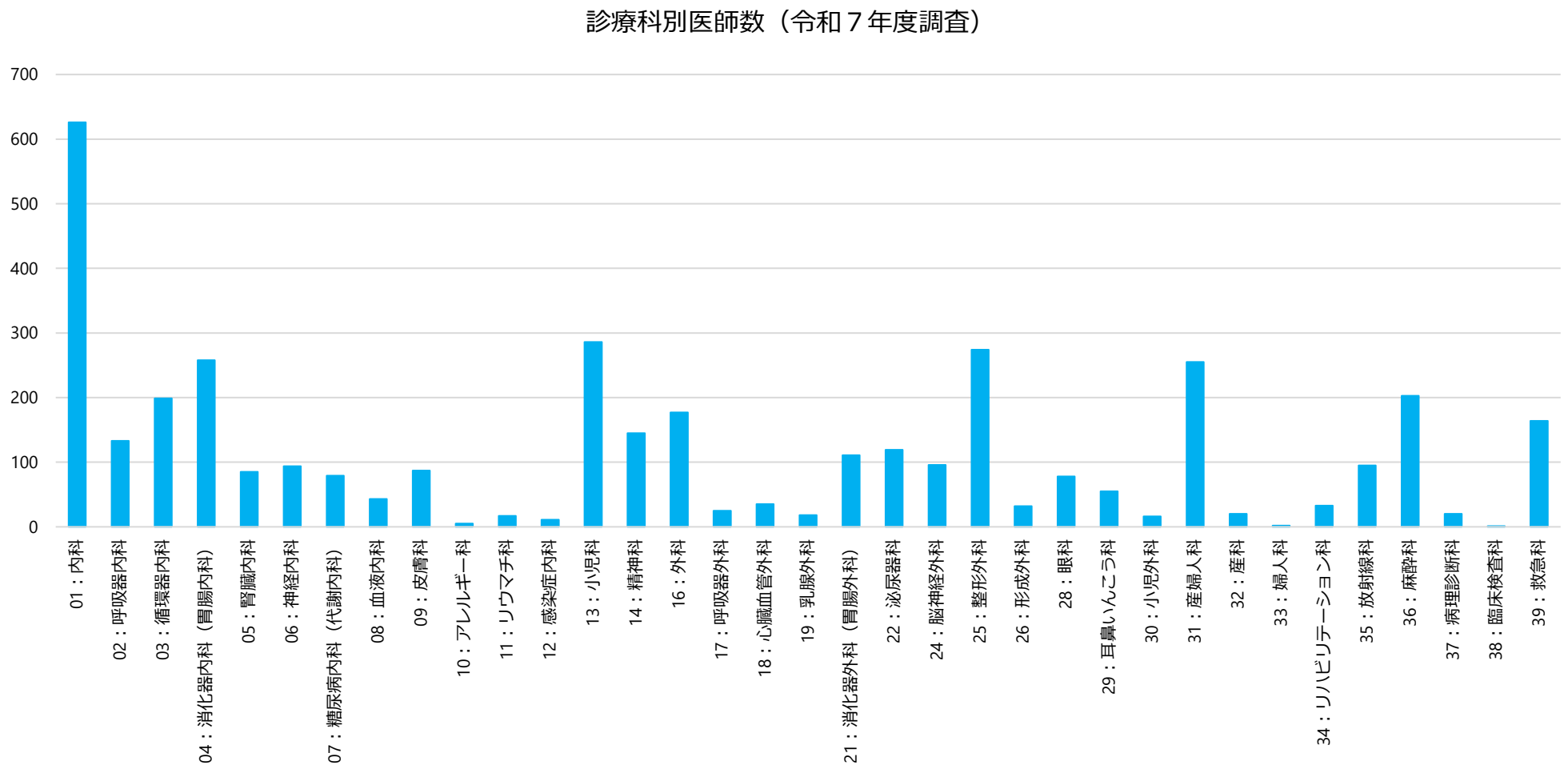
出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和４～７年度実施）
※それぞれ令和３～６年12月31日時点の状況を調査したものである）

0651

地域医療対策協議会における医師派遣実績について②

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○派遣された診療科別の医師数については、内科、消化器内科、小児科、整形外科、産婦人科が多い。



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査
（令和７年度実施　※令和６年12月31日時点の状況を調査したものである）

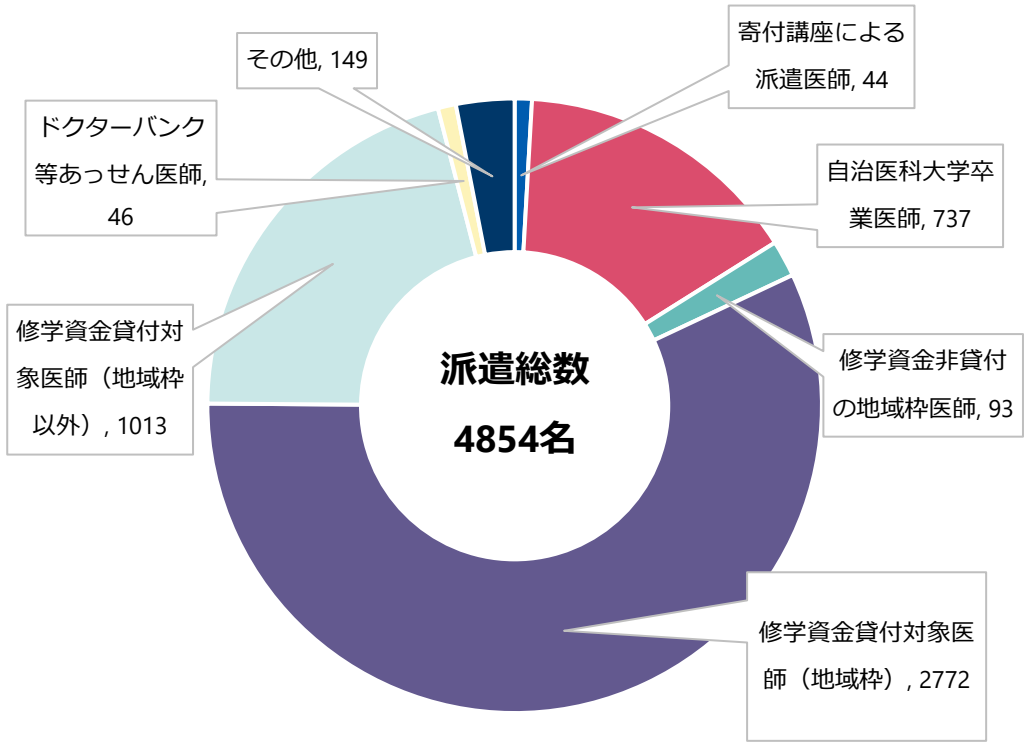
0652

地域医療対策協議会における医師派遣実績について③

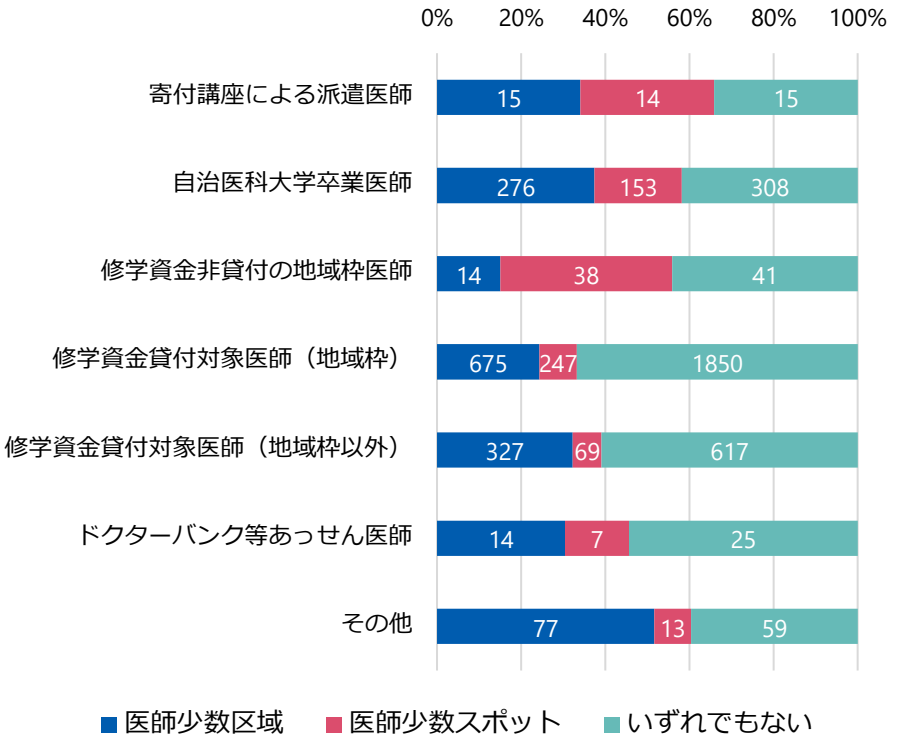
令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

○地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。
○寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約30%であった。

派遣された医師の類型



医師の類型による派遣地域の割合



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和７年度実施
※令和６年12月31日時点の状況を調査したものである）

0653

第８次（前期）医師確保計画等の現状と課題について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１　一部改

現状・課題

○　平成20年度以降、医学部入学定員が過去最大規模となっており、医学部定員に占める地域枠等の数・割合も増加している。

○　令和４年の医師・歯科医師・薬剤師統計によると、医師少数都道府県や医師少数区域においては、医師多数都道府県や医師多数区域と比較して若手医師の増加が顕著である。

○　全ての都道府県において地域医療対策協議会は継続的に開催されており、開催頻度は年に２～３回が多かったが、年に５回以上開催している都道府県も複数あった。協議事項としては、医師の派遣に関する事項が最多であった。

○　地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は年々増加傾向である。一方、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は４割程度で横ばいである。

○　地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約30%であった。

○　従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、計画の進捗評価に資する指標については提示していない。第８次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都道府県が一定あったが、評価指標の設定は都道府県によりばらつきがあった。

論点

○　都道府県や地域の関係団体等が医師確保計画の進捗を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみではなく、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することを検討することとする。

医師確保計画に係る現状把握のための指標について

令和８年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３　一部改

論点

○ 都道府県等が医師確保計画の現状を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究班から提示された以下の指標を、第８次（後期）医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。

○ 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第９次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究で検討を進めることとする。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等）	2年に１回	三師統計
		・臨床研修修了後の医師等の定着状況	年1回	都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況	年1回	都道府県調査
		・地域枠等の義務年限後の定着状況		都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	・二次医療圏別の医師数　（年代別、人口・可住地面積あたり）	2年に1回	三師統計
		・二次医療圏内外の患者の流出入数	3年に1回	患者調査
		・ドクターバンク・全国マッチング登録者数		事業者等より取得
		・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳		都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	年1回	都道府県調査
		・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回	都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等）	年1回	都道府県調査
		・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数		事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

令和8年1月16日
第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料２　松田構成員資料

医師確保計画のアウトカムと関連する評価指標

● 本来は医師確保計画の効果をモニタリングするうえで、住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定することが望ましい。第9次医師確保計画への反映を目指して、幅広い有識者の意見を伺いつつ、各種公的データベース等を活用しながら、下記のような指標について研究を進めていく必要がある。

アウトカム指標（イメージ）
- 通院時間を考慮した、脳卒中や心筋梗塞の急性期治療、悪性腫瘍に対する外来化学療法等の対応が可能な医療機関の人口カバー割合
- 医師確保による、産科医師等の地域で不足している医師の勤務状況の改善　等

【その他実現可能性の検討を進めるべき内容】
- 政策医療の提供施設が医師確保により追加された場合の効果のシミュレーション
- 政策医療の施設単位の提供量と、在籍する各診療科医師数の関係
- 10年以上同地域で勤務している医師数、その年齢構成（※医師届出票で収集している情報の、さらなる詳細な集計）　等

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医療法等の一部を改正する法律の概要

令和７年12月８日　第122回社会保障審議会医療部会　資料４　一部改

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

１．地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

２．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

３．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

・ 政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①の一部及びその他の一部）、令和8658月１日（１②、２①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

十二　地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十三　総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向けた取組を進めること。

十四　良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、かかりつけ医機能に関する診療報酬制度について、疾病に応じた包括支払制度の在り方について検討を行うこと。

附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

四、医療機関の業務における情報の電子化の実現に当たっては、官民データ活用推進基本法第二条第四項に規定するクラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術を活用すること。

五、電子カルテ情報共有サービスの運用に伴う費用の負担について、サービスの普及状況及び効果等を定期的に検証した上で、最低でも五割程度の普及率に達するまでの基盤整備期間中は、国において必要な財政支援を行うこと。

六、社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しに当たっては、医療ＤＸに関する専門人材を十分確保すること。また、改組後の組織運営に要する費用負担の在り方については、審査支払業務と医療ＤＸ関連業務の双方を十全に担っていくこと等を踏まえて、検討すること。

七、地域医療介護総合確保基金の運用状況を踏まえ、新たに市町村が都道府県と連携して「医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「医療従事者の確保に関する事業」を行うモデル事業を実施し、その実施状況を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の運用の在り方を含め、事業の在り方について検討を行うこと。

八、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保についての検討は、介護・障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等及び障害者・障害児に対するサービスの水準の向上に資することにも鑑み、介護・障害福祉に関するサービスの種類ごとの介護・障害福祉従事者の処遇の状況等を踏まえて行うこと。その上で、介護・障害福祉従事者の処遇改善については、全産業との間で差があることも踏まえ、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、賃上げに結び付く措置を早急に講ずること。

九、地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十、総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向け、適切な処遇改善を含む取組を進めること。

医療法等の一部を改正する法律案　外来医師過多区域における要請に係る関係条文

○　医療法（昭和23年法律第205号）【令和８年４月１日施行】

第三十条の十八の五　都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ　地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項

ロ　外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

二～七　（略）

２～６　（略）

第三十条の十八の六　都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

２　都道府県知事は、前項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を公示しなければならない。

３　第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。

５　届出者等は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、当該協議の場における協議に参加し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

７　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。

８　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

９　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。

10　都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

11　都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

○　健康保険法

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

外来医療計画

第９回第８次医療計画等に関する検討会 資料 1改
令和４年６月１５日

概要

- 外来医療計画とは、医療法（昭和23 年法律第205 号）第30 条の４第２項第10 号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 （法第30条の18の４）

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）＊

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

＊令和４年４月施行

外来医療の協議の場 （外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン）

（区　域） 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

（構成員） 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

（その他） 地域医療構想調整会議を活用することが可能

0662

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

第１回第８次医療計画等に関する検討会
令和３年６月１８日
資料２改

経緯

○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。

○ それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化**、**外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、**「外来医療計画」**）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

○ 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の５要素を考慮して算定。

○ 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

○ 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

○ 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。

※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

○ **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**　等

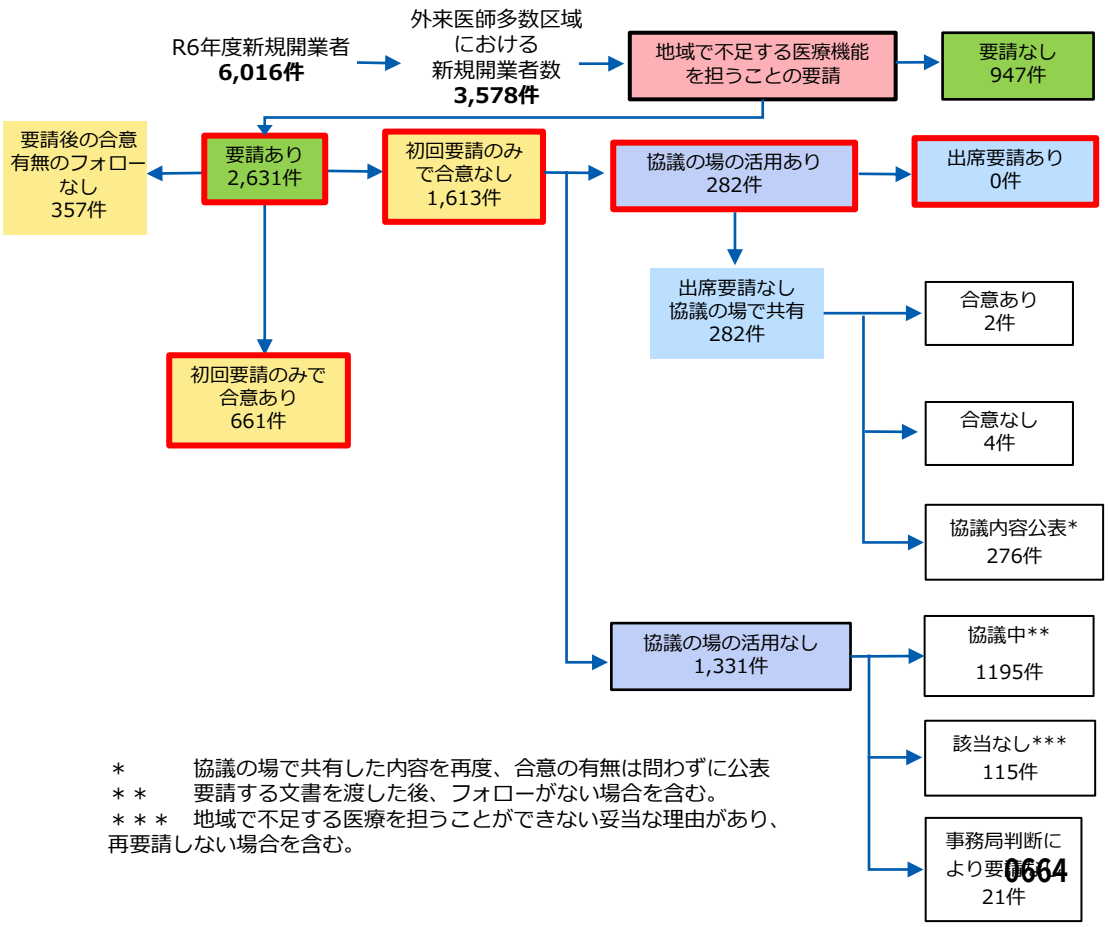
0663

新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和6年度）②

○外来医師多数区域における新規開業者3,578件のうち、「要請あり」の数は2,631（74%）、このうち「合意あり」は661（25%）。協議の場への出席の要請対象となる新規開業者1,613件のうち、協議の場を活用した件数は282件（17%）、実際に出席要請を行ったのは0件だった。

○要請により担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」451件、「在宅医療」226件、「夜間・休日の初期救急医療」206件だった。

外来医師多数区域における新規開業者に対する不足する医療機能を担うことの要請フロー



＊　協議の場で共有した内容を再度、合意の有無は問わずに公表
＊＊　要請する文書を渡した後、フォローがない場合を含む。
＊＊＊　地域で不足する医療を担うことができない妥当な理由があり、再要請しない場合を含む。

要請の結果、不足する医療機能を担うことに合意が得られた件数

診療内容	合意に至った件数（複数回答）
公衆衛生（産業医・学校医・予防接種等）	451
在宅医療	226
夜間・休日の初期救急医療	206
包括的同意	146
介護認定審査	10
小児科診療	7
休日当番医	5
発熱外来	3
産婦人科診療	1
休日外来	1
特定健診	1

外来医療計画の取組状況の調査（令和６年度）　医政局地域医療計画課調べ

外来医師過多区域における課題と関係条文

課　題	医療法等の一部を改正する法律案の関係条文
①外来医師過多区域の基準及び指定方法	第三十条の十八の六　**都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する**区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定する**ものとする。
②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容	第三十条の十八の五　**都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について**協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する**ものとする。 一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項 イ　**地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**
③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合 ④事前届出の流れ ⑤協議の場	第三十条の十八の六　（略） 3　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。 4　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。
⑥要請・勧告	第三十条の十八の六　（略） 6　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、届出者等に対し、**期限を定めて**、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。 7　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、**当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるとき**は、当該開設者又は管理者に対し、**都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をする**よう求めることができる。 8　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。 9　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを勧告する**ことができる。 11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。
⑦保険医療機関の指定期間の短縮等	第三十条の十八の六　（略） 11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。 **改正後の健康保険法** 第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による**都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合**、同条第九項の規定による**都道府県知事の勧告を受けた場合**又は当該**勧告を受け、これに従わなかった場合**には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の**指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる**。

①外来医師過多区域の基準及び指定方法

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料３　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　**都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する**区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定する**ものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、**外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）**における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、**人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位**とすることも考えられる。

論点

①外来医師過多区域の基準について

- 外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。
- 具体的には、
  - **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
  - **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

  を基準とし、当該基準に該当する二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

②都道府県による外来医師過多区域の指定方法について

- 都道府県による指定に関して、医師確保計画策定ガイドライン・外来医療に係る医療提供体制の確保に係るガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

  外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

0666

外来医師過多区域の候補区域について（案）

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3　一部改

論点

外来医師過多区域の基準について

- **外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上　かつ**
- **可住地面積あたり診療所数が上位10%**

とし、当該基準に該当する以下の９箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

外来医師偏在指標（令和６年１月公表）、令和５年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

0667

（参考）外来医師偏在指標の計算式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{※1}}{(\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2}) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{※4}}$$

（※１）標準化診療所医師数 ＝ Σ（性年齢階級別診療所医師数 × $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$ ）

（※２）地域の標準化外来受療率比 ＝ $\frac{\text{地域の外来期待受療率}^{※3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$

（※３）地域の外来期待受療率 ＝ $\frac{\Sigma（\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$

（※４）地域の診療所の外来患者対応割合 ＝ $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$

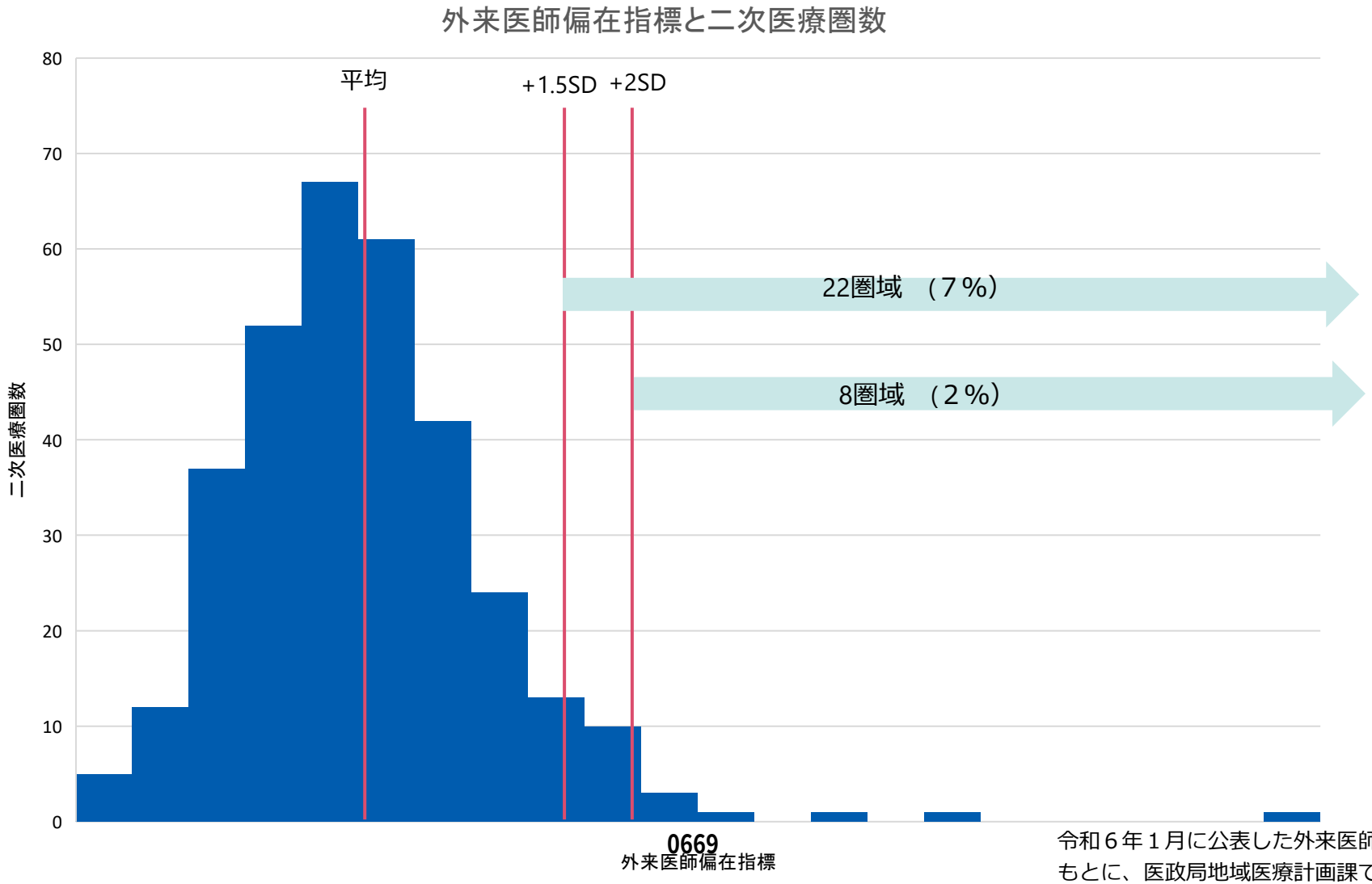
0668

（参考）外来医師過多区域に係る厚生労働省令で定める基準について

令和７年12月12日
第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２

○　外来医師過多区域に係る厚生労働省令で定める基準については、医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージにおいて、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域としている。

○　現在公表している外来医師偏在指標については、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」を超える圏域が７％である。

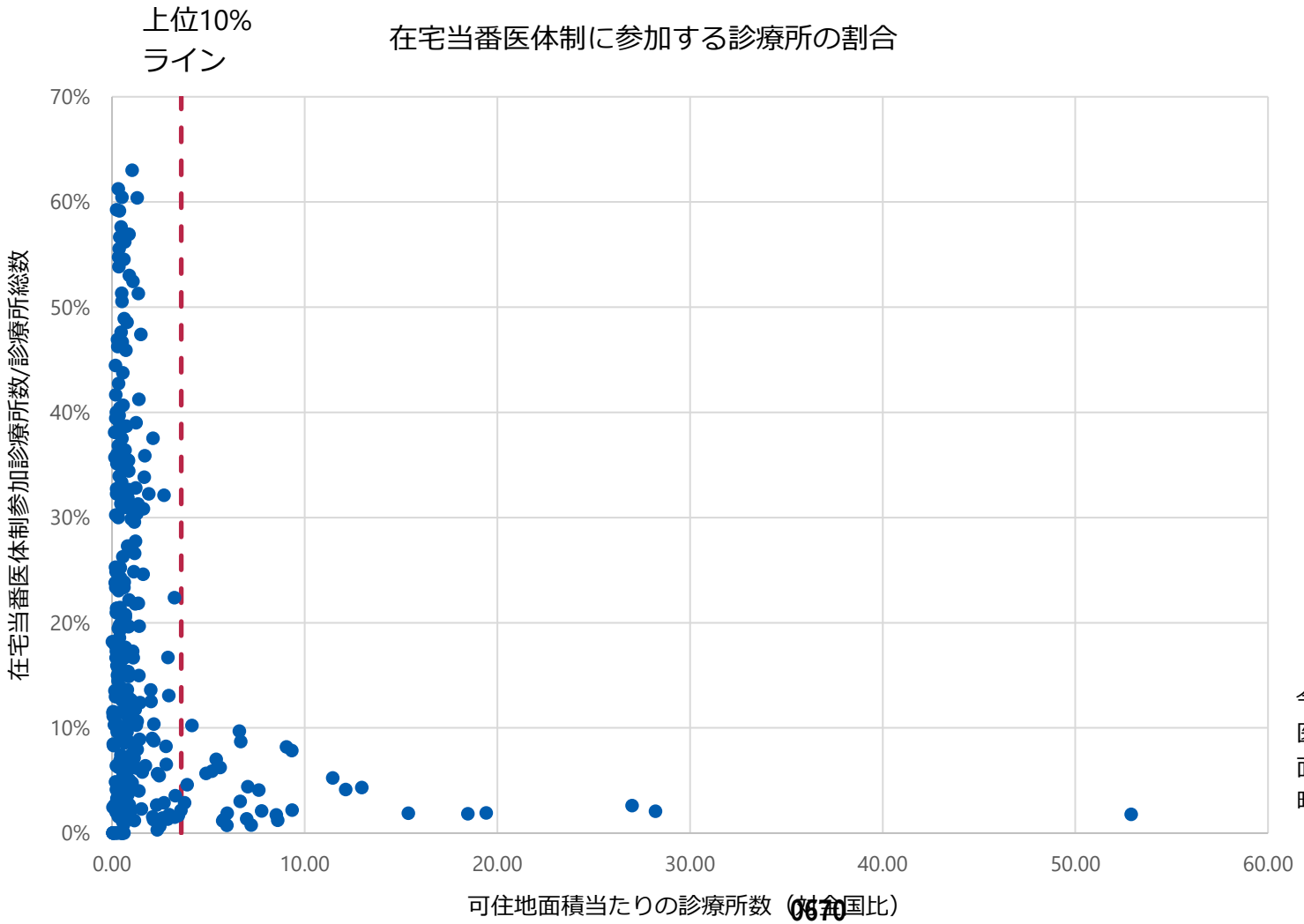


令和６年１月に公表した外来医師偏在指標をもとに、医政局地域医療計画課で作成。

（参考）可住地面積あたりの診療所数と在宅当番医体制に参加する診療所割合

令和７年１２月１２日
第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２

○　可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、在宅当番医体制に参加する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。

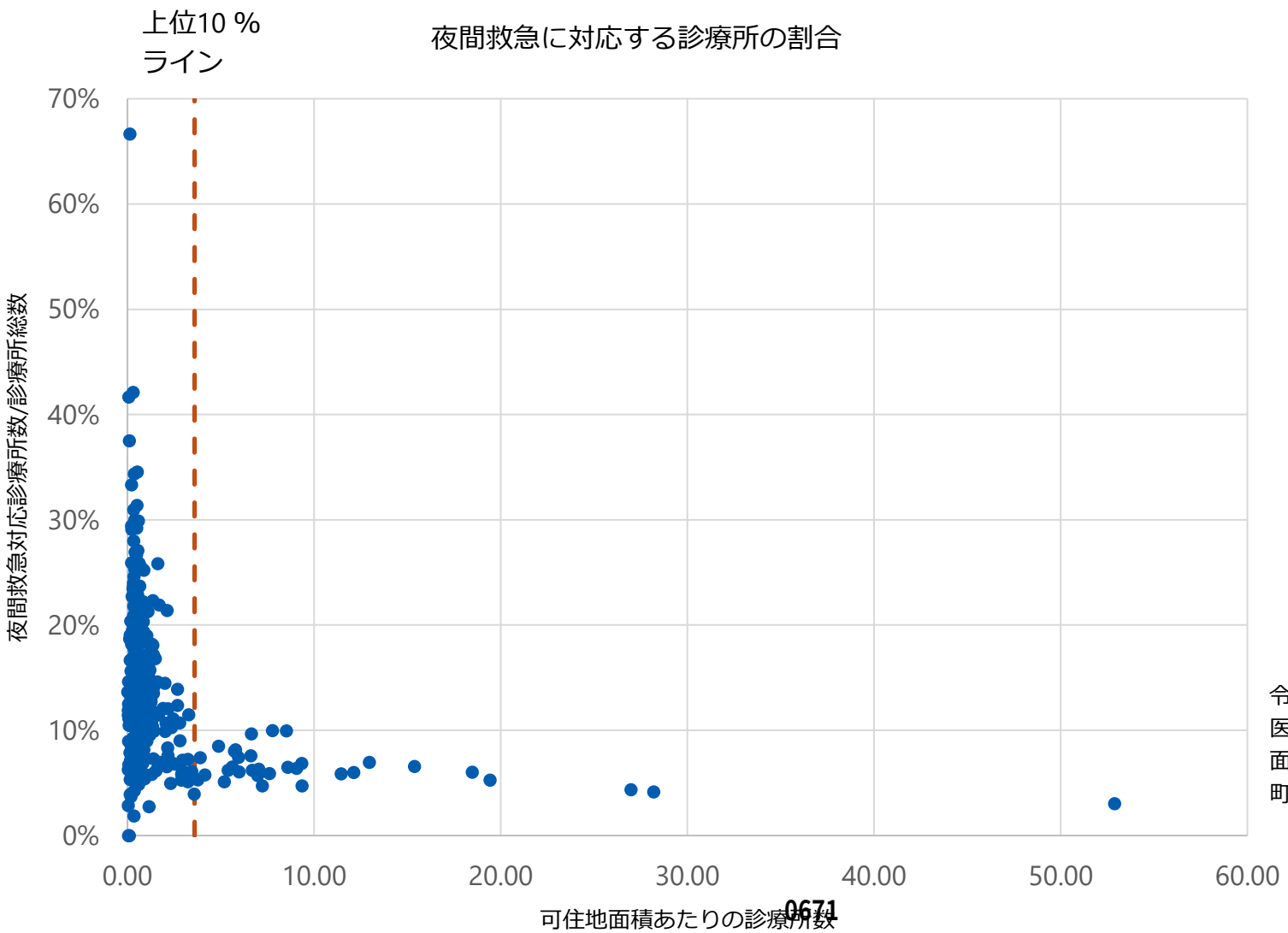


令和５年医療施設静態調査をもとに、医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた」を出典とした。

（参考）可住地面積あたりの診療所数と夜間救急に対応する診療所割合

令和7年12月12日
第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2

○　可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、夜間救急に対応する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。



令和５年医療施設静態調査をもとに、医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた」を出典とした。

②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

改正後の医療法

第三十条の十八の五　**都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について**協議を行い、その結果を取りまとめ、公表する**ものとする。

一　第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項

イ　**地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**

第三十条の十八の六　（略）

６　**都道府県知事**は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　（略）また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供**や**医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請する**ことができることとする。

○　その際、外来医師過多区域、**地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表**する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

論点

①　地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

○　**ガイドライン**において、**地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例として**、現行のガイドラインで示している内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、以下の内容を示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

・　夜間や休日等における**地域の初期救急医療の提供**（**夜間・休日等の診療**、**在宅当番医制度への参加**、**夜間休日急患センターへの出務**、**２次救急医療機関の救急外来への出務等**）
・　**在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）**
・　**学校医・予防接種等**の公衆衛生に係る医療
・　**医師不足地域での医療の提供**（**土日の代替医師としての診療等**）　等

○　**都道府県**において、**外来医療の協議の場**で、ガイドラインの内容を踏まえ、**不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議**して、**取りまとめ、公表**することとする。

○　また、**ガイドライン**において、以下の内容を記載することとする。

・　**外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない**。（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）
・　地域で不足する医療機能等を協議する際に、**かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考にすることが望ましい**。
・　医師不足地域での医療の提供の要請を行う場合は、都道府県は、**県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットを指定し、指定した区域で不足している医療を提供**するよう求めること、**特定の区域を指定せず、県内・近隣県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットで不足している医療を提供**するよう求めること。**あわせて全国マッチング支援への登録**を求めること。

②　公表方法

○　**各都道府県のHP等で公表**するとともに、**外来医療計画において、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容と、随時変更する場合がある旨を記載**することとする。

③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

①　事前届出事項

○　開設６か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。（医療法第８条の開設届出と同じ事項は下線）

- 届出者の住所及び氏名
- 届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
- 開設予定の診療所の名称
- 開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
- 開設予定の年月日
- 診療を行おうとする科目
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
- **地域外来医療の提供に関する意向**
- **地域外来医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域外来医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）**
- **地域外来医療を提供しない場合は、その理由**

②　事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」

○　**親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等**、**予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合**とする。

○　また、その場合は、**事業承継が終わった後に届出を求める**とともに、その**「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を**「届出をした者**その他厚生労働省令で定める者**」**とした上で、0通常のフローのとおり、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行う**こととする。

④事前届出の流れ

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者**は、**やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き**、当該診療所を**開設する日の六月前までに**、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における**地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない**。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

○　事前届出の流れは、以下のフローが想定され、こうした取扱いを周知することとする。

○ 新手続
● 既存手続

開設検討開始

○　都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域外来医療」を公表

○　都道府県・保健所設置市区（※）は、医療法第８条の開設10日以内の開設届出に関するサイトや窓口等で都道府県が公表する外来医師過多区域、地域外来医療、届出様式について周知

※ 保健所設置市区に新届出に関する事務は法律上委任されていないが、周知を依頼する

○　新規開業希望者は、事前届出に関し、都道府県に事前相談

●　新規開業希望者は、医療法第８条の開設届出に関し、都道府県・保健所設置市区に事前相談

開設６カ月前

○　**新規開業希望者は、都道府県に地域外来医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出**

○　**都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療の協議の場の協議参加の求め・要請**

開設

開設10日以内

●　新規開業者は、都道府県・保健所設置市区に医療法第８条の開設届出を提出

※　現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの記載

・　個別の開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業者が医療機関の開設のための届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供すること。したがって、届出様式を掲載するサイトや窓口等においては当該情報を明示的に掲げること。

⑤協議の場

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

３　第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

４　都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する**協議の場における協議に参加**し、**当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求める**ことができる。

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

①　協議の場への参加を求める対象者

○　**事前届出をした者**に加え、**事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者**及び**事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者**を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、**必要に応じて協議の場の参加を求める**こととする。

②　協議の場において説明を求める内容

○　協議の場では、新規開業希望者に対し、**地域外来医療の提供をしない理由**及び**当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容**について説明を求めることができることとする。

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

論点

③　協議の場の開催形式

○　協議の場において、新規開業希望者に対して、地域外来医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域外来医療を提供するよう働きかけることの重要性にかんがみ、「新規開業希望者に協議参加を求める外来医療の協議の場は、**原則として対面又はオンラインで開催**することとして、**やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応を取ることも可能**である」こととする。

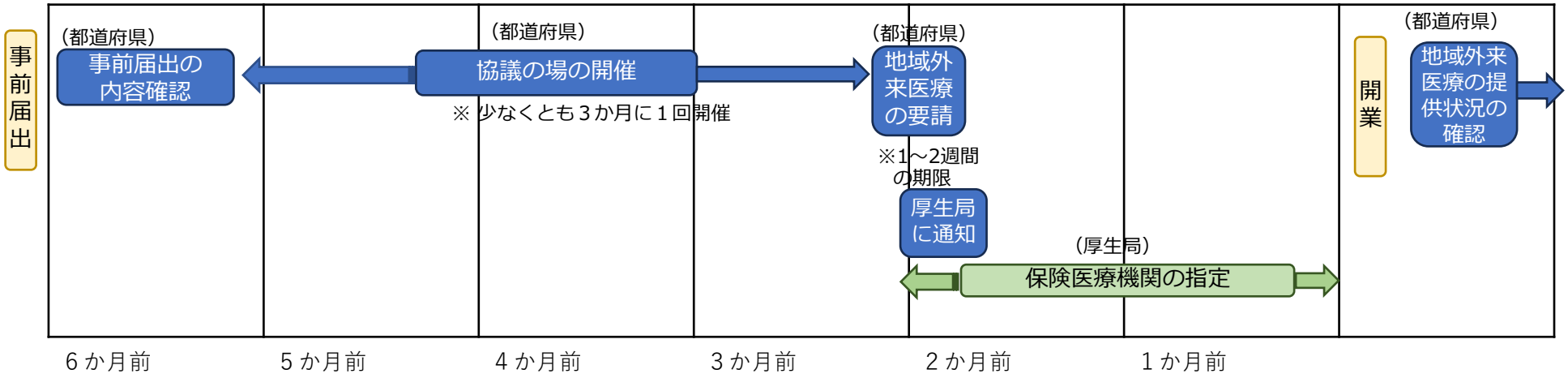
※　現行のガイドラインの記載

・　合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。

④　協議の場の開催頻度

○　届出内容の確認、地域外来医療の要請（１～２週間の期限）、厚生局への通知、保険医療機関の指定の期間が必要であり、協議の場は**少なくとも３か月に１回開催する**こととする。協議の場については、効果的、効率的な運用の観点から、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場に必要に応じてワーキング等を設置することも検討することとする。

＜開業６か月前からのスケジュール（イメージ）＞



⑤　都道府県の事務負担に関する基金での対応

○　外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、**事前届出の内容確認、外来医療の協議の場の運営、地域外来医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担について、地域医療介護総合確保基金を活用可能**とする。

0676

⑥要請・勧告

令和７年１２月１２日　第８回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料２　一部改

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

6　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、届出者等に対し、**期限を定めて**、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請する**ことができる。

7　都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、**当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるとき**は、当該開設者又は管理者に対し、**都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をする**よう求めることができる。

8　当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

9　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを勧告する**ことができる。

11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請する**ことができることとする。

○　開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、**地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して**、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、**やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い**、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。

論点

①　要請を行う場合の回答期限

○　**要請に従わない場合は保険医療期間の指定期間が短縮されることがある旨を付記した上で、１～２週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。**

○　**期限内に回答がない場合、地域外来医療を提供する意向ありと回答しない場合**は、要請に応じないものとして、**都道府県医療審議会への出席の求め、厚生局への通知を行う（→保険医療機関の指定期間の短縮）**こととする。

②　地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」（要請・勧告を行わない場合）

○　地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」については、**個別の状況を踏まえて総合的に判断されるもの**であるが、例えば、

・　夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、**診療所に医師が１人しかおらず、当該医師が病気や育児・介護等で夜間や休日の対応ができない場合**

・　学校医となることが求められているが、**学校側等との調整中である場合**　　等が該当する。

③　要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）の確認

○　都道府県は、要請を受けた診療所を対象に、**年１回程度、要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）を確認する**こととする。

※　地域外来医療の提供状況の確認について、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

○　要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、**要請・勧告に応じて地域外来医療を提供**している場合、**保険医療機関の次回の指定期間は６年**とする。

○　外来医師過多区域における要請、勧告の状況等について、**国が都道府県に対して毎年報告を求める**こととする。

0677

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

医療法　（都道府県）　　**健康保険法**　（厚生労働大臣）

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表
※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

開設
６か月前

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

①外来医療の協議の場での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請　※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

通知

要請に応じる

要請に応じない

開設

保険医療機関の指定を３年とする

②要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

※年に１回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

③要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

やむを得ない理由等である

やむを得ない理由等でない

※要請時と事情が変更した場合等

指定期間が３年の間、以下の措置を講じる(例)
・医療機関名等の公表　・保健所等による確認
・診療報酬上の対応　・補助金の不交付

勧告

通知

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

指定を６年とする

再度指定を３年とする
※３年以内も可

④勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

開設
３年後

提供している

提供していない

開設３年後の指定期間が３年の場合、6678 １回、外来医療の協議の場への参加を求める。

※上記と同じ

公表

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）

※④を３年ごとに実施

⑦保険医療機関の指定期間の短縮等

改正後の医療法

第三十条の十八の六　（略）

11　都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知する**ものとする。

改正後の健康保険法

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による**都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合**、同条第九項の規定による**都道府県知事の勧告を受けた場合**又は当該**勧告を受け、これに従わなかった場合**には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の**指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる**。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

○　さらに、**開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は**、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、**指定期間を６年でなく３年とする**。都道府県は、指定期間が３年となった保険医療機関が３年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は**勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を３年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく**。

○　あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年１回の参加を求めるとともに、**要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表**、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。

論点

①　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間

○　保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合の標準的な期間について、以下のとおりする。

※　経済的ディスインセンティブ等について、以下の類型に合わせた対応を求められる可能性があることに留意

	指定期間	類型
	３年	**・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所** **・勧告を受けた診療所** **・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合**（２度目の指定）
	２年	**・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合**（３度目の指定以降）

②　保険医療機関の指定期間が短縮された者に対する対応

○　**医療機能情報提供制度（ナビイ）**において、**「外来医師過多区域で令和８年10月以降に開設した無床診療所について、地域外来医療の提供の有無及び内容、医療法による要請又は勧告の有無」を項目として追加**することとする。

0679

医療法等改正を踏まえた対応についての課題と論点

中医協　総－２
７．１２．２４

（外来医師過多区域における診療報酬上の対応について）

- 都道府県は、外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を行うことが可能となる。当該要請に応じない場合、保険医療機関の指定について、３年以内の期限を付すことができることとしている。

（オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応について）

- 医療法の改正に伴い、オンライン診療の総体的な規定を設けるほか、オンライン診療受診施設が新たに設けられるところ。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則や保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、保険薬局と保険医療機関との間には、一体的な構造・経営の禁止、経済上の利益の提供による誘引の禁止や、特定の保険薬局への誘導の禁止に係る規定が設けられている。

【論点】

○　地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置づけであることを踏まえ、当該医療機関について、機能強化加算や地域包括診療加算等のかかりつけ医機能や地域医療提供体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬項目の評価についてどのように考えるか。

○　医療法の改正に伴い、オンライン診療受診施設が新たに設けられるが、医薬分業に関するこれまでの取り扱いとその趣旨を踏まえ、保険診療の受診が可能なオンライン診療受診施設の、保険薬局内への開設のあり方について、その是非や取り扱いを含め、どう考えるか。また、医療資源が少ない地域の医療提供体制の確保等を踏まえた配慮についてどう考えるか。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第８次後期）について（案）

令和８年1月16日
第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3

第８次後期ガイドライン 構成

１．はじめに
- １－１．外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- １－２．外来医療計画の全体像
- １－３．ガイドラインの位置づけ

２．外来医療計画の策定を行う体制等の整備
- ２－１．都道府県の体制
- ２－２．外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- ２－３．外来医療計画策定のプロセス
- ２－４．外来医療計画の策定スケジュール

３．外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

４．外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定
- ４－１．区域単位
- ４－２．外来医師偏在指標
- ４－３．外来医師多数区域の設定
- ４－４．外来医師過多区域の設定

５．外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
- ５－１．外来医師多数区域における取組
  - ５－１－１．新規開業者等に対する情報提供
  - ５－１－２．~~外来医師多数区域における~~新規開業者の届出の際に求める事項
  - ５－１－３．現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - ５－１－４．合意の方法及び実効性の確保
  - ５－１－５．患者や住民に対する公表
  - ５－１－６．各医療機関での取組
- ５－２．外来医師過多区域における取組
  - ５－２－１．新規開業者等に対する情報提供
  - ５－２－２．新規開業者の届出の際に求める事項
  - ５－２－３．現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - ５－２－４．合意の方法及び実効性の確保
  - ５－２－５．患者や住民に対する公表
  - ５－２－６．各医療機関での取組

６．医療機器の効率的な活用に係る計画
- ６－１．医療機器の効率的な活用に関する考え方
- ６－２．協議の場と区域単位
- ６－３．医療機器の効率的な活用のための検討

0681

７．外来機能報告

８．外来医療計画の実行に関するＰＤＣＡサイクル

９．留意点

①計画策定に向けた体制整備
都道府県が、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を設け、国から提示する外来医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ等を活用し、外来医療計画を策定する。

②外来医師多数区域の設定
外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

③外来医師多数区域における新規開業者への取組
外来医師多数区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。

④外来医師過多区域における新規開業者への取組
外来医師過多区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。
要請に従わない医療機関への対応として、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告･公表等を行う。

⑤医療機器の共同利用
地域の医療機器の配置状況を可視化し、外来医療に係る協議を通じて、医療機器の共同利用を推進し、人口減少に対応した効率的活用と共同利用計画の整備を図る。

令和８年３月26日 | 第126回社会保障審議会医療部会 | 資料１

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

0683

※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）

年度	地域医療構想の策定と取り組みの進め方	
2026年	現状・課題の把握	• 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する
	区域の設定	• 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し** ➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ➢ 必要病床数の運用 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定 • 設定した構想区域における必要病床数を算出する
	設定した区域の課題の把握	• 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
2028年	取組の決定と推進	• **遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する • その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
2035年	取組の推進	• 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

0684

※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 とりまとめ（医師偏在対策）の概要

○　第８次（後期）医師確保計画・外来医療計画（令和９年４月～）の見直しに向けて、令和７年夏より検討会（※１）において、医師確保計画策定ガイドライン等の見直しに係る議論を行った。

（※１）医師養成過程を通じた医師の偏在対策については、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会で議論

主な見直し事項

【医師確保計画策定ガイドライン】

○　医師少数区域の考え方の見直し
- 現行の医師偏在指標のみでなく、地理的要素（※２）を反映した上で医師少数区域を設定

（※２）人口密度、二次救急病院までの距離、離島、特別豪雪地帯

○　医師少数区域等の勤務経験を認める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- 対象医療機関に公的医療機関及びNHO、JCHO、労働者健康安全機構の病院を追加
- 勤務経験期間を６か月以上から１年以上に延長

○　重点医師偏在対策支援区域の設定
- 国の提示する候補区域を参考に、都道府県が優先的・重点的に支援する区域を設定し、都道府県が新たに「医師偏在是正プラン」策定し、経済的インセンティブに係る事業を実施（※３）

（※３）診療所の承継・開業支援事業、派遣元医療機関支援事業、代替医師確保支援事業

○　医師確保計画の効果測定・評価に係る指標の設定
- 目標医師数のみでなく、計画の取組進捗等を経時的に把握・評価するための指標を新たに導入

○　医師養成過程を通じた医師の偏在対策
- 大学医学部における地域枠等、臨床研修、専門研修等の医師養成過程に係る制度を都道府県が効果的に活用できるよう、医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理

【外来医療計画に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン】

○　外来医師過多区域における無床診療所の新規開業希望者への対応の強化
- 新規開設の事前届出制、地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請、要請に応じなかった場合の勧告・公表、保険医療機関の指定期間の短縮等

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和９年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進めることとしてはどうか。

＜精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ＞

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法　　等

○ 構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者　等

○ 検討スケジュール

2026年（令和８年） 春　WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

※　ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

0686

令和８年３月26日 | 第126回社会保障審議会医療部会 | 資料２

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

精神疾患に係る第８次医療計画の見直しについて（報告）

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

精神疾患の医療体制（第８次医療計画後期（令和９年～11年）のポイント）

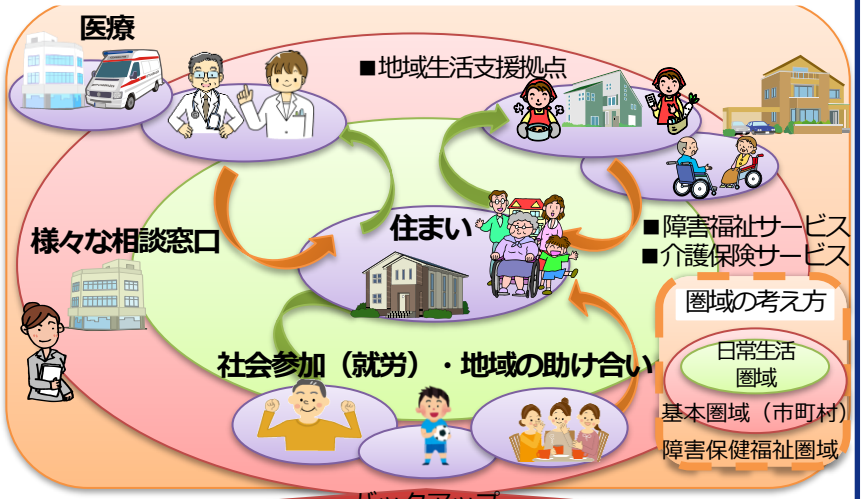
指針について

① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点を踏まえた指針の見直しを行い、引き続き精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。

② 当初見直しの考え方を踏襲し、**入院患者の年齢構成の変化等の要因と、政策効果の要因を勘案**して、将来の推計を行うこととする。

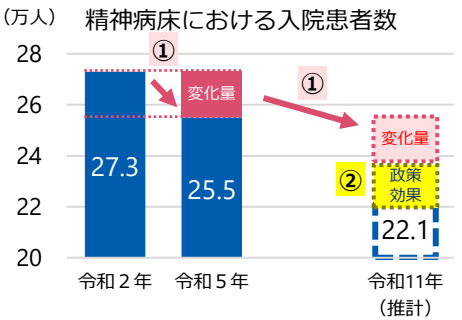
③ **患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から**、引き続き**４つの視点から、ストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定**するとともに、**指標例に非自発的入院の件数等を追加**する。

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



②基準病床数の算定式

令和２年と令和５年の患者数から令和11年の患者数を推計し、基準病床数を設定する



① **R2 ⇒R5の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する**
- 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
- 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化

② **①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）0688映して、将来の入院患者数の推計を行う**

③現状把握のための指標例

普及啓発、相談支援

地域における支援
危機介入

診療機能(※)

拠点機能(※)

(※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。

ストラクチャー

プロセス

アウトカム

指標例に、非自発的入院の件数等を追加する。

精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果（令和11年）

暫定値

	基準病床数（令和８年）	基準病床数の計算結果（令和11年）	注１	注２
全国	265,903	233,008	(230,363 ～	235,158)
北海道	15,351	13,358	(13,196 ～	13,522)
青森	3,498	3,018	(2,989 ～	3,047)
岩手	3,261	2,723	(2,692 ～	2,755)
宮城	4,618	4,293	(4,239 ～	4,348)
秋田	2,969	2,716	(2,683 ～	2,747)
山形	2,927	2,538	(2,509 ～	2,565)
福島	4,240	3,666	(3,621 ～	3,712)
茨城	5,551	4,788	(4,725 ～	4,851)
栃木	3,881	3,356	(3,312 ～	3,401)
群馬	4,366	3,887	(3,837 ～	3,938)
埼玉	12,003	10,644	(10,533 ～	10,678)
千葉	10,677	8,811	(8,705 ～	8,916)
東京	19,396	16,836	(16,689 ～	16,863)
神奈川	12,080	10,701	(10,596 ～	10,723)
新潟	5,114	4,599	(4,544 ～	4,654)
富山	2,601	2,231	(2,201 ～	2,260)
石川	2,846	2,581	(2,552 ～	2,611)
福井	1,707	1,480	(1,466 ～	1,495)
山梨	1,714	1,531	(1,513 ～	1,548)
長野	3,766	3,293	(3,256 ～	3,329)
岐阜	3,359	2,894	(2,854 ～	2,934)
静岡	5,483	5,007	(4,956 ～	5,020)
愛知	11,508	10,035	(9,925 ～	10,114)

	基準病床数（令和８年）	基準病床数の計算結果（令和11年）	注１	注２
三重	3,748	3,423	(3,382 ～	3,464)
滋賀	1,812	1,671	(1,655 ～	1,675)
京都	4,212	3,703	(3,664 ～	3,720)
大阪	15,992	13,504	(13,363 ～	13,539)
兵庫	9,869	8,632	(8,541 ～	8,721)
奈良	2,423	2,086	(2,064 ～	2,108)
和歌山	1,366	1,192	(1,177 ～	1,205)
鳥取	1,345	1,176	(1,163 ～	1,187)
島根	1,829	1,516	(1,501 ～	1,533)
岡山	3,931	3,547	(3,513 ～	3,581)
広島	7,045	6,426	(6,354 ～	6,498)
山口	4,727	4,077	(4,023 ～	4,132)
徳島	2,832	2,613	(2,578 ～	2,647)
香川	2,628	2,432	(2,402 ～	2,461)
愛媛	3,229	2,795	(2,759 ～	2,829)
高知	2,747	2,362	(2,336 ～	2,386)
福岡	17,040	14,808	(14,626 ～	14,989)
佐賀	3,388	3,089	(3,052 ～	3,126)
長崎	5,715	4,887	(4,822 ～	4,953)
熊本	6,812	6,032	(5,961 ～	6,101)
大分	4,114	3,601	(3,556 ～	3,646)
宮崎	4,359	3,967	(3,916 ～	4,017)
鹿児島	7,313	6,639	(6,556 ～	6,720)
沖縄	4,511	3,846	(3,807 ～	3,887)

注）基準病床数算定式の計算結果については、「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」及び「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」を、それぞれ最大または最小に設定した時の幅を含めて記載している。

注１：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ 0.02 を加えた場合

0689

注２：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ、当該割合が０を下回らない範囲で最も小さくなるよう、０以上 0.02 以下の値を減じた場合

第８次医療計画後期（令和９年～11年）における指標例のイメージ

		普及啓発、相談支援		地域における支援、危機介入		診療機能		拠点機能
ストラクチャー		保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数		救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数		各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数		てんかん支援拠点病院数
	●	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	●	精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）		各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数		依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
		心のサポーター養成研修の実施回数		DPAT先遣隊登録機関数	●	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	●	摂食障害支援拠点病院数
		認知症サポート医養成研修修了者数		救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数		精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	●	指定通院医療機関数
				精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	●	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数		高次脳機能障害支援拠点機関数
				在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	●	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数		認知症疾患医療センターの指定医療機関数
				早期診療体制充実加算を算定した医療機関数		認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数		
				精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数		認知症ケア加算を算定した医療機関数		
				療養生活継続支援加算を算定した医療機関数		児童思春期支援指導加算を算定した医療機関数		
				精神科入退院支援加算を算定した医療機関数	●	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数		
						心理支援加算を算定した医療機関数		
プロセス		保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数		精神科救急医療体制整備事業における入院件数		各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数		認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	●	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数		精神科救急医療体制整備事業における受診件数		各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数		指定通院医療機関の患者数
		心のサポーター養成研修の修了者数		救急患者精神科継続支援料を算定した患者数		精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数		てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数		救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数		精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数		依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
		かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数		精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数		摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
			●	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数		閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数		
				精神疾患の救急車平均搬送時間		認知療法・認知行動療法を算定した患者数		
						隔離指示件数		
						身体的拘束指示件数		
						非自発的入院の件数（措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院毎の件数）		
						児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数		
						統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率		
アウトカム	●	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率						
	●	精神障害者の精神病床から退院後１年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)						
	●	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）						
	●	精神病床における長期入院患者の平均在院日数						

0690

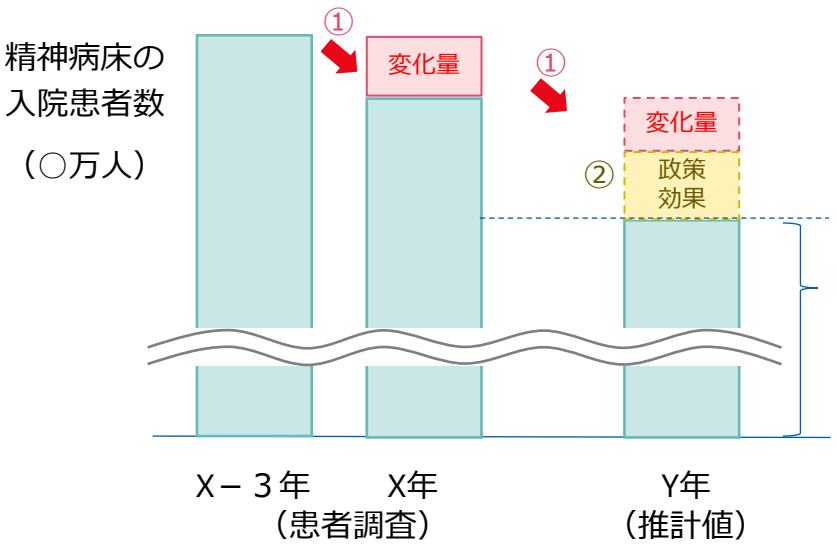
（●は重点指標）　【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、ＰＴＳＤ、摂食障害、てんかん

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

精神病床の基準病床数と障害福祉計画における基盤整備量の考え方について（現状）

○　これまで、障害福祉計画において、地域の基盤整備を進めるにあたっては、各都道府県の医療計画と連動する形で医療計画における入院患者数の推移等を踏まえることとされてきた。



推計入院患者数

病床利用率（0.95）
で割り返す

医療計画の前期又は
後期の最終年の
推計入院患者数を踏まえた

基準病床数

（参考）
①Ｘ－３年⇒Ｘ年の入院患者数の変化を踏まえて、 今後の患者数の変化を推計
・政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化 等）による変化
・当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）に よる変化
② ①に加え、その後の取り組み（政策効果）を反映して、入院患者数を推計

医療計画と連動

障害福祉計画において、入院患者数の推移等を踏まえ、地域の基盤整備量を設定することを求めている。

0692

政策効果に係る係数について

○　慢性期の入院患者数については、地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果に係る係数を設定する。
○　今後の政策効果に係る係数は、各都道府県の慢性期の入院患者数が、人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定する。
○　なお、ここでの政策効果とは、慢性期の入院患者について、医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実、認知症施策の推進等により、地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。

係数について

- **人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点での人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準を上回る県は，その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定。**
  - 地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果についての目標として機能するものとする。
  - 優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際に**その水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値**を参考としたうえ、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 目標年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（X）と、現時点で人口当たりの慢性期の入院患者数が少ない県の水準（Y）を比較。
  - ✓X ≦ Y→ 係数は0とする。
  - ✓X ＞ Y→ 慢性期の入院患者数が少ない県の水準に一定程度近づくよう、以下の方法で設定する。
    - ➢ 差がXの２割未満【(X － Y) / X が0.2未満】の場合 、(X － Y) / Xの半分を標準の係数として設定する。
    - ➢ 差がXの２割以上【(X － Y) / X が0.2以上】の場合、0.1を標準の係数に設定する。
- なお、都道府県は、上記の手法で算出した標準の係数から、±0.02の範囲で係数を調整することができる
- １からこの係数を差し引いた値を、慢性期の患者数の推定値に乗じて、基準病床数の算出に用いることとする。

0693

令和４年度厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」研究班の成果を元に精神・障害保健課において作成

（参考）精神病床における基準病床数の算定式

○患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。

○基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和○年における基準病床数算定式＝

（令和○年における当該都道府県の**急性期**患者数推計値 ＋ 令和○年における当該都道府県の**回復期**患者数推計値 ＋ 令和○年における当該都道府県の**慢性期**患者数推計値（認知症を除く）× **政策効果（１－A）** ＋ 令和○年における当該都道府県の**慢性期**患者数推計値（認知症）× **政策効果（１－B）**
＋（他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数） －（当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数））
×（１／**病床利用率**）

政策効果に関する係数

- 政策効果A：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数
（地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果 ）
- 政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数
（認知症施策の推進等に関する政策効果）

※　精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。

（急性期：３か月未満、回復期：３か月以上１年未満、慢性期：１年以上）
0694

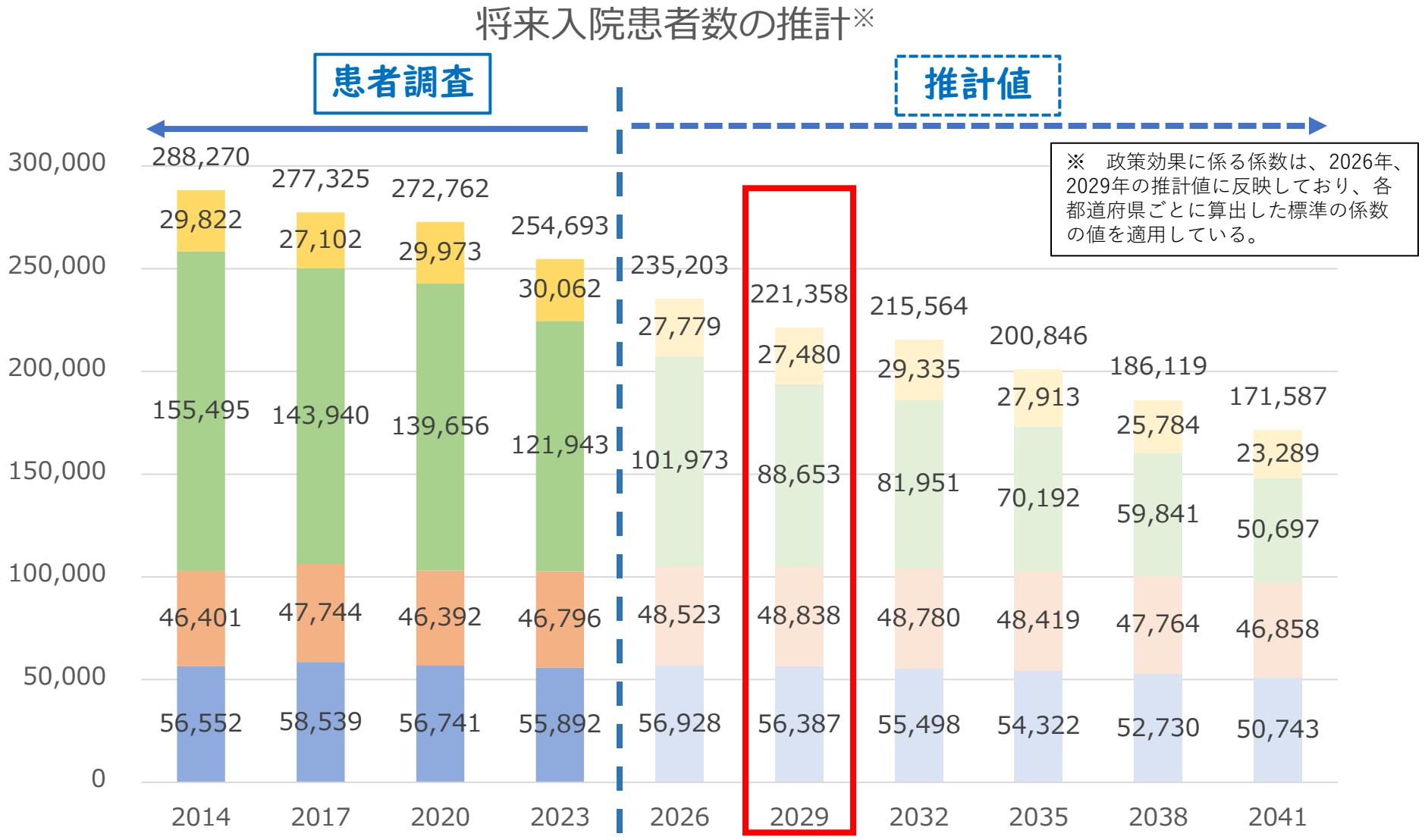
令和11年（2029年）の入院患者数の推計方法

各年齢の値に増減率をかけて、
3年後の＋3歳の値を推計

患者調査 全国値 1歳階級 入院患者数			入院患者数増減率		患者調査 都道府県値 5歳階級 入院患者数				
	実績 2020	実績 2023	2023年÷2020年	増減率r			実績 2023	推計 2026	推計 2029
20歳	402				20歳		62.0	62.0	62.0
21歳	510				21歳		62.0	62.0	62.0
22歳	522	554	22歳→25歳	1.245	22歳	310 ÷5	62.0	62.0	62.0
23歳	571	607	23歳→26歳	1.376	23歳		62.0	62.0	62.0
24歳	644	686	24歳→27歳	1.376	24歳		62.0	62.0	62.0
25歳	611	650	25歳→28歳	1.493	25歳		81.0	77.2	77.2
26歳	737	786	26歳→29歳	1.593	26歳		81.0	85.3	85.3
27歳	830	886	27歳→30歳	1.198	27歳	405 ÷5	81.0	85.3	85.3 ・・・
28歳	854	912	28歳→31歳	1.273	28歳		81.0	120.9	115.3
29歳	1096	1174	29歳→32歳	1.107	29歳		81.0	129.0	135.9
30歳	930	994	30歳→33歳	1.302	30歳		122.0	97.0	102.2
31歳	1016	1087	31歳→34歳	1.171	31歳		122.0	103.1	154.0
32歳	1133	1214	32歳→35歳	1.214	32歳	610 ÷5	122.0	89.7	142.8
33歳	1130	1210	33歳→36歳	1.161	33歳		122.0	158.8	126.3
34歳	1111	1190	34歳→37歳	1.279	34歳		122.0	142.9	120.8
35歳	1283	1376	35歳→38歳	1.012	35歳		282.8	148.1	108.9
36歳	1224	1312	36歳→39歳	1.742	36歳		282.8	141.6	184.3
37歳	1325	1421	:		37歳	1414 ÷5	282.8	156.0	182.7
38歳	1212	1299	:		38歳		282.8	286.3	150.0
39歳	1983	2132	:		39歳		282.8	492.5	246.7

0695
効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田 直明）により作成

令和11年（2029年）の推計入院患者数



0696

効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田 直明）により作成

入院医療に関する方向性の整理

第12回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会
R７.12.１ 資料２

第１回から第１１回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

◆　入院機能等については、以下の内容の御議論があった。

○　将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。

※　単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの

○　その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。

○　また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。

○　なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。

注　精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

◆　人員配置については、以下の内容の御議論があった。

○　精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。

○　精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

◆　身体合併症については、以下の内容の御議論があった。

○　地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。

※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。

○　都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。

○　精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。

○　また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。

○　精神病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

入院外医療等に関する方向性の整理

第12回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会
R７.12.１ 資料２

第１回から第１１回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

かかりつけ精神科医機能

◆　かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。

○　地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとすること。

○　その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

◆　初診待機については、以下の内容の御議論があった。

○　初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。

○　初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。

○　また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた精神療法

◆　情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。

○　「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえ、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本とする。

○　情報通信機器を用いた精神療法については、初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の集積が期待される。

○　他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提に、自治体が対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの者等を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能とする。

精神科訪問看護

◆　精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。

○　精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所※が求められること。

※　24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

◆　行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。

○　未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

令和８年３月26日	第126回社会保障審議会医療部会	資料３

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

医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について

Medical Corporation Financial Data Base

医政局医療経営支援課医療法人支援室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法人の経営情報の調査及び分析等

➢ 医療の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、**③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する。**

【施行日：①及び② 令和５年８月１日　**③は公布日から三年以内に政令で定める日（令和８年４月１日施行予定）**】

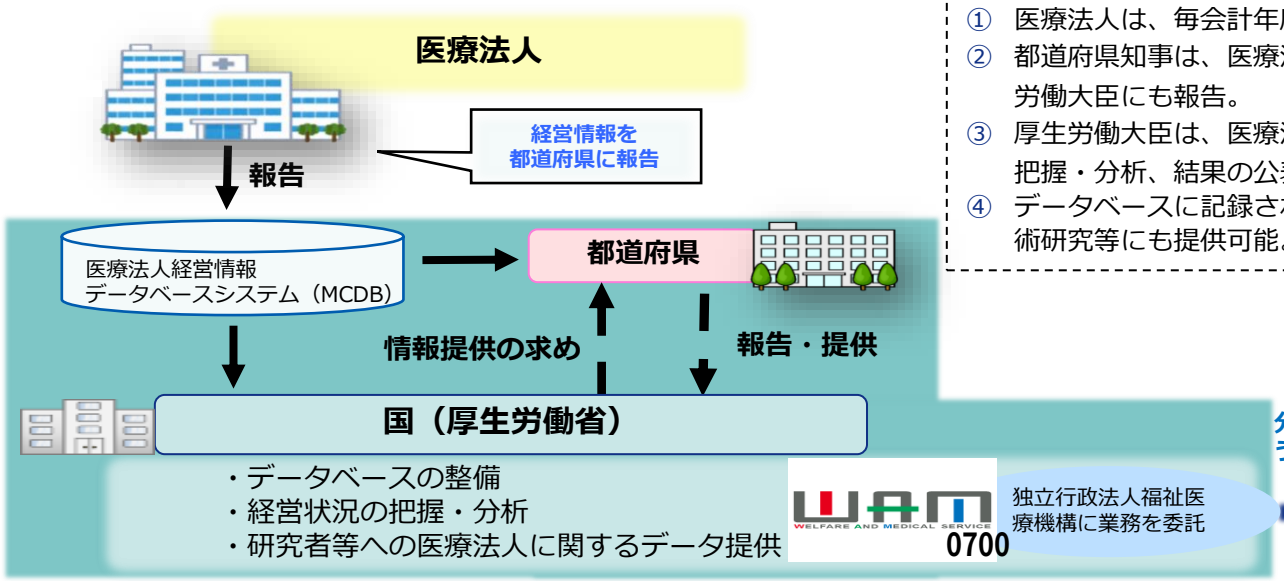
【データベースの概要】

- 対象：原則、全ての医療法人
- 収集する情報：病院・診療所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数

（収集する内容は省令以下で規定）

※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用に当たっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に 応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。

- 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表



① 医療法人は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告。
② 都道府県知事は、医療法人の活動状況等に関する調査及び分析等を行い、厚生労働大臣にも報告。
③ 厚生労働大臣は、医療法人に関する情報のデータベースを整備し、経営状況の把握・分析、結果の公表。
④ データベースに記録された医療法人に関する情報については、研究者が行う学術研究等にも提供可能。

医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）に係る第三者提供制度の概要

目的及び基本的な考え方※1

○　医療法人の経営情報のデータベースは**「国民共有の財産として有効活用されるべきであり、研究目的等のためにデータを利用する第三者への提供制度について検討が必要」**

○　医療法人情報※2には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報等が含まれていることに留意し、**個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする**

※1「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書（R4.11.9）及び医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋
※2 医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項(例：事業報告書等、経営情報等、その他必要な事項)に関する情報を収集し、整理した情報

施行予定※3の仕組み

○　オーダーメード集計

- **一般からの委託**を受けて、**厚生労働省**（独立行政法人福祉医療機構（WAM）に委託）**が医療法人情報を利用して相当の公益性を有する統計の作成等を行い、その結果を提供する。**

○　医療法人情報の提供

- **相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析を行う研究者等に医療法人情報を提供する。**
  ただし、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するための調査等を除く。
- 研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合、**医療法人情報は原則として提供しない。**
- データ提供に当たって、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴くことを義務付ける。**

○　再識別の防止措置・安全管理措置

- **特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置を別途ガイドライン及び利用規約に定める。**
- **医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置を別途厚生労働省令、ガイドライン及び利用規約に定める。**

※3 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋。本資料において引用する第三者提供制度に関する医療法上の条文は未施行であり、**公布の日（R5.5.19）から３年を超えない範囲内において政令で定める日に施行（令和８年４月１日施行予定）。**

医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）の設置について

設置の経緯・背景

○ 改正後の医療法第69条の４第２項（※1）の規定により、医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）の医療法人情報を第三者に提供しようとする場合には、厚生労働大臣は、社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされている。

○ 具体的には、申出のあった医療法人情報の個々の利用申請について相当の公益性（※2）の有無を判断するため、社会保障審議会運営規則（※3）に則り、社会保障審議会医療部会に、「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）」を設置する。

※1 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）（抄）
第六十九条の四　厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。
２　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

※2「相当の公益性」については、『医療法人情報の提供に係るガイドライン』に別途定める。

※3 社会保障審議会運営規則（平成十三年一月三十日社会保障審議会決定）（抄）
第八条　分科会長又は部会長は、必要があると認めるときは、それぞれ分科会又は部会に諮って委員会を設置することができる。

専門委員会の業務

１．医療法人情報の提供申出の審査について
○ 改正後の医療法第69条の４第２項の規定により、申出のあった医療法人情報の利用について、相当の公益性の有無を判断するとともに、個人及び法人の権利利益の侵害防止等も含め総合的に審査する。
○ 審査の頻度は、原則として、月に１回開催する。

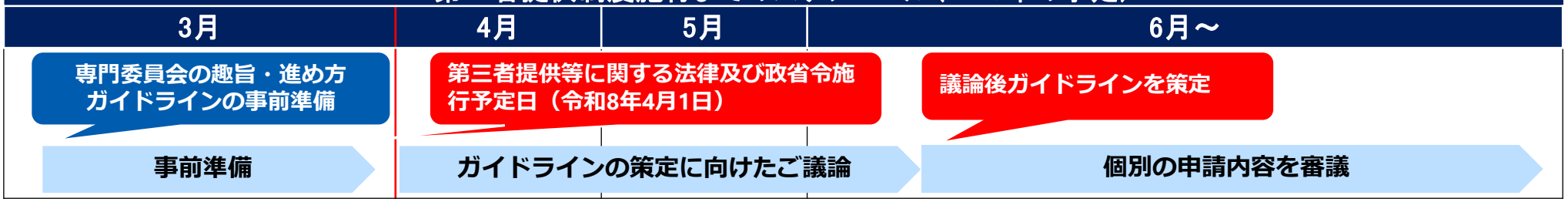
２．ガイドラインの検討について
○ 専門委員会は、医療法人情報の提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準を定めた『**医療法人情報の提供に関するガイドライン**』※について検討を行う。
※ 設置後、当面はガイドラインの策定に向けた検討を予定。

３．その他関連事項について
○ 医療法人情報の第三者提供制度に関連する事項について必要に応じて審議する。

0702

スケジュール（予定）及びガイドライン検討時の視点について

第三者提供制度施行までのスケジュール（2026年の予定）



ガイドラインの検討に際して考えられる視点

●個人及び法人の権利利益が侵害されない制度に向け、「匿名化処理基準」をどのように策定するか。

・ 統計法のガイドラインでは、匿名化の基準や具体的な匿名化処理の技法（※1）があることや、匿名化が困難な場合はオーダーメード集計による統計の作成等での対応を検討していること

・ これとは別に、医療法人情報の特性（※2）を踏まえた匿名化処理も有り得ること

等を踏まえて、医療法人情報の「匿名化処理基準」をどのように考えるか。

●医療法人情報を利用する必要性、意義、有用性等及び相当の公益性をどのように確認するか。

・ 医療法人情報を利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」があり、医療法人情報を利用する必要性、意義及び有用性等をどのように確認するか。

・ 「相当の公益性」を担保するために研究成果等の公表を求めるが、そのあり方をどう考えるか。（※3）

●安全管理措置、手数料、申請方法、不適切利用への対応が、他制度と並べて妥当か。

※1 例えば、「識別情報（氏名、勤務先等）の削除」、「トップ（ボトム）コーディング（例：100歳→80歳以上）」、「リコーディング」（例：52歳→50歳～59歳） 等の技法が考えられる。

※2 「都道府県」と「病床数」が匿名化処理されない場合は地域によっては医療機関が特定できる点や、病床機能報告と紐付いたデータの提供時に匿名化処理されない場合は病床機能報告のオープンデータから医療機関が特定できる点を踏まえる必要がある。
また、「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和７年８月26日　医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）において示された、第三者提供制度の在り方を遵守する必要がある。

※3 例えば、統計法のガイドラインでは、「偏見を助長するおそれがあるなど、提出された統計等をそのまま公表することが適当でないと判断される場合には、その概要を公表することとして差し支えない。」とされている。

参　考　資　料

（参考）医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）設置要綱案の骨子

【１ 設置の趣旨】

社会保障審議会医療部会に、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）の規定により、厚生労働大臣が医療法人情報を第三者に提供する法的根拠が設けられたとともに、医療法人情報の提供にあたって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされた。

このため、医療法人情報の提供の可否等について専門的観点から審査を行うため、当該規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療部会（以下「医療部会」という。）に「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）」を設置する。

【２ 構成等】

（１）専門委員会の委員は、医療関係のほか、会計・統計・公益・個人情報保護関係の有識者を中心に構成予定であり、部会長と相談の上確定する。

（２）専門委員会に委員長を置く。

【３検討事項】

専門委員会は、医療法人情報の提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準その他関連する事項を定めた「医療法人情報の提供に関するガイドライン」について検討を行う。また、医療法人情報の提供申出があった場合には、当該提供申出のあった医療法人情報の利用について、ガイドラインも踏まえつつ、相当の公益性の有無を次の①から③までに掲げる事項を踏まえて判断するとともに、個人及び法人の権利利益の侵害防止等も含め総合的に審査する。そのほか、医療法人情報の第三者提供制度に関連する事項についても必要に応じて審議する。

① 医療法人情報の利用目的
② 医療法人情報の利用内容
③ 成果物の内容およびその公表方法　等

【４ 運営等】

（１）専門委員会は、原則として、月に１回開催する。

（２）専門委員会の議事は原則公開とする。ただし、委員長が、提供申出対象の情報について、個人及び法人の権利利益保護等の観点から特別な配慮が必要と認めるときは、非公開とすることができる。

（３）専門委員会の検討の結果については、医療部会に毎年報告する。なお、専門委員会の議決は、医療部会長の同意を得て、医療部会の議決とすることができる。

（４）専門委員会の庶務は、厚生労働省医政局医療経営支援課において行う。

（５）上記のほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

附 則

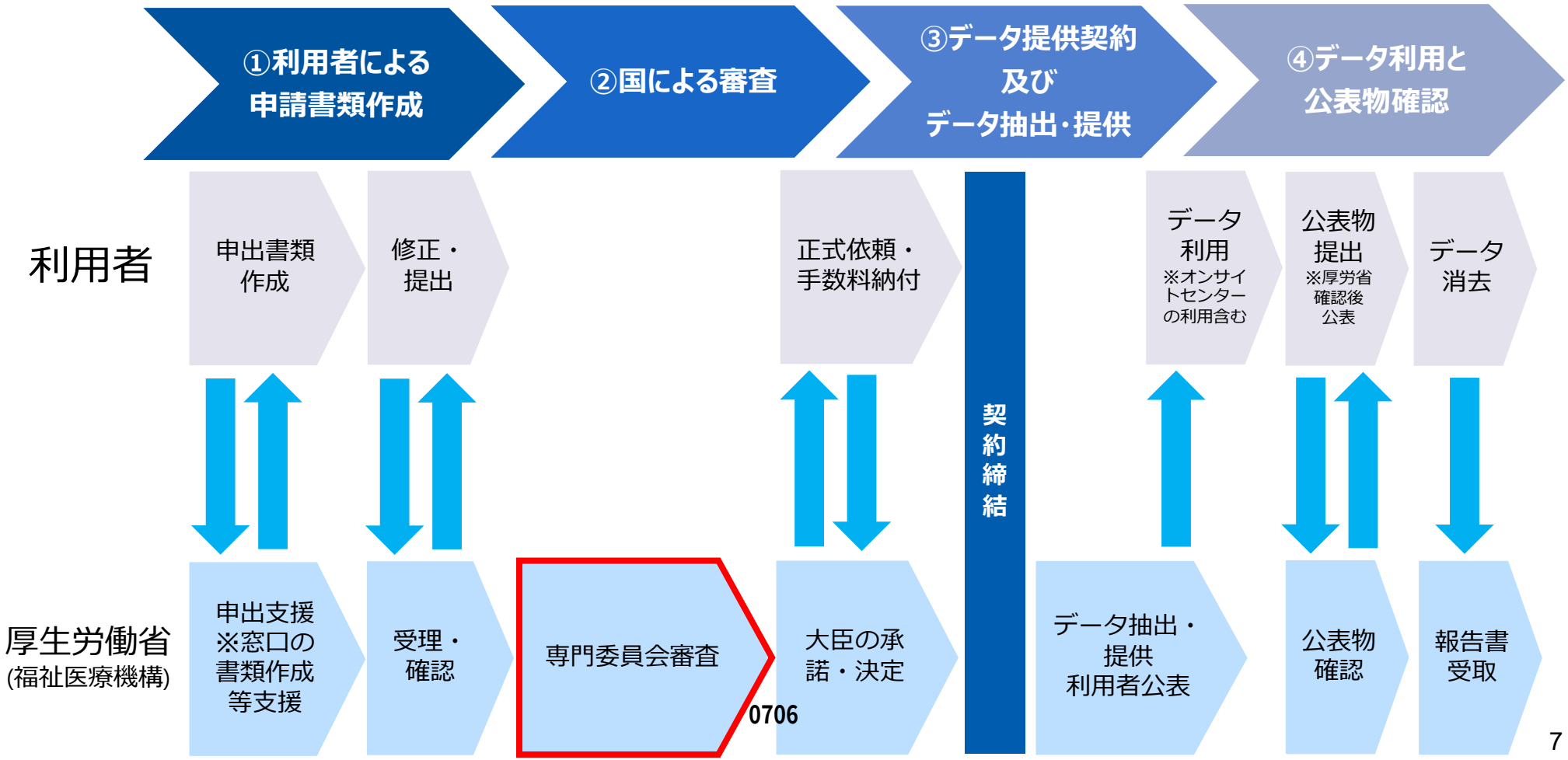
この要綱は、令和８年４月１日から施行する。

0705

（参考）医療法人情報の第三者への提供の流れ（案）

① 利用者による申請書類作成
② 国による審査
③ 国・利用者によるデータ提供契約及びデータ抽出・提供
④ データ利用と公表物確認

申出から公表まで（案）



（参考）医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

※赤字は令和８年４月１日施行予定

第69条の２　都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。

２　医療法人（厚生労働省令で定める者を除く。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならない。

３　厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報（以下「医療法人情報」という。）の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。

４　厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

５　都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するときは、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法によるものとする。

第69条の３　厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの（第69条の７及び第69条の８第１項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

第69条の４　厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

２　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。**

第69条の５　前条第１項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

0707

（参考）医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

※赤字は令和８年４月１日施行予定

第69条の６　第69条の４第１項の規定により医療法人情報の提供を受けた者若しくはその者の行う当該医療法人情報に係る調査、学術研究若しくは分析に従事する者又はこれらの者であつた者は、当該医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

第69条の７　厚生労働大臣は、第69条の２第３項の規定による情報の収集及び整理並びに分析の結果の提供、第69条の３の規定による統計の作成等並びに第69条の４第１項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部又は一部を独立行政法人福祉医療機構（次条において「機構」という。）に委託することができる。

第69条の８　第69条の３の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第69条の４第１項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第69条の３の規定による統計の作成等及び第69条の４第１項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。

２　厚生労働大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

３　第１項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

第85条の２　第69条の６の規定に違反して、医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したときは、その違反行為をした者は、１年以下の拘禁刑若しくは50万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

第85条の３　前条の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第90条　法人（法人でない社団又は財団で代表者又は管理人の定めがあるもの（以下この条において「人格のない社団等」という。）を含む。以下この項において同じ。）の代表者（人格のない社団等の管理人を含む。）又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第85条の２、第87条、第87条の２又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

２　人格のない社団等について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人がその訴訟行為につき当該人格のない社団等を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

（参考）医療法施行令の改正案について

令和７年９月４日第117回
社会保障審議会医療部会資料
（一部改変）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第 31 号。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「改正後医療法」という。）第 69 条の３及び第69条の４の規定に基づき行われる**第三者提供制度の施行に向けて、令和７年度中に、施行日を定める政令を制定するとともに、医療法施行令（昭和23年政令第326号）の改正を行い、手数料等に関する規定を整備する。**

施行日（案）について

改正法公布の日（R5.5.19）から３年を超えない範囲内において政令で定める日に施行することとされており、施行に必要な政省令、ガイドライン及び利用規約を定めるための期間を確保するため、**令和８年４月１日から施行する。**

手数料（案）について

改正後医療法第69条の８の規定に基づき、オーダーメード集計(医療法第69条の３)を委託する者及び医療法人情報の提供(医療法第69条の４)を受ける者が納める**手数料の額**や、**当該手数料の減免・免除対象**を**医療法施行令に規定する。**

改正後医療法（抄）（令和８年４月１日施行予定）

第69条の８　第69条の３の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第69条の４第１項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、**実費を勘案して政令で定める額（①）**の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第69条の３の規定による統計の作成等及び第69条の４第１項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。

2　厚生労働大臣は、**前項の手数料を納めようとする者が**都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として**政令で定める者（②）であるときは、政令で定めるところ（③）により、当該手数料を減額し、又は免除することができる。**

3　第１項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

規定する主な内容（案）	①手数料の額	②減免対象	③減免割合
オーダーメード集計	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）	ア．公的機関(国の行政機関・自治体)、厚労省から補助金等（間接含む。）を受けて研究を行う者、及びこれらからの受託者 イ．公的機関等（厚労省除く）から補助金等を受けて研究を行う者、その他厚生労働省令で定める公共法人・公益法人等、及びこれらからの受託者 ウ．イのうち、更なる減額をしない場合は業務の遂行に著しい支障を及ぼすおそれがあると厚生労働大臣が認めた者	ア．全額免除 イ．50%減額 ウ．イから更に減額
医療法人情報の提供	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○社会保障審議会における審査経費 ⇒162,100円を超えない範囲で告示で規定するが、現時点では実費が見込めないため、当面は０円とする。 ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）		

0709

※上記の手数料額、減免対象や割合は今後の改正プロセスにおいて変更となる可能性があることに留意が必要。

（参考）医療法施行規則の改正案について

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「改正後医療法」という。）第 69 条の３及び第69条の４の規定に基づき行われる**第三者提供制度（オーダーメード集計及び医療法人情報の提供）の施行に向けて、令和７年度中に、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の改正を行い、申請手続、安全管理措置等に関する規定を整備**。

改正後医療法第69条の３（オーダーメード集計）

第六十九条の三　厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、**厚生労働省令で定めるところにより**、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、**医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの**（第六十九条の七及び第六十九条の八第一項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

1.申請手続について

提供の方法や手続については、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

＜省令に規定する必要事項の例＞

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法等

2.相当の公益性を有する統計の作成等について

相当の公益性を有する統計の作成等の要件として、類似の制度である統計法施行規則を参考として、以下を規定する。

学術研究の発展に資すると認められる統計の作成等	教育の発展に資すると認められる統計の作成等	医療提供体制の確保に係る統計の作成等
• 統計成果物を研究の用に供すること • 統計成果物を利用して行った研究の成果が公表され、又は当該成果を得るまでの過程の概要が公表されること • 欠格事由に該当しないこと	• 統計成果物を高等学校等の学校における教育の用に供することを直接の目的とするもの • 統計成果物を利用して行った教育内容が公表されること • 欠格事由に該当しないこと	• 統計成果物を研究の用に供することにより、医療提供体制の確保に資すると認められるもの • 統計成果物を利用して行った事業等の内容が公表されること • 欠格事由に該当しないこと

（参考）医療法施行規則の改正案について

改正後医療法第69条の４（医療法人情報の提供）

第六十九条の四　厚生労働大臣は、**厚生労働省令で定めるところにより**、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

２　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

1.申請手続について

提供の方法や手続については、オーダーメード集計と同様に、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣（福祉医療機構）に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

＜省令に規定する必要事項の例＞

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法　　等

2.相当の公益性を有する調査等について

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和７年８月26日「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」）において、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に則した総合的な審査が必要として、省令には定めずに、社会保障審議会が個別に審査することとされている。

そのため、医療法人情報の提供における相当の公益性については、第三者提供に係るガイドラインに定めることとする。

0711

（参考）医療法施行規則の改正案について

改正後医療法第69条の５（安全管理措置）

第六十九条の五　前条第一項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該**医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置**を講じなければならない。

安全管理措置について

医療法人情報の提供を受けた者におけるセキュリティ対策が不十分であることによる情報漏洩や、提供を受けた目的と異なる不適切な利用を防止するため、改正法により、医療法人情報の利用者に対して安全管理の措置を講ずることを義務付けたところ。この措置の具体的な内容について、省令で規定する必要がある。

機微な情報を取り扱う者に対して当該情報の適正な管理のための措置を求めている点で類似性のある統計法施行規則や高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の規定を参考に規定する。

（参考）規定する具体的な措置の例（法人等の場合）

	内容
組織的管理措置	• 情報を取り扱う者の権限・責任の明確化 • 管理簿の整備 • 規程の策定及び実施、運用の評価・改善 • 漏えい、滅失、毀損発生時の事務処理体制の整備　等
人的管理措置	• 情報を取り扱う者が欠格事由に該当しないこと • 情報を取り扱う者に対する教育・訓練の実施
物理的管理措置	• 情報を取り扱う区域の設定 • 情報を取り扱う区域への立入制限の措置 • 機器の盗難防止のための措置　等
技術的管理措置	• 情報を取り扱う者を限定する措置 • 不正アクセス行為を防止するための措置 • 漏えい、滅失、毀損の防止のための措置　等
その他の管理措置	• 情報の取扱に関する業務を委託する場合は、委託先の情報の適正管理について必要な確認及び監督を行うこと 等

その他医療法施行規則の改正案で定める事項

- 第三者提供制度（オーダーメード集計及び医療法人情報の提供）に係る申請手続、安全管理措置等のほか、医療法施行令で定める**手数料の減免に係る手続、対象等の詳細**についても、統計法施行規則を参考に規定する。
- 医療法施行規則の改正案は、**改正法の施行の日（令和８年４月１日予定）**から施行する。

0712

（参考）医療法人情報の第三者提供制度に関する検討会報告書の概要（R7.8.26）

項目	方針
オーダーメード集計	○　申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○　MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を厚生労働省令に定める。 ○　さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
医療法人情報の提供	○　申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○　**MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を第三者提供に係るガイドラインに定め、社会保障審議会において審査する**。 ○　さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
再識別の防止措置	○　オーダーメード集計及び医療法人情報の提供における再識別の防止措置を第三者提供に係るガイドライン等に定める。 ○　「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないよう十分に配慮した上で提供する。 ○　上記以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、個人及び法人の権利利益が侵害されないこと、提供範囲を必要最小限に限定すること及び再識別されない形で公表することを前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討する。
安全管理措置 ※　医療法人情報の提供のみ	○　組織的管理措置（取扱者の権限等の明確化、管理簿整備等） ○　人的管理措置（暴力団員等、不適切行為者等排除） ○　物理的管理措置（取扱区域特定、盗難防止、記録機器等廃棄等） ○　技術的管理措置（処理者限定、不正アクセス行為防止等） ○　その他の管理措置（業務委託） ○　独立行政法人福祉医療機構におけるオンサイトセンターの設置を求める。
手数料	○　実費を勘案して政令に定める。
手数料の免除	○　高齢者の医療の確保に関する法律施行令を踏まえて政令に定める。
不適切利用への対応 ※　医療法人情報の提供のみ	○　統計法及びNDBの措置にならって第三者提供に係るガイドライン等に定める。

（参考）医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（抄）

（２）①　医療法人情報の提供における相当の公益性

（略）

一方、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に即した総合的な審査が必要として、厚生労働省令には定めずに社会保障審議会が個別に審査することとされている。

このため、**同審議会が審査する際の基本的な考え方として、統計法施行規則を踏まえつつ、医療法人情報の提供における相当の公益性として以下の事項を第三者提供に係るガイドラインに定めるべきである。**

- 医療法人情報を利用することにより「学術研究の発展に資する」と認められること、
  医療法人情報を利用することにより「教育の発展に資する」と認められること、又は
  医療法人情報を利用することにより「医療提供体制の確保に資する」と認められること
- 個人及び法人の権利利益、国の安全等を害するおそれがないこと
- 医療法人情報の利用目的が、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するためではないこと
- 医療法人情報を利用して行った研究の成果の内容、教育の内容又は事業等の内容が、客観性が確保された上で公表されること
- 医療法人情報を適正に管理するために必要な措置が講じられていること
- 法や統計法等違反により罰金刑以上に処せられて５年を経過しない者等に該当しないこと　等

なお、社会保障審議会における審査は、丁寧な審査を行うための審査期間を確保しつつも、可能な限り速やかに行うことに努めるとともに、同審議会における審査結果は、原則として公表すること。

（参考）医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（抄）

（２）④　医療法人情報の提供における再識別の防止措置

医療法人情報には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報や、特定の個人の収入等を容易に推知することができる情報が含まれることから、**提供にあたっては、情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲の情報に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする必要がある。**

そのため、**医療法人情報の提供にあたっては、以下の事項を第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。**

- 提供する情報は、研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定するとともに、直ちに特定の個人や医療法人等の識別につながる情報（法人名、個人名、医療法人整理番号、医療機関コード等）は提供しないこと。
  また、研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合は、オーダーメード集計の結果を提供し、医療法人情報は原則として提供しないこと。
- 公表可能な最小集計単位を定め、研究者等は、その最小単位以上で研究成果等を公表すること。
- 多角的な分析を行うために「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供すること。
- 厚生労働省は、公表内容に再識別可能な情報が含まれていないか、最小集計単位が遵守されているかどうか、公表前に確認を行うこと。

なお、「病床機能報告」及び「外来機能報告」以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、提供する情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されないことや上記の事項を前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討することが必要である。

0715

（参考）医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（抄）

（３）②　医療法人情報の不適切利用への対応

○　法第85条の２、85条の３及び90条において、医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用した者は、刑事罰が科せられることが規定されている。

○　刑事罰に相当する場合以外にも、第三者提供に係る利用規約に反する行為を行った場合には、事実関係を確認の上、速やかに是正措置を講ずるよう指導するとともに、必要に応じて提供の取消しや一定期間の利用停止等の措置を講ずる必要がある。

○　厚生労働省所管の統計の調査票情報の提供制度においては、統計法や利用規約に反する行為があった場合、その内容に応じた再発防止策や一定期間の利用停止等の措置を講じることが、利用申出手引等に規定されている。
　また、**ＮＤＢの第三者提供制度においても、不適切利用発生時の対応として、不適切利用の疑いが生じた場合に提供データの利用停止を求めることや、専門委員会の意見を踏まえた上で措置すること等がガイドライン等に規定されている。**

○　以上のことから、**医療法人情報の提供においても、不適切利用を把握する方法（苦情相談窓口の設置等）や不適切利用が生じた場合の対応・措置について、第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。**

（参考）医療法人の経営情報のデータベース（ＭＣＤＢ）で把握可能なデータ

○　令和５年８月以降に決算期を迎えた医療法人から下記情報を収集し、データベース化を実施。

○　データベース上、令和５年８月決算法人、９月決算法人･･･と決算期ごとのデータが蓄積。

○　二期連続で比較可能な法人の収益や費用の推移を分析することで経営状況の変化が把握可能。

調査及び分析の対象項目

事業報告書等（法人ごと）

○事業報告書（※）　○貸借対照表　○損益計算書

※名称、事務所の所在地、設立認可年月日、設立登記年月日、役員及び評議員、本来業務、附帯業務、収益業務

経営情報等（病院・診療所ごと）

令和５年５月医療法改正で追加

○医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）

※　入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。

※　その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。

※　診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

○材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）

○給与費（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）

○委託費（給食委託費）**○設備関係費**（減価償却費、機器賃借料）**○研究研修費**

○経費（水道光熱費）

※　診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

○控除対象外消費税等負担額

○本部費配賦額

※　診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。

○医業利益（又は医業損失）○医業外収益（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）**○医業外費用**（支払利息）

○経常利益（又は経常損失）

○臨時収益、○臨時費用

○税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）

○法人税、住民税及び事業税負担額

○当期純利益（又は当期純損失）

赤文字の項目は、病院・診療所とも必須
緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

○職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数(病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用)

＜職　種＞医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務職員（事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士）、その他の職員）

0717

令和８年３月26日 | 第126回社会保障審議会医療部会 | 資料４

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

健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

厚生労働省医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1．より公平な負担の実現、効率的な給付の確保【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2．出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の５割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3．必要な医療の提供の確保【健保法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法等】

① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4．その他【健保法、国保法、高確法等】

① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和８年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。　等

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第６項について、規定の形式的修正を行う。

施行期日

令和９年４月１日（ただし、２④及び４①は公布日、３①は令和８年10月１日、３②の一部は令和９年１月１日、１①は公布後１年以内に政令で定める日、２①及び②は公布後２年以内に政令で定める日、１②は公布後５年以内に政令で定める日等）

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。

① 今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。

（参考）業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和７年度補正予算において、200億円を計上。

② 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。

③ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。

④ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

R8年度当初予算案　647億円
※国負担：医療分　647億円
公費　：医療分　960億円

Ⅰ-1　地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
Ⅰ-2　地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
Ⅱ　居宅等における医療の提供に関する事業
Ⅲ　介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
Ⅳ　医療従事者の確保に関する事業
Ⅴ　介護従事者の確保に関する事業
Ⅵ　勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業【本法案による改正に伴い見直しを予定】

新区分　業務効率化・勤務環境改善に関する事業【本法案による改正】

0720

【業務のDX化に関する取組例】

（１）スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対１だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



（２）見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



（３）音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



第 93 回がん対策推進協議会 議事次第

日　時：令和８年３月９日（月）16:00～18:00
場　所：ハイブリッド開催
航空会館ビジネスフォーラム５０１
（東京都港区新橋１丁目 18-1）

議 事 次 第

１　開　会
２　議　題
（１） 報告事項
・ＡＹＡ世代がん患者の現状及び最近の施策
・アピアランスケアに関する現状及び今後の方針

（２） 第４期がん対策推進基本計画について
・「がんとの共生」分野のコア指標について
・「がんとの共生」分野の中間評価について

（３） その他

【資　料】
資料１－１　ＡＹＡ世代がん患者の現状及び最近の施策（報告）
資料１－２　アピアランスケアに関する現状及び今後の方針（報告）
資料２－１　第４期がん対策推進基本計画「がんとの共生」分野のコア指標追加（案）
資料２－２　第４期がん対策推進基本計画「がんとの共生」分野の中間評価（案）

参考資料１　がん対策推進協議会委員名簿
参考資料２　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）
参考資料３　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４　第４期がん対策推進基本計画コア指標一覧（案）
参考資料５　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル コア指標（案）
参考資料６　第４期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧
参考資料７　第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧
参考資料８　第４期がん対策推進基本計画中間評価 委員意見一覧
参考資料９　第４期がん対策推進基本計画中間評価（案）作成の流れ
参考資料 10 15 歳～39 歳でがんと診断されたあなたへ がんの治療と暮らしを支える制度ガイド
参考資料 11 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針

第93回がん対策推進協議会	資料１－１
令和８年３月９日	

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

ＡＹＡ世代がん患者の現状及び最近の施策（報告）

令和８年３月９日　第93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）
※AYA世代にあるがん患者の在宅療養環境に関する記載（一部抜粋）

第２　分野別施策と個別目標

３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（４）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

（現状・課題）

- がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。
- さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。**ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。**

（取り組むべき施策）

- 国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討する。
- **国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、**診断時からの緩和ケア提供体制や**在宅療養環境等の体制整備**について、関係省庁と連携して検討する。

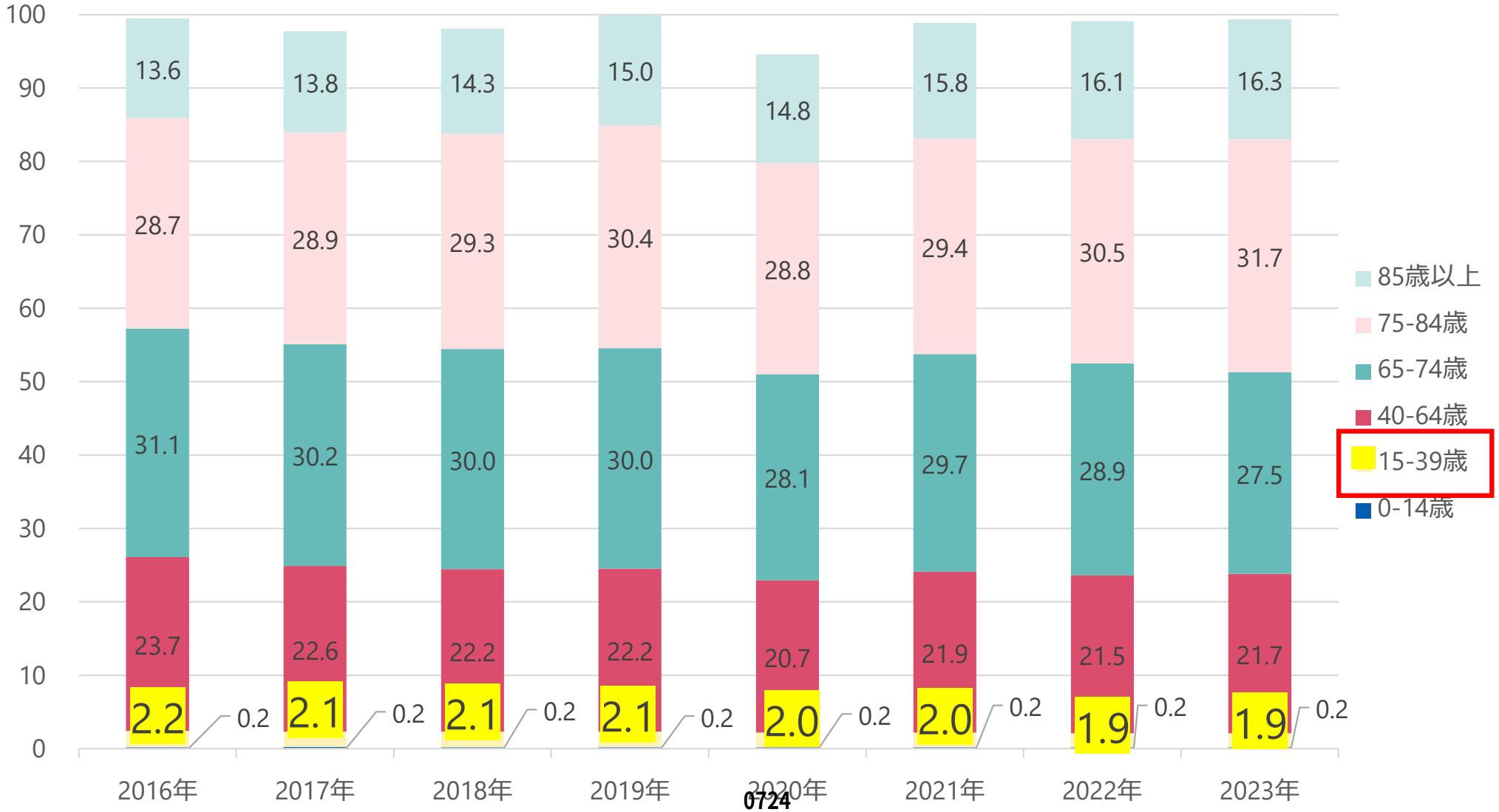
【個別目標】

- 小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

悪性新生物の罹患数の推移（年齢階級別内訳、全年齢）

全年齢のがん罹患数（約100万人）のうち、AYA世代（15～39歳）のがん罹患数は約1.9万人。（減少傾向）

（単位：万人）



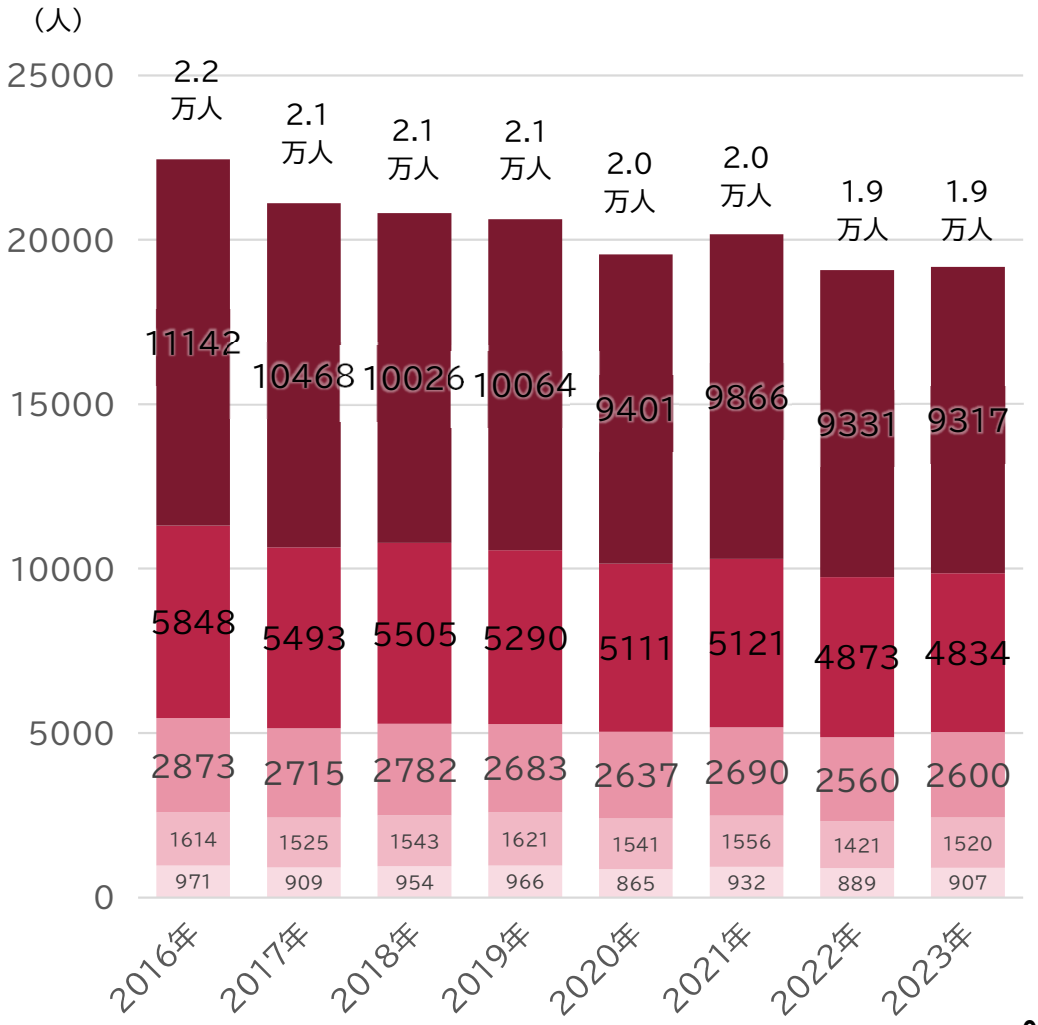
0724

出典：厚生労働省「全国がん登録」

がん罹患数及び罹患率の推移（15～39歳）

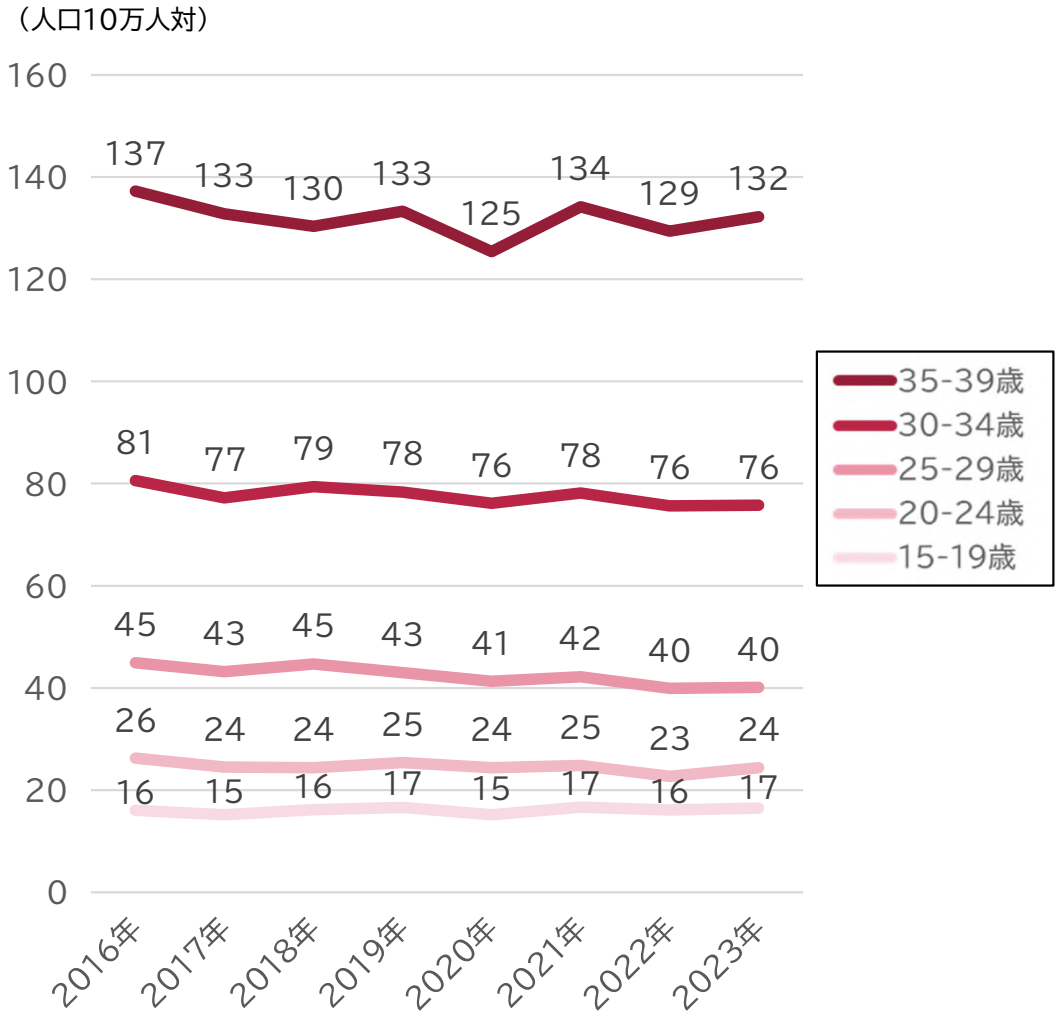
AYA世代（15～39歳）について、がん罹患数は減少傾向であり、罹患率は横ばい。

15～39歳がん罹患数（全部位、男女計）



0725

15～39歳がん罹患率（全部位、男女計）

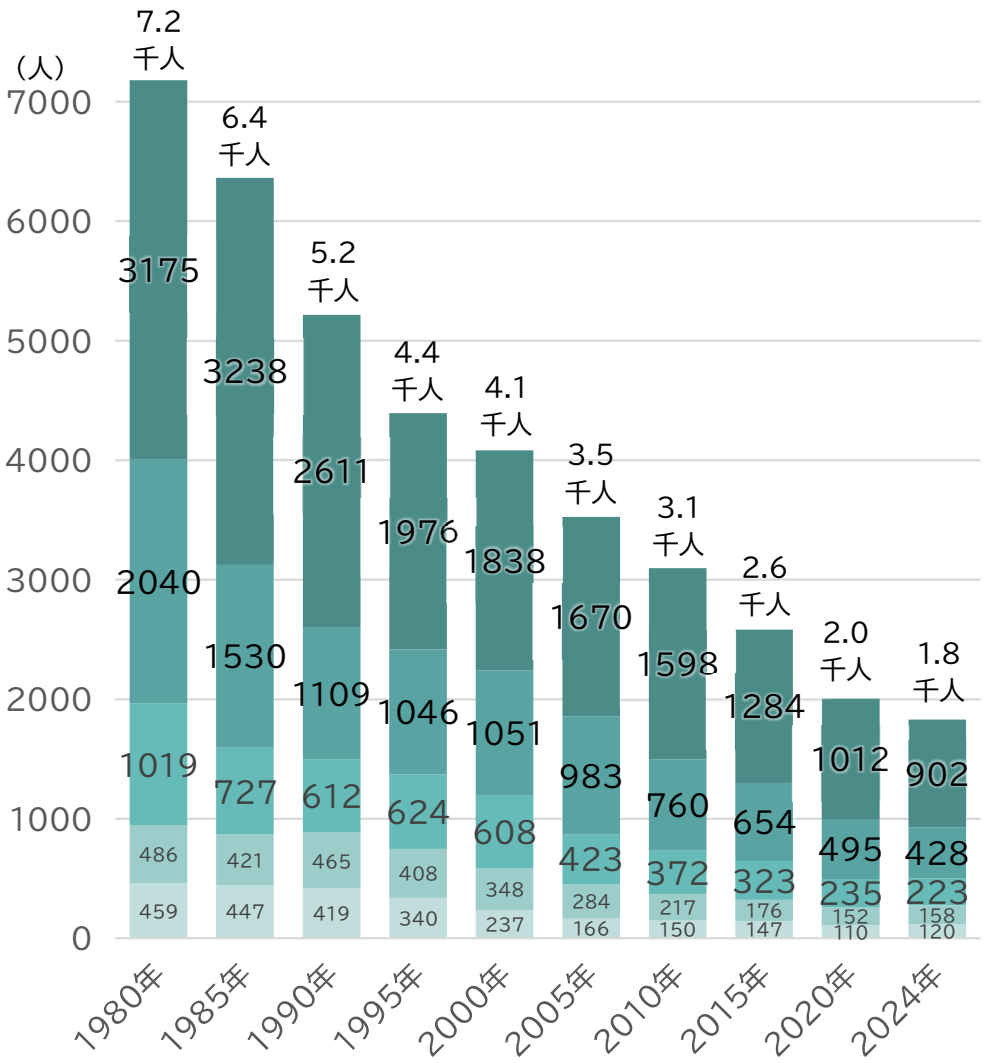


出典：全国がん登録の年齢階級別罹患数を用いてがん・疾病対策課において作成

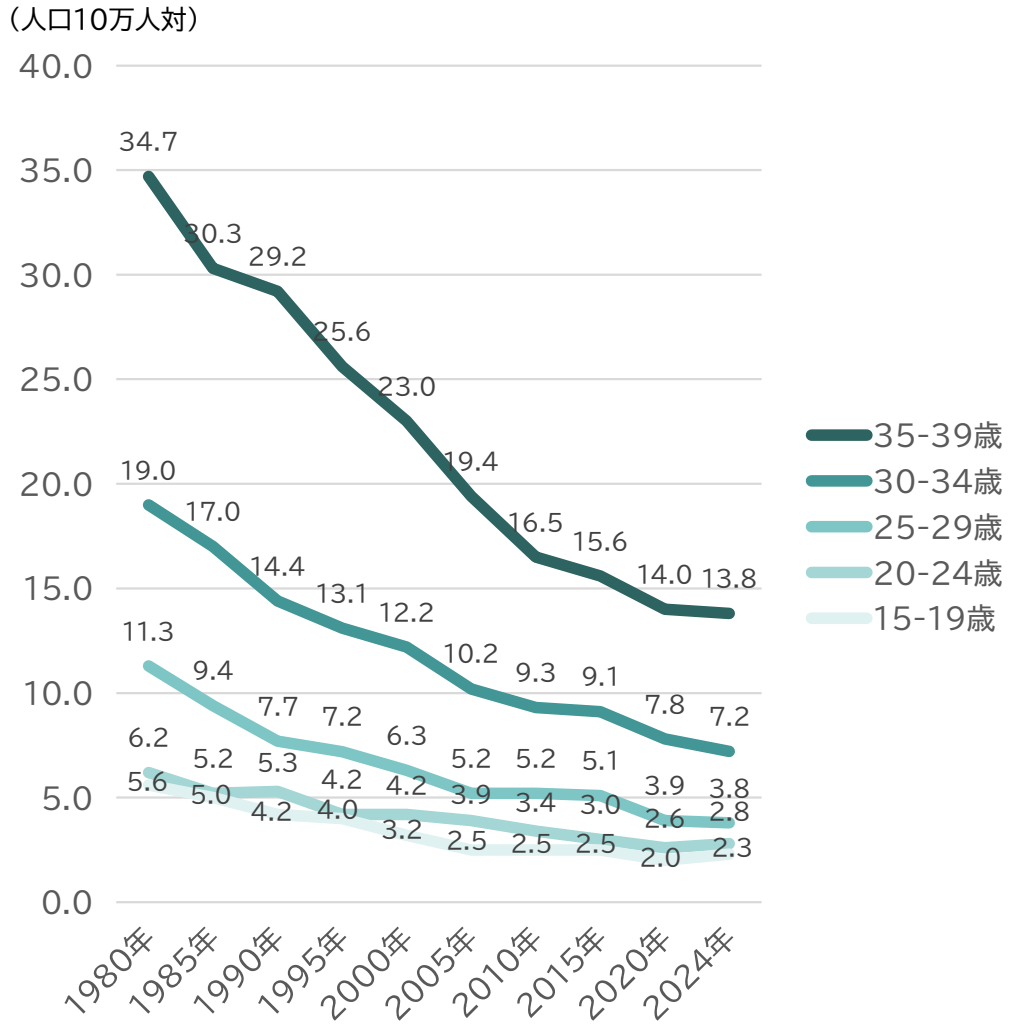
がん死亡数及び死亡率の推移（15～39歳）

AYA世代(15～39歳)について、がん死亡数および死亡率は減少傾向である。

15～39歳がん死亡数(全部位、男女計)



15～39歳がん死亡率(全部位、男女計)



0726

出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(厚生労働省人口動態統計)を用いてがん・疾病対策課において作成

ＡＹＡ世代のがんの特徴

- AYA世代のがんは、小児以外の他の世代に比べ少ない。
- 罹患者数は、15～19歳では白血病、甲状腺、悪性リンパ腫の順に多く、30歳代では乳房、子宮など女性のがんが多い。
- 死亡者数は、15～19歳では白血病 、脳･中枢神経系のがんが多く、30歳代では大腸、乳房、白血病の順に多い。

①罹患数が多いがん種（2023年）（男女計）

※［］は全がん（年代別）に占める割合

	総数（全部位）	1位	2位	3位	4位	5位
15～19歳	907人	白血病 172人[19.0%]	甲状腺 134人[14.8%]	悪性リンパ腫 94人[10.4%]	卵巣 84人[9.3%]	脳・中枢神経系 78人[8.6%]
20～29歳	4,120人	甲状腺 717人[17.4%]	白血病 451人[10.9%]	卵巣 410人[10.0%]	悪性リンパ腫 363人[8.8%]	乳房 286人[6.9%]
30～39歳	14,151人	乳房 3,315人[23.4%]	子宮 1,968人[13.9%]	甲状腺 1,490人[10.5%]	大腸（結腸・直腸） 1,461人[10.3%]	卵巣 741人[5.2%]
計(15～39歳)	19,178人	乳房 3,603人[18.8%]	甲状腺 2,341人[12.2%]	子宮 2,195人[11.4%]	大腸（結腸・直腸） 1,709人[8.9%]	卵巣 1,235人[6.4%]

②死亡数が多いがん種（2024年）（男女計）

※［］は全がん（年代別）に占める割合

	総数（全部位）	1位	2位	3位	4位	5位
15～19歳	120人	白血病 25人[20.8%]	脳・中枢神経系 20人[16.7%]	大腸（結腸・直腸） 5人[4.2%]	肝臓 4人[3.3%]	悪性リンパ腫、腎・尿路（膀胱除く）、卵巣 3人[2.5%]
20～29歳	381人	脳・中枢神経系 59人[15.5%]	白血病 54人[14.2%]	大腸（結腸・直腸） 31人[8.1%]	胃 29人[7.6%]	悪性リンパ腫、卵巣 16人[4.2%]
30～39歳	1,330人	大腸（結腸・直腸） 203人[15.3%]	乳房 174人[13.1%]	胃 132人[9.9%]	子宮 129人[9.7%]	白血病 104人[7.8%]
計(15～39歳)	1,831人	大腸（結腸・直腸） 239人[13.1%]	乳房 187人[10.2%]	白血病 183人[10.0%]	脳・中枢神経系 179人[9.8%]	胃 162人[8.8%]

出典①： 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）全国がん罹患データ（2023年）※上皮内がんは含まない　を用いてがん・疾病対策課にて作成
出典②： 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）を用いてがん・疾病対策課にて作成

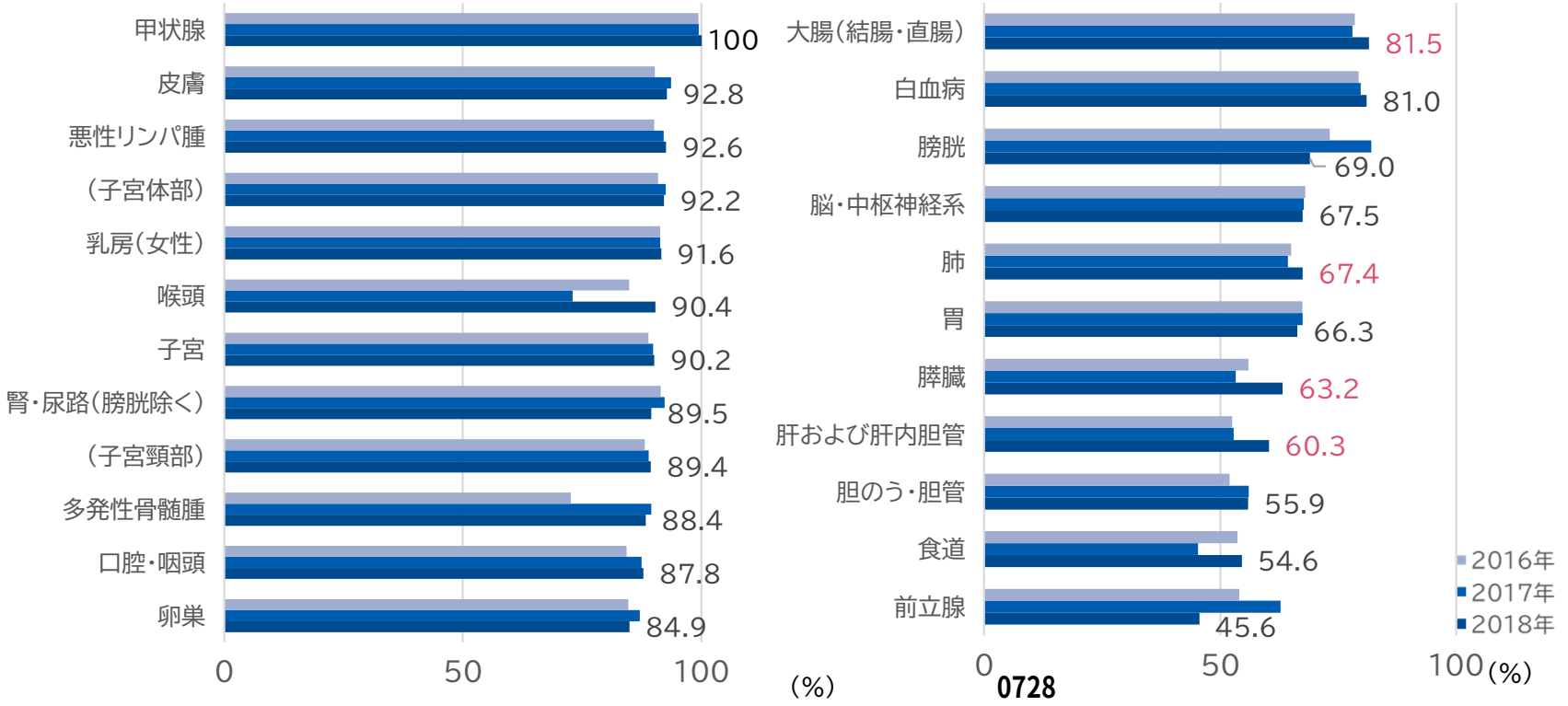
0727

ＡＹＡ世代において死亡数が多いがんの５年生存率の推移

○がん登録等の推進に関する法律が2016年に施行され、全国がん登録が開始されたことにより、2016年以降にがんと診断された者の5年生存率を国が集計・公表している。
○2018年に新たにがんと診断された15～39歳の患者の全国の5年生存率は、乳房（女性）で91.6%、子宮頸部で89.4%、大腸（結腸・直腸）で81.5%、肺で67.5%、胃で66.3% 、膵臓で63.2% 、肝および肝内胆管で60.3%であった。
○概ね横ばいで推移している中、大腸（結腸・直腸）、肺、膵臓、肝および肝内胆管においては2016年と比較して上昇した（※1）。

（※1）2016年の5年生存率を100%としたとき、2018年の生存率が±5%以上変化したものを上昇又は低下とした。なお、罹患数が少ない部位は生存率のばらつきが大きくなり経年変化の評価が困難であるため、年間罹患数が100未満の部位は変化量の評価対象から除外した。
注）全国がん登録とは、国において、全ての病院及び指定した診療所から、がんの罹患、診療、転帰等に関する情報（26項目）を収集した上で、当該情報をデータベースに記録し、保存するもの。がん対策全般を科学的知見に基づき実施する上で基礎となる情報の収集を目的とする。

5年生存率の推移（15～39歳）



部位	2018年罹患数
甲状腺	2660
皮膚	417
悪性リンパ腫	1201
（子宮体部）	739
乳房（女性）	3799
喉頭	10
子宮	2542
腎・尿路（膀胱除く）	420
（子宮頸部）	1799
多発性骨髄腫	42
口腔・咽頭	624
卵巣	1330
大腸（結腸・直腸）	1629
白血病	1171
膀胱	64
脳・中枢神経系	682
肺	468
胃	770
膵臓	241
肝および肝内胆管	155
胆のう・胆管	61
食道	57
前立腺	7

※年間罹患数が100未満の部位は網掛け

0728

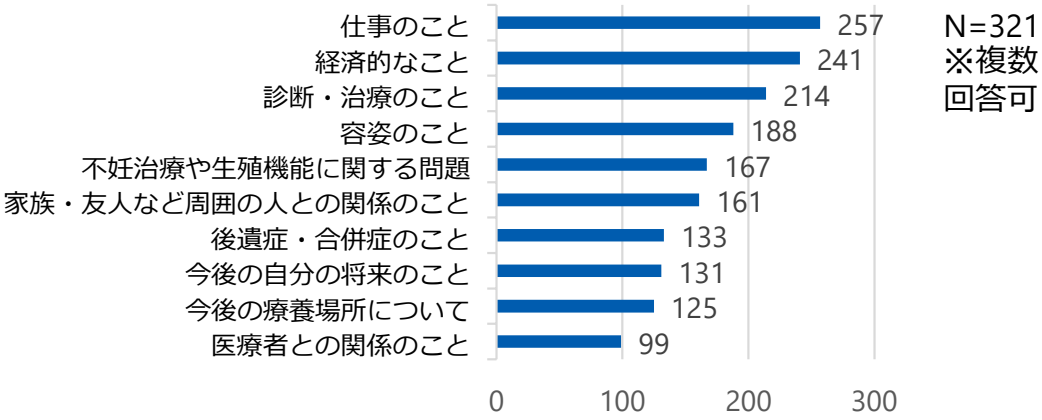
ＡＹＡ世代がん患者の療養環境等の実態調査

- がん専門相談員は、仕事（257名、80.1%）や経済面（241名、75.1%）に関する相談が7割を超えており、根治困難なＡＹＡ世代がん患者の在宅療養には、社会資源の不足が障壁であると7割近く（213名、67.4%）が回答。
- 患者団体に対する調査では、根治困難なＡＹＡ世代がん患者への相談支援にあたり「ピア・サポートの重要性」「医療機関との連携」等が課題であることが挙げられた。
- 有識者への調査では、経済的支援、妊孕性温存療法、就労・両立支援について優先的に情報提供すべきとの回答が多かった。

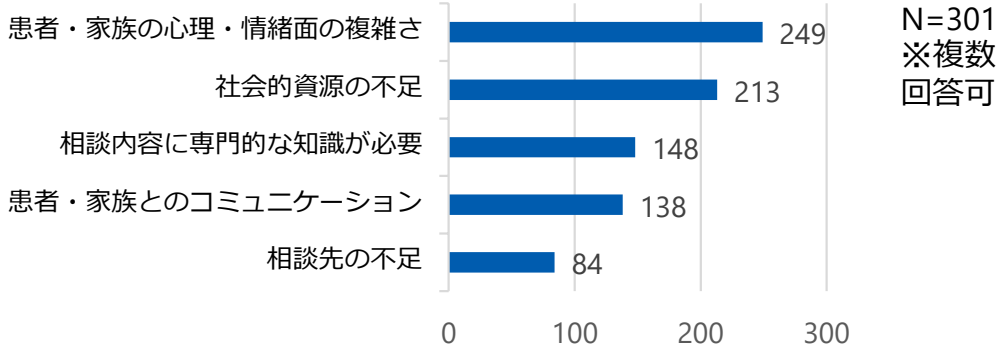
がん診療連携拠点病院等・小児がん拠点病院のがん専門相談員に対する調査※

（47都道府県317施設より回答）

AYA世代がん患者本人に関する相談内容（上位10項目）



根治困難なAYA世代がん患者・家族からの在宅療養に関する相談に対応した際に感じた困難感や障壁



患者団体に対する調査※

根治困難になったAYA世代ピアサポート（相談）の困難さ等について、ヒアリングを実施。
対象者：患者団体に属する者

◆ 相談支援の課題

・相談内容の多様性や情緒面の複雑さと共にピアサポーターとしての限界や困難さも抱えており、医療機関との連携や制度・情報を含めたリソースの均てん化を求める声が多かった。
・課題として、「ピア・サポートの重要性」「医療機関との連携」「患者からの情報しかないことの難しさ」「医療機関との連携に必要なリソースの可視化」等が挙げられた。

有識者に対する調査

◆ ＡＹＡ世代がん患者へ情報提供すべき制度・内容

・ＡＹＡ世代のがんを専門とする研究者に対して、ＡＹＡ世代がん患者へ優先的に情報提供すべき内容に関するアンケートを実施。
（N=14，複数回答可）

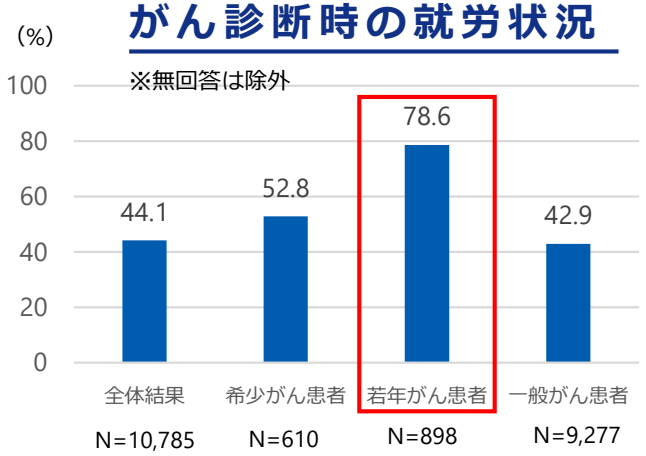
項目	回答数
経済的支援（医療費）	13
妊孕性温存療法	9
就労支援・両立支援	8
経済的支援（生活費）	7
相談支援	6

（※）令和5-7年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 がん対策推進総合研究　清水千佳子「小児・AYA世代のがん経験者の健康アウトカムの改善および根治困難ながんと診断されたAYA世代の患者・家族の生活の質の向上に資する研究」

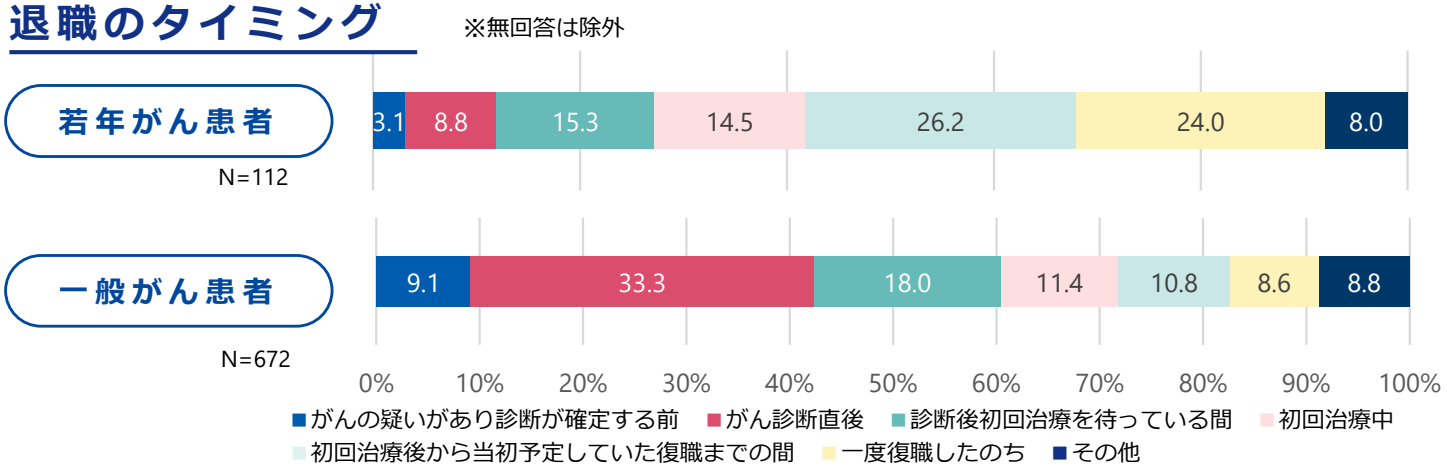
ＡＹＡ世代（若年）がん患者の就労状況等の実態調査

- がんの診断時に収入のある仕事をしていた人（就労者）の割合が全体結果に比べて高い。
- がんと診断を受けて休職・休業したが退職・廃業はしなかった人が一般がん患者より多い。また、一般がん患者は治療開始前に退職した人が多いが、若年がん患者は初回治療後や一度復職した後に退職した人が多い。
- 治療により退職しても、再就職・復業した人や再就職・復業の希望がある人が多い。

がん診断時の就労状況

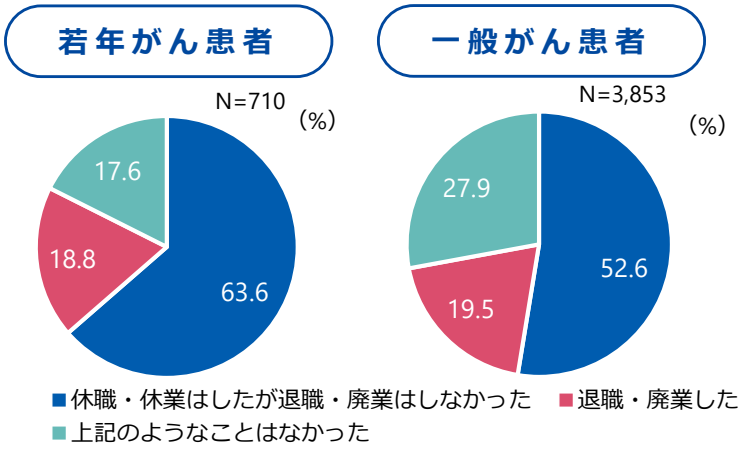


退職のタイミング

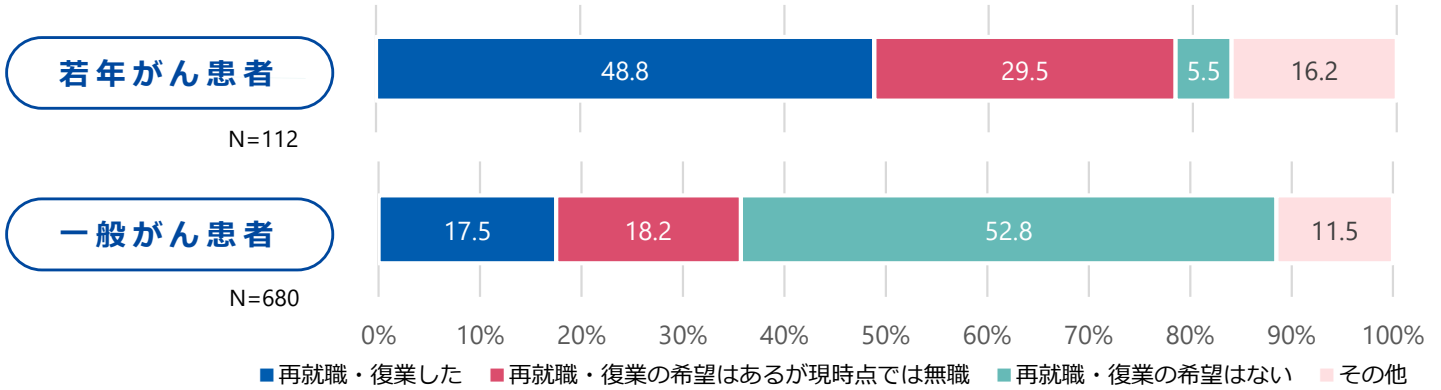


がん治療による就労への影響

※がん診断時に収入のある仕事をしていた人のみ
わからない・無回答は除外



再就職・復業の状況



※若年がん患者は18歳以上40歳未満の患者、一般がん患者は40歳以上の患者とし、希少がん患者はこれらと重複しない。
希少がん患者730名のうち18歳以上40歳未満は168名（27.1%）
※Nは回答実数、%はサンプルの抽出確率を考慮して重みづけした集計値

出典：令和５年度患者体験調査

療養環境等の実態を踏まえた支援制度の周知について

- ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等の実態調査において、ＡＹＡ世代がん患者は仕事や経済面等の課題を抱えているものの、患者を支えるための社会資源が不足しているとの相談員の声から、必要な制度やサポートが患者に届いていない可能性があり、在宅療養を含め、経済的支援、妊孕性温存療法等のＡＹＡ世代がん患者が利用できる現行の制度について整理し、周知を促進することとした。
- ＡＹＡ世代がん患者が療養生活を送るにあたり、既存の制度を適切に活用することを推進するため、利用できる制度をまとめたパンフレットやウェブページを作成。（令和８年２月公表）
- 本取組は、都道府県やがん診療連携拠点病院等、職能団体等へ周知することで、ＡＹＡ世代がん患者本人等による利用のほか、関係機関における相談支援や情報提供の取組等に活用されることを想定している。

パンフレットの内容

- がん相談支援センター
- 患者同士が交流できる場について
- こころがつらくなったら
- 治療と生活（妊孕性について、リンパ浮腫、晩期合併症・後遺症について、在宅医療・在宅医療以外の生活支援）
- 生活を支える制度について
- がんに関する情報を知りたい場合

監修・協力

国立研究開発法人国立がん研究センター
厚生労働科学研究班

掲載ページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490_00007.html
（厚生労働省 がん対策情報 施策紹介「AYA世代のがん患者向けページ」内）



第93回がん対策推進協議会	資料１－２
令和８年３月９日	

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

アピアランスケアに関する現状及び今後の方針（報告）

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

アピアランスケアについて

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）一部抜粋

第２　分野別施策と個別目標
３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
②アピアランスケアについて
（現状・課題）
広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。」
（取り組むべき施策）
国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。
国は、アピアランスケアの充実に向けて、**拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築**について検討する。

広義のアピアランスケア

がん診療連携拠点病院等を中心としたアピアランスケア

アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制（国において体制整備）

医療従事者による評価

患者の心理状態等
- 外見変化に対する認識、感情
- 自尊感情、自己イメージ
- 対人関係や社会生活への影響に対する感情
- 支援のニーズや希望

治療内容・医学的状態等
- 外見変化の種類、程度
- 日常行動の変化
- 精神状態
- 環境や社会的背景

情報提供・指導
- **治療や見通し等に関する情報提供**
- **専門的な治療の紹介**
- **社会資源に関する情報提供**
- **対応方法に関する情報提供、ケア方法の指導**

専門的な治療
- 皮膚、爪障害の薬物治療
- 浮腫の薬物治療
- 乳房再建術
- 抑うつへの医学的治療

等

医療以外の民間サービス
- ウィッグ等の販売、胸部補整具の販売　等

令和５～７年度アピアランス支援モデル事業

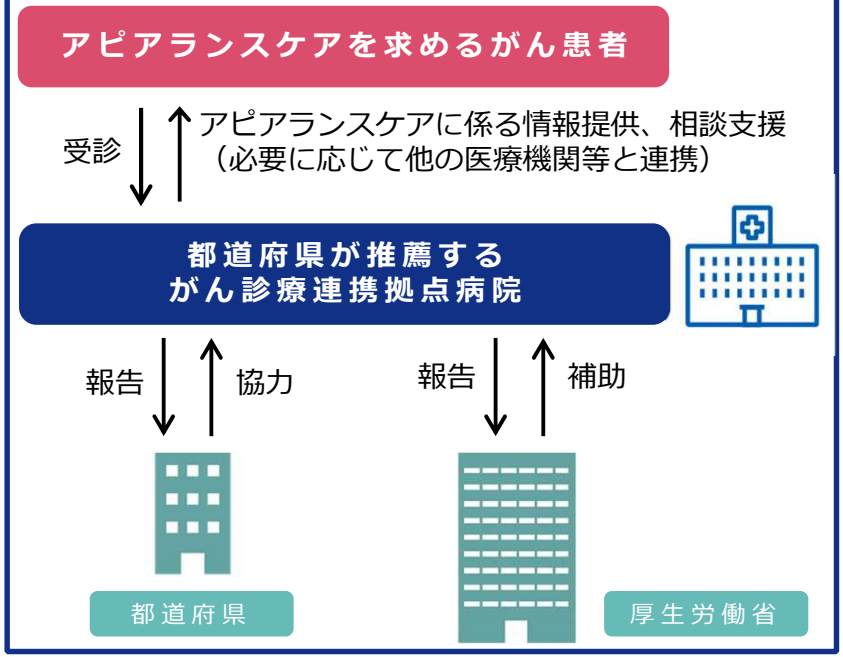
1 事業の目的

- 治療に伴う外見の変化は、社会生活に大きく影響することから、医療現場における適切なアピアランスケア体制の構築が必要である。
- がん治療に伴う外見の変化を克服し、がん患者が社会生活を送りやすくするため、医療現場における適切なアピアランスケア体制を構築し、効果的な支援体制について検証することを目的とする。

2 事業の内容

① 院内外のがん患者やがん治療経験者、家族等からの、がん治療に伴う外見の変化に関する不安や疑問に適切に対応するため、多職種が連携してアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供を実施する体制を構築した上で、アピアランスケア（相談支援・情報提供を含む）を行った経験のある医療従事者（以下、アピアランスケア担当者）を配置し、面談や電話等による相談支援や情報提供を行うこと。
② アピアランスケア担当者とアピアランスケアを推進する管理的立場の者がアピアランスケアに関する研修を受講し、アピアランスケア担当者が中心となり、院内の医療従事者に対する教育を実施すること。
③ 都道府県や自施設と連携している地域の医療機関とともに、都道府県内におけるアピアランスケアに関する課題を抽出し、課題への対応を検討する場を設けること。課題への対応については、これらの者と協力して計画的に取り組むこと。
④ 都道府県と協力し、地域の理美容関連サービス等の社会資源について、リスト化する等して整理し、必要に応じて、相談支援や情報提供等に活用すること。
⑤ 都道府県と協力し、都道府県内におけるアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を構築し、その周知を行う等により、他の医療機関で治療を受けているがん患者等からの相談にも対応できる体制を整備すること。

3 事業のスキーム



0735

アピアランス支援モデル事業の結果（令和５～７年度）

モデル事業の結果

- 28都道府県30施設でモデル事業を実施した。
- モデル事業において、研修を受講した医療従事者が、以下の取り組みを通じて、実際にアピアランスケアに係る相談支援・情報提供を実施していることが確認された。
  - ✓ アピアランスケア担当者の配置
  - ✓ 医療従事者による評価
  - ✓ 多職種による情報提供・指導の実施
  - ✓ 委員会の開催
  - ✓ 院内の医療従事者向け教育の実施

【実施医療機関】

令和５年度

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

令和６年度

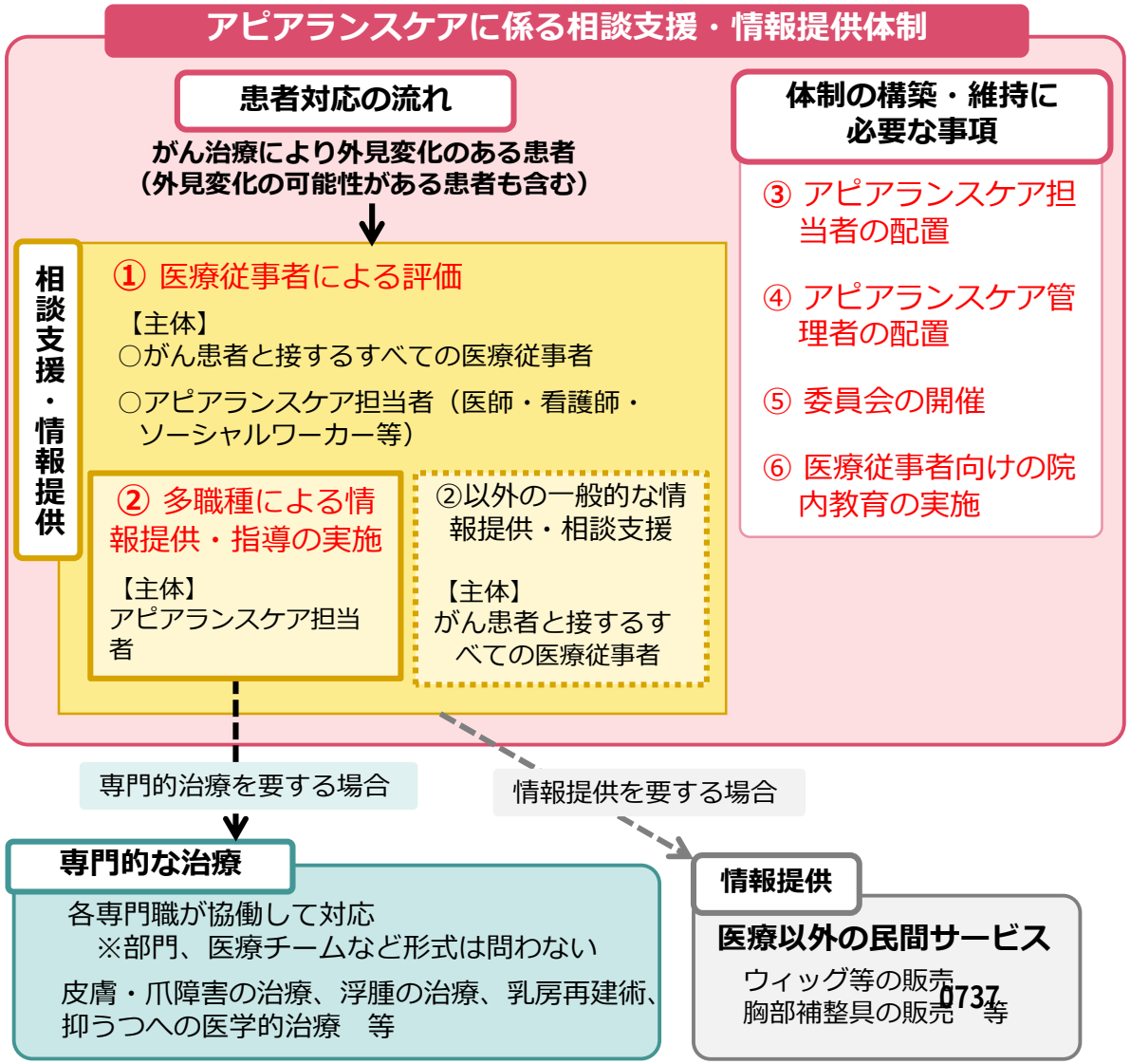
都道府県	施設名
北海道	北見赤十字病院
岩手県	学校法人岩手医科大学付属病院
宮城県	地方独立行政法人宮城県立病院機構宮城県立がんセンター
富山県	国立大学法人富山大学附属病院
福井県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部福井県済生会病院
京都府	京都府公立大学法人京都府立医科大学附属病院
兵庫県	学校法人兵庫医科大学病院
奈良県	地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター
島根県	島根県立中央病院
熊本県	国立大学法人熊本大学病院

令和７年度

都道府県	施設名
青森県	青森県立中央病院
福島県	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
茨城県	公益財団法人筑波メディカルセンター
群馬県	国立大学法人群馬大学医学部附属病院
東京都	国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター
石川県	国立大学法人金沢大学附属病院
京都府	地方独立行政法人京都市立病院
和歌山県	公立大学法人和歌山県立医科大学附属病院
山口県	独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院
高知県	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

モデル事業を踏まえたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制

- モデル事業の検証結果を踏まえ、今後、各都道府県がん診療連携拠点病院に対して、**以下のとおりアピアランスケアについて整備すべき体制を通知において示す予定。**



各項目のポイント

① 医療従事者による評価
がん患者と接するすべての医療従事者が、患者の心理状態、治療内容、医学的状態等を踏まえて、患者に必要な相談支援・情報提供の内容を評価する。評価が困難な場合はアピアランスケア担当者につなぎ、アピアランスケア担当者が評価を行う。

② 多職種による情報提供・指導の実施
①の評価を踏まえて、アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応では困難な患者に対して、多職種で連携し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供を実施する。必要に応じて専門的な治療に繋ぐ他、医療以外の民間サービスについての情報提供も行う。

③ アピアランスケア担当者の配置
アピアランスケアの基礎的な事項に係る、国立がん研究センターが実施する研修を受講した担当者を配置する。

④ アピアランスケア管理者の配置
アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制を院内に構築できるよう、国立がん研究センターまたは都道府県がん診療連携拠点病院主催の研修を受講した管理者を配置する。

⑤ 委員会の開催
院内でアピアランスケアに係る相談支援・情報提供について検討する委員会を開催する。

⑥ 医療従事者向けの院内教育の実施
がん患者に関わる医療従事者が、アピアランスケアの基礎的な事項、及び院内におけるアピアランスケアに係る相談支援・情報提供の対応の流れを理解するよう、管理者・担当者が教育を実施する。

新規

アピアランスケアにかかる体制整備支援事業
（がん診療連携拠点病院機能強化事業内）

健康・生活衛生局がん・疾病対策課
（内線3827）

令和８年度予算案　27百万円（－）※（）内は前年度当初予算額

※令和７年度補正予算額18百万円

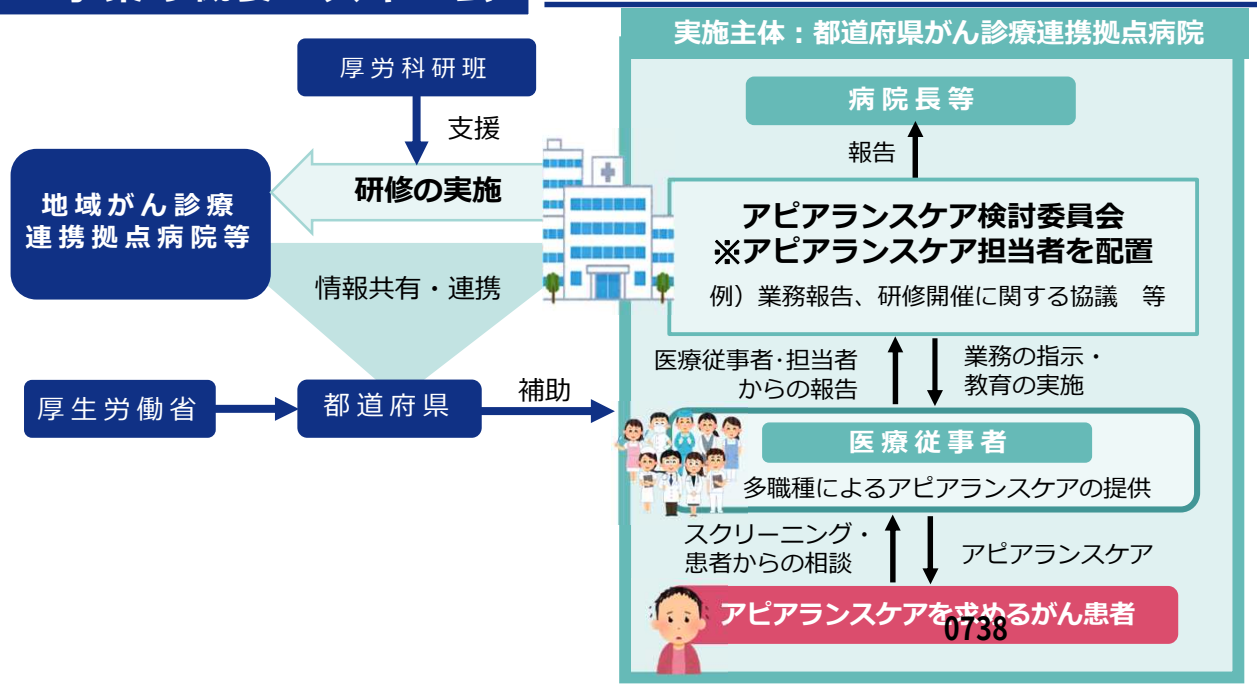
1 事業の目的

- がんやその治療に伴う外見変化（脱毛、爪、皮膚障害等）は、がん患者に苦痛を与え、社会生活に大きく影響することが指摘されていることから、医療従事者によるアピアランスケア（※）が求められている。
- 令和５～７年度に実施したアピアランス支援モデル事業では、がん診療連携拠点病院等における望ましいアピアランスケア体制について検証した。その中で、アピアランスケアの体制整備には、多職種による支援、担当者の配置、アピアランスケアについて検討する委員会等の開催、アピアランスケアについての知識の周知等が必要であることが明らかとなった。
- 本事業では、都道府県がん診療連携拠点病院において、がん患者に対し適切なアピアランスケアを提供する体制整備を支援することで、治療に伴う外見の変化に対する困難さを解消し、がん患者が尊厳をもって自分らしく生きることを目的とする。

※アピアランスケアとは、がんやその治療に伴う外見変化に起因する身体・心理・社会的な困難に直面している患者に対し、診断時からの包括的なアセスメントに基づき、多職種で支援する医療者のアプローチである。（国立がん研究センター中央病院HPより：一部改変）

2 事業の概要・スキーム

【事業創設年度：令和８年度 、補助先：都道府県、独立行政法人等、補助率：1/2（都道府県）、定額（１０／１０相当。独立行政法人等）】



＜事業概要＞

- 都道府県がん診療連携拠点病院において、アピアランスケアを実施するための体制を整備し、地域がん診療連携拠点病院等へのアピアランスケアの体制整備に関する研修を行うための経費を補助する。

＜事業内容＞

1. 都道府県がん診療連携拠点病院にて、アピアランスケアに関する担当者を配置する。
2. １の担当者は、院内にてアピアランスケアについて検討する委員会を定期的に開催するための運営を行う。委員会では、業務の報告や研修開催に関する協議等を行う。
3. １の担当者は、厚生労働科学研究班の支援を必要時受けながら、委員会構成員等とともに地域がん診療連携拠点病院等に対するアピアランスケアの体制整備に関する研修を、定期的に開催する。

第93回がん対策推進協議会	資料２－１
令和８年３月９日	

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

「がんとの共生」分野のコア指標について

令和８年３月９日　第93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

「がんとの共生」分野のコア指標追加（案）①

○第91回がん対策推進協議会において、コア指標（案）については、３つの選定方針（①指標の評価として質が高い。（悉皆性、科学的信頼性）②最終アウトカムへの影響が大きい。③都道府県等の比較が可能となる指標が望ましい。）により、すでに設定されている296指標のうち93指標を選定した。

○共生分野については、既に設定されている82指標のうち、コア指標として21指標を提示したところ、更に３指標を追加する意見をいただいた。

○「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」と「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」の２指標を追加することとしてはどうか。

分野		指標	委員意見	選定理由（案）
がんとの共生	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） P20　分野別アウトカム指標	(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	・患者の経済的負担感や、経済的理由による治療内容の変更など、経済的課題は長期にわたって患者や家族に影響を及ぼすものであり、経済的側面を長期的に計測できるコア指標として追加してはどうか。 ・患者体験調査において、若年者の半数近くの方が経済的な影響を受けていたと回答していることから、コア指標として経済的困難の指標を追加し、できればAYA世代も含めて検討してほしい。	・就労支援等により、治療と仕事を両立することで、がんの治療を変更・断念することなく治療を受けられること、また、金銭的負担が原因で生活に影響がないことは重要であり、ひいては最終アウトカムの「療養生活の質の維持向上」につながると考える。そのため、**300008・300009をコア指標として追加**してはどうか。 ・なお、AYA世代の経済的困難指標については、新たな指標の設定となるため、今回は追加せず、第5期に向けて検討する。
	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） P20　分野アウトカム指標	(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		
	ライフステージに応じた療養環境への支援 P22　アウトプット指標	(341105) 小児がん拠点病院等のがん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	・小児がん患者や大学生などのAYA世代の若い患者の多くは、治療が終わってから初めて就職活動を行うため、新規就労にあたって、がんの経験や晩期合併症を抱えていることが就職に不利になるのではないかという不安から、就職活動に大変苦労している。子どもたちが将来、経済的に自立し、社会に貢献していくことは非常に重要な課題であると考えられるため、コア指標として追加してはどうか。 **0740**	・「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」において、「AYA世代においては、年代によって、就学、就労等の状況や心理社会的状況が様々であることから、個々の状況に応じ、多様なニーズを踏まえた、全人的ながん医療及びライフステージに応じた支援を提供すること。」と定めており、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談先として、小児がん拠点病院のがん相談支援センターの果たす役割は大きいと考える。また、「がん診療連携拠点病院等の整備について」においては、「就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設の がん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。」と定めており、AYA世代のがん患者が就労に関する相談先として成人拠点病院も位置づけられているが、本指標では成人拠点病院の相談件数が反映されていない。このことから、**コア指標として追加せず、計測指標として継続して測定する**ことしてはどうか。なお、成人拠点病院におけるAYA世代のがん患者に係る相談件数の算出については、5期に向けての論点とする。

「がんとの共生」分野のコア指標追加（案）②

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　確定版」：がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課　（2025年７月）

就労支援について（医療機関側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、普及啓発、主治医から産業医への情報提供をはじめとする医療機関等と産業保健との一層効果的な連携等について検討	指標設定なし（着実に検討を進めること）	－	－
331101	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む	拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告書
331102		療養・就労両立支援指導料の算定件数※ ※がんについて	－	NDB
331103		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	－	現況報告書
331104	再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む	ハローワークと連携した就職支援をおこなっている拠点病院等の割合	3044	長期療養者就職支援事業報告

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	3期	データソース
331201	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査
331202	がんと診断された後の仕事の変化	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	3042	患者体験調査
331203	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	3期	データソース
300008	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	－	患者体験調査
300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	－	患者体験調査
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	最終アウトカム	最終アウトカム指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　確定版」：ライフステージに応じた療養環境への支援

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課　（2025年７月）

小児・AYA世代について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
341103	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォロ-アップ体制整備事業事業報告
341104		長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数*2	－	現況報告書（小児がん）
341105	小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を	小児がん拠点病院等のがん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	－	現況報告書（小児がん）　*1
341106	含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を引き続き推進	小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	－	現況報告書（小児がん）
	小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握	あり方の検討の段階のた		

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	3期	データソース
341203	がん治療と教育の両立	治療中に学校や教育関係者から治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	3053	小児患者体験調査
341204	長期フォローアップの認知度向上	長期フォローアップについて知っていると回答した人の割合	－	小児患者体験調査
341205	医療者側からの就労支援（説明）の拡充	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	－	患者体験調査
341206	つらい症状への速やかな対応改善	つらい症状には速やかに対応してくれたと思うと回答した人の割合	－	小児患者体験調査

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	3期	データソース

#	最終アウトカム	最終アウトカム指標	3期	データソース

0741

第93回がん対策推進協議会	資料２－２
令和８年３月９日	

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

「がんとの共生」分野の中間評価について

令和８年３月９日　第93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

3. がんとの共生

（一部抜粋）

相談支援及び情報提供

現状・課題

- 拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理的・社会的な悩みに対応していくことが求められている。
- 拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報することを求めている。

患者体験調査、小児患者体験調査	値
がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（成人）	66.4%
がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（小児）	66.4%

出典：患者体験調査（H30年度), 小児患者体験調査（R元年度）

取り組むべき施策

- 多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進する。
- がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

現状・課題

- 相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実践することが必要である。

取り組むべき施策

- セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供の在り方について検討する。

がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

現状・課題

- 働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。
- 治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。
- 医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。

現況報告書	値
がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	328,392件

出典：現況報告書（R３年）

患者体験調査、小児患者体験調査	値
がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	34.9%
治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合(患者体験調査のみ)	39.5%

出典：患者体験調査（H30年度)

取り組むべき施策

- 患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。
- 拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する。
- がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

ライフステージに応じた療養環境への支援

現状・課題

- 人生の最終段階における療養場所として、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。

取り組むべき施策

- 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行う。

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

【分野別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等は、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労・教育支援等を行う仕組みを構築することで、社会的な課題を解決し、がん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図る。これらにより、全てのがん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現し、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

★：コア指標

#	最終アウトカム	最終アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	70.5% （H30年度）	79.0% （R５年度）	A	★

<進捗状況の評価>

○「がんとの共生」分野における最終アウトカム指標１指標において、改善傾向にあることが判定された。

○「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」において、前回調査と比較すると、70.5%から79.0%と8.5ポイント上昇し、改善傾向にある。

○指標の測定結果より、がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境の整備やがん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図ることを加速していると評価できる。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○最終アウトカム指標は、患者体験調査において18歳以上のがん患者が対象となっているが、小児がん患者についても、小児患者体験調査の最新結果が公表された際には、当該データソースとなっている指標の傾向を確認し、「がんとの共生」分野の全体を再度確認する必要がある。

【患者体験調査に基づく指標の測定値に関する留意事項】該当指標は「*」を判定に表示
本調査結果を解釈するに当たっては、第２回患者体験調査と第３回患者体験調査との間で、調査方法および質問紙の内容に変更がある点に留意する必要がある。具体的には、対象施設について、第２回調査では国指定のがん診療連携拠点病院等157施設、院内がん登録実施施設 20 施設を抽出して調査を依頼したのに対し、第３回調査では対象施設を拡大し、すべてのがん診療連携拠点病院等456施設、院内がん登録実施施設100施設を抽出して調査を依頼している。また、質問項目について、受診先選択に関する質問の追加、類似質問の整理・削除、文言の微修正等を行っている。さらに、質問紙の選択肢についても、特に５段階評価尺度の表現を一部変更するとともに、質問紙のフォーマットの見直しを実施している。このため、第２回調査と第３回調査の結果を分析する際には、これらの調査設計上の変更の影響を考慮する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

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

（１） 相談支援及び情報提供

【個別目標】

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理的・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

①相談支援について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	0	0	3	0
中間アウトカム	0	0	3	2
アウトプット	4	0	1	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300001	がん患者が、相談を利用し、役だったと思えること	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	73.0% （H30年度）	72.4% （R５年度）	C
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	73.6% （H30年度）	70.4% （R５年度）	C
300003	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	47.7% （H30年度）	44.1% （R５年度）	C*

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
311201	がん相談支援センターの認知度	がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（成人）	66.4% （H30年度）	55.1% （R５年度）	C	★
		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（小児）	66.4% （R元年度）	―	D	★
311203	がんと診断されてから相談することができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3% （H30年度）	60.6% （R５年度）	C*	
311204	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	27.3% （H30年度）	15.4% （R５年度）	C	

【分野別施策と個別目標】

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

（１） 相談支援及び情報提供

①相談支援について

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
311101	【拠点病院等】がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める	がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	328,392 （R3.1.1～ R3.12.31）	353,988 （R5.1.1～ R5.12.31）	A	★
311102	相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	3,931 （R4.9.1時点）	3,392 （R6.9.1時点）	C	

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＣが３指標となっており、中間アウトカム指標はＣが３指標で、コア指標（２指標）については「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（成人）」が後退傾向であった。

○コア指標のうち、「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合：成人（66.4%→55.1%）」はＣであった。

○個別施策（５施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが４指標、Ｃが１指標であった。

○ 後退傾向にある「がん相談支援センターの認知度」の向上のために、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発０８０１第１６号　令和４年８月１日）において、がん相談支援センターを周知するために、地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行うことや、自施設に通院していない者からの相談にも対応することといった体制を整備することを、指定要件としていることに加え、がん相談支援センターに対し、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用することを求めることとしており、引き続き、がん診療連携拠点病院等の現況報告書にて、要件の充足状況を確認し、把握していくこととする。

○また、令和７年11月に映画とタイアップし、「がんとの共生」の理解促進を図る中で、がん相談支援センターについて周知するポスターを、都道府県、病院、関連学会、産業保健総合支援センターなどへ配布するとともに、特設ページやSNS等も活用した取組を行った。令和7年12月には国立がん研究センターがん対策研究所が「がんになったら手にとるガイド」を全面改訂・発刊し、がん相談支援センター等を周知するための取組を進めている。

○「がん相談支援センター相談員基礎研修（３）」については、応募が多く受講できない方が毎年一定数発生していた。そのため、令和５～７年度厚生労働科学研究「がんの相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究」において、国立がん研究センター以外の関係団体が主催しても本研修と同等以上の研修効果があることを検証し、その効果が認められたことから、令和７年度より本研修に準拠する研修を開始しており、引き続き、厚生労働科学研究にて、運用を検証していく。

【分野別施策と個別目標】

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

（１） 相談支援及び情報提供

①相談支援について

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん相談支援センターについて知っているがん患者（成人）の割合は、11.3ポイント（66.4%→55.1%) 低下している。一方で、新規相談件数が増加し、相談を利用した患者の70%以上が「役に立った」と回答していることから、認知している患者にとっては利用しやすい環境が整いつつあると考えられる。より多くの患者が適切な支援へアクセスするためには、がん相談支援センターの認知度向上の強化に一層取り組む必要がある。診療プロセスに組み込み、治療開始前・再発時など要所で相談支援センターに到達できる導線（診療計画・チェックリスト等）を標準化するなどの検討が必要である。

○がん相談支援センターの認知度は低下しているが、令和４年の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず 一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」と改定されたことから、継続して認知度を測定し、取組の評価をしていく必要がある。

○認知度向上に向けた取組として、様々な媒体を活用した効果的な啓発を検討するとともに、関係団体等と連携した取組を引き続き推進し、取組の評価を継続して実施していく必要がある。

【分野別施策と個別目標】

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

（1） 相談支援及び情報提供

②情報提供について

●判定一覧　　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	1	0	0	2
中間アウトカム	0	0	2	1
アウトプット	2	0	2	1

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300004	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合　成人	75.0% （H30年度）	88.5% （R５年度）	A*
		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　小児	74.4% （R元年度）	―	D
300005	国民が、がんに対して正しい認識を持てること	がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	90.1% （R５年度）	―	D

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
312202	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	87.1% （R５.3.20～４.3）	82.1% （R6年6.25～7.10）	C
312203	がんと診断されてから相談することができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3% （H30年度）	60.6% （R５年度）	C*

★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
312101	引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む	がん情報サービスにアクセスした件数	51,646,076 （R４年度）	41,643,293 （R６年度）	C
312103	障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討	音声資料数	57.3コンテンツ/年 （172コンテンツ） （R2.4～R5.3）	46.5コンテンツ/年 （93コンテンツ） （R5.4～R7.3）	C*

【分野別施策と個別目標】

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

（1） 相談支援及び情報提供

②情報提供について

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが１指標となっており、中間アウトカム指標はCが２指標で、コア指標（１指標）については後退傾向であった。

○コア指標である「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（76.3%→60.6%）」がCであり、がんと診断されてから相談することができる環境の整備を推進する必要がある。

○個別施策（３施策）については、取組を進めており、アウトプット指標についてはAが２指標、 Cが２指標、 Dが１指標であった。

○国立がん研究センターの運営する「がん情報サービス」において、がんに関する正しい情報の発信等を進めているほか、令和７年８月よりSNSを活用した広報をより推進している。また、令和５～７年度厚生労働科学研究「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備のあり方に関する研究」において、情報の均てん化に向けた適切な情報提供のあり方に関する研究を実施しており、結果を踏まえて、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組むための施策について検討していく。

○令和５～７年度厚生労働科学研究「がん罹患前より障害があるがん患者に対する医療機関における適切な医療・支援の実装に資する研究」において、検診も含めた情報提供のあり方について検討しているところである。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん情報サービスへのアクセス件数は減少している状況にあるが、WEBサイト閲覧数の低下は、民間情報サイトも含めて世界的な傾向となっている。その背景として、生成AI要約による情報入手が普及し、引用元のサイトを訪れない場合が増えていることが要因として考えられる。現在、がんに関する情報は、がん情報サービス以外にも多様な媒体を通じて提供されている。そのような状況でも、がん情報サービスは、情報を必要とする国民に対して、質が高く正確な情報を継続的に発信できるよう、今後も適切な情報提供体制の構築・維持に努めていく必要がある。

○情報提供においては、情報の集約化とアクセシビリティの向上が重要である。患者・家族が必要な時に信頼性の高い情報へ迷うことなく到達できることは、適切な支援を行う上で不可欠であり、そのためには「容易な検索」「わかりやすい内容」「更新状況の明確化」を確保することが求められる。さらに、日本語を母国語としない方への対応など、誰もが情報にアクセスできる取組について検討する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

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

（2） 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

【個別目標】

地域における医療従事者や介護従事者等との連携や、医療従事者と患者やその家族等とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができることを目指す。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	2	0	0	0
中間アウトカム	1	0	1	0
アウトプット	4	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	47.9% （R元年～２年）	60.2% （R５年度）	A	★
300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	79.1% （R元年～２年）	85.5% （R５年度）	A	

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
320201	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	34.9% （H30年度）	31.7% （R５年度）	C*	★

【分野別施策と個別目標】

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

（２） 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＡが２指標となっており、中間アウトカム指標はＡが１指標、Ｃが１指標であり、コア指標（２指標）についてはＡが１指標、Ｃが１指標であった。

○コア指標のうち、分野別アウトカムとして設定されている「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合（47.9%→60.2%）」がＡであり、中間アウトカムである「がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合（34.9%→31.7%）」がＣであり、希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上に改善の余地があるといえる。

○個別施策（４施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが４指標であった。

○社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援を評価する上で、コア指標として設定されている「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合」が大幅な改善傾向であったが、一方で、「がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合」については改善の余地がある。「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0801第16号　令和４年８月１日）においては、セカンドオピニオンに関する体制について、「医師が診断結果や病状の説明を行う際及び治療方針を決定する過程等において、すべてのがん患者及びその家族に対し、他の医療機関においてセカンドオピニオンを受けることが可能である旨を説明すること。その際、患者が心理的な負担や遠慮等を感じることのないよう、十分配慮すること。」、また、「当該医療機関において対応可能ながんについて、手術療法、放射線療法、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師がを提示できる体制を整備するとともに、その内容を患者に分かりやすい形で公表すること」を、すべてのがん診療連携拠点病院等に対する必須要件として求めているところである。一方、患者体験調査の結果によれば、「中間アウトカム指標 320201（がん治療前にセカンドオピニオンに関する説明を受けたがん患者の割合）」は約３割にとどまっており、医療従事者側の認識と患者側の受け止めとの間に大きな乖離が生じている状況が示唆されている。こうした現状を踏まえ、今後は、患者の視点に立ち、診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者がセカンドオピニオンに関する説明を適切に受けることができる体制の構築について検討していく。

○患者が質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができるために、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0801第16号　令和４年８月１日）において、「地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者と情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けること」を指定要件とするほか、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成のために、「地域緩和ケアネットワーク構築事業」を通して、引き続き地域緩和ケア連携調整員のあり方について検討していく。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○「がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合」が31.7%と、約３人に２人が情報提供を受けていないことに課題がある。がん患者に対する診療情報提供料（Ⅱ）の算定数（算定回数）（患者数）ともに増加しており、患者のセカンドオピニオンの需要は高いことが考えられる。共同意思決定の観点からも、がん治療前に希望する人がセカンドオピニオンを受けているのか実態を把握する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） 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*）

【個別目標】

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けることがないような社会を目指す。

①就労支援について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	2	0	2	0
中間アウトカム	4	0	1	0
アウトプット	7	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300008	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	4.9%（H30年度）	1.8%（R５年度）	A*
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	26.9%（H30年度）	24.2%（R５年度）	A
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3%（H30年度）	60.6%（R５年度）	C*
300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	47.7%（H30年度）	44.1%（R５年度）	C

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
331201	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	39.5%（H30年度）	44.0%（R５年度）	A	★
331203	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	56.8%（H30年度）	58.3%（R５年度）	C*	★
331205	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	65.0%（H30年度）	74.5%（R５年度）	A	★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
331101	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む	拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	27,112（R３.１.１～R３.12.31）	32,885（R５.１.１～R５.12.3）	A	★
331106	両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討	両立支援コーディネーター研修修了者数	17,695（令和４年度まで）	28,660（令和６年度まで）	A	★

0752

*「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（３） 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

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＡが２指標で、Ｃも２指標、中間アウトカム指標はＡが４指標、Ｃが１指標であり、コア指標（３指標）についてはＡが２指標、Ｃが１指標であった。

○コア指標のうち、「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（39.5%→44.0%）」や「治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合（65.0%→74.5%）」は改善傾向であるが、「退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合（56.8%→58.3%）」が後退傾向という結果となった。

○個別施策（６施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが７指標であった。

○がん診療連携拠点病院機能強化事業における「がん患者の就労に関する総合支援事業」を実施し、がん診療連携拠点病院内における両立支援の体制強化に努めている。また、さらなる就労支援の充実のために、令和５～７年度厚生労働科学研究「がん患者の治療と仕事の両立支援や就職支援プログラムの実装に向けた研究」において、長期療養中に生じる課題やニーズ、医療機関や企業等における両立支援の普及状況等の実態把握などを実施しており、成果等を踏まえ、作成した就労支援の介入プログラムの実装などを検討していく。

○労働施策総合推進法の改正により、令和８年４月１日から、事業主に対し、治療と仕事の両立支援の取組の努力義務化を課すとともに、その適切・有効な実施を図るための指針を策定し、公表する予定としている。

○両立支援コーディネーター養成研修修了者を対象としたフォローアップ調査を実施し、活動状況を把握しているほか、各地域において、両立支援コーディネーターを配置・活用している支援機関等（産業保健総合支援センターや自治体、医療機関、企業等）で構成する「地域両立支援推進チーム」を都道府県労働局に設置し、取組の連携や情報共有を図っており、法改正に合わせて、「地域両立支援推進チーム」の体制強化について検討していく。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○治療開始前に就労継続について説明を受けたがん患者の割合は50%を下回っており、がん治療の開始前までに退職した者の割合も58.3%となっている。診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。主治医と産業医との連携に加え、産業保健総合支援センター（さんぽセンター）の活用促進や、両立支援制度や長期療養者就職支援事業等を活用した主治医を含む医療チームによる就労支援の取組の更なる推進が必要である。

○両立支援コーディネーターの研修修了者数は増加しているが、必要数、配置の妥当性や活動状況を検証する必要がある。また、治療と就業の両立支援指針の策定を踏まえて、さらなる取組を強化する必要がある。

0753

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

②アピアランスケアについて

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	0	0	1	0
中間アウトカム	0	0	1	0
アウトプット	3	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300011	外見の変化に起因する苦痛の軽減	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	18.7% （H30年度）	24.3% （R５年度）	C*

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
332201	アピアランスケアに関する相談支援の利用	外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合	28.3% （H30年度）	25.8% （R５年度）	C*

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
332101	医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討	アピアランスケア研修（e-learning）修了者数　アピアランスケアe-learning	879 （R５年度）	994 （R６年度）	A	★
		アピアランスケア研修（e-learning）修了者数　アピアランスケア応用編	35 （R５年度）	36 （R６年度）	A	★

【分野別施策と個別目標】

３.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（３） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

②アピアランスケアについて

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＣが１指標となっており、中間アウトカム指標もＣが１指標であった。

○個別施策（２施策）については、施策に対する取組は進んでおり、アウトプット指標についてはＡが３指標であった。

○外見の変化に起因する苦痛の軽減を測るために分野別アウトカム指標として設定されている「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（18.7%→24.3%）」が増加しており、後退傾向にある。

○また、アピアランスケア研修修了者数が令和５年度と比較し、６年度は増加している。国立がん研究センターアピアランス支援センター「アピアランスケア研修会」（令和３年～）の開催を継続することで、アピアランスケアを必要とする患者が、適切な相談支援及び情報提供を受けることができるよう、引き続き人材育成に取り組むこととしている。

○アピアランスケアの均てん化の取組としては、令和５～７年度にて、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供のモデル事業を実施し、がん診療連携拠点病院における効果的なアピアランスケアの相談支援・情報提供体制について、28都道府県の30施設を対象に検証しており、令和８年度よりがん診療連携拠点病院機能強化事業にて都道府県がん診療連携拠点病院へのアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築を推進していくこととしている。また、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供に関する普及啓発や研修会の開催等に対して都道府県健康対策推進事業（がん情報の提供に資する事業）等を活用し、一層の周知を推進していく。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○がん診療連携拠点病院を中心とした医療従事者等ががん患者に対し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供の周知を進め、認知度を高める工夫が求められる。

○今後、がん診療連携拠点病院機能強化事業において適切なアピアランスケアの相談支援・情報提供体制の構築を全国に展開することにより均てん化が進み、さらに効果的な支援につながるよう、取組の進捗を継続して確認していく必要がある。また、人材育成においては、アピアランスケア研修修了者数のみならず、累積修了者数も確認した上で、進捗状況を評価する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） 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）

③がん診断後の自殺対策について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別 アウトカム	1	0	0	0
中間 アウトカム	3	0	3	0
アウトプット	6	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
300012	がん患者の自殺の要因の解消	がん患者の自殺数	449名 （2016年）	401名 （2019年）	A	★

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
333201	気持ちのつらさに対する支援の利用	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	32.8% （H30年度）	47.6% （R５年度）	A*	★
333202		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	24.0% （H30年度）	26.2% （R５年度）	C	★
333203		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	42.1% （R元～２年）	43.2% （R５年度）	C	
333206	身体的なつらさに対する支援の利用	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	46.9% （R元～２年）	50.7% （R５年度）	C	

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
333102	がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検討	自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院等の割合	29.8% （R4.9.1時点）	40.6% （R6.9.1時点）	A	★
333103		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ 算定数（算定回数）	143,280 (令和２年度)	157,693 （令和４年度）	A	★
		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ 算定数（患者数）	141,386 (令和２年度)	155,510 （令和４年度）	A	★

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） 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）

③がん診断後の自殺対策について

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＡが１指標となっており、中間アウトカム指標はＡが３指標、 Ｃが３指標であり、コア指標（３指標）についてはＡが２指標、 Ｃが１指標であった。

○コア指標のうち、分野別アウトカムである「がん患者の自殺数（449名→401名）」や中間アウトカムである「心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合（32.8%→47.6%）」はAであるが、「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合（24.0%→26.2%）」がＣであり、気持ちのつらさに対する支援の利用に改善の余地があるといえる。

○個別施策（２施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが６指標であった。

○分野全体をみると、がん診断後の自殺対策についての施策を推進しているといえる。がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけるために研修を実施した拠点病院等の割合が大幅に増加しており、がん患者の自殺数は減少している。一方で、がん患者の自殺数をより減らすためにも、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合を減少させるための方法を検討していく。

○令和５～７年度厚生労働科学研究「がん患者の自殺予防プログラムの実装と教育プログラム開発に向けた研究」において、がん患者の自殺に関する実態を把握するとともに、「がん医療における自殺対策の手引き」の改訂、医療従事者に対する自殺対策に関する研修会の実施、がん患者の自殺対策のための院内フローモデルの作成に資する資料を作成しており、令和８年３月に「がん医療における自殺対策の手引き」の改訂版を公表したところ。引き続き、がん診断後の自殺対策を推進していく。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○心理的な苦痛を抱えるがん患者割合は後退傾向（24.0%→26.2%）であるため、緩和ケア研修・相談導線の整備と並行して、苦痛の早期把握と支援につながる実装（院内フロー等）を継続的に確認することが必要である。

○がん診療連携拠点病院等を対象に、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、厚生労働科学研究の成果等も活用しながら、がん患者の自殺対策についての研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方を検討する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） 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）

④その他の社会的な問題について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	2	0	2	1
中間アウトカム	0	0	2	0
アウトプット	2	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300008	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	4.9% (H30年度)	1.8% （R５年度）	A*
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	26.9% (H30年度)	24.2% （R５年度）	A
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3% (H30年度)	60.6% （R５年度）	C*
300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	47.7% (H30年度)	44.1% （R５年度）	C*
300013	がんによる社会からの孤立の解消	がんであることを話せる割合	93.2% （R５年度）	ー	D

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
334201	がん患者の疎外感の解消	がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合	12.3% (H30年度)	23.2% （R５年度）	C*
334202	がんに対する偏見の払拭	（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合	5.3% (H30年度)	7.4% （R５年度）	C*

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（3） 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）

④その他の社会的な問題について

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＡが２指標で、Ｃも２指標、中間アウトカム指標はＣが２指標であった。

○個別施策（３施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが２指標であった。

○令和６～７年度厚生労働科学研究「がん患者とその家族の社会的課題への理解と支援に向けた総合的アプローチ」において、がん患者の経済的課題について調査を実施するするほか、令和５～７年度の厚生労働科学研究「障害があるがん患者に対する医療機関における適切な医療・支援の実装に資する研究」において、がんになる前から障害のある患者の受診実態と障害者への対応状況の実態把握を行い、情報提供のあり方について、必要な検討を行っていく。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○家族以外の周囲からがんに対する偏見を感じる割合（5.3%→7.4%）が増加しており、偏見の払拭に向けた取組は依然として課題が残る。若年層を含む社会全体に対し、がんに関する正しい理解を促す継続的な啓発が必要である。

○障害等により配慮が必要な人や日本語を母国語としない人への情報提供体制を検討するとともに、より実効性のある体制整備が必要である。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（4）ライフステージに応じた療養環境への支援

【個別目標】

小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

① 小児・ＡＹＡ世代について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	0	0	1	1
中間アウトカム	1	0	0	5
アウトプット	4	0	2	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300003	家族への支援・サービス・場所の充実	家族の悩みや負担を相談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	47.7% （H30年度）	44.1% （R５年度）	C*
300014	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	12.5% (R元年度)	ー	D

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
341205	医療者側からの就労支援（説明）の拡充	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	54.9% （H30年度）	57.7% （R５年度）	A	★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
341101	医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う	小児がん拠点病院等のがん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	2,232 （R3.1.1～ R3.12.31）	1,926 （R5.1.1～ R5.12.31）	C	
341103	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	250人 （累計 1,196人） 令和４年度（まで）	190人 （累計1,610人） 令和６年度(まで)	C	★

【分野別施策と個別目標】

３.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（４）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

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はＣが１指標となっており、中間アウトカム指標はＡが１指標であった。

○コア指標のうち、中間アウトカムとして設定されている「治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合（54.9%→57.7%）」がＡであり、医療者側からの就労支援（説明）の拡充を加速していると評価できる。

○個別施策（４施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが４指標、 Ｃが２指標であった。

○「小児がん拠点病院等の整備について」（健発0801第17号　令和４年８月１日）において、「切れ目のない教育支援のためにＩＣＴ（情報通信技術）等を活用した学習活動を含めた学習環境の整備を進めること」とすることにより、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行うこととしている。小児がん拠点病院等の現況報告書で要件充足状況を確認、状況把握していく。

○令和８年２月にAYA世代がん患者の治療と暮らしを支えるための各種支援制度や相談窓口等をまとめたパンフレット「がんの治療と暮らしを支える制度ガイド」を作成し、国のウェブサイトへ公表している。

○令和５～７年厚生労働科学研究「小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究」において、令和６年度までに小児がん経験者のデータを系統的かつ一元的に集積するための全国規模の情報インフラである長期フォローアップセンターを構築し、日本小児がん研究グループ（JCCG）大規模観察研究における一次調査データの結果をもとに前向き観察研究を計画した。研究結果を踏まえて、令和８年度に改定を予定している「小児がん拠点病院等の整備について」の改定に向けて議論していく。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○AYA世代の「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（341205）」が増加しているが、割合としては６割に満たない。そのため、診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。

○小児がん・AYAがん患者の長期フォローアップは重要な課題であり、医療者側の認識度向上が求められる。小児・AYA世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業等で更なる周知が必要である。

○再発や二次がん・晩期合併症の早期発見につなげるためには、長期フォローアップの重要性について、診断時・治療中からの継続的な情報提供が重要であることから、情報提供のあり方について検討が必要である。

○AYA世代がん患者が適切に支援制度やサービス等を利用できるよう、拠点病院等や関係団体等とともに「がんの治療と暮らしを支える制度ガイド」を活用した周知を推進する必要がある。

○「小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備」を目指して小児がん拠点病院等が整備されているが、その整備に関する指針の次期改定に向け、今年度末より「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」にて議論が開始される予定である。本中間評価を受けて、長期フォローアップ等の課題については、本ワーキンググループにおいて関係学会等と連携しながら検討を進めていく必要がある。

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（4）ライフステージに応じた療養環境への支援

②高齢者について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	3	0	0	0
中間アウトカム	2	0	1	0
アウトプット	4	0	2	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300006	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	47.9% （R元～２年）	60.2% （R５年度）	A
300007	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度（＞在宅かつ高齢者）向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	79.1% （R元～２年）	85.5% （R５年度）	A
300015	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	53.5% （R元～２年）	55.7% （R５年度）	A

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
342202	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセスの改善	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	79.1% （R元～２年）	77.5% （R５年度）	C

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
342102	【拠点病院等】地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討	介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）（算定回数）	82,935 （令和２年度）	77,242 （令和4年度）	C	★
		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）（患者数）	66,661 （令和２年度）	63,612 （令和４年度）	C	★
342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）（算定回数）	12,374 （令和２年度）	13,686 （令和４年度）	A	★
		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）（患者数）	12,053 （令和２年度）	13,390 （令和４年度）	A	★
342104	高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	99.6% （R4.9.1時点）	100.0% （R6.9.1時点）	A	★

【分野別施策と個別目標】

3.がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（4）ライフステージに応じた療養環境への支援

②高齢者について

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが３指標となっており、中間アウトカム指標はAが２指標、 Cが１指標であった。

○個別施策（３施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはAが４指標、 Cが２指標であった。

○「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0801第16号　令和４年８月１日）において「地域の医療機関等との連携体制の整備、医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場の設置」を求めており、引き続き、指定要件とし、現況報告書で状況把握していく。

○また、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0801第16号　令和４年８月１日）において、「高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援すること」を指定要件とし、令和５～６年度に実施した国立がん研究センターへの委託事業である「遺族調査」において、高齢者における最期の療養場所に関する医療者との話し合い等について調査し、報告した。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○望んだ場所で療養できるように、最期の療養場所に関する話し合いがどのように実施されているかについて、実態を把握する必要がある。

○退院時共同指導料１の算定数が増加しているが、一方で、介護支援等連携指導料の算定数は減少している。退院時共同指導料１は退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を評価しており、一方、介護支援等連携指導料は退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）等の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン等の作成につなげることを評価している。退院時共同指導料１については、令和4年度診療報酬改定において算定要件が変更され、算定対象職種が拡大したため算定数が増加した可能性がある。また、介護支援等連携指導料は、コロナ禍における面会制限等の背景が影響していると考えられる。今後は、算定要件の変更も確認しつつ、継続的に把握していく必要がある。

○本人の意思は、心身の状態の変化等に応じて変化しうるものであり、人生の最終段階において本人の希望する医療・ケアが提供されるよう、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス（ACP[1]（アドバンス・ケア・プランニング））が重要である。がん対策においても、こうした取組をより一層推進していく必要があると考えられる。ただし、高齢者以外も対象に含まれることに留意が必要である。

[1] ACPは「本人の望む医療・ケア」について話し合うプロセスであり、対象者は全ての患者になるが、本人の望む医療・ケアについて話し合うことを希望しない人への配慮も必要であり、希望の有無を含めて患者本人の意思を確認する必要がある。

第 64 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

日時：令和８年２月 12 日(木)13:00～15:00
場所：厚生労働省　専用第 21 会議室(17 階)

議 事 次 第

１　開会

２　議題

（１） 令和８年度からの定期接種について

（２） 予防接種法関係政省令について（諮問）

（３） その他

３ 閉会

資　料　１－１　小児におけるＲＳウイルス感染症の予防について
資　料　１－２　高齢者に対する肺炎球菌ワクチンについて
資　料　１－３　２価及び４価ＨＰＶワクチンについて
資　料　１－４　高用量インフルエンザワクチンについて
資　料　１－５　令和８年度からの定期接種について（まとめ）
資　料　２　「予防接種法施行令の一部を改正する政令案要綱」及び「予防接種法施行規則及び予防接種実施規則の一部を改正する省令案要綱」について（諮問）
参考資料１－１　ＲＳウイルス母子免疫ワクチンと抗体製剤ファクトシート
参考資料１－２　成人用肺炎球菌ワクチンファクトシート
参考資料１－３　高齢者に対するインフルエンザワクチンファクトシート

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

【委員】

池田　俊也（いけだ　しゅんや）	国際医療福祉大学　医学部　公衆衛生学　教授
磯部　哲（いそべ　てつ）	慶應義塾大学大学院法務研究科　教授
伊東　亜矢子（いとう　あやこ）	三宅坂総合法律事務所　弁護士
伊藤　定勉（いとう　さだむ）	全国町村会理事（滋賀県豊郷町長）
伊藤　澄信（いとう　すみのぶ）	順天堂大学医学部附属順天堂医院臨床研究・治験センター　センター長　特任教授
清山　知憲（きよやま　とものり）	宮崎県宮崎市　市長
小嶋　雅代（こじま　まさよ）	名古屋市健康福祉局担当局長（医務）
齋藤　嘉朗（さいとう　よしろう）	国立医薬品食品衛生研究所　所長
笹本　洋一（ささもと　よういち）	公益社団法人日本医師会　常任理事
佐藤　好美（さとう　よしみ）	産経新聞社　論説委員
白井　千香（しらい　ちか）	大阪府枚方市保健所　所長
鈴木　基（すずき　もとい）	国立健康危機管理研究機構　国立感染症研究所感染症疫学センター　センター長
○中野　貴司（なかの　たかし）	川崎医科大学小児科学　特任教授
奈良　由美子（なら　ゆみこ）	放送大学教養学部　教授
福島　若葉（ふくしま　わかば）	大阪公立大学大学院医学研究科公衆衛生学　教授
本田　文子（ほんだ　あやこ）	一橋大学大学院経済学研究科・社会科学高等研究院　教授
宮﨑　義継（みやざき　よしつぐ）	国立健康危機管理研究機構　国立感染症研究所　副所長
森尾　友宏（もりお　ともひろ）	東京科学大学理事・副学長、高等研究府　特別教授
◎脇田　隆字（わきた　たかじ）	国立健康危機管理研究機構　副理事長

◎：分科会長　○：分科会長代理

【一般参考人】

永見　綾乃（ながみ　あやの）

第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料 1－3
2026(令和８)年２月12日	

２価及び４価HPVワクチンについて

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

本日の内容

テーマ	論点
【１】２価及び４価HPVワクチンについて	（１）これまでの経緯等
	（２）これまでの議論を踏まえた具体的な規定案

本日の内容

【１】２価及び４価HPVワクチンについて

（１）これまでの経緯等

（２）これまでの議論を踏まえた具体的な規定案

HPVワクチンに関するこれまでの経緯

子宮頸がんについて
- 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,900人が死亡。患者は20代から増え始め、40代が最多。
- 典型的にはヒトパピローマウイルス (HPV) の持続感染により、数年～数十年かけて前がん病変から浸潤がんに至る。

HPVワクチンについて
- ２価・４価ワクチンは子宮頸がんの原因の約６～７割を占めるウイルス型を、９価ワクチンは約８～９割を占めるウイルス型を防ぐ。
- 予防接種法に基づき小学校６年～高校１年相当の女子（標準的な接種時期は中学校１年）に対して定期接種が行われている。

海外の状況
- WHOよりワクチンが推奨されており、米、英、独、仏等の先進各国において公的接種に位置づけられている。

平成22年11月26日～ 平成25年３月31日	平成22、23年度補正予算により、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
平成25年４月１日	予防接種法の一部を改正する法律が施行され、**ＨＰＶワクチンの定期接種を開始**
⇒　以降、疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された	
平成25年６月14日	厚生労働省の審議会※で、**「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」**とされ、**積極的勧奨差し控え**（厚生労働省健康局長通知） ※　厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会の合同開催
⇒　以降、審議会において検討	①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）を整理 ②HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか ③HPVワクチンの安全性・有効性等に関する情報提供をどう進めていくのか
令和４年４月１日	審議会の結論をふまえ、 **積極的勧奨の再開**及び接種の機会を逃した方に対する**キャッチアップ接種（３年間）を開始**
令和５年４月１日	**9価HPVワクチンを定期接種に用いるワクチンとして位置づけ**
令和７年４月１日	**キャッチアップ接種の経過措置（１年間）を開始**

HPVワクチンの薬事承認状況

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4

○　令和７年11月現在、HPVワクチンは２価、４価、及び９価HPVワクチンが販売されており、いずれのワクチンもヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンとされている。
○　各HPVワクチンがカバーするヒトパピローマウイルスのウイルス型がワクチン毎に異なっている。

各HPVワクチンの添付文書の記載等

ワクチンの種類	効能又は効果	「用法及び用量」における接種対象者・接種回数	定期接種への導入時期
組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（2価）	ヒトパピローマウイルス（HPV）16型及び18型感染に起因する子宮頸癌（扁平上皮癌、腺癌）及びその前駆病変（子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）2 及び3 ）の予防	10歳以上の女性 3回	平成25年
組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（4価）	ヒトパピローマウイルス6、11、16及び18型の感染に起因する以下の疾患の予防 ・子宮頸癌（扁平上皮癌及び腺癌）及びその前駆病変（子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）1、2及び3並びに上皮内腺癌（AIS）） ・外陰上皮内腫瘍（VIN）1、2及び3並びに腟上皮内腫瘍（VaIN）1、2及び3 ・肛門癌（扁平上皮癌）及びその前駆病変（肛門上皮内腫瘍（AIN）1、2及び3）（男女） ・尖圭コンジローマ（男女）	9歳以上の者 3回（男女）	平成25年
組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（9価）	ヒトパピローマウイルス6、11、16、18、31、33、45、52 及び58型の感染に起因する以下の疾患の予防 ・子宮頸癌(扁平上皮癌及び腺癌)及びその前駆病変(子宮頸 部上皮内腫瘍(CIN)1、2及び3並びに上皮内腺癌(AIS) （女性） ・外陰上皮内腫瘍(VIN)1、2及び3並びに腟上皮内腫瘍 (VaIN)1、2及び3 （女性） ・尖圭コンジローマ （男女） ・肛門癌及びその前駆病変（男女）	9歳以上の男女 ２回もしくは３回※	令和５年

※９歳以上15歳未満は2回または３回、15歳以上は３回

組換え沈降２価及び４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの今後の取扱いについて

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4（改）

まとめ

【HPVワクチンに関するこれまでの経緯】

○　２価及び４価HPVワクチンについては平成25年度から、９価HPVワクチンについては令和５年度から、予防接種法に基づくヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンとして位置付けられている。
○　令和４年度から、平成９年度生まれから平成19年度生まれの女性に対して３年間のキャッチアップ接種を開始した。
○　令和７年度から、平成９年度生まれから平成20年度生まれの女性のうち、キャッチアップ接種期間中に少なくとも１回以上接種している方を対象に、１年間の経過措置を設け、令和７年度末で終了予定。

【HPVワクチンの接種状況】

○　令和５年度に９価HPVワクチンが定期接種で用いるワクチンとして位置付けられて以降、定期接種対象者及びキャッチアップ接種対象者における２価又は４価HPVワクチンの接種者数は減少傾向にあり、令和６年度の定期接種対象者における、２価又は４価HPVワクチンの、１回目又は２回目の合計の接種者数に対する割合は、それぞれ1.0%及び1.3%であった。

【過去に２価又は４価HPVワクチンの接種歴のある方が、９価HPVワクチンを接種する場合の接種方法について】

○　定期接種実施要領において、同一の者には、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類のワクチンを使用することを原則としつつ、２価又は４価HPVワクチンと９価HPVワクチンの交互接種について、安全性、免疫原性及び有効性が一定程度明らかになっていることを踏まえ、過去に２価又は４価HPVワクチンの接種歴のある方が、９価HPVワクチンを定期接種として接種する場合の接種方法について規定されている。

第72回基本方針部会（令和７年11月19日）におけるご議論のまとめ

○　キャッチアップ接種の経過措置が今年度で終了することや、HPVワクチンの接種状況、現行の定期接種実施要領の規定等を踏まえ、**令和８年度から組換え沈降２価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン及び組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを定期接種で用いるワクチンから除く**こととし、組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンのみ定期接種で用いるワクチンとする。
○　また、自治体の準備や医療機関の接種体制を確保するため、組換え沈降２価及び４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの今後の取扱いについて、できるだけ速やかに情報提供を行うこととする。

0772

２価・４価HPVワクチンの除外に伴う副反応疑い報告基準の取扱いについて

第１１０回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和７年度第11回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）
2026（令和８）年２月４日
資料5（改）

ご議論のまとめ

○ 第72回予防接種基本方針部会（令和７年11月19日）において、**２価及び４価のHPVワクチンについて、定期接種で用いるワクチンから除くことが了承されたところ。**

○ ２価、４価及び９価のHPVワクチンの添付文書の「重大な副反応」に記載されている症状及びHPVワクチンの現行の副反応疑い報告基準は、以下の表のとおり。

○ ２価及び４価のHPVワクチンが除外されても、９価HPVワクチンの添付文書の「重大な副反応」の記載と現行の副反応疑い報告基準は整合しているため、**現行の副反応疑い報告基準から変更しないこととする。**

添付文書の「重大な副反応」			HPVワクチン副反応疑い報告基準
２価HPVワクチン（サーバリックス）	４価HPVワクチン（ガーダシル）	９価HPVワクチン（シルガード９）	
ショック、アナフィラキシー	過敏症反応（アナフィラキシー、気管支痙攣、蕁麻疹等）	過敏症反応（アナフィラキシー、気管支痙攣、蕁麻疹等）	アナフィラキシー
ギラン・バレー症候群	ギラン・バレー症候群	ギラン・バレー症候群	ギラン・バレ症候群
	血小板減少性紫斑病	血小板減少性紫斑病	血小板減少性紫斑病
急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	急性散在性脳脊髄炎
（血管迷走神経反射/重要な基本的注意に記載あり）	（血管迷走神経反射/重要な基本的注意に記載あり）	（血管迷走神経反射/重要な基本的注意に記載あり）	血管迷走神経反射（失神を伴うものに限る。）
			その他の症状

※「血管迷走神経反射」については、添付文書の「重要な基本的注意」に記載がある。転倒等により重篤な転帰に至った例があったことから、添付文書で注意喚起を行った経緯があり、必要性が高いと考えられるため、「失神を伴うものに限る。」と限定した上で、副反応疑い報告基準に定めている。

本日の内容

【１】２価及び４価HPVワクチンについて

（１）これまでの経緯等

（２）これまでの議論を踏まえた具体的な規定案

HPVワクチンに係る具体的な規定について

事務局案

○　予防接種基本方針部会、副反応検討部会等における議論を踏まえ、ヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチン及び、ヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンの変更に伴う副反応疑い報告基準等に関する具体的な規定については、以下の趣旨としてはどうか。

用いるワクチン　　（省令）	● 使用するワクチンは組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンのみとする。 ● 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン及び組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンは使用するワクチンから除く。
副反応疑い報告基準（省令）	● ヒトパピローマウイルス感染症に用いるワクチンから、組換え沈降２価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン及び組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを定期接種で用いるワクチンから除き、組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンのみを定期接種で用いるワクチンとした場合であっても、現行の副反応疑い報告基準から変更しないこととする。
変更時期	● 定期接種の開始は、令和８年４月１日とする。

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）日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4

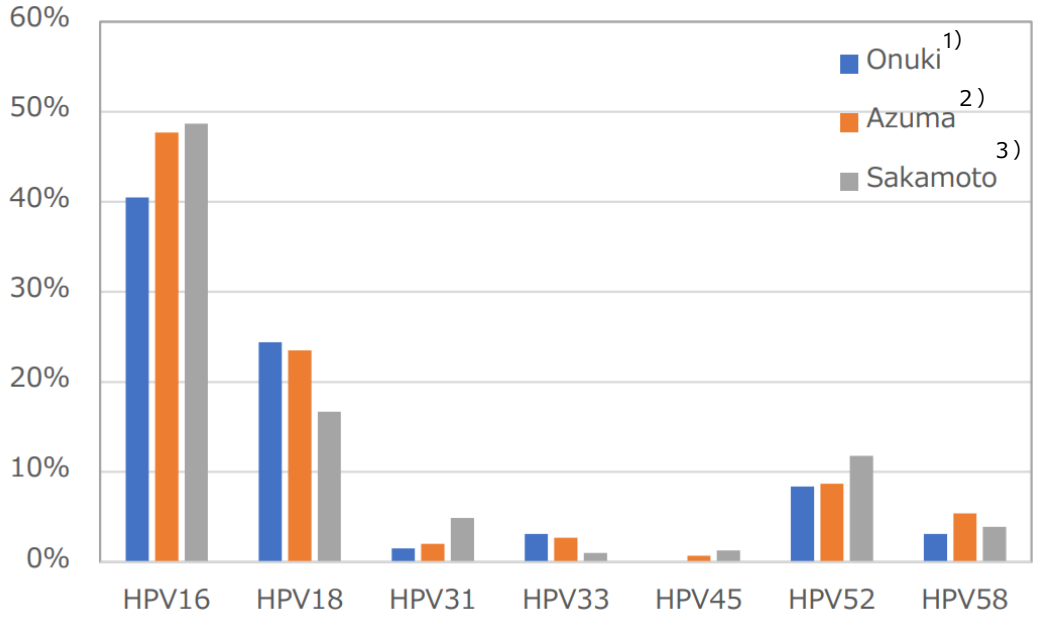
○　９価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンファクトシートにおいて、日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について以下のとおり報告されている。

日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV型分布について

○　９価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンファクトシートにおいて引用されている３つの論文における、日本人女性の子宮頸がんおける HPV 遺伝子型の分布は、HPV16, 18型の合計がそれぞれ、64.9% [1)] , 71.2% [2)], 65.4% [3)] であり、HPV16, 18, 31, 33, 45, 52, 58型の合計がそれぞれ、81.0% [1)], 90.7% [2)], 88.3% [3)]であった。

日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV 遺伝子型の分布

（９価HPVファクトシート図**18**より一部改変）



0777

1）Onuki, M., et al. (2009). Human papillomavirus infections among Japanese women: age−related prevalence and type-specific risk for cervical cancer. Cancer Sci 100(7): 1312-1316.
2）Azuma, Y., et al. (2014). Human papillomavirus genotype distribution in cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3 and invasive cervical cancer in Japanese women. Jpn J Clin Oncol 44(10): 910-917.
3）Sakamoto, J., et al. (2018). Single type infection of human papillomavirus as a cause for 1724 high-grade cervical intraepithelial neoplasia and invasive cancer in Japan. Papillomavirus Res 1725 6: 46-51

HPVワクチンの接種状況

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4

○　令和５年度に９価HPVワクチンが定期接種で用いるワクチンとして位置付けられて以降、定期接種対象者及びキャッチアップ接種対象者における２価又は４価HPVワクチンの接種者数は著明に減少しており、令和６年度の定期接種対象者における、２価又は４価HPVワクチンの、１回目又は２回目の合計の接種者数に対する割合は、それぞれ1.0%及び1.3%であった。

年度別の定期接種対象者及びキャッチアップ接種対象者におけるHPVワクチンの接種状況

	年度		令和４年度		令和５年度			令和６年度		
	HPVワクチンの種類		２価又は４価HPVワクチン	９価HPVワクチン	２価又は４価HPVワクチン (%)	９価HPVワクチン (%)	合計	２価又は４価HPVワクチン (%)	９価HPVワクチン (%)	合計
定期接種対象者	１回目	接種者数	225,993	-	10,732 (3.2%)	322,170 (96.8%)	332,902	4,175 (1.0%)	425,477 (99.0%)	429,652
	２回目	接種者数	210,685	-	23,809 (11.1%)	191,023 (88.9%)	214,832	4,483 (1.3%)	344,183 (98.7%)	348,666
	３回目	接種者数	161,522	-	49,128 (36.9%)	84,075 (63.1%)	133,203	5,901 (4.3%)	132,816 (95.7%)	138,717
キャッチアップ接種対象者	１回目	接種者数	304,737	-	17,742 (5.3%)	317,368 (94.7%)	335,110	14,828 (1.4%)	1,069,382 (98.6%)	1,084,210
	２回目	接種者数	248,199	-	50,203 (16.8%)	248,235 (83.2%)	298,438	21,529 (2.3%)	919,062 (97.7%)	940,591
	３回目	接種者数	157,068	-	123,569 (41.0%)	177,466 (59.0%)	301,035	29,425 (3.5%)	808,978 (96.5%)	838,403

0778

HPVワクチンの定期接種の実施状況について各都道府県を通じて全市町村に対して当課が行った調査結果より引用

過去に２価又は４価HPVワクチンの接種歴のある方が、９価HPVワクチンを接種する場合の接種方法について

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4

○　定期接種実施要領において、同一の者には、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類のワクチンを使用することを原則としつつ、２価又は４価HPVワクチンと９価HPVワクチンの交互接種について、安全性、免疫原性及び有効性が一定程度明らかになっていることを踏まえ、過去に２価又は４価HPVワクチンの接種歴のある方が、９価HPVワクチンを定期接種として接種する場合の接種方法について規定されている。

定期接種実施要領（抜粋）

第２ 各論

６ ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種

（７）ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に当たっては、同一の者には、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類のワクチンを使用することを原則とするが、同一の者が組換え沈降２価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンと組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種した場合の安全性、免疫原性及び有効性は一定程度明らかになっていることを踏まえ、市町村長が、組換え沈降２価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用して１回目又は２回目までの接種を終了した者の接種について、（４）又は（５）に掲げる方法によることができないやむを得ない事情があると認める場合には、以下のいずれかの方法により接種を実施して差し支えないこととする。

ア １回目に組換え沈降２価ヒトパピローマ様粒子ワクチン又は組換え沈降４価ヒトパピローマ様粒子ワクチンを接種した者が、１回目の注射から２月の間隔をおいて組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを１回筋肉内に注射した後、１回目の注射から６月の間隔をおいて同ワクチンを１回注射するものとし、接種量は毎回 0.5 ミリリットルとする方法。ただし、当該方法をとることができない場合は、１回目の注射から１月以上の間隔をおいて組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを１回筋肉内に注射した後、２回目の注射から３月以上の間隔をおいて同ワクチンを１回筋肉内に注射し、接種量は毎回 0.5 ミリリットルとすることとする。

イ １回目及び２回目に組換え沈降２価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン又は組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種した者が、１回目の注射から６月の間隔をおいて組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを１回筋肉内に注射し、接種量は 0.5 ミリリットルとする方法。ただし、当該方法をとることができない場合は、２回目の注射から３月以上の間隔をおいて組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを１回筋肉内に注射し、接種量は0.5 ミリリットルとすることとする。

0779

(参考)９価HPVワクチンの交互接種についてのエビデンスのまとめ

（４価HPVワクチンを１回接種後、長期間経過後に９価HPVワクチンを１回接種した後の、HPV31/33/45/52/58型に対する免疫反応についての調査（カナダ、2つの臨床試験、非無作為化試験を含む））

○　４価HPVワクチンを１回接種してから３～８年後に９価HPVワクチンを１回接種（９～14歳、31人）した場合、接種１ヶ月後のHPV31/33/45/52/58型に対する抗体価は全員陽性となった。9価HPVワクチン接種後1か月のフォローアップ期間中、重篤な有害事象は報告されなかった。

出典：Chantal Sauvageau et al. Hum Vaccin Immunother.2020;16(3):590-594

（２価と９価HPVワクチンの１回ずつの交互接種と、９価HPVワクチン２回接種の免疫原性と安全性についての調査（カナダ、無作為化試験））

○　９～10歳の全被験者において、２回目接種１ヶ月後に９種全てのHPV型に対する抗体価が陽性となった。HPV16/18型に対するGMTは、交互接種の方が高く、他の７種のHPV型に対するGMTは９価HPVワクチン２回接種の方が高かった。交互接種と標準接種の場合で安全性プロファイルに有意差は認められなかった。

出典：Vladimir Gilca et al. Vaccine.2018 Nov 12;36(46):7017-7024.

（過去に４価HPVワクチンを３回接種した12-26歳の女性における、９価HPVワクチン接種の安全性と免疫原性についての調査（アメリカ、無作為化二重盲検比較試験））

○　４価HPVワクチンの接種歴がある12～26歳の女性に９価HPVワクチンの３回接種を行ったところ、HPV31/33/45/52/58型に対して高い免疫原性が得られ、安全性も許容範囲であった。

出典：Suzanne M Garland et al.Vaccine.2015,Pages 6855-6864.

⇒ **HPVワクチンの交互接種については、現状入手可能なエビデンスによれば、２価または４価ワクチンと９価ワクチンの交互接種について、一定程度の免疫原性と安全性が示されたエビデンスが存在する。**

（参考）HPVワクチンの交互接種に関するWHOの見解

○ HPV ワクチンの互換性について

HPV ワクチンは、それぞれ異なった特性をもち、内容と適応も異なり、1種以上のワクチンが使用できる状況下においては、すべて同じワクチンで接種するようあらゆる努力がなされるべきである。しかしながら1回目の接種の種類が不明もしくは入手不能である場合、他のワクチンでスケジュールを完了させることが可能である。

WHO HPVワクチンに関するポジションペーパー（2022年12月改訂）より

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票について

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4（改）

○　ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票においては、これまで３種類のHPVワクチンが定期接種に用いるワクチンとして位置付けられていたことを踏まえ、接種希望のワクチンを聴取する項目が存在する。

【ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（様式第三）】

今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ	
今回の接種は何回目ですか		1回目	2回目	3回目
（２回目以降の場合）これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください （注１）ワクチンの種類は**①サーバリックス（２価）、②ガーダシル（４価）、③シルガード９（９価）、④その他**のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 （注２）**③シルガード９（９価）**の場合、初回を 14 歳までに接種し、２回目を５ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計２回の接種方法でも完了させることができます。 （注３）保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	１回目	①／②／③／④		
		年　月　日　歳		
	２回目	①／②／③／④		
		年　月　日　歳		
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか （注）ワクチンの種類は**①サーバリックス（２価）、②ガーダシル（４価）、③シルガード９（９価）**のうち、いずれか一つを○で囲んでください。		①／②／③		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）		はい	いいえ	
最近１カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）		はい	いいえ	
１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）		はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか　病名（　　）		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）歳頃		はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか		はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか		ある	ない	
予防接種の種類（　　）				
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい	いいえ	
現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか （注）妊娠している方への接種には、注意が必要です。		はい	いいえ	

【ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（様式第四）】

今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ	
今回の接種は何回目ですか		1回目	2回目	3回目
（２回目以降の場合）これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください （注１）ワクチンの種類は**①サーバリックス（２価）、②ガーダシル（４価）、③シルガード９（９価）、④その他**のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 （注２）**③シルガード９（９価）**の場合、初回を 14 歳までに接種し、２回目を５ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計２回の接種方法でも完了させることができます。 （注３）保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	１回目	①／②／③／④		
		年　月　日　歳		
	２回目	①／②／③／④		
		年　月　日　歳		
今日接種を希望するワクチンはどの種類のワクチンですか （注）ワクチンの種類は**①サーバリックス（２価）、②ガーダシル（４価）、③シルガード９（９価）**のうち、いずれか一つを○で囲んでください。		①／②／③		
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）		はい	いいえ	
最近１カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）		はい	いいえ	
１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）		はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか　病名（　　）		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）歳頃		はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか		はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（　　）		ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい	いいえ	
現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか （注）妊娠している方への接種には注意が必要です。		はい	いいえ	

ご議論のまとめ

○　仮に、令和８年度から２価及び４価HPVワクチンを定期接種で用いるワクチンから除くこととし、９価HPVワクチンのみをヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンとする場合、ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票から、接種希望のワクチンに関する項目を除くこととする。

○　また、自治体事務等の観点から、新たな予診票を用意するまでの間、従来の予診票を用いることを妨げないこととする。

（参考）諸外国での、公衆衛生当局における女性に対するHPVワクチンの導入状況（令和７年11月時点・推奨ワクチン/接種回数）

第72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
2025（令和７）年11月19日
資料4（改）

○　令和７年11月時点の、日本を含む各国における、女性に対するHPVワクチンの定期接種等への導入状況は以下の通り。

国・地域	定期接種対象者	推奨ワクチン	接種回数
日本	• 小学６年～高校１年相当の女子（定期接種） • 平成9年度～平成20年度生まれの女子（キャッチアップ接種）※１	２,４,９価	・９価HPVワクチンを用いて15歳未満で接種開始する場合は２回 ・その他は３回
アメリカ	• 11～12歳の者（定期接種） • 26歳までの未接種者（キャッチアップ接種）	９価	• 14歳以下の者は２回 • 15歳以上の者は３回
イギリス	• ８年生（12～13歳相当）の者（定期接種） • 25歳未満の者	９価	• 25歳未満の者は１回
カナダ	• ９歳以上26歳以下の者	９価	• ９歳以上20歳以下の者は１回 • 21歳以上26歳以下の者は２回
フランス	• 11歳以上14歳以下の者（定期接種） • 15歳以上26歳以下の未接種者（キャッチアップ接種）	９価	• 11歳以上14歳以下の者は２回 • 15歳以上の者は３回
ドイツ	• ９歳以上14歳以下の者（定期接種） • 15歳以上17歳以下の未接種者（キャッチアップ接種）	２,９価	• ９歳以上14歳以下の者は２回 • 15歳以上17歳以下の者、又は接種間隔が５か月未満の者は３回
オーストラリア	• ９歳以上25歳以下の者	9価	• 9歳以上25歳以下の者は１回

※１　令和７年度においては、平成９年度～20年度生まれの女子のうち、令和４年度～６年度の間に少なくとも１回以上のHPVワクチンの接種歴のある者を１年間に限り対象としている。

【アメリカ】
1）https://www.cdc.gov/hpv/hcp/vaccination-considerations/index.html　2）https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html　3）https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html
4）https://www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/hpv.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hpv.html
【イギリス】
1）https://www.nhs.uk/vaccinations/hpv-vaccine/　2）https://www.gov.uk/government/publications/human-papillomavirus-hpv-the-green-book-chapter-18a
【カナダ】
1）https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-9-human-papillomavirus-vaccine.html#a5
【フランス】
1）https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carte_postale_vaccination_mai_2025.pdf
2）https://www.has-sante.fr/jcms/p_3605327/fr/vaccination-contre-les-papillomavirus-elargissement-de-la-cohorte-de-rattrapage-vaccinale-chez-les-hommes-et-femmes-jusqu-a-26-ans-revolus-recommandation
3）https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634549/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent-recombinant-adsorbe-vaccin-hpv
4）https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier　5）https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV
【ドイツ】
1）https://www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-jugendliche-12-17-jahre/hpv-humane-papillomviren/　2）https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HPV_Impfen.html
3）https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfungen-A-Z/HPV-Humane-Papillomviren/hpv-node.html
4）https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/04_25.pdf?__blob=publicationFile&v=12
【オーストラリア】
1）https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccine-preventable-diseases/human-papillomavirus-hpv　2）https://www.health.gov.au/topics/immunisation/vaccines/human-papillomavirus-hpv-immunisation-service

0783

HPVワクチンのキャッチアップ接種の経過措置について

○　第64回予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会（令和６年11月27日）において議論された、HPVワクチンのキャッチアップ接種の終了に向けた対応について、第59回予防接種・ワクチン分科会（令和６年12月16日）において賛成多数で了承された。

○　周知・広報に当たっては、委員意見を踏まえ適切に対応を行っていくこととなった。

第59回予防接種・ワクチン分科会（令和６年12月）における審議結果

①　令和６年夏以降の需要の大幅な増加に伴う限定出荷の状況等を踏まえ、キャッチアップ接種期間中に１回以上接種している者については、期間終了後も公費で３回の接種を完了できるよう、経過措置を設けること

②　経過措置の対象者については、従来のキャッチアップ接種の対象者（平成９年度生まれから平成19年度生まれの女子）に加え、令和７年度に新たに定期接種の対象から外れる方（平成20年度生まれの女子）も対象とすること

③　経過措置の期間については、ワクチンの添付文書の記載等を踏まえ、キャッチアップ接種期間終了後、１年間とすること

④　周知・広報にあたっては、自治体の準備や医療機関の接種体制を確保するため、経過措置の内容について、できるだけ速やかに情報提供を行う必要がある。また、経過措置の対象者が接種について検討・判断できるよう、その内容とあわせて、ワクチンの有効性・安全性についても、引き続き丁寧かつ確実に情報提供を行うことが重要であること

予防接種法施行令の改正の内容

・　**令和７年４月1日から令和８年３月31日までの間**、HPVワクチンのキャッチアップ接種について、次に掲げる者を対象とする。
　①　令和４年４月１日から令和７年３月31日までの３年間の期間中に少なくとも１回以上接種している
　②　平成９年４月２日から平成21年４月１日までの間に生まれた女子

・　この政令は、令和７年４月１日から施行する。

0784

第 35 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和８年２月 26 日（木）10:00～12:00
場　所：オンライン開催

１　議　　題

（１）医療法等の一部を改正する法律の成立について（報告）【公開】
（２）全国がん登録における届出項目等に係る変更（がん登録等の推進に関する法律施行規則の一部改正を含む）について【公開】
（３）全国がん登録のマニュアル改訂について【公開】
（４）全国がん登録データベースの状況について【公開】
（５）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】医療法等の一部を改正する法律の成立について（報告）
【資料２】全国がん登録における届出項目等に係る変更（がん登録等の推進に関する法律施行規則の一部改正を含む）について
【資料３】全国がん登録のマニュアル改訂について
【資料４】全国がん登録システム不具合への対応作業の完了
【資料５】申出一覧〈非公開〉
【資料６】申出文書一式（申出番号 X2025-0011～0016）〈非公開〉
【資料７】申出に対するがん登録部会委員の自己申告及び審査報告書（申出番号 X2025-0011～0016）〈非公開〉

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉
【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 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５版〈公開〉
【参考資料４】全国がん登録　情報の利用マニュアル 第１版〈公開〉
【参考資料５】全国がん登録　個人情報保護のための安全管理措置マニュアル 第２版〈公開〉

【参考資料６】全国がん登録情報等に関する利用規約〈公開〉

【参考資料７】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８】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〉

【参考資料９】がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成 27 年厚生労働省令第 137 号）〈公開〉

【参考資料 10】諮問書・付議書〈公開〉

第35回厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和8年2月26日（木）	

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
医療法等の一部を改正する法律の成立について（報告）

医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第87号）の概要

令和７年12月12日公布

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

＊を付した事項は衆議院による修正部分（概要）

１．地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

①-2 厚生労働大臣は５疾病・６事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。＊

①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。＊

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

２．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

３．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し＊、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。

①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。＊

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

４．その他（検討規定）＊

①外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、②医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、
③介護・福祉従事者の適切な処遇の確保 等

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①-2及び①-3並びに４②及び③）、令和８年４月１日（１②、２①の一部、②及び③並びに４①）、令和８年10月１日（１①-1の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①-1の一部及び①-2）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①-1の一部及び３②）等）

0788

3．医療DXの推進②　公的ＤＢにおける仮名化情報の利用・提供

現状

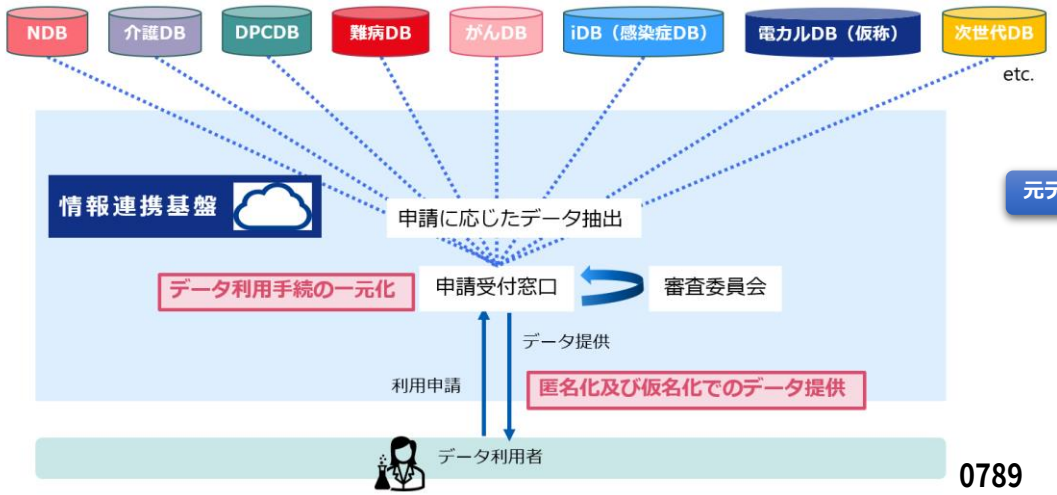
○　厚生労働大臣等が保有する医療・介護関係のＤＢ（公的ＤＢ）では、これまで**匿名化情報**の利用・提供を進めてきた。
○　医学・医療分野の研究開発等において、**匿名化情報では精緻な分析や長期の追跡ができない**等、一定の限界がある。
○　データ利用者は、利用したいＤＢそれぞれに対して申請を行い承認を得る必要がある等、負担が大きい。

改正の内容

○　公的ＤＢの**仮名化情報の利用・提供を可能**とし、**他の仮名化情報や次世代医療基盤法の仮名加工医療情報との連結解析を可能**とする。
○　その際、個人情報の保護を適切に図るため、以下のような管理・運用を行うこととする。
・仮名化情報の利用は**「相当の公益性がある場合」に認める**こととし、**利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査**する。
・ＤＢは、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止等の措置を講ずる。
・仮名化情報の利用に当たっては、**クラウドの情報連携基盤上で解析等を行い、データ自体を相手に提供しないことを基本**にする。
・これまでの匿名化情報と同様に、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を求め、**匿名化情報よりも厳格な管理を担保する**ため、**厚労大臣等から利用者に対して利用の目的・方法の制限の要求**等の規定を設ける。

改正案

＜医療・介護関係の公的DBの利活用促進のイメージ＞



0789

＜匿名化情報・仮名化情報のイメージ＞

匿名化情報：本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7	50～55	201以上	その他

氏名等は削除

氏名等に加え、
必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要

元データ

氏名	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
厚労花子	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

医療データ領域

氏名等は削除

医療データ領域の削除・改変は基本的に不要

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

仮名化情報：氏名等の削除等により、他の情報と照合しない限り、特定の個人を　識別できないように加工された情報

※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。

第35回厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和８年２月26日（木）	

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
全国がん登録における届出項目等に係る変更（がん登録等の推進に関する法律施行規則の一部改正を含む）について

全国がん登録及び院内がん登録における届出項目等に係る検討について

第32回厚生科学審議会がん登録部会（令和７年８月４日）にて、今後、医療・介護関係の公的データベースとの連結・解析が可能となることに伴い、がん登録データベースの利活用がさらに進むことを見据えた、届出項目等に関する見直しに関する検討プロセスが共有され、検討項目について議論した。

検討項目

① 全国がん登録の届出項目等への追加

- TNM分類（※１）（日本がん登録協議会等から要望あり）
- 死亡場所（日本がん登録協議会、全国がん患者団体連合会、日本癌学会、日本公衆衛生学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本疫学会から要望あり）

② 全国がん登録の届出ルールの変更

- 胃がんにおいて、治療方針に影響を与える「T1a」（※２）と「T1b」（※２）を区別することは、一定の臨床的意義があるという国会での議論を踏まえた検討

（※１）国際対がん連合（UICC）の病期分類

（※２）UICC TNM分類における区分

<全国がん登録及び院内がん登録における届出項目等に係る検討プロセスのイメージ>

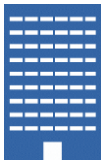


国立がん研究センター

がん登録の登録項目等について検討

報告

0791



厚生労働省

必要に応じて審議

厚生科学審議会がん登録部会

全国がん登録の届出項目におけるUICC TNM分類の追加について

現状・課題

- 病院等は、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号。以下「法」という。）に基づき、がんの進行度の届出が義務づけられている。
- がんの進行度の具体的な内容は、「全国がん登録　届出マニュアル」に規定される進展度を入力する運用となっている。
- この進展度（※）は、法施行以前から続くわが国のがん登録において標準化されたがんの病期分類である。
- 一方、多くの医学研究で用いられる国際的に標準化されたがんの進行度は、国際対がん連合（UICC）のTNM分類に基づく病期分類であり、現状の全国がん登録情報では、医学研究への活用が限られる。
  （例）胃がんにおいて、治療方針に影響を与える「T1a」と「T1b」が区別できないなど
- 今般、日本がん登録協議会等から、全国がん登録の届出項目へのUICC TNM分類の追加の要望を受けている。
- また、がん診療連携拠点病院等が中心に取り組む院内がん登録では、既にUICC TNM分類が登録項目として採用されており、病期分類ごとの診療実績や５年生存率の集計等に活用されている。
- これらの状況を踏まえ、先般開催された国立がん研究センターがん登録標準化専門委員会にて、全国がん登録の届出項目へUICC TNM分類を追加する実務上の課題及びその対応案について協議された。

（※）進展度：上皮内、限局、領域リンパ節、隣接臓器浸潤、遠隔転移

全国がん登録の届出項目におけるUICC TNM分類の追加について

対応（案）

➢ 令和８年２月２日に国立がん研究センターにおいて開催された、がん登録標準化専門委員会において挙げられた以下の実務上の課題に対する対応案について、国立がん研究センター及び厚生労働省において検討を進め、全国がん登録情報の医学研究へのさらなる活用を推進することを目的に、システムの改修や教育体制の構築等を行って円滑に導入するため、令和10（2028）年診断症例から、がんの進行度としてUICC TNM分類を全国がん登録の届出項目として加えることとする。

	課題	対応案
1	• 全国がん登録において、UICC TNM分類の格納、チェック、集約及び提供を行うためのシステムが対応していない。	• UICC TNM分類の格納及び提供等が可能となるように、全国がん登録システムを改修する。また、病院等からのUICC TNM分類の届出が可能となるように、届出支援ツール（Hos-CanR Lite/Next）、及びオンライン届出システム（GTOL、GTS）を改修する。
2	• これまで院内がん登録を実施しておらず、全国がん登録のみを行っている病院等においても、UICC TNM分類の届出精度を担保する必要がある。	• 既にUICC TNM分類等の収集を行っている院内がん登録の実務者研修資材を活用し、研修環境の整備を進める。 • 現行の院内がん登録での届出ルールと同様に、分類を確定するのに十分な情報がない場合は「不明」とするなど、引き続き、不確かな情報をできるだけ入力しないようにルールを明記する。 • 誤った分類及び病期で登録されないように、システム上で、部位に応じたUICC TNM分類とコードが表示され、自動で病期が算出される仕組みを作る。
3	• システム上で、部位に応じたUICC TNM分類とコードが表示され、自動で病期が算出される仕組みがある場合でも、繁雑なUICC TNM分類の入力間違いは一定生じる可能性がある。 • 特に、病院の規模等によりUICC TNM分類の登録に慣れていない病院等においてそのリスクが高い。	• 病院の規模等により、UICC TNM分類の登録を日常的に行っていない施設があることを考慮して、UICC TNM分類の届出・集約方法を工夫するかどうかを検討する。 • 情報提供時に、院内がん登録施設のデータを抽出できるようにすることも検討する。
4	• UICC TNM分類は５～10年程度の期間で改訂されるため、改訂前後での一貫性を保つことが難しい。	• これまで登録された情報を含めた一貫性のある医学研究のため、現行の進展度は、UICC TNM分類から変換して引き続き全国がん登録DBに登録する。
5	• 他の届出項目の追加と時期がずれると、現場の負担が大きくなる可能性や、全国がん登録のみを行っている病院等に対する周知期間、全国がん登録システム及び届出支援ツールの改修に必要な期間を考慮し、UICC TNM分類を届出項目に追加するスケジュールを検討する必要がある。	• 院内がん登録実施施設において、令和９年診断症例から第８版から第９版への移行を行うところ、全国がん登録では、システムの改修や教育体制の構築等を行って円滑に導入するため、令和10年診断症例から適用することを検討する。

0793

全国がん登録の登録項目における死亡場所の追加について

現状・課題

- 死亡の情報については、法第11条、がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成27年厚生労働省令第137号）第16条や関連通知（※）等において、人口動態調査の死亡票に記載された情報が全国がん登録データベースに記録されることとされているが、死亡場所は登録項目に含まれていない。

  （※）「がん登録等の推進に関する法律に基づく死亡者情報票の作成について」（平成27年11月24日付け統発1124第１号厚生労働省大臣官房統計情報部長・健発1124第２号厚生労働省健康局長通知）
- 死亡場所の情報は、がん患者が最期を迎える場所の希望に関する詳細な検討や、各死亡場所での看取りを選択する場合に影響する因子の解析等、がん患者の終末期において必要な医療や支援の分析・評価に必要である。
- 今般、日本がん登録協議会、全国がん患者団体連合会、日本癌学会、日本公衆衛生学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本疫学会から、全国がん登録データベースへの死亡場所の追加の要望を受けている。
- これらの状況を踏まえ、先般開催された国立がん研究センターがん登録標準化専門委員会にて、全国がん登録の登録項目として死亡場所を追加する実務上の課題及びその対応案について協議された。

対応（案）

➢ 令和８年２月２日に国立がん研究センターにおいて開催された、がん登録標準化専門委員会において挙げられた以下の実務上の課題に対する対応案について、国立がん研究センター及び厚生労働省において検討を進め、全国がん登録情報の医学研究へのさらなる活用を推進することを目的に、令和９（2027）年診断症例から、全国がん登録において死亡場所の登録を開始することを想定して、死亡場所を全国がん登録の登録項目として加えることとする。【がん登録等の推進に関する法律施行規則第９条等の改正が必要となる見込み】

課題	対応案
• 全国がん登録において、死亡場所の格納及び提供するためのシステムが対応していない。	• 死亡場所の格納及び提供等が可能となるように、全国がん登録システムを改修する。

0794

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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）日本がん登録協議会からの提言書抜粋（TNM分類の追加）

日本のがん登録のさらなる進展のための日本がん登録協議会（JACR）からの提言書（抜粋）

提案の具体的な内容

UICC TNM 分類は、地域がん登録時代には進展度の確認として必須項目ではない形で収集されていましたが、全国がん登録では収集されていません。（院内がん登録では収集されています。）ただ、国際的には腫瘍の大きさ、転移リンパ節の個数や大きさについても重要な予後因子となるため、生存率解釈のためにUICC TNM 分類や小児がんToronto分類を収集している住民ベースがん登録も多くあります。そのため、UICC TNM 分類を院内がん登録などにより収集している医療機関や、今後は届出が可能な医療機関からは全国がん登録にUICC TNM 分類の届出を可能にすることを提案します。

UICC TNM 分類の登録には専門的な知識が必要なだけでなく、診療録に明確な記録がない場合は不明や誤分類が多くなり、データ品質が低下します。そのため、都道府県がん登録室においてUICC TNM分類の品質を管理するための情報（臨床情報、病理情報）を積極的に収集する仕組みも同時に構築することが望まれます。

また、UICC TNM 分類は定義の厳格性を満たしているものの、情報取得の機会均等性は満たされていないため、診療所などの小規模医療機関からの収集は困難です。

今後、UICC TNM 分類の届出が可能な医療機関の増加を図り、データ品質を確保しながら悉皆性を向上させるために、小規模医療機関等での不明や誤分類の発生頻度を把握する調査の実施も提案します。

（参考）日本がん登録協議会及び関連学会からの要望書抜粋（死亡場所の追加）

がん登録推進法改正に関する要望書（抜粋）

認定特定非営利活動法人 日本がん登録協議会理事長 西野 善一
一般社団法人 全国がん患者団体連合会理事長 天野 慎介
一般社団法人 日本疫学会理事長 玉腰 暁子
一般社団法人 日本癌学会理事長 間野 博行
一般社団法人 日本癌治療学会理事長 吉野 孝之
一般社団法人 日本がん予防学会理事長 石川 秀樹
一般社団法人 日本公衆衛生学会理事長 磯 博康
公益社団法人 日本臨床腫瘍学会理事長 南 博信
日本がん疫学・分子疫学研究会 代表幹事 井上 真奈美

【要望内容】
（中略）
９．死亡場所に関する情報の全国がん登録への追加の検討
がん患者の死亡場所は、在宅医療、看取り等のがん患者の受療状況を理解する上で大変重要な情報であり、がん医療政策において有用ですが、現在、全国がん登録データベースには記録されていません。全国がん登録データベースにがん患者の死亡場所に関する情報を追加する必要性や課題等について評価、検討を行っていただきますようお願い申し上げます。

（参考）国会における全国がん登録の届出ルールに関する指摘

令和７年４月22日　第217回参議院厚生労働委員会議事録（抄）

○秋野公造君　公明党の秋野公造です。お役に立てるように質疑をしたいと思います。
　三月十三日の大臣所信の質疑におきまして、私は、全国がん登録推進法の発議者であるということを申し上げた上で、全国がん登録の罹患数、率の報告書において、胃がんの罹患数、率が上皮内がんを除くという表に掲載をされておりますけれども、病理学的には上皮内がんと診断されているものも含まれており、誤解を生まないように表記をすべきではないかという質疑をさせていただき、適切な注釈を付ける等の対応を検討したいと大坪局長に御答弁いただきましたけれども、その後の進捗についてまずはお伺いをしたいと思います。

○政府参考人（大坪寛子君）　お答え申し上げます。
　全国がん登録におきましては、上皮内の報告の分類の規定があるにもかかわらず上皮内がんを限局に含めている理由、これは、先生御案内のとおり、上皮内がん、ＴｉｓをＴ１ａに含めて登録している院内がん登録始め現場の運用によるところでありますが、先生の御指摘のとおり、報告書の中で上皮内がんが含まれている限局を含む表に上皮内がんを除くと注釈がある点、非常に誤解を招くものでありますため、先生から御指摘をいただいた後に、三月二十七日に公表いたしました令和三年の全国がん登録、この報告におきましては、表記をしておりました上皮内がんを除くの注釈を削除いたしまして、胃癌取扱い規約第十五版における粘膜内がんは胃の悪性新生物に分類されると記載をしたところでございます。

○秋野公造君　素早い対応に感謝を申し上げたいと思います。
　その上でなんですけど、資料の一の一、先ほど大坪局長にも御言及いただきました全国がん登録推進法においては、がんが表層にとどまって他臓器に浸潤、転移する可能性がないものを上皮内、赤枠で定義をして、一方で、がんが原発臓器に限局をしているものを青枠の限局に定義をしていただいておりますが、ならば、前回も議論をいたしましたけれども、**胃がんのＵＩＣＣ第八版のＴｉｓとＴ１ａについては上皮内と分類した方が適切であり、治療法等の分担も理解しやすいのではないか**と考えます。
　全国がん登録においても、胃がんのＴ１ａを全国がん登録上の上皮としてＴ１ｂからＴ３を限局としてはどうかと考えますが、御答弁をお願いいたします。

○政府参考人（大坪寛子君）　お答え申し上げます。
　全国がん登録では、全ての病院等から全部位の新たに診断されたがんの報告を行っていただくに当たり、極めて単純な分類であります進展度、これを用いております。したがいまして、Ｔ１ａとＴ１ｂについても、両者を区別せずに進展度の限局として届けているところではございます。
　全国がん登録の在り方につきまして、先生御指摘の胃がんのＴ１ａを上皮とし、Ｔ１ｂからＴ３までを限局とする御提案につきましては、関係学会のニーズなどを踏まえて、国立がん研究センター等と連携して対応を検討したいと思っております。

0798

○秋野公造君　ありがとうございます。よろしくお願いをしたいと思います。

（参考）UICC TNM分類とは

- TNM分類は「がんがどれだけ進んでいるか（ステージ又は病期）」でがんを分類する方法であり、治療方法を考えるときの指標の１つ。
- Ｔ因子（Tumor、最初に発生したがんの大きさ、広がり、深さ）、Ｎ因子（Lymph Node、リンパ節への転移と広がり）、Ｍ因子（Metastasis、他の臓器への遠隔転移の状況）の3つの要素から、がんのステージ（病期）を判定する。
- 「UICC TNM分類」は、1968年より国際的に活用されている国際対がん連合（UICC）のTNM分類である。

○ **進展度とTNM分類（UICC 第８版）の対応　（例：胃）**

進展度	TNM 分類
限局	T1a (M), T1b (SM) T2 (MP) T3 (SS)
領域リンパ節転移	N1-N3
隣接臓器浸潤	T4a (SE), T4b (SI)
遠隔転移	M1

○ **TNM分類（UICC 第８版）と臨床病期　（例：胃）**

臨床病期

TNM 分類第８版（c ステージ）	N0	N1	N2	N3a	N3b
T1a	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T1b	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T2	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T3	ⅡB	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
T4a	ⅡB	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
T4b	ⅣA	ⅣA	ⅣA	ⅣA	ⅣA
M1	ⅣB	ⅣB	ⅣB	ⅣB	ⅣB

（参考）国立がん研究センターがん情報サービス

（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）（抄）

がん登録推進法	条文
第５条	第五条　厚生労働大臣は、次節の定めるところにより収集される情報に基づき、原発性のがんごとに、登録情報（次に掲げる情報及び附属情報をいう。次節において同じ。）並びに第十五条第一項の規定により匿名化を行った情報並びに第二十一条第五項及び第六項の規定により記録することとなる情報を記録し、及び保存するデータベースを整備しなければならない。 一　当該がんに罹患した者の氏名、性別、生年月日及び住所 二　当該がんに罹患した者の当該がんの初回の診断に係る住所（厚生労働省令で定める場合にあっては、厚生労働省令で定める住所）の存する都道府県及び市町村の名称 三　診断により当該がんの発生が確定した日として厚生労働省令で定める日 **四　当該がんの種類に関し厚生労働省令で定める事項** **五　当該がんの進行度に関し厚生労働省令で定める事項** **六　当該がんの発見の経緯に関し厚生労働省令で定める事項** **七　当該がんの治療の内容に関し厚生労働省令で定める事項** 八　当該がんの診断又は治療を行った病院又は診療所に関し厚生労働省令で定める事項 **九　当該がんに罹患した者の生存確認情報**（生存しているか死亡したかの別及び生存を確認した直近の日として厚生労働省令で定める日（死亡を確認した場合にあっては、その死亡の日及びその死亡の原因に関し厚生労働省令で定める事項）をいう。以下同じ。） **十　その他厚生労働省令で定める事項**
第６条	**（病院等による届出）** 第六条　病院又は次項の規定により指定された診療所（以下この章において「病院等」という。）の管理者は、原発性のがんについて、当該病院等における初回の診断が行われたとき（転移又は再発の段階で当該病院等における初回の診断が行われた場合を含む。）は、厚生労働省令で定める期間内に、その診療の過程で得られた当該原発性のがんに関する次に掲げる情報（以下「届出対象情報」という。）を当該病院等の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。 一　当該がんに罹患した者の氏名、性別、生年月日及び住所 二　当該病院等の名称その他当該病院等に関し厚生労働省令で定める事項 三　当該がんの診断日として厚生労働省令で定める日 **四　当該がんの種類に関し厚生労働省令で定める事項** **五　当該がんの進行度に関し厚生労働省令で定める事項** **六　当該がんの発見の経緯に関し厚生労働省令で定める事項** **七　当該病院等が行った当該がんの治療の内容に関し厚生労働省令で定める事項** 八　当該がんに罹患した者の死亡を確認した場合にあっては、その死亡の日 **九　その他厚生労働省令で定める事項**
第11条	**（死亡者情報票の作成及び提出）** 第十一条　市町村長（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市にあっては、区長又は総合区長とする。次項において同じ。）は、戸籍法（昭和二十二年法律第二百二十四号）による死亡の届書その他の関係書類に基づいて、**死亡者情報票**（死亡した者に関する氏名、性別、生年月日、死亡の時における住所、死亡の日、死亡の原因、死亡診断書の作成に係る病院又は診療所の名称及び所在地その他の**厚生労働省令で定める情報**の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）又はこれらの情報を記載した書類をいう。以下この章において同じ。）を作成し、これを都道府県の設置する保健所の長（地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）第五条第一項の政令で定める市又は特別区にあっては、当該市又は特別区の設置する保健所の長）に提出しなければならない。 2　前項の保健所の長は、同項の規定により市町村長から提出された死亡者情報票を審査し、これを都道府県知事に提出しなければならない。 3　都道府県知事は、前項の規定により第一項の保健所の長から提出された死亡者情報票を審査し、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

0800

（参照条文）がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成27年法律第137号）（抄）

がん登録推進法施行規則	条文
第４条	（がんの進行度） 法第五条第一項第五号及び法第六条第一項第五号の厚生労働省令で定める事項は、病院等において、**当該病院等における当該がんの初回の治療の前及び初回の治療を目的とした手術を行った場合における当該手術の後に診断された当該がんの進行度**とする。
第９条	（その他の登録情報） 第九条　**法第五条第一項第十号の厚生労働省令で定める事項**は、次のとおりとする。 一　厚生労働大臣ががんに罹患した者を識別するために当該者に付した番号 二　厚生労働大臣ががんに罹患した者の当該がんを識別するために当該がんに付した番号（当該がんに罹患した者が複数のがんに罹患した場合にあっては、当該罹患の順を識別するために当該複数のがんに付した番号を含む。） 三　病院等ががんに罹患した者の診療録に付した番号 四　病院等におけるがんの初回の診断の根拠となった診断方法 五　病院等が治療を行ったがんについて、当該病院等が初回の診断を行う以前に当該がんの診断を行った病院等の有無 六　病院等が治療を行ったがんについて、当該病院等が初回の治療を行う以前に当該がんの治療を行った病院等の有無
第13条	（その他の届出対象情報） 第十三条　**法第六条第一項第九号の厚生労働省令で定める事項**は次のとおりとする。 一　当該病院等ががんに罹患した者の診療録に付した番号 二　当該病院等におけるがんの初回の診断の根拠となった診断方法 三　当該病院等が治療を行ったがんについて、当該病院等が初回の診断を行う以前に当該がんの診断を行った病院等の有無 四　当該病院等が治療を行ったがんについて、当該病院等が初回の治療を行う以前に当該がんの治療を行った病院等の有無
第16条	（死亡者情報票に記載する情報） 第十六条　**法第十一条第一項の厚生労働省令で定める情報**は、死亡した者に関する氏名、性別、生年月日、死亡の時における住所、死亡の日、死亡の原因、死亡診断書の作成に係る病院又は診療所の名称及び所在地**その他の人口動態調査令施行細則（昭和二十三年厚生省令第六号）様式第二号により届け出られた情報**とする。

（参考）平成27年11月24日付け統発1124第１号厚生労働省大臣官房統計情報部長・健発1124第２号厚生労働省健康局長通知

統発１１２４第１号
健発１１２４第２号
平成２７年１１月２４日

各都道府県知事　殿

厚生労働省大臣官房統計情報部長
（公印省略）
厚生労働省健康局長
（公印省略）

がん登録等の推進に関する法律に基づく死亡者情報票の作成について

がん登録等の推進に関する法律（平成２５年法律第１１１号。以下「法」という。）が平成２５年１２月１３日に公布され、平成２８年１月１日に施行されることとなったところである。

法第１１条においては、市町村長（指定都市にあっては区長とする。）は死亡者情報票を作成し、保健所の長に提出することとされている。さらに、保健所の長はそれを都道府県知事に提出し、都道府県知事は厚生労働大臣に提出することとされている。

この死亡者情報票に記録又は記載される情報は、がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成２７年厚生労働省令第１３７号）第１６条において、人口動態調査令施行細則（昭和２３年厚生省令第６号）様式第２号により届け出られた情報とされていることから 、その作成事務の簡素合理化を図ることを考慮した措置として、人口動態調査の死亡票の作成及び提出することをもってこれに替えることができるものとする。

ついては、上記について御了知の上、貴管内保健所長及び市町村長（指定都市、中核市及び保健所を設置する市の市長並びに特別区の区長を含む。）への周知方お願いする。

（参考）人口動態調査令施行細則（昭和23年厚生省令第６号）様式第２号

様式第２号（第６条関係）

数字記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

人口動態調査死亡票 2

（和暦） 年 月 日 市区町村受付

（和暦） 年 月 日 保健所受付

統計法に基づく基幹統計調査 政府統計

照会 / / : /

市区町村符号及び保健所符号 □□□□□ 支所 保健所 □□

事件簿番号 □□□□

(1) 氏名

(3) 生年月日 和暦 年 月 日 1午前2午後 時 分 生年月日不詳

(4) 死亡したとき 和暦 年 月 日 1午前2午後 時 分 死亡したとき不詳

(2) 男女別 1男 2女

(5) 死亡したところ 1日本 2日本外

(6) 死亡した人の住所 日本 外国 不詳 1届出地と同じ市区町村 2届出地以外の市区町村 3 4

都道府県 市，郡，特別区 町，村，指定都市の区又は総合区

市区町村符号 : : : : :

保健所符号 : :

指定都市の町，字，丁目，番地，番号，アパート・マンション，様方

(7) 死亡した人の国籍 1日本 2韓国朝鮮 3中国 4フィリピン 5タイ 6米国 7英国 8ブラジル 9ペルー 10その他の国 11不詳

(8)(9) 死亡した人の夫または妻 1いる 満 歳 いない 2未婚 3死別 4離別 5不詳

(10) 死亡したときの世帯の主な仕事 1農家 2自営 3勤Ⅰ 4勤Ⅱ 5その他 6無職

(11) 死亡したときの職業・産業 職業 産業

(12)(13) 死亡したところの種別 1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他

施設の名称

0803

第35回厚生科学審議会がん登録部会	資料３
令和８年２月26日（木）	

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３
全国がん登録のマニュアル改訂について

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

0804

全国がん登録のマニュアル改訂について

令和７年度末を目途に行う改訂の主な事項

■全体

・内閣府における旧氏使用の拡大推進に向けた取組を受けて、提供依頼申出文書等の氏名記載欄に関し、旧氏も使用可である旨を明記する。

・その他、全国がん登録の各種マニュアルについて記載の整備を行う。

■情報の提供マニュアル及び情報の利用マニュアル

項目・見出し	改訂方針
提供を受けた情報の取扱について	国立がん研究センターが「院内がん登録の運用マニュアル」を改訂し、全国がん登録を含めて、病院内におけるがん登録情報の取扱の運用に関するマニュアルとすることを受けて、関連部分を修正する。
同意について	これまで同意代替措置についてマニュアルとは別に疑義解釈資料を事務連絡で示していたが、利用者へ同意について一元的にわかりやすく示すため、疑義解釈資料の内容をマニュアルに反映する。

国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター

全国がん登録システム不具合への対応作業完了報告①

事象と原因

【事象】2023年初夏の2020年集計確定の際に数値の異常が発覚

【原因】全国がん登録データベースのシステム更改において、以下の要因が重なったことにより、がんを分類するコード（ICD-O）の更新を行った際の作業に不備が生じた。

- 委託業者との理解共有・コミュニケーション不足
- コード更新における準備工程期間の不足、検証体制の未整備
- がん登録運用方針決定における国がん内意思決定プロセスの不備

講じた再発防止策

- システム請負業者との会議の頻度を増やし、管理責任者は常時、会議に参加することとした。
- アプリケーションを用いたプロジェクト管理を導入し、関係者内において事業内容の理解と進捗が共有されるようにした。
- 全国がん登録システムを含むがん登録関連システム全体の合理化につき抜本的に検討している。
- 2025年度以降のシステム改修については、十分な工程期間を確保するとともに、外部有識者による十分な検証体制を構築することとした。
- がん登録運用における方針決定を整理し、それに伴う諮問委員会の見直しを行った。
- これら作業を主体的に担う国がん職員を補充し、役割の再整理を行った。

全国がん登録システム不具合への対応作業完了報告②

これまでの復旧の進捗

2023年 11月　外部有識者による復旧のためのタスクフォースを構成し、現状の分析を開始。2020年集計のためシステム更改前の環境に戻すことを決定。

2024年 3月　2020年罹患数・率報告を1年遅れで公表

5月　2021年集計以降の作業方針の決定、マスタ更新作業など開始

8月　都道府県において2021年集計のための通常業務再開

2025年 3月　2021年罹患数・率報告を1年遅れで公表

公表の遅延解消及び迅速化

2025年4月に組織改編を行い、人員の補強をした。2025年度の作業において、2年分の病院等への遡り調査、市町村への住所異動確認調査を同時に行うことで、病院等、市町村、都道府県の負担を最小限に抑えつつ作業時間の大幅な短縮が実現した。外部有識者委員会を有効活用し、キャッチアップが最短で実施できた。

2026年 1月　2022年罹患数・率報告を約9か月遅れで公表　及び2023年罹患数・率報告を以前より約3か月前倒しで公表　並びに2016年生存率報告を公表し、不具合対応を完了した。

２月　2017年及び2018年生存率報告を公表した。

今後は、毎年１月頃に罹患数・率報告及び生存率報告を公表予定。

第 46 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和８年３月 23 日（月）15:00～17:00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題

（１）大腸がん検診について
（２）高濃度乳房について
（３）二重読影の規定について
（４）その他

【資　料】

資料１　　大腸がん検診について
資料２－１　高濃度乳房について
資料２－２　『対策型乳がん検診における「高濃度乳房問題」の対応に関する提言』発出後の高濃度乳房に関する研究班の研究経過、成果について（笠原参考人提出資料）
資料３　　二重読影の規定について

参考資料１　「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
参考資料２　「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱
参考資料３　有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン 2024 年度版
参考資料４　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第０３３１０５８号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）
参考資料５　乳がん検診における「高濃度乳房」への対応について（健発０５２４第１号平成 30 年５月 24 日厚生労働省健康局長通知）
参考資料６　対策型乳がん検診における「乳房構成の通知」に関する見解（令和８年３月 19 日）

第46回がん検診のあり方に関する検討会	資料１
令和８年３月23日（月）	

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

大腸がん検診について

厚生労働省　健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

0809

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．大腸がん検診について

指針で定めるがん検診の内容

■ 厚生労働省は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成２０年３月３１日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

種類	検　査　項　目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査 のいずれか	５０歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	２年に１回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	２０歳代	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 ※実施体制が整った自治体で選択可能		５年に１回 ※罹患リスクが高い者については1年後に受診
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
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	４０歳以上	年１回

0811

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン　2024年度版の概要

○国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」について、2005年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和５年１月９日に2024年度版初版が公開された。

○ガイドライン2024年度版において、便潜血検査免疫法は引き続き推奨グレードAとされた。また、検診間隔、採便回数についても評価された。

2005年度版

検診手法	推奨
便潜血検査化学法・免疫法	A
全大腸内視鏡検査・S状結腸鏡検査	C

※便潜血検査化学法及びS状結腸鏡検査はRCTで有意な死亡率減少効果が示されているが、便潜血検査化学法は国内で実施されていないこと、S状結腸鏡検査の実施件数はごくわずかで内視鏡の国内販売が終了していることから、2024年度版では評価対象外となっている。

2024年度版

検診手法	推奨
便潜血検査免疫法	A
全大腸内視鏡検査	C

・検診間隔を 1 年から 2 年にすることも可能である。

・採便回数は 1 回法でも 2 回法でも可能である。

（参考）2005年度版ガイドラインにおける推奨レベルの定義

推奨	表現
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、 実施することを強く勧める。
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、 実施することを勧める。
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、安全性を確保すると共に、不利益について十分説明する必要がある
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、 集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、効果が不明であることについて十分説明する必要がある。

（参考） 2024年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

0812

論点　便潜血検査の検診間隔及び採便回数について（ガイドラインで評価された科学的知見）

○便潜血検査の検診間隔について、免疫法の検診間隔１年と２年における死亡率減少効果を比較した研究はないが、化学法のメタ解析において、検診間隔１年が、２年と比較して有意に死亡を減少させた。

○便潜血検査免疫法の採便回数について、

・Advanced Neoplasia（AN）※及び大腸がんに対する感度・特異度を検討したメタ解析において、１回法と２回法による統計学的な有意差は示されなかった。

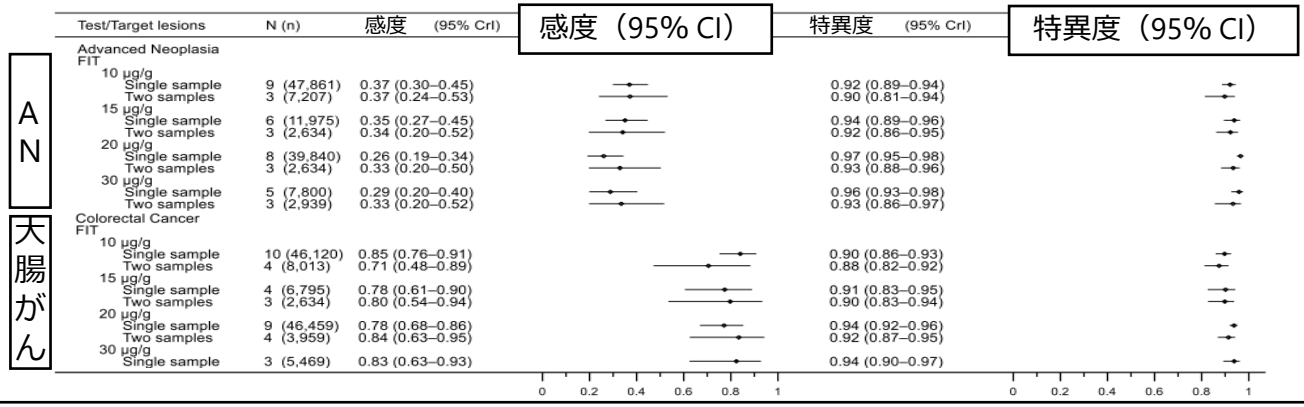
・１回法と２回法で検体提出率を比較した研究（医療機関へ直接提出又は郵送）において、１回法で有意に提出率が向上した。

検診間隔：１年と２年における死亡率減少効果を比較した研究

※がん及び悪性度が高いとされるポリープの総称

研究名又は著者（発表年、国）	統計的手法	検査法	対照群	参加者数 (人)	対象年齢（歳）	検診間隔	検診回数	平均観察期間（年）	大腸がん累積死亡比
Minnesota（2013、米国）	RCT	化学法	無検診	46,551	50-80	１年 ２年	1年：11回 2年：６回	30.5	**逐年：0.68** (95%CI: 0.56-0.82) **隔年：0.78** (95%CI: 0.65-0.93)
Jodal（2019、米国・欧州）	メタ解析	化学法	２年毎検診	172,324	50-79	１年	2-11回	15.5-19.5	**0.79** (95%CI: 0.64-0.98)

採便回数：免疫法の採便回数による感度・特異度が検討された文献のメタ解析



・研究手法：国立がん研究センターにおいて、論文データベース（Ovid Medline及びEmbase）を用い、1946年から2020年5月22日までに報告された便潜血化学法及び免疫法の感度・特異度が検討された文献を抽出し、合計35文献を統合してシステマティックレビューを実施。このうち免疫法に関し、各検査カットオフ値毎に１回法と２回法の感度・特異度を解析。各解析毎の統合論文数は３～10。

・**結果：検査カットオフが10～30μg/g便のいずれの場合でも、１回法と２回法の比較で感度・特異度に統計学的な有意差なし。**

採便回数：採便回数毎の検体返送率

国立がん研究センター「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年度版」「大腸がん検診エビデンスレポート2023年度版」

著者（発表年、国）	検査法	提出方法	総検体数	採取日数	参加者数（人）	対象年齢（歳）	閾値（μg/g 便）	ラウンド数	率（%）	*P*値
Mosen（2014、米国）	免疫法(OC-Micro)	郵送又は医療機関へ直接提出	1	1	1,559	50-75	20	1	43.3	**0.010**
			2	ND	1,562		20	1	39.6	

0813

対応（案）

- 検診間隔について、化学法の知見ではあるが、検診間隔１年が２年と比較して有意に大腸がんによる死亡率が減少するという報告があることから、検診間隔は、引き続き１年に１回としてはどうか。

- 採便回数について、１回法と２回法によるAdvanced Neoplasia※及び大腸がんの感度・特異度に対する統計学的な差は示されておらず、１回法の方が受診率向上が期待されるため、１回法に変更してはどうか。

※がん及び悪性度が高いとされるポリープの総称

0814

２．指針における精密検査の記載について

論点　大腸がん検診の精密検査の手法について

〇がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針において、大腸がん検診の項目にのみ精密検査の検査手法が記載されている。
〇消化器がん検診学会のマニュアルにおいて、大腸CT検査も精密検査の選択肢となりうることが記載されている。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

6　大腸がん検診　（7）その他

③ 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状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施する。 ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施する。 便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わない。

大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー（消化器がん検診学会）

スクリーニング検査・精密検査とは　2）　精密検査

現在は第一選択が全大腸内視鏡検査で，それが困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査（二重造影法）の併用となっているが，2016 年に日本消化器がん検診学会から「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は大腸CT検査あるいはS状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査の併用法のいずれかを実施する」という趣旨に変更することが妥当であるとの委員会報告（※）がなされている。

（※参考）大腸がん検診精度管理委員会報告（2016年）
大腸CT検査は，精検方法（診断法）としての十分な精度が示されており，偶発症は少なく，被ばく量は注腸Ｘ線検査より低いとされる。したがって，「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は，大腸CT検査あるいは，S状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査の併用法のいずれかを実施する。」という趣旨に変更することが妥当である。

日本消化器がん検診学会「大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー」Vol.60(3),May.2022
日本消化器がん検診学会　大腸がん検診精度管理委員会報告「精密検査の手法として大腸CT検査の位置づけおよび必要条件と課題」Vol.54(3), May.2016

対応（案）

➢ 大腸がん検診についても、精密検査の検査方法に関する記載を指針から削除し、他の検診と同様に指針に記載しない方針としてはどうか。　0816

第46回がん検診のあり方に関する検討会	資料２－１
令和８年３月23日（月）	

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

高濃度乳房について

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

１．経緯

経緯

平成29年３月21日　乳がん検診関係３団体(※1)「対策型乳がん検診における『高濃度乳房』問題の対応に関する提言」

<概要>

・対策型検診において受診者に乳房の構成（極めて高濃度、不均一高濃度、乳腺散在、脂肪性）を一律に（個別）通知することは現時点では時期尚早である。乳房の構成の通知は、今後検討が進み対象者の対応（検査法等）が明示できる体制が整った上で、実施されることが望ましい。

・通知するにあたって、市区町村には受診者から正しい理解が得られるような説明・指導とそのための体制整備が求められる。

３月27日　第21回検討会(※2、以下同じ)において、３団体の提言の他、市町村における乳房構成に関する個別通知（以下「個別通知」という。）の状況等に係る調査、及び川崎市における個別通知の事例を踏まえ、議論。

６月５日　第22回検討会において、以下の対応方針が了承。

<対応方針>

①高濃度乳房に対しても高い感度で実施できる検査方法について検討する
②高濃度乳房の判定基準の検討をおこなう
③高濃度乳房の実態調査を実施する
④受診者が高濃度乳房を正しく理解できるよう、個別通知すべき標準的な内容を明確にする
⑤検診実施機関において、受診者に対し、あらかじめ乳房の構成の通知に関する希望の有無について把握する

平成30年５月24日　自治体に対して局長通知(※3)を発出し、研究班(※4)において整理された市区町村の判断でがん検診の受診者に対し個別通知を行う場合の留意事項を周知。

令和３年８月５日　第33回検討会において、指針(※5)に、乳がんに対する健康教育として自分の乳房の状態に関心を持つ生活習慣（ブレスト・アウェアネス）を位置づけることとされた。令和３年10月１日指針改正。

（※１）日本乳癌検診学会・日本乳癌学会・日本乳がん検診精度管理中央機構　（※２）がん検診のあり方に関する検討会
（※３）「乳がん検診における「高濃度乳房」への対応について」（健発0524第１号平成30年５月24日厚生労働省健康局長通知）
（※４）「乳がん検診における乳房の構成（高濃度乳房を含む）の適切な情報提供に資する研究」（研究代表者：笠原善朗、平成29年度）
（※５）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）

0819

経緯

研究班のこれまでの取り組みについて
（笠原参考人より発表）

乳房構成に関する個別通知に係る検討会としての対応方針の対応状況
（ 平成29年６月第22回検討会 ）

了承された対応方針	対応状況
①高濃度乳房に対しても高い感度で実施できる検査方法についての検討（その一つとして、乳房超音波検査併用検診の感度等について検証する）	・J-START研究（※1）において、超音波検査をマンモグラフィに併用することによる感度・特異度等を研究。 ・第32回・第39回検討会において経過報告。超音波検査併用によって、併用しない場合と比較し有意に感度が上昇し特異度が低下すること、高濃度乳房の有無によらず感度の上昇が観察されることが報告された。 ・第45回検討会の議論を踏まえ、現在、国立がん研究センターに、最新のJ-START研究の結果を含め、最新の科学的知見を踏まえたガイドラインの更新を依頼中。
②高濃度乳房の判定基準の検討	・厚生労働科学研究（※2）において、４段階で判定するための判定アトラスが作成された。
③高濃度乳房の実態調査の実施	・厚生労働科学研究（※2）において、全国の多施設におけるがん検診受診者の乳房構成の実態調査が実施された。 【主な結果】高濃度乳房（不均一高濃度+極めて高濃度）の占める割合は 40 歳代 65.5%、 50 歳代 48.2%、60 歳代 34.9%
④受診者が高濃度乳房を正しく理解できるよう、通知すべき標準的な内容を明確にする。	・厚生労働科学研究（※3）において、市町村の判断でがん検診の受診者に対し乳房の構成に関する情報を伝える場合に、留意すべき内容を整理した資料（QA集）を作成し、当該資料を厚生労働省から自治体に通知した。 ・厚生労働科学研究（※2）において、実際に通知することで明らかとなった、自治体が通知する際の留意事項を整理した 【主な内容】乳房構成を４区分で通知すること、QA集に基づくこと、通知後の情報提供体制を整備すること、等
⑤検診実施機関において、受診者に対し、あらかじめ乳房の構成の通知に関する希望の有無について把握する。	・実際に通知した自治体における、希望の把握の状況を厚生労働科学研究（※2）において評価。 【主な結果】約２割が乳房構成の通知を希望しない、等。

※１：日本医療研究開発機構(AMED）革新的がん医療実用化研究事業「超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験 （J-START）」（研究代表者：石田孝宣）
※２：「乳がん検診の適切な情報提供に関する研究」（研究代表者：笠原善朗、平成30～令和２年度）
※３：「乳がん検診における乳房の構成（高濃度乳房を含む）の適切な情報提供に資する研究」（研究代表者：笠原善朗、平成29年度）

0821

3団体の見解（令和8年3月19日）

3団体（日本乳癌検診学会・日本乳癌学会・日本乳がん検診精度管理中央機構）から、「高濃度乳房を含めた乳房構成については、国及び学会等が連携して、各自治体における情報提供体制を整えた上で、受診者に通知されることが望ましい」等の見解が示された。

対策型乳がん検診における「乳房構成の通知」に関する見解（抜粋）（※1）

5. 見解

1）高濃度乳房を含めた乳房構成については、**国及び学会等が連携して、各自治体における情報提供体制を整えた上で、受診者に通知されることが望ましい。**

2）**「乳房構成の通知体制が整っている」**とは、自治体が、受診者に対して
・自身の乳房構成が疾病ではなく体質的特徴であること
・マンモグラフィ検診の限界
・追加検査の利益と不利益
・自覚症状が生じた場合の対応
といった**情報をわかりやすく伝え、受診者が、これらの情報に基づいて意思決定できる環境が確保**されていることを意味すると考えられる。

3）乳房構成の通知を行うにあたっては、自治体ごとに個別に情報提供体制を構築することは、非効率であるのみならず、対応のばらつきや自治体担当者の過度な負担を生じさせるおそれがある。また、受診者からの問い合わせ対応を医療機関に委ねることは、診療現場の混乱を招く可能性がある。
このため、乳房構成の通知を進めるために、国が主体となり、既存のQ&A集等を基盤として、内容をより平易で分かりやすい形に整理し、**全国の自治体が活用可能な情報提供資材を作成**することが重要である。

4）その際、乳房構成の通知に関する内容や表現の妥当性、科学的整合性、受診者への影響等を継続的に検討するため、**関係学会の委員会や厚生労働省研究班等からなる検討体制を設置**し、
・通知文案や説明資料の作成・改訂
・Q&A集の継続的更新
・受診者の理解度や行動への影響の評価
を行っていくことが望ましい。

5）乳房構成の通知が普及した場合、高濃度乳房を理由として乳房超音波検査を希望する受診者の増加が見込まれる。このため、乳房構成の通知を進めるのであれば、**超音波検査を含む追加検査の質を担保**する観点から、
・検査手技の標準化
・実施者の教育・研修
・精度管理の枠組みの整備
が重要となる。
なお、検査手技の標準化については、「乳房超音波診断ガイドライン」および「超音波による乳癌検診の手引き～精度管理マニュアル～」において一定の基準が示されており、上記三団体に加え、日本超音波医学会、日本乳腺甲状腺超音波医学会などにおいても、教育・研修および精度管理の取り組みが進められている。今後、乳房構成の通知を進めるにあたっては、これらの既存の枠組みを基盤としつつ、**国および関係団体が連携し、全国的に均てん化された実施体制を構築**することが求められる。

6）乳房構成の通知の目的は、徒らに不安を喚起することではなく、受診者が自身の乳房の特性を正しく理解し、適切に行動できるよう支援することである。そのためには、第一に**ブレスト・アウェアネスの啓発を重視**すべきである。また、**通知が受診者にどのように受け止められているかについて継続的に把握し、情報提供のあり方を検証**していくことが重要である。

0822

（※1）日本乳癌検診学会・日本乳癌学会・日本乳がん検診精度管理中央機構

まとめ

これまでの経緯等

○ 平成29年、3団体が「現時点で、全国の市町村で一律に乳房の構成に関する通知を行うことは時期尚早」と提言。

○ 平成29年の検討会で、乳房構成に関する個別通知についての、検討課題とされた5点について検討会及び研究班において検討が進められ、いずれの課題についても、一定程度対応が進んでいる。

直近の状況

○ 令和8年3月、3団体から「高濃度乳房を含めた乳房構成については、国及び学会等が連携して、各自治体における情報提供体制を整えた上で、受診者に通知されることが望ましい」と見解が示された。

○ 令和8年3月に、改めて自治体の乳房構成に関する個別通知の状況を調査したところ、通知を実施する自治体は2割と限定的であることが明らかとなった。

対応案

○ 乳がん検診受診者の乳房構成を受診者に通知することについて、自治体の取組が進むよう３団体と連携し、本年夏頃を目途に、自治体が乳房構成を通知する際に活用できる説明資材や、QA等を作成するとともに、自治体に求められる体制等を整理し、自治体に周知してはどうか。

0823

参考資料

ブレスト・アウェアネスについて

ブレスト・アウェアネスとは、乳がんに関する正しい知識及び乳房を意識する生活習慣のことであり、自分の乳房の状態を知り、変化に気付いた場合は医療機関に相談することから構成される。

指針（※1）の記載（抜粋）

（※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（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）

第２ がん予防重点健康教育　２ 実施内容
がん予防重点健康教育は、がん検診を受診することの重要性に加え、おおむね次に掲げる事項に関し実施する。（中略）
（４）乳がんに関する正しい知識及び乳房を意識する生活習慣（以下「ブレスト・アウェアネス」という。）について

第３ がん検診　５ 乳がん検診　（６）その他
乳がんは、日常の健康管理としてのブレスト・アウェアネスを通じて、しこり（腫瘤）に触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。このため、検診の場で受診者に対し、乳がん検診を定期的に受診することの重要性だけでなく、ブレスト・アウェアネスや、気になる症状がある場合の速やかな医療機関への受診、その際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を図るよう努める。

がん情報サービスの記載（国立がん研究センターHP抜粋）

3）ブレスト・アウェアネス

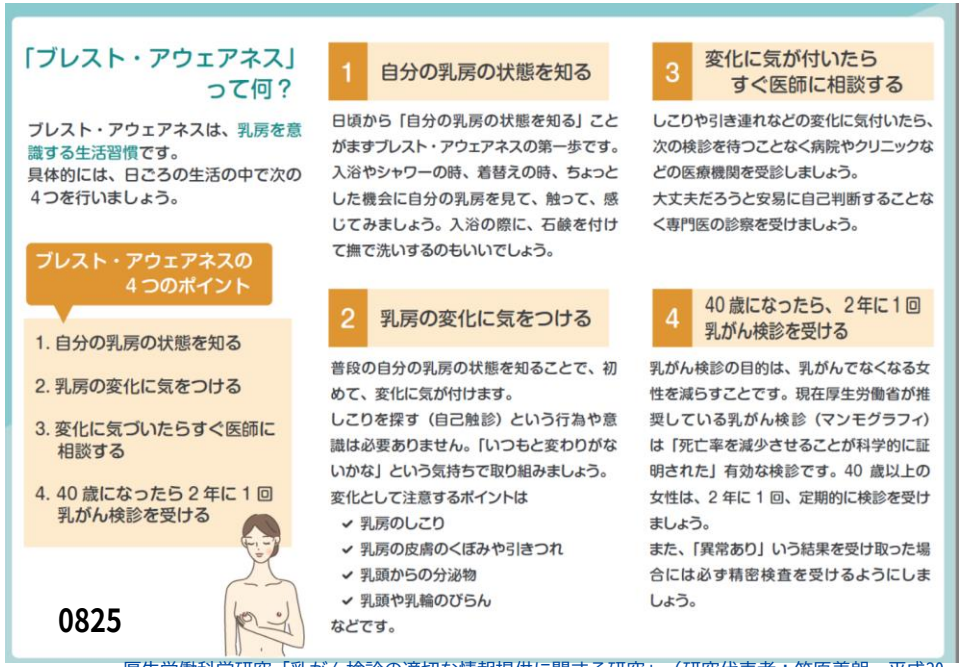
ブレスト・アウェアネスは、「乳房を意識する生活習慣」です。
乳房の状態に日ごろから関心をもちましょう。乳房の変化を感じたら速やかに医師に相談するという、正しい受診行動を身に付けることが大切です。
ブレスト・アウェアネスには、以下の4つのポイントがあります。

（1）ご自分の乳房の状態を知る
（2）乳房の変化に気を付ける
（3）変化に気付いたらすぐ医師へ相談する
（4）40歳になったら2年に1回乳がん検診を受ける

国立がん研究センター　癌情報サービス（2026年３月16日時点）

一般向けの普及啓発HP（抜粋）

厚労科研が作成したHPにおいて、ブレスト・アウェアネスが具体的に解説されている。



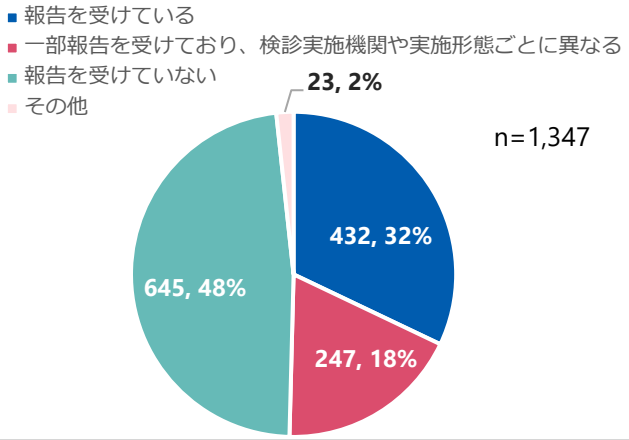
厚生労働科学研究「乳がん検診の適切な情報提供に関する研究」（研究代表者：笠原善朗、平成30～令和２年度）

乳がん検診に関する実態調査（高濃度乳房に関する対応について）

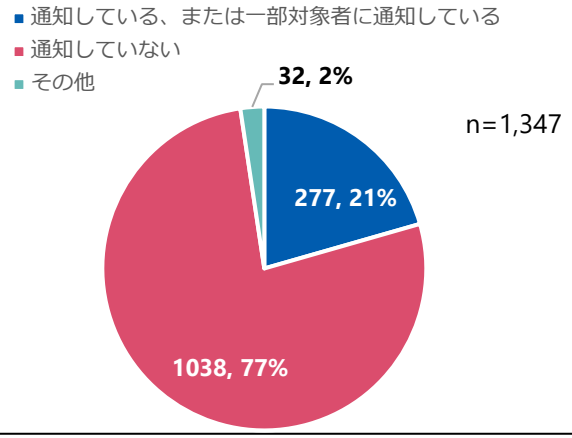
- 自治体の実施する乳がん検診について、高濃度乳房に関する対象者への通知や受診者がとるべき対応として推奨していること等を調査した。

・調査実施手法：一斉通知・調査システムを通じて、市区町村を対象に調査を実施。
・調査実施期間：令和８年２月27日～３月13日
・有効回答率　78.0%（1,358／1,741市町村）、回収率　78.4%（1,365／1,741市町村）※３月13日時点

①（マンモグラフィを実施している自治体のうち）マンモグラフィによって判定された受診者の乳房の構成について、検診実施機関から報告を受けているか。

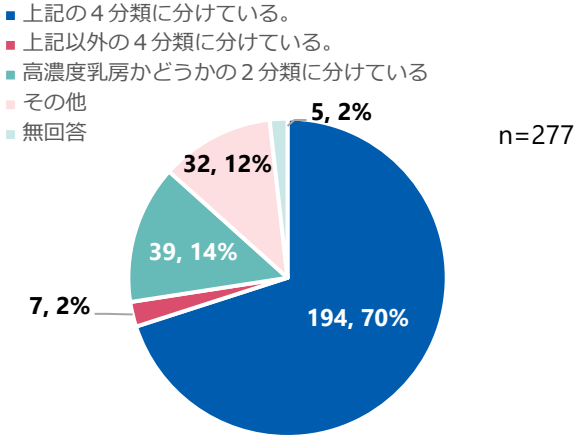


②（マンモグラフィを実施している自治体のうち）マンモグラフィによって判定された乳房の構成を対象者に通知しているか。

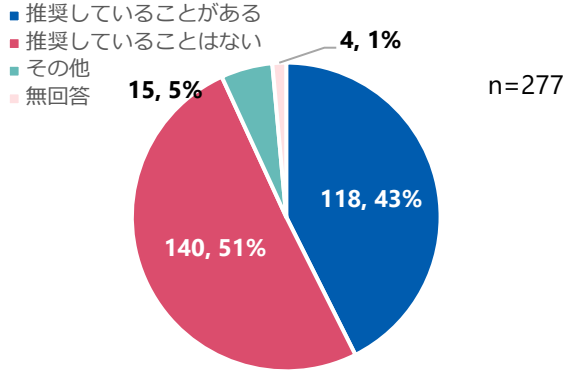


③（②で通知しているとした自治体のうち）乳房の構成について、４つの分類（※）に分けて通知しているか。

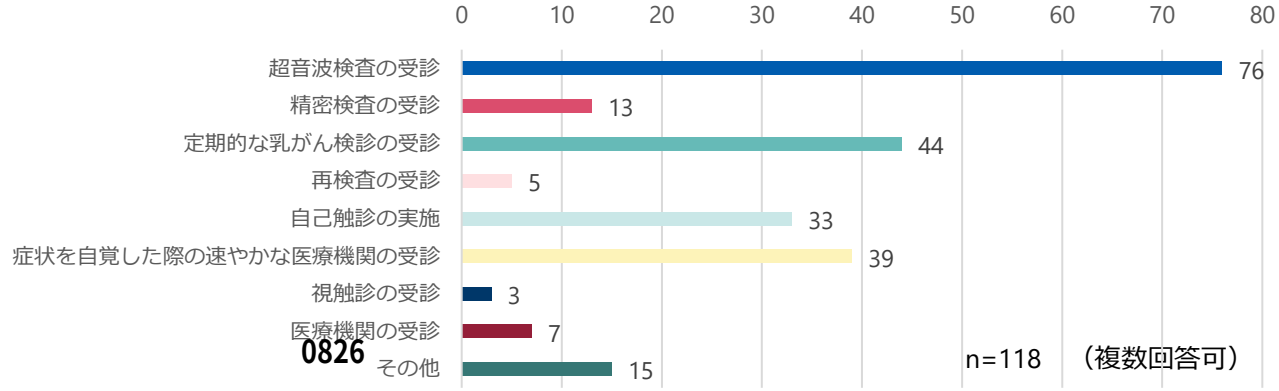
※４つの分類：「脂肪性」「乳腺散在」「不均一高濃度」「極めて高濃度」



④（②で通知しているとした自治体のうち）通知の際に、その後受診者が取るべき対応について何らか推奨していることはあるか。



⑤（④で推奨していることがあるとした自治体のうち）高濃度乳房の者に推奨している対応は何か。



0826

第46回がん検診のあり方に関する検討会	資料２－２
令和８年３月23日（月）	

『対策型乳がん検診における「高濃度乳房問題」の対応に関する提言』発出後の高濃度乳房に関する研究班の研究経過、成果について

- 2026.03.23　第46回がん検診のあり方に関する検討会

恩賜財団福井県済生会病院　病院長　笠原善郎

乳がん検診に従事する医療関係者、市区町村がん検診担当者、及び検診施設の皆様へ

対策型乳がん検診における「高濃度乳房」問題の対応に関する提言

平成29（2017）年3月21日　日本乳癌検診学会・日本乳癌学会・日本乳がん検診精度管理中央機構

- 対策型検診において受診者に乳房の構成（極めて高濃度、不均一高濃度、乳腺散在、脂肪性）を一律に通知することは現時点では時期尚早である。乳房の構成の通知は、今後検討が進み対象者の対応（検査法等）が明示できる体制が整った上で、実施されることが望ましい。

- 乳房の構成は受診者個人の情報であり、受診者への通知を全面的に妨げるものではない。通知するにあたって、市区町村には受診者から正しい理解が得られるような説明・指導とそのための体制整備が求められる。今後、受診者のニーズを踏まえたよりよい通知の方法について、対応を検討していく必要がある。

- 高濃度乳房の実態、乳房超音波検査などの検診方法の効果、高濃度乳房を正しく理解するための方策などを、国および関係各団体は協力して検討して行く必要がある。

2017（H29）年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究

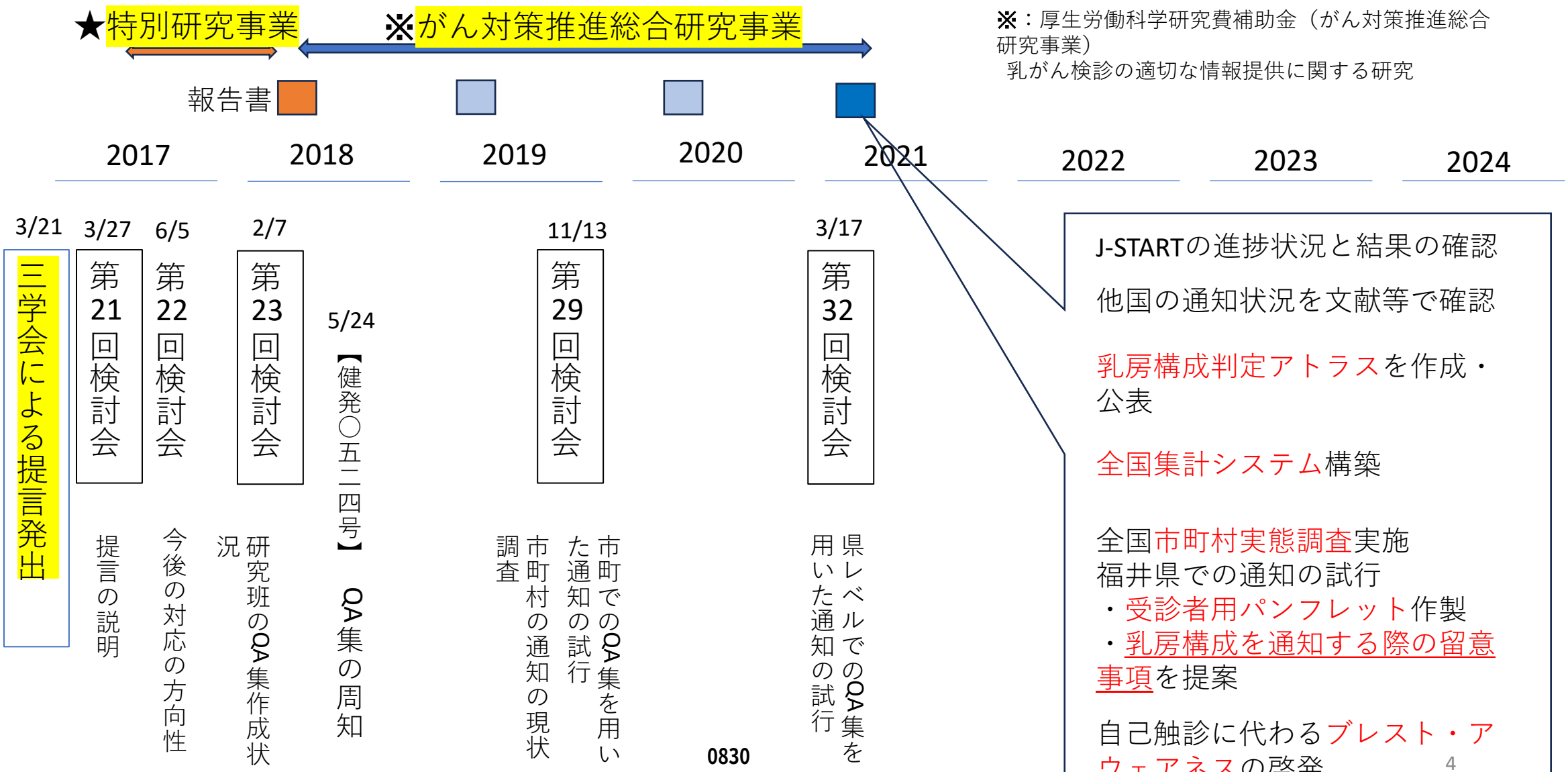
2018（H30）年～2020（R2）年度厚生労働科学研究費補助金
（がん対策推進総合研究事業）

乳がん検診の適切な情報提供に関する研究

「高濃度乳房」に関する提言・研究班・厚生労働省の動き

★：厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
　乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究

※：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
　乳がん検診の適切な情報提供に関する研究



J-STARTの進捗状況と結果の確認

他国の通知状況を文献等で確認

乳房構成判定アトラスを作成・公表

全国集計システム構築

全国市町村実態調査実施
福井県での通知の試行
・受診者用パンフレット作製
・乳房構成を通知する際の留意事項を提案

自己触診に代わるブレスト・アウェアネスの啓発

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）2017年度

乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究

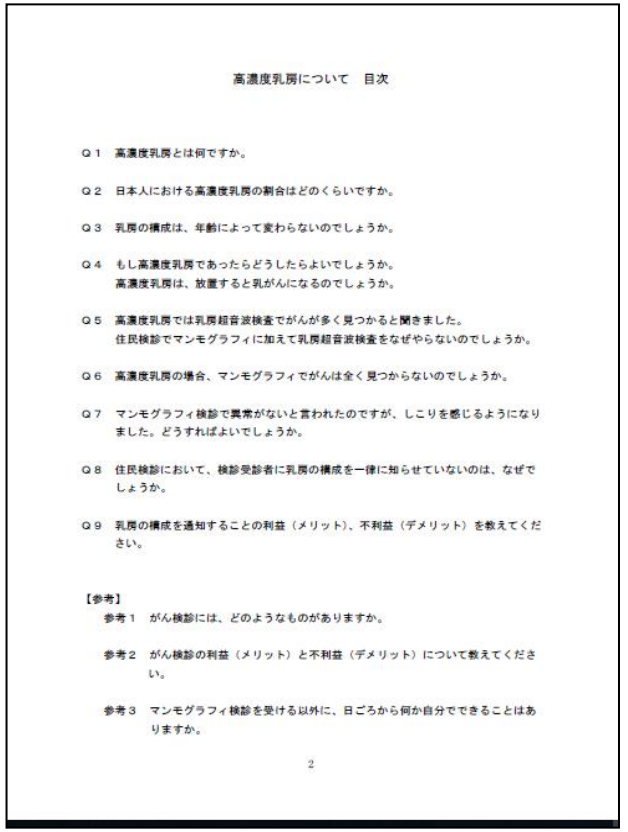
研究代表者　笠原　善郎　恩賜財団福井県済生会病院　副院長、乳腺外科部長
研究分担者　鈴木　昭彦　東北医科薬科大学医学部第三外科学　教授
植松　孝悦　静岡県立静岡がんセンター・乳腺画像診断科　部長
角田　博子　聖路加国際病院　放射線科　医長兼乳腺画像診断室長
高橋　宏和　国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部　室長

乳がんにおける「高濃度乳房」への対応について

平成30年（2018年）5月24日付け　健発0524第1号　厚生労働省健康局長通知

■別添のとおり、厚生労働行政推進調査事業費補助金「乳がん検診における乳房の構成（高濃度乳房を含む）の適切な情報提供に資する研究」班において市町村ががん検診の受診者に対し乳房の構成を通知する際に留意すべき内容が取りまとめられたため、市町村の判断でがん検診の受診者に対し乳房の構成に関する情報を伝える場合に、適切な情報提供を行う観点から、貴管内市町村及び関係団体に対し、周知方お願いする。

QA集：11項目



高濃度乳房について　目次

Q１　高濃度乳房とは何ですか。

Q２　日本人における高濃度乳房の割合はどのくらいですか。

Q３　乳房の構成は、年齢によって変わらないのでしょうか。

Q４　もし高濃度乳房であったらどうしたらよいでしょうか。
高濃度乳房は、放置すると乳がんになるのでしょうか。

Q５　高濃度乳房では乳房超音波検査でがんが多く見つかると聞きました。
住民検診でマンモグラフィに加えて乳房超音波検査をなぜやらないのでしょうか。

Q６　高濃度乳房の場合、マンモグラフィでがんは全く見つからないのでしょうか。

Q７　マンモグラフィ検診で異常がないと言われたのですが、しこりを感じるようになりました。どうすればよいでしょうか。

Q８　住民検診において、検診受診者に乳房の構成を一律に知らせていないのは、なぜでしょうか。

Q９　乳房の構成を通知することの利益（メリット）、不利益（デメリット）を教えてください。

【参考】
参考１　がん検診には、どのようなものがありますか。

参考２　がん検診の利益（メリット）と不利益（デメリット）について教えてください。

参考３　マンモグラフィ検診を受ける以外に、日ごろから何か自分でできることはありますか。

2

H29年度厚生労働科学特別研究事業「乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究」班

Ｑ４　もし高濃度乳房であったらどうしたらよいでしょうか。高濃度乳房は、放置すると乳がんになるのでしょうか。

Ａ４：

高濃度乳房であるからといって、追加で検査を受けるなどの特別な対応が必要となるわけではありません。

また、高濃度乳房であるからといって、将来必ずがんになるわけではありません。

【解説】

高濃度乳房は、乳房の構成（乳房内の乳腺と脂肪の割合）を表す言葉であり(⇒Ｑ Ａ １参照)、病気ではありません。一般的には、高濃度乳房であったとしても、追加で検査を受けるなどの特別な対応をとる必要はありません。

乳房の構成と乳がん発症リスクに関しては、日本人を対象としたデータはごく限られたものしかありません。欧米のデータ[4]によると、高濃度乳房の人は、脂肪性乳房の人と比べると乳がんになる可能性がわずかに高くなると報告されています。

高濃度乳房であるかどうかにかかわらず、定期的に自身の乳房の変化を確認することや、検診を定期的に受診すること（⇒参考３参照）、症状があれば放置せずに病院を受診すること(⇒Ｑ７参照)が大切です。

自覚症状のない方でも、乳がんのリスクが高いと考えられる人は、乳腺専門医などに個別に相談することを考えても良いでしょう。

【用語解説】

乳がんのリスクが高いと考えられる人：父母、祖父母、子、兄弟姉妹、いとこ、叔父叔母など血の繋がった親戚に乳がん患者が多い人など

平成29年6月5日　第２２回がん検診のあり方に関する検討会　資料２

乳がん検診における「高濃度乳房」への対応（案）

現状と課題

- ✓ 高濃度乳房は、他の乳房構成と比較するとマンモグラフィの感度が低い傾向にある
- ✓ マンモグラフィにおける乳房構成の判定基準が一定ではない
- ✓ 高濃度乳房の頻度や、がんの罹患リスク等の実態が不明である
- ✓ 高濃度乳房に関する正しい知識が周知されていない
- ✓ 高濃度乳房は疾患ではないため、保険診療が認められていない
- ✓ 検診受診者に対する乳房の構成の通知のあり方に、一定の見解がない
- ✓ 乳房の構成はがん検診受診者個人の情報であるため、本人が希望する場合、情報提供しなくてはならない

今後の対応の方向性（案）

- ✓ 高濃度乳房に対しても高い感度で実施できる検査方法について検討してはどうか
  （その一つとして、乳房超音波検査併用検診の感度等について検証する）
- ✓ 高濃度乳房の判定基準の検討を行ってはどうか
- ✓ 高濃度乳房の実態調査を実施してはどうか
- ✓ 受診者が高濃度乳房を正しく理解できるよう、通知すべき標準的な内容を明確にしてはどうか
- ✓ 検診実施機関において、受診者に対し、あらかじめ乳房の構成の通知に関する希望の有無について把握してはどうか

この課題に対して研究班（笠原班）で引き続き検討した

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

乳がん検診の適切な情報提供に関する研究

2018（H30）年～2020（R2）年度

研究代表者　笠原　善郎　恩賜財団福井県済生会病院　乳腺外科　副院長
研究分担者　鈴木　昭彦　東北医科薬科大学　乳腺内分泌外科　教授
植松　孝悦　静岡県立静岡がんセンター　乳腺画像診断科　部長
角田　博子　聖路加国際病院　放射線科　乳腺画像診断室長
高橋　宏和　国立がん研究センター　社会と健康研究センター室長

第22回がん検診のあり方に関する検討会で示された課題とその後の研究班の検討課題項目と分担研究者

今後の対応の方向性（がん検診のあり方に関する検討会）	本研究班での検討課題項目	成果（物）
a. 高濃度乳房に対しても高い感度で実施できる検査方法について検討	• 5.高濃度乳房における乳房超音波検査の意義の検討（鈴木研究分担者）	J-STARTの進捗状況と結果の確認 他国の通知状況を文献等で確認
b. 高濃度乳房の判定基準の検討	• 3.乳房の構成の判定のための評価基準の再検討（角田研究分担者）	乳房構成判定アトラスを作成・公表
c. 高濃度乳房の実態調査	• 2.乳房の構成の通知に関する他国における実態調査（高橋研究分担者） • 4.乳房の構成の全国実態調査	全国集計システム構築

d. 受診者が高濃度乳房を正しく理解できるよう通知すべき標準的な内容の整理
e. 受診者に対してあらかじめ乳房の構成の通知に関する希望の有無について把握
	• 1. QA集の使用状況・妥当性評価
	  • 全国市町村実態調査
	  • QA集を用いた乳房の構成の通知の試行
	• 6.Breast awarenessの普及に関する検討（植松研究分担者）
		全国市町村実態調査実施
		福井県での通知の試行
		・受診者用パンフレット作製
		・乳房構成を通知する際の留意事項を提案
		ブレスト・アウェアネスの啓発

0836

【研究成果】

乳がん検診の適切な情報提供に関する研究（がん対策推進総合研究事業）
2018（H30）年～2020（R2）年度

課題に対応した研究班実施内容

乳房構成判定アトラス　作成・発出

全国集計システム構築
（乳癌検診学会全国集計委員会と共同）

健発0524号発出後の全国市町村の通知の現状把握
（全国市町村アンケート調査）

福井市⇒福井県レベルでの通知の試行

偽陰性対応　ブレスト・アウェアネス啓発

成果

乳房構成の判定の精度向上（が期待される）

乳房構成に関する全国データが収集可能となった

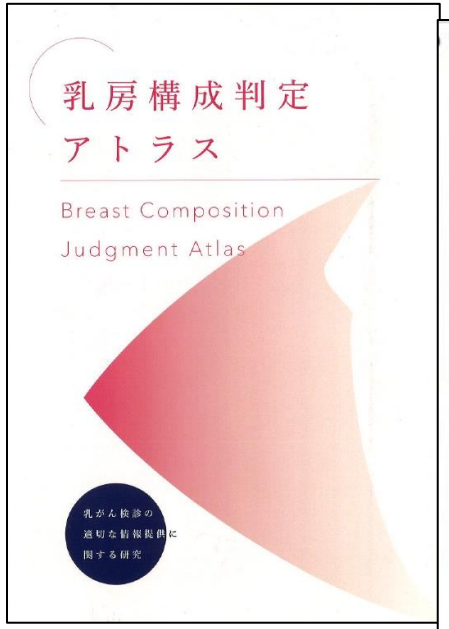
通知の際の課題が抽出された
受診者用説明パンフレット作製された

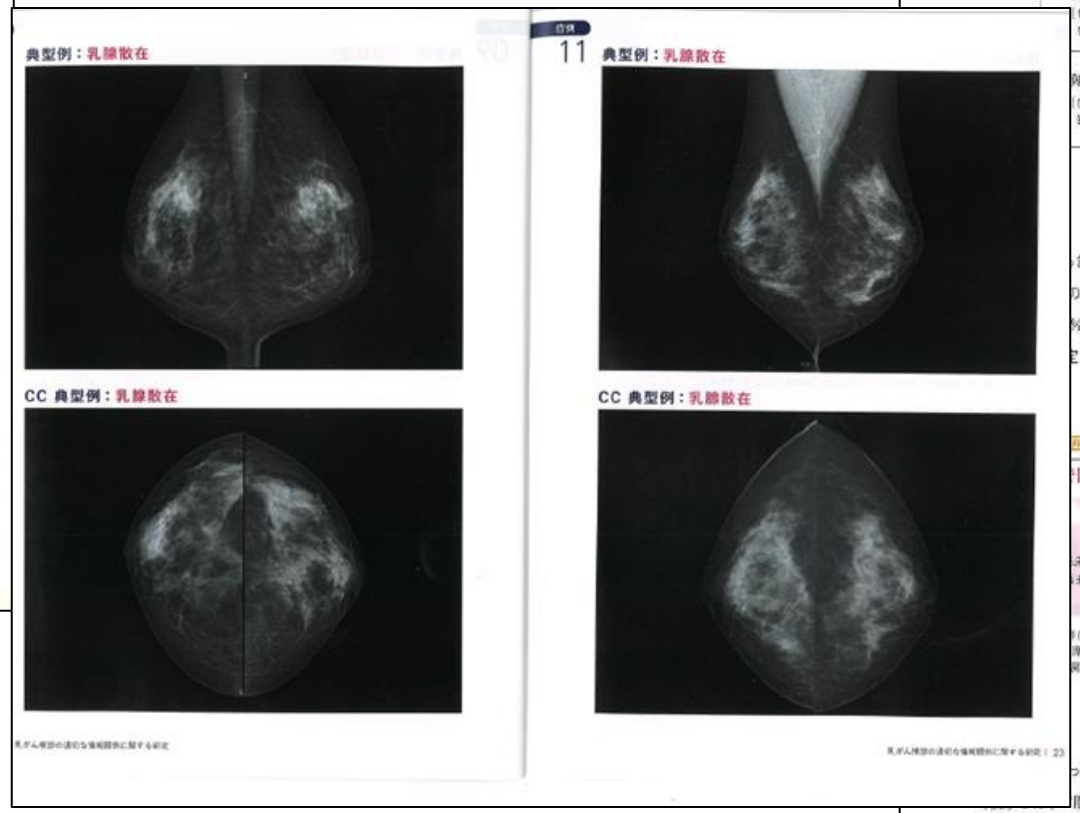
乳房構成を通知する際の留意事項が提案された

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」にブレスト・アウェアネスが採用された

【研究成果１（物）】

乳房構成判定アトラス







0838

【研究成果２】全国集計システム構築

全国集計　乳房の構成データの登録状況

コロナ蔓延

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
施設数	78施設	124施設	138施設	141施設
（%）	27.7%	43.2%	46.8%	48.5%
受診者数	526,577	856,551	902,902	712,182⇓
（%）	24.7%	39.0%	40.0%	40.3%

日乳癌検診学会誌：2024, 33（1）59-67

0839

参考資料

乳房の構成

	受診者数（不明除く）	脂肪性	乳腺散在	高濃度乳房		
				不均一高濃度	極めて高濃度	
2017年度	526,577	6.4%	40.6%	49.4%	3.6%	53.0%
2018年度	856,551	6.2%	43.8%	46.7%	3.3%	50.1%
2019年度	896,361	7.1%	45.6%	44.0%	3.3%	47.3%
2020年度	708,856	6.8%	46.3%	43.7%	3.2%	46.9%

※参考	22,493	5%	58%	35%	2%	37%

2014 年度の福井県と愛知県の住民検診データ（40 歳以上）
乳がん検診の適切な情報提供に関する研究 令和元年度 総括・分担研究報告書

日乳癌検診学会誌：2024, 33（1）59-67

0840

参考資料

2020年度分集計

年齢階級別乳房の構成

	受診者数（不明除く）	脂肪性	乳腺散在	高濃度乳房		
				不均一高濃度	極めて高濃度	
～29歳	2,066	0.8%	10.6%	61.2%	27.3%	88.5%
30～39	19,735	1.8%	24.5%	63.7%	10.0%	73.7%
40～49	203,079	2.8%	31.8%	60.0%	5.5%	65.5%
50～59	189,198	5.9%	45.9%	45.6%	2.7%	48.2%
60～69	161,499	8.9%	56.2%	33.4%	1.4%	34.9%
70～79	116,257	11.9%	60.4%	26.5%	1.2%	27.7%
80歳～	17,022	17.1%	62.3%	19.6%	1.0%	20.6%
合計	708,856	6.8%	46.3%	43.7%	3.2%	46.9%

※ 高濃度乳房＝極めて高濃度 + 不均一高濃度

日乳癌検診学会誌：2024，33（1）59-67

参考資料

2020年度分集計

乳房の構成別プロセス指標

乳房構成		受診者数	要精検率	乳癌発見率	陽性反応適中度
	脂肪性	48,238	2.5%	0.255%	10.1%
	乳腺散在	327,999	3.6%	**0.310%**	8.6%
	不均一高濃度	310,025	4.8%	**0.312%**	6.5%
	極めて高濃度	22,594	4.5%	0.248%	5.5%
	高濃度乳房	332,619	4.8%	0.308%	6.4%
合計		708,856	4.1%	0.305%	7.5%

日乳癌検診学会誌：2024, 33（1）59-67

0842

【研究成果３】

市町村の乳房の構成に関する情報提供の変化

がん検診の適切な情報提供に関する研究（笠原班）の検討事項

検討１：

「高濃度乳房について」（QA集）を周知した後の市町村の乳房の構成に関する情報提供の変化（適切な情報提供がなされているか）について全国の市町村にアンケート調査を実施

検討２：

福井県において試行した乳房構成の通知において、通知の希望の有無や、通知に伴う受診者の理解や反応などの課題に関するアンケート調査の分析

参考資料

乳房の構成の通知に関する実態調査結果（平成28年度、30年度比較）

- 調査の方法：
  - **平成31年3月**に、平成30年度に実施した乳がん検診について、市町村（特別区を含む。n=1724）に対してアンケート調査を実施
  - **平成28年度（提言前）**に厚生労働省健康局がん・疾病対策課が実施したアンケートと比較検討

- 調査の項目：
  1. 乳がん検診においてマンモグラフィを実施しているか
  2. マンモグラフィによる受診者の乳房の構成について、検診実施機関から報告を受けているか
  3. マンモグラフィの乳房の構成を対象者に通知しているか。もしくは通知する予定があるか。
  4. マンモグラフィの乳房の構成を受診者に通知している場合、高濃度乳房の方に対する通知の際に、その後受診者のとるべき対応について奨励していることはあるか。
  5. 高濃度乳房の方に対する乳房の構成の通知の際に、その後の受診者がとるべき対応について推奨していることがある場合、何を推奨しているか。
  6. 平成29年度厚生労働行政推進調査事業補助金厚生労働科学特別研究事業「乳がん検診における乳房の構成（高濃度乳房を含む）の適切な情報提供に資する研究」班の作成した「高濃度乳房について」（QA集）を使用しているか。

1-5は平成28年度の厚生労働省健康局がん・疾病対策課が実施~~施行~~したアンケートに準じた。

6　は今回新たに加えた質問項目

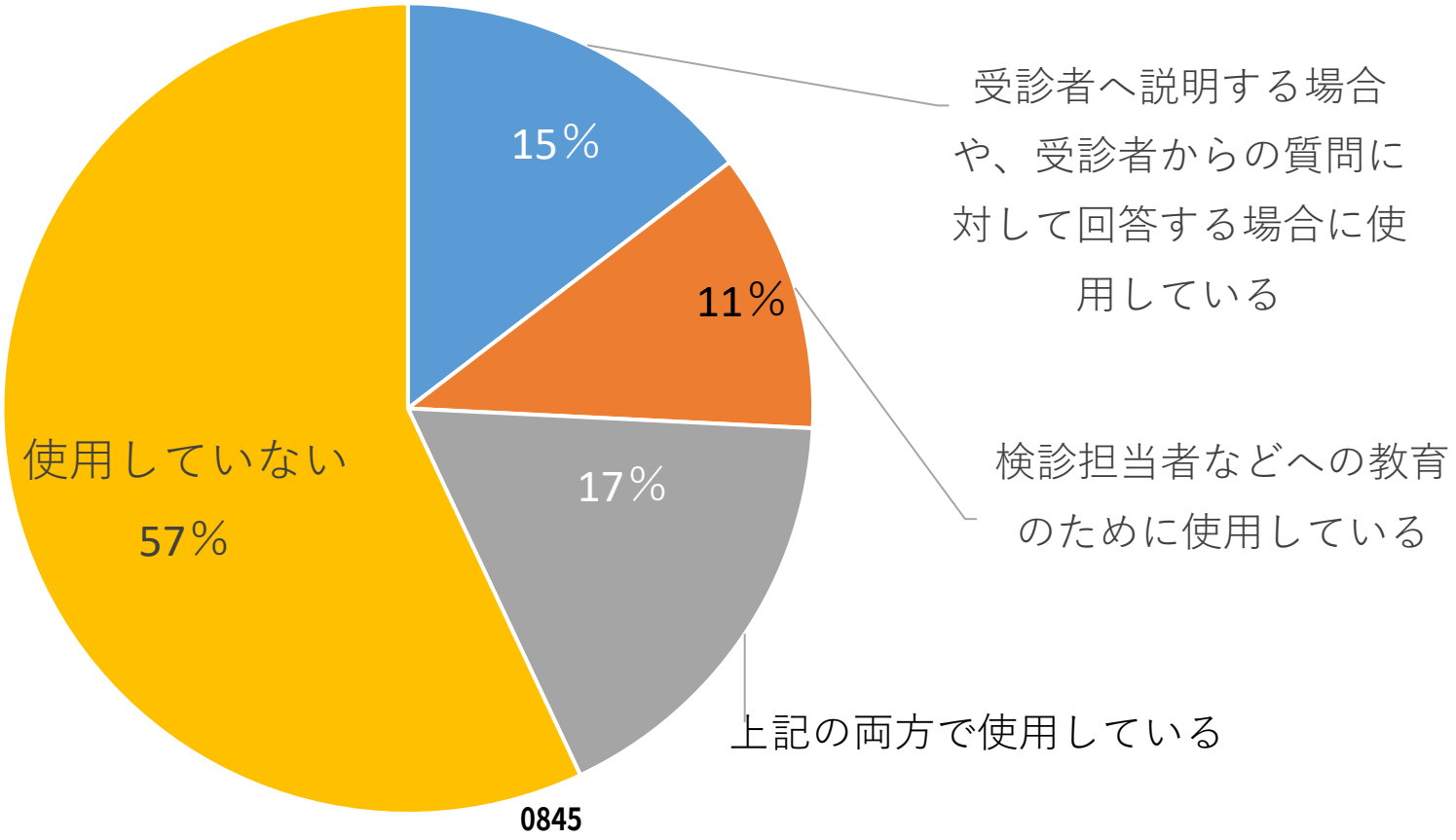
結果⑥「高濃度乳房について」（QA集）を使用しているか

参考資料

QA集の使用状況 （回答数1673のうち、未回答35を除き集計）

使用していない：57％

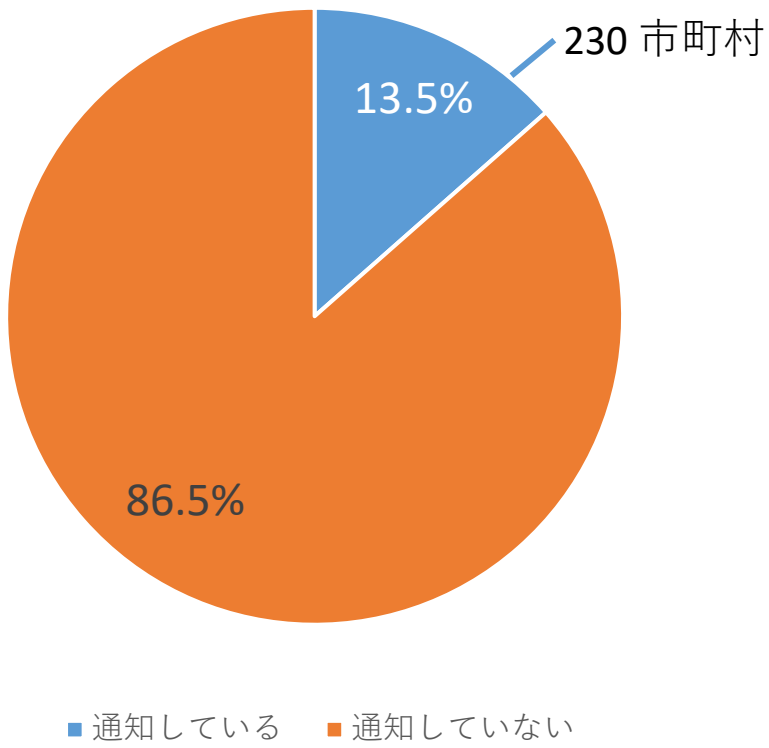
使用している：43％



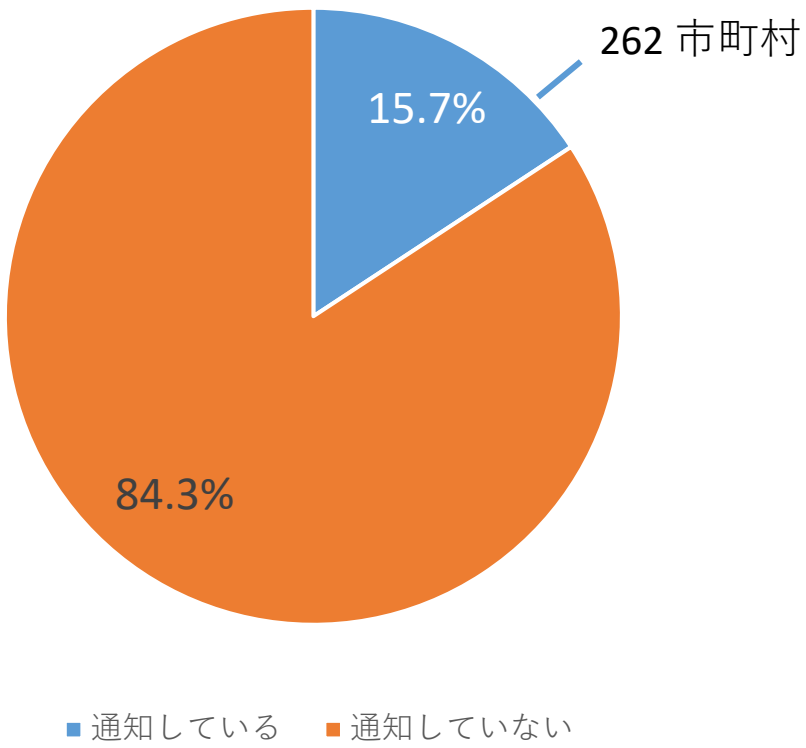
参考資料

結果③　乳房の構成の受診者に対する通知

H28年度　回答市町村数：1700



H30年度　回答市町数：1664



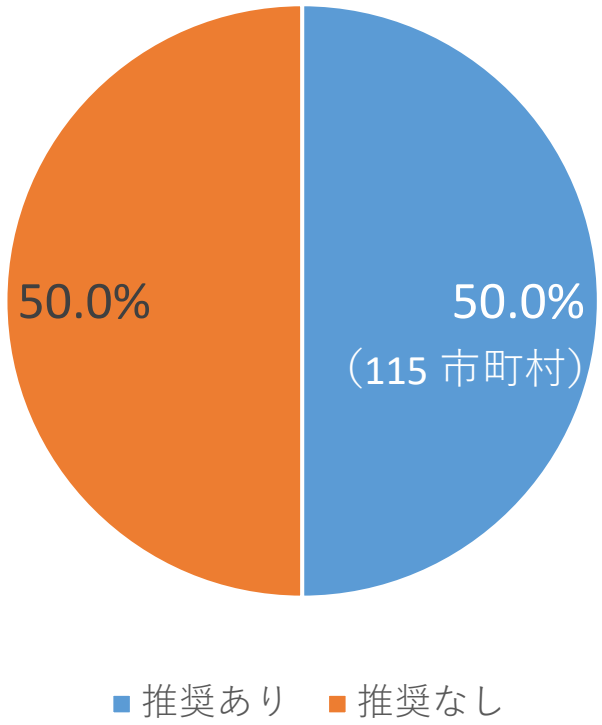
0846

参考資料

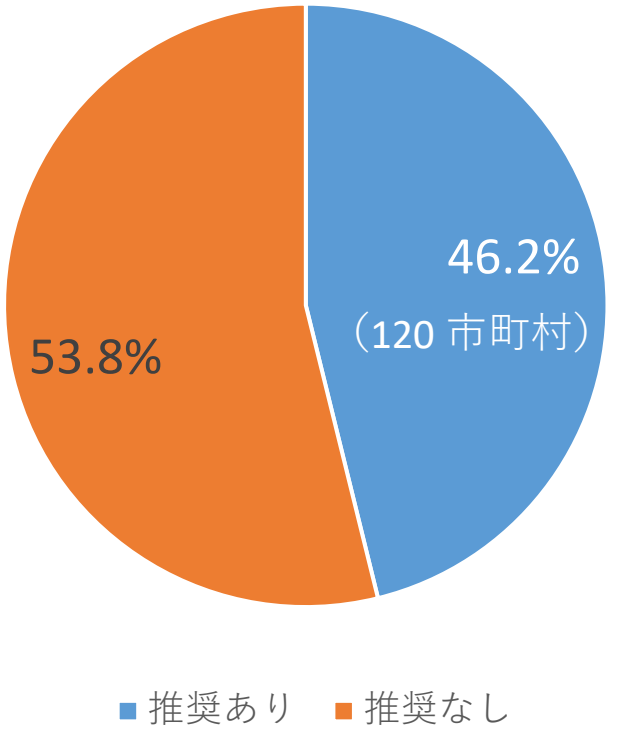
結果④　通知後の対応

乳房の構成を通知している場合、高濃度乳房の方に対して通知する際に、
その後の受診者がとるべき対応について推奨していることはあるか

H28年度　回答市町数：230



H30年度　回答市町村数：260



0847

検討１

結果⑤　通知を実施している市町村が推奨している内容

参考資料

乳房の構成の通知の際に、その後受診者がとるべき対応について推奨していることがある場合、何を推奨しているか（複数回答可）

	回答市町村：115	回答市町村：120
通知を実施している市町村が推奨している推奨する内容	H28年度	H30年度
	（提言前）	（QA集後）
乳房超音波検査の受診　次回受診時の受診を含む	95	82
（＊そのうち乳房超音波検査の提示・紹介にとどめるもの）		（18）
精密検査の受診	18	2
＊定期的な乳がん検診の受診	5	10
再検査の受診	4	0
＊自己触診（セルフチェック）の実施	3	19
＊症状を自覚した際の医療機関の受診	3	22
視触診の受診	1	0
医療機関の受診	1	4
その他		
検診現場での超音波検診の併用		6
＊専門医に相談		10
＊高濃度乳房・偽陰性の説明		18

＊：高濃度乳房について（QA集）で言及している望ましい指導項目

0848

【研究成果３】

QA集周知前後の全国の自治体の対応の変化（結果のまとめ）

- 市町村によるQA集の使用率は43％にとどまり、まだ十分には活用されていない。
- 市町村の判断で行っている乳房の構成の通知は15.7％の市町村で実施されていてやや増加している。
- 通知後の対応として、QA集に盛り込んだ内容に準じた適切な情報提供が増加し、QA集を使用する有効性が示唆されたが、まだ通知後の十分適切な情報提供がなされているとは言えない。
- 今後は市町村がその判断で通知をする際は、QA集を活用し通知後の対応まで含めた情報提供体制の構築に努める必要ある。

【研究成果４】

通知の試行に伴う受診者の反応や理解

がん検診の適切な情報提供に関する研究（笠原班）の検討事項

検討１：

「高濃度乳房について」（QA集）を周知した後の市町村の乳房の構成に関する情報提供の変化（適切な情報提供がなされているか）について全国の市町村にアンケート調査を実施

検討２：

福井県において試行した乳房構成の通知において、通知の希望の有無や、通知に伴う受診者の理解や反応などの課題に関するアンケート調査の分析

0850

検討２

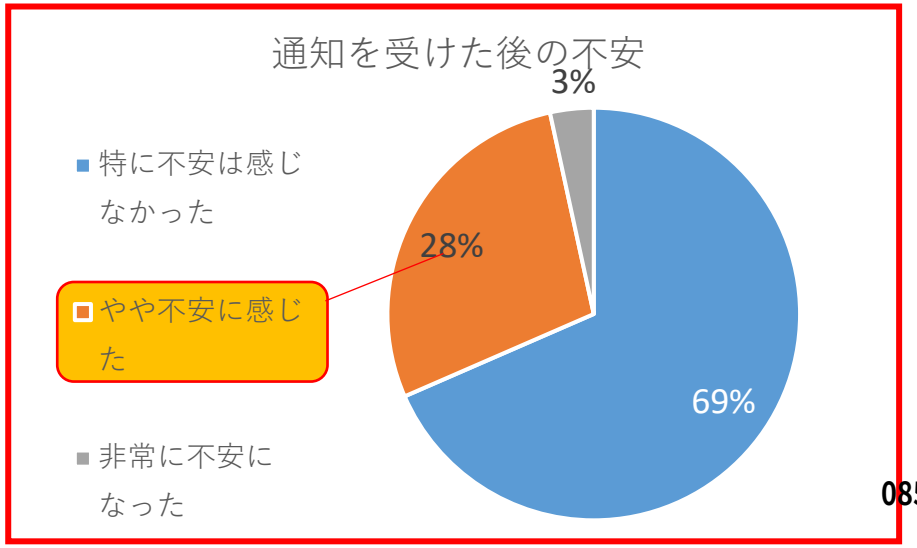
参考資料

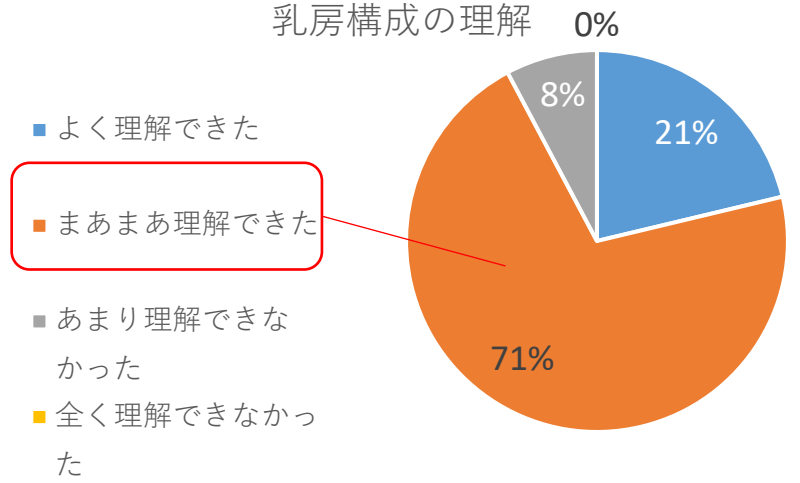
乳房構成の通知の試行とその後の理解や反応

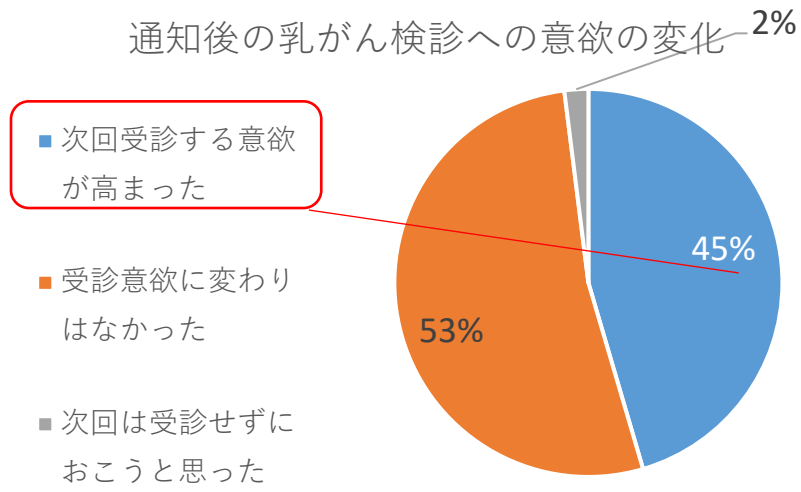
・個別の面談説明後、通知希望の有無を確認、QA集配布
・質問窓口の連絡先を明記

全体で81％（591/732人）が乳房の構成の通知を希望

40歳代	89％
50歳台	81％
60歳代	77％
70以上	73％







0851

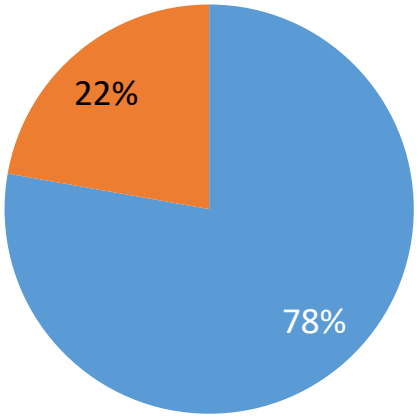
検討２

参考資料

通知を受けた後の不安

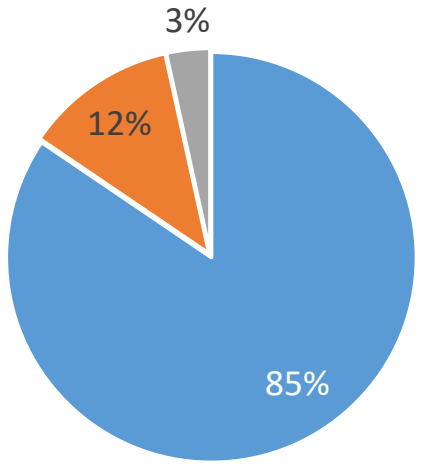
■ 特に不安は感じなかった
■ やや不安に感じた
■ 非常に不安になった

脂肪性乳房



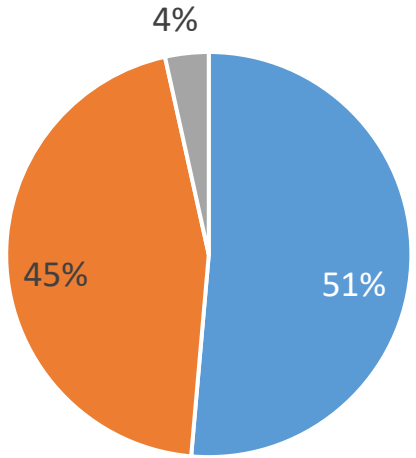
22％

乳腺散在乳房



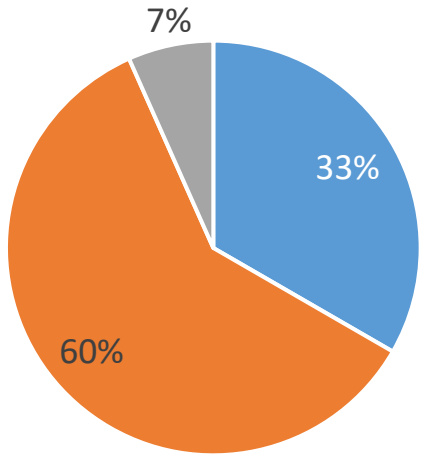
15％

不均一高濃度乳房



49％

極めて高濃度乳房



67％

不安に感じた者（やや不安に感じた+非常に不安に感じた）の割合（%）

0852

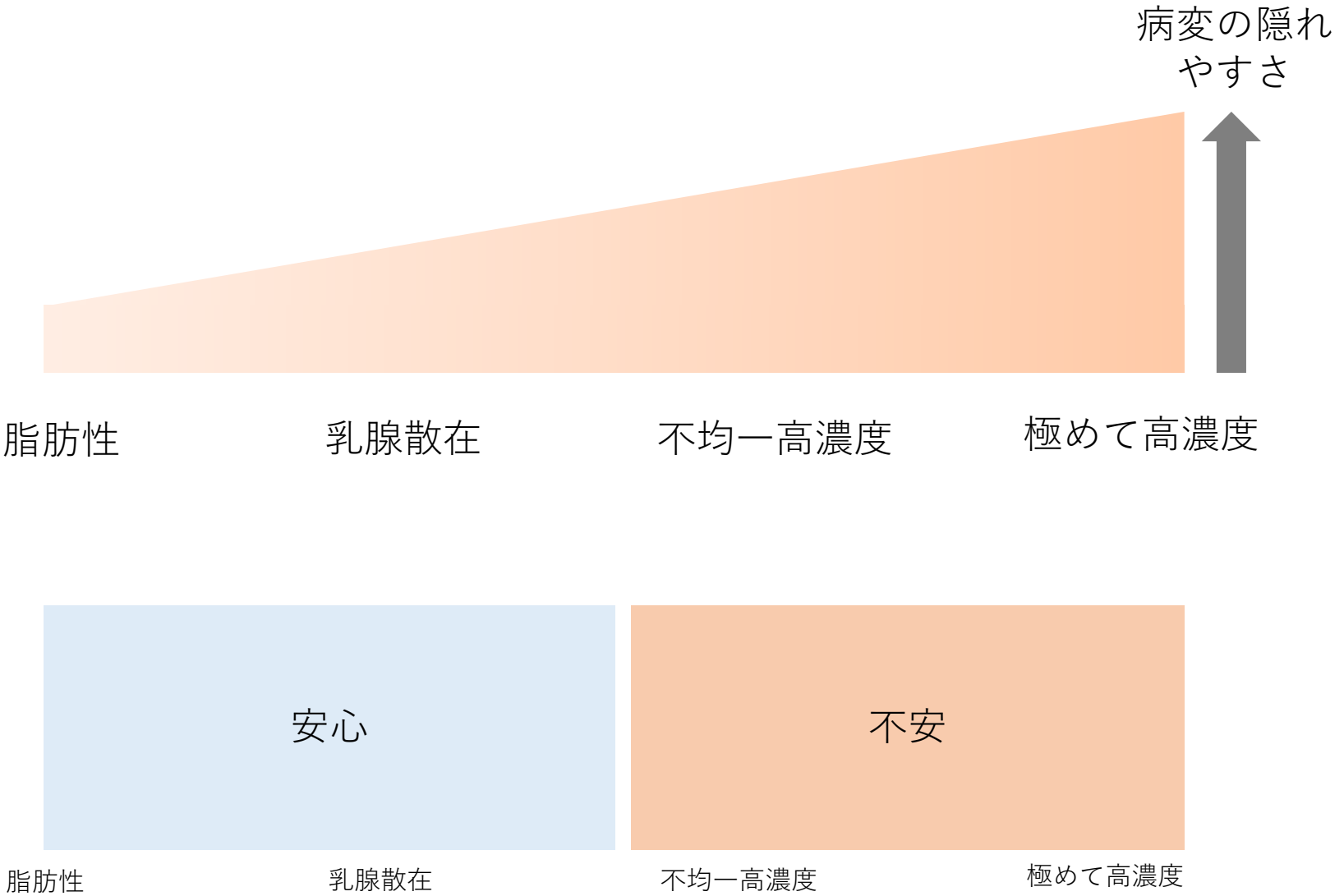
通知の試行に伴う受診者の反応や理解

- 乳房の構成の通知は希望されない方（約２割）もいるので事前の意思確認など配慮が必要。
- 個別の説明、質問窓口の設定、QA集の配布など通知後の対応まで含めた情報提供体制が重要。
- 極めて高濃度、不均一高濃度とされた人が不安に感じ、一方乳腺散在、脂肪性とされた人が安心を感じる傾向にある。

【研究成果４】

通知の試行に伴う受診者の反応や理解

乳房の濃度に関する情報伝達のイメージ



【研究成果４】

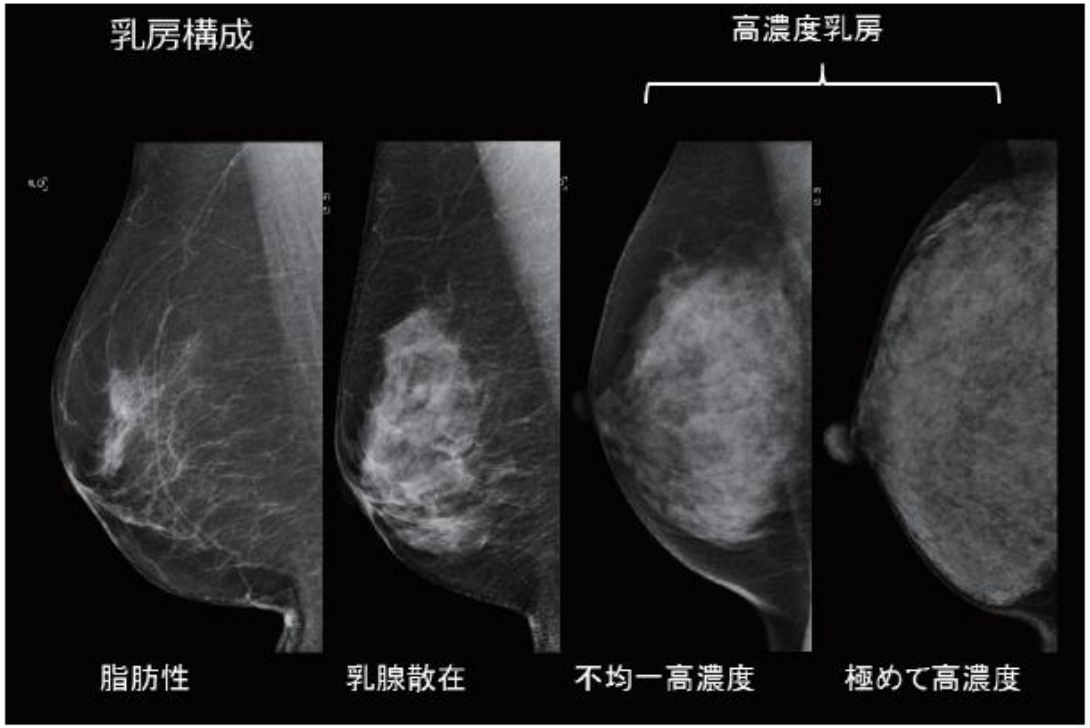
【重要】　乳房構成を通知する際の留意事項

1. 乳房構成の通知を希望するかの意思確認を行う
   （個別の対面による説明と同意収得が望ましい）
2. 高濃度乳房か否かではなく、乳房構成の四区分で通知を行う
3. 通知後の受診者に対する指導はQA集に基づいた内容で実施する
4. 通知後の情報提供体制を整備する
   - 相談電話窓口の設置し明記する
   - スマートフォンなどのIT活用も考慮する

0855

【研究成果（物）　５】3年目に使用した乳房構成についての配布資料（Ａ４・三つ折りパンフレット）

Q 乳房構成とはなんですか。



黒っぽい（乳腺が少ない）
がん（しこり）は写りやすい

白っぽい（乳腺が多い）
がん（しこり）はやや写りにくい

白っぽい乳房では、病変は乳腺に隠れてやや見えにくくなります。

0856

乳房は主に乳腺と脂肪からできていて、この割合は個人によって異なり、マンモグラフィでは、乳腺が白く脂肪が黒く写ります、乳腺が多く白く写るほうから①「極めて高濃度乳房」、②「不均一高濃度乳房」、③「乳腺散在乳房」、④「脂肪性乳房」の4つに分類されます（左図）。このうち、乳腺の豊富な①「極めて高濃度乳房」、②「不均一高濃度乳房」の2つをあわせて「高濃度乳房」と呼びます。

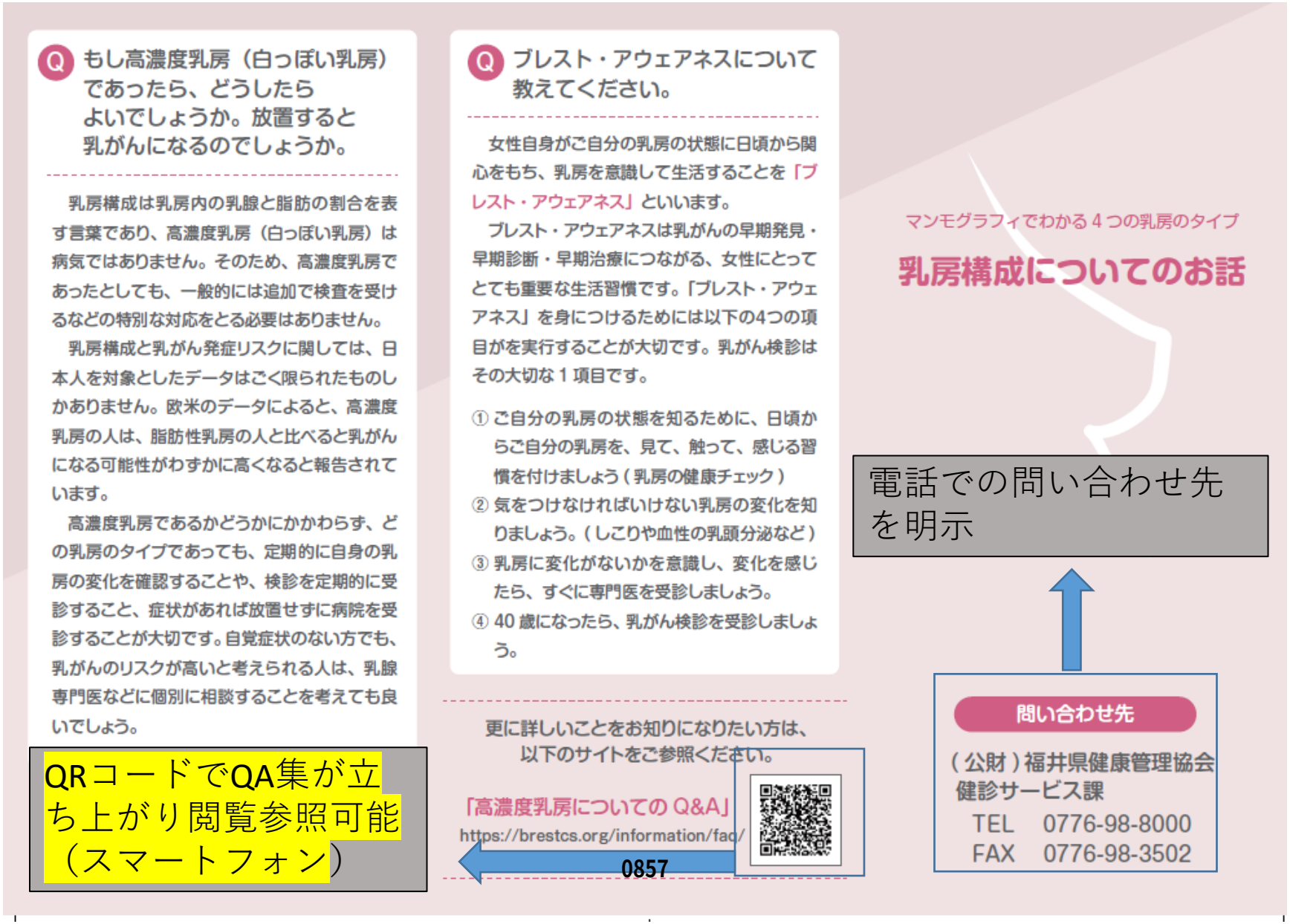
マンモグラフィでは乳がんなどの乳房の病気は白く写ることが多く、高濃度乳房では白い乳腺の陰に病気が隠れることがあり、がんが見つかりにくいと考えられています。

Q 乳房構成の判定や変化について教えてください。

年齢が若いほど、高濃度乳房になりやすい（白っぽく写る）傾向にあります。乳房構成はマンモグラフィの写真を目で見て判断されるもので、厳密に区別することが難しい場合もあります。

そのため、乳がん検診を毎年受診していたとしても、ある年に乳腺散在乳房と評価された方が、翌年には不均一高濃度乳房と評価されることもあります。

【研究成果（物）　５】3年目に使用した乳房構成についての配布資料（Ａ４・三つ折りパンフレット）



Q もし高濃度乳房（白っぽい乳房）であったら、どうしたらよいでしょうか。放置すると乳がんになるのでしょうか。

乳房構成は乳房内の乳腺と脂肪の割合を表す言葉であり、高濃度乳房（白っぽい乳房）は病気ではありません。そのため、高濃度乳房であったとしても、一般的には追加で検査を受けるなどの特別な対応をとる必要はありません。

乳房構成と乳がん発症リスクに関しては、日本人を対象としたデータはごく限られたものしかありません。欧米のデータによると、高濃度乳房の人は、脂肪性乳房の人と比べると乳がんになる可能性がわずかに高くなると報告されています。

高濃度乳房であるかどうかにかかわらず、どの乳房のタイプであっても、定期的に自身の乳房の変化を確認することや、検診を定期的に受診すること、症状があれば放置せずに病院を受診することが大切です。自覚症状のない方でも、乳がんのリスクが高いと考えられる人は、乳腺専門医などに個別に相談することを考えても良いでしょう。

QRコードでQA集が立ち上がり閲覧参照可能（スマートフォン）

Q ブレスト・アウェアネスについて教えてください。

女性自身がご自分の乳房の状態に日頃から関心をもち、乳房を意識して生活することを「ブレスト・アウェアネス」といいます。

ブレスト・アウェアネスは乳がんの早期発見・早期診断・早期治療につながる、女性にとってとても重要な生活習慣です。「ブレスト・アウェアネス」を身につけるためには以下の4つの項目がを実行することが大切です。乳がん検診はその大切な１項目です。

① ご自分の乳房の状態を知るために、日頃からご自分の乳房を、見て、触って、感じる習慣を付けましょう（乳房の健康チェック）
② 気をつけなければいけない乳房の変化を知りましょう。（しこりや血性の乳頭分泌など）
③ 乳房に変化がないかを意識し、変化を感じたら、すぐに専門医を受診しましょう。
④ 40 歳になったら、乳がん検診を受診しましょう。

更に詳しいことをお知りになりたい方は、以下のサイトをご参照ください。

「高濃度乳房についての Q&A」
https://brestcs.org/information/faq/

0857

マンモグラフィでわかる４つの乳房のタイプ

乳房構成についてのお話

電話での問い合わせ先を明示

問い合わせ先

（公財）福井県健康管理協会
健診サービス課
TEL　0776-98-8000
FAX　0776-98-3502

【研究成果６】

ブレスト・アウェアネス：「乳房を意識する生活習慣」の推進

【4つのポイント】

1. 自分の乳房の状態を知る
2. 乳房の変化に気をつける
3. 変化に気づいたらすぐ医師に相談する
4. 40歳になったら2年に1回乳がん検診を受ける

【研究成果（物）６】ブレスト・アウェアネス啓発パンフレット（Ａ４・三つ折りパンフレット）

Q「自己触診」とはどこが違うの？

自己触診は、自分で行う「検診行為」という意味合いで使われ、検診の代替えとして位置づけられます。そのため、異常を探したりしこりを見つけたりすることに主眼が置かれます。
しかし実際には、その手技は煩雑で習得が難しいため、継続できずやめてしまったという話もよく聞かれます。

ブレスト･アウェアネスは、あくまで「生活習慣」として位置付けられます。自分の乳房の状態をまず知り変化に気を付けることは、日常生活の中でも十分取り組め、継続できます。また、この生活習慣を身につけることで、乳房と乳がんに対する関心が高まり、様々な情報を十分活用すること（ヘルス・リテラシー）の向上も期待されます。

まず自分の乳房の状態を知ることから始めましょう。特に閉経前の女性は、月経周期に伴う変化を知ることも大切です。
日頃から自分の乳房を意識し、その状態を知っておくことで、はじめて異常の出現に気が付けるのです。

Q 高濃度乳房や偽陰性について教えてください

乳がん検診（マンモグラフィ）で 100%乳がんが検出されるわけではありません。がんがあるのに検診で発見されない場合、これを乳がん検診の偽陰性と言います。「高濃度乳房」は乳腺組織が豊富でマンモグラフィ上白っぽく写るタイプの乳房のことで、偽陰性が増える傾向にあることが指摘されています。

検診から次回の検診までの間にブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）を実践することで、このような偽陰性例の早期の発見につながることが期待できます。高濃度乳房の人はもちろん、高濃度乳房でない人も、日頃から自分の乳房を意識する習慣を身につけましょう。

更に詳しいことをお知りになりたい方は、
以下のサイトをご参照ください。

「高濃度乳房についての Q&A」
https://brestcs.org/information/faq/

乳房を意識する生活習慣

ブレスト・アウェアネス



このパンフレットは
令和２年度　厚生労働科学研究費補助金
（がん対策推進総合研究事業）
「乳がん検診の適切な情報提供に関する研究」
の助成を受けたものです。

0859

date3.pdf (brestcs.org)

【研究成果（物）６】ブレスト・アウェアネス啓発パンフレット（Ａ４・三つ折りパンフレット）

「ブレスト・アウェアネス」って何？

ブレスト・アウェアネスは、乳房を意識する生活習慣です。
具体的には、日ごろの生活の中で次の４つを行いましょう。

ブレスト・アウェアネスの４つのポイント

1. 自分の乳房の状態を知る
2. 乳房の変化に気をつける
3. 変化に気づいたらすぐ医師に相談する
4. 40 歳になったら 2 年に 1 回乳がん検診を受ける



1 自分の乳房の状態を知る

日頃から「自分の乳房の状態を知る」ことがまずブレスト・アウェアネスの第一歩です。入浴やシャワーの時、着替えの時、ちょっとした機会に自分の乳房を見て、触って、感じてみましょう。入浴の際に、石鹸を付けて撫で洗いするのもいいでしょう。

2 乳房の変化に気をつける

普段の自分の乳房の状態を知ることで、初めて、変化に気が付けます。
しこりを探す（自己触診）という行為や意識は必要ありません。「いつもと変わりがないかな」という気持ちで取り組みましょう。
変化として注意するポイントは

- ✔ 乳房のしこり
- ✔ 乳房の皮膚のくぼみや引きつれ
- ✔ 乳頭からの分泌物
- ✔ 乳頭や乳輪のびらん

などです。

3 変化に気が付いたらすぐ医師に相談する

しこりや引き連れなどの変化に気付いたら、次の検診を待つことなく病院やクリニックなどの医療機関を受診しましょう。
大丈夫だろうと安易に自己判断することなく専門医の診察を受けましょう。

4 40 歳になったら、2年に1回乳がん検診を受ける

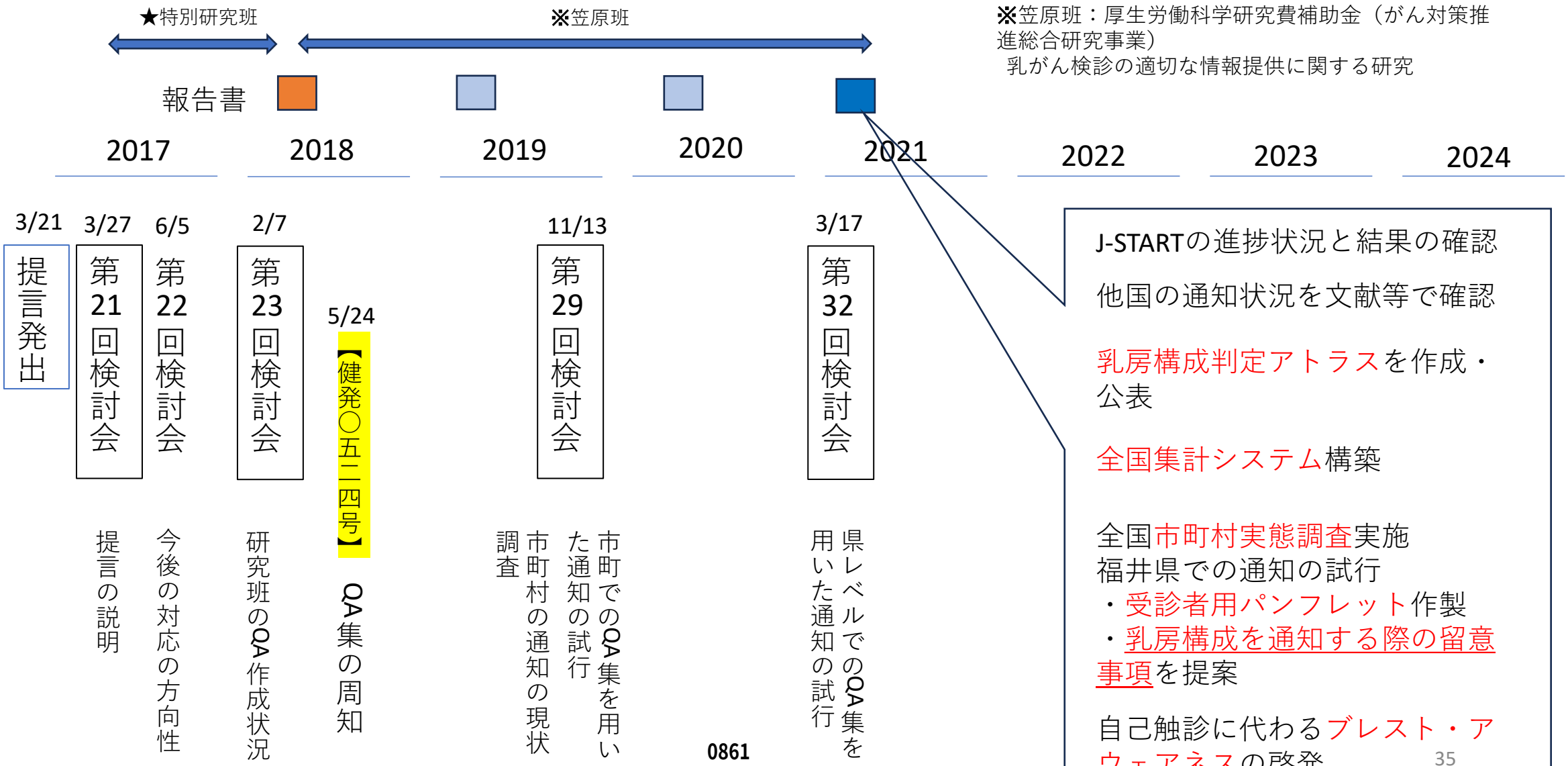
乳がん検診の目的は、乳がんでなくなる女性を減らすことです。現在厚生労働省が推奨している乳がん検診（マンモグラフィ）は「死亡率を減少させることが科学的に証明された」有効な検診です。40 歳以上の女性は、2 年に 1 回、定期的に検診を受けましょう。
また、「異常あり」いう結果を受け取った場合には必ず精密検査を受けるようにしましょう。

date3.pdf (brestcs.org)

「高濃度乳房」に関する提言・研究班・厚生労働省の動き

★特別研究班：厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究

※笠原班：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
乳がん検診の適切な情報提供に関する研究



J-STARTの進捗状況と結果の確認

他国の通知状況を文献等で確認

乳房構成判定アトラスを作成・公表

全国集計システム構築

全国市町村実態調査実施
福井県での通知の試行
・受診者用パンフレット作製
・乳房構成を通知する際の留意事項を提案

自己触診に代わるブレスト・アウェアネスの啓発

まとめ

- 『対策型乳がん検診における「高濃度乳房問題」の対応に関する提言』発出後、乳がん検診における乳房の構成(高濃度乳房を含む)の適切な情報提供に資する研究（１年間）と乳がん検診の適切な情報提供に関する研究（３年間）が実施された。

- 受診者むけのQA集が作成・発出され、さらに、乳房構成の判断基準の設定（乳房構成作成アトラス）、全国データの収集（乳房構成の全国集計システムの構築）、通知の試行による説明パンフレットの作成と課題の抽出、通知の際の留意事項の整理、ブレスト・アウェアネスの啓発などが行われた。これらを通じて、自治体が受診者に乳房構成を伝えるための制度・術的基盤、及び説明資料がかなり整備されたと判断する。

- 現在の市町村の乳房構成の通知の実態とその際の課題を再度明らかにし、今後の通知のあり方を検討していく必要がある。

第46回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和８年３月23日（月）	

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

二重読影に関する規定について

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

0863

これまでの経緯

〇令和７年６月19日「明るい社会保障改革推進議員連盟」の提言に、「がん検診におけるAIを活用した二重読影」が盛り込まれた。
〇令和７年12月24日に内閣府が開催した第26回規制改革推進会議において、今後の検討課題として「医師による画像読影等におけるAI活用の促進」が挙げられた。その後、令和８年２月12日に内閣府が開催した第９回健康・医療・介護ワーキング・グループにおいて、厚労省より、AIと診断等との関係やがん検診における読影手法等について説明した（具体的には次ページ以降のとおり）。

令和７年６月19日「明るい社会保障改革推進議員連盟」 提言（一部抜粋）

２． 全ての国民が健康に活躍できるための予防・健康づくりに更なる推進
がん検診における AI を活用した二重読影について、医師の業務負担軽減や検査精度の向上・均てん化等の観点から、エビデンスを踏まえて活用・推進を検討する。

令和７年12月24日第26回規制改革推進会議　資料１（一部抜粋）

- 第26回規制改革推進会議で、「規制・制度改革の今後の検討課題（案）」が提示された。
- 「規制・制度改革の今後の検討課題（案）」のうち、「１．強い経済の実現」として、「AIの社会実装の促進」があげられた。
- このなかで、AIの活用により、効率的で質の高い医療の提供と医師の業務負担の軽減を目的として、「医師による画像読影等におけるＡＩ活用の促進」が検討事項の例として提示された。

令和８年２月12日規制改革推進会議　第９回健康・医療・介護ワーキング・グループ

- がん検診の指針において、胃がん検診における胃部エックス線検査、肺がん検診における胸部エックス線検査、乳がん検診における乳房エックス線検査（マンモグラフィ）全てにおいて医師２名以上で読影を実施する「二重読影」を定めているところ、AI技術を活用したプログラム医療機器を使用することで、医師１名による読影手法の検討について提言があった。

- 「人工知能（AI）を用いた診断、治療等の支援を行うプログラムの利用と医師法第17条の規定との関係について」（平成30年12月19日付け医政医発1219第１号厚生労働省医政局医事課長通知）」の内容、がん検診の指針における具体的な記載内容、今後の検討事項について報告した。

0864

人工知能（AI）を用いた診断、 治療等の支援を行うプログラムについて

○「人工知能（AI）を用いた診断、治療等の支援を行うプログラムの利用と医師法第17条の規定との関係について」（平成30年12月19日付け医政医発1219第１号厚生労働省医政局医事課長通知）」において、下記のとおり報告されている。

「人工知能（AI）を用いた診断、治療等の支援を行うプログラムの利用と医師法第17条の規定との関係について」（一部抜粋）

- 人工知能（AI）を用いた診断、治療等の支援を行う プログラムを利用して診療を行うことについて、本研究において行った AI 等の ICT を用いた診療支援に関する調査等を踏まえ 、「AIは診療プロセスの中で医師主体判断のサブステップにおいて、その効率を上げて情報を提示する支援ツールに過ぎない」、「判断の主体は少なくとも当面は医師である」等と整理している。

- 人工知能（AI）を用いた診断・治療支援を行うプログラムを利用して診療を行う場合についても 、診断、治療等を行う主体は医師であり、医師はその最終的な判断の責任を負うこととなり、当該診療は医師法（昭和23年法律第201号）第17条の医業として行われるものであるので、十分ご留意をいただきたい。

まとめ

- 人工知能（AI）を用いたプログラム医療機器が診療の主体となる医師の代わりに診断を行うことはできない。

0865

がん検診の基本的な考え方

１．がん検診の実施主体

○ がん検診は、実施主体によって、**①住民検診**（※１）、**②職域検診**（※２）、**③その他のがん検診**（※３）に区分される。

（※１）市区町村が健康増進法に基づいて努力義務として行う健康増進事業の一部
（※２）保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるもの
（※３）人間ドックなど個人が任意で受けるもの

○ このうち**①住民検診**については、国は、以下の「がん検診の基本的な考え方」に基づき、**推奨する検診方法を指針**（※４）**において示している**（指針に基づかない検診方法を用いて実施することは推奨していない）。

（※４）がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 （平成20年３月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）

＜参考：職域検診とその他のがん検診に係る国の指針等＞

職域検診：指針（※４）を踏まえて作成したマニュアル（※５）において、科学的に推奨される検診方法を参考として示している。
その他のがん検診：国立がん研究センターが作成したガイドラインにおいて、科学的に推奨される検診方法を示している。
（※５）職域におけるがん検診に関するマニュアル

２．がん検診の基本的な考え方

○ **①住民検診**におけるがん検診は、**がんの「死亡率減少」を目的として対策型検診として実施**することを国が推奨しており、国が対策型検診として推奨するにあたっては、国立がん研究センターが作成した**ガイドラインで整理された科学的知見に基づき、死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回ることが明らかな検診方法を確認**している。

○ その他、死亡率減少効果が明らかとなっていない検診方法のうち、がんの「早期発見」を目的とした、個人の判断に基づく任意型検診として各実施主体において提供されているがん検診も存在する。

指針で定めるがん検診の内容

■ 厚生労働省は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成２０年３月３１日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

種類	検　査　項　目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査 のいずれか	５０歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	２年に１回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	２０歳代	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 ※実施体制が整った自治体で選択可能		５年に１回 ※罹患リスクが高い者については1年後に受診
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
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	４０歳以上	年１回

0867

胸部エックス線検査の読影方法

○ 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）において、胸部エックス線検査の読影方法について、検診の精度向上と精度管理を目的として、「２名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影することとするが、このうち１名は、十分な経験を有する者とする。」と定めている。

指針（一部抜粋）

２名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影することとするが、このうち１名は、十分な経験を有する者とする。またその結果によっては、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が望ましい。

「肺がん検診の手引き」[*1]より

●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」に年１回以上参加すること

●第二読影医 ※ 1），2）のいずれかを満たす医師

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」に年１回以上参加すること

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」に年１回以上参加すること

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）の「肺癌検診における胸部Ｘ線写真の判定基準と指導区分[*2]」の「ｄ」及び「ｅ」に該当するもの

d：「異常所見を認め、肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」
e：「肺癌の疑い」

比較読影（がん検診の指針）

比較読影は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較しながら読影するものであり、地域の実情に応じて次のいずれかの方法により行う。

（ア）読影委員会等を設置して比較読影を行う方法

（イ）二重読影を行った医師がそれぞれ比較読影を行う方法

（ウ）二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が比較読影を行う方法

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）の「肺癌検診における胸部Ｘ線写真の判定基準と指導区分」によって行う。

[*1]「肺がん検診の手引き」2020 改訂のねらい―特に「読影医の条件」と「症例検討会の実施」について―

[*2] 肺癌検診における胸部 x 線検査の判定基準と指導区：hantei.pdf

0868

乳房エックス線検査（マンモグラフィ）の読影方法

○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）で、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）の読影方法について、 検診の精度向上と精度管理を目的として、「乳房エックス線写真の読影は、適切な読影環境の下で、二重読影（このうち１名は、十分な経験を有する医師であること。）により行う。」と定めている。

指針（一部抜粋）

第３　がん検診
　５　乳がん検診
　（１）検診項目及び各検診項目における留意点
　　②　乳房エックス線検査
　　ウ　乳房エックス線写真の読影は、適切な読影環境の下で、二重読影（このうち１名は、十分な経験を有する医師であること。）により行う。過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

別 紙　がん検診等実施上の留意事項
　２　乳がん検診
　　② 乳房エックス線検査の留意点
　　ウ　乳房エックス線写真の読影について
　　読影室の照度やモニタ、シャウカステンの輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、十分な経験を有する医師（日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了していることが望ましい。以下同じ。）による読影を行うことを原則とする。また、２名以上の医師（このうち１名は、十分な経験を有すること。）が同時に又はそれぞれ独立して読影する。
　　オ　その他
　　アからエの詳細については、日本乳がん検診精度管理中央機構が推奨するマニュアル等*1を参考とする。

*1「マンモグラフィによる乳がん検診の手引きー精度管理マニュアルー 第８版」や日本放射線学会/日本放射線技術学会編「マンモグラフィガイドライン第４版」等

胃部エックス線検査の読影方法

○ 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）において、胃部エックス線検査の読影方法について、検診の精度向上と精度管理を目的として、「原則として十分な経験を有する２名以上の医師によって行い、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。」と定めている。

指針（一部抜粋）

第３　がん検診
　２　胃がん検診
　　（１）検診項目及び各検診項目における留意点
　　　②　胃部エックス線検査
　　　　ウ　撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会によるマニュアル等*1を参考にすること。
　　　　オ　胃部エックス線写真の読影は、原則として十分な経験を有する２名以上の医師によって行い、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

*1「胃がん検診のための胃Ｘ線検査マニュアル2025改訂第３版（日本消化器がん検診学会）等

「胃がん検診のための胃Ｘ線検査マニュアル2025改訂第３版

胃X線画像の読影は、十分な経験を有する２人以上の医師による二重読影（ダブルチェック）が原則であり、必要に応じて、過去に撮影した胃X線画像と比較読影する。ダブルチェックには、①読影医が２人以上で同時に読影して読影判定を決定する、②２人以上の読影医が各々別個に読影するが、一方の読影所見を参考にしないで読影判定を決定する（クローズ方式）、③２人以上の読影医が各々別個に読影するが、１人目の読影医の読影所見を参考にして２人目の読影医が最終の読影判定を決定する（オープン方式）、などの方法がある。いずれの方法にも一長一短があり、検診機関の実情に応じて読影体制を構築することで構わない。

対策型胃X線検診の読影では、対象集団の年齢構成や男女比、有病者割合などを勘案しつつ、要精検率などのプロセス指標を適正に管理する必要がある。読影医には胃X線画像の読影力に加え、胃がん検診としての精度管理に対する理解が必要である。原則としてダブルチェックを行う読影医の少なくとも１人は、本学会認定医もしくは総合認定医とする。

胃内視鏡検査の読影方法

○ 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）において、胃内視鏡検査の読影方法について、「日本消化器がん検診学会によるマニュアル等*1を参考にすること。」と定めている。

○ 「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024年度版　改訂第２版」では、検診の精度向上と精度管理を目的として、ダブルチェックが定められている。

指針（一部抜粋）

第３　がん検診
　２　胃がん検診
　（１）検診項目及び各検診項目における留意点
　　がん検診の実施体制は、次のとおりとする。
　　③　胃内視鏡検査
　　胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会によるマニュアル等*1を参考にすること。

*1「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024年度版 改訂第２版」（日本消化器がん検診学会）等

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024年度版 改訂第２版

【Q&A】
Q８. 胃内視鏡検査の結果は、全例について必ず読影医によるダブルチェックが必要ですか。
A８. 質の高い検診を行うために必ず全例のダブルチェックが必須です。一部の抜き取り調査を行うだけでは不十分です。検診時に同時生検を行った場合は、生検に関する情報（生検部位や生検病理診断結果）もすべて読影医に提出します。検診結果区分は、読影医によるダブルチェックの終了後に決定されます。ダブルチェックのために検査医が読影医に提出すべき情報はⅨ章Ⅸ-２を参照してください。

【胃内視鏡検診のダブルチェックを実施する読影医の資格要件】
下記①～③のいずれかの条件を満たす者のうち、胃内視鏡検診運営委員会が適格性審査を行い、その力量を認めた者（各学会の指導医資格を有する者であることが望ましい）
①日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医
②日本消化器内視鏡学会専門医
③日本消化器病学会専門医

0871

今後について

〇国の推奨するがん検診における二重読影については、がんの見落とし防止を目的として、胸部エックス線検査について、平成４年に指針に定められ、その後、胃部エックス線検査（平成10年）、マンモグラフィ（平成12年）においても指針に定められた。

〇読影機器の技術進歩等により読影精度が高まっていることから、がん検診におけるエックス線を利用した検査において、全ての症例で二重読影を求めるのではなく、判定の精度を確保しながら、効率的に読影する手法の是非について、学会等の意見を聞きながら、がん検診のあり方に関する検討会で検討してまいりたい。

現状

- 現時点で確認できている資料によると、がん検診のエックス線検査における二重読影は、平成４年４月に通知した「老人保健法による健康診査について（老健第88号）」で肺がん検診について定められていた。

- その後、平成10年３月に通知した「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（老健第64号）」において、胃部エックス線検査の二重読影が定められ、平成12年３月に通知した「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（老健第65号）」において、マンモグラフィの二重読影が定められた。

- **<u>二重読影を平成４年に定めてから、30年以上経っている中で、読影機器の技術が進歩している</u>。**

  （例）胸部エックス線における主な技術革新（富士フイルム社）

  ・平成23年フラットパネルデバイス技術におけるCsIを用いた医療用エックス線装置の薬事認証
  従来型比1.3倍の高画質化を実現

  ・令和３年AI胸部X線画像病変検出ソフトウェア（CXR-AID）の薬事承認
  結節・腫瘤影、浸潤影、気胸が疑われる領域を検出しマーキング

- 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に報告された事例として、2010年から2025年の間にエックス線の読影で結果的に異常が判定できなかった事例が4件あった。
  （2013年、2020年、2023年、2024年に１件ずつ）

※医療事故情報収集等事業の公表データより、「エックス線」において「所見を認めない」と判断した症例のうち、判断後に、結果的に「所見が認められた」症例（＝異常陰影に気づかなかった）を集計　検索語：「エックス線」、「読影」、「所見・異常陰影の見落とし」等

今後の方向性（案）

○技術革新を踏まえて、読影医の負担軽減も勘案し、全ての症例に二重読影を求めることなく診断精度を確保しうる業務フローを整理してはどうか。

検証 ①

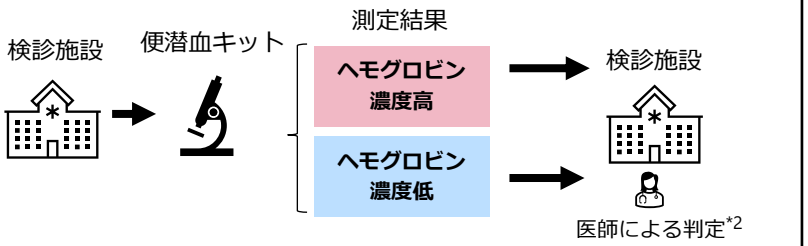
二重読影の規定を維持したまま読影医の負担を軽減するため、読影医の読影量を減らす業務フローの実現性を検証する。

大腸がん検診における便潜血検査の業務フローを参考に、腫瘤検出機器が受診者のエックス線画像をもとに、「異常陰影あり/なし」を検出[*1] する。

- 異常陰影が検出された症例については、読影を経ずに、その結果を踏まえて医師が「精密検査の要否」を判定する。
- 異常陰影が検出されなかった症例については、従来どおり、医師による二重読影のもと判定を行い、結果に応じて、「精密検査の要否」を判定する。

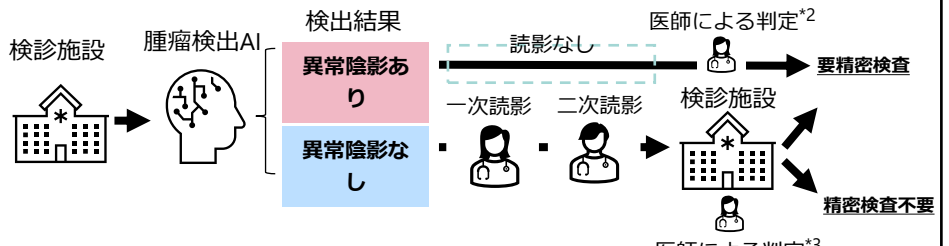
[*1]検診受診者にがんの罹患リスクを伝える者は医師であるため、当該検出は診断行為にならない。

現行の便潜血検査の業務フロー（例）



[*2]測定・検出結果に応じて、要精密検査有無を判断

AIを活用したエックス線検査の業務フロー（例）



[*3]読影結果に応じて、要精密検査有無を判断

検証②

二重読影の規定を不要とできるかを明らかにするため、一次読影と二次読影の結果の差が受診者のアウトカムに与える影響を検証する。

1. 自治体が保有するデータを用いて、がん検診における一次読影と二次読影の判定結果（がんが疑われる判定区分）の不一致率を確認する。（表１）
2. １．の分析において、不一致であった症例における精密検査の結果「がん」であった症例の割合を確認する。（表２）
3. 上記で算出した不一致率の値を参考に、全ての症例に二重読影を求めることなく診断精度を確保しうる業務フローについて検討する。

（表１）

一次読影医の判定	二次読影医の判定
がんの疑い	がんの疑い
異常なし	がんの疑い
異常なし	がんの疑い
がんの疑い	異常なし
…	…

（表２）

一次読影医の判定	二次読影医の判定	がん検診の判定	精密検査の結果
がんの疑い	がんの疑い	がんの疑い	肺がん
異常なし	がんの疑い	がんの疑い	異常なし
異常なし	がんの疑い	がんの疑い	異常なし
がんの疑い	異常なし	異常なし	ー
…	…	…	…

0873

資料15-9

第 16 回　HTLV-1 対策推進協議会

令和８年３月 13 日(金)
１６：００～１８：００
航空会館ビジネスフォーラム(Ｂ１Ｆ)

議事次第

１　開会

２　議題
（１）HTLV-1 総合対策の概略と現状の報告
（２）HTLV-1 に関する普及啓発事業について
（３）HTLV-1 感染実態と対策について
（４）患者会の活動報告
（５）今後の HTLV-1 の水平感染の普及啓発の在り方について
（６）その他

３　閉会

配布資料
資料１－１　HTLV-1 総合対策の概略と現状について（厚生労働省）
資料１－２　HTLV-1 母子感染予防対策等について(こども家庭庁)
資料２　　HTLV-1 に関する普及啓発事業について
資料３－１　HTLV-1 感染と予防対策の現状
資料３－２　HTLV-1 母子感染対策に関するこれまでの取組みと今後の展望
資料３－３　HTLV-1 感染実態と啓発・対策について
資料４－１　患者会の活動報告　アトムの会
資料４－２　患者会の活動報告　スマイルリボン
資料５－１　HTLV-1 における正しい知識の発信（厚生労働省）
資料５－２　今後の HTLV-1 の水平感染の普及啓発の在り方について
参考資料１　HTLV-1 対策推進協議会開催要綱

HTLV－1対策推進協議会　構成員名簿

構成員	所属
石渡 勇	公益社団法人日本産婦人科医会会長
岩本　愛吉	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 理事長特任補佐/研究開発戦略推進部 参事役
片山　修一	全国HAM患者友の会「アトムの会」会長
鴨川　司	長崎県福祉保健部こども政策局こども家庭課長
齋藤　滋	富山大学 学長
菅付　加代子	特定非営利法人スマイルリボン代表理事 理事長
塚崎　邦弘	国民健康保険 平戸市民病院 血液内科医師 埼玉医科大学 国際医療センター 造血器腫瘍科 客員教授
濵口 欣也	公益社団法人 日本医師会 常任理事
藤田　利枝	久留米市保健所 所長
俣野　哲朗	国立健康危機管理研究機構　理事
森内　浩幸	長崎大学高度感染症研究センター長
安河内　眞美	古美術商「ギャラリーやすこうち」店主
山野　嘉久	聖マリアンナ医科大学 脳神経内科 主任教授 難病治療研究センター　病因・病態解析部門　部門長
○ 渡邉　俊樹	聖マリアンナ医科大学血液・腫瘍内科特任教授 東京大学名誉教授　東京大学医科学研究所附属病院特別診療医

○：座長

参考人	所属
内丸　薫	東京大学 名誉教授、昭和医科大学 客員教授
相良　康子	日本赤十字社九州ブロック血液センター品質部シニアスタッフ

（五十音順・敬称略）

資料１－１

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

HTLV-1総合対策の概略と現状について

令和８年３月13日（金）　第16回HTLV-1対策推進協議会

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部
感染症対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

0876

ＨＴＬＶ－１対策の経緯

平成14年	• 第1回HTLV/ATL研究発表会開催。HTLV-1感染者疫学調査（JSPFAD）開始。
平成15年6月	• HAMの患者会「アトムの会」鹿児島で結成。
平成17年12月	• NPO法人「日本からHTLVウイルスをなくす会」設立。
平成20年5月	• HTLVの研究者や関連疾患の臨床医によって「HTLV-1研究会」が発足
平成21年7月	• 研究者・患者団体の有志により**「HTLV-1感染総合対策等に関する有識者会議」**が設置され、「厚生労働省が対策を総合的に推進する枠組みを確保し、継続的協議の場を設けるべき」と提言。
平成22年9月	• 菅首相(当時)が**「HTLV-1特命チーム」を**立ち上げ。
平成22年12月	• HTLV-1特命チーム第4回会合で**「HTLV-1総合対策」**がとりまとめられる。 • ５つの重点分野として、1)感染予防対策、2)相談支援、3)医療体制の整備、4)普及啓発、情報提供、5)研究開発の推進、から構成。
平成23年7月	• 第1回**「HTLV－1対策推進協議会」**開催。 • 総合対策の推進体制を着実なものとするため、厚生労働省の関係各課の連携、地方自治体や関係機関の協力の下、各種対策取組みを進めている。
平成24年4月	• 患者団体が統合され、NPO法人「スマイルリボン」を設立。
平成25年11月	• HTLV-1研究会を母体として「日本HTLV-1学会」設立。
令和3年3月	• 日本HTLV-1学会、患者団体からの、HTLV-１の5類感染症指定への要望に基づき、第1回「HTLV-1感染症の感染症法上の取り扱いを検討する小委員会」開催。
令和4年3月	• 第2回「HTLV-1感染症の感染症法上の取り扱いを検討する小委員会」開催。
令和4年6月	• 第62回「厚生科学審議会感染症部会」で感染症法上の取り扱いについて議論。
令和5年4月	• **「HTLV-1普及啓発事業実施要綱」**を定め、普及啓発等の事業を開始。
令和6年1月	• 第15回「HTLV-1対策推進協議会」を開催。 • HTLV-1総合対策における進捗情報共有及び厚生科学審議会感染症部会」での議論に基づき5類感染症指定に関するについて議論。

0877

HTLV-1総合対策の骨子

推進体制

国、地方公共団体、医療機関、患者団体等の密接な連携を図り、HTLV-1対策を強力に推進

- **●厚生労働省：**
  - **・HTLV-1対策推進協議会の設置**　患者、専門家等が参画し、協議会での議論を踏まえて、総合対策を推進
  - **・省内連携体制の確立と、窓口担当者の明確化**
- **●都道府県：　HTLV-1母子感染対策協議会**
- **●研究班：　HTLV-1・ATL・HAMに関連する研究班の総括的な班会議**　研究班の連携強化、研究の戦略的推進

重点施策

1　感染予防対策

○全国的な妊婦のHTLV-1抗体検査と、保健指導の実施体制の整備
○保健所におけるHTLV-1抗体検査と、相談指導の実施体制の整備

2　相談支援（カウンセリング）

○HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の整備
・相談従事者への研修の実施やマニュアル等の配布
※相談体制の構築や手引きの作成等において、患者団体等の協力も得ながら実施

3　医療体制の整備

○検査精度の向上や発症リスクの解明に向け、標準的なHTLV-1ウイルスのPCR検査方法等の研究の推進
○ATL治療に係る医療連携体制等の整備、地域の中核的医療機関を中心としたHAMの診療体制に関する情報提供
○ATL及びHAMの治療法の開発・研究の推進、診療ガイドラインの策定・普及

4　普及啓発・情報提供

○厚労省のホームページの充実等、国民への正しい知識の普及
○母子感染予防のため、ポスター、母子健康手帳に挟むリーフレット等を配布
○医療従事者や相談担当者に対して、研修等を通じて正しい知識を普及

5　研究開発の推進

○実態把握、病態解明、診断・治療等の研究を総合的・戦略的に推進
○HTLV-1関連疾患研究領域を設け、研究開発を推進

重点施策１　感染予防対策（保健所におけるHTLV-1抗体検査の導入）

特定感染症検査等事業において以下のとおり、**HTLV-1（ヒトＴ細胞白血病ウイルス１型）に関する検査及び相談事業**を実施している。HTLV-1厚生労働省健康局長通知「特定感染症検査等事業について」（健発0327012号）平成23年３月29日発出において、実施要綱が改正され、HTLV-1 に関する検査及び相談事業が明記された。

特定感染症検査等事業

1　事業の目的

感染症法に基づく「性感染症に関する特定感染症予防指針」に定められる性感染症及び**HTLV-1（ヒトＴ細胞白血病ウイルス１型）に関する検査及び相談事業**、感染症法に基づく「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」に定められるHIV抗体検査及びエイズに関する相談事業、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防促進事業、風しん抗体検査事業、麻しん抗体検査事業並びにエムポックス検査事業を促進することにより、これらの感染症の発生の予防・まん延防止及び治療対策の推進を図ることを目的とする。

2　事業の概要

保健所等で行う性感染症（性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症の５疾患）及び**HTLV-1に関する検査事業及び相談事業**、HIV抗体検査及びエイズに関する相談事業、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防促進事業、風しん抗体検査事業、麻しん抗体検査事業並びにエムポックス検査事業に対して補助をするもの。

0879

3　事業の実施主体等

【実施主体】都道府県、政令市及び特別区

【補助率】１/２

【Ｒ７予算額】1,213,328千円※

※　特定感染症検査・相談関係事業の内数

重点施策１　感染予防対策（検査・相談実績）

平成23年度から、特定感染症検査等事業において、HTLV-1に関する検査及び相談事業を国庫補助の対象項目として追加した。対象項目：性感染症、**HTLV-1**、HIV、肝炎ウイルス等。令和７年度の調査対象となった自治体数は157[1)]で回収率は100%であった。

件数	ホームページによるHTLV-1相談・検査体制の有無[2)]	検査件数	相談件数(延べ)	一般相談(内数)	HAM相談(内数)	ATL相談(内数)	母子感染相談(内数)	母子感染を除く感染相談(内数)[2)]
平成24年度	-	153	506	-	52	89	-	-
平成25年度	-	202	514	-	65	91	-	-
平成26年度	-	170	443	-	38	103	-	-
平成27年度	-	279	463	-	108	95	-	-
平成28年度	-	118	314	-	47	34	-	-
平成29年度	-	174	310	-	39	39	-	-
平成30年度	-	206	384	-	15	52	-	-
令和元年度[3)]	-	-	-	-	-	-	-	-
令和２年度[3)]	-	-	-	-	-	-	-	-
令和３年度	-	123	568	295	52	100	145	-
令和４年度	-	87	432	331	30	6	78	-
令和５年度	-	230	483	325	58	24	162	-
令和６年度	40	307	624	388	28	42	173	133

1）中核市の追加等があり、各年度において対象自治体数は異なる
2）令和７年度調査（令和６年度実績）より新たに追加した調査項目
3）新型コロナウイルス感染症の流行等のため調査未実施

0880

重点施策１　感染予防対策

HTLV-1 の母子感染については、これまでの様々な取組みにより感染者数は減少した。一方でHTLV-1の垂直感染に加えて水平感染による伝播が生じている可能性があるため、**今後は水平感染対策も重要な課題**となっている。

水平感染

- **臓器移植** ― 1997年以降は、臓器提供者（ドナー）適応基準にHTLV-1抗体が追加されたことで阻止。
- **輸血感染** ― 1986年以降は、日赤の抗体スクリーニングが始まったことで阻止。
- **その他（性感染症等）** ― HTLV-1の水平感染（青少年期以降の感染）の実態に関する第２次調査（2013-2020年）では、HTLV-1水平感染者推測数（補正）について、**4,750名/年**の新規感染者が生じていると報告され、第１次調査（2005-2011年）の**1.13倍**であった[1)]。

垂直感染

- **母子感染** ― 母子感染には、HTLV-1に感染したTリンパ球を含む母乳を介した感染ルートが主体である。母子感染率は、**母乳を制限しなかった場合15-20%**とされているが、**完全人工栄養を行った場合は 3-6%程度まで減少する**と報告[2)]されている。

→　母子感染予防対策の詳細は、資料１－２、資料３－２参照

1）第15回HTLV-1対策推進協議会　資料２　HTLV-1感染実態について
2）厚生労働科学研究班による HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル （第 2 版）

0881

重点施策２　相談支援（カウンセリング）

厚生労働省ホームページでは、相談支援体制の整備のために各都道府県のHTLV-1（ATL、HAM、母子感染を含む）の相談窓口を公開し、検索ができるようにしている。さらに、同ホームページにおいて、HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶ（厚生労働省委託事業でHTLV-1研究班合同委員会が運営する外部サイト）の情報もご案内している。

このように、HTLV-1普及啓発事業実施要綱（令和５年４月に策定）に基づき、キャリア、医療従事者、キャリアのご家族やパートナー等が、気軽に相談できる体制を整備している。

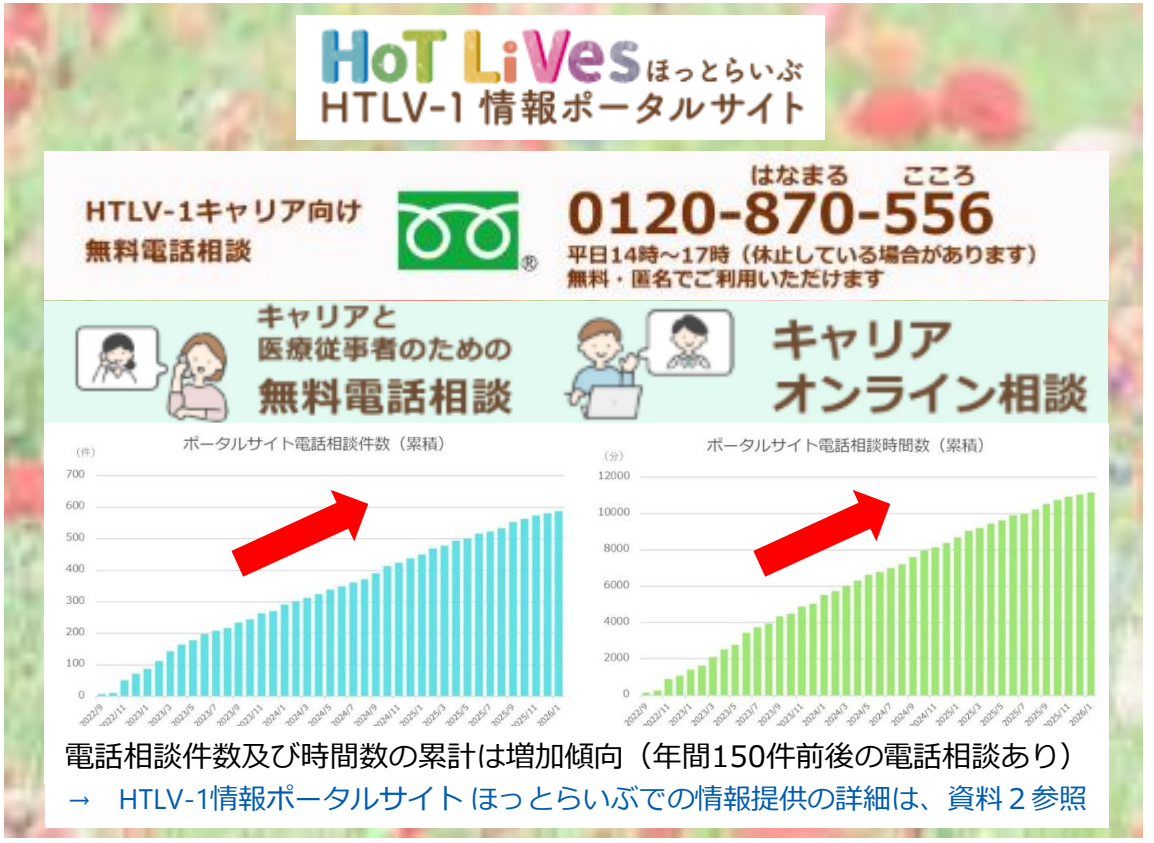
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

HTLV-1相談・医療機関検索

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

相談窓口

HTLV-1情報ポータルサイト HoT LiVesをご案内
https://htlv1.jp/

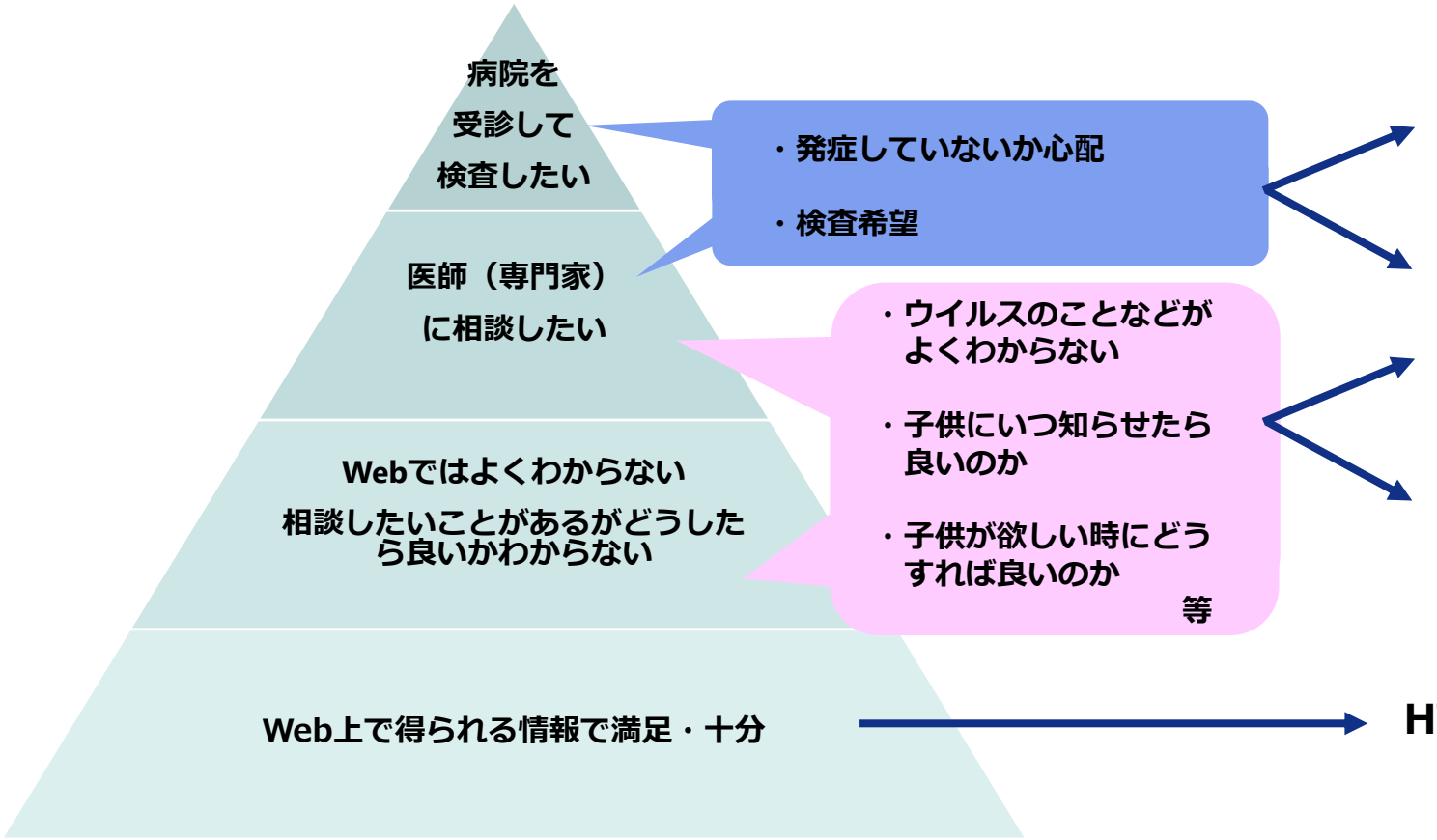


0882

重点施策２　相談支援（カウンセリング）

電話相談やオンライン相談を利用し、必要に応じて専門医のいる医療機関へつながるよう、適切な支援が行き届く仕組みになっている。

HTLV-1キャリアの相談・診療ニーズと対応



専門医のいる医療機関

日本HTLV-1学会登録医療機関22施設
またはJSPFAD参加施設

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare　HoT LiVes ほっとらいぶ HTLV-1 情報ポータルサイト

オンライン相談

HTLV-1陽性または
その疑いのある方への受診勧奨
（HTLV-1の専門医師が対応）

HoT LiVes ほっとらいぶ HTLV-1 情報ポータルサイト

電話相談

キャリアと医療従事者等のための
HTLV-1電話相談
（専門知識を持った看護師が対応）

HoT LiVes ほっとらいぶ HTLV-1 情報ポータルサイト

HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶ

（2022年９月７日公開）

HoT LiVes ほっとらいぶ HTLV-1 情報ポータルサイト

厚生労働科学研究　「HTLV-1総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整備と適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究」
（研究代表者：渡邉俊樹　聖マリアンナ医科大学　医学部）

0883

重点施策２　相談支援（カウンセリング）

HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の整備のために、相談従事者への研修の実施や手引き等の作成・配布を行っている。これらの一部は、患者団体等の協力も得ながら実施している（資料１－２参照）。

HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶでは、HTLV-1を学びたい医療従事者や行政担当者向けに、e-learningとして、HTLV-1とその関連疾患の動画を提供しており、時間や場所を問わず、最新の詳細な知識を習得できる（資料２参照）。

相談担当者向けマニュアル

「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル（第２版）」の作成

- HTLV-1による母子感染を予防するための診療上の留意点などを医師に対し周知する手引きを作成した。
- 平成21年度厚生労働科学特別研究「HTLV-1の母子感染予防に関する研究」（研究代表者：齋藤 滋、富山大学大学院）の報告書を元にして元に作成された「HTLV-1母子感染予防対策医師向け手引き」をアップデートしたものであり、2022 年 11 月 に作成。
- 妊婦に対するHTLV-1スクリーニングの進め方、HTLV-1キャリア妊婦のカウンセリングの進め方とポイント、業務上の感染について 等が掲載されている。

研修の実施

- HAM患者に対する相談・支援のための研修、ATL患者に対する相談・支援のための研修を実施している。
- 母子保健指導者養成研修においてHTLV1についての講習も実施している。

e-learning

HTLV-1やHTLV-1関連疾患に関する以下のようなトピックについて、無料で動画をみて学ぶことができる。

- ウイルスと感染（HTLV-1とは、HTLV-1の感染経路、HTLV-1感染診断のアルゴリズム、HTLV-1感染対策の現状と国際的な動向）
- ATL（ATLとは、ATLの新たな治療法開発）
- HAM（HAMの病態形成機序、HAMのリハビリ）
- ぶどう膜炎（HTLV-1ぶどう膜炎/HTLV-1関連ぶどう膜炎とは）

0884

重点施策３　医療体制の整備（ATL治療に係る医療連携体制等の整備）

第4期がん対策推進基本計画にHTLV-1総合対策等について記載しているほか、がん診療連携拠点病院等の整備指針及び関連事務連絡において、がん相談支援センターが情報提供する項目の１つとしてHTLV-1関連疾患であるATLを示している。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月　閣議決定）　抜粋

１．がん予防　（１）がんの１次予防　②感染症対策

（現状・課題）

HTLV-1について、国は、平成 22（2010）年に取りまとめられた「HTLV-1総合対策」に基づき対策を進めている。また、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。）において、HTLV-1の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV-1の検査法の改善等に関する研究を行っている。

（取り組むべき施策）

国は、感染予防対策を含めたHTLV-1総合対策等を引き続き推進する。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月　健康局長通知別添）　抜粋

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

５．相談支援及び情報の収集提供

（１）がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「がん相談支援センター」という。（略））を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと。

①～⑧（略）

<u>がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針に関するQ&Aについて（令和４年９月　事務連絡）</u>

Ⅱの５の（１）のがん相談支援センターの業務内容は具体的にはなにか。

（答）　-抜粋-

② がんの治療に関する一般的な情報の提供

ア がんの病態や標準的治療法　イ 自施設で対応可能ながん種や治療法等の診療機能及び、連携する医療機関

ウ アスベストによる肺がん及び中皮腫　<u>エ HTLV-1関連疾患であるATL</u>　オ セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介

カ 高齢者のがん治療　キ 患者の治療や意思決定

0885

重点施策３　医療体制の整備（指定難病のHAM等に係る医療連携体制等の整備）

難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針や難病の医療提供体制の構築に係る手引きの中で、HAM等の難病に関する医療提供体制整備を示している。

難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成27年厚生労働省告示第375号）抜粋

第三 難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項

（１）基本的な考え方について

難病は、発症してから確定診断までに時間を要する場合が多いことから、できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する。その際、難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することを踏まえ、それぞれの連携を強化するよう努める。

第七 難病の患者の療養生活の環境整備に関する事項

（１）基本的な考え方について

難病は患者数が少なく、その多様性のために他者からの理解が得にくいほか、療養が長期に及ぶこと等により、難病の患者の生活上の不安が大きいことを踏まえ、難病の患者が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、難病の患者を多方面から支えるネットワークの構築を図る。

難病の医療提供体制の構築に係る手引き（平成２９年４月１４日難病対策課長通知別紙）抜粋

第３ 難病の医療提供体制における各医療機能と連携の在り方（モデルケース）

（略）難病の医療提供体制に求められる医療機能と当該機能に対応する医療機関のモデルケースを以下１から５までに示す。

これら個々の医療機能を満たす機関と難病の患者の療養生活を支援する機関が相互に連携し、必要な難病医療及び各種支援が円滑に提供されるよう、難病の患者への支援策等の実施、評価及び改善を通じて、必要な医療提供体制の構築に努めることが求められている。また、その内容を、患者やその家族、その他の関係者等に分かりやすく周知する必要がある。

1 より早期に正しい診断をする機能（都道府県難病診療連携拠点病院)
　原則、都道府県に一か所、指定する。
2 専門領域の診断と治療を提供する機能（難病診療分野別拠点病院）
3 身近な医療機関で医療の提供と支援する機能（難病医療協力病院）
4 身近な医療機関で医療を提供する機能(一般病院、診療所)
5 小児慢性特定疾病児童等の移行期医療に係る機能(移行期医療に係る医療機関)

重点施策３　医療体制の整備（診療ガイドライン作成）

厚生労働科学研究や新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業（AMED）においても、疾患の早期発見と適切な治療を受けられる体制を整えるためガイドラインを作成している。

新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業、AMED

- HTLV-1キャリア診療ガイドライン2024

- HTLV-1の基礎知識Q&AHTLV-1キャリア診療ガイドライン2024別冊
「HTLV-1総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整備と
適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究
（研究代表者：渡邉俊樹　聖マリアンナ医科大学　医学部）







- HTLV-1感染の診断指針第３版（2024年３月）
「HTLV-1水平感染の動向と検査法・検査体制の整備」
（研究代表者：三浦清徳　長崎大学　医学部）

難治性疾患政策研究

- HTLV-1陽性関節リウマチ患者診療の手引（Q&A）第３版（2025年３月作成）
「HAMならびに類縁疾患の患者レジストリによる診療連携体制および
相談機能の強化と診療ガイドラインの改訂」
（研究代表者：山野嘉久　聖マリアンナ医科大学　医学部）




- HTLV-1関連脊髄症（HAM）診療ガイドライン2025
「HAMおよびHTLV-1陽性難病患者のレジストリを活用した診療体制の強化による医療水準ならびに患者QOLの向上」
（研究代表者：山野嘉久　聖マリアンナ医科大学　医学部)

0887

重点施策３　医療体制の整備（検査法の改善等）

各研究班において、HTLV-1感染症の診断精度の向上及び検査体制の拡充を目的として、従来の抗体検査の改良及び簡便な検体を用いた検査の実用化を検討した。また、HTLV-1核酸検査（定性法、定量法）の感度及び精度の確認を実施し、妊婦健診等の核酸検査の感度を上げることで、確認検査の判定保留例の診断を可能とし、検査フローの最適化を行った。

検査法の課題

- HTLV-1感染の診断は主として抗体検査に依存しているが、感染初期には抗体検出が困難な場合がある。
- 検査普及のためには、血清分離を必要としない簡便な検査への需要が高い。
- ウエスタンブロット法による確認試験において判定保留となる例が存在する。

検査法の改善

- **ラインブロット（LIA）法の改善**
  抗HTLV-1抗体の検出感度を向上させるためLIA法の改良を行い、従来法と比較して診断精度の向上させた。
  →　IgGに加えて、IgMも同時に検出できるようになり、感染早期の診断が可能となった。

- **HTLV-1 イムノクロマト法（POCT）の改善**
  全血検体及び乾燥血液スポット（DBS）を用いた検査への応用を検討した。
  →　臨床現場で広く利用可能な迅速診断キット開発のため、全血（濾紙血）を用いた新規迅速検査法を開発した。

- **抗体検査・核酸検査のフローの評価・最適化**
  確認検査ではLIA法とPCR法を併用することで診断精度を向上させた。
  →　判定保留例の大幅な減少が可能となった

HTLV-1感染症の診断精度の向上および検査体制の拡充が期待される

AMED　新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業　「HTLV-1 疫学研究及び検査法の標準化に関する研究」2014-2016 （研究代表者：浜口 功　国立感染症研究所）
「HTLV-1水平感染の動向と検査法・検査体制の整備」2023-2025（研究代表者：三浦清徳　長崎大学産婦人科）

重点施策４　普及啓発・情報提供（研究班等における情報提供）

HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶは、HTLV-1キャリアやその関係者等が必要とする信頼性の高い情報を、いち早く、わかりやすく届けるために、HTLV-1関連の研究者と臨床家が執筆・監修している総合的な情報サイトである。

幅広い対象者にむけて、HTLV-1のみならずHTLV-1関連疾患についても情報提供を行っている。さらに、患者（HTLV-1キャリアを含む）や医療従事者向けの研究参加・登録システムとしての機能も有している。

JSPFAD

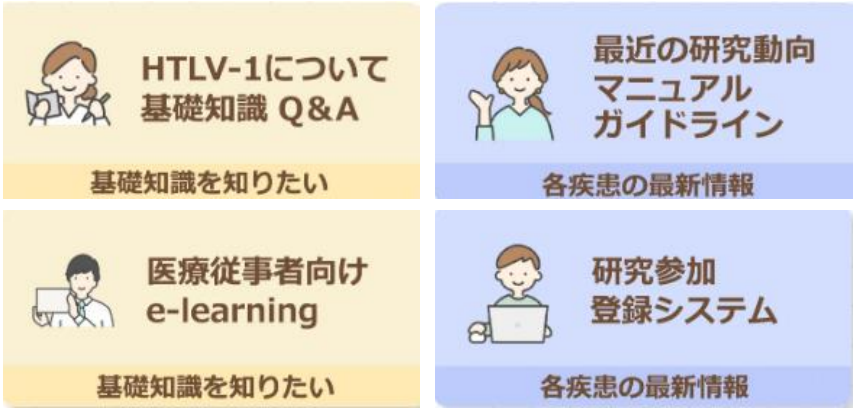
- 運営：　HTLV-1感染者コホート共同研究班
- 目的：　HTLV-1キャリアの血液検査結果を解析し、重篤な疾患の前兆をつかみ将来的な治療や発症予防への活用
- 内容：　HTLV-1感染者コホート共同研究に関する情報提供、研究発表会・イベント・講演会・動画・ガイドライン等に関する情報

HAMねっと

- 運営：　HAM患者レジストリ「HAMねっと」を活用した病態解明および治療法・予防法の開発に関する研究
- 目的：　より多くのHAM患者の臨床情報や生体試料を収集し、HAMの病態解明や治療法の開発への活用
- 内容：　HAMに関する最新情報、診断・疾患活動性評価・治療効果判定の検査受託、医療従事者向けの相談対応、共同研究等

アグレッシブATL
レジストリ・バイオレポジトリ

- 運営：アグレッシブ成人T細胞白血病リンパ腫を対象とした全国一元化レジストリ・バイオレポジトリ研究
- 目的：予後不良な希少がんであるアグレッシブATLを対象とした全国規模の患者登録システム及び試料収集・保管システムの構築
- 内容：レジストリ研究に関する情報提供を実施（AMED　革新的がん医療実用化研究事業において支援あり）



一般国民、医療関係者、患者及びキャリア、そのご家族やパートナー等が、相談支援や情報提供を受けられるように、厚生労働省ホームページから、様々な関連情報へアクセスできる仕組みを整備している。

厚生労働科学科学研究事業及び国立研究開発法人日本医療研究開発機構事業（AMED）の研究班、学会等が連携して運営している。

0889

重点施策５　研究開発の推進（令和７年度HTLV-1関連疾患研究領域研究課題）

HTLV-１関連疾患に対して戦略的に研究を行い、総合的な対策に寄与するため、疫学的な実態把握、病態解明、発症の予防、新規医薬品の開発、診断･治療法の開発･確立等にわたるHTLV-１関連疾患研究領域を設置。毎年「HTLV-１関連疾患研究領域研究班合同発表会」を公開で開催（オンライン併用）し、厚生労働省・こども家庭庁・AMEDの支援課題について広く情報共有を実施し、連携を強化している。

所管	事業	研究開発課題名	研究代表者
AMED	新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業	HTLV-1潜伏感染制御・根治に向けたiPS細胞由来抗CADM1-CAR-T細胞開発に関する研究	立川 愛
		HTLV-1水平感染の動向と検査法・検査体制の整備	三浦 清徳
		ゲノム情報を基盤としたHTLV-1感染症の病態形成機序の解明及び発症リスク予知アルゴリズム開発に関する総合的研究	山岸 誠
		経胎盤感染予防に資する次世代抗HTLV-1抗体医薬製剤開発研究	水上 拓郎
		ウイルス因子と宿主トランスクリプトームの融合による超高精度HTLV-1関連疾患発症予測法および革新的発症予防法の開発	山野 嘉久
	新興・再興感染症研究基盤創生事業（多分野融合研究領域）	HTLV-1 感染症のエピゲノムコードの解読と戦略的創薬を目指した基礎・臨床融合データサイエンス	山岸　誠
		多分野融合研究によるHTLV-1感染症のウイルス感染病態全容解明	佐藤 賢文
	再生・細胞医療・遺伝子治療実現加速化プログラム	iPS細胞由来抗CADM1-CAR-T細胞によるATL治療法開発に関する研究	俣野 哲朗
		ATL細胞への革新的送達技術の確立と治療応用	安永 純一朗
		HTLV-1関連脊髄症（HAM）の治療開発を加速する患者特異的iPS細胞を用いた次世代神経病態モデルの開発	山野 嘉久
	難治性疾患実用化研究事業	HAM・HTLV-1陽性難治性疾患の患者レジストリを活用したエビデンス創出研究	山野 嘉久
		HTLV-1 関連脊髄症の自己免疫仮説の実証に基づく新規治療法開発	中島 誠
	革新的がん医療実用化研究事業	ATL新規治療標的同定と、個別化医療への展開	下田 和哉
		アグレッシブ成人T細胞白血病リンパ腫を対象とした全国一元化レジストリ・バイオレポジトリ研究	福田 隆浩
	革新的がん医療実用化研究事業	T細胞性腫瘍に対するCART細胞療法の医師主導治験	渡邊 慶介
		成人T細胞性白血病/リンパ腫に対するTax特異的T細胞受容体遺伝子導入免疫細胞療法の医師主導治験	神田 善伸
	医療分野国際科学技術共同研究開発推進事業 先端国際共同研究推進プログラム（ASPIRE）	グローバルなHTLV-1潜伏拡大の制御	俣野 哲朗
	開発途上国・新興国等における医療技術等実用化研究事業	血液を介する感染症の簡易診断キットの開発	荏原 充宏
厚生労働省	厚生労働行政推進調査事業費 新興･再興感染症及び予防接種政策推進研究事業	HTLV-1総合対策進捗の現状把握と「普及・啓発・相談対応」の改善・強化のための課題把握とその解決策の検討	渡邉 俊樹
	厚生労働科学研究費 難治性疾患政策研究事業	HAMおよびHTLV-1陽性難病患者のレジストリを活用した診療体制の強化による医療水準ならびに患者QOLの向上	山野 嘉久
こども家庭庁	こども家庭科学研究事業 次世代育成基盤研究事業	HTLV-1キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究	内丸 薫

重点施策５　研究開発の推進（実態把握、病態解明、治療開発等の研究）

各研究班の連携により、全国一元化レジストリ・バイオレポジトリが構築されており、HTLV-1、HAM、ATL の診療実態把握、病態解明、治療開発に生かされている。例えば、近年、ATLのリスク集団の特定や発症予測等が可能となっており、AMEDの研究班においても検討を進めている。

全国一元化レジストリ・バイオレポジトリの構築

▼

HTLV-1、HAM、ATLの実態把握、病態解明、治療開発

例：キャリアからATL発症のリスク評価法の導入

- **リスク集団の特定**[1)]

  末梢血単核球の中のHTLV-1感染細胞の割合＞４％　→　ATL発症高リスク群と考える（キャリアの25%が該当）

- **ATL発症予測**[2)]

  ポリクローナルな感染細胞集団の中にモノクローナルに増殖したクローンが出現　→　ATL発症高リスクと考える

- **感染細胞の形質変化の指標（HAS-Flow法）**[3)]

  CADM１発現＋CD７発現の低下を認める　→　ATL細胞と考える（可視化）

0891

1）Iwanaga et al., Blood 2010
2）Karpe et al., Lancet Microb 2025
3）Saito et al.,　Haematologica. 2025
4）Kobayashi et al.,Clin Cancer Res. 2014

資料１－２

HTLV-1 母子感染予防対策等について

こども家庭庁成育局
母子保健課

0892

こどもまんなか
こども家庭庁

HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス－１型）母子感染予防対策について

経緯

平成２２年９月、総理官邸にＨＴＬＶ－１特命チームが設置され、ＨＴＬＶ－１母子感染予防対策として、妊婦健康診査におけるＨＴＬＶ－１抗体検査の実施、母子感染予防のための保健指導やカウンセリング体制づくりを行うことが決定。平成２２年１２月には、医療体制の整備や研究開発の推進を含めた総合対策がとりまとめられた。

１．妊婦健診におけるＨＴＬＶ－１抗体検査の実施

①平成２２年１０月６日付けで、通知を改正、発出
　・ＨＴＬＶ－１抗体検査を、妊婦健康診査の標準的な検査項目に追加
　・ＨＴＬＶ－１抗体検査を、妊婦健康診査臨時特例交付金に基づく公費負担の対象とできるよう、補助単価（妊婦１人当たり）の上限額を改定
②平成２２年１１月１日付けで、自治体及び関係団体に対し、抗体検査の実施方法等について通知
③受診券方式の１，６０７市区町村全てにおいて、ＨＴＬＶ－１抗体検査を実施（令和６年４月現在）
　（ 残りの１３４市区町村については、補助券方式（指定項目明示なし）等により実施）

２．ＨＴＬＶ－１母子感染対策事業の都道府県における実施状況（令和６年４月１日現在）　※国庫補助未活用自治体を含む

○HTLV-1母子感染対策協議会の設置

◆協議会を設置（既存事業で対応を含む）→ 36道府県
◆協議会での検討事項　○抗体検査の実施状況の把握　○キャリア妊婦への支援・連携体制　○相談窓口・研修・普及啓発等

○HTLV-1母子感染関係者研修事業の状況

◆研修実施状況　　○医療従事者を対象に実施 → 34道府県　　○相談窓口従事者を対象に実施 → 36道府県
◆主な研修内容
　○HTLV-1抗体検査についての基礎知識　○母子感染に係る保健指導等に関する研修
　○母子感染予防に関する研修　　○母親への相談対応に関する研修　等

○HTLV-1母子感染普及啓発の状況

◆普及啓発を実施（既存事業で実施を含む）→ 38都道府県
◆普及啓発方法　　○リーフレット・ポスターの作成　○ホームページや広報誌に掲載
　○母親学級のテキストに記載　　○妊娠届出時にHTLV-1検査に関する説明の実施　　等

※平成２２年度に保健指導・カウンセリングの体制づくりとして、マニュアル（医師向け、保健師等向け）の印刷・配布、妊婦向けリーフレットの作成・配布、ＨＴＬＶ－１対策全国研修会を国において実施

0893

HTLV-1等母子感染対策加算（性と健康の相談センター事業の一部）

令和８年度予算案　性と健康の相談センター事業　６億円の内数（６億円の内数）【平成23年度創設】

事業の目的

○　HTLV-1等の母子感染について、妊婦に対するHTLV-1抗体検査等の適切な実施、相談体制の充実、関係者の資質向上、普及啓発の実施等により、HTLV-1等母子感染を防ぐ体制の整備を図り、地域におけるHTLV-1等母子感染対策の推進を目的とする。

事業の概要

◆ 事業内容

（１）HTLV-1等母子感染対策協議会の設置
　　HTLV-1等の母子感染対策の体制整備を図るため、関係行政機関、医療関係団体、有識者等をもって構成するHTLV-1等の母子感染対策協議会を設置。

（２）HTLV-1等母子感染対策関係者研修
　　医療機関においてHTLV-1等の母子感染対策に携わる医師、助産師、看護師、市区町村の職員等に対し、HTLV-1等母子感染対策に必要な基本的・専門的知識等を習得させるための研修を実施

（３）HTLV-1等母子感染普及啓発
　　リーフレットやポスター等を作成する等により、HTLV-1等母子感染について妊婦等へ普及啓発を実施。

◆ 実施自治体数　31自治体　（※　令和６年度変更交付決定ベース）

実施主体等

◆ 実施主体　：都道府県　　◆ 補 助 率　：国１／２、都道府県１／２　　◆ 補助単価：月額 1,685,000円

（参考） 都道府県における取組状況（令和5年４月１日現在） ※国庫補助未活用自治体を含む

（１）HTLV-1母子感染対策協議会の設置自治体：37都道府県
　　協議会での検討事項：抗体検査の実施状況の把握、キャリア妊婦への支援・連携体制、相談窓口・研修・普及啓発　等

（２）HTLV-1母子感染関係者研修実施自治体　：医療従事者向け研修　34都道府県、相談窓口従事者向け研修　37都道府県
　　主な研修内容：HTLV-1抗体検査についての基礎知識、母子感染に係る保健指導等に関する研修、母子感染予防に関する研修
　　母親への相談対応に関する研修　等

（３）HTLV-1母子感染普及啓発実施自治体：38都道府県
　　普及啓発方法：リーフレット・ポスターの作成 、ホームページや広報誌に掲載、母親学級のテキストに記載、妊娠届出時にHTLV-1検査に関する説明の実施　等

こどもまんなか
こども家庭庁

プレコンセプションケア推進5か年計画（概要）

～性と健康に関する正しい知識の普及と相談支援の充実に向けて～

背景と経緯

- 「成育医療等基本方針(令和５年３月改定)」にプレコンセプションケアの推進についての方針が定められたほか、「経済財政運営と改革の基本方針2024」に「**相談支援等を受けられるケア体制の構築等プレコンセプションケアについて５か年戦略を策定した上で着実に推進する**」旨が盛り込まれた。
- 若い世代が自分の将来を展望する際に、性や健康・妊娠に関する正しい知識の取得方法や、相談する場所・手段について、必ずしも広く知られていない現状を踏まえ、「**プレコンセプションケアの提供のあり方に関する検討会　～性と健康に関する正しい知識の普及に向けて～**（座長：五十嵐隆国立成育医療研究センター理事長）」において、プレコンセプションケアに係る課題と対応について整理を行い、「**プレコンセプションケア推進5か年計画**」を策定。

プレコンセプションケアの概念及び現状・課題とその対応にあたっての基本的な考え方

１．プレコンセプションケアに関する概念の普及

- プレコンセプションケアは「**性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う**」概念であるが、言葉自体や概念についての認知度は低い。
- 思春期から成人期に至るまで、性別を問わず**全ての人が、発達段階や状況に応じてプレコンセプションケアという概念を知り、それに関する知識について、適切に身につけることは重要**。

２．プレコンセプションケアに関する相談支援体制の充実

- プレコンセプションケアに関する相談先として、自治体における「性と健康の相談センター」等があるが、広く知られていない現状がある。
- 若い世代の方が、**より相談しやすくなるような体制づくりが必要**。

３．専門的な相談支援体制の強化

- 基礎疾患のある女性が、説明を受けないまま、妊娠する方がいる実情や、かかりつけ医等と産婦人科医の連携が不十分という指摘も。
- **産婦人科以外の医師もプレコンセプションケアに関して十分な知識を持つ**とともに、かかりつけ医等と産婦人科医の必要な連携に資する情報提供資材が必要である。

今後５年間の集中的な取組

〈目標〉
認知度　80%
プレコンサポーター
5万人以上

対象者層



性や健康に関する正しい知識の普及と情報提供

★**SNS等を活用した積極的な情報発信**。
★**プレコンセプションケアの普及に係る人材（プレコンサポーター）を育成**するとともに、啓発資材の作成等、自治体・企業・教育機関等における**講演会等の開催支援**。

〈目標〉
相談窓口認知度
100%

相談支援の充実（一般相談）

★「性と健康の相談センター」等プレコンセプションケアに関する**一般的な相談ができる窓口の認知を推進**。
★**身近な地域において**医療機関等も含め、**専門家による相談支援体制の整備**を図る。
★夜間休日対応の実施や、電話・オンライン相談、メールやSNSの活用等、**相談者の利便性に配慮。**

〈目標〉
専門相談医療機関数
200以上

相談支援の充実（専門相談）

★基礎疾患を有する方等が、医療機関等でプレコンセプションケアに関する相談ができるよう、**全国に相談窓口を展開**するとともに、専門外の医師の適切な対応にも資するよう、**医療者用相談対応マニュアルを作成し、周知**。

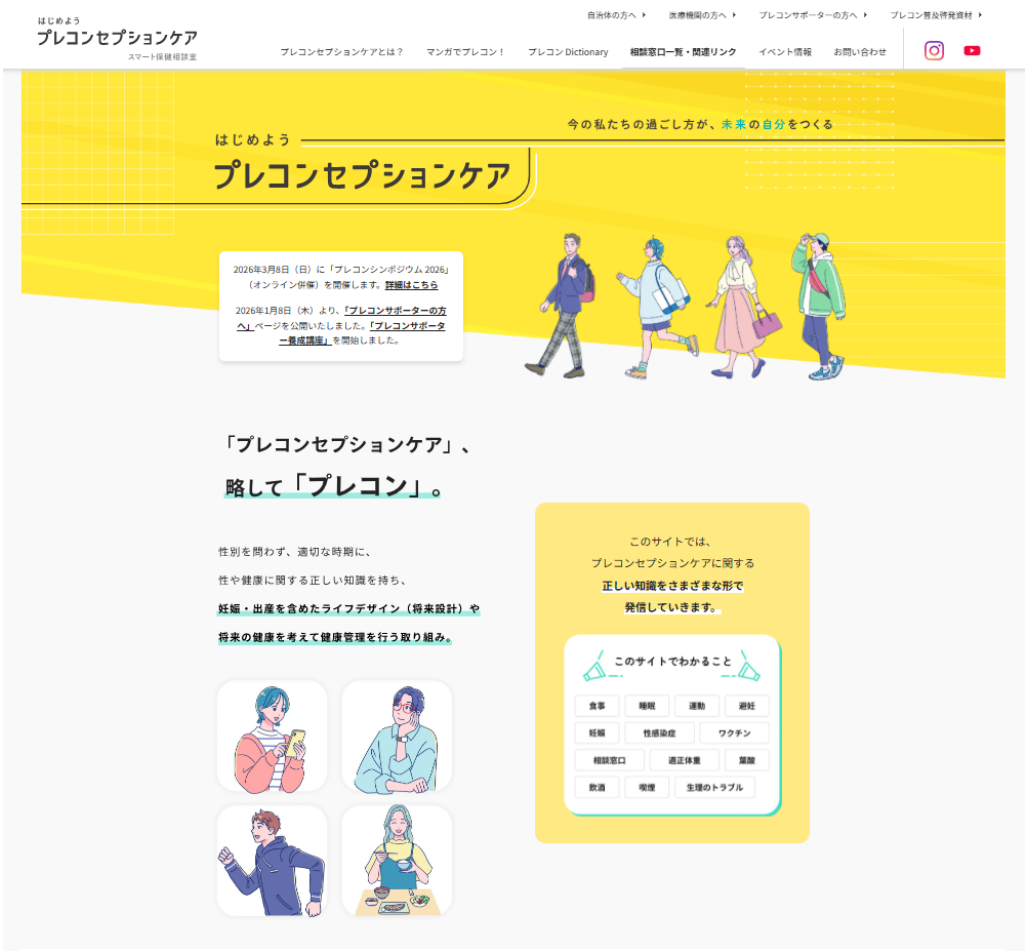
取組推進にあたって

- プレコンセプションケアの推進にあたっては、**若い世代の意見を聴き**、当事者のニーズに沿った取組を実施し**施策の効果を定期的に評価**。
- 国は、国立成育医療研究センターと連携し技術的に支援、自治体は国の「５か年計画」を参考に「**地方版推進計画**」を策定する等計画的に推進。

こどもまんなか
こども家庭庁

Webサイト「はじめよう プレコンセプションケア」

プレコンセプションケアの普及啓発のため、**Webサイト「はじめよう プレコンセプションケア」**を開設（**令和７年９月**）。
若い世代を含め、あらゆる方々に、プレコンセプションケアに関する概念をわかりやすく伝えるため、順次、記事や漫画、Q＆Aやショートドラマなどのコンテンツを充実させていく。



0896

【性感染症関連コンテンツ】



〈プレコンDictonary〉



〈マンガでプレコン！〉

Webサイト：はじめよう プレコンセプションケア

資料２

HTLV-1 に関する普及啓発事業について

令和８年３月13日（金）　第16回 HTLV-1対策推進協議会

日本HTLV-1学会理事長　渡邉　俊樹

0897

新規 HTLV-1に関する普及啓発・相談体制の整備

令和５年度当初予算案　8百万円（―）　※（）内は前年度当初予算額

1 背景

- 推定感染者は約80万人と言われているが、認知度が低い。
- 感染者は九州を中心とした西日本に多く、東日本に少ないと言われているが人口流入により都市部での感染者が増えてきている。
- 感染しても95%は生涯無症状だが、5%が成人T細胞性白血病を発症し予後不良とされており、0.3%が脊髄症を発症し歩行困難となる。
- 認知度が低く、また発症者も少ないため、診断に至るまで医療機関を転々とする例がある。
- 母子感染が中心であったところ、水平感染者が増加傾向であると推計がでた。
- 令和元年10月には日本HTLV-1学会及び患者会からHTLV-1を感染症法上の五類感染症に位置づける旨の要望書が提出された。
- HTLV-1の関係者の間でも感染症法上に位置づけることについて、意見の相違があったため、HTLV-1感染症の感染症法上の取り扱いを検討する小委員会を開催して議論を行ったところであり、いただいた意見を踏まえて感染症部会で改めて議論する方針としている。
- 要望書提出の背景には、HTLV-1の認知度が不足しており、サポート体制も不十分であることが原因として指摘されている。

2 事業の目的

HTLV-1についてメディア等を活用した広報を実施し、感染予防を啓発するとともにHTLV-1に対する理解の促進を図る。

日本HTLV-1学会に委託し、

◆ 産婦人科医、血液内科医、整形外科医、脳神経外科医等、主にHTLV-1の診断を行う医師や保健所職員を対象とした講習会等の実施、相談対応が可能となる専門性の高い医師等の育成

◆ 一般に広く周知するための啓発資材の作成

等を実施する。

厚生労働省委託事業　HTLV-1に関する普及啓発・相談体制の整備

（令和5年度～）

【事業の目的】

本事業は、一般社団法人日本ＨＴＬＶ－１学会（以下「日本ＨＴＬＶ－１学会」という）が行うＨＴＬＶ－１に関する普及啓発により、ＨＴＬＶ－１の正しい理解の促進を図るとともに、診断、治療を行う医師や保健所職員等の専門性向上を図るための講習会の開催、ＨＴＬＶ－１キャリアのための相談体制の整備等を行うことによって、ＨＴＬＶ－１総合対策の推進に資する事業を行うことを目的とする

【事業の内容】

1. ＨＴＬＶ－１に関する普及啓発：国民がＨＴＬＶ－１を正しく理解できるよう、インターネット、ポスター及びリーフレット等の媒体を用いて、ＨＴＬＶ－１の概要、検査・予防方法等の啓発を行う

2. ＨＴＬＶ－１に関する講習会の開催：ＨＴＬＶ－１の診断、治療、相談を行う医師や保健所職員等に対して、ＨＴＬＶ－１の専門性を向上させ、医療の均てん化を図るための講習会を開催する。なお、講習会は原則としてオンラインで開催する

3. ＨＴＬＶ－１に関する相談体制の整備：ＨＴＬＶ－１キャリア（ＨＴＬＶ－１関連疾患含む）のＱＯＬ向上に資するための相談体制を整備する

HTLV-1、キャリア感染、HAM、ATL、母子感染対策、輸血対策、地域医療の専門家等で構成される
HTLV-1に関する普及啓発事業運営委員会を立ち上げる

HTLV-1に関する普及啓発事業の取り組み（一覧）

① 「HTLV-1情報ポータルサイト　ほっとらいぶ」 維持管理

② 研修会・講習会の遠隔配信

③ e-learningコンテンツの作成・配信

④ 各種医療従事者、関連学会・医師会などへの啓発活動

⑤ HTLV-1相談整備体制

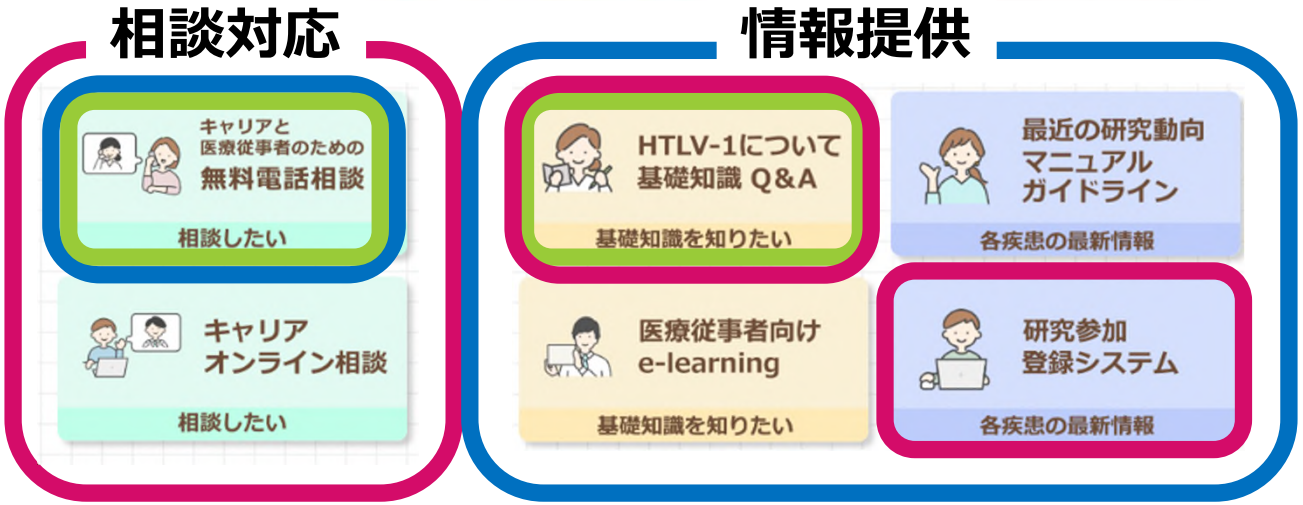
①「HTLV-1情報ポータルサイト　ほっとらいぶ」維持管理

情報提供＋相談対応の
プラットフォーム
（2022年9月7日公開）



幅広い対象者

医療関係者
患者・キャリア
一般国民



② 研修会・講習会の遠隔配信



③ e-learningコンテンツの作成・配信



②　研修会･講習会の遠隔配信

【令和6年度】

○　鹿児島大学市民公開講座「教えて！ATLとHAMのこと」
主催：鹿児島大学レトロウイルス学共同研究センター
共催：日本HTLV-1学会、NPO法人スマイルリボン

○　2024年世界HTLVデー記念講演会
主催：日本HTLV-1学会
共催：厚労省渡邉班、厚労省山野班、こども家庭庁内丸班、
AMED三浦班

○　令和6年度HTLV-1対策医療従事者等研修会
主催：岩手県
共催：日本HTLV-1学会

○　令和6年度HTLV-1対策講習会
主催：鹿児島県、鹿児島医師会
共催：日本HTLV-1学会

○　2024年長崎県HTLV-1母子感染防止に関する講習会
主催：長崎県ATLウイルス母子感染防止研究協力事業連絡協議会
共催：日本HTLV-1学会、AMED三浦班

【令和7年度】

○　令和7年度HTLV-1対策医療従事者等研修会
主催：岩手県
共催：日本HTLV-1学会

○　Viruses Webinar | 2025 The world HTLV Day
主催：Viruses, MDPI
共催：日本HTLV-1学会

○　2025年世界HTLVデー記念講演会
主催：鹿児島県、鹿児島医師会
共催：日本HTLV-1学会

○　2025年長崎県HTLV-1母子感染防止に関する講習会
主催：長崎県ATLウイルス母子感染防止研究協力事業連絡協議会
共催：日本HTLV-1学会、AMED三浦班、長崎県産婦人科学会他

○　厚生労働省・こども家庭庁・AMED支援課題
令和6年度HTLV-1関連疾患研究療育研究班合同発表会
主催：厚労省渡邉班
共催：日本HTLV-1学会、AMED三浦班

全国保健所等にHTLV-1に関する講習会等を開催（ライブ配信＆オンデマンド配信あり）

④　各種医療従事者、関連学会・医師会等への啓発活動

保健所・病院等への冊子の配布



医師会向け普及啓発のフライヤー配布



⑤ HTLV-1相談体制整備（日本HTLV-1学会登録医療機関）

日本HTLV-1学会は、HTLV-1感染者の診療および相談支援にあたるとともに、地域ごとの医療機関、保健所、赤十字血液センター、官公庁などにおけるHTLV-1感染者への対応の支援を行うことを目的とした「日本HTLV-1学会登録医療機関」の制度を2018年4月1日より開始した

対象施設一覧（2025年現在：22施設）

1. 東京大学医科学研究所附属病院（東京都）
2. 聖マリアンナ医科大学病院（神奈川県）
3. 大阪鉄道病院（大阪府）
4. 佐賀大学医学部附属病院（佐賀県）
5. 公益財団法人慈愛会今村総合病院（鹿児島県）
6. 鹿児島大学病院（鹿児島県）
7. 宮崎大学医学部附属病院（宮崎県）
8. 大分大学医学部附属病院（大分県）
9. 熊本大学病院（熊本県）
10. 琉球大学病院（沖縄県）
11. 国立病院機構九州がんセンター（福岡県）
12. 京都大学医学部附属病院（京都府）
13. 長崎大学病院（長崎県）
14. 岩手医科大学附属病院（岩手県）
15. 山形大学医学部附属病院（山形県）
16. 佐世保市総合医療センター（長崎県）
17. 福岡大学病院（福岡県）
18. 公立学校共済組合 中国中央病院（広島県）
19. 関西医科大学附属病院（大阪府）
20. 愛知県がんセンター（愛知県）
21. 医療法人社団清風会　清風会クリニック（宮崎県）
22. 東京都立駒込病院（東京都）

- HTLV-1無症候性キャリアのリスク評価を踏まえて相談と支援を行う
- 年度ごとのHTLV-1無症候性キャリア対応実績を、日本HTLV-1学会に報告し、学会を通じて厚生労働省に報告する

【まとめ】 HTLV-1に関する普及啓発事業における課題

HTLV-1に関する普及啓発事業の取り組み

① 「HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶ」 維持管理

② 研修会・講習会の遠隔配信

③ e-learningコンテンツの作成・配信

④ 各種医療従事者、関連学会・医師会などへの啓発活動

⑤ HTLV-1相談整備体制

今後の課題

① 「HTLV-1情報ポータルサイト ほっとらいぶ」 維持管理

② 研修会・講習会の遠隔配信及びe-learningコンテンツの作成・配信の継続

③ プッシュ型の情報発信（各種医療従事者、関連学会、医師会向け）

④ 認知度を高めるためのSNS等を利用した情報発信の工夫

⑤ HTLV-1相談体制の拡充（遠隔診療体制の利用促進を含む）



資料３－１

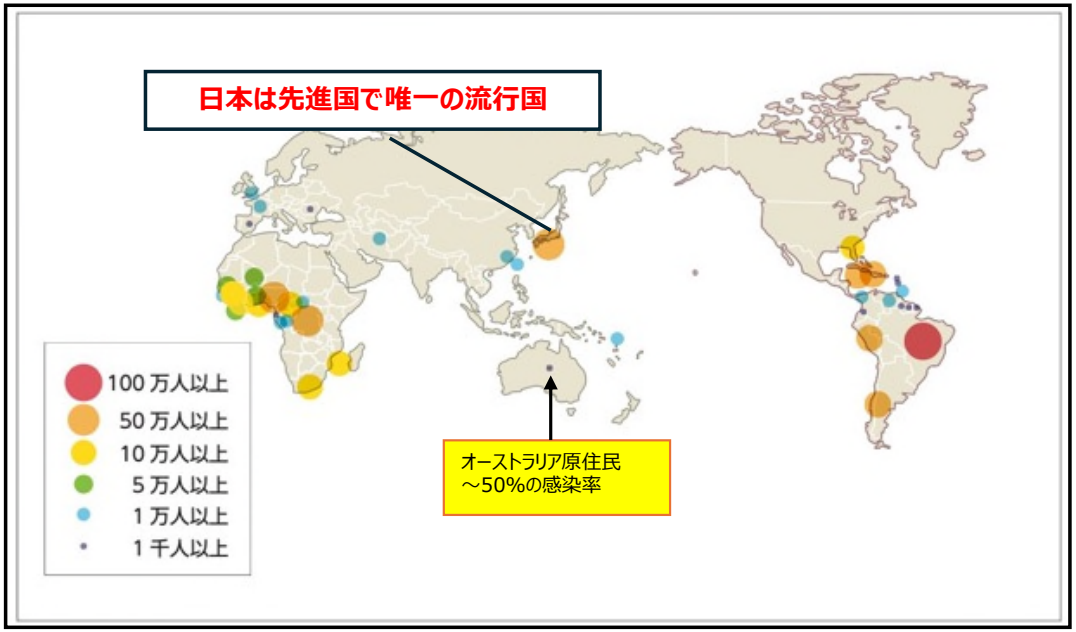
HTLV-1 感染と 予防対策の現状

令和８年３月13日（金）　第16回HTLV-1対策推進協議会

HTLV-1対策推進協議会　座長　　渡邉　俊樹

0907

HTLV-1感染の現状：世界と 日本



1. 世界分布：
   ６万年前の人類のアフリカ大陸からの移動に伴い世界に分布
   流行地域:西南日本、カリブ海地方、 中央アフリカ、南米、
   オーストラリア原住民
   非流行地域:ヨーロッパ、アジア大陸、北米、

2. 感染者総数：＞1500~2000万人
   （正確なデータは無い）

➢ **我が国の感染者数の推定：献血者データ**
120万人(1990年）→108万人（2010年）
→66万人(2020年）(過小評価）、実数は百万人程度？

我が国の感染者数の推定：献血者データ

1990年	2010年
推定キャリア数 **1,200,000人** うち、九州沖縄 **607,300人(50.6%)**	推定キャリア数 **1,079,000人** うち、九州沖縄 **493,000人(45.7%)**



Tajima K, et al. Int J Cancer 1990;45: 237-243.

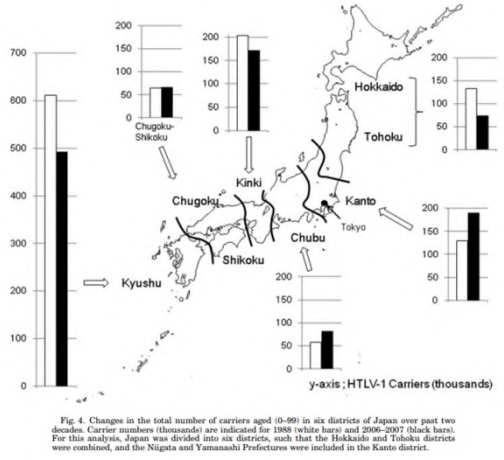


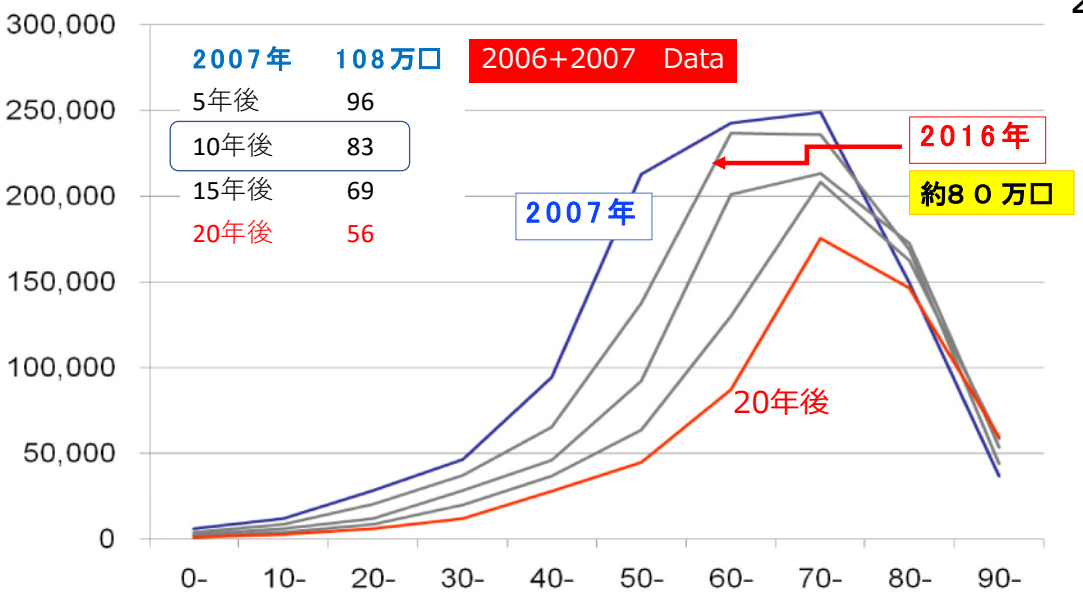
Fig. 4. Changes in the total number of carriers aged (0–99) in six districts of Japan over past two decades. Carrier numbers (thousands) are indicated for 1988 (white bars) and 2006–2007 (black bars). For this analysis, Japan was divided into six districts, such that the Hokkaido and Tohoku districts were combined, and the Niigata and Yamanashi Prefectures were included in the Kanto district.

Satake M, et al. J Med Virol 2012;84: 327-335.

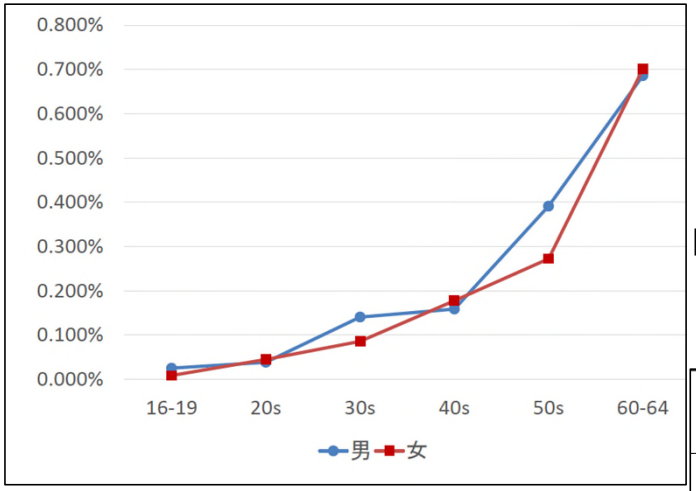
0908

HTLV-1キャリア数の推移の予想と 推定値の推移

日赤献血者の抗体陽性率データに基づく推定



2020-2021年齢別キャリア率（実測値）



日本赤十字社　相良康子博士
佐竹正博博士

地域別性別区分	HTLV-1キャリア推測数
九州男性	123,887
九州女性	235,041
九州以外　男性	117,810
九州以外　女性	177,395
合計	654,133

推定感染者数は想定以上に減少
＝実態を反映しているのか？

0909

HTLV-1感染と 予防対策の現状　まとめ

1．母子感染予防

- 妊婦検診「抗体陽性」→授乳制限が一般化してきた
- 厚労科研内丸班 「HTLV-1母子感染予防対策マニュアル」第２版
- 現在、母子感染者の実数は推定年間５０名以下

2．感染者数と水平感染：予防対策は取られていない

- 感染実数は常に過少評価されてきた
- 2021年度献血者データで66万人程度→約100万人と推定
- 水平感染は最新の推計データで年間約4,000件程度（相良博士）
- WHOはHTLV-1感染を性感染症の一つとして、世界的に予防対策を実施
- HAM、ぶどう膜炎に加え、**水平感染から多数のATL発症**も確認（投稿中）

第16回HTLV-1 感染対策推進協議会
2026. 3. 13
オンライン開催

資料３－２

HTLV-1母子感染対策に関するこれまでの取組みと今後の展望

こども家庭科学研究費　　成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

「HTLV-1 キャリア妊産婦の支援体制の構築に関する研究」

研究代表者

昭和医科大学　医学部客員教授
東京大学医科学研究所附属病院招聘講師
関東労災病院血液内科　非常勤医
都立墨東病院血液内科　非常勤医
公立昭和病院血液内科　非常勤医　　内丸　薫



0911

HTLV-1総合対策　2010.12～

HTLV-1総合対策の骨子（案）

資料3－2

推進体制

国、地方公共団体、医療機関、患者団体等の密接な連携を図り、HTLV-1対策を強力に推進

●厚生労働省：

・HTLV-1対策推進協議会の設置

患者、専門家等が参画し、協議会での議論を踏まえて、総合対策を推進

・省内連携体制の確立と、窓口担当者の明確化

●都道府県：　HTLV-1母子感染対策協議会

●研究班：　HTLV-1・ATL・HAMに関連する研究班の総括的な班会議　研究班の連携強化、研究の戦略的推進

重点施策

1　感染予防対策

○全国的な妊婦のHTLV-1抗体検査と、保健指導の実施体制の整備

○保健所におけるHTLV-1抗体検査と、相談指導の実施体制の整備

2　相談支援（カウンセリング）

○HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の整備

・相談従事者への研修の実施やマニュアル等の配布

※相談体制の構築や手引きの作成等において、患者団体等の協力も得ながら実施

3　医療体制の整備

○検査精度の向上や発症リスクの解明に向け、標準的なHTLV-1ウイルスのPCR検査方法等の研究の推進

○ATL治療に係る医療連携体制等の整備、地域の中核的医療機関を中心としたHAMの診療体制に関する情報提供

○ATL及びHAMの治療法の開発・研究の推進、診療ガイドラインの策定・普及

4　普及啓発・情報提供

○厚労省のホームページの充実等、国民への正しい知識の普及

○母子感染予防のため、ポスター、母子健康手帳に挟むリーフレット等を配布

○医療従事者や相談担当者に対して、研修等を通じて正しい知識を普及

5　研究開発の推進

○実態把握、病態解明、診断・治療等の研究を総合的・戦略的に推進

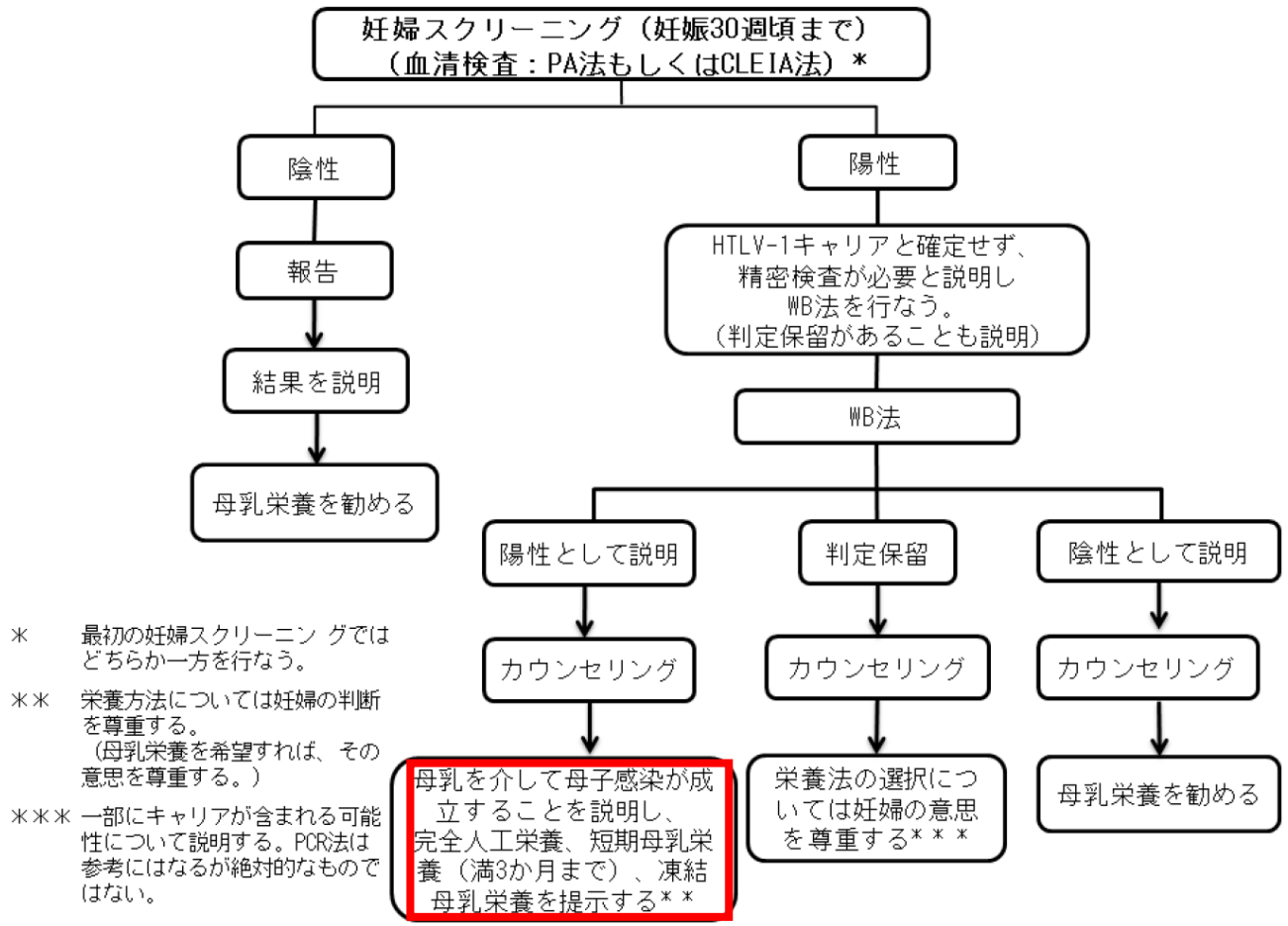
○HTLV-1関連疾患研究領域を設け、研究費を大幅に拡充

0912

2010.12HTLV-1特命チーム

HTLV-1総合対策開始時（2011年）のキャリアマザーに対する授乳指導方針

図１　HTLV-1スクリーニングの進め方



HTLV-1 母子感染予防対策 医師向け手引き

厚生労働特別科学研究「HTLV-1の母子感染予防に関する研究」斎藤　滋　2009

根拠となった乳汁栄養法別母子感染率

	対象	陽性者	陽性率
人工栄養	1553	51	3.3%
短期母乳（3M以下）	162	3	1.9%
長期母乳（4M以上）	525	93	17.7%
冷凍母乳	64	2	3.1%

検討数が少ない

富山大学　斎藤　滋　「HTLV-1の母子感染予防に関する研究」報告書



特に短期授乳による感染率の上昇がないことを
多数例で検証することを目的とした

厚労科研板橋班
HTLV-1母子感染予防に関する研究:
HTLV-1抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究

0914



厚労科研板橋班



厚労科研板橋班
HTLV-1母子感染予防に関する研究
HTLV-1抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究

2011年度～2019年度

3 母子感染予防のための乳汁選択

- 経母乳感染を完全に予防するためには母乳を遮断する必要があり、原則として完全人工栄養を勧める。
- 母乳による感染のリスクを十分に説明してもなお母親が母乳を与えることを強く望む場合には、短期母乳栄養（生後 90日未満）や凍結母乳栄養という選択肢もあるが、いずれも母子感染予防効果のエビデンスが確立されていないことを十分に説明する。
- 完全人工栄養を実施しても、母乳以外の経路で約３％に母子感染が起こりうることを説明する。
- 短期母乳栄養を選択しても、ときに授乳が中止できず母乳栄養期間が長期化する可能性があることをあらかじめ説明する。
- 経管栄養を必要とする早産低出生体重児に対しては、壊死性腸炎や感染症のリスクを考慮し、成熟した哺乳機能が確立するまで凍結母乳栄養にしたほうがよいかもしれない。
- 乳汁栄養法の選択は分娩前に決定しておくことが望ましい。
  変更があった場合も含めて診療録に記載し、医療スタッフは情報を共有しておく。

0915

日本産科婦人科学会診療ガイドライン
～産科編



2017年版

CQ612 HTLV-1 検査と陽性例の取り扱いは？

Answer

1. スクリーニング検査（ゼラチン粒子凝集法や酵素免疫測定法，化学発光免疫測定法）には偽陽性があることを認識する．(A)
2. スクリーニング陽性の場合，確認検査（ウェスタンブロット法）を行い，確認検査陽性の場合に HTLV-1 キャリアと診断する．(A)
3. HTLV-1 キャリアと診断した場合，慎重に本人に告知する（解説参照）．(A)
4. 検査結果を配偶者・家族などへ説明するか否かは，妊婦本人の意思に従う．(B)
5. HTLV-1 キャリアの場合，経母乳母子感染予防の観点から，以下の栄養方法を選択肢として呈示する．(B)
   1）人工栄養（推奨）
   2）凍結母乳栄養
   3）短期間（生後 90 日まで）の母乳栄養

Key words：HTLV-1，母子感染，栄養方法

2020年版

CQ612 HTLV-1 検査と陽性例の取り扱いは？

Answer

1. スクリーニング検査（ゼラチン粒子凝集法，化学発光免疫測定法，電気化学発光免疫測定法）には偽陽性があることを認識する．(A)
2. スクリーニング陽性の場合，以下のように検査を進め，HTLV-1 キャリアであるかを判定する．(A)
   1）LIA 法による確認検査を行い，陽性の場合は HTLV-1 キャリアと診断する．
   2）確認検査が判定保留の場合には，HTLV-1 核酸検出（PCR 法）行う．
   3）HTLV-1 核酸検出（PCR 法）が陽性の場合，HTLV-1 キャリアと診断する．
3. HTLV-1 キャリアと診断した場合，慎重に本人に告知する（解説参照）．(A)
4. 検査結果をパートナー・家族などへ説明するか否かは，妊婦本人の意思に従う．(B)
5. HTLV-1 キャリアの場合，経母乳母子感染予防の観点から，完全人工栄養を推奨する．(B)

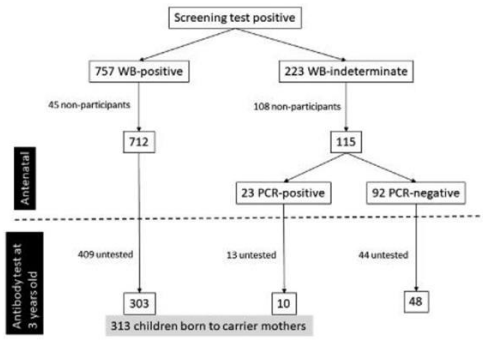
Key words：HTLV-1，母子感染，完全人工栄養

0916

厚生労働科学研究板橋班による新しいエビデンス

- 完全人工栄養が最も確実な予防方法である（これまでと変更なし）
- 短期母乳栄養（3か月以内）は完全人工栄養と母子感染率に明らかな差はない
- 凍結解凍母乳は検討された症例数が少なくエビデンスとしては不十分
- 短期母乳栄養を選択した母児の7.8%は6か月以上の長期母乳になっている。
- 生後4か月時点でも約20%が人工栄養に移行できていない可能性がある。
- 6か月以内の母乳栄養は完全人工栄養と比べて母子感染率が2.9倍高い。

HTLV-1抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究
（症例登録2012-2015年＝マニュアル改訂前）



フォロー率 42.6% (313/735)

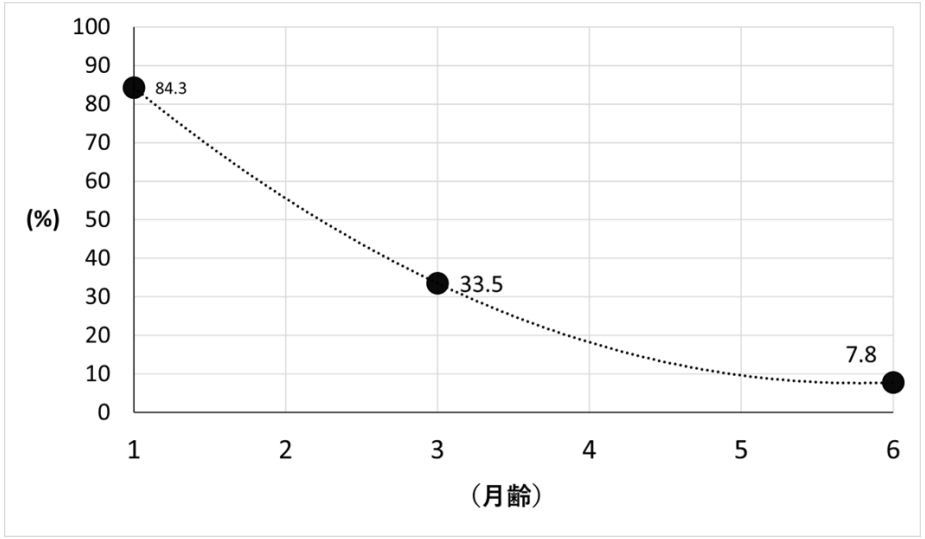
	母子感染率	95% C. I.
長期母乳栄養	16.7% (2/12)	-4.4% - 37.8%
短期母乳栄養（3か月以内）	2.3% (4/172)	0.0% - 4.6%
凍結解凍母乳	5.3% (1/19)	-4.8% - 15.3%
完全人工栄養	6.4% (7/110)	1.9% - 10.9%
全体	4.5% (14/313)	2.6% - 7.4%

ITT(intention-to-treat)

短期母乳栄養の母子感染リスク比（対完全人工栄養）
＝0.365 (0.116-1.145) ⇒母子感染リスクに差がない

短期母乳172名中104名は鹿児島県の母児
（鹿児島は77%の母親が短期母乳を選択）

T Itabashi, Pediatr Int (2021) 63, 284-289



0917

短期授乳を選択したキャリアマザーのうち20～30%は3か月以内の完全人工乳移行に失敗している

厚生労働科学研究板橋班による新しいエビデンス

- 完全人工栄養が最も確実な予防方法である（これまでと変更なし）
- 短期母乳栄養（3か月以内）は完全人工栄養と母子感染率に明らかな差はない
- 凍結解凍母乳は検討された症例数が少なくエビデンスとしては不十分
- 短期母乳栄養を選択した母児の7.8%は6か月以上の長期母乳になっている。
- 生後4か月時点でも約20%が人工栄養に移行できていない可能性がある。
- 6か月以内の母乳栄養は完全人工栄養と比べて母子感染率が2.9倍高い。



厚生労働科学研究
板橋班(2017)

改訂



厚生労働科学研究
内丸班(2022)

0918

母子感染予防対策マニュアル第2版の概要：栄養方法の選択

母乳を介した感染予防の観点だけでなく妊娠・出産・育児の観点
からも各栄養方法のメリットとデメリットについて十分に説明し、
母親が自らの意志で選択できるように共有意思決定支援を行う

完全人工栄養

理論的に最も母子感染予防効果が高く確実
経胎盤感染など母乳以外の経路は予防できない（母子感染率3-6%）

短期母乳栄養（90日未満）

母子感染リスクに統計学的な差はない
人工栄養移行への支援体制が整備されていることを条件に選択肢となりうる。

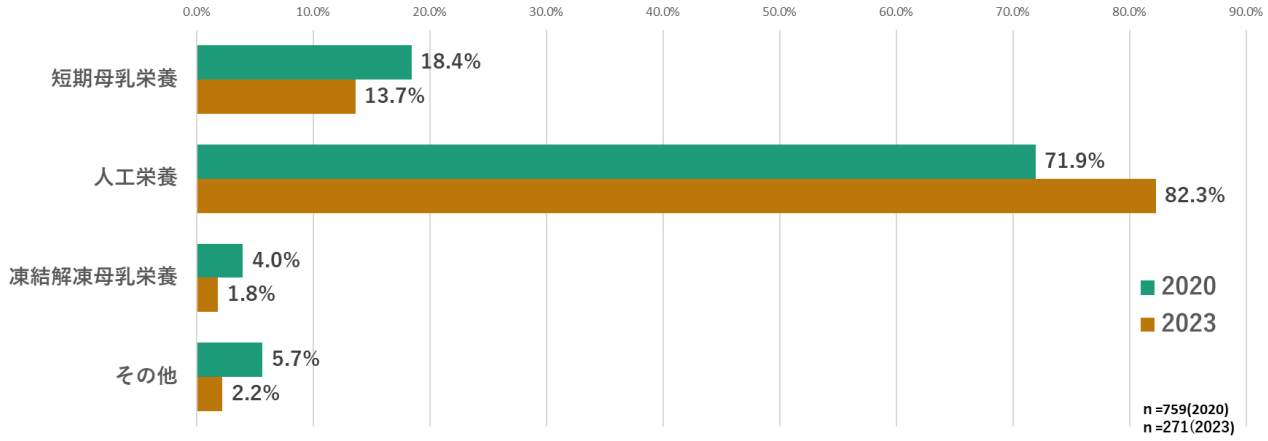
- 母乳栄養が長期化することによる感染リスクの説明
- 助産師外来等での乳房ケアと支援、人工乳移行に向けた具体的なスケジュール提示
- 自施設でフォローできない場合は適切な医療機関へ紹介
- 医療機関、自治体、関連学会・職能団体との連携

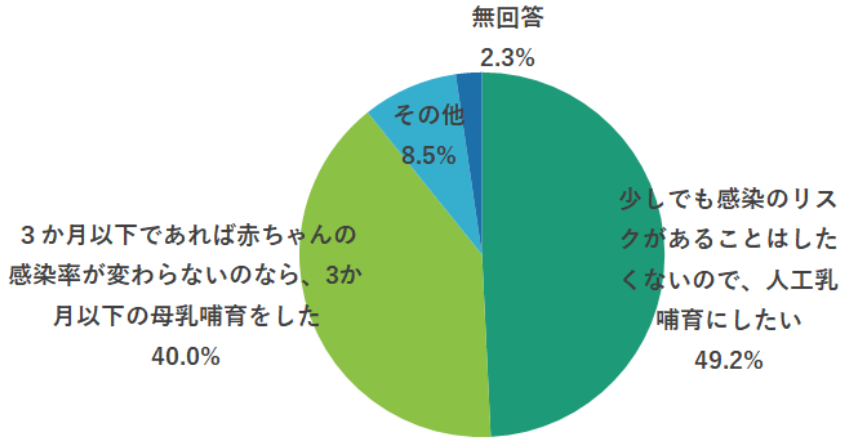
凍結解凍母乳栄養

検討数が少なく科学的エビデンスとしては不十分（推奨されない）

0919

短期授乳の現状





関沢明彦　令和5年度　内丸班報告書　日本産婦人科医会母子保健部会調査

授乳サポートを得られなかった母親の比率

授乳法	短期授乳選択者					完全人工乳選択者					p値
期間	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	
出産後1か月まで	7/16	5/13	4/6	16/35	45.7%	25/41	10/13	11/19	46/73	63.0%	0.08
1～3か月	11/16	8/13	4/6	23/35	65.7%	36/41	10/13	14/19	60/73	82.2%	0.06
3か月以降	16/16	10/13	5/6	31/35	88.6%	36/41	10/13	16/19	62/73	84.9%	0.60

授乳サポートを得られなかった母親のうち、サポートの希望があった母親の比率

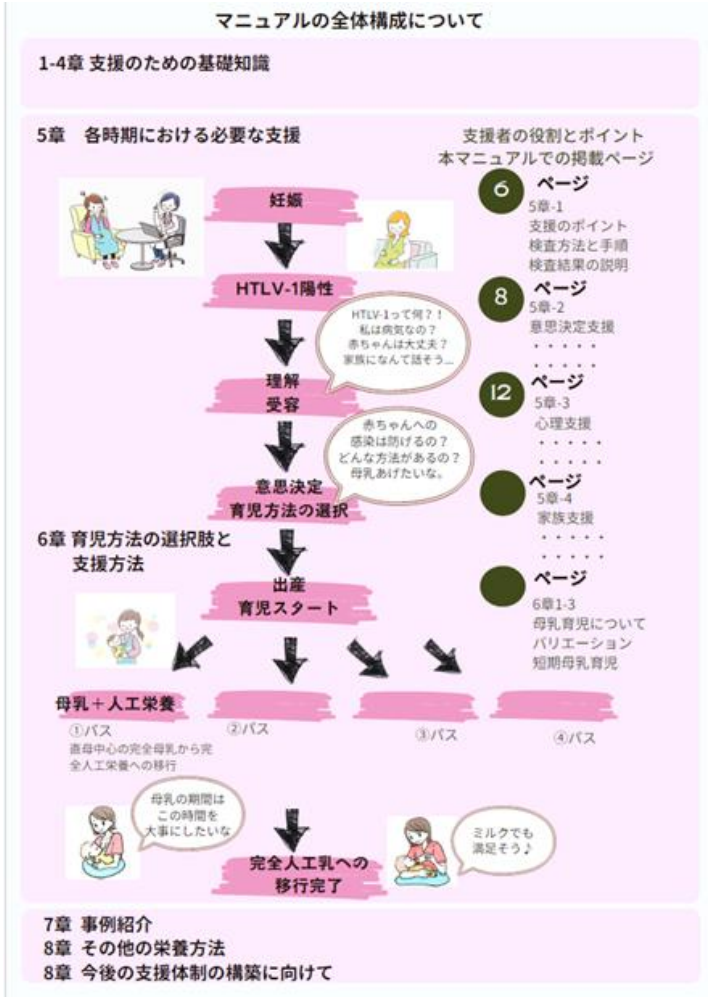
授乳法	短期授乳選択者					完全人工乳選択者					p値
期間	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	～2010	2011～2016	2017～	合計	比率	
出産後1か月まで	5/7	2/5	2/4	9/16	56.3%	7/25	3/10	2/11	12/46	26.1%	0.03
1～3か月	7/11	5/8	2/4	14/23	60.9%	7/36	7/10	2/14	16/60	26.7%	0.01>
3か月以降	11/16	4/10	2/5	17/31	54.8%	6/36	3/10	3/11	12/62	19.4%	0.01>

0920



HTLV-1キャリア妊産婦の短期母乳栄養における人工乳移行マニュアルを作成





短期授乳を選択肢にあげるために必要な支援について具体的に解説して提言

今年度末発行予定

0921

母子感染予防対策の効果

2023年調査	スクリーニング検査			確認検査（LIA法）					PCR検査				
	検査数	陽性数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%	実施数	陽性数	%	判定保留数	%
北海道・東北	35,479	78	0.22	69	22	31.9	12	17.4	11	0	0.0	0	0.0
関東	162,000	274	0.17	258	55	21.3	42	16.3	49	8	16.3	2	4.1
中部・東海	60,039	88	0.15	82	31	37.8	14	17.1	15	3	20.0	0	0.0
関西	64,161	154	0.12	135	24	17.8	6	4.4	8	1	12.5	1	12.5
中国・四国	40,509	79	0.20	71	16	22.5	8	11.3	9	0	0.0	0	0.0
九州	62,659	272	0.43	199	120	60.3	14	7.0	11	8	72.7	0	0.0
合　　計	424,847	945	0.22	814	268	32.9	96	11.8	103	20	19.4	3	2.9

こども家庭科研　内丸班 2023年度報告書
昭和大学産婦人科　関沢明彦
日本産婦人科医会　2023年度調査

2022年出産数 770759人

スクリーニング陽性者推計　＝　1705人

確定キャリア妊婦数推計　＝　522人

2012年日本産婦人科医会調査による陽性者数推定値（WB）

1753人 / 1071179人

児の感染率を3%と仮定すると

現在の新規の母子感染者数　＝　15人！
0922

妊婦健診陽性例における水平感染

Table 3. Pregnant women suspected of horizontal infection with HTLV-1

Regions	Multiparous carriers†, n	Negative for HTLV-1 at the previous measurement‡, n (%)
Hokkaido	4	0 (0)
Tohoku	5	1 (20.0)
Kanto	27	7 (25.9)
Hokuriku	1	0 (0)
Tokai	15	4 (26.7)
Kinki	30	6 (20.0)
Chugoku	12	0 (0)
Shikoku	4	0 (0)
Kyushu, Okinawa	104	15 (14.4)
Overall	202	33 (16.3)

†Pregnant carriers for whom information on parity could not be obtained were excluded.
‡Cases that were negative for HTLV-1 at the previous measurement are suggested to have subsequently acquired the HTLV-1 infection through horizontal transmission.
HTLV-1: Human T-cell leukemia virus type 1

Ogoyama M et al. J Obstet Gynaecol Res. 2025 Nov;51(11):e70145.

母子感染予防対策の継続とともに水平感染予防対策が必要と考えられる

0923

2026年3月13日
第16回HTLV-1対策推進協議会

資料３－３

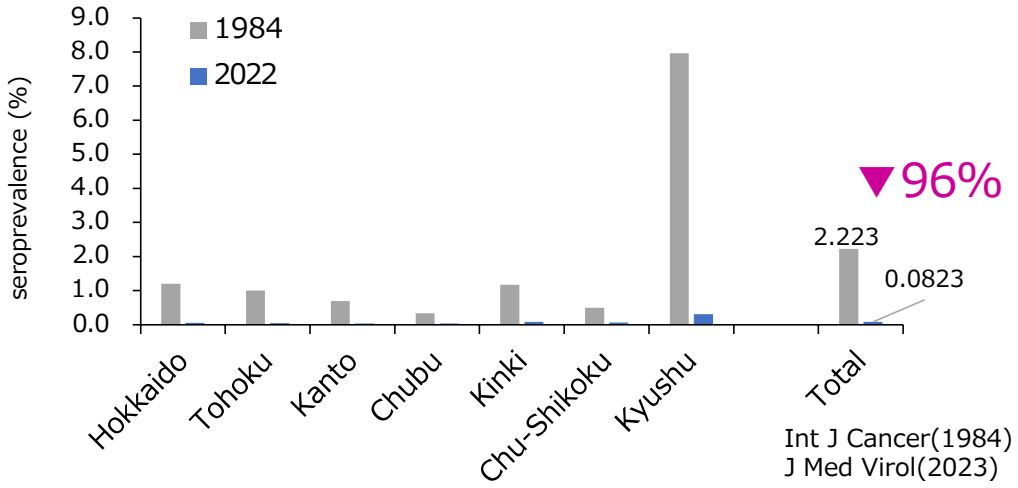
HTLV-1感染実態と啓発・対策について

日本赤十字社九州ブロック血液センター
相良康子

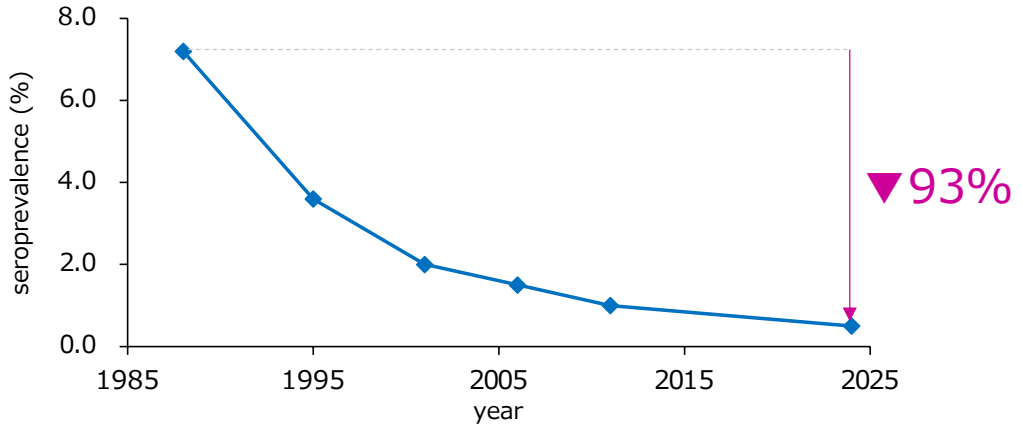
0924

HTLV-1抗体検査の実施とその奏功性

献血者におけるHTLV-1陽性率



長崎県での妊婦におけるHTLV-1陽性率



日本では世界に先駆けて、HTLV-1スクリーニング検査を全献血者検査ならびに妊婦健診に導入した。
その結果、輸血後HTLV-1感染の報告はなく、血液製剤の安全性は向上した。
また、母子感染については、先進県での状況から妊婦健診への抗体検査導入と栄養法指導が奏功し今後の母子感染者の激減が予想される。

HTLV-1感染は

Preventable

であり、

感染の予防は、

関連疾患患者の減少や**国民のQOL向上**、

医療費の抑制につながる

0925

HTLV-1出生前スクリーニングの費用対効果


PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES

RESEARCH ARTICLE

Cost-effectiveness of human T-cell leukemia virus type 1 (HTLV-1) antenatal screening for prevention of mother-to-child transmission

Akiko Kowada*

Department of Occupational Health, Kitasato University Graduate School of Medical Sciences, Sagamihara, Kanagawa, Japan

Kowada A. PLoS Negl Trop Dis. 2023, 17(2): e0011129

費用対効果の分析
QOL値は生活の質を表すもので、0（死亡）から1（完全な健康状態）までの値をとります。例えば、QOL値が0.8の状態で10年間生存すれば0.8×10=8QALYとなります。
QALYは1QALY、2QALYと数えることができます。QOL値が1の状態で1年間生存したときには、1×1=1QALYとなるので、1QALYは「完全な健康状態で1年間生きたとき」の健康量と考えられます。ですので、先ほどの0.8QALYは、1QALYの0.8倍の量になります。

https://c2h.niph.go.jp/assessment/effectiveness/

<対象> 2011年から2021年の間に生まれた10,517,942人

生涯にわたってスクリーニングを行わない場合と比較

質調整生存年 (QALY = QOL x 生存年数)　19,586 QALY増加

平均余命 (LY)　631 LY増加

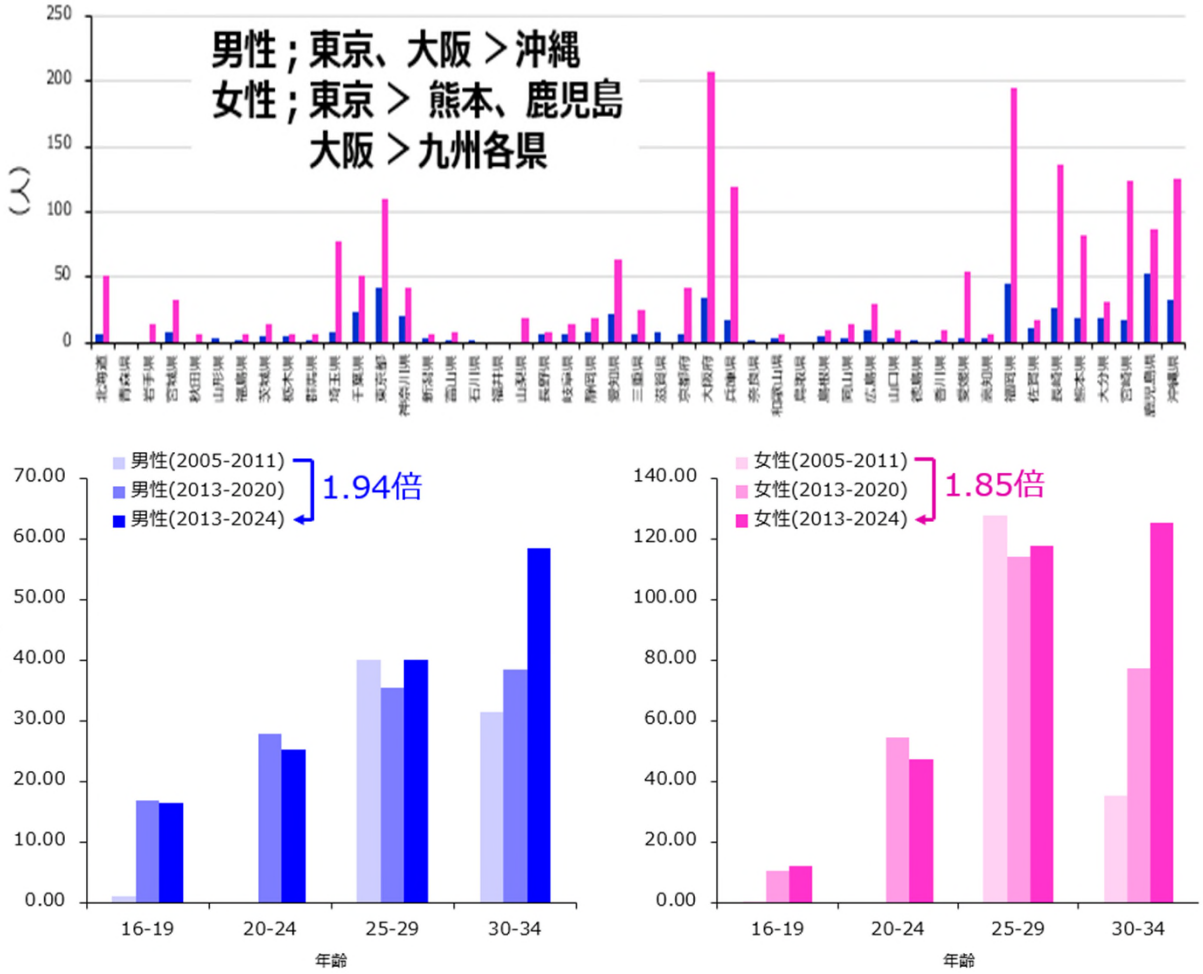
予防された死亡数：			治療費/人	治療費概算*
	HTLV-1キャリア	125,421人		
	ATL死亡	4,405人	10,506千円	782億円*
	ATL関連死亡	3,035人		
	HAM/TSP死亡	67人	648千円	8200万円*
	HAM/TSP関連死亡	60人		

*発表者試算

0926

全国のHTLV-1水平感染疫学調査

HTLV-1水平感染者推測数
（2013-2024年 第3次コホート）



最新の第3次コホートでは、首都圏をはじめとする**大都市圏での水平感染者の著増**がより一層明らかになり、もはやHTLV-1感染症は特定の地域に限定的な疾患ではないと言える。

2005-2011年の第1次コホート時の人口で補正すると、2024年の水平感染発生状況は、**男性では1.94倍**、**女性では1.85倍**増加しており、特に第1子妊娠出産年齢にあたる**30-34歳の女性では3.55倍**と著増していた。

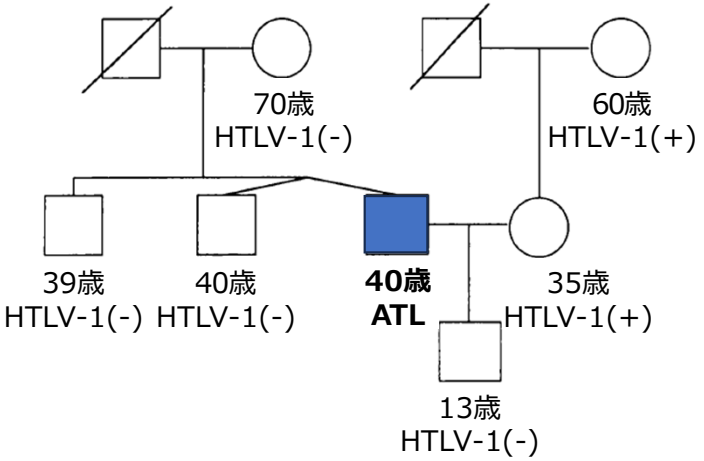
献血者集団 ≠ 一般を反映する集団

ここで示した水平感染者数は真値よりかなり少ない

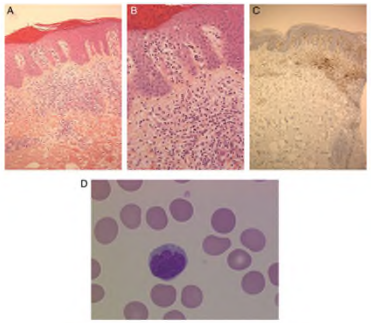
0927

何故、HTLV-1の水平感染が問題なのか
- 関連疾患の早期発症と高重篤度 -

ATL
（成人T細胞白血病）



Blank A et al. Leuk Lymphoma 1993 Mar;9(4-5):407-12.

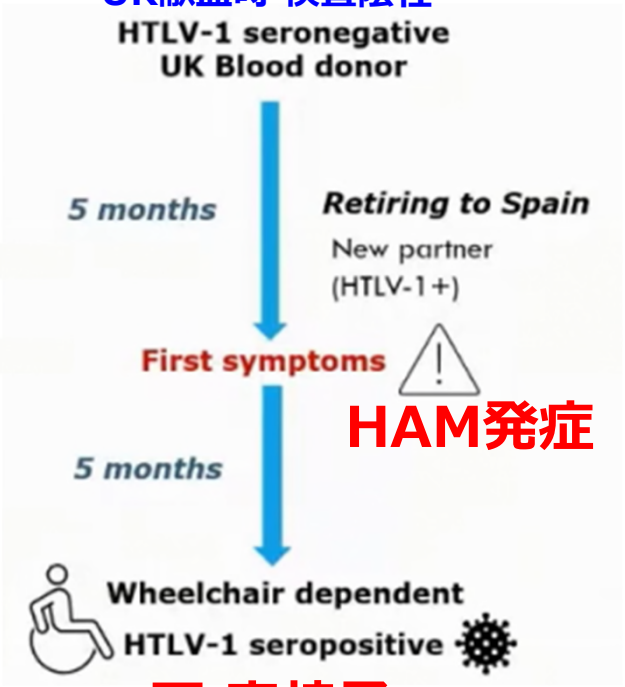


43歳白人男性ATL患者
カメルーン出身のパートナー
アフリカ型HTLV-1感染
（サブタイプB）

Sibon D et al. Open Forum Infect Dis. 2015 Mar 6;2(2):ofv032.

HAM
（HTLV-1関連脊髄症）

UK献血時 検査陰性

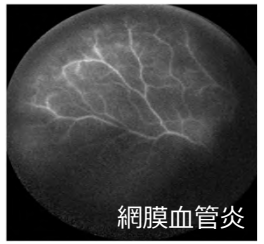


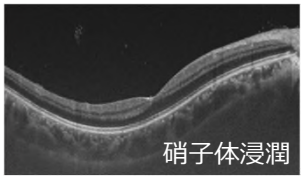
要 車椅子

Caswell RJ et al. Sex Transm Infect. 2019 June 95(4);244-245.

HU
（HTLV-1関連ぶどう膜炎）







HTLV-1関連角膜実質炎



18歳女性　　母、妹；HTLV-1(-)
手術歴(-) 、輸血歴(-)

再発を繰り返し重篤化

Kamoi K, et al. J Med Virol. 2024 Oct;96(10):e70000.

0928

諸外国でのHTLV-1（水平）感染予防対策





The Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines
for Sexually Transmitted Infections (PCDT IST)

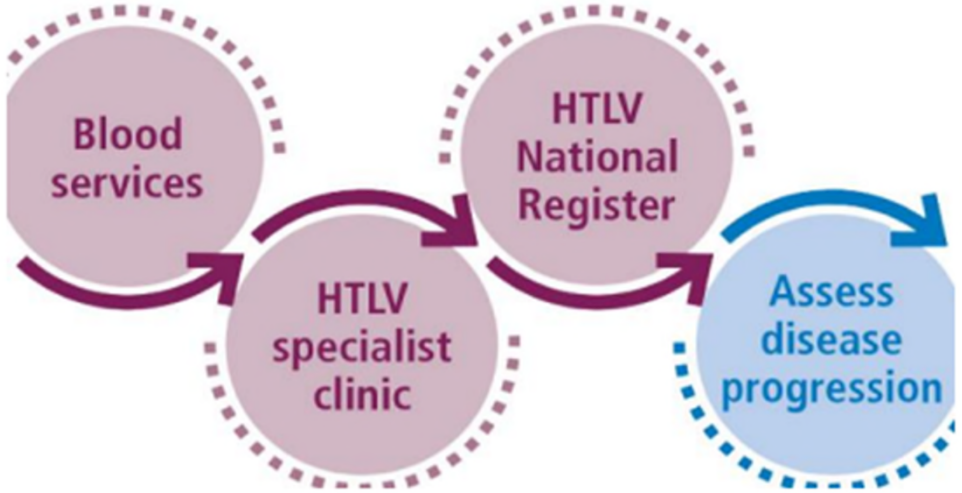
STI罹患者ならびにその性的パートナーを持つ人々のスクリーニング、診断、治療、予防的行動における医療従事者対象のガイドライン

国、政府主導で（水平）感染対策を実施

- 統一医療システム（SUS; Sistema Único de Salud）による関連疾患対応
- 専門センターの設置と重症度の低い症例については健康センターでの対処という階層式支援体制
- 全国的疫学調査ならびに診断方法の開発と検証、臨床プロトコルの確立

GOV.UK

Human T cell lymphotropic virus (HTLV) National Register



HTLV全国登録事業

HTLV-1感染者の連絡先の把握および関連疾患発症の兆候や症状について調査するためのフォローアップ体制を整えている

0929

日本におけるHTLV-1に関する啓発

医療従事者



青少年・若年成人



一般の方々



ガイドライン



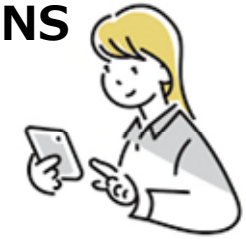
研修会



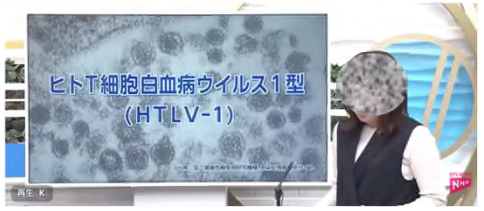
教育過程



SNS



メディア



E-learning



ステッカー



ポスター



0930

日本におけるHTLV-1に関する啓発

至急 医療従事者



至急 青少年・若年成人



至急 一般の方々



ガイドライン



研修会



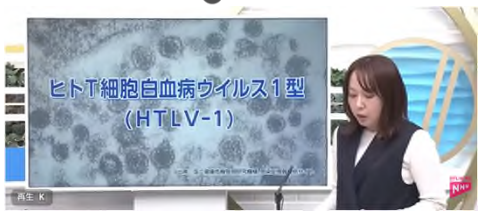
至急 教育過程



至急 SNS



メディア



E-learning



ステッカー



ポスター



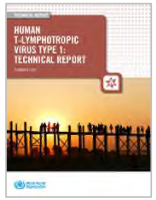
0931

日本で実施すべきHTLV-1感染予防対策

国、政府主導による一般集団での感染状況把握と受け皿の整備

＝ 悉皆調査につながる検査体制の拡充
（保健所・一次、二次、三次医療機関での検査受入）

感染が判明した国民（キャリア）の診療基盤の整備（保険診療、診療報酬）







全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態

日本におけるUHC
国民皆保険制度に加えて、保健医療へのアクセスを改善し、早期にUHCを達成したことが、日本の世界有数の健康寿命につながったといえます。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202658.html

0932

資料４－１

HAM 患者の活動現状と治療への切実な願い

―患者会からの報告―

令和 8 年 3 月 13 日

HTLV-1 対策推進協議会

全国 HAM患者友の会（アトムの会）

会長　片山　修一

患者会活動の変化と治療開発の停滞

・コロナ前は年１回の全国大会開催、支部毎の患者・医師による集会

・コロナ後は支部の休止など活動縮小

・若い患者はネット情報で完結し入会しない傾向

・電話相談は増えているが会員は増えない

・研究は進んでも治療薬は生まれていない

・25～26 年で死亡・施設入所・連絡不能となった会員が多数

・患者会員数が設立当初の２分の１に減少

・原因　　高齢化

病気進行による在宅生活の限界

↓

患者の減少ではなく耐えられなくなっている

☛研究はとても重要です、しかし患者が必要としているのは

今使える治療です

ＨＡＭは進行し続け希望が持てない

・ＨＡＭは進行性疾患で根本治療は存在しない

・現在の治療は対処療法のみ

・「自分はもう間に合わないのでは」という絶望感が広がっている

最後の訴え

・ＨＡＭという長期で過酷な病気

・ATL 発症の恐怖を抱えて生活している

・原因である HTLV-1 をなくすことが唯一の希望

👇

・私たちは治療を待ちながら人生を送っています

HAM の治療開発と HTLV-1 根絶にむけて強力に取り組んでいただきたいと強く願います。

資料４－２

HTLV-1啓発

― 水平感染を防ぐために、今できる具体的な提案 ―



NPO法人スマイルリボン活動からの意見

令和8年3月13日 第16回 HTLV-1対策推進協議会
NPO法人スマイルリボン　理事長 菅付 加代子

NotebookLM

1. 現状認識



母子感染対策は進展

すでに一定の成果を上げている



成人後の感染が課題に

水平感染への対策が未着手

根本的問題：HTLV-1自体が社会に知られていない（認知度が極めて低い）

NotebookLM

2. 当事者視点

HTLV-1を「強い性感染症」のイメージで強調して伝えると、逆効果になりうる



結果：偏見を生み出し、本来必要な「検査の回避」につながってしまう

水平感染を防ぐには、恐怖をあおるのではなく「理解」を広げることが不可欠

⇒ だからこそ、まずは「感染症の存在そのもの」を知ってもらうことが先決！

NotebookLM

3. 短期的提案

親しみやすい入口から認知拡大



1. 既存キャラクター「すまいるんるんちゃん」活用
2. 「これは何？」から関心を喚起
3. 母子・水平の両感染経路を自然に理解



NotebookLM

4. 啓発の方向性

やさしく、確実に伝える



1
正しく
知ろう

2
検査で
確かめよう

3
守る行動を
しよう

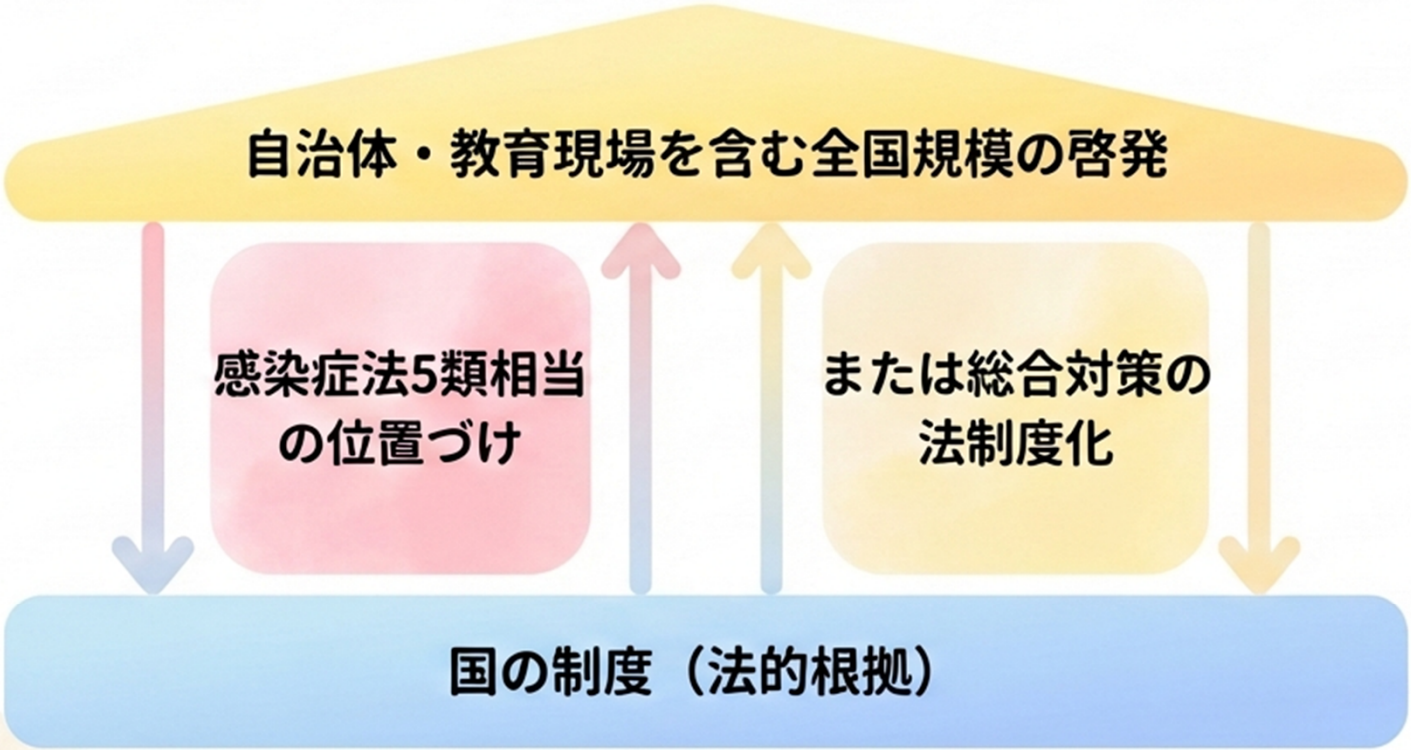
怖がらせない・責めない・孤立させない啓発

NotebookLM

0940

5. 中長期的提案

全国に広げるための基盤整備



自治体・教育現場を含む全国的啓発を推進する。

NotebookLM

まとめ



HTLV-1の水平感染を防ぐためには、
恐怖ではなく「理解」を広げる
啓発が不可欠である。

私たちは当事者として、
この啓発設計への参画を強く望みます。

NotebookLM

HTLV-1における正しい知識の発信（厚生労働省ホームページの更新）

資料５－１

キャリアアンケート[1]の結果や厚生労働科学研究等の成果[2]をふまえ、厚生労働省ホームページにおいても、以下のとおり、HTLV-1の**感染経路**や**感染力**に関する情報等を追加し、**HTLV-1に関して情報検索を行ったユーザーに最新の正確な情報が届く**ようにした。また、性感染症に関するホームページにも「HTLV-1」のリンクを追加し、**性感染症に関して情報検索を行ったユーザーにもHTLV-1に関する情報が届く**ようにした。

感染経路

HTLV-1の感染は、HTLV-1感染者の血液、母乳、精液等に含まれるウイルスに感染した細胞が生きたままの状態で大量に相手の体内に入り込むことで起こります。このHTLV-1感染細胞が生きたままの状態で大量に体内に入り込むのは、主に母乳を介した母子感染と、**性的接触による感染等があります。**

【ご参考：キャリアの声】　HTLV-1が母親からの母乳感染以外に性行為によって感染することをあまり知らなかった/全く知らなかった

感染力など

乾燥や熱、洗剤、水の中などで簡単に死んでしまい、感染力は弱いと考えられています。くしゃみや咳、握手、キス、お風呂やプール、食器やトイレの共用など、**日常の生活の中ではうつりません。**

HTLV-1は感染細胞が生きたままの状態で大量に体内に入り込まない限り感染しませんが、血液が付着した歯ブラシやかみそりの共用、消毒が不十分な器具を使用してピアスの穴をあけること、不特定多数とのコンドームをしない性交渉、刺青（タトゥー）を入れること、同じ注射器を使った違法薬物などの回し打ちなどは、感染の可能性があり注意が必要です。

【ご参考：キャリアの声】　公衆浴場や温泉の利用・友人との食器や私物の共有を控えている
こどものスキンシップに気後れする
HTLV-１陽性であることを知ったとたんに物理的に距離を置かれた

1）「HTLV-1総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整備と適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究」研究代表者：渡邉俊樹

2）HoT LiVes　ほっとらいぶ　HTLV-1情報ポータルサイト　運営：厚生労働行政推進調査事業費新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「「HTLV-1総合対策」推進におけるキャリア対策の基盤整と適正な研究開発の推進に資する包括的評価と提言のための研究」研究代表：渡邉 俊樹

0943

資料５－２

今後の HTLV-1 の水平感染の普及啓発の在り方について

令和８年 ３ 月 13 日
感 染 症 対 策 課

第 16 回 HTLV-1 対策推進協議会で、今後の HTLV-1 の水平感染の普及啓発の在り方について協議を進めるにあたり、事前に本協議会の委員及び参考人を対象にアンケート調査を実施した。以下のとおり、意見のとりまとめを行う。

質問１．厚生労働省ホームページで掲載している啓発用資材に関するご意見

○ 現状評価

・ 水平感染後の発症例が増加しているとの指摘あり、水平感染の重要性が高まっている。
・ これまでは母子感染中心であり、水平感染（特に夫婦間）の注意喚起が不足していた。
・ 水平感染に関する記載を段階的に拡充する方針に概ね賛同が得られていると感じる。
・ 性的接触を感染経路として明記した点は前進した。

○ 今後の方針

・ HTLV-1 を強いイメージの性感染症と同列に扱うのは避けるべき。
・ 厚生労働省のホームページ等において、キャリアと診断された方の日常生活で利用できる支援制度等の情報をわかりやすく掲載してほしい。
・ 過度に強調せず、性感染症の一つとして、自然かつ正確に位置付けることが重要。
・ 性教育として、キャリアに限らず、誰もが学ぶべき内容とすべき。
・ 啓発の対象は女性に限定せず、全ての人を対象にすべき。
・ プレコンセプションケアの枠組みに 、HTLV-1 を組み込むべき。
・ 性感染症だけでなく、慢性ウイルス感染症としての包括的理解（腫瘍・自己免疫リスク等）も必要。
・ 性教育、母子保健、慢性ウイルス対策等、分野横断的アプローチが求められる。

○ 具体的なご提案（感染リスク、検査・予防、啓発資材への要望等）

・ 「95%は発症しない」という従来の説明は、最新のエビデンスに基づき再検討が必要。
・ 性的接触が主だと「日常生活では感染しない」との表現が現状に適さない可能性あり。
・ 一次検査は偽陽性があるため確認検査を必ず案内すべきである。
・ 妊娠期スクリーニングと授乳方法の工夫により、母子感染率は約２～３％に低減可能と明記すべき。
・ 現行のポスターはメッセージが直観的に伝わりづらい。啓発資材は掲示場所や活用場面を適切に選ぶことが重要。自治体では紙媒体の啓発資材の方が現場で活用しやすい。
・ 母子感染相談窓口をすすめてほしい。

質問２．水平感染を含む普及啓発の今後の進め方に関するご意見

○　水平感染の普及啓発に関する考え

・　HTLV-1 を性感染症の一つとして位置づけつつ、差別・偏見の防止を最重要視する。
・　性感染症という側面のみを強調せず、将来のがん・難病予防、パートナーや子どもを守る感染対策として伝えるべき。

○　対象者に応じたアプローチ・情報発信

・　誰に・どこまでの理解を求めるかに応じ、啓発手法を使い分けてほしい。
・　キャリア妊婦には母子感染・性行為での感染の両方を早期に説明すべき。
・　男女双方が関与する感染症として再定義し、学校教育とも連携した啓発を強化すべき。
・　HTLV-1 そのものに関する基礎知識の普及のために、SNS、動画、CM 等の活用も検討する。
・　若年層向けのショート動画など、受け入れやすい形式で発信すべきではないか。
・　若年層には SNS・動画で「検査は特別ではなく健康管理の一環」という正常化メッセージを普及すべき。
・　妊娠希望者への対応、発症率の低さ、偽陽性の問題等、啓発が難しい点を踏まえ、正確で丁寧な情報提供を行うべき。
・　無症候性キャリアが長期に存在し得ることを踏まえ、家族単位での理解促進が必要。

○　自治体・医療機関での取組みの強化（連携を含む）

・　自治体の担当部署の職務分掌に HTLV-1 対応を明記すべき。
・　国と自治体が連携し差別の対象にならないようにすすめてほしい。
・　医師会と連携し、医療従事者向け啓発を強化してほしい。
・　産科医療機関、保健所、キャリア専門・性感染症専門医療機関との連携を強化すべき。
・　妊婦健診陽性者の確認検査フローの標準化、パートナー・家族への情報提供体制を整備してほしい。
・　性感染症診断・治療ガイドラインに、HTLV-1 及び関連疾患を追記し、臨床現場での対応標準化を図るべき。

○　実態把握と検査体制の整備

・　厚生労働省による新規感染者を定期的に調査・公表してほしい。
・　妊婦以外の HTLV-1 検査の費用補助・保険適用を検討してほしい。
・　世界 HTLV デー（11 月 10 日）に合わせた無料検査の実施支援をしてはどうか。
・　CSW（Commercial Sex Workers）への検査勧奨項目に HTLV-1 を追加はどうか。

質問３．その他のご意見

〇自治体の取組み状況等

・　地域差が大きい、水平感染対策の実効性が確保できないのではないか。
・　鹿児島県は医療者・研究者・当事者団体との連携が成功しているが、一部の県（自治体）では相談実績が少ないことを理由に関心が低く、住民への周知不足が懸念される。
・　保健所での相談件数は極めて少なく、担当職員も研修機会が乏しいため十分な知識を得ていない可能性がある。
・　全国の保健所・自治体職員に向けて HTLV-1 研修の実施を国として推進すべきである。
・　普及啓発により HTLV-1 ウイルスの撲滅をお願いしたい。

〇検査・検査後のフォロー体制

・　男性・妊娠しない女性の検査機会が極端に少なく、ATL/HAM の「いきなり発症」リスクが高い。
・　「感染させる側になりたくない」という予防目的で検査したい人が受けやすい体制づくりが求められる。
・　最新の発症リスクに関する学術知見をわかりやすく発信し、住民が検査を受けるインセンティブを高めるべきだ。
・　小児検査や陽性告知では、家族内の感染経路や差別への不安から説明が難しく、相談者が安心して話せる環境が不足している。
・　母子感染防止の取組みは進んだが、乳房外来や断乳支援、キャリア外来の保険適用等、陽性妊婦の支援強化が必要。妊婦以外の検査陽性となったすべての HTLV-１キャリアの相談受診に対する保険適用も必要。

〇治療・予防薬開発の推進

・　現状「朗報がない」ことが検査拡大の障害となっている。
・　水平感染のデータを収集するべき。
・　国内製薬企業に HTLV-1 の予防薬・治療薬開発、適応拡大、治験加速を働きかけ、将来的に controllable infection を目指す。

〇　その他

・　コンドームの有効性を含む性感染症予防啓発を強化し、若年層への無料配布（英仏の事例）も検討してはどうか。
・　針刺し事故への対応マニュアルに HTLV-1 検査を追加する必要がある。
・　違法薬物使用者とその家族における感染例があるため、関係職種への情報共有と検査勧奨も重要である。

参考資料１

ＨＴＬＶ－１対策推進協議会開催要綱

１．目的

ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）やＨＡＭ（ＨＴＬＶ－１関連脊髄症）といった重篤な疾病を発症する原因となるＨＴＬＶ－１（ヒトＴ細胞白血病ウイルス１型）の対策を推進するため、「ＨＴＬＶ－１特命チーム」により平成２２年１２月２０日に「ＨＴＬＶ－１総合対策」（以下「総合対策」という。）が取りまとめられた。

総合対策に基づく重点施策を推進するにあたり、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長の主催により「ＨＴＬＶ－１対策推進協議会」（以下「協議会」という。）を開催する。

２．構成

（１） 構成員は、患者団体の代表者、学識経験者及びその他の関係者とする。

（２） 協議会に座長を置き、感染症対策部長が指名する。座長に事故があるときは、あらかじめ座長の指名する構成員が、その職務を代理する。

（３） 健康・生活衛生局及びこども家庭庁は、協議会に出席し発言することができる。

（４） 感染症対策部長は必要に応じ、構成員以外の学識経験者等の出席を求めることができる。

３．構成員の任期等

（１）構成員の任期は概ね２年とする。ただし、補欠の構成員の任期は、前任者の残任期間とする。

（２）構成員は、再任されることができる。

４．その他

（１） 協議会は、原則公開とする。

（２） 協議会の庶務は、健康・生活衛生局がん・疾病対策課、健康・生活衛生局難病対策課及びこども家庭庁成育局母子保健課の協力を得て、健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課において処理する。

（３） 協議会又は座長は、必要があると認めるときは、協議会構成員に諮って小委員会を設置することができる。

（４） この要綱に定めるもののほか、議事の手続その他会議の運営に関し必要な事項は、別途定めることとする。

附則

この要綱は、平成２３年６月２２日より施行する。

（平成２４年　４月　１日一部改正）
（平成２８年　７月　８日一部改正）
（平成３０年　３月２０日一部改正）
（令和　２年　７月３１日一部改正）
（令和　５年１１月　２日一部改正）

第 26 回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
議事次第

日　時：令和８年２月９日（月）
１５：００～１７：００
場　所：オンライン開催

１　開会
２　議題
（１） 座長の選任について
（２） がん診療連携拠点病院等の指定について
（３） その他

【資料】
議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院等の指定について
資料２　新規指定・指定更新・指定類型変更の医療機関一覧（案）

参考資料１「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」開催要綱
参考資料２ がん診療連携拠点病院等の整備について
（令和４年８月１日付健発 0801 第１６号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３ 都道府県の推薦について

第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料1
令和8年2月9日	

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

がん診療連携拠点病院等の指定について

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

1. がん診療連携拠点病院等の制度について
2. 指定に係る手続きと考え方について
3. 個別医療機関の指定について（案）
   - ✓新規指定について
   - ✓指定類型変更について
   - ✓指定更新について
4. 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

がん診療連携拠点病院等の種類（令和４年８月　整備指針）

地域がん診療連携拠点病院
- がん医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- 診療体制、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制等について満たすべき要件がある。

都道府県がん診療連携拠点病院
- 都道府県におけるがん医療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。

国立がん研究センター
- 我が国のがん対策の中核的機関として、我が国全体のがん医療を牽引する役割を担う。
- 医師やその他の診療従事者の育成、がん診療等に関する情報の収集、分析等、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

特定領域がん診療連携拠点病院
- 特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する医療機関を整備できる。

地域がん診療病院
- 隣接するがん医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に1カ所整備する。

拠点病院等（特例型）※地域がん診療連携拠点病院以外は新設
- 地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のそれぞれの類型において、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に**経過措置的に**指定類型を見直す。

0952

がん診療連携拠点病院制度

令和7年11月現在

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	352か所(うち特例型12か所)
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	60か所
合計	464か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

- 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(国協議会)**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として1か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏

地域がん診療連携拠点病院



- がん医療圏に原則として1か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏

地域がん診療病院



- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

0953

※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. がん診療連携拠点病院等の制度について
2. 指定に係る手続きと考え方について
3. 個別医療機関の指定について（案）
   - ✓新規指定について
   - ✓指定類型変更について
   - ✓指定更新について
4. 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

拠点病院等の指定の手続きについて

- 全ての拠点病院等及び、拠点病院等の新規指定を希望する医療機関は、毎年、都道府県を通じて、整備指針に定める指定要件の充足状況を報告する「現況報告書」を厚生労働省へ提出することとなっている。
- 本検討会では、提出された現況報告書等の内容を踏まえ、検討会開催前年の12月末日時点での指定要件の充足状況等を勘案し、指定の可否を検討いただく。
- 拠点病院等に関する都道府県からの推薦類型は、以下のとおり。

1. 新規指定
2. 指定類型変更
3. 指定更新

※令和7年度末に拠点病院等の指定期間が終了する医療機関について、現行類型での指定更新を推薦する。

4. 現況報告

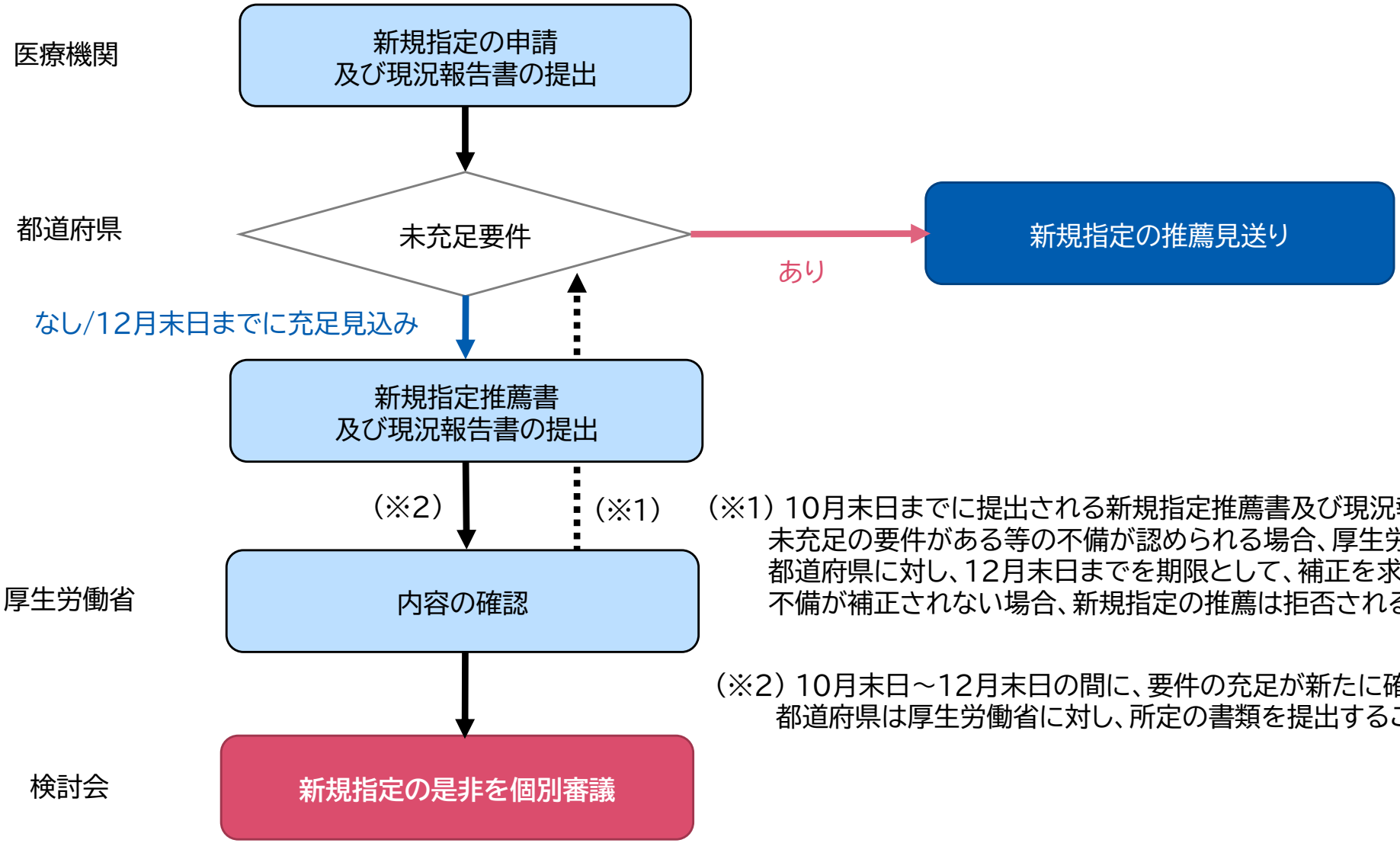
※令和8年度末まで拠点病院等として指定されている医療機関について、現行類型での指定要件の充足状況を報告する。

5. 指定辞退

- 各推薦類型の取扱いについては、次頁以降のとおり。

1. 新規指定の場合

- 新規指定の推薦を受領した医療機関を検討会で個別に審議する。



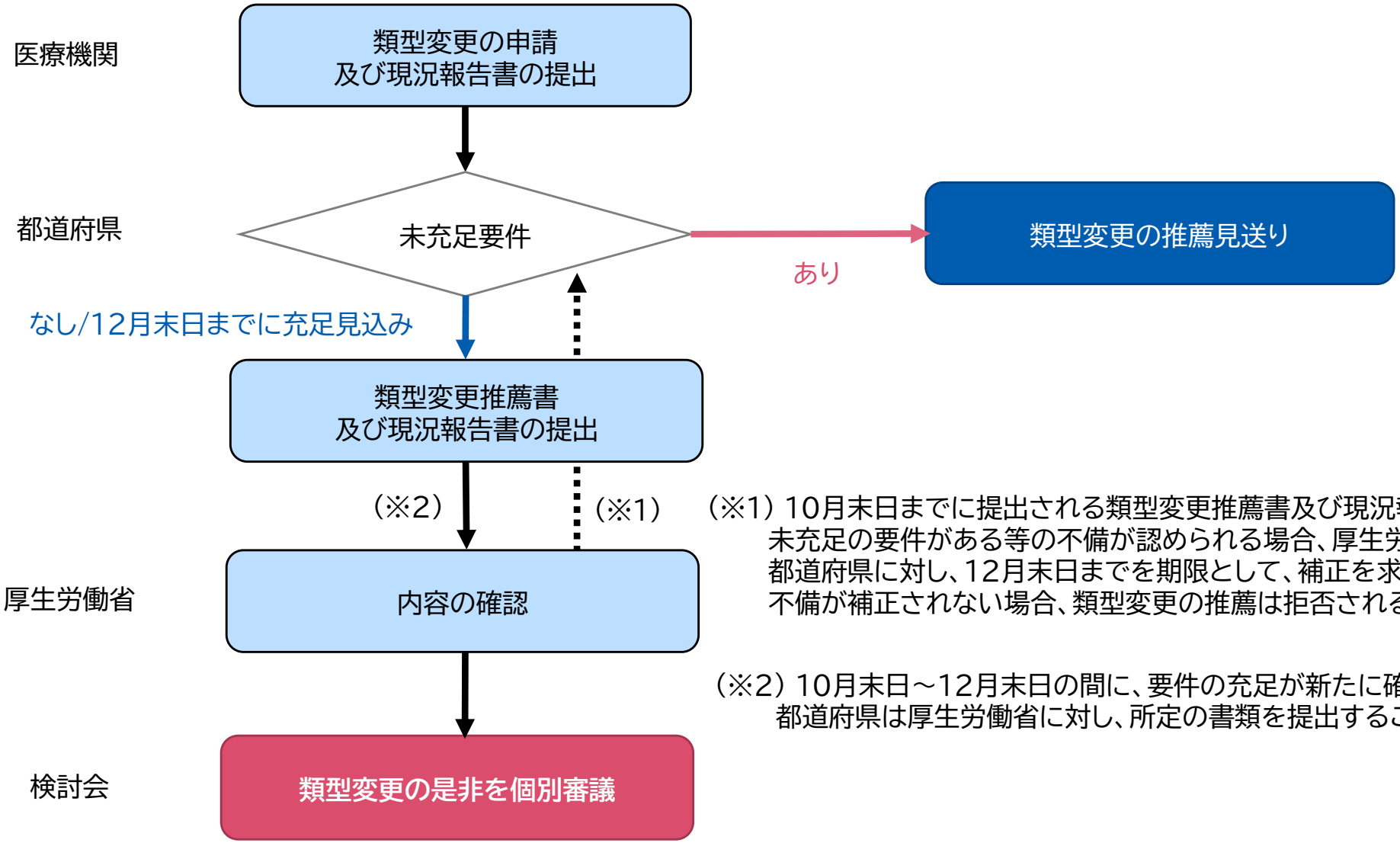
（※1）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。

（※2）10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

0956

2. 類型変更の場合

- 類型変更の推薦を受領した医療機関を検討会で個別に審議する。



(※1) 10月末日までに提出される類型変更推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、類型変更の推薦は拒否される。

(※2) 10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

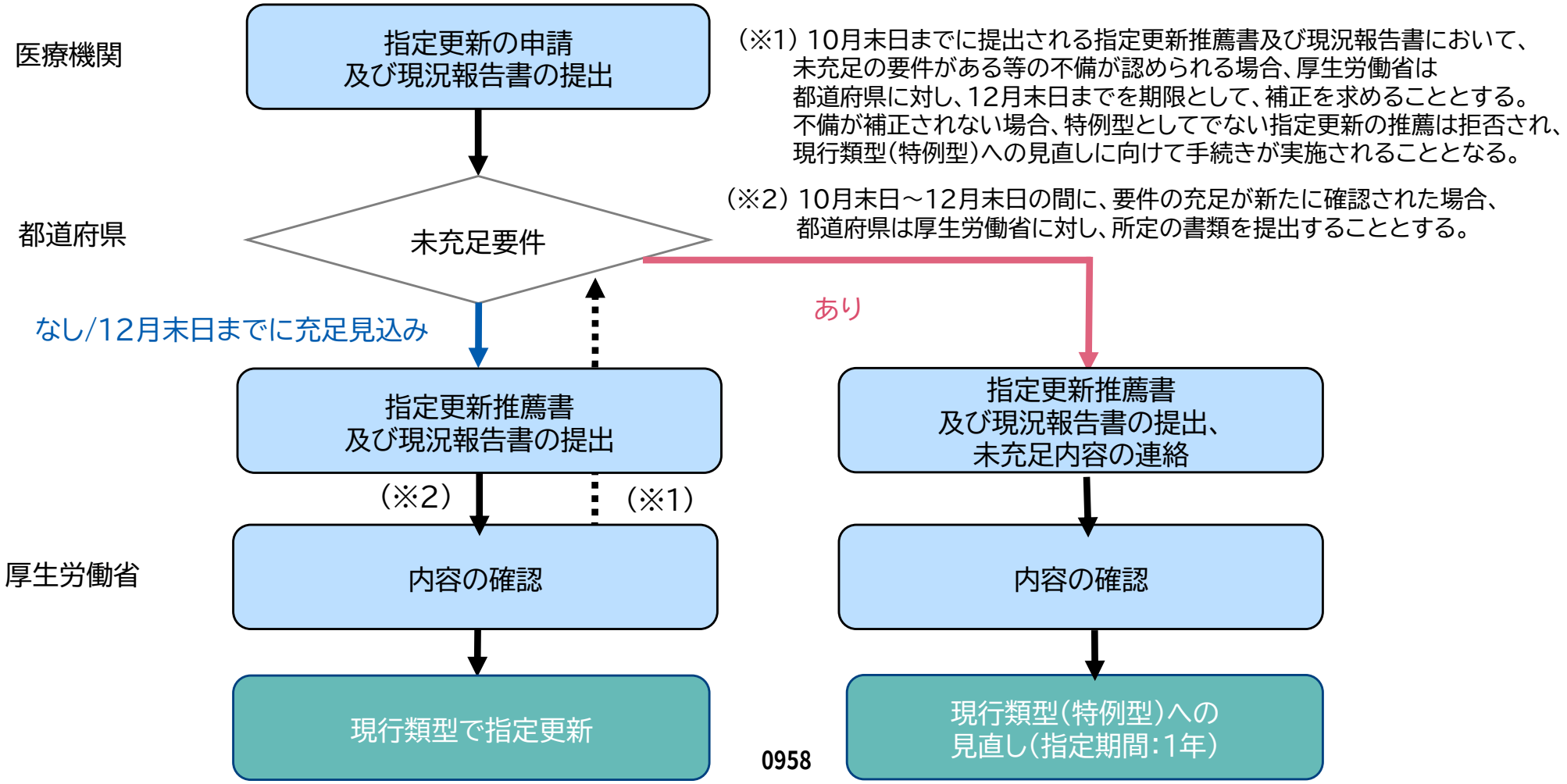
0957

3. 指定更新の場合（現行類型が特例型でない場合）

- 指定更新の推薦を受領した医療機関を対象に、以下の①②のとおり取り扱う。

① 全ての指定要件を充足している場合は、現行類型で指定更新する。

② 一つ以上未充足の要件がある場合は、原則、特例型として指定する（原則として個別の審議なし）。医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告、多数の未充足要件等がある場合には、指定取消について個別に審議する。



（※1）10月末日までに提出される指定更新推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、特例型としてでない指定更新の推薦は拒否され、現行類型（特例型）への見直しに向けて手続きが実施されることとなる。

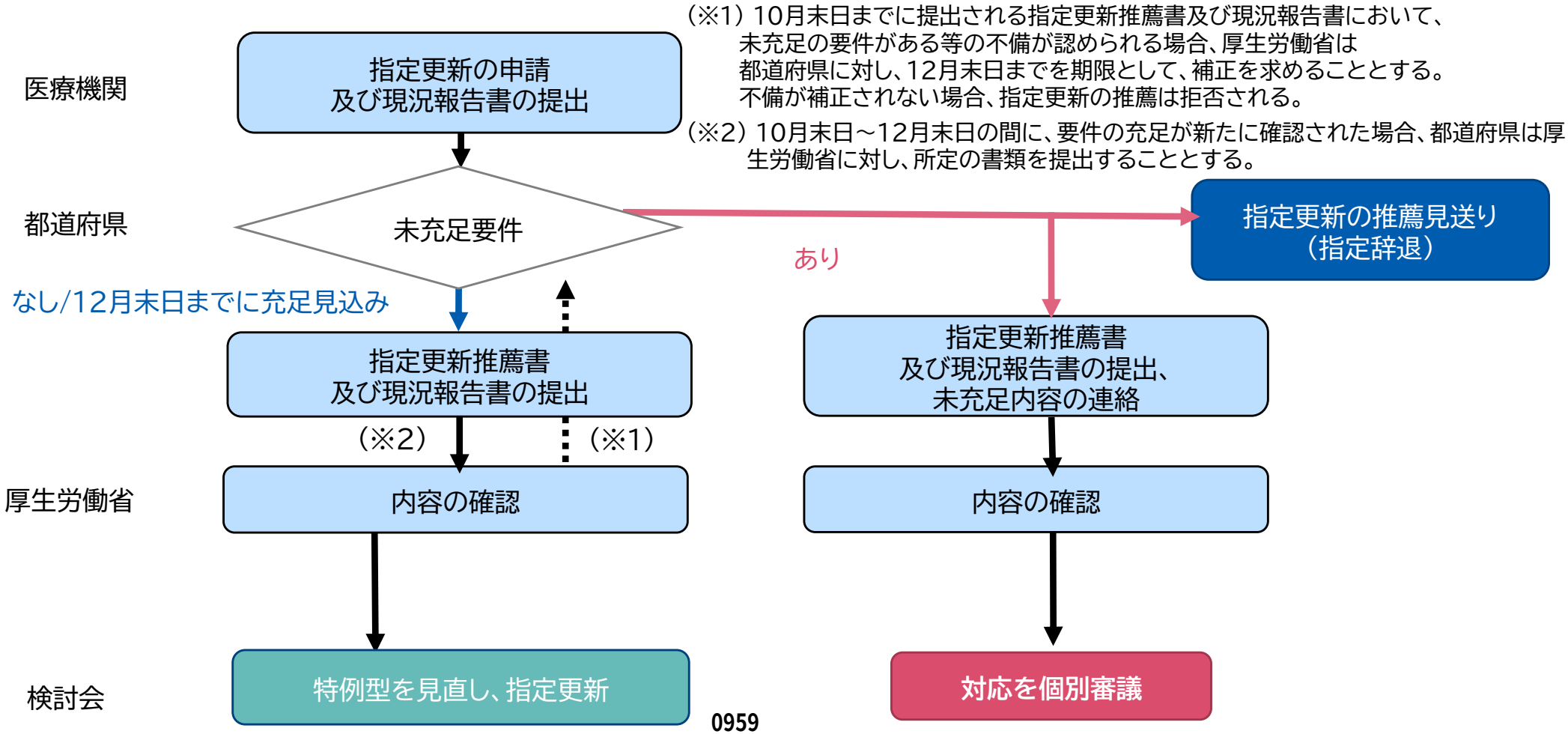
（※2）10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

3. 指定更新の場合（現行類型が特例型である場合）

- 指定更新の推薦を受領した医療機関を対象に、以下の①②のとおり取り扱う。

① 全ての指定要件を充足している場合は、特例型を見直し、指定更新する。

② 一つ以上未充足の要件があり、かつ都道府県が推薦を見送りとしない場合は、個別に審議する。医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告、多数の未充足要件等がある場合には、指定取消について個別に審議する。



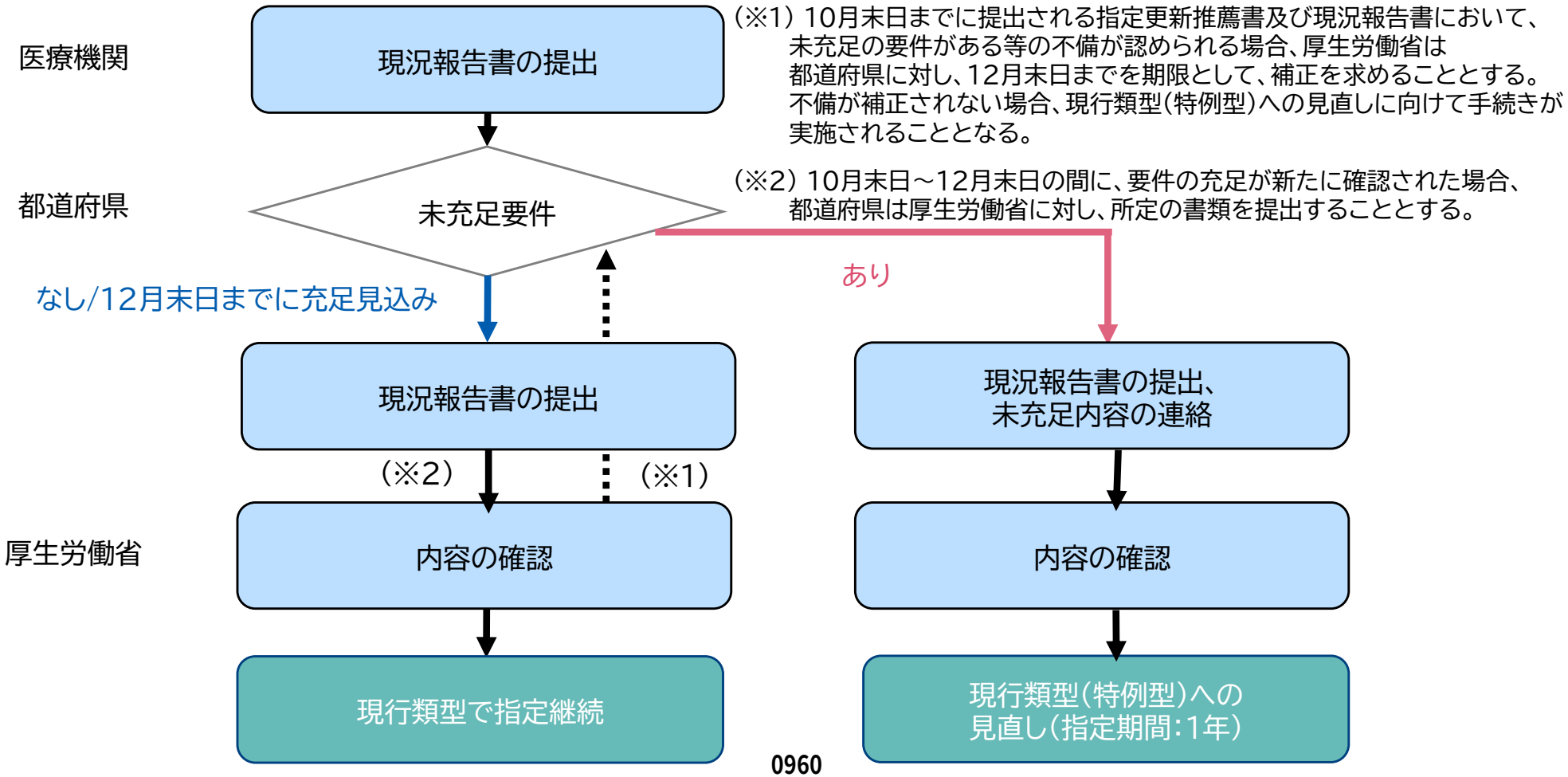
0959

4. 指定期間における現況報告による充足要件の確認

- 現況報告を受領した医療機関を対象に、以下の①②のとおり取り扱う。

① 全ての指定要件を充足している場合は、現行類型で指定継続する。

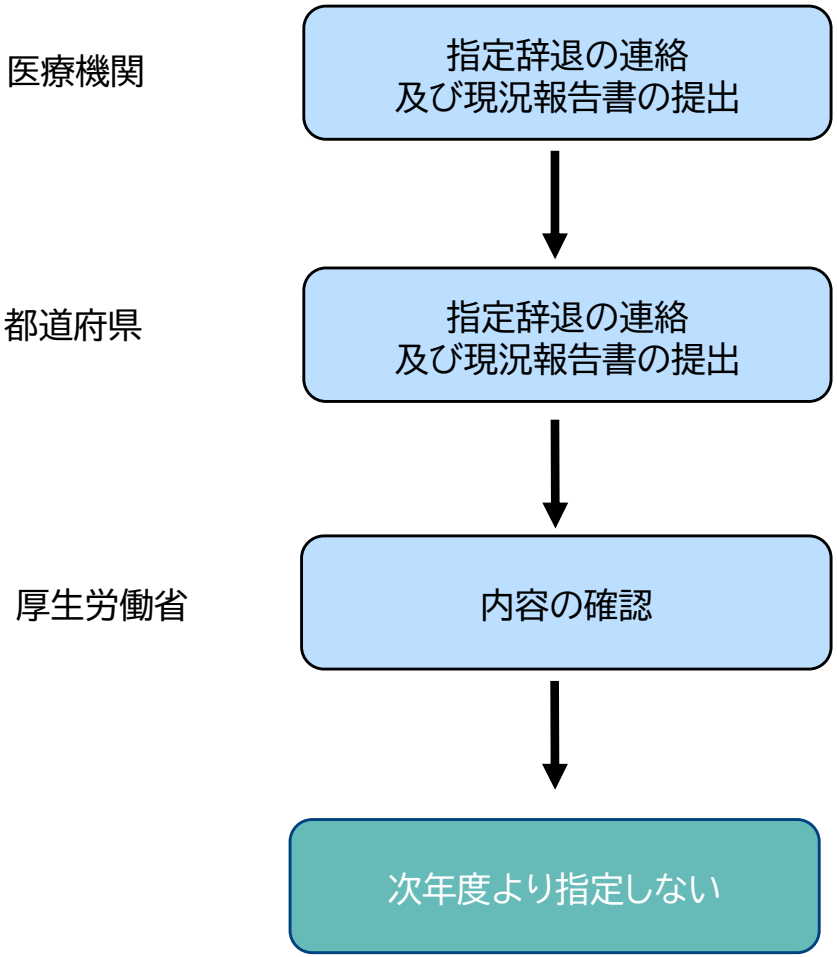
② 一つ以上未充足の要件がある場合は、原則、特例型として指定する（原則として個別の審議なし）。医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告、多数の未充足要件等がある場合には、指定取消について個別に審議する。



0960

5. 指定辞退の場合

- 令和8年4月1日以降、拠点病院等の指定の効力を失う。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. がん診療連携拠点病院等の制度について

2. 指定に係る手続きと考え方について

3. 個別医療機関の指定について（案）

- ✓新規指定について
- ✓指定類型変更について
- ✓指定更新について

4. 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

新規指定推薦（地域がん診療連携拠点病院）

- 6つの医療機関について、地域がん診療連携拠点病院としての新規指定推薦があり、個別の審議対象となる。
- 同一医療圏にすでに拠点病院等があるが、複数整備することも可能であると整備指針で定められており、都道府県からの推薦意見を踏まえて新規指定の是非を検討する。

	都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
1	千葉県	国際医療福祉大学成田病院	あり	なし
2	神奈川県	医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院	あり	なし
3	神奈川県	平塚市民病院	あり	なし
4	神奈川県	日本医科大学武蔵小杉病院	あり	なし
5	兵庫県	宝塚市立病院	あり	なし
6	岡山県	倉敷成人病センター	あり	なし

（参考）整備指針Ｉ２

都道府県拠点病院及び地域拠点病院にあっては、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、指定の検討会の意見を踏まえ、複数整備することも可能とする。

令和4年8月1日付け厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」より抜粋

0963

個別審議1）国際医療福祉大学成田病院（千葉県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
千葉県	国際医療福祉大学成田病院	あり	なし

- 千葉県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 現在、肺、胃、大腸、肝胆膵、子宮、前立腺、乳のすべてのがんについて、千葉県がん診療連携協力病院に指定されており、地域のがん診療の質の向上に大きく貢献している。2020年の開院より年々がん症例数を増やしており、2023年のがん登録数は印旛医療圏の施設で最多（1658件／年）となっている。
- 特に胃がん、大腸がん、肺がん、肝胆膵がん、前立腺がん、婦人科がん及び咽喉頭がんの外科領域においては、ロボット支援下手術にも力を入れており、2台稼働で様々な症例に対応している。胸膜中皮腫の胸膜肺全摘術や胸膜剥離／肺剥皮術、精巣がんの集学的治療（抗がん剤及び後腹膜リンパ節郭清手術）、頭頸部領域の早期がんに対する経口的内視鏡手術（TORS、TOVS、ELPS）等、二次医療圏では唯一、同病院で実施している治療も複数ある。
- この圏域には現在、日本医科大学千葉北総病院と成田赤十字病院の2つの地域がん診療連携拠点病院があるが、令和8年に圏央道全線開通により域外からのアクセスが向上することや、令和10年に成田空港が拡大することに伴うアクセス向上により、印旛医療圏は圏外からのがん医療需要が高くなると予想されることから、国際医療福祉大学成田病院が指定されることで、他院との連携により印旛医療圏のみならず、他の医療圏も含めてがん医療への貢献が期待できる。また、千葉県内2つ目の医学部附属本院・教育機関として、がん医療を担う専門医や専門コメディカルの県内医療機関への輩出などを通じて、千葉県がん医療の充実に貢献しているほか、海外からの研修も多く受け入れている（2024年度：37人）。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

0964

個別審議2）医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院（神奈川県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
神奈川県	医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院	あり	なし

- 神奈川県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 今後も増加傾向が続く胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がん等に関して、（同じがん医療圏に位置し、地域がん診療拠点病院である）藤沢市民病院と同等の治療実績を有している。（2024年：胃がん38件、大腸がん97件、肝がん13件、前立腺がん50件、乳がん81件、肺がん26件）
- 放射線治療件数の10%が湘南西部医療圏からの患者であり、医療圏外からの患者も多い。（2023年度：577件のうち57件）放射線治療専門医は2名、うち乳がんの放射線治療専門の女性医師1名が在籍。治療効果と安全性が担保されつつ、外来かつ照射回数が5回と短期間で済む定位照射（SBRT）を積極的に実施している。
- 外来化学療法室は、2025年1月より23床から30床へと拡充し、より多くの患者に対応できる体制を整備するとともに、専門性の高い医療スタッフが連携しながら質の高いがん治療を提供。スタッフステーションでは、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士など多職種が集まり、カンファレンスを行える体制を整備している。
- 肝胆膵・消化器病センターを整備している特徴として、集学的治療を要する肝細胞がんは、県下有数（同医療圏内では最多）の症例数を有している。（2024年：手術13件、経皮的肝動脈化学塞栓療法47件、複合免疫療法（薬物療法）15件）
- 病理専門医と細胞診専門医の両方の資格を持つ常勤医が3名在籍。院内にとどまらず院外においても、13の医療機関と連携しながら診断を行っており、院外受託実績は年々増加傾向。二次医療圏を含む広い範囲で病理医不足問題をカバーしている。
- 湘南藤沢徳洲会病院が拠点病院となることで、同一がん医療圏で、地域がん診療連携拠点病院として指定されている藤沢市民病院と更なる連携を図ることができる。また、隣接する医療圏の拠点病院との連携協力体制にも一層注力できることから、医療資源の不足解消や、より質の高い医療提供が期待できる。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

0965

個別審議３）平塚市民病院（神奈川県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
神奈川県	平塚市民病院	あり	なし

- 神奈川県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 外科においては、勤務環境の整備により特に消化器外科医、女性外科医が常勤で多数在籍しているほか、日本専門医機構によって認定された外科領域専門研修プログラムを有する基幹施設として、専門医の育成に努めており、2040年に向けても安定して人材を確保し手術を実施できる環境となっている。
- 放射線治療専門医が3名常勤で在籍しており、日本放射線腫瘍学会（JASTRO）の認定施設となっている。強度変調回転照射（VMAT）や定位放射線治療（SRT）、深吸気息止め照射（DIBH）などの高精度、低侵襲照射を実施し、照射患者数は年間200人を超えていることから、高度で安定した治療が提供できる体制にある。
- 分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬による治療は多職種が連携し、入院だけでなく外来でも安全に数多く実施している。
- 同じがん医療圏に位置する既指定のがん診療連携拠点病院である東海大学医学部付属病院は大学病院の本院であるため、学術、研究に対する協力や希少がんなどに対する高度な専門治療については、十分に連携が図られている。がん診療に対する充実を図るため、令和7年（2025年）12月に22床の緩和ケア病棟を設置する予定で病棟の改修を進めている。患者・家族の多様なニーズに応えるため、医師・看護師のみならず、薬剤師、心理士、ソーシャルワーカー、リハビリ技師など多職種が連携し、質の高い全人的ケアを実践していく。
- 当該医療圏の特徴として南北のアクセスに制約があるため、南側エリアに平塚市民病院を拠点病院として設置することで、生活圏から拠点病院へのアクセスが向上すると考えられる。平塚市民病院は、これまでの実績に加え、更にがん診療提供体制の充実を図る方向性にあるため、拠点病院として指定されることで、同医療圏におけるがん医療提供体制の質の向上が期待できる。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

0966

個別審議４）日本医科大学武蔵小杉病院（神奈川県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
神奈川県	日本医科大学武蔵小杉病院	あり	なし

- 神奈川県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 2024年の悪性腫瘍に対する手術件数は573件であり、そのうちロボット支援手術は149件（26%）。悪性腫瘍に対する手術を実施している診療科の数は10であり、なかでも消化器外科、乳腺外科の件数が多い。十分な実績と経験があることはもとより、ロボット支援手術や腹腔鏡手術など低侵襲手術の導入により、病状の進行に対応して、適切な術式を選択することが可能である。
- 2021年に放射線治療部門を新設し、IMRT（強度変調放射線治療）対応の放射線治療装置の設置、専門医師、放射線物理士を配置。治療実績について、2024年度は206件であった。
- 他の拠点病院でも腫瘍内科が主に担当していることのない、乳がん、婦人科がん、皮膚がん、泌尿器がん、骨軟部腫瘍を当該医療機関の腫瘍内科が担っている。希少がんを専門にしており、卵巣顆粒膜細胞腫、乳腺葉状腫瘍、骨軟部腫瘍、神経内分泌癌などの治療に積極的に取り組んでいる。卵巣顆粒膜細胞腫は、神奈川県拠点病院でも治療不可能と言われた症例も担当している。抗がん薬の脱感作療法について、本県では唯一の専門施設であり、抗がん薬の脱感作療法の依頼が他の拠点病院から、また全国の拠点病院より紹介されている。
- 手術、薬物療法に関しては、専門とする分野、他院での専門とする分野について情報共有し、互いに紹介している。放射線治療に関しては、放射線治療機器の修理や更新の際に、拠点病院間での連携をし、患者に不利益がないよう対応している。
- 川崎北部医療圏の高津区及び宮前区と隣接し、2024年がん登録では、全体数1493人のうち、高津区206人（13.8%）、宮前区61人（4.1%）であった。今後、拠点病院になることで属する医療圏はもとより、他の医療圏とも連携しつつ質の高いがん医療が期待できる。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

0967

個別審議５）宝塚市立病院（兵庫県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
兵庫県	宝塚市立病院	あり	なし

- 兵庫県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 当該病院の年間入院がん患者延べ数（令和6年）は100,996人で、入院患者の中でがん患者は16.3%を占めている。また、当該医療圏に住居するがん患者の診療実績の割合（現況報告 様式4（機能別）参照）は約11%で、地域に留まらず圏域外の患者を含めた質の高い医療を提供している。
- 2018年4月にがんセンターを開設し、2020年から兵庫県がん診療連携拠点病院として、放射線専門医による国内最先端の放射線治療、がん薬物療法専門医による抗がん剤治療、消化器内科の専門医による各種がん治療、外科系の各専門医による低侵襲鏡視下手術に加え、緩和ケア専門医による診療に至るまで、総合的ながん診療を行い、阪神北医療圏におけるがん診療の中核医療機関としての役割を果たしている。
- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において報告されている放射線治療装置1台あたりの年間照射患者数の適正数（200～300）を超える患者数（388）を治療している実績や、当該圏域で指定を受けていた近畿中央病院の閉院などの地域事情を踏まえ、今後も宝塚市立病院への放射線治療の需要は増加することが予測される。一方で、最新の放射線治療機器の導入など放射線治療の提供体制も充実しており、今後、集約化の検討においても当該圏域における放射線治療を担っていくことが期待される。
- 当該圏域において、南に位置する市立伊丹病院と北に位置する宝塚市立病院が、互いの得意分野を活かした専門的ながん医療を提供し、新たな2拠点体制の構築を期待する。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

0968

個別審議６）倉敷成人病センター（岡山県）の新規指定の是非について

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
岡山県	倉敷成人病センター	あり	なし

- 岡山県からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。
- 倉敷成人病センターは、がん診療連携拠点病院に準ずる病院として、県が独自にがん診療連携推進病院に認定しており、これまでも、集学的治療及び標準的治療を提供するとともに、がん診療連携協議会にも参加して他のがん診療連携拠点病院等と情報交換を行うなど、県民がどこに住んでいても標準的ながん医療を受けられる体制の構築に寄与してきた。
- 平成20年には、診察前に薬剤師が面談を行う「サポート外来」を全国で初めて開設し、高度複雑化しているがん薬物療法を支援している。低侵襲治療に注力しており、手術支援ロボットを計4台整備し高精度ながん手術療法を提供している。また、増加し続ける高齢前立腺がん患者にも対応するため、高精度放射線治療装置や密封小線源治療等の低侵襲治療オプションを完備している。各医療職種にがんを専門とする資格者が多数在籍しており、薬物療法、放射線療法、緩和ケアの各現場において、質の高いチーム医療を実践している。
- 女性医療にも注力しており、婦人科がん、乳がんの県内実績はトップクラスである。グループ施設である検診センターと連携し、がん検診から診断、治療、終末期医療に至るまで女性が安心して治療に専念できる体制を整備している。令和2年にブレストセンターを開設し、乳がん診療体制の強化を図り、多職種によるカンファレンスを毎週実施し安全で最適なチーム医療の提供に取り組んでいる。令和7年度に、日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構の総合診療連携施設の認定を受けた。また、岡山大学の支援を受け、遺伝科外来診療を開設し、遺伝カウンセリングや遺伝学的検査も実施している。また、医療過疎地域の基幹病院と診療連携を図っている。
- 当該がん医療圏並びに岡山県におけるがん医療提供体制の中核となるべき病院であることから、地域がん診療連携拠点病院として新たに推薦する。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として指定することとしてはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. がん診療連携拠点病院等の制度について
2. 指定に係る手続きと考え方について
3. 個別医療機関の指定について（案）
   - ✓新規指定について
   - ✓指定類型変更について
   - ✓指定更新について
4. 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

指定類型変更について（個別審議）
地域がん診療病院→地域がん診療連携拠点病院

- ４つの医療機関について、地域がん診療病院から地域がん診療連携拠点病院への指定類型変更の推薦があった。

	都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
1	滋賀県	彦根市立病院	なし	なし
2	兵庫県	兵庫県立丹波医療センター	なし	なし
3	広島県	市立三次中央病院	なし	なし
4	大阪府	独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター	なし	次頁以降で検討

- 彦根市立病院・兵庫県立丹波医療センター・市立三次中央病院は、以下の①②を満たすため、地域がん診療連携拠点病院として指定類型変更してはどうか。
- 他方で、独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターについては、②は満たすものの、①を満たさないため、次頁以降で検討対象とする。

① 検討会開催前年の12月末日までに、地域がん診療連携拠点病院としての全ての要件を充足している。

② 同一のがん医療圏に他の拠点病院等が指定されていない。

0971

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターについて
地域がん診療病院→地域がん診療連携拠点病院

- 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターが、地域がん診療病院から地域がん診療連携拠点病院に類型変更するにあたり未充足の要件は、「放射線治療のべ患者数（基準：年間200人以上、期間：令和6年1月1日～令和6年12月31日）」である。当該医療機関では、令和6年6月20日から令和7年1月14日までの期間において、放射線治療機器の入替を実施しており、この期間中の放射線治療の実施が制限されていた。

- 第24回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会において、「放射線治療実績について、放射線治療機器の入替に伴う一時的な患者数の減少による未充足は許容する。」と整理されている。放射線治療機器入替前の当該医療機関の放射線治療実績は、地域がん診療連携拠点病院の要件である、年間200人以上には達していなかった。

<table>
<tr><td>年</td><td colspan="12">令和5年</td><td colspan="12">令和6年</td></tr>
<tr><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr>
<tr><td>類型</td><td colspan="3">地域がん診療連携拠点病院</td><td colspan="9">地域がん診療連携拠点病院</td><td colspan="12">地域がん診療連携拠点病院（特例型）</td></tr>
<tr><td>放射線治療患者数</td><td colspan="12">1/1～12/31
153人</td><td colspan="6">1/1～6/19
72人</td><td colspan="6">6/20～1/14
放射線装置入替</td></tr>
</table>

令和7年度現況報告書における審査対象期間

- 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターについては、放射線治療実績の要件を満たしていないものとして、地域がん診療病院として継続することとしてはどうか。

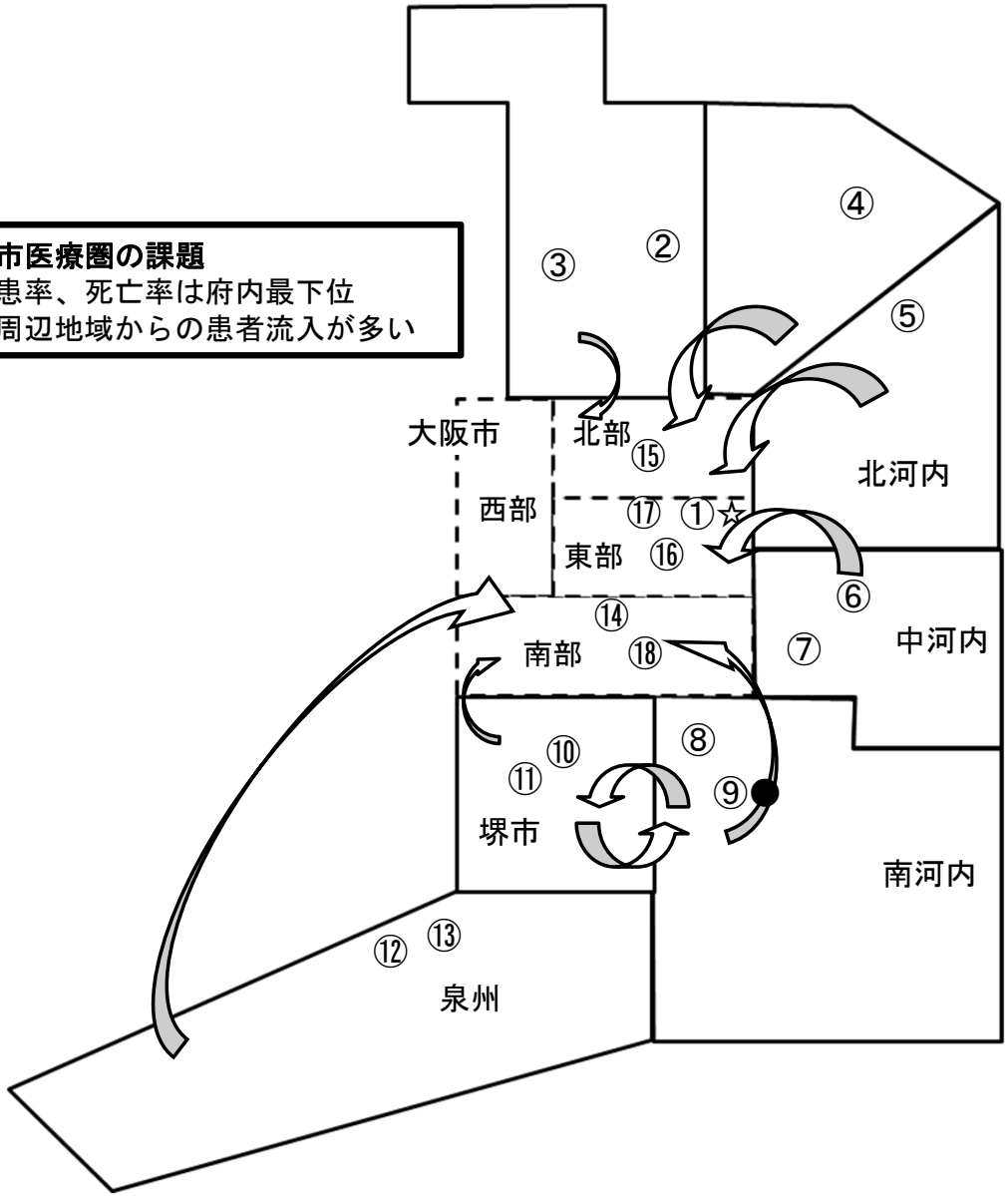
0972

参考：都道府県作成資料

資料２

大阪府 令和７年９月１日現在の医療圏の状況と指定状況

大阪市医療圏の課題
・罹患率、死亡率は府内最下位
・市周辺地域からの患者流入が多い



☆：都道府県がん診療連携拠点病院　●：地域がん診療病院

①大阪国際がんセンター☆（令和5年4月1日）
②大阪大学医学部附属病院　（令和5年4月1日）
③市立豊中病院（令和5年4月1日）
④大阪医科薬科大学病院（令和5年4月1日）
⑤関西医科大学附属病院（令和5年4月1日）
⑥市立東大阪医療センター（令和5年4月1日）
⑦八尾市立病院（令和5年4月1日）
⑧近畿大学病院（令和7年4月1日）
⑨大阪南医療センター●　（令和7年11月１日予定）
　※近畿大学病院が移転したことを確認の上で、移転日より地域がん診療病院として新規指定予定
⑩大阪労災病院（令和5年4月1日）
⑪堺市立総合医療センター（令和6年4月1日）
⑫市立岸和田市民病院（令和5年4月1日）
⑬和泉市立総合医療センター（令和5年4月1日）
⑭大阪公立大学医学部附属病院（令和6年4月1日）
⑮大阪市立総合医療センター（令和5年4月1日）
⑯大阪赤十字病院（令和5年4月1日）
⑰大阪医療センター（令和6年4月1日）
⑱大阪急性期・総合医療センター（令和5年4月1日）

※括弧内は現在の指定開始日

（参考）大阪府からの推薦意見について

- 大阪府からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。

- 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センターは、南河内二次医療圏の河内長野市に立地しており、府民（医療圏域の住民）が利用しやすい立地にある。二次医療圏ごとのがん患者の流入、流出においては流入超過となっているため、医療圏で診療が完結しており、圏域内のがん患者にとって非常に重要な病院となっている。
- がんに係る2024年1年間の入院患者延べ数は27,842人、外来患者延べ数は152,359人、悪性腫瘍手術件数は424件となっている。がんの入院患者のうち、南河内二次医療圏に居住の患者割合は90.9%と、地域医療を重視したがん医療を提供しており、加えて当該医療圏のみならず大阪府（大阪市・南部・東部）、奈良県及び和歌山県北部からのがん患者を診療している。
- がん治療は外科治療、内視鏡治療、化学療法、放射線治療、緩和ケア医療など多岐にわたり、それぞれの進歩が著しいため、内科医、外科医、放射線科医、病理医、検査技師、認定看護師など、その領域の専門家による「キャンサーボード」において様々な検討を行うことで個別化治療を行い、患者中心の医療と安全で質の高いがん医療を提供できるように努めている。また、予定手術では、手術の前週に病理医を交えて術前カンファレンスを必ず行い、治療方針を共有するとともに、術後1ヵ月にも術後カンファレンスを行い、手術治療の結果を検討している。
- 既存の地域医療支援病院運営委員会（年4回）において、地域の医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政とともに「大型医療機器の共同利用」「救急車の受け入れ」「医科歯科連携」「保険薬局との連携」について議論している。また、不定期で地域医療機関、訪問看護事業者、行政とともに安心した在宅医療を支えるための情報共有を行っている。
- 南河内二次医療圏でのがん診療向上のため、国・府拠点病院担当者が集い、情報交換、同医療圏内の緩和ケアマップの共同制作（更新）を年1回行い、医療圏のホームページにも掲載、各拠点病院、行政機関、訪問看護ステーションなど在宅医療にも周知している。

指定類型変更について（個別審議）
地域がん診療連携拠点病院（特例型）→地域がん診療病院

- 2つの医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（特例型）から地域がん診療病院への指定類型の推薦があった。

	都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等	検討会開催前年の12月末日時点の未充足要件
1	福岡県	公立八女総合病院	なし	なし
2	福岡県	一般社団法人福岡県社会保険医療協会社会保険田川病院	なし	なし

- 公立八女総合病院・一般社団法人福岡県社会保険医療協会社会保険田川病院は、以下の①②を満たすため、地域がん診療病院として指定類型変更してはどうか。

① 検討会開催前年の12月末日までに、地域がん診療病院としての全ての要件を充足している。

② 同一のがん医療圏に他の拠点病院等が指定されていない。

0975

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

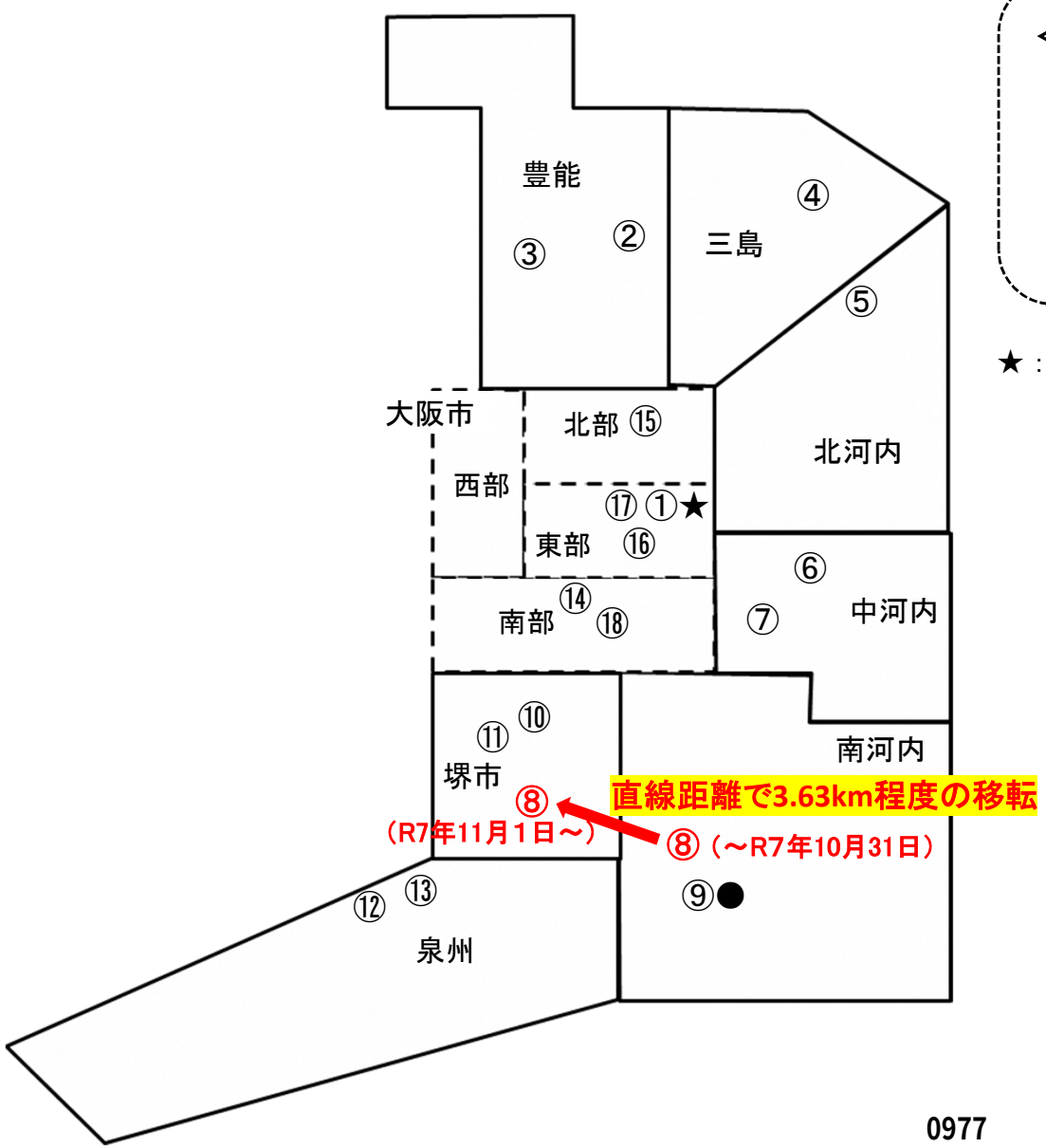
1. がん診療連携拠点病院等の制度について
2. 指定に係る手続きと考え方について
3. 個別医療機関の指定について（案）
   - ✓新規指定について
   - ✓指定類型変更について
   - ✓指定更新について
4. 参考資料

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）近畿大学病院の移転について（大阪府提出資料）

第24回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料１
令和６年２月21日	一部改変

【大阪府　令和６年９月１日時点の医療圏の状況と指定状況及び今後の移転予定】



0977

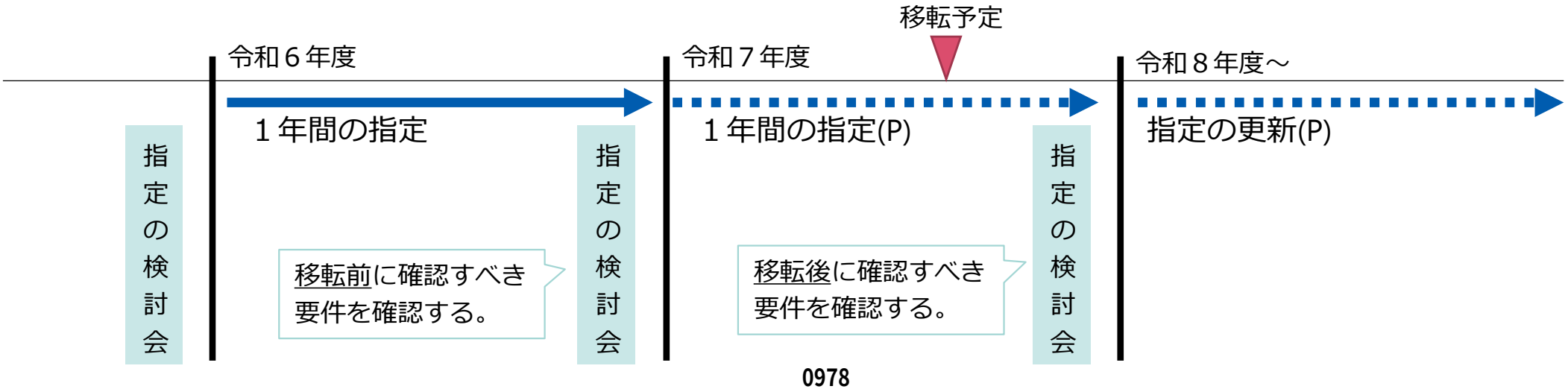
＜近畿大学病院の特色＞
- 大阪府南部唯一の大学病院
- ほぼすべてのがん診療に対応しているほか、がんゲノム医療拠点病院として指定を受け、複数のがんゲノム医療連携病院の重要な連携先となりがんゲノム医療にも貢献
- 設置当初から多くの堺市南部在住のがん患者を診療しており、現在も同院が受け入れているがん患者の約３割が堺市在住

★：都道府県がん診療連携拠点病院　●：地域がん診療連携拠点病院（特例型）

①大阪国際がんセンター　★（都道府県拠点）
②大阪大学医学部附属病院
③市立豊中病院
④大阪医科薬科大学病院
⑤関西医科大学附属病院
⑥市立東大阪医療センター
⑦八尾市立病院
⑧近畿大学病院
※R７年11月１日に南河内医療圏から堺市医療圏へ移転予定
⑨大阪南医療センター　●
⑩大阪労災病院
⑪堺市立総合医療センター
⑫市立岸和田市民病院
⑬和泉市立総合医療センター
⑭大阪公立大学医学部附属病院
⑮大阪市立総合医療センター
⑯大阪赤十字病院
⑰大阪医療センター
⑱大阪急性期・総合医療センター

拠点病院等の移転について

- 大阪府より近畿大学病院の医療圏をまたぐ移転（令和７年11月予定）について、整備指針に基づき届出があった。
- 今年度は１年間を指定期間として、来年度の移転前の指定の検討会において、以下の要件について確認し、充足している場合には、移転後も含めた１年間を指定期間とする。
  - ① 移転後も全ての指定要件を充足する見込みについて
  - ② 移転後の診療実績の見込みの詳細について
  - ③ 移転元と移転先のがん医療圏の患者受療動向への影響を含めたがん診療提供体制の詳細について
- 仮に、上記のとおり、来年度の指定の検討会で１年間の指定を行った場合は、２年後の移転後の指定の検討会において、以下の要件について確認し、指定の更新を行う。
  - ① 移転後の指定要件の充足状況について
  - ② 移転後の診療実績の詳細について



0978

地域がん診療連携拠点病院→地域がん診療連携拠点病院（指定更新）

- 近畿大学病院の、①移転後の指定要件の充足状況は、以下の要件以外は充足している。

都道府県	医療機関名	同一医療圏の拠点病院等
大阪府	近畿大学病院	あり

移転後の令和7年11月1日時点で満たせていない要件	現状の説明	充足見込み時期
関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行っている。	令和7年2月に実施済。	新病院においては、令和8年1月に実施予定。
当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けている。	令和7年開催分は移転前の7月に開催している。	新病院においては、令和8年7月頃に開催予定。
「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠し、当該がん医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催している。	令和7年開催分は移転前の9月に開催している。	新病院においては、令和8年9月に開催予定。
院内の看護師を対象として、がん看護に関する総合的な研修を定期的に実施している。	令和7年開催分は移転前に3回開催している。	新病院においては、令和8年に3回開催予定。

- 上記の要件については、移転前にすでに充足済みであり、移転後にも実施（開催）予定がある。

0979

地域がん診療連携拠点病院→地域がん診療連携拠点病院（指定期間延長）

- 近畿大学病院の、②移転後の診療実績は、以下のとおりである。

診療実績			令和7年11月実績	令和7年12月実績	合計	参考（合計×6）
(1)			令和7年11月1日～11月30日	令和7年12月1日～12月31日	令和7年11月1日～12月31日	
①	ア	院内がん登録数（見込み）（基準：年間500件以上）	201	263	464	2,784
	イ	悪性腫瘍の手術件数（基準：年間400件以上）	162	200	362	2,172
	ウ	がんに係る薬物療法のべ患者数（基準：年間1,000人以上）	1,196	1,234	1,448	3,968※
	エ	放射線治療のべ患者数（基準：年間200人以上）	68	68	136	816
	オ	緩和ケアチームの新規介入患者数（基準：年間50人以上）	47	52	99	594
②		当該がん医療圏に居住するがん患者の診療実績の割合（%）	8	8	8	8

※ レジメン単位であることを考慮し、下記のとおり算出。
「2025年11月～12月の実績（1,448）」-「2025年11月実績（1,196）」＝252（1ヶ月で増加したのべ件数）
月ごとに252件のべ件数が加算されると仮定　→「2025年11月実績（1,196）」+「252×11」＝3,968

- 移転後の11-12月の診療実績を年間換算すると、地域がん診療連携拠点病院の指定要件に達する見込みである。

0980

大阪府からの推薦意見について

- 大阪府からの推薦意見の概要は、以下のとおりである。

- 近畿大学病院は、令和7年9月1日現在においては南河内二次医療圏の大阪狭山市に立地している。同病院は、南河内医療圏の住民および堺市医療圏住民と府民が利用しやすい立地位置にあり、南大阪をカバーする唯一の特定機能病院、かつ地域の基幹機関病院である。移転後においては、堺市二次医療圏の堺市南区に立地しており、泉北高速鉄道(泉ケ丘駅直結)や府道38号線の利用により、各方面からのアクセスが格段に向上することから、堺市医療圏の住民はもとより南河内医療圏住民はじめ府民が引き続き利用しやすい立地位置といった地域特性がある。
- がんに係る年間入院患者延べ数は85,482人、外来患者延べ数は204,470人、悪性腫瘍手術件数は3,310件となっている。また、がんの年間入院患者延べ数のうち、南河内二次医療圏の患者が占める割合は44%、堺市二次医療圏の患者が占める割合は32%と全体の76%を占めている。その他泉州二次医療圏12%、中河内二次医療圏1%、大阪市二次医療圏1%、その他10%となっており、当該医療圏のみならず大阪府(南部)のがん医療を担っている。
- 平成19年に開設されたがんセンターでは関連診療科との協力のもと、集学的な立場からがん治療に取り組んでおり、これらのキャンサーボードの実施を支援、マネジメントしているほか、免疫チェックポイント阻害薬の有害事象対策チームの設立や緩和ケアチームの介入、がん相談支援センターの活動の周知などを統括している。
- 近畿大学病院は令和元年9月にがんゲノム拠点病院として指定されており、がん患者の遺伝子を調べて最適な治療薬を選ぶ「ゲノム医療」に取り組んでいる。また、近畿大学病院ゲノムセンターにてがんゲノムプロファイリング検査を取りまとめており、毎週連携施設も加わってのエキスパートパネルを開催している。様々ながん種の患者のゲノム異常を調べることで分子標的治療や免疫チェックポイント阻害薬、また新規薬剤の治験(近畿大学病院は大阪府で最多の治験実施数)に繋げている。
- 上記体制は移転後も継続しており、取り組みを進めているところである。

- 当該医療機関を、地域がん診療連携拠点病院として、令和9年3月31日まで指定更新することとしてはどうか。

0981

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. がん診療連携拠点病院等の制度について
2. 指定に係る手続きと考え方について
3. 個別医療機関の指定について（案）
   - ✓新規指定について
   - ✓指定類型変更について
   - ✓指定更新について
4. **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

略語

検討会資料等の一部において、整備指針にのっとり以下の略語を使用している。

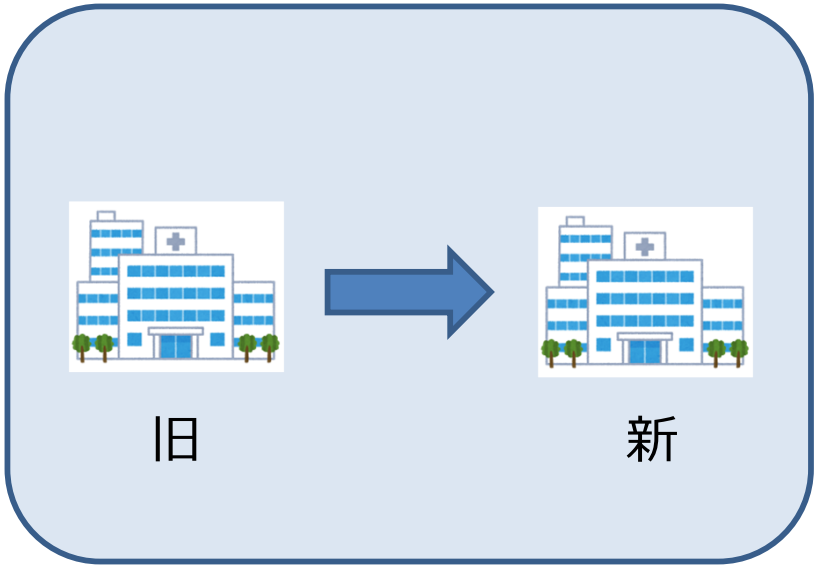
略語	正式名
地域拠点病院	地域がん診療連携拠点病院
都道府県拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院
特定領域拠点病院	特定領域がん診療連携拠点病院
国立がん研究センター	国立研究開発法人国立がん研究センター
指定の検討会	がん診療連携病院等の指定に関する検討会
拠点病院等	地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）
がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院
都道府県協議会	都道府県がん診療連携協議会
国協議会	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
拠点病院等（特例型）	各拠点病院等の特例型

令和４年８月１日付け厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」より抜粋

※特例型としての指定を受けていない拠点病院等を、本検討会資料では「一般型」と表記している。

0983

（参考）移転・分離・統合の際の方針

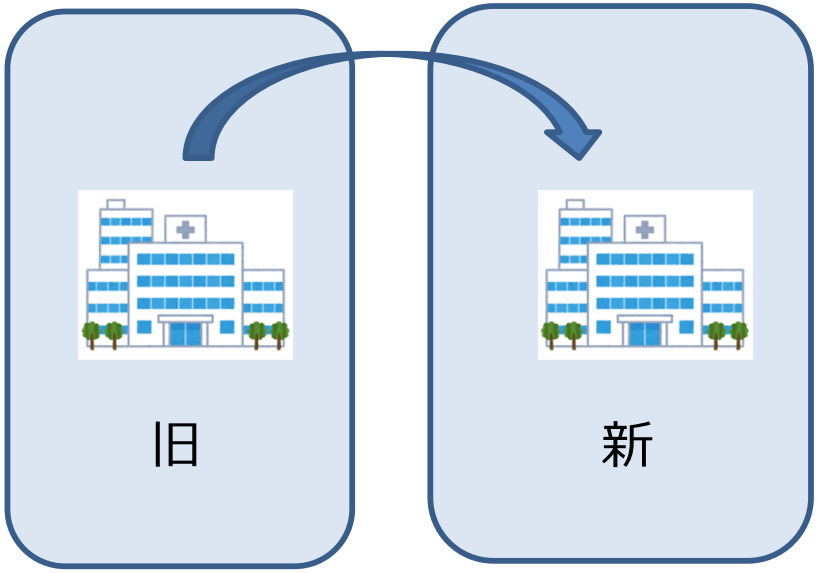


①既指定病院が同一医療圏内で移転する場合

- 都道府県にて診療提供体制に問題ないか確認の上、厚生労働省に届出を求める。
- 更新の場合、診療実績については新旧合算することを認める。

②同一医療圏内で移転した病院を新規推薦する場合

- 診療実績については新旧合算することを認める。
- 新規推薦については移転した次年度より受け付ける。



③既指定病院が医療圏をまたいで移転する場合

- 現在の指定については原則継続を認めない。
- 患者の受療状況等、地域の状況によっては個別に検討する。
- 新規推薦をする場合は新病院のみの診療実績で検討する。

④医療圏をまたいで移転した病院を新規推薦する場合

- 新規推薦をする場合は新病院のみの実績で検討する。

0984

（参考）要件充足の判断のための整理
グループ指定に係る要件について

Ⅵ 地域がん診療病院の指定要件について

２ 診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがんを中心として、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携して集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標 準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ 確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

エ 診療機能確保のための支援等に関し、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との人材交流計画を策定・実行すること。特に、集学的治療等 を提供することが困難な場合における専門的な知識及び技能を有する医師 等の定期的な派遣の依頼、専門外来の設置等に努めること。

② 手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項 集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、適宜グループ指 定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により特に以下に対応するこ と。

ア 我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについ てはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供で きる体制を整備すること。

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠 隔病理診断でも可とする。

ク グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制 を整備すること。

（３）その他の環境整備等 必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等によ り、Ⅱ の２の（３）に定める要件を満たすこと。

４ 人材育成等 必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等により、 Ⅱの４に定める要件を満たすこと。

５ 相談支援及び情報の収集提供 （１）がん相談支援センター がん相談支援センターを設置し、①、②の体制を確保した上で、グループ指定のがん診療連携拠点病院との連携と役割分担によりⅡの５の（１）の③から⑧に規定する相談支援業務を行うこと。

令和４年８月１日付け厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」より抜粋

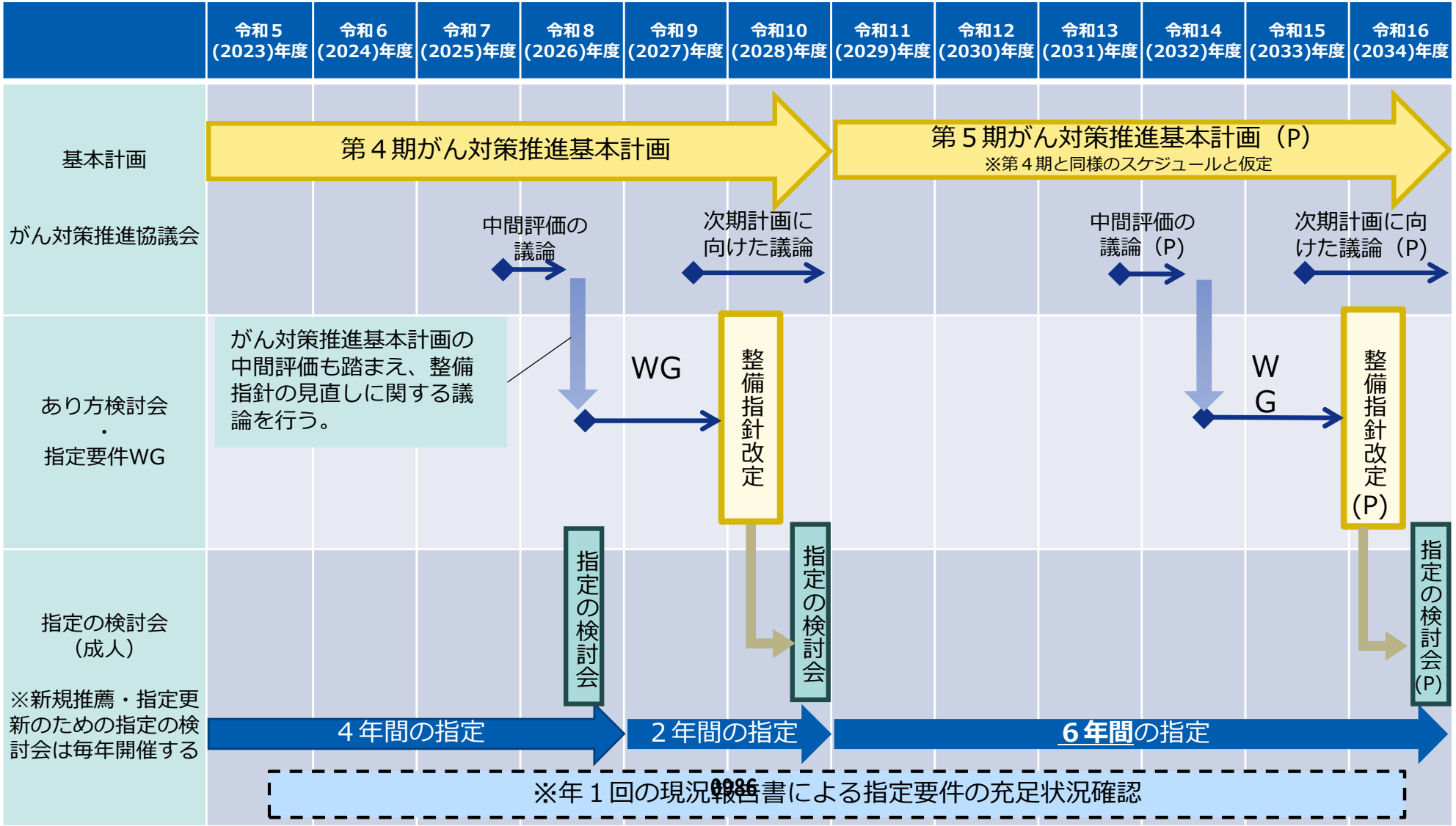
方針

- 当該要件は地域がん診療病院として指定されていることを前提とした要件であるため、当該要件を検討会時点で充足していなくても、地域がん診療病院への新規指定および地域がん診療病院への類型変更の推薦を受けている場合に限り、昨年度と同様に以下のように取り扱う。
  - 当該要件は「未充足要件」として扱わない。地域がん診療病院に指定された場合は速やかに充足することを求める。

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

がん診療連携拠点病院等の整備指針見直しサイクルを６年間とする。また、がん診療連携拠点病院等の次の指定期間を**２年間**とし、その後は**６年間**の指定期間とする。

※その他必要な場合には、適宜見直す。



第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討	資料2
令和8年2月9日	

●新規指定・指定類型変更・指定更新の医療機関一覧（案）

1. 検討会において医療機関ごとの個別審議により指定等を判断するもの

【新規指定推薦】
地域がん診療連携拠点病院への新規指定推薦があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）
1	千葉県	国際医療福祉大学成田病院	-	本検討会における個別審議で決定
2	神奈川県	医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院	-	本検討会における個別審議で決定
3	神奈川県	平塚市民病院	-	本検討会における個別審議で決定
4	神奈川県	日本医科大学武蔵小杉病院	-	本検討会における個別審議で決定
5	兵庫県	宝塚市立病院	-	本検討会における個別審議で決定
6	岡山県	倉敷成人病センター	-	本検討会における個別審議で決定

計　　6　　施設

【指定類型変更推薦】
地域がん診療連携拠点病院への指定類型変更の推薦があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）
1	滋賀県	彦根市立病院	地域がん診療病院として指定 （指定期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間）	本検討会における個別審議で決定
2	大阪府	独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター	地域がん診療病院として指定 （指定期間：令和7年11月1日から令和9年3月31日までの1年5ヶ月）	本検討会における個別審議で決定
3	兵庫県	兵庫県立丹波医療センター	地域がん診療病院として指定 （指定期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間）	本検討会における個別審議で決定
4	広島県	市立三次中央病院	地域がん診療病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間）	本検討会における個別審議で決定

計　　4　　施設

地域がん診療病院への指定類型変更の推薦があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）
1	福岡県	公立八女総合病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	本検討会における個別審議で決定
2	福岡県	一般社団法人福岡県社会保険医療協会社会保険田川病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	本検討会における個別審議で決定

計　　2　　施設

地域がん診療連携拠点病院としての指定更新推薦があった医療機関のうち、個別審議を必要としたものは以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）
1	大阪府	近畿大学病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	本検討会における個別審議で決定

計　　1　　施設

●新規指定・指定類型変更・指定更新の医療機関一覧（案）

2. 指定等の判断にあたり、検討会での個別審議を要さないもの

【指定更新推薦】
地域がん診療連携拠点病院としての指定更新推薦があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）
1	山形県	置賜広域病院企業団　公立置賜総合病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
2	千葉県	日本医科大学千葉北総病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
3	東京都	独立行政法人国立病院機構災害医療センター	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
4	神奈川県	川崎市立井田病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
5	岐阜県	社会医療法人厚生会中部国際医療センター	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
6	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会　海南病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
7	福岡県	医療法人　原三信病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）
8	福岡県	福岡赤十字病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）

計　　8　　施設

地域がん診療連携拠点病院としての現況報告があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）	未充足であった要件
1	北海道	独立行政法人労働者健康安全機構　釧路労災病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数
2	埼玉県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会川口総合病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	放射線治療のべ患者数
3	福井県	市立敦賀病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数
4	岐阜県	岐阜県厚生農業協同組合連合会　中濃厚生病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	がんに係る薬物療法のべ患者数
5	和歌山県	公立那賀病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数
6	和歌山県	紀南病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	がんに係る薬物療法のべ患者数
7	和歌山県	独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数
8	福岡県	独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	放射線治療のべ患者数
9	福岡県	社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	放射線治療のべ患者数
10	熊本県	荒尾市立有明医療センター	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和5年4月1日から令和9年3月31日までの4年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	複数の診療実績
11	宮崎県	独立行政法人国立病院機構都城医療センター	地域がん診療連携拠点病院として指定 （指定期間：令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日までの1年間）	緩和ケアチームに配置されている、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数　等

計　　11　　施設

地域がん診療連携拠点病院としての指定辞退があった医療機関は以下の通り。

	都道府県名	医療機関名	現行指定類型と指定期間	新規指定類型と指定期間（案）	辞退理由
1	山形県	山形市立病院済生館	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	令和8年4月1日以降、指定取消し	当該医療機関において、放射線治療のべ患者数が減少しているため
2	兵庫県	公立学校共済組合近畿中央病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）として指定 （指定期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日までの1年間）	令和8年4月1日以降、指定取消し	病院統合を控え、患者数が減少しているため

計　　2　　施設

第 20 回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和８年４月 16 日（木）15:00～17:00
場　所：航空会館（※オンライン会議）

１ 開 会

２ 議 題
（１） がん医療提供体制の均てん化・集約化について
（２） がん診療連携拠点病院等・がんゲノム医療中核拠点病院等・小児拠点病院等の指定要件等の見直しスケジュールについて
（３） その他

【資料】
議事次第
資料１ がん医療提供体制の均てん化・集約化について
資料２ がん診療連携拠点病院等・がんゲノム医療中核拠点病院等・小児拠点病院等の指定要件等の見直しスケジュールについて
参考資料１ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

第20回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料1
令和8年4月16日	

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

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

0990

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査

2. がん診療提供体制と新たな地域医療構想との連動について

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査

2. がん診療提供体制と新たな地域医療構想との連動について

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

2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 我が国のがん対策については、がん対策基本法及び同法の規定に基づくがん対策推進基本計画により、総合的かつ計画的に推進している。
- 第4期がん対策推進基本計画において、国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、がん診療連携拠点病院等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。
- 今般、がん診療提供体制のあり方に関する検討会での議論を経て、令和7年8月1日に「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」がまとめられ、令和7年8月29日に基本的な考え方及び検討の進め方について都道府県に通知を発出した。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化について
第17回	令和7年3月21日	• がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について • 3大療法について（関係学会より発表） • がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について
第18回	令和7年6月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書（案）について
第19回	令和7年7月25日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ
	令和7年8月1日	• 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表
	令和7年8月29日	• 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」の課長通知を都道府県に発出

0993

がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○：座長

浅香　えみ子 公益社団法人日本看護協会　常任理事
※令和7年7月10日付けで橋本美穂氏から交代
天野　慎介　一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長
家保　英隆　高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監
岡　俊明　一般社団法人日本病院会　副会長
※令和7年6月10日付けで泉並木氏から交代
川上　純一　公益社団法人日本薬剤師会　副会長
佐野　武　公益財団法人がん研究会有明病院　病院長
茂松　茂人　公益社団法人日本医師会　副会長
藤　也寸志　独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
○ 土岐　祐一郎　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科
外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学教授
野田　龍也　学校法人関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座
主任教授
東　尚弘　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
松本　公一　国立研究開発法人国立成育医療研究センター
小児がんセンター センター長
間野　博行　国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
※令和7年5月23日付けで中釜斉氏から交代
村松　圭司　千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」における国が取り組むべき事項に係る記載について

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」においては、国が都道府県に対し、データ提供等の技術的支援を行い、各地域の取組状況を把握した上で必要な支援を行うこととされている。これを踏まえ、都道府県における均てん化・集約化の取組状況を把握するため、令和7年11月と令和8年2月に都道府県へアンケート調査を実施したので、その結果を共有する。

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（令和7年8月1日）（抜粋）

（6. 国が取り組む事項）

- 従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後もがん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要があり、今後具体的に検討すること。
- **都道府県協議会等に対し、関係学会とも連携しながら、継続的に好事例の共有、他の地域や医療機関との比較が可能となるようなデータの提供等の技術的支援並びに当該支援により提供されたデータの解釈及び活用方法について丁寧に説明を行うこと。また、各都道府県協議会でのがん医療の均てん化・集約化の議論及び進捗状況を確認し、都道府県ごとの差異を把握した上で、都道府県におけるがん医療の均てん化・集約化に向けた取組を支援すること。**
- 医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましく、特に、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等について、検討すること。
- 2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する方針を、がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループへ提出し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の改訂に向けて検討すること。
- 85 歳以上のがん罹患者に対して、全身状態や併存疾患、治療自体による身体的負担等を加味するとともに、本人・家族の意思を踏まえどのような治療法が最適であるか、また、療養環境の支援のあり方に関する研究を推進すること。
- 2040年を見据えた持続可能ながん医療提供体制の構築には、都道府県で正確なデータに基づいた十分な検討・調整が必要であることから、都道府県協議会等に対し技術的支援を行いつつ、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援については、引き続き検討を行った上で、必要な予算の確保を図ること。 **0994**

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する技術的支援について

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表して以降、国及び国立がん研究センターにおいては、データ提供、説明機会の確保、取組状況の把握等を通じ、都道府県に対する技術的支援を継続的に実施しており、今後も順次継続予定である。

日付	技術的支援の内容等
令和7年8月1日	• 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」の公表
令和7年8月29日	• がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の一部改正について」（健生発0829第2号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）の発出。 • 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について（健生発0829第5号厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）を発出
令和7年9月24日	• 国立がん研究センターがん対策研究所による院内がん登録情報（2023年登録分）の都道府県への提供（受療者数、性別、がん種、術前後ステージ別、年齢、治療方法、受療者医療圏等を含む）（※）
令和7年9月25日	• 第19回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における、とりまとめ及び技術的支援内容の説明
令和7年10月10日	• 厚生労働省による都道府県別・二次医療圏別将来患者推計、がん罹患者数推計及び新規診断時三大療法別需要推計の提供
令和7年11月6日	• 都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査の実施（第1回）
令和8年2月19日	• 都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査の実施（第2回）

0995

都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（局長通知関連）

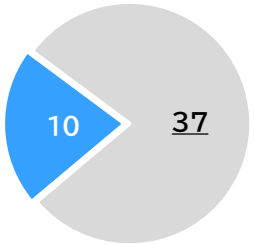
設問

令和7年8月29日に、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の一部改正について」（健生発0829第2号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）（以下、「局長通知」という。）が発出されました。
局長通知において、「都道府県及び都道府県の全ての拠点病院等は、協働して都道府県協議会を設置し、都道府県及び都道府県拠点病院は、都道府県協議会の運営を担うこと。」とされました。**局長通知発出前**の、貴都道府県と都道府県協議会の関係について、あてはまるものを一つ選んでください。（左円グラフ）
上記において「都道府県協議会の運営を担っていなかった～」あるいは「都道府県協議会には参加していなかった」とお答えいただいた都道府県にお伺いします。**局長通知発出後**、いつから運営体制の変更を実施される予定ですか。あてはまるものを一つ選んでください。（右円グラフ）

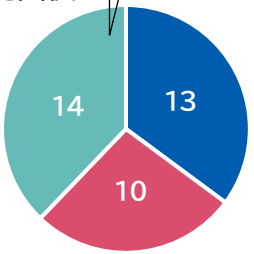
回答結果

時期について決まっていない都道府県
岩手県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、新潟県、石川県、山梨県、徳島県、香川県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県

＜局長通知発出前＞



＜局長通知発出後＞



【都道府県協議会の運営体制を変更した（する）詳細（抜粋）】

- がん診療連携協議会の規定に県庁を事務局として明記し、協議会の運営に積極的に関わっていくこととする予定。（栃木県）
- 協議会において取り上げるテーマについて県は関与していなかったが、令和7年度第2回協議会開催前に打ち合わせを実施した。（埼玉県）
- 令和8年4月1日付けで協議会設置要綱に「がん医療提供体制の均てん化・集約化に関すること」、会員に「患者団体等関係機関」を追加、事務局として県を追加予定。「協議会の事務を処理するため、事務局を富山県厚生部健康対策室健康課及び国指定県がん診療連携拠点病院に置く。」と明記する。（富山県）
- 令和8年1月に都道府県協議会を開催し、設置要綱に県が事務局に加わり都道府県がん診療連携拠点病院とともに都道府県協議会を運営すること及び均てん化・集約化検討部会を設置することを明記した。（静岡県）

まとめ

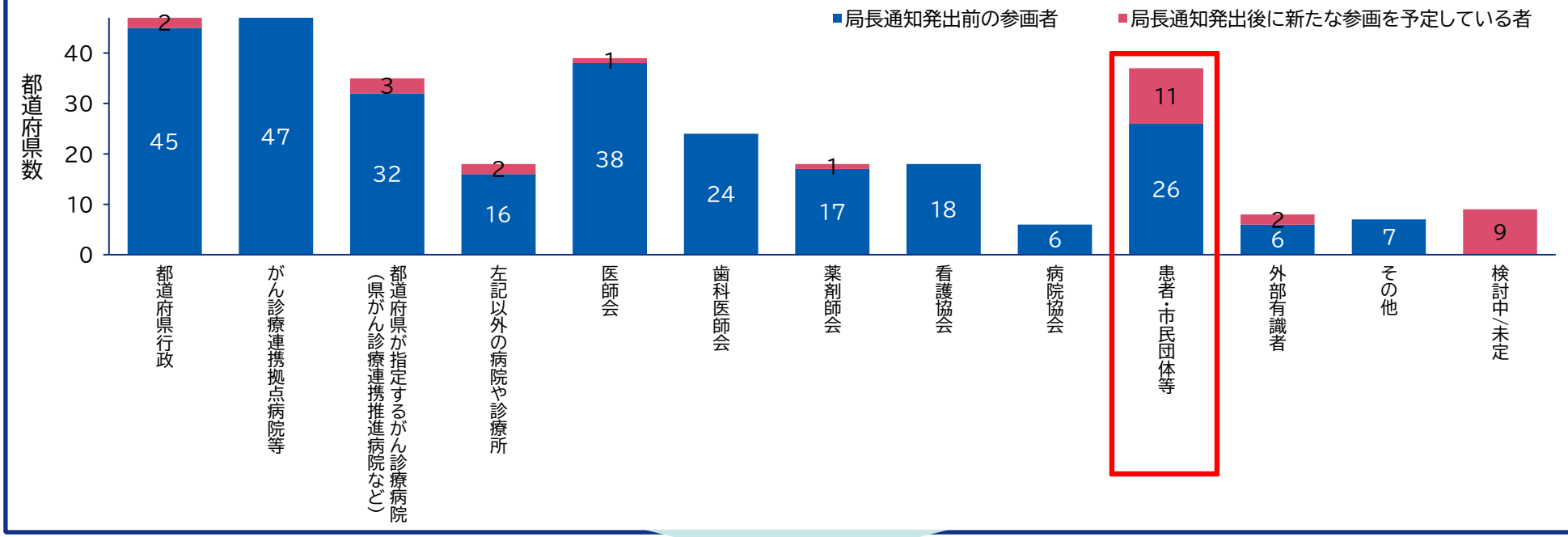
- **局長通知発出前**は、10都府県が都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県がん診療連携協議会の運営を担っていた。
- **局長通知発出後**、運営を担っていなかった37道県の内、13県が令和7年度中に運営体制の変更を実施済み/予定であり、10道県が令和8年度中に変更を実施予定である。一方で、14県については、現時点で対応時期が決まっていない。

都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（局長通知関連）

設問

局長通知において、「都道府県及び都道府県拠点病院は、拠点病院等の他、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体に、必ず都道府県がん診療連携協議会へ参画させることとし、これらの者が主体的に協議に参加できるよう運営すること。」とされました。
局長通知発出前の、都道府県協議会において、委員に含まれていた関係者として、あてはまるものをすべて選択してください。
局長通知発出後の、都道府県協議会へ「新たに」参画を予定している者がいましたら、あてはまるものをすべて選択してください。

回答結果



まとめ

- **局長通知発出前**は、患者・市民団体等が都道府県がん診療連携協議会に参画している都道府県は、5割程度であった。
- **局長通知発出後**、新たに11府県で患者・市民団体等の参画が予定されている。一方で、10府県（岩手県、秋田県、石川県、山梨県、長野県、大阪府、島根県、香川県、大分県、宮崎県）では、現時点で参画が予定されていない。

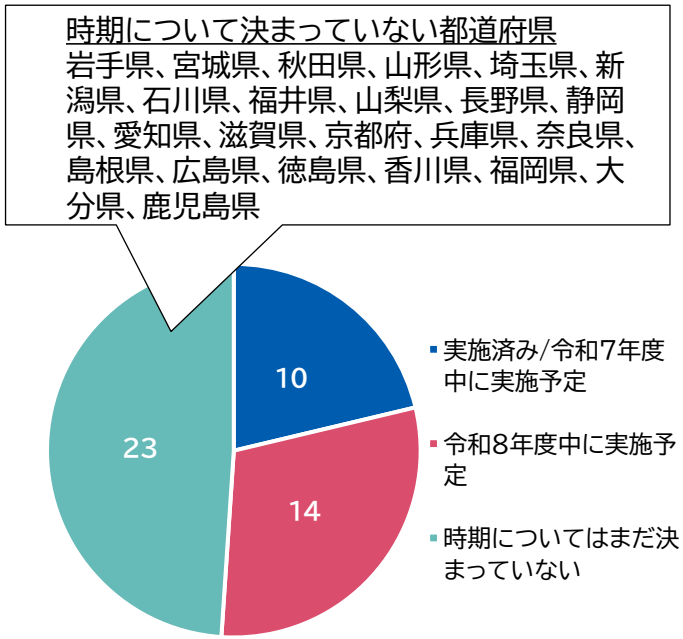
0997

都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（課長通知関連）

設問

令和7年8月29日に、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」（健生発0829第5号厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）（以下、「課長通知」という。）が発出されました。
課長通知では「国及び国立がん研究センターから提供される将来の人口推計や、都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録のデータ等を活用し、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。」とありますが、貴都道府県では、都道府県単位や二次医療圏単位のがん医療の需給について、予測・把握し議論を実施していますか。

回答結果



【実施した（する）議論の詳細（抜粋）】

- 放射線治療について、県内の装置台数、年間治療実績、専門従事者に係る調査結果と厚生労働省から提供された需要予測を活用し、二次医療圏ごとに将来的な需給を予測した上で議論を実施した。手術、薬物療法について、これまでがん種ごとに議論をしてきた中で、それぞれのがん種の指導医から将来的な需給予測を踏まえた意見を聴取した。（茨城県）
- 栃木県の将来推計人口と全国がん登録2020年症例から算出したがん罹患率を用い、将来のがん医療需要（二次医療圏ごとやがん種ごと）を推計し、資料としてまとめ、都道府県協議会において議論を開始した。（栃木県）
- 令和8年3月に都道府県協議会を予定しており、その中でがん情報専門部会報告としてがん医療の均てん化について情報提供が行われる予定。（岐阜県）
- 令和7年12月に開催した都道府県協議会において、国の通知の内容を説明するとともに、国から提供されたデータを活用し、本県の圏域別の医療需給の予測をとりまとめたデータを用いて、今後は、本県の実情に応じた均てん化・集約化の議論を進めていくことを説明した。（鳥取県）

まとめ

- 都道府県単位や二次医療圏単位のがん医療の需給について、予測・把握し議論することについて、10県が実施済み/令和7年度中に実施予定であり、14都道府県が令和8年度に実施予定である。23府県については、現時点で時期についてはまだ決まっていない。

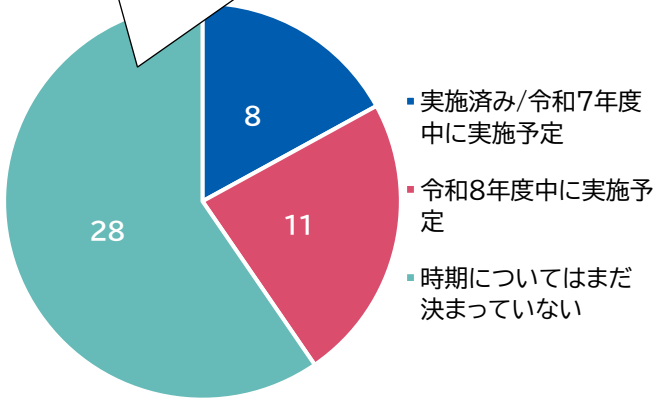
都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（課長通知関連）

設問

前述の課長通知を踏まえ、貴都道府県では、都道府県内で均てん化・集約化が望ましいがん医療の具体や役割分担する医療機関について、整理・明確化する議論を実施していますか。

回答結果

時期について決まっていない都道府県
岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、群馬県、埼玉県、新潟県、富山県、福井県、山梨県、長野県、静岡県、愛知県、滋賀県、京都府、兵庫県、奈良県、和歌山県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、佐賀県、大分県、鹿児島県



【実施した（する）議論の詳細（抜粋）】

- 令和8年度に情報整理を行い、現状で役割分担している医療機関を整理・明確化した上で、令和9年度から具体的な均てん化・集約化の検討を行う予定。（青森県）
- これまでがん種ごとに議論をしてきた中で、それぞれの指導医から集約化すべき症例等について具体的な意見を聴取した。（茨城県）
- 令和8年2月に都道府県協議会において、がん登録データや将来人口推計のデータを用いて、県内の医療需要の将来推計について提示・共有を行った。今後は各種データを用いて分析を行いながら、医療圏単位での集約化や医療機能の連携を図り、がん種や治療法等における役割分担の明確化を議論していく予定。（栃木県）
- 令和8年3月に都道府県協議会にて、「2040年を見据えたがん拠点病院の集約化の方向性」について意見交換を実施する予定。具体的には、岐阜大学に集約する機能、各拠点病院で行う機能に分けて整理する、各拠点病院にアンケートを実施し意向を確認しながら進めていく、などの案を提案し、意見交換をする予定。（岐阜県）
- 都道府県協議会の下部組織であるワーキンググループにおいて、がん種別・療法別の集約化・均てん化に係る具体的な対応方針を検討していくことを確認した。（長崎県）

まとめ

- 均てん化・集約化が望ましいがん医療の具体や役割分担する医療機関の整理・明確化に向けた議論について、8都県が実施済み/令和7年度中に実施予定であり、11道府県が令和8年度に実施予定である。28府県については、現時点で時期についてはまだ決まっていない。

0999

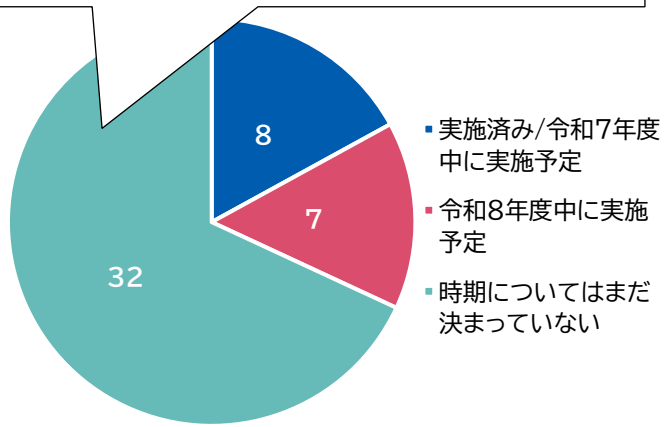
都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（課長通知関連）

設問

課長通知では「都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画の下、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。」とありますが、貴都道府県では、放射線療法に係る議論の場を設けた上で、将来的な放射線装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を実施していますか。

回答結果

時期について決まっていない都道府県
岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、栃木県、群馬県、東京都、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、鳥取県、島根県、広島県、山口県、徳島県、香川県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、鹿児島県



【実施した（する）議論の詳細（抜粋）】

- 今年度から都道府県協議会の放射線治療ワーキンググループを立ち上げ、県内の核医学治療の現状把握、放射線治療病室や特別措置室の病床数シミュレーション等について意見交換を行った。（青森県）
- 県内の装置台数、年間治療実績、専門従事者に係る調査結果と国立がん研究センターから提供された需要予測を活用し、二次医療圏ごとに将来的な需給を予測した上で議論を実施した。（茨城県）
- 都道府県協議会として核医学治療に関するアンケートを実施しており、来年度において協議会内に分科会を設置し議論する予定。（埼玉県）
- 都道府県協議会において放射線療法部会の立ち上げが決まっており、2026年度から議論が開始される予定。（愛知県）
- 放射線に関する医療需給の予測、放射線機器の更新時期などを共有し、各病院の方向性（更新/廃止・集約）を議論する予定。（和歌山県）
- 県内の5つの医療圏のうち、2つの離島医療圏における放射線治療について、本島の集約化後の医療施設に紹介をするという方針について議論した。（沖縄県）

まとめ

- 将来的な放射線装置の導入・更新を見据えた計画的な議論について、8県が実施済み/令和7年度中に実施予定であり、7道県が令和8年度に実施予定である。32都府県については、現時点で時期についてはまだ決まっていない。

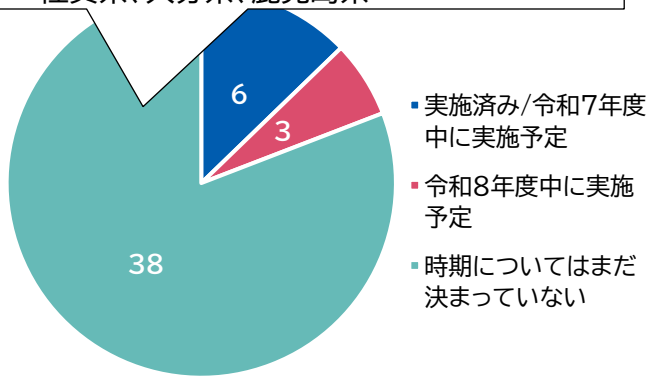
都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査（課長通知関連）

設問

課長通知では「院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意の下、一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。なお、公表する情報については、定期的に更新を行うことが望ましい。」とありますが、貴都道府県では、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を一元的に発信するにあたり、その際に公表する項目について議論を実施していますか。

回答結果

時期について決まっていない都道府県
北海道、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、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、滋賀県、京都府、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、福岡県、佐賀県、大分県、鹿児島県



【実施した（する）議論の詳細（抜粋）】

- 大阪府がん診療連携協議会と連携し、各医療機関のがん診療に関する実績や特色等を標準化した形式でのウェブサイト掲載に向けて、公開ページの概要、各施設から提供いただく項目、公開までのスケジュール等について議論し、医療機関の診療実績、病床数、特徴的な取組等を大阪がん情報ウェブサイト内にがん情報サマリーとして公開した。（大阪府）
- 都道府県協議会の下部組織であるワーキンググループにおいて、がん種別・療法別に具体的な対応方針を検討していくことを確認した。（長崎県）
- 県HPに掲載する各拠点病院の診療実績一覧表について議論を行った。（熊本県）
- 県内の院内がん登録を行っている医療機関については、毎年、「沖縄県院内がん登録集計報告書」として公表（冊子及びホームページ）されており、前述の「がん診療を行う医療機関の『掲載要件』」の検討事項の一つとして、がん種ごとの診療実績について議論が行われている。（沖縄県）

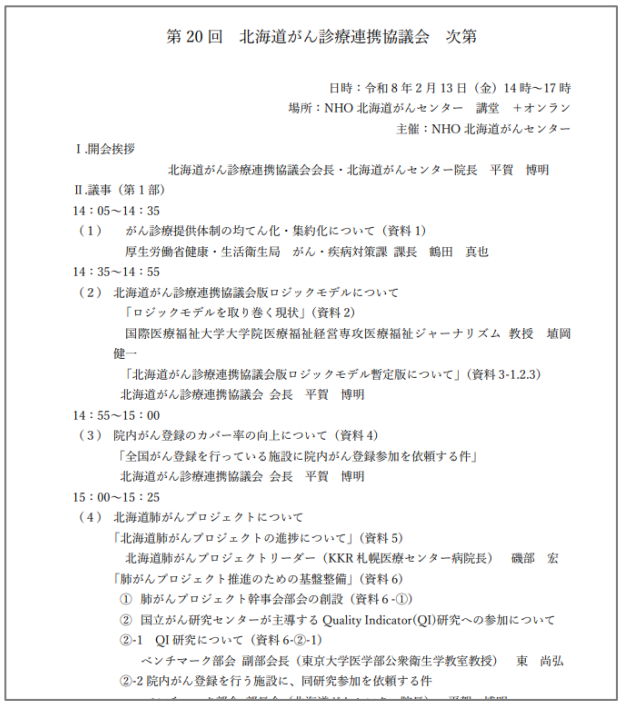
まとめ

- 医療機関ごとの診療実績の一元的発信に向けた議論について、6都府県が実施済み/令和7年度中に実施予定であり、3県が令和8年度に実施予定である。38道府県については、現時点で時期についてはまだ決まっていない。

がん医療提供体制の均てん化・集約化の議論の活性化に向けた国による支援

- 調査の結果、2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けて、都道府県協議会の設置要綱の見直しやワーキンググループの設置等により議論を開始している都道府県が一定数認められた。一方で、がん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組については、多くの都道府県において、現時点では「具体的な実施時期は未定」との回答も一定数認められた。
- 厚生労働省としては、今後、各都道府県における当該議論の進捗状況の確認及び議論の推進に資する技術的支援を行うとともに、これまで各都道府県協議会におけるキックオフミーティング等において実施してきた講演等の支援についても、引き続き継続して実施していく予定としている。

参考：各都道府県におけるがん診療提供体制に関する協議の場における当課による講演実施状況



第 20 回　北海道がん診療連携協議会　次第

日時：令和 8 年 2 月 13 日（金）14 時～17 時
場所：NHO 北海道がんセンター　講堂　＋オンライン
主催：NHO 北海道がんセンター

Ⅰ.開会挨拶
北海道がん診療連携協議会会長・北海道がんセンター院長　平賀　博明

Ⅱ.議事（第 1 部）
14：05～14：35
（1）　がん診療提供体制の均てん化・集約化について（資料 1）
厚生労働省健康・生活衛生局　がん・疾病対策課 課長　鶴田　真也
14：35～14：55
（2）北海道がん診療連携協議会版ロジックモデルについて
「ロジックモデルを取り巻く現状」（資料 2）
国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻医療福祉ジャーナリズム 教授　植岡　健一
「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル暫定版について」（資料 3-1.2.3）
北海道がん診療連携協議会 会長　平賀　博明
14：55～15：00
（3）院内がん登録のカバー率の向上について（資料 4）
「全国がん登録を行っている施設に院内がん登録参加を依頼する件」
北海道がん診療連携協議会 会長　平賀　博明
15：00～15：25
（4）北海道肺がんプロジェクトについて
「北海道肺がんプロジェクトの進捗について」（資料 5）
北海道肺がんプロジェクトリーダー（KKR 札幌医療センター病院長）　磯部　宏
「肺がんプロジェクト推進のための基盤整備」（資料 6）
① 肺がんプロジェクト幹事会部会の創設（資料 6 -①）
② 国立がん研究センターが主導する Quality Indicator(QI)研究への参加について
②-1　QI 研究について（資料 6-②-1）
ベンチマーク部会 副部会長（東京大学医学部公衆衛生学教室教授）　東　尚弘
②-2 院内がん登録を行う施設に、同研究参加を依頼する件





1002

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査

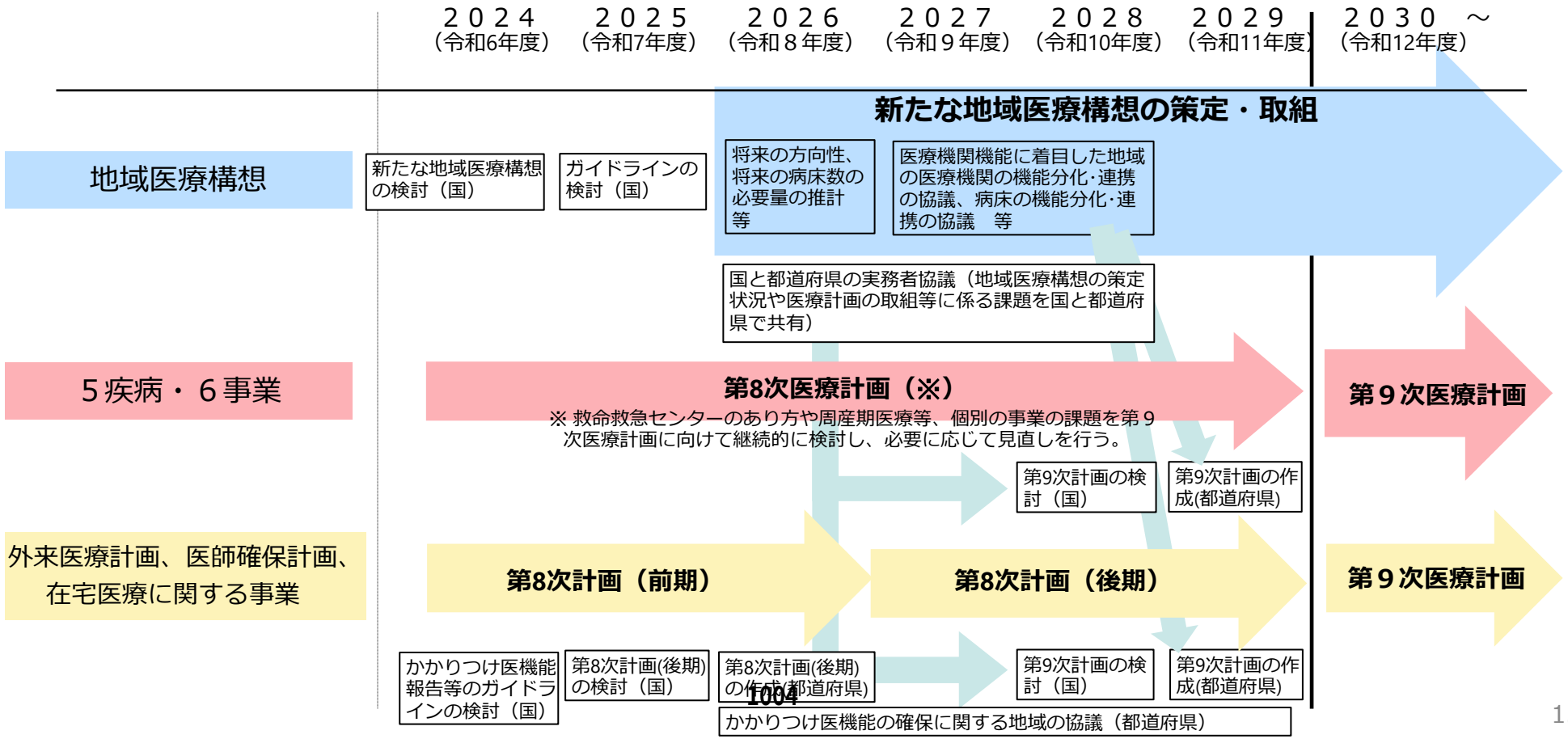
2. がん診療提供体制と新たな地域医療構想との連動について

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

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

○　新たな地域医療構想について、令和７年度に国でガイドラインを検討･策定し、都道府県において、まず令和８年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討･策定した上で、それを踏まえ、令和９～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化･連携の協議等を行うこととしてはどうか。

○　新たな地域医療構想の内容について、基本的に第９次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、５疾病･６事業については、個別の事業の課題を第９次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

○　医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数　等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護ＳＴを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科　等

1005

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

	概要	考え方等
災害拠点病院 （基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院）	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保	・地域災害拠点病院は２次医療圏に１箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点へ人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

1006

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、ＮＨＯ、ＪＣＨＯ等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、１－２年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20－30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に２つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に１医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- **遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- **2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

1007

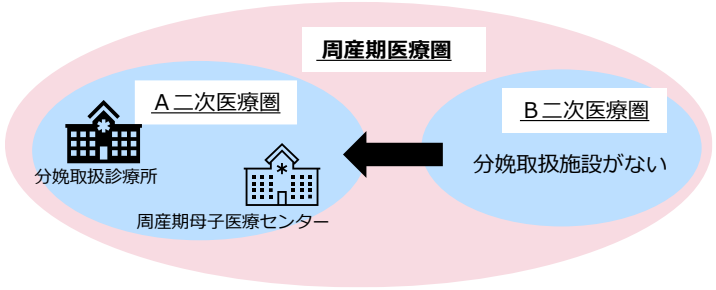
５疾病６事業とその他の医療との関係について

- これまで５疾病６事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、５疾病６事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ ５疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患
※ ６事業：救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）

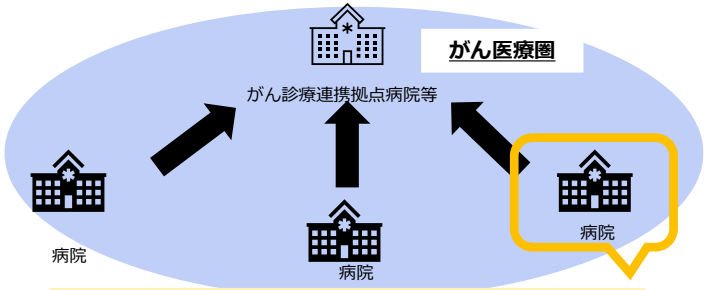
例）周産期医療　２６３区域（令和６年４月時点）

- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。



例）がん医療　３３６区域（令和６年８月時点）

- がん医療については、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的にがん医療を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。



2040 年を見据えたがん医療提供体制の
均てん化・集約化に関するとりまとめ
（令和７年８月１日がん診療提供体制のあり方に関する検討会）（抜粋）

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

医療機関の担う様々な役割と医療機関機能との関係について（イメージ）

- 医療機関機能について、災害拠点病院等の様々な役割との関係について、以下のような関係が考えられる。

施設類型の例	それぞれの医療機関等の整備にあたっての基本的な考え方	医療機関機能等における主なイメージ
災害拠点病院	● 地域災害拠点病院は２次医療圏に１箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置	● ２次医療圏に１つ以上を確保することが想定されており、主として急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される
第三次救急医療機関	● 人口１００万人に１か所を目途に整備	● 構想区域の人口が大きい場合には、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される ● 構想区域の人口が小さい場合には、構想区域内に第三次救急医療機関が存在しないこともあり、隣接する区域等において対応
第二次救急医療機関	● 入院を要する救急医療を担う医療機関として地域毎に整備	● 医療資源を多く必要とする医療を地域で提供する観点から、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される ● また、高齢者救急の受け入れを行う高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関も担うことが想定される
がん診療連携拠点病院	● がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療について、がん診療連携拠点病院等において提供	● 手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能の医療機関が主に担うことが想定される ● がんに特化した病院として専門等機能の病院ががん診療連携拠点病院となることも想定される
医療措置協定	● 新型コロナウイルス感染症発生時における最大の体制を確保することを目安としている **1009**	● 感染症流行初期の病床確保のみならず、発熱外来、自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する医療機関、後方支援を行う医療機関等をそれぞれ確保していくこととしており、すべての医療機関機能の医療機関がそれぞれに役割を担うことも想定される

新たな地域医療構想との連動について

現状

- 「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　新たな地域医療構想とりまとめ」において、都道府県は令和8年度より地域医療調整会議で協議を開始し、各医療機関が担う医療機関機能の決定を遅くとも令和10年度までに行うこととされている。また、連携・再編・集約化の取組については、2035年を目途として一定の完結を図ることとされている。
- 急性期拠点機能を有する医療機関の数については、概ね20万人から30万人に1つ確保することを目安とすることとされているが、手術件数等の実績や他の医療圏からの患者流入が多い場合には2つ確保すること、また、人口が30万人を超える場合であっても患者流出が多く症例数が少ない場合には1つ確保することなど、地域の実情を踏まえた対応を行うものとされている。
- 第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会においては、がん診療連携拠点病院について、「手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療並びにリハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制の整備が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能を有する医療機関が主として担うことが想定される。なお、がんに特化した病院として専門等機能を有する医療機関が、がん診療連携拠点病院となることも想定される。」とされている。
- 「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　新たな地域医療構想とりまとめ」において、「がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第9次医療計画等に向けて、5疾病6事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。」とされている。
- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、「地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意すること」とされている。

見直しの方向性（案）

- 新たな地域医療構想及び第9次医療計画も踏まえた拠点病院等の整備が進むよう、次期整備指針改定において都道府県がん診療連携協議会の役割として新たな地域医療構想及び医療計画との連動を図ることを求めてはどうか。

1010

第20回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料2
令和8年4月16日	

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

がん診療連携拠点病院等・がんゲノム医療中核拠点病院等・小児がん拠点病院等の指定要件等の見直しスケジュールについて

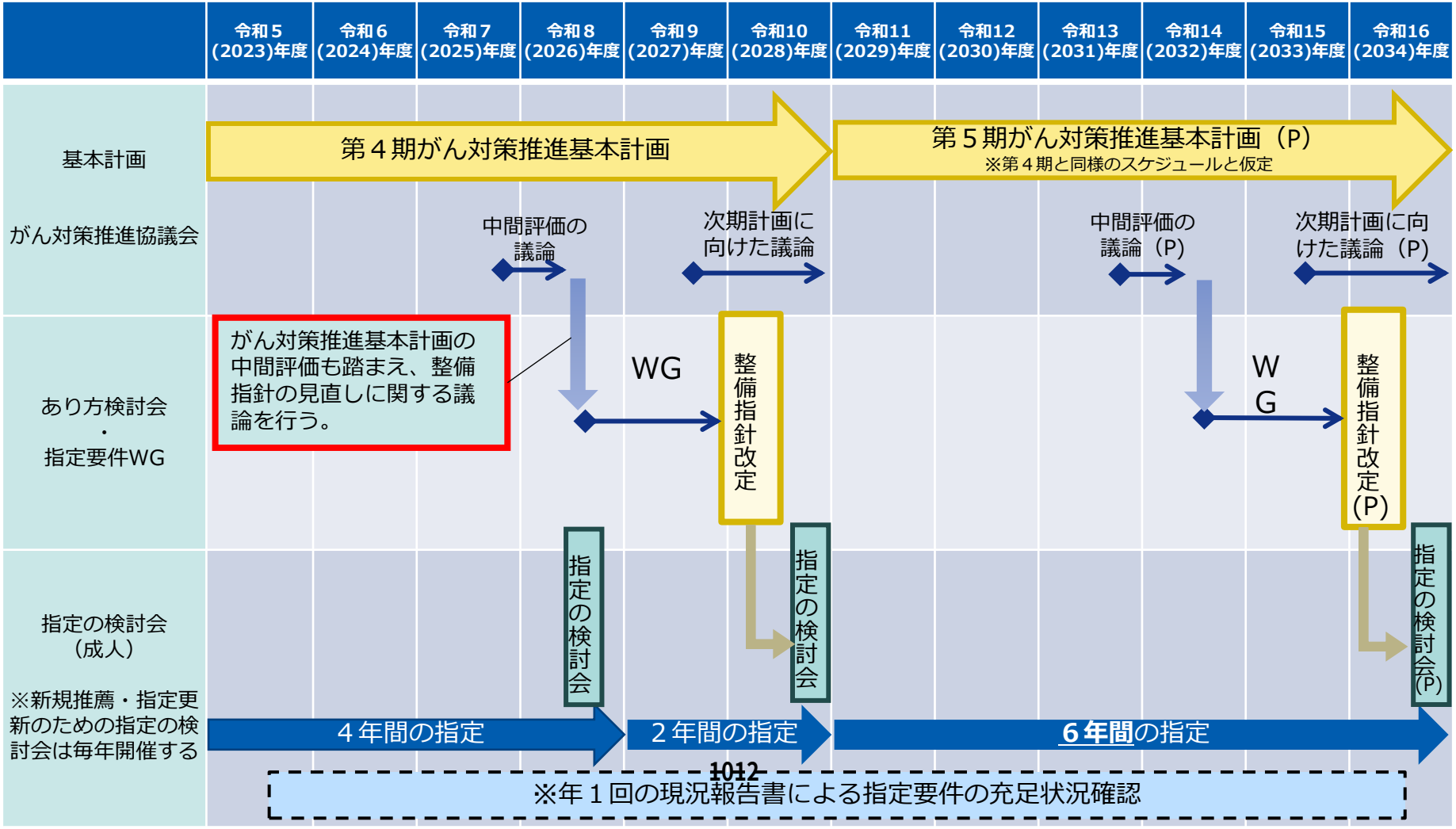
健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

がん診療連携拠点病院等の整備指針見直しサイクルを６年間とする。また、がん診療連携拠点病院等の次の指定期間を**２年間**とし、その後は**６年間**の指定期間とする。

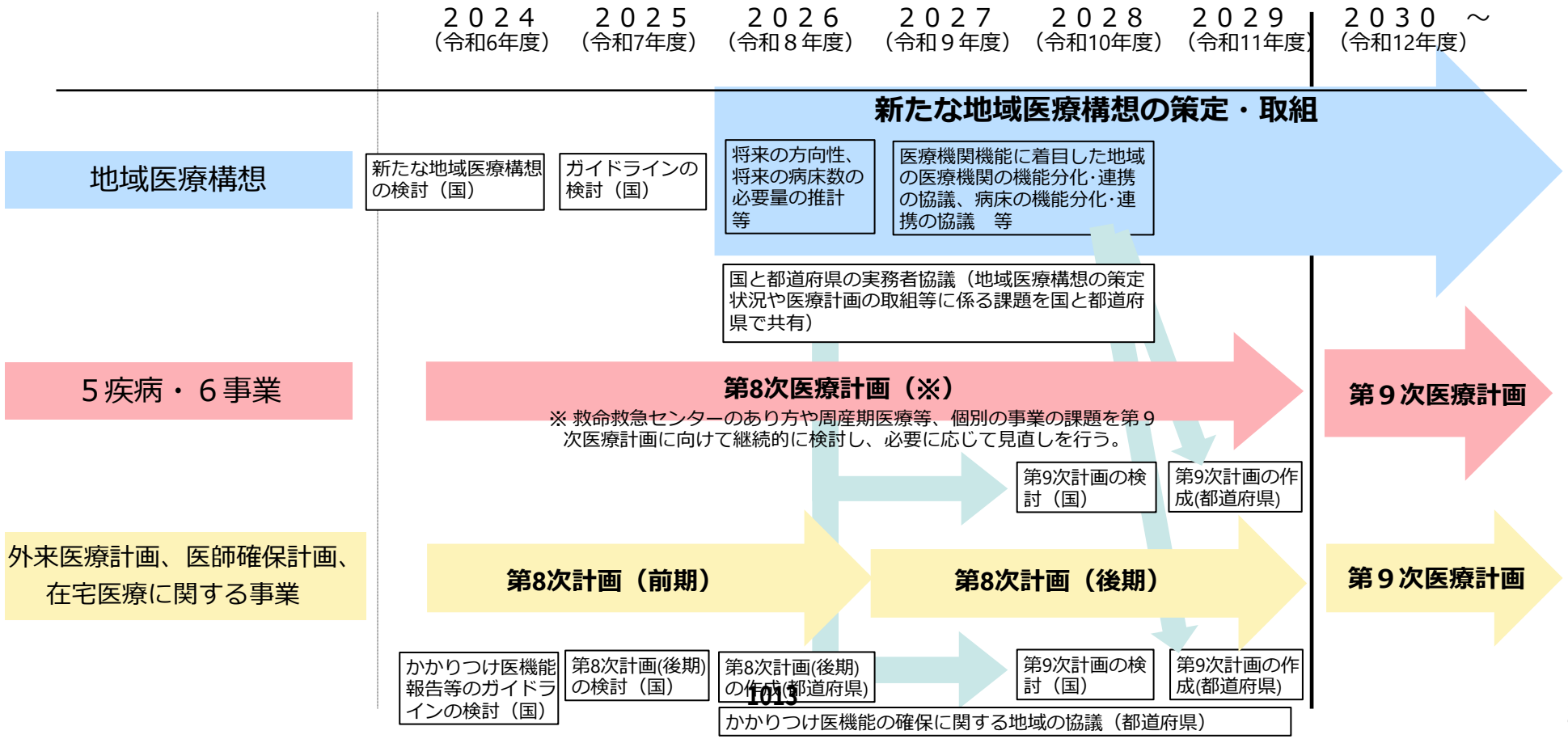
※その他必要な場合には、適宜見直す。



新たな地域医療構想と医療計画の進め方

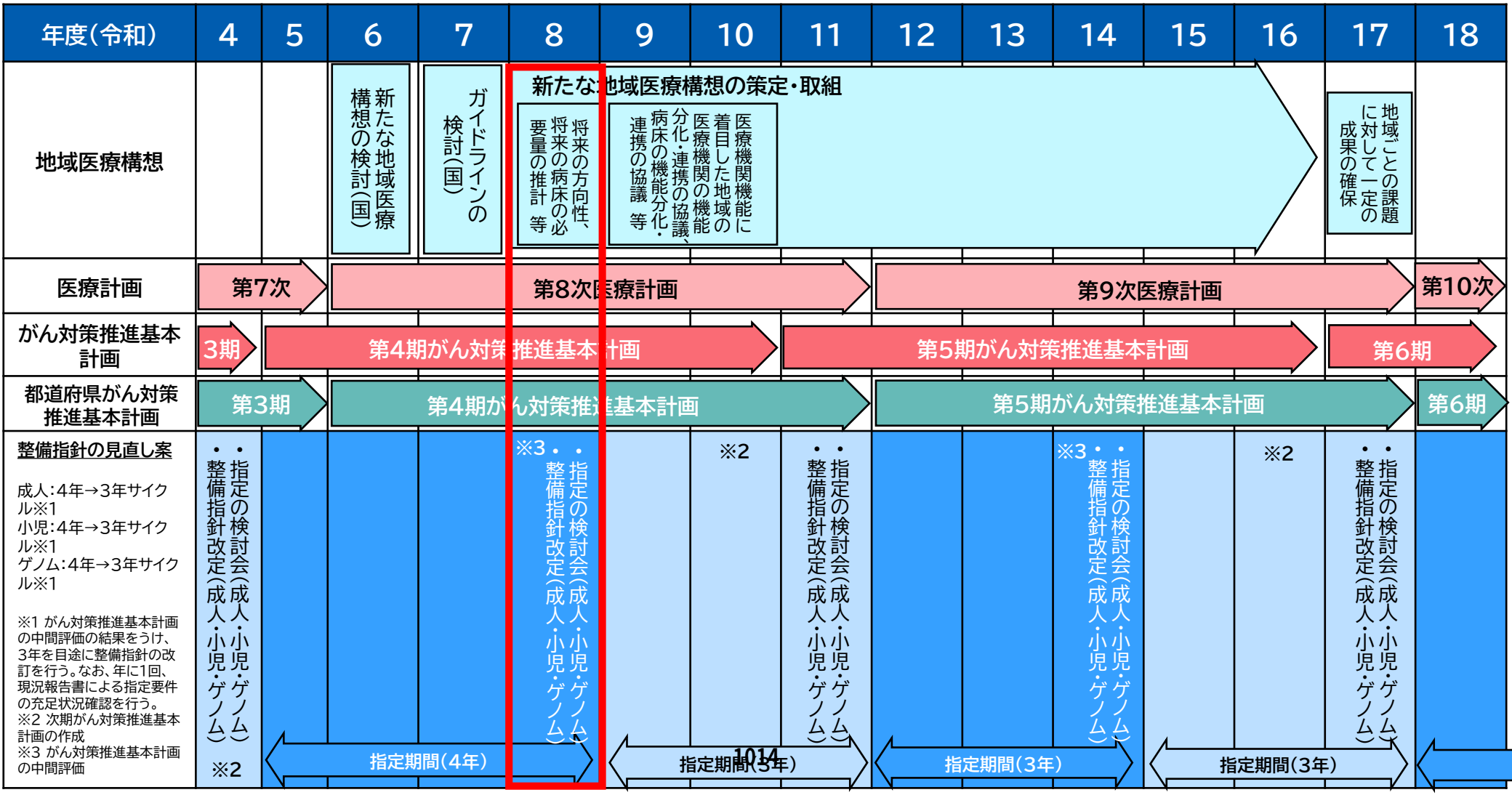
○　新たな地域医療構想について、令和７年度に国でガイドラインを検討･策定し、都道府県において、まず令和８年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討･策定した上で、それを踏まえ、令和９～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化･連携の協議等を行うこととしてはどうか。

○　新たな地域医療構想の内容について、基本的に第９次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、５疾病･６事業については、個別の事業の課題を第９次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



成人・小児・ゲノムの拠点病院等の整備指針見直しの今後のスケジュール（案）

- 成人・小児・ゲノムの拠点病院の整備指針の改定について、新たな地域医療構想やがん対策推進基本計画の策定動向を踏まえ、当該計画の策定スケジュールに整合する形で見直しを行うことを検討してはどうか。また、がん対策推進基本計画策定後に実施される中間評価の結果を踏まえて整備指針の改定を行うため、当該指針の指定期間については、現行の期間を見直し、3年間とすることについても併せて検討してはどうか。



拠点病院の新規指定推薦・類型変更について　成人：毎年受け付けている　小児：検討会開催時に受け付けている　ゲノム：検討会開催時に受け付けている

今後のスケジュール（案）

- 次期がん診療連携拠点病院等の整備指針改定及び指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ がん診療連携拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年									令和9年			
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（本検討会）													
WG（※1）開催 （指針改定の論点出し）													
WG開催（関係学会・患者会の意見聴取）													
第4期がん対策推進基本計画　中間報告書（夏頃）													
WG開催（改定指針案提示）													
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）													
新整備指針公表													
新現況報告書様式配布													
新現況報告書の回収（都道府県からの推薦）								（※）					
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）													
がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会													
令和9年度の新規指定・指定更新													

（※1） がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

今後のスケジュール（案）

- 次期小児がん拠点病院等の整備指針改定及び指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ 小児がん拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG（※1）開催（本WG・指針改定の論点出し）														
WG開催（学会等ヒアリング）														
WG開催（改定指針案提示）														
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）														
新整備指針公表														
新現況報告書様式配布														
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）									（※）					
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）														
小児がん拠点病院等の指定に関する検討会														
新指定類型の適用開始														

（※1）小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

今後のスケジュール（案）

- 次期がんゲノム医療中核拠点病院等の整備指針改定及び指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG（※1）開催（本WG・指針改定の論点出し）	■													
WG開催（学会等ヒアリング）			■											
WG開催（改定指針案提示）					■									
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）					■									
新整備指針公表					■									
新現況報告書様式配布						■								
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）								■	（※）					
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）									■	■	■			
がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会													■	
新指定類型の適用開始														■

（※1）がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

1017

第 20 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	参考資料 1
令和８年４月 16 日	

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

１． 趣旨

全国どこにいても質の高い医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等及びがんゲノム医療中核拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の整備が進められ、がん医療提供体制の充実が図られてきたところである。

第４期のがん対策推進基本計画（令和５年３月 28 日閣議決定）においては、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進するとされている。

本検討会においては、拠点病院等を中心とした、今後のがん診療提供体制のあり方について、各地域の医療提供体制の実状を踏まえ、検討することとする。

２． 検討事項

（１）拠点病院等の評価と指定要件の見直しについて
（２）がん医療分野の諸課題について
（３）その他

３． 構成員の構成

（１）本検討会の構成員は、別紙の名簿に記載の構成員により構成する。
（２）本検討会の構成員は、10 名程度とする。
（３）本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
（４）座長に事故があるときは座長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
（５）必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

４． 構成員の任期等

（１）構成員の任期は２年とする。
（２）構成員は再任することができる。

５． 検討会の運営等

（１）本検討会は、厚生労働省健康・生活衛生局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
（２）本検討会の庶務は、健康・生活衛生局がん・疾病対策課において行う。
（３）本検討会は、必要に応じ、ワーキンググループを設置できるものとする。
（４）本検討会は、原則公開するとともに、議事録を作成・公表する。ただし、特定の者に不当な利益又は不利益をもたらすおそれがある場合等はこの限りではない。また、座長が必要と認めた際には、電子メール等の手段により構成員の意見を集約する等の持ち回り開催を行うことができる。
（５）この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康・生活衛生局長と協議の上、定める。

別紙

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」構成員名簿

淺香　えみ子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
天野　慎介	一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長
家保　英隆	全国衛生部長会　会長 高知県理事（保健医療担当）
岡　俊明	一般社団法人日本病院会　副会長
川上　純一	公益社団法人日本薬剤師会　副会長
佐野　武	公益財団法人がん研究会有明病院　名誉院長
茂松　茂人	公益社団法人日本医師会　副会長
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
土岐　祐一郎	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 病院長
野田　龍也	学校法人関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座 主任教授
東　尚弘	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
松本　公一	国立研究開発法人国立成育医療研究センター小児がんセンター センター長
間野　博行	国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
村松　圭司	千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

（五十音順・敬称略）

第3回 小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ
議事次第

日　時：令和8年3月 26 日（木） 14:00～16:00
場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

1　開会
2　議題
（1）座長の選任について
（2）小児がん拠点病院等の指定要件について
（3）その他

【資料】
議事次第
資料1　　小児がん拠点病院等について
資料2　　小児がん拠点病院の指定要件の見直しについて
資料3　　今後の小児がん拠点病院等の指定の考え方について
資料4　　埼玉県立小児医療センターの報道に関する対応状況について（報告）
参考資料1 「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料2 小児がん拠点病院等の整備について
（令和4年8月1日付け健発 0801 第 17 号厚生労働省健康局長通知）

第３回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１
令和８年３月26日	

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

小児がん拠点病院等について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2040年を見据えた小児がん医療提供体制

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

第４期がん対策推進基本計画

（令和５年３月28日）

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における小児がん関連の記載について

医療提供体制の均てん化・集約化について（抜粋）

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、 院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

小児がん及びAYA世代のがん対策（抜粋）

（現状・課題）

（中略）

国は、小児がん患者とその家族等が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び２か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」 の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

（取り組むべき施策）

（中略）

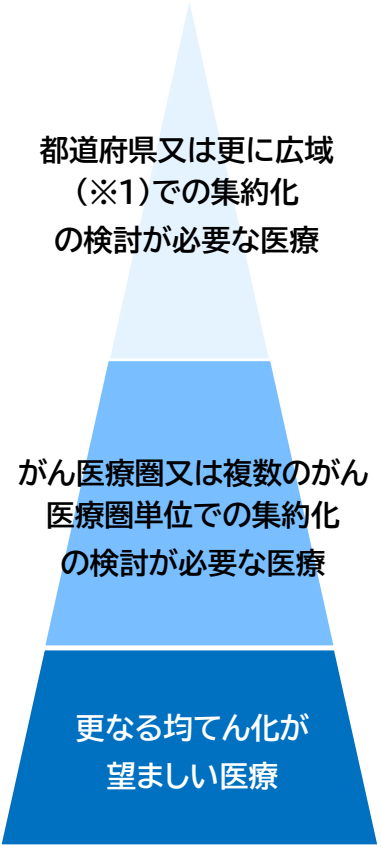
国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に取り組む。

1024

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきた。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国及び地域ブロック単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

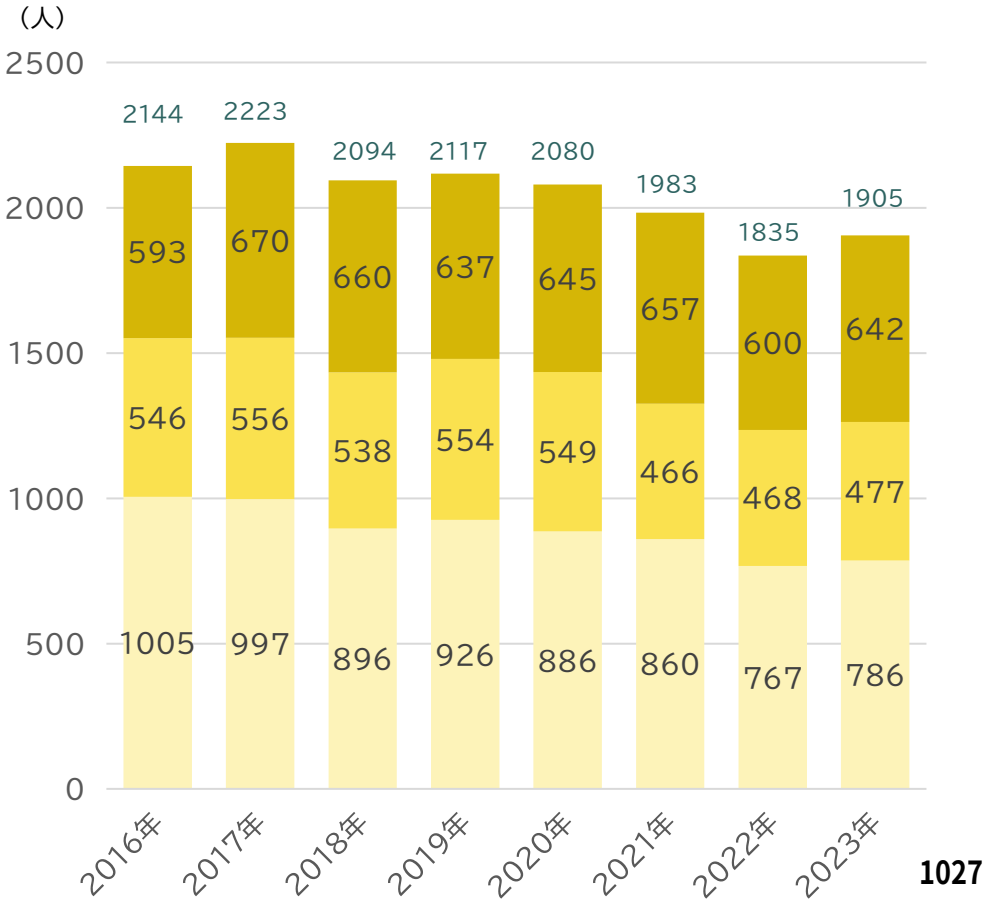
1026

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。
（監修）一般社団法人　日本癌治療学会、公益社団法人　日本放射線腫瘍学会、公益社団法人　日本臨床腫瘍学会

がん罹患数及び罹患率の推移（15歳未満）

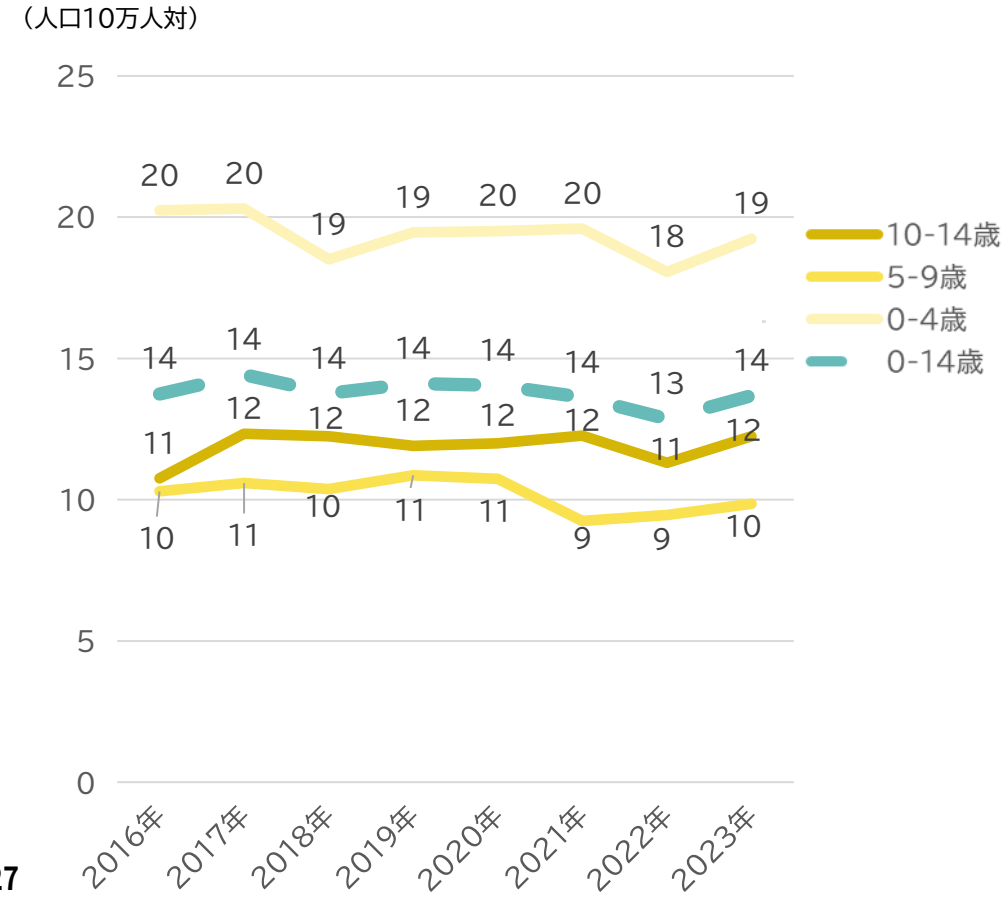
2016年以降、小児（15歳未満）がん罹患数は減少傾向であり、罹患率は横ばいである。

15歳未満のがん罹患数（全部位、男女計）



1027

15歳未満のがん罹患率（全部位、男女計）

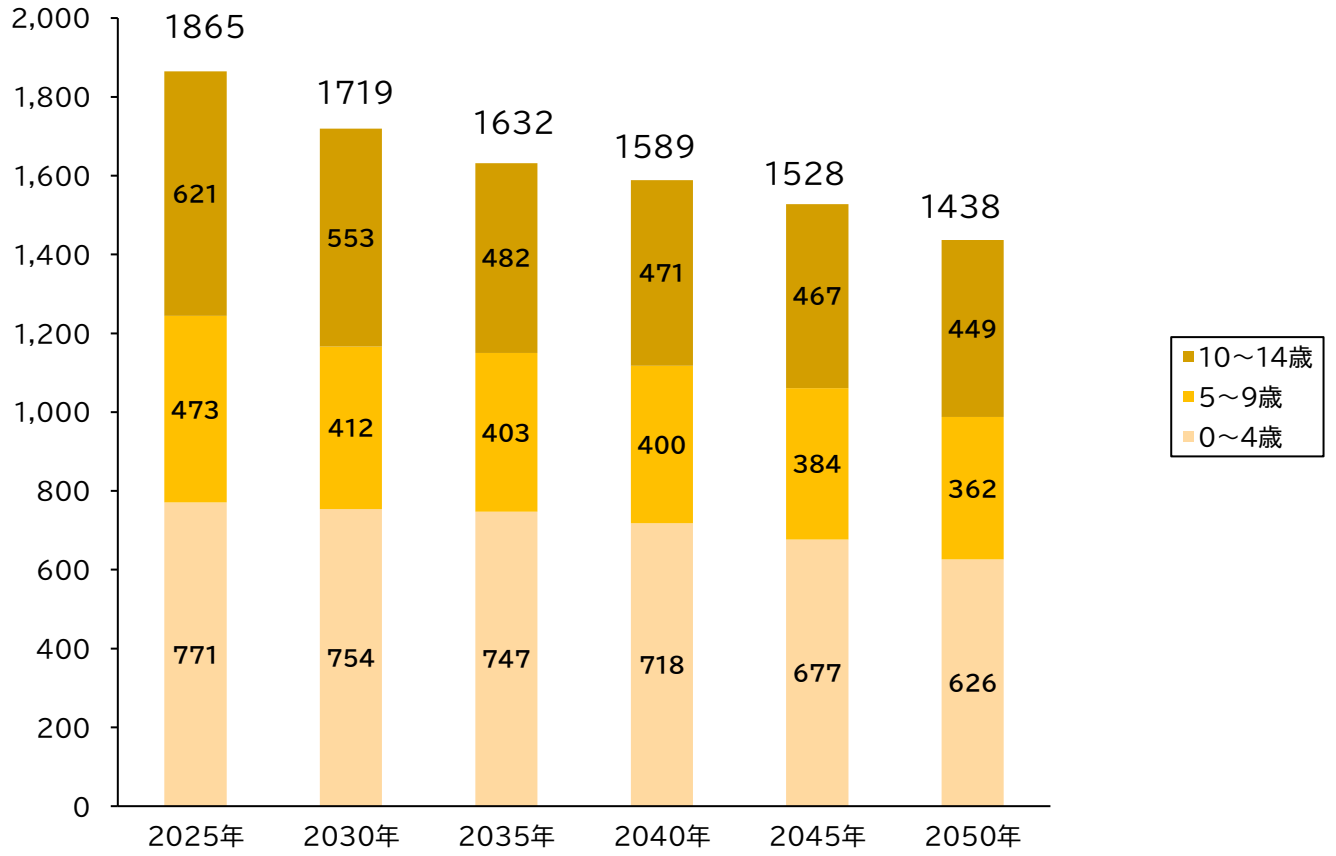


出典：全国がん登録の年齢階級別罹患数を用いてがん・疾病対策課において作成

小児がん患者に関する将来推計

- 小児がん罹患者数は、2040年に1,589人と、2025年の1,865人から15%減少することが推計されている。

◆15歳未満のがん罹患者数の将来推計（全国）

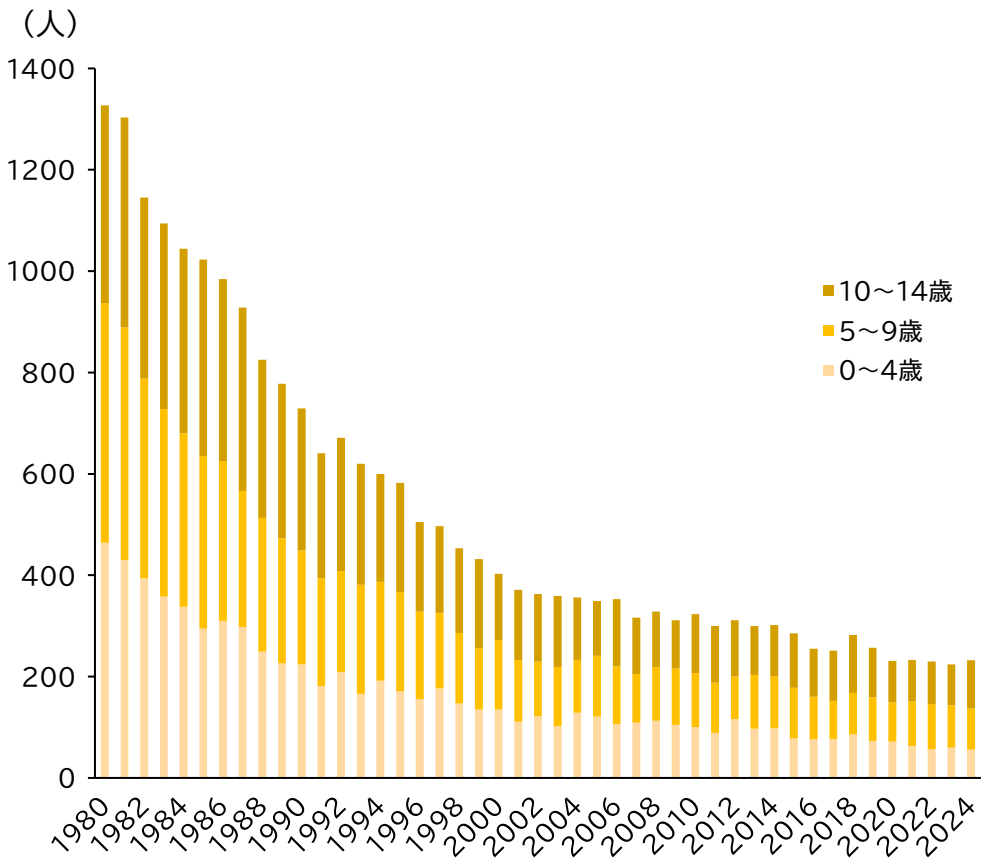


出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてがん・疾病対策課において作成

15歳未満のがんによる死亡者数及び年齢調整死亡率の推移

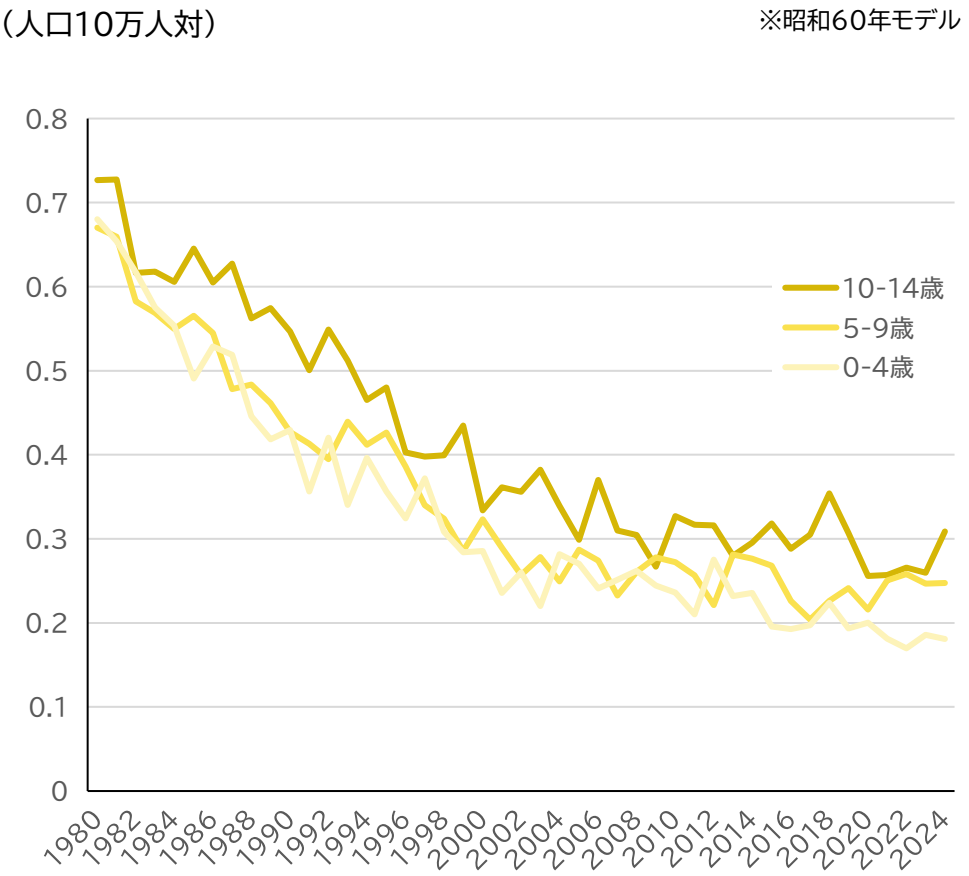
小児（15歳未満）のがんによる死亡者数及びがんの年齢調整死亡率は減少傾向である。

15歳未満のがん患者の死亡者数



出典：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）

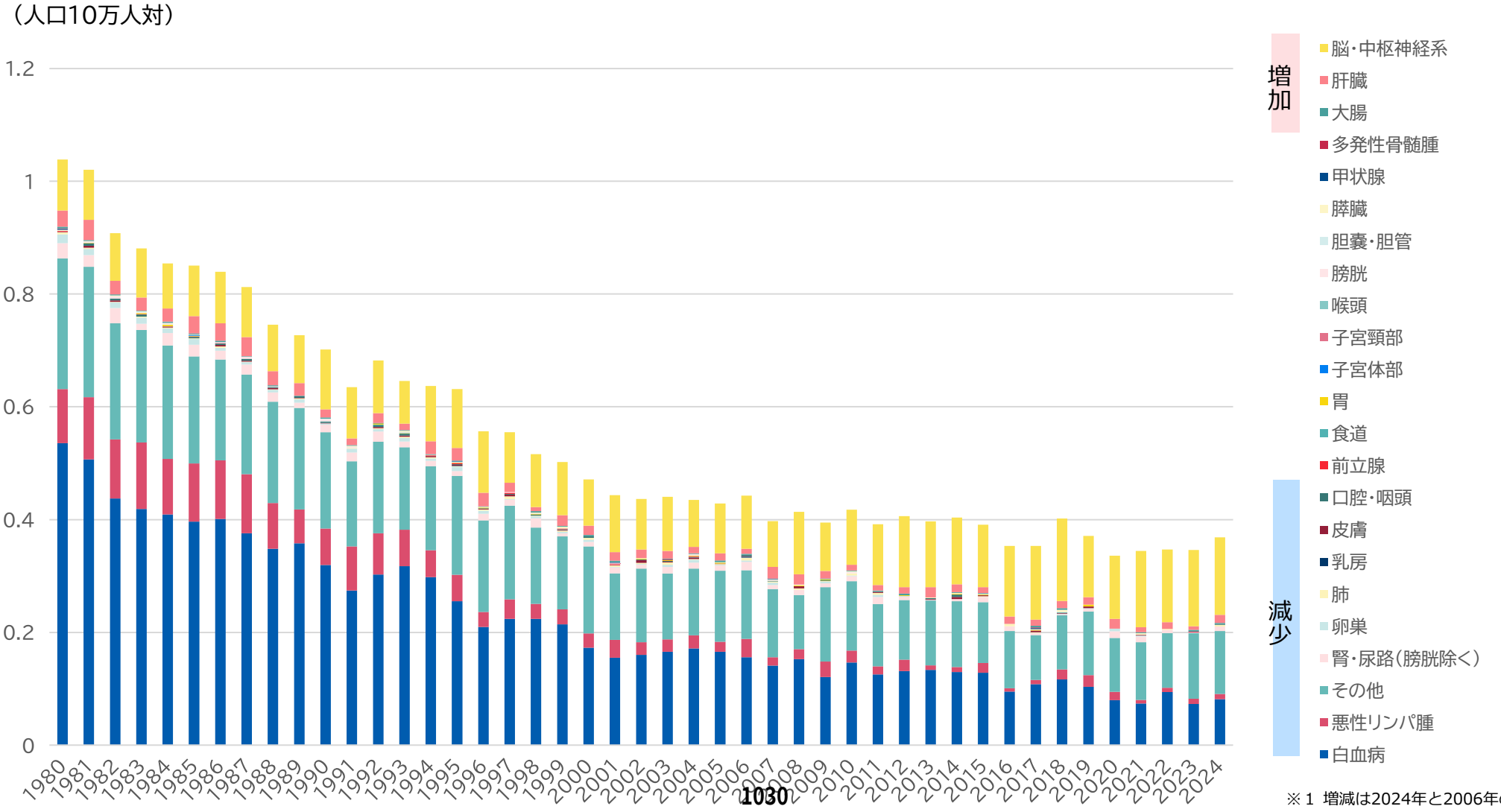
15歳未満のがん年齢調整死亡率



1029 出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）を用いて厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課が算出

15歳未満のがんにおける疾患分類別年齢調整死亡率の推移

白血病など死亡率減少が顕著な疾患がある一方で、脳・中枢神経系など死亡率の増加がみられる疾患がある。



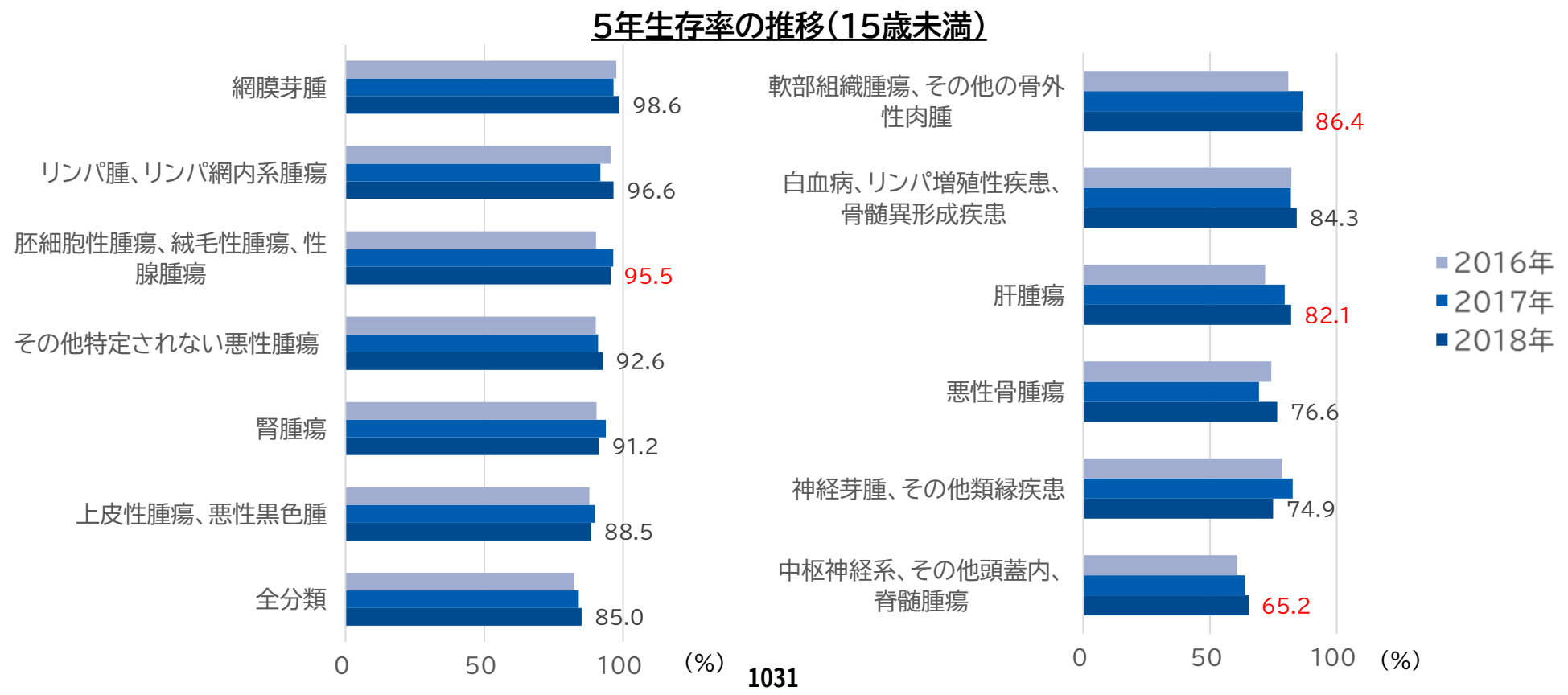
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）を用いて厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課が算出

※1 増減は2024年と2006年の差
※2 乳房（男）はその他に含む

「全国がん登録5年生存率報告2018」の概要（小児）

○2018年に新たにがんと診断された小児（15歳未満）の全国の5年生存率は、リンパ腫・リンパ網内系腫瘍で96.6%、胚細胞性腫瘍・絨毛性腫瘍・性腺腫瘍で95.5%、白血病・リンパ増殖性疾患・骨髄異形成疾患で84.3%、神経芽腫・その他類縁疾患で74.9%、中枢神経系・その他頭蓋内・脊髄腫瘍で65.2%であった。
○概ね横ばいで推移している中、中枢神経系・その他頭蓋内・脊髄腫瘍、肝腫瘍、軟部組織腫瘍・その他の骨外性肉腫、胚細胞性腫瘍・絨毛性腫瘍・性腺腫瘍においては2016年と比較して上昇した（※1）。

（※1）2016年の5年生存率を100%としたとき、2018年の生存率が±5%以上変化したものを上昇又は低下とした。なお、低下に該当する部位はなかった。



出典：全国がん登録5年生存率報告を用いてがん・疾病対策課において作成

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

小児がん医療提供体制の整備状況について

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

小児がん対策のこれまでの経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会（計３回）開催
平成24年6月	第２期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会　報告書とりまとめ
平成25年2月	**小児がん拠点病院選定（１５施設）**
平成26年2月	**小児がん中央機関選定（２施設）**
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定
平成29年12月- 平成30年4月	小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会（計３回）開催
平成30年4月	小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会　報告書とりまとめ
平成30年3月	**第３期がん対策推進基本計画閣議決定**
平成30年7月	小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定
平成31年2月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成31年4月	新たな整備指針に基づき、**小児がん拠点病院を改選（１５施設）** 小児がん拠点病院が、**小児がん連携病院を選定**
令和4年8月	**小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定**
令和4年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
令和5年3月	**第４期がん対策推進基本計画閣議決定**
令和5年４月	新たな整備指針に基づき、**小児がん拠点病院を改選（１５施設）**

1033

小児がん拠点病院制度

令和８年３月現在

小児がん中央機関	２か所*
小児がん拠点病院	15か所*
小児がん連携病院	142か所

* 国立成育医療研究センターは小児がん拠点病院と小児がん中央機関を兼ねる

第15回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会　資料1より抜粋・一部改編

- 全国に15か所の小児がん拠点病院、２か所の小児がん中央機関を整備し、小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めている。
- 小児がん拠点病院は、小児がん拠点病院の指定に関する検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。小児がん連携病院は、小児がん拠点病院が地域ブロック協議会における議論を踏まえ指定する。

厚生労働省
- 小児がん医療提供体制の構築に係る検討を行う
  - がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するＷＧ
  - 小児がん拠点病院の指定に関する検討会

小児がん拠点病院連絡協議会

小児がん中央機関

日本における小児がん医療・支援の牽引

連携

国立成育医療研究センター



*小児がん中央機関・小児がん拠点病院を兼ねる

- 人材育成の中心(医師・看護師等)
- 小児がん拠点病院連絡協議会事務局
- 情報提供
- 診断支援(放射線・病理診断等)

国立がん研究センター



- 研究開発及び臨床研究の推進・支援
- 情報提供(小児及びAYA世代のがん)

地域ブロック協議会



小児がん拠点病院

地域における小児がん医療・支援の中心
・難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療を行う

小児がん連携病院　地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型１

標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療を提供する
１－Ａ　一定以上の症例数等の要件を満たす施設
１－Ｂ　地域の小児がん診療を行う施設

類型２

集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療を行う

1034

類型３

長期フォローアップを担う

小児がん中央機関・拠点病院　（令和８年３月１日現在）

第15回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会　資料1より抜粋

小児がん中央機関
全国に2施設配置

小児がん拠点病院
全国に15施設配置



（※）国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

現行の小児がん整備指針における各類型の役割に関する記載

小児がん中央機関（国指定）

- 小児がんの中核的な機関
- 小児がん拠点病院連絡協議会を設置し、その運営の中心を担う
- 拠点病院を牽引し、全国の小児がん診療の連携体制を整備し、医療及び支援の質を向上させる

小児がん拠点病院（国指定）

- 地域における小児がん診療のさらなるネットワーク化をすすめ、適切な連携のもと小児がん医療及び支援を提供する
- 地域ブロック協議会を設置し、その運営の中心を担う
- 拠点病院の管理者は関係者に対して必要な支援を行う
- 地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、また、ＡＹＡ世代にあるがん患者に対しても適切に医療及び支援を提供する施設として、小児がん連携病院や、がん診療連携拠点病院等とも連携し、地域全体の小児・ＡＹＡ世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること。

小児がん連携病院（地域ブロック協議会指定）

- 地域の「質の高い医療及び支援を提供するための一定程度の医療資源の集約化」を図るために連携病院を設置。
- 地域の小児がん診療を行う。

（類型１－A、１－B）
標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関。
（類型２）
現時点で均てん化が難しく、診療を集約すべき特定のがん種（脳腫瘍や骨軟部腫瘍等）に対して、適切な医療を提供できる医療機関又は、限られた施設でのみ実施可能な粒子線治療等の標準的治療を提供する医療機関。
（類型３）
地域で小児がん患者の晩期合併症や移行期医療に対応するために、長期フォローアップとともに、必要に応じた適切な医療を提供することが可能な医療機関。

1036

小児がん拠点病院等の全体像（令和８年３月１日現在）

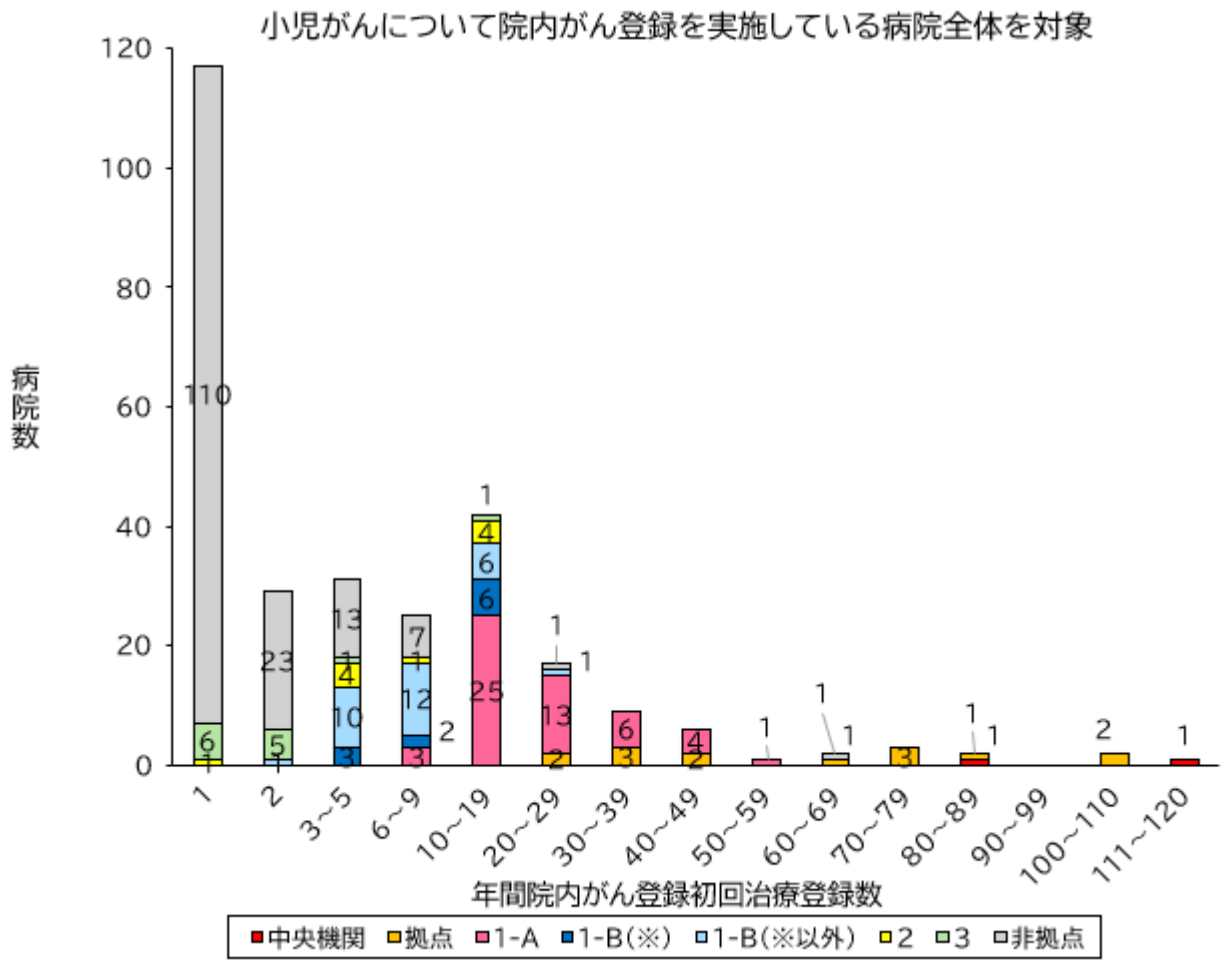
第15回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会　資料1を改編

小児がんにおいては年間初回治療開始数１～２例の医療機関が全国に100以上存在している。

- **小児がん中央機関**
  全国に2施設配置
- **小児がん拠点病院**
  全国に15施設配置
- **小児がん連携病院**
  類型1―A　54施設
  類型1―B　46施設
  類型2　　14施設
  類型3　　28施設
  全国に計142施設配置



（※）国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院



※小児がん拠点病院および小児がん連携病院(1－A)が指定されていない都道府県において、院内がん登録の初回治療患者数が当該都道府県内で最も多かった医療機関を示す。弘前大学医学部附属病院(青森県)、岩手医科大学附属病院(岩手県)、秋田大学医学部附属病院(秋田県)、山形大学医学部附属病院(山形県)、山梨大学医学部附属病院(山梨県)、福井大学医学部附属病院(福井県)、鳥取大学医学部附属病院(鳥取県)、島根大学医学部附属病院(島根県)、徳島大学病院(徳島県)、香川大学医学部附属病院(香川県)および高知大学医学部附属病院(高知県)を含む。
院内がん登録2023を用いてがん・疾病対策課にて作成

第３回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料２
令和８年３月26日	

小児がん拠点病院の指定要件の見直しについて

米田　光宏
国立成育医療研究センター外科・腫瘍外科／
国立がん研究センター中央病院小児腫瘍外科

加藤　元博
東京大学小児科

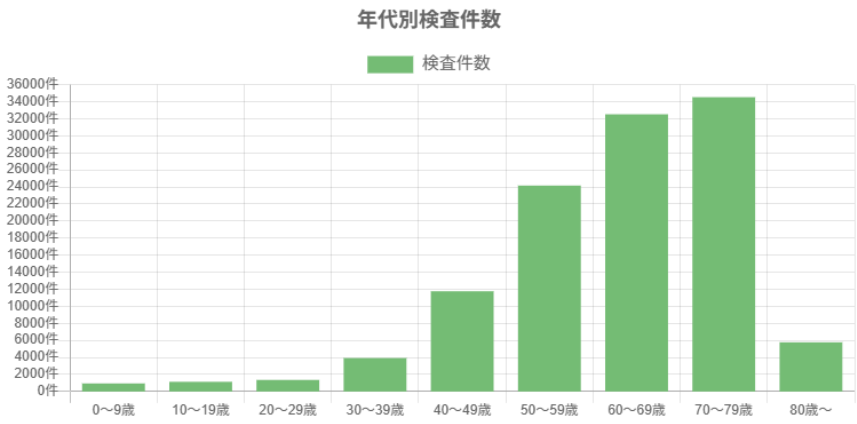
松本　公一
国立成育医療研究センター小児がんセンター

小児がんの特性

- **希少ながんの集合**
  - 標準治療が確立しにくい疾患や、診断困難例も多い
  - 多施設共同臨床研究により標準治療を構築してきた
- **少子化に伴い罹患数は減少している**
  - 15歳未満のがん罹患数 2144人（2016年）→1905人（2023年）
- **生存率は上昇している**
  - 小児（15歳未満）がんの5年生存率 82.4%
    - ただし、疾患により差がある
      （例：網膜芽細胞腫 97.6%、脳腫瘍 60.8%）

(2016年 全国がん登録5年生存率報告書より)

    - さらなる生存率の改善とともに晩期合併症の最小化が課題となる
- **ゲノム診断が有用**
  - 20歳未満に対するCGP検査の実施数は、累計で約2000件（全年齢合計で12万件）
  - 小児がんと親和性の高いCGP検査実装によりさらなる増加がみこまれる
  - 全ゲノム解析等実行計画などによる新たな診断技術の開発も小児がんを「優先すべき疾患」のひとつとして進められている



（C-CAT調査結果 統計情報より）

日本における小児がん拠点病院・連携病院システム

小児がん中央機関 (n=2)

小児がん拠点病院 (n=15)

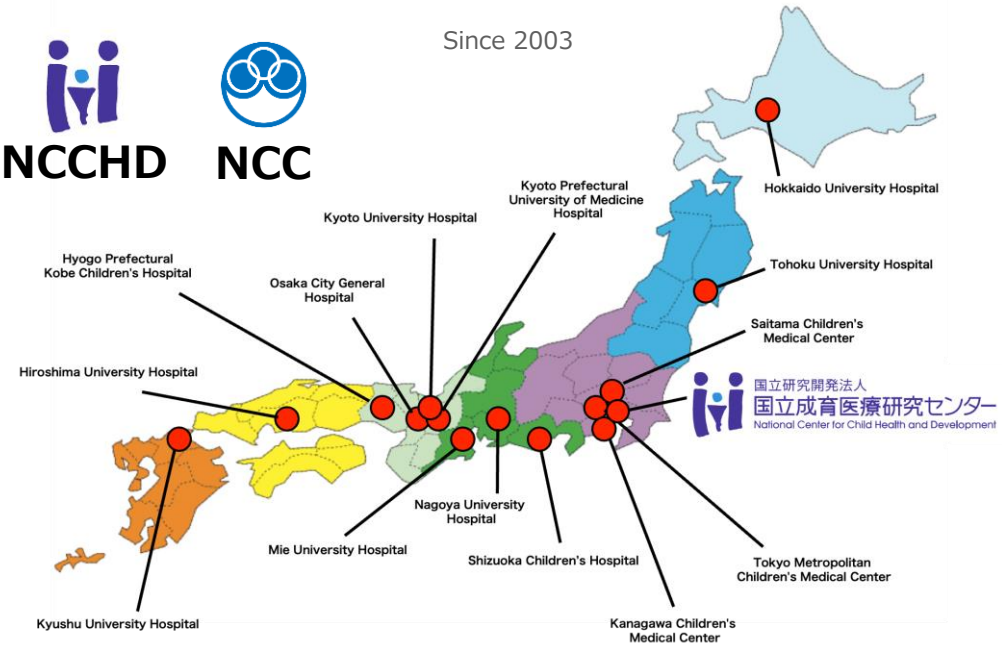
7ブロック

小児がん連携病院 (n=143)

類型 1	類型 2	類型 3
地域の小児がん診療を行う連携病院	特定のがん種、放射線治療を行う連携病院	長期フォローアップを行う連携病院
n=101	n=14	n=28

NCCHD　NCC

Since 2003



類型 1-A　n=53	類型 1-B　n=48

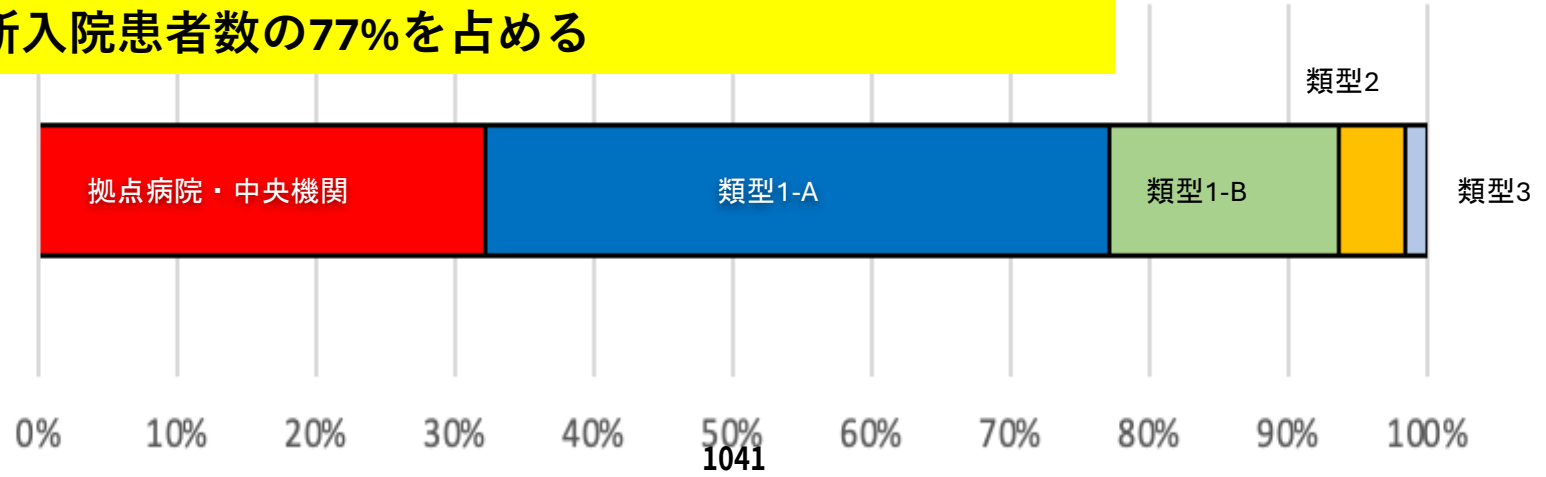
新患数20症例以上

2024.10.31

小児がん新入院患者数（2023 現況報告書による）

		病院数 (2025.10)	小児がん新入院患者数 (2023)*				
			血液悪性腫瘍	固形腫瘍	脳腫瘍	Total	
小児がん中央機関		2	373	408	241	1022	32.1%
小児がん拠点病院		15 (14)**					
小児がん連携病院	1-A	54	590	519	320	1429	44.9%
	1-B	48	284	148	95	527	16.6%
	2	14	17	77	57	151	4.7%
	3	29	17	19	16	52	1.6%
Total		161	1281	1171	729	3181	100%

拠点病院、中央機関および連携病院類型1-Aで小児がん新入院患者数の77%を占める



オランダの拠点病院は1施設

項目	オランダ	日本	比較
面積	約4.2万km^2	約37.8万km^2	日本の約1/9 （九州と同程度）
人口	約1,835万人	約1.22億人	日本の約1/7
人口密度	高い （約523人/km^2）	比較的高い （約330人/km^2）	オランダの方が高い
地形	ほぼ平坦	山地が多い	対照的

日本小児がん研究グループ（JCCG）
神経芽腫委員会（JNBSG）

わが国の
神経芽腫年間発症数
約150例



参加施設数：120

(2025年 5月現在)

JCCG
The Japan Children's Cancer Group

JNBSG
Japan Neuroblastoma Study Group

2006年設立

小児がん拠点病院の適正数

- 先進国と比較して日本の小児がん診療施設は多い
- 拠点病院がひとつに集約化されているオランダと比較すると、人口比で7倍、国土面積比で9倍となる。山岳地域が多い地理的な特徴を考慮すると、10施設程度に集約化するのが望ましい
- 都道府県において中核となる都道府県拠点病院（仮）を設置することで地域性に配慮する

小児がん医療提供体制の課題

- **医療提供体制の課題**
  - 小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心とした地域のネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めてきた。
  - 地域の小児がん医療の集約を担う施設として小児がん連携病院が全国に施設設置されているが、各都道府県においての位置づけが明確でない。
  - 高度かつ複雑な小児がん医療を持続可能に提供できる体制のために、施設の適切な役割分担を踏まえた集約化を推進する必要があるが、年間の初回治療開始数が少数の施設がまだ多数ある。
- **治療開発・診断技術開発**
  - 小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。その一方で、小児がんの治験を実施できる施設は限られている。
  - 小児がんのゲノム診断（EPによる結果解釈）のために、「小児がん等への特別対応」が認められており、がんゲノム医療を実施している295施設中24施設（がんゲノム医療拠点病院4施設を含む）が成人がんとは異なる施設にEP依頼をしている。

- 2023年3月時点において、欧米では承認されているが日本では承認されていない医薬品（未承認薬）は**143品目**。
- 未承認薬143品目中、**国内開発未着手の医薬品は86品目（60.1%）**あり、そもそも**承認申請がなされない（＝企業が開発しない）**という**ドラッグラグ・ロスが発生している**と指摘されている。
- 国内開発状況が未着手の86品目について傾向を分析したところ、**ベンチャー発の医薬品や、オーファン、小児の割合が比較的大きい**ことが分かった。

日欧米のドラッグラグ・ロスの状況

	承認済	未承認合計	未承認の内数（品目数） 開発中	未着手
米国	136	7	3	4
欧州	86	57	26	31
日本	0	**143**	57	**86**（品目）

内訳

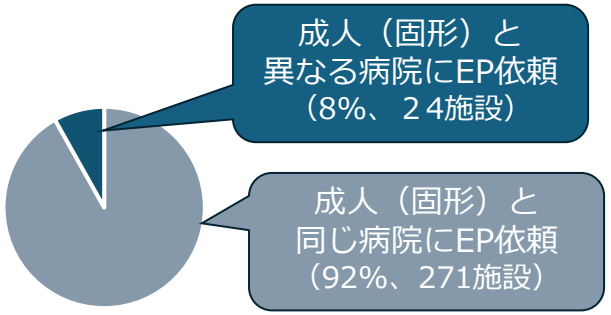
日本国内未着手の品目内訳

ベンチャー発	希少疾病用医薬品（オーファン）	小児用医薬品
56%（48品目）	47%（40品目）	37%（32品目）

※ロス86品目のうち、ベンチャー、オーファン、小児のいずれでもない品目は14品目（16%）

（第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 資料2-1より）

- **高度専門医療の開発を担う体制整備と人材育成**
  - 治療開発や診断技術の開発を加速させる体制の整備とそれを担う人材育成を進める必要がある。



（がんゲノム医療提供体制におけるがんゲノム医療中核拠点病院等 一覧表（令和8年3月1日現在）より）

小児がん拠点病院のあり方（案）

- 再発難治例、希少疾患に対応できる体制が整備されている
- ただし全ての疾患に対応できるオールラウンダーでなくても、特定の疾患について対応できる施設も拠点病院に指定できる
- 理想的な療養環境が担保されている
- 放射線治療については、連携の専門施設と連携できていれば必ずしも自施設で行う必要はない

これらを都道府県で拠点となる都道府県拠点病院（仮）に求め、新たに指定する小児がん拠点病院（10施設程度）には、これらに加えて、以下の体制を要件とする

- 新規薬剤開発について質の高い治験が行える体制ができている
- それぞれの専門分野の後進を育成するための指導体制および症例数が確保されている
- 地域ブロックすべてに小児がん拠点病院が存在する必要はなく、地域/都道府県の診療拠点を中心に患者の利便性を担保した良質の医療の提供を行う

これからの小児がん医療提供体制の構築（案）

医療機関の役割分担と集約化

- **小児がん拠点病院（全国10施設程度）：**
  - 日本の小児がん医療を牽引する高い診療能力を有し、理想的な療養環境整備している。
  - 再発難治例や希少疾患への対応が可能である。
  - 国際共同試験への参画を含む質の高い新規薬剤開発（治験）を担う。
  - 小児がんに特化した薬物療法、専門的な外科療法、放射線治療を担う医療者、看護および多職種における専門人材の育成を行う。
- **都道府県拠点病院：**
  - 症例数の多い疾患の標準治療を均てん化（どこでも同質の医療を提供）する。
  - 都道府県がん診療連携協議会において連携・協力体制を協議するまとめ役となる。
- **連携病院**
  - 都道府県拠点病院と協力し、チームの能力に応じて標準的治療の一翼を担う。
  - 都道府県拠点病院と連携して地域における医療・支援・長期フォローアップを実施する。
  - 特定の専門領域（放射線治療等）において高度な機能をもつ施設も連携病院に指定する。
  - 小児がん拠点病院・都道府県拠点病院と緊密に協力し、質の高い医療を提供する。

診療の質と専門性の向上

- 治療の集約化： 外科手術が必要な固形がんや放射線治療などは、施設を集約してチームの経験値を引き上げ、治療成績を向上させる。
- 開発機能の強化： 国内未承認薬へのアクセス改善や診断技術の開発、早期相開発のための国内ネットワークを構築する。

患者中心の療養環境と継続支援

- 理想的な療養環境：小児がん 拠点病院・都道府県拠点病院を中心に、子どもたちが安心して過ごせる療養環境を担保・整備する。
- アクセスの確保： 地域ブロックの枠を超えた連携により、患者の利便性と良質な医療提供を両立させる。
- 長期フォローアップ： サバイバーが全国どこへ移動しても継続して支援を受けられる体制を確立する。

第３回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料３
令和８年３月26日	

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

今後の小児がん拠点病院等の指定の考え方について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

ドラッグラグ・ドラッグロスへの対応

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

第４期がん対策推進基本計画におけるドラッグラグ・ドラッグロスに関する記載

第４期がん対策推進基本計画において、希少がん・難治性がん・小児がんにおいては、「治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」とされ、ドラッグラグ・ドラッグロスへの対策が必要である。

希少がん及び難治性がん対策（抜粋）

（現状・課題）
（中略）
また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
（中略）
国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討 するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した 研究開発を推進する。また、関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る。

小児がん及びAYA世代のがん対策（抜粋）

（現状・課題）
（中略）
また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
（中略）
国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等 の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、 小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装 （抜粋）

（中略）
しかしながら、諸外国では承認されているものの国内において未承認の医薬品が増加しているなど、小児がんや希少がん領域に留まらない薬剤アクセスの改善が課題となっている。

第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬
検討会議（令和７年５月９日）資料２－１抜粋、一部改変

ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの実態

- **2016~2020年に欧米で承認された医薬品**のうち、**2023年3月時点で**日本では承認されていない医薬品（未承認薬）は143品目。
- そのうち、そもそも**開発未着手で、承認申請すらなされない医薬品が86品目（60.1%）**。

  ⇒ **ドラッグラグ・ロスの発生**
- 開発未着手の86品目は、**ベンチャー※１発の医薬品やオーファン、小児※２の割合が大きい。**

※１：日本に開発拠点を有さない企業が多く、日本の薬事制度等を把握していない可能性が高い。

※２：市場規模が小さい等の理由から、開発が進みづらい。

日欧米のドラッグラグ・ロスの状況

	承認済	未承認合計	未承認の内数（品目数） 開発中	**未着手**
米国	136	7	3	4
欧州	86	57	26	31
日本	0	143	57	**86**（品目）

1051

内訳 →

日本国内未着手の品目内訳

ベンチャー発	**希少疾病用医薬品（オーファン）**	**小児用医薬品**
56% （48品目）	**47**% （40品目）	**37**% （32品目）

※ロス86品目のうち、ベンチャー、オーファン、小児のいずれでもない品目は14品目（16%）

第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬
検討会議（令和７年５月９日）資料２－１抜粋、一部改変

ドラッグロス解消に向けた対応

- 開発未着手の医薬品86品目について、**国が能動的に企業への開発要請等を行う枠組み**を構築。
- 具体には、
  - ① まず**国において、国内開発未着手の医薬品の情報整理**を行い、
  - ② **未承認薬・適応外薬検討会議において、それらの医薬品の医療上の必要性を判断**、
  - ③ それを踏まえ、**国から企業への開発要請や開発企業の公募**を行う。

※仮にこの開発要請に従わない場合には、薬価算定加算を付与しない等のディスインセンティブを設けて対応。

従来のルート

学会・患者会等からの未承認薬・適応外薬の要望

新規ルート

①国内開発未着手の医薬品について、国が情報を整理

※令和６年度厚生労働科学特別研究事業「ドラッグ・ロスの実態調査と解決手段の構築」において、医薬品のデータ整理、関連学会へニーズ調査、市場性調査、開発の優先順位付け等を実施

②医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（医療上の必要性を判断）

③企業に対して開発要請

③開発企業を公募

企業による治験の実施等

※国立がん研究センターが相談窓口となり、臨床研究中核拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等、小児がん拠点病院等が希少がん、小児がん等の領域の開発に協力

アカデミアの研究開発

薬事承認申請

抗悪性腫瘍剤のドラッグラグ・ドラッグロス品目（８品目）の対応状況

2023年3月時点で国内開発未着手だった86品目のうち、抗悪性腫瘍分野は8品目であった。領域別では希少疾病に5品目、小児に2品目が該当し、このうち「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で医療上の必要性が高いと判断された品目について、企業への開発要請等がなされている。

販売名 （一般名）	効能・効果	小児	希少疾病	企業への開発要請・公募状況	開発・承認状況
AYVAKIT （アバプリチニブ）	胃腸間質腫瘍（GIST） （PDGFRAのエクソン18に特定の変異を有する）	―	○	企業募集中 （現時点までに申出企業なし）	―
DANYELZA （ナキシタマブ）	神経芽細胞腫	○	○	開発要請済み （ノーベルファーマ）	第Ⅰ相試験実施中
QINLOCK （リプレチニブ）	進行性消化管間質腫瘍	―	○	開発要請予定	―
ASPARLAS （カラスパルガーゼペゴル ）	急性リンパ性白血病（ALL）	○	○	検討会議*1における評価のために 必要な情報を整理中	―
MARGENZA （マルゲツキシマブ）	HER2 乳がん	―	―	要請・公募はしない （第66回検討会議*1で医療上の必要性の基準に該当しないと判断）	―
TOOKAD （パデリポルフィン）	前立腺がん	―	―	要請・公募はしない （調査事業*2で開発の必要性が低いと判断）	―
LUMOXITI （モキセツモマブ パスドトクス）	有毛細胞白血病（HCL）	―	○	要請・公募はしない （調査事業*2で開発の必要性が低いと判断）	―
TRODELVY （サシツズマブ ゴビテカン）	トリプルネガティブ乳がん	―	―	調査事業*2時点で開発中 （ギリアド・サイエンシズ）	承認済み （令和6年9月）

＊1：医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議
＊2：令和6年度厚生労働科学特別研究事業「ドラッグ・ロスの実態調査と解決手段の構築」研究班

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

小児がん拠点病院等の見直しについて

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

小児がん拠点病院等の現行体制の課題及び見直しの方向性（案）

現状・課題

（2040年を見据えた小児がん医療提供体制）

- 小児がん罹患者数予測では、2040年に1,589人と、2025年の1,865人から15%減少することが推計されている。
- 小児（15歳未満）のがんによる死亡者数及び年齢調整死亡率は減少傾向で、治療成績が向上しており、小児がん経験者が増えているため、晩期合併症の影響を最小限に抑えるための長期フォローアップが重要である。
- 令和７年８月にとりまとめられた「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において「小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等については、国及び地域ブロック単位で集約化することが望ましい」とされている。

（小児がん医療提供体制の整備状況）

- 小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、全国に15箇所の小児がん拠点病院、２箇所の小児がん中央機関を整備し、小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めてきた。
- 小児がん拠点病院は地域ブロックごとに整備されており、その役割は「地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、地域ブロック協議会の中心を担い、地域全体の小児・AYA世代のがん医療及び支援の質の向上に資する」とされている。
- 地域の小児がん医療を担う施設として小児がん連携病院が全国に142箇所指定されているが、その提供体制の確保における都道府県の位置づけが不明確である。
- 持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要があるが、小児がんにおいては年間初回治療開始数１～２例の医療機関が全国に100以上存在している。

（ドラッグラグ・ドラッグロスへの対応）

- 第４期がん対策推進基本計画において、希少がん・小児がん等においては、「治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」とされ、ドラッグラグ・ドラッグロスへの対策が必要である。
- 米FDA・欧EMA（以下、FDA等）承認に向けた国際共同試験への早期参画、FDA等既承認で国内未承認薬の薬剤ごとの最適な国内開発方針の検討、早期相開発のための国内ネットワーク確保と、海外および国内に向けた希少がん・小児がん等の薬剤開発の窓口の明確化が必須である。

見直しの方向性（案）

- 小児がん患者が、どの都道府県においても適切な診断・治療にアクセスできるように、各都道府県の診療の拠点となる病院（**都道府県小児がん拠点病院**）の位置づけを明確化してはどうか。都道府県小児がん拠点病院は治療方針を決定し、他施設と連携しながら標準的な治療を提供するとともに、都道府県における小児がん医療連携体制の確保、人材育成、院内がん登録の実施、長期フォローアップの医療連携体制の確保等を中心に指定要件を定めてはどうか。指定に当たっては、各都道府県の推薦をもとに原則１箇所指定することとしてはどうか（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）。
- 地域における小児がん患者もしくは小児がん経験者の医療・支援を担うもしくは放射線治療等の特定の治療を行う医療機関として、都道府県小児がん拠点病院が**小児がん連携医療機関**を指定し、都道府県小児がん拠点病院とD to Dオンライン等で連携することや、地域の長期フォローアップ体制を拠点病院と連携して実施すること、放射線治療等の特定の治療を行う等を中心にその指定要件を定めてはどうか。
- **小児がん拠点病院**の役割を、高度な専門性を有する診療等を提供でき、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に貢献する病院、と見直してはどうか。指定要件としては、ブロックの枠組みを超えて専門人材の育成、都道府県小児がん拠点病院の支援、集学的治療の提供（放射線治療は他医療機関と連携でも可）、治験への参加等を中心に定めてはどうか。また、小児がん拠点病院のうち国際共同治験の推進や医療技術の開発を行い、治験・臨床試験に関する情報提供及び相談支援等を担う拠点的機能や中央診断体制を充実させた、我が国の小児がん医療・支援を牽引する病院を**小児がん中央機関**として位置づけてはどうか。

（参考）小児がん拠点病院等における課題の整理

目指すべき方向性	現状・課題	解決策
2040年を見据えた、持続可能な質の高い小児がん医療提供体制の確保	地域の小児がん医療を担う施設として小児がん連携病院が全国に142箇所指定されているが、その提供体制の確保における都道府県の位置づけが不明確である。	• 小児がん拠点病院を、診療の拠点として集学的治療を行う医療機関（放射線治療は他医療機関と連携可）として位置づける。 • 都道府県小児がん拠点病院を指定し、小児がん患者が、どの都道府県においても適切な診断・治療にアクセスできるように、各都道府県の診療の拠点となる病院として位置づける。 • 都道府県小児がん拠点病院が指定する小児がん連携医療機関を指定し、放射線治療等の特定の治療を行う医療機関として位置づける。
	小児がん年間初回治療開始数１～２例の医療機関が全国に100以上存在している。	
小児がんにおける長期フォローアップの充実	治療成績が向上しており、小児がん経験者が増えているため、晩期合併症の影響を最小限に抑えるための長期フォローアップが重要である。	• 都道府県小児がん拠点病院を小児がん患者が各都道府県において長期フォローアップの医療連携体制の確保を行う病院として位置づける。 • 都道府県小児がん拠点病院が小児がん連携医療機関を指定し、地域における小児がん患者もしくは小児がん経験者の医療・支援を担う医療機関として位置づける。
がん領域におけるドラッグラグ・ドラッグロスの解消	令和５年３月時点で国内開発未着手だった86品目のうち、抗悪性腫瘍分野は８品目であり、領域別では希少疾病に５品目、小児に２品目が該当している。	小児がん拠点病院を、高度な専門性を有する診療等を提供でき、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に貢献する病院として、国際共同治験の推進等を行い、我が国の小児がん医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として位置づける。
		企業による治験が進むように、国立がん研究センターが相談窓口となり、臨床研究中核拠点病院、小児がん拠点病院等が小児がん等の領域の開発に協力する。

小児がん拠点病院等の見直しの方向性（イメージ）

現行

類型名	求められる役割
小児がん中央機関 ※国が指定	日本における小児がん医療・支援の牽引 国立成育医療研究センターと国立がん研究センターを指定 （主な指定要件） • 人材育成の中心(医師・看護師等) • 研究開発及び臨床研究の推進・支援 • 診断支援(放射線・病理診断等)
小児がん拠点病院 15箇所 （中央機関と兼ねることも可能） ※国が指定	地域における小児がん医療・支援の中心 難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療を行う （主な指定要件） • 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供 • 年間新規症例数30以上 • 放射線療法に関する機器の設置 • 緩和ケア・地域連携の提供
小児がん連携病院 142箇所 ※小児がん拠点病院を中心とする地域ブロック協議会で指定	地域の小児がん医療の集約を担う 類型１ 標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療を提供する 類型２ 集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療を行う 類型３ 長期フォローアップを担う （主な指定要件） ・拠点病院に準じる

見直し後

類型名	求められる役割
小児がん拠点病院 ※国が指定 ブロック毎の指定なし	国の拠点として、小児がん医療・支援の中心を担う。また全国の拠点としてドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて、国際共同治験の推進や医療技術の開発を行うなど、我が国の小児がん医療・支援を牽引する。その中で中心的な役割を担う中央機関として国立成育医療研究センターと国立がん研究センターを指定する。 （主な指定要件） • 専門人材の育成 • 都道府県小児がん拠点病院の支援 • 集学的治療の提供（放射線治療は他医療機関と連携可） • 治験への参加 （以下は中央機関のみ） • 中央診断体制の一層の充実 • 国際共同治験の推進や医療技術の開発 • 相談支援体制を含めた情報発信機能の強化
都道府県小児がん拠点病院 ※国が指定。見直し後は、都道府県の推薦のもと原則１カ所指定する（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）	都道府県の拠点として、都道府県における小児がん医療・支援の中心 （主な指定要件） • 治療方針を決定し、他施設と連携しながら標準的な治療を提供　※都道府県小児がん拠点病院は小児がん拠点病院と兼ねることも可 • 人材育成 • 院内がん登録の実施　※経過措置を設ける • 長期フォローアップの医療連携体制の確保
小児がん連携医療機関 ※都道府県小児がん拠点病院が指定 **1057**	地域における小児がん患者もしくは小児がん経験者の医療・支援を担う （主な指定要件） ・都道府県小児がん拠点病院とD to Dオンライン等で連携 ・地域の長期フォローアップ体制を拠点病院と連携して実施 もしくは ・放射線治療等の特定の治療を行う

今後のスケジュール（案）

- 次期小児がん拠点病院等の整備指針改定ならびに指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ 小児がん拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG開催（本WG・指針改定の論点出し）														
WG開催（学会等ヒアリング）														
WG開催（改定指針案提示）														
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）														
新整備指針公表														
新現況報告書様式配布														
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）									（※）					
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※）														
小児がん拠点病院等の指定に関する検討会														
新指定類型の適用開始														

（※）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

第３回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料４
令和８年３月26日	

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

埼玉県立小児医療センターの報道に関する対応状況について（報告）

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

埼玉県立小児医療センターの報道に関する対応状況についての報告

報道の概要及び事実関係

○ 令和8年3月11日、埼玉県立小児医療センターが報道発表し、令和7年、埼玉県立小児医療センターで白血病の治療のため抗がん剤の髄腔内注射を受けたあと重篤な神経症状を発症し、10代の男性患者1人が死亡し、10代と10歳未満の2人の男性患者が今も人工呼吸器をつけて治療中であることを明らかにした。

○ 令和7年11月11日以降、当該病院では、全患者の抗がん剤髄腔内注射を中止し、外部の有識者を含む調査対策委員会を立ち上げて原因究明に当たった。この調査によると、注射の工程や治療に問題が認められなかったものの、患者の髄液を検査したところ、本来、抗がん剤髄腔内注射では使用されるはずのない別の薬液(ビンクリスチン)が検出されたということであった。

○ 令和8年3月10日、調査対策委員会の出した、別の薬液が重篤な神経症状の原因である可能性が高いという結論を受け、病院は事件・事故の両面の可能性があることから埼玉県警大宮警察署に届け出ると共に、引き続き原因究明を行っている。

○ 令和8年3月17日、埼玉県立小児医療センターは記者会見にて、上記の3人とは別に髄腔内注射後に神経症状を発症していた患者2人を含めたより広範な状況を公表した。この2人からはビンクリスチンは検出されず、神経症状が出た理由は不明としている。

○ 埼玉県立小児医療センターは、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」(令和4年8月1日付け健発0801第17号厚生労働省健康局長通知別添。以下「指針」という。)に基づき、厚生労働大臣より小児がん拠点病院として指定されているところであり、指針においては、小児がん拠点病院の要件の一つとして、「医療法(昭和23年法律第205号)に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保すること。」とされている。

対応状況

○ 厚生労働省としては、医療安全の課題について指導監督権限のある、さいたま市と連携を取りながら状況の把握をしているところ。

（参考）埼玉県立小児医療センターのプレスリリース（令和８年３月11日）

地方独立行政法人　埼玉県立病院機構
埼玉県立小児医療センター
事務局　濱田、島山
電話 048-601-2200（代表）
E-mail: scmc@saitama-pho.jp

＜報道発表資料＞　令和８年３月１１日

小児医療センターにおける髄腔内注射治療後の重篤な神経症状の発症について

埼玉県立小児医療センターにおいて、白血病の治療のため抗がん剤の髄腔内注射を実施した後、複数の患者が重篤な神経症状を発症したことについて、下記のとおりお知らせします。

１　概要

（１）髄腔内注射治療実施日、患者情報、症状

１例目	令和７年　１月３１日	１０歳未満	男性	重度後遺症
２例目	令和７年　３月２６日	１０代	男性	重度後遺症
３例目	令和７年１０月２２日	１０代	男性	死亡

（２）病名、診療科

病　名　急性リンパ性白血病

診療科　血液・腫瘍科

２ 発生状況及び対応内容

(1)発生状況

白血病の治療のため、抗がん剤の髄腔内注射を実施した後、複数の患者が重篤な神経症状を発症したもの

(2)対応内容

1例目 令和7年1月31日に2回目の髄腔内注射を実施。4日後に歩行困難などの神経症状を発症、重篤な障害となり人工呼吸器管理で治療中

2例目 令和7年3月26日に1回目の髄腔内注射を実施。翌日から大腿部の痛みなどの神経症状を発症、重篤な障害となり人工呼吸器管理で治療中

3例目 令和7年10月22日に6回目の髄腔内注射を実施。翌日から大腿部の痛みなどの神経症状を発症、重篤な障害となり人工呼吸器管理。令和8年2月6日に死亡

3 経緯、原因究明、再発防止

(1)経緯

令和7年11月11日 以後予定されている全ての患者の抗がん剤の髄腔内注射を中止
令和7年11月17日 さいたま市保健所へ抗がん剤の髄腔内注射治療の一時中止について報告
令和7年11月17日 (独法)医薬品医療機器総合機構へ医薬品安全性情報報告書を提出
令和7年11月24日 髄注後中枢神経合併症を発症した患者についての調査対策委員会(以下「調査対策委員会」という)を設置し第1回調査対策委員会を開催
令和7年12月 1日 第2回調査対策委員会を開催
令和7年12月11日 第3回調査対策委員会を開催
令和7年12月25日 分析機関へ患者から採取した検体検査を依頼
令和8年 2月12日 第4回調査対策委員会を開催
令和8年 2月24日 第5回調査対策委員会を開催
令和8年 2月25日 分析機関から検査結果報告を受領
令和8年 3月 4日 さいたま市保健所へ検査結果を報告
令和8年 3月 5日 第6回調査対策委員会を開催
令和8年 3月10日 大宮警察署に届出

(2)原因究明

外部の有識者らで構成する調査対策委員会において、髄腔内注射治療の工程及び手順を詳細に確認したところ、問題は認められなかった。
調査対策委員会の助言により、患者から採取した髄液の検査を分析機関へ依頼したところ、本来、抗がん剤髄腔内注射では使用されるはずのない別の薬液が検出された。
これを受けて、調査対策委員会に報告したところ、別の薬液が重篤な神経症状の原因である可能性が高いという結論に至った。
令和8年3月10日に大宮警察署へ届出を行った。引き続き、原因究明に努める。

(3)再発防止

今回の事案発生を重く受け止め、次のとおり確認及び管理体制を強化し、再発防止の徹底を図る。
・薬液の調製時の管理をさらに徹底し作業を複数人で確認することをマニュアルに記載し、実行することとした。
・薬液の調製等を行う作業スペースにカメラを複数設置して記録を行い、安全管理を強化することとした。
・調製後の薬液の保管、管理を徹底することとした。

第7回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

議事次第

日　時：令和8年3月 13 日（金） 15:00～17:00
場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

1　開会
2　議題
（1）座長の選任について
（2）がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件について
（3）その他

【資料】
議事次第
資料1　　がんゲノム医療に係る取組について
資料2　　質を確保したがんゲノム医療提供体制の拡大に関して
資料3　　質を確保した造血器腫瘍におけるゲノム医療提供体制の拡大に関して
資料4　　今後のがんゲノム医療中核拠点病院等の指定の考え方について
参考資料1「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料2　「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」参考人名簿
参考資料3　がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について
（令和4年8月1日付け健発 0801 第 18 号厚生労働省健康局長通知）
参考資料4　エキスパートパネルの実施要件について
（令和4年3月3日付健が発 0303 第1号厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知）
参考資料5　日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
次世代シークエンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づく固形がん診療に関するブリーフィングレポート

第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１
令和８年３月13日	

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

がんゲノム医療に係る取組について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2040年を見据えたがんゲノム医療提供体制

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

第４期がん対策推進基本計画

（令和５年３月28日）

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におけるがんゲノム関連記載

全体目標における記載（２．患者本位で持続可能ながん医療の提供）

出典：第４期がん対策推進基本計画

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、 患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、 全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

①医療提供体制の均てん化・集約化について（抜粋）

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、 院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

②がんゲノム医療について（抜粋）

（現状・課題）

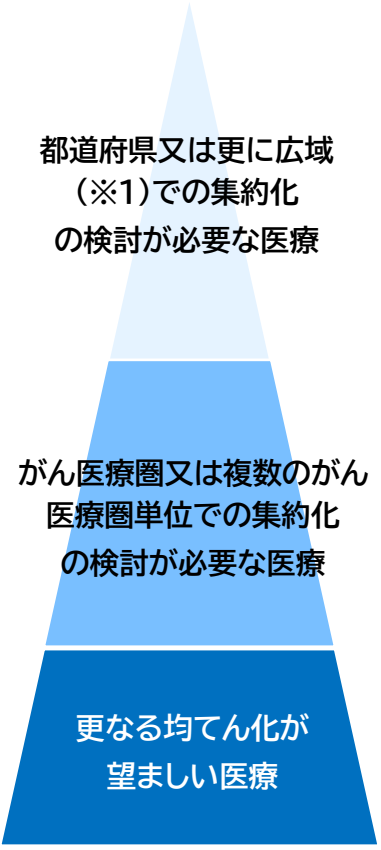
がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。 令和５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計243施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。 また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、平成30（2018）年６月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始した。 令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、保険診療下でがん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和５（2023）年１月までに、およそ４万８千例となった。

（取り組むべき施策）

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め検討する。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきた。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

1067

（※1）国及び地域ブロック単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。
（監修）一般社団法人　日本癌治療学会、公益社団法人　日本放射線腫瘍学会、公益社団法人　日本臨床腫瘍学会

「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」における関連記載

がん医療の供給について（iii 薬物療法）（抜粋）

（中略）
また、近年、遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。このため、がんの標準治療を提供することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が提供できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。現在のがんゲノム医療中核拠点病院等の施設数の推移を鑑みると、2025年６月現在の282施設から、拠点病院等を網羅する約460施設に拡大するまで、2037年頃までかかることが見込まれる。

がん医療の需給バランスを維持するための方策について（iii 薬物療法）（抜粋）

（中略）
また、過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも質を確保しながら、一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどして、均てん化に取り組むことが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。

がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

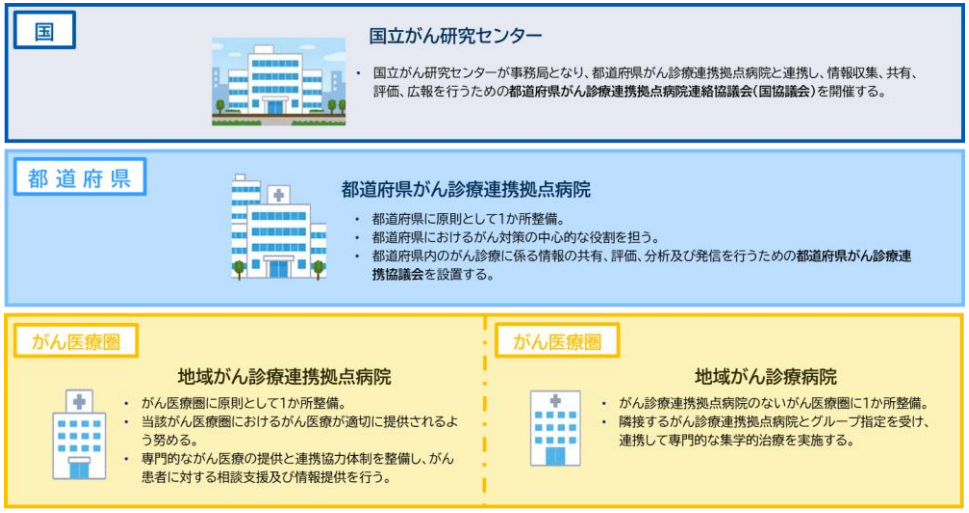
出典：「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」
（「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」においてとりまとめ、令和７年８月１日公表）

薬物療法に関する提供体制の課題・対応

- 薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の専門医が中心となって提供されているが、消化器外科医等の薬物療法の提供者が減少している診療領域もあることに鑑みると、現状の薬物療法の提供体制の維持には、薬物療法を担う医師の確保が重要。
- 過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも質を確保しながら、一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどして、均てん化に取り組むことが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。
- 近年のがんゲノム医療の進歩を踏まえ、関係学会と連携し、その運用面の改善を図りながら、がん診療連携拠点病院等において質の高いがんゲノム医療が提供できる体制の構築が必要。

がん診療連携拠点病院制度

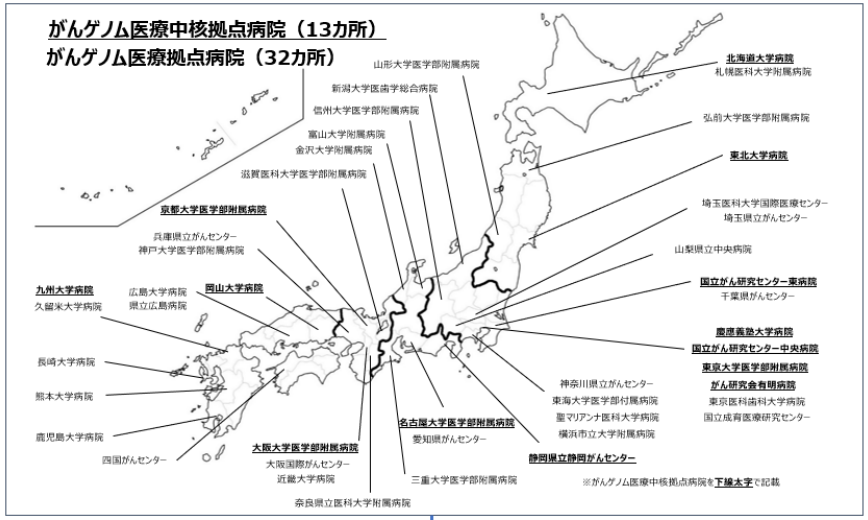
（令和7年4月1日時点）



都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	352か所（うち特例型12か所）
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	59か所
	合計463か所

がんゲノム医療提供体制

（令和8年3月1日時点）



がんゲノム医療連携病院（２５０カ所）

がんゲノム医療中核拠点病院等 合計295か所

1070

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

第１回ゲノム医療基本計画WG
令和５年12月26日
資料１

制定の趣旨

※議員立法として令和５年６月16日に公布・施行

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策（ゲノム医療施策）を総合的かつ計画的に推進するため、ゲノム医療施策に関する基本理念を定め、国等の責務を明らかにするとともに、基本計画の策定その他ゲノム医療施策の基本となる事項を定める。

内容

１．基本理念

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

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

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

２．責務

○　国は、基本理念にのっとり、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に策定し、実施する責務を有する。
○　地方公共団体は、基本理念にのっとり、ゲノム医療施策に関し、国との連携を図りつつ、地域の状況に応じて施策を策定し、実施する責務を有する。
○　医師等及び研究者等は、国及び地方公共団体が実施するゲノム医療施策及びこれに関する施策に協力するよう努める。

３．財政上の措置等

○　政府は、ゲノム医療施策を実施するため必要な財政上の措置その他の措置を講ずる。

４．基本計画の策定

○　政府は、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に推進するため、ゲノム医療施策に関する基本的な計画（基本計画）を策定する。

５．基本的施策

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

②　生命倫理への適切な配慮の確保

③　ゲノム情報の適正な取扱い及び差別等への適切な対応の確保

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

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

６．地方公共団体の施策

○　地方公共団体は、国の基本的施策を勘案し、地域の状況に応じて、ゲノム医療施策の推進を図るよう努める。

７．施行期日等

○　公布日施行。政府は、施行後５年を目途として施行状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

ゲノム医療施策に関する基本的な計画　概要

目標：個人の権利及び利益を尊重しながらゲノム医療を推進することで、国民の健康に寄与することを目指す。

国民の適切な理解と啓発

国民への適切な教育及び啓発によりゲノム医療に対する理解を促進。生命倫理への配慮、不当な差別等への対応の確保によりゲノム医療の更なる発展に繋げる。

分野別施策

- 差別等への適切な対応の確保
- 生命倫理への適切な配慮の確保
- 教育及び啓発の推進

医療等の提供体制の構築

ゲノム医療の拠点となる医療機関の整備、連携体制の構築、相談支援体制の整備とともに、医療従事者等への教育・啓発、人材育成を通じ、安心かつ安全で質の高いゲノム医療を実現する。

分野別施策

- ゲノム医療の提供の推進
- 検査の実施体制の整備
- 相談支援に係る体制の整備
- ゲノム情報の適正な取扱いの確保
- 医療以外の目的で行われる核酸に関する解析の質の確保
- 人材の確保

研究開発の推進

研究開発のための基盤整備等を行うとともに、ゲノム情報の適正な利活用を促進。ゲノム医療の発展に資する研究開発を推進する。

分野別施策

- ゲノム医療の研究開発の推進
- 情報の蓄積及び活用に係る基盤の整備
- 相談支援に係る体制の整備
- ゲノム情報の適正な取扱いの確保
- 人材の確保

良質かつ適切なゲノム医療を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 関係者等の連携協力の更なる強化
- 地方公共団体によるゲノム医療施策の策定及び実施
- 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 基本計画の評価・見直し（５年を目途）

1072

ゲノム医療施策に関する基本的な計画　分野別施策

国民の適切な理解と啓発

差別等への適切な対応の確保

- ✓ ゲノム情報による不当な差別等の事例を収集・共有し、防止に係る対策を実施・周知。【厚、個、金、法】
- ✓ 労働分野や保険分野におけるゲノム情報による不当な差別等への対応に関するQ&Aを周知。内容の追記等を継続的に検討。【厚、金】
- ✓ ゲノム情報による不当な差別等を受けた者が相談できる窓口や救済制度を周知。【厚、個、金、法】

生命倫理への適切な配慮の確保

- ✓ ゲノム医療の新技術に伴う生命倫理の課題を踏まえ、必要に応じて関係法令の見直し等を検討。【厚、こ、文、経】
- ✓ 関係学会と連携し、遺伝情報改変技術等に係る課題への対応や、NIPT等の出生前検査の臨床研究等について検討。【厚、こ、文、経】

教育及び啓発の推進

- ✓ 国民全体にゲノム医療への関心と理解を深めるための啓発資料を作成、教育・啓発を行う。【厚、文】

医療等の提供体制の構築

ゲノム医療の提供の推進

- ✓ 必要な患者等がゲノム医療にアクセスしやすい体制を整備。【厚】
- ✓ エキスパートパネルの効率的かつ効果的な運用方法について継続的に検討。【厚】
- ✓ 患者が適切な治療を選べるよう、ドラッグ・ラグ及びドラッグ・ロスの解消に向けた取組を推進。【厚】
- ✓ ゲノム医療の提供方法等に関し、患者・市民視点の意見を反映する取組を促進。【厚】

検査の実施体制の整備

- ✓ 検査の質向上のため、精度管理や施設認定、人員体制を検討。【厚】

相談支援に係る体制の整備

- ✓ 必要な患者や家族がアクセスしやすい相談体制を整備。【厚】

ゲノム情報の適正な取扱いの確保

- ✓ ゲノム情報と臨床情報の利用促進策を検討、医療従事者・研究者等に情報の適正な取扱いを周知。【厚、個、文、経】

医療以外の目的で行われる解析の質確保

- ✓ 医療以外の遺伝子検査サービスに係る関係法令の取扱いを整理、ゲノム情報の取扱い方法を周知。【厚、経】

人材の確保

- ✓ 関係学会と連携し、ゲノム医療の専門人材の確保や医療従事者のゲノム医療への理解を深めるための啓発を行う。【厚】
- ✓ 養成過程を通じて医療従事者のゲノム医療に係る知識の向上を図る。【文、厚】

研究開発の推進

ゲノム医療の研究開発の推進

- ✓ ゲノム解析やオミックス解析等の新技術、それらを用いたAMED研究を支援。【厚、文】
- ✓ ゲノム研究に患者・市民視点の意見を反映させる取組を促進。【厚】

情報の蓄積及び活用に係る基盤の整備

- ✓ 大規模バイオバンクの整備、国際連携を検討。【内、文、厚】
- ✓ 試料やゲノム情報等の適切な保管・管理方法を検討し、利活用を促進。【内、文、厚】

相談支援に係る体制の整備

- ✓ ゲノム研究の対象者が十分な説明を受けて参加の意思決定ができるよう徹底。【厚、こ、文、経】
- ✓ ゲノム研究の対象者が必要な相談支援を受けられるよう、相談体制を整備。【厚、こ、文、経】

ゲノム情報の適正な取扱いの確保

- ✓ ゲノム情報と臨床情報の利用促進策を検討、医療従事者・研究者等に情報の適正な取扱いを周知。【厚、個、文、経】

人材の確保

- ✓ 関係学会と連携し、ゲノム研究の専門人材確保策を検討。【厚、文】

厚：厚生労働省、法：法務省、金：金融庁
個：個人情報保護委員会、こ：こども家庭庁
文：文部科学省、経：経済産業省、内：内閣府

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がんゲノム医療中核拠点病院等の整備状況について

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

がんゲノム医療のこれまでの経緯

平成29年3月-5月	がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（計4回）開催
平成29年8月-10月	がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）等の指定要件に関するWG(計3回)開催
平成29年10月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関する報告書発出
平成29年12月	**がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針を発出**
平成30年2月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会（第１回）
平成30年2月	**がんゲノム医療中核拠点病院（１１施設）を指定**
平成30年3月	**第３期がん対策推進基本計画閣議決定**
平成30年6月	がんゲノム情報管理センター（C-CAT）開設
平成30年8月-平成31年3月	がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議（計2回）開催
平成31年4月-令和元年5月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するWG（計2回）開催
令和元年7月	がんゲノム医療拠点病院の類型の新設
令和元年9月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会（第２回）
令和元年9月	**がんゲノム医療拠点病院（３４施設）を指定**
令和2年3月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会（第３回）
令和2年3月	**がんゲノム医療中核拠点病院（１２施設）を指定**
令和3年12月-令和4年7月	第３回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するWG（計2回）開催
令和4年8月	**がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針を改定**
令和5年2月-3月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会（計2回）開催
令和5年3月	**第４期がん対策推進基本計画閣議決定**
令和5年4月	新たな整備指針に基づき、**がんゲノム医療中核拠点病院（１３施設）**、**がんゲノム医療拠点病院（３２施設）を改選**
令和5年11月-令和7年6月	がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するWG（計2回）開催（エキスパートパネル実施要件）
令和6年2月-令和7年7月	エキスパートパネル実施要件を改定（計３回）（造血器腫瘍及び類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネルへの対応等）

現行のがんゲノム医療提供体制

- がんゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築することを目指して、がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を進めている。
- がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院は、がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院により指定される。

厚生労働省

ゲノム医療提供体制の構築に係る検討を行う
- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するＷＧ
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会

連携・協力　二次利活用

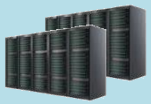
企業・アカデミア



ゲノム情報と臨床情報を用いた創薬等に向けた研究開発の推進

協働で設置

がんゲノム情報管理センター（C-CAT）



ゲノム情報と臨床情報の収集・管理・利活用の支援

技術的支援
C-CAT調査結果等の提供

データの登録

がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議
- がんゲノム情報管理センターとがんゲノム医療中核拠点病院が協働で設置する。
- がんゲノム医療推進のため、連携体制やゲノム医療の充実のための課題について協議する。

がんゲノム医療中核拠点病院



- エキスパートパネルの実施
- 治験・臨床試験、研究の推進
- ゲノム医療に関わる人材の育成
- がんゲノム医療連携病院等の支援

人材育成、治験・先進医療等における連携

がんゲノム医療拠点病院

- エキスパートパネルの実施
- がんゲノム医療連携病院等の支援



がんゲノム医療連携病院

エキスパートパネル実施可能がんゲノム医療連携病院





- がんゲノム医療連携病院の指定を受けた病院から中核拠点病院又は拠点病院が選定
- 自施設の症例に限ってエキスパートパネルを実施することが可能
- 自施設で判断に迷う場合は、連携する中核拠点病院又は拠点病院にエキスパートパネルを依頼





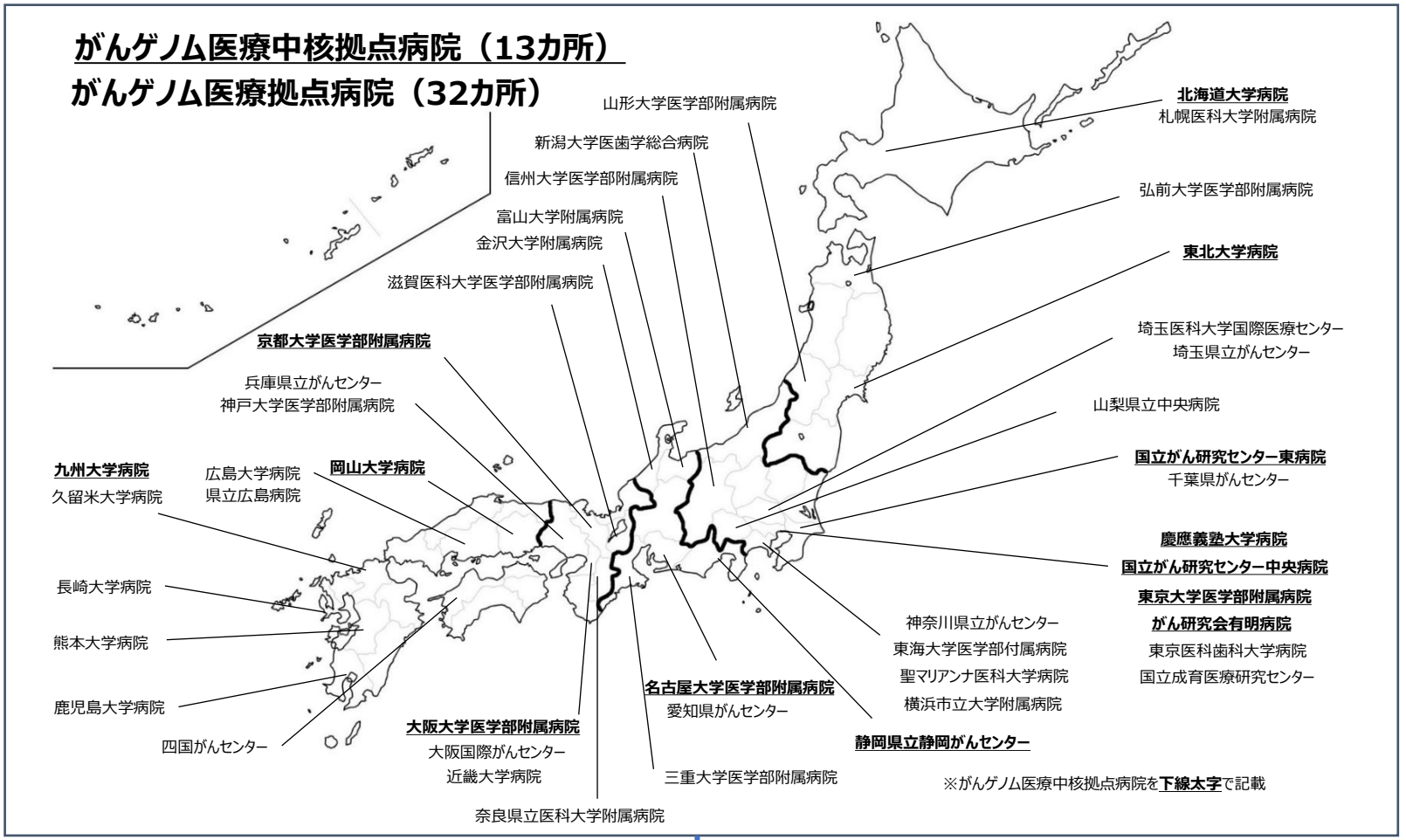
- 中核拠点病院又は拠点病院が指定
- エキスパートパネルは中核拠点病院又は拠点病院に依頼して実施

※　遺伝カウンセリングの体制整備、がんゲノム情報の適切な収集・管理・登録体制は全てのがんゲノム医療中核拠点病院等に求めている。

がんゲノム医療中核拠点病院等

令和８年３月１日時点

がんゲノム医療を受けることのできる医療提供体制は全ての都道府県に整備されている。



がんゲノム医療連携病院（２５０カ所）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_byoin.html

遺伝子検査及び分子標的薬等の発展とがんゲノム医療体制の整備

遺伝子検査の発展と共に分子標的薬等の開発数は増加し、治療成績が向上してきた中、がんゲノム医療の体制整備を進めてきた。

例：Ⅳ期非小細胞肺癌治療の進歩

生存期間中央値	9か月（1995~1999）	11か月（2000~2004）	13.7か月（2005~2009）	17.9か月（2010~2014）	24か月超（2015~2017）

Takano N,et al.,Lung Cancer.2019;131:69-77

主な分子標的薬等の国内承認

細胞障害性抗がん剤
・シスプラチン
・ゲムシタビン 等

2002年 ゲフィチニブ
2007年 エルロチニブ
2012年 クリゾチニブ
2013年 アファチニブ
2014年 アレクチニブ
2015年 ニボルマブ
2016年 オシメルチニブ
2016年 セリチニブ
2016年 ペムブロリズマブ
2018年 ロルラチニブ
2019年 ダコミチニブ
2020年 テポチニブ
2020年 エヌトレクチニブ
2021年 ブリグチニブ
2021年 セルペルカチニブ
2022年 ソトラシブ

単一遺伝子検査薬の国内承認

2012年 Vysis ALK Break Apart FISH プローブキット
2014年 ヒストファイン ALK iAEP キット
2016年 コバスEGFR変異検出キット V2.0
2017年 ベンタナ Opti View ALK D5F3
2017年 OncoGuide AmoyDx ROS1 融合遺伝子検出キット
2016年 PD-L1 IHC 22 C3 PharmDx「ダコ」

遺伝子パネル検査の国内承認

2018年 OncoGuide NCC
2018年 FoundationOne CDx
2021年 FoundationOne Liquid
2022年 Guardant360 CDx
2022年 GenMineTOP

がんゲノム医療体制の整備

「コンパニオン診断薬等及び関連する医薬品の承認申請に係る留意事項について」発出　2013年

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」発出　2017年

「がんゲノム情報管理センター（C-CAT）」設置　2018年

がん遺伝子パネル検査が国内初の保険適用　2019年

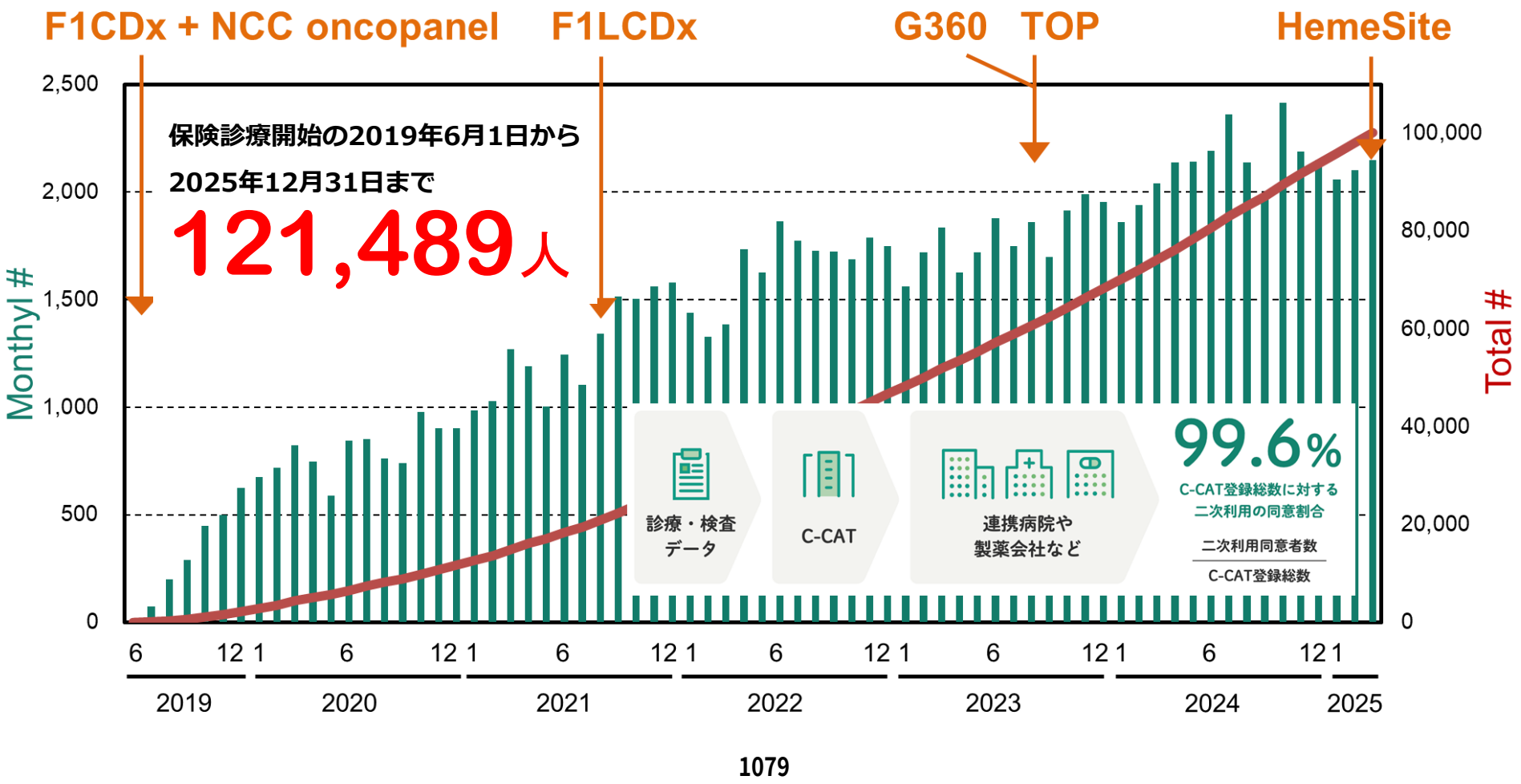
遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養開始　2019年

1078

がん遺伝子パネル検査実績

令和８年１月１日時点

がんゲノム医療を受けることのできる医療提供体制の整備、利用可能ながん遺伝子パネル検査の開発及びそれらを取り扱う医療従事者の尽力により、検査実績は12万例を超えた。また、令和７年３月に造血器腫瘍及びその類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査（以下、造血器腫瘍遺伝子パネル検査）が保険適用となった。



C-CAT提供資料

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がんゲノム医療の運用面での取組について

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

第４期がん対策推進基本計画におけるがんゲノム関連記載

全体目標における記載（２．患者本位で持続可能ながん医療の提供）

出典：第４期がん対策推進基本計画

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、 患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、 全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

①医療提供体制の均てん化・集約化について（抜粋）

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、 院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

②がんゲノム医療について（抜粋）

（現状・課題）

がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。 令和５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計243施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。 また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、平成30（2018）年６月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始した。 令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、保険診療下でがん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和５（2023）年１月までに、およそ４万８千例となった。

（取り組むべき施策）

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め検討する。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2024年改訂版における記載（抜粋）

- 「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2024年改訂版」（令和６年６月21日閣議決定）において、がん遺伝子パネル検査について以下の通り記載されている。

Ⅴ．投資の推進
５．健康・医療

（１）成長の加速化

③テクノロジーを活用した予防・健康づくり等

ⅱ）予防・健康づくりへのプログラムの推進

高齢者の介護予防や生活支援等で、継続的に健康づくりに参加する意欲を高めるため、アプリ等も活用し、民間活力や地域資源を活かした魅力的で効果的なプログラムを実施する。自治体の取組に対しては、継続参加率等の取組の成果に応じて、財政支援のメリハリ付けを行う等のインセンティブを付与することで、プログラムの魅力向上に向けた創意工夫を促進する。

（２）国民の安心・経営の持続可能性（サステナビリティ）の確保のための質の見える化と選択肢の拡大

①予防・健康づくり領域に係るサービスの質の見える化・向上

国民が安心して予防・健康づくりサービスを選択しやすくなるよう、また品質が向上し健全なマーケット形成に資するよう、「質の見える化」を推進し、学会や民間団体等による、グローバルスタンダードとなっている手法等を踏まえたエビデンスの整理や、サービスの質についての第三者による客観的な認証の枠組みづくりを促進する。

また、こうした枠組みの下、質が確保されたサービスについて保険者等による積極的な活用を推進する。

③保険外併用療養費制度の運用改善による迅速なアクセス

有効性評価が十分でない最先端医療等（再生医療等製品、がん遺伝子パネル検査等）について、国民皆保険の堅持とイノベーションの推進を両立させつつ、希望する患者が保険診療の対象となるまで待つことなく利用できるよう、保険診療と保険外診療の併用を認める保険外併用療養費制度の対象範囲を拡大する。あわせて、患者の負担軽減・円滑なアクセスの観点から、民間保険の活用も考慮する。

あわせて、バイオシミラー等代替の医薬品が存在し、保険診療で選択可能な医薬品等についても、国民皆保険を堅持しつつ、患者の希望に応じて利用できるよう、検討を行う。

1082

第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループからの報告

今後のがんゲノム医療の方向性について

- 遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。実際に、遺伝子変異に着目した薬事承認薬の数が増え、またがん遺伝子パネル検査の薬事審査の過程を経て、検査の分析性能が担保された遺伝子変異の項目数も増えてきている。これらについては、エキスパートパネルでの検討を経ずとも、質の高いがんゲノム医療を提供することが可能となりつつある。
- **がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられているがん診療連携拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう**、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

具体的な方針について

（固形がんのエキスパートパネル標準化の検討事項について（エキスパートパネル省略可能な症例の考え方について））

- 主治医の判断のもとエキスパートパネルを実施すべきかどうかについて、判断可能な症例の考え方を明確化して、今後の見直しに向けて検討を進める。
- 関連学会の見解を受け、薬事承認により品質が担保された検査を用いて有効性が認められている薬剤へ到達する範囲または到達可能な薬剤がないことが明らかな場合においては、「薬剤アクセス」及び「二次的所見の有無」の観点を考慮し、「主治医判断でエキスパートパネル省略可能な症例」とする考え方を整理する。
- 患者がアクセス可能な臨床試験の情報等、がんゲノム情報管理センター調査結果に掲載するエキスパートパネルの議論に有用な情報についてがんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議のサブWGを中心に議論・検討し、調査結果の改訂を進める。

（エキスパートパネル開催に関する考え方について）

- エキスパートパネルは、持ち回り協議にて構成員の意見の一致ができる場合には、リアルタイム開催を必ずしも必要としない運用となるよう、課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」等の一部改正で明確化する。

（エキスパートパネルの構成員の要件について）

- 固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員については、関連学会の示す運用について、課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」の一部改正で明確化する。
- 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員についても、同様に関連学会の意見を参考にしつつ、今後課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」の一部改正で明確化する。

（がん遺伝子パネル検査を行える施設について）

- 令和8年度に改定を予定している「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件について、今後本ワーキンググループにて議論する際は、関連学会や医療機関等の意見も参考にしながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築を前提としつつ、指定要件を検討する。

（臨床情報収集項目の見直しに関する考え方）

- 関連学会の意見や二次利用者の活用実績等を参考にしながら、がんゲノム医療中核拠点病院連絡会議等において臨床情報収集項目の見直しを検討、実施する。

1083

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

- がんゲノムプロファイリング検査について、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合等においては、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合であっても、がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料が算定できるよう、要件を見直す。

現行

【がんゲノムプロファイリング検査】
［施設基準］
当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

【がんゲノムプロファイリング評価提供料】
［算定要件］
（新設）

改定後

【がんゲノムプロファイリング検査】
［施設基準］
当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**「Ｂ０１１－５」がんゲノムプロファイリング評価提供料における留意事項の（１）に基づいてエキスパートパネルを省略する場合又は**患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。
【がんゲノムプロファイリング評価提供料】
［算定要件］（概要・抜粋）
以下のア、イ及びウを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。
ア 「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合
イ Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合
ウ 以下のいずれかを満たす場合
① 検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合（検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。）
② Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合

1084

（参考）令和８年６月からの改訂を予定しているC-CAT調査結果のイメージ

○　C-CATより医療機関に提供される調査結果の改訂のイメージは以下のとおり。
○　当該調査結果およびがん遺伝子パネル検査結果に基づいて、主治医において、EPの省略の可否の判断を行うことが可能となる。

例：非小細胞肺癌患者に対してがん遺伝子パネル検査を行った場合（いずれも二次的所見疑いなし）

省略可能/不可

１）国内承認薬（コンパニオン診断薬）に到達可能な場合の調査結果の例

検査結果サマリー（患者ID:01）

薬剤到達性	薬剤名	CDx	マーカー
国内承認	Osimertinib	**適合**	EGFR L858R
国内承認	Afatinib	**適合**	EGFR L858R
国内承認	Erlotinib	**適合**	EGFR L858R
国内承認	Dacomitinib	**適合**	EGFR L858R

→ 省略可能

検査に用いた医療機器等がコンパニオン診断としての性能を有しており、当該遺伝子変異に対応する国内承認薬が存在する等、がん遺伝子パネル検査に基づく治療の存在が明らか

２）国内承認薬がないものの、国内の治験等にアクセス可能な場合の調査結果の例

検査結果サマリー（患者ID:02）

薬剤到達性	臨床試験名	マーカー
臨床試験	AMG 193 + docetaxel	CDKN2A Loss

→ 省略不可

３）国内承認薬やアクセス可能な治験等がない場合の調査結果の例

検査結果サマリー（患者ID:03）

薬剤到達性	マーカー
該当なし	該当なし

→ 省略可能

使用可能な国内承認薬やアクセス可能な治験等がなく、がん遺伝子パネル検査に基づく治療の不存在が明らか

1085

出典：C-CAT提供資料を元に健康・生活衛生局がん・疾病対策課で作成

保険診療における固形がん遺伝子パネル検査の実施時期について

- 保険診療における固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査の実施タイミングは、「標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者」とされている。

- 標準治療の終了が見込まれる者は、下記事務連絡の中で「医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者。」とされている。

D006-19 がんゲノムプロファイリング検査　留意事項通知（※１）　抜粋

標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。

令和元年８月26日付け保険局医療課事務連絡（※２）抜粋

問６　令和元年６月１日付けで保険適用されたFoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル及びOncoGuideTM NCCオンコパネルシステムについて、同年５月31日付け改正留意事項通知において、「本検査は、標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。」とあるが、

（中略）

（１）**標準治療の終了が見込まれる者**とはどのような者を指すのか。

（２）「本検査施行後」とはいつのことか。

（答）

（１）医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者。

（２）検査結果を患者に提供し、結果について説明した後のことを指す。

（※１）「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について　別添１」（令和６年３月５日付け保医発0305第４号厚生労働省保険局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知）

1086

（※２）「疑義解釈資料の送付について（その 16）」（令和元年８月26日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）

標準治療終了（見込みを含む）の臨床的解釈に関する見解

- がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議の下に設置された部会（ＷＧ）のうちの１つである診療WGにおいて、ゲノムプロファイル目的としてがん遺伝子パネル検査を実施する際の「標準治療終了(見込みを含む)」の臨床的解釈に関する見解が示されている。（令和７年３月14日HP掲載）

標準治療終了（見込みを含む）の臨床的解釈に関する見解（抜粋）

（前略）

臨床の現場では、「標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）」および「当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い患者」の解釈が、適切なタイミングで適切な薬剤を患者さんに届けるために、がん遺伝子パネル検査を実施する上で非常に重要である。令和元年 8 月 26 日に厚生労働省保険局医療課から発出されたがん遺伝子パネル検査に関する疑義解釈(疑義解釈資料の送付について、その 16）)では、「標準治療の終了が見込まれる者とはどのような者をさすのか」の疑義に関して、「医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者」とされている。本見解書では、この「医学的判断」に関して、臨床で実際に患者さんに治療を行う専門家の立場からその解釈を示す。

（中略）

がん医療に関わる臨床医は、「緩和的がん薬物治療」の適応となった時点で基本的に根治が期待できないため、いずれ「標準治療の終了が見込まれる患者」であると考えるのが一般的である。実際に、一次治療から二次治療に移行できる患者の割合は、表１に示すように多くのがん種で50%以下の場合が多く、三次治療への移行割合は、さらに悪化し 10～30%程度になることが報告されている（文献１～８）。

臨床の現場では、病勢の悪化や抗がん薬による有害事象により二次治療、三次治療にたどり着かない患者を比較的高頻度に経験するが、どの患者が二次治療、三次治療に到達可能かどうかを予見することは困難である。したがって、主治医（担当医）が、標準治療終了(見込まれる場合も含む)のタイミングを適切に判断し二次治療以降につなげることが、適切ながん薬物療法を提供するためには重要である。そのためには、一次治療中に、治療効果や全身状態、そしてがんの進展状態などを考慮し、標準治療が終了(見込まれる場合も含む)するタイミングを適切に見極めた上で、速やかにがん遺伝子パネル検査を実施し、プロファイル検査に基づく治療が実施可能か、また治験などの臨床試験に参加できるかどうかをエキスパートパネル（専門家会議）で検討することが肝要である。国内外の多くのガイドラインでも、できるだけ早い段階でがんゲノムプロファングを実施し治療薬を選択することが推奨されている。

（中略）

以上より、がん遺伝子パネル検査によるプロファイル検査に基づき、効果の期待できる抗がん薬をより多くの患者に届けるとともにわが国における新薬承認を加速し治療薬を増やすためには、局所進行や遠隔転移により切除不能とされる進行固形がんと診断された場合、主治医（担当医）が、一次治療開始後の適切なタイミングで「標準治療終了（見込まれる場合も含む）」を臨床的に判断し、がん遺伝子パネル検査によるゲノムプロファイリング検査を実施する必要がある。

がんゲノム医療中核拠点病院WG | 国立がん研究センター がんゲノム情報管理センター　より抜粋

※ がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議は、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知）の規定に基づき、厚生労働大臣が指定したがんゲノム医療中核拠点病院と、国立がん研究センターがんゲノム情報管理センターが協働して、がんゲノム医療に関する診療、研究・治験の実施、新薬等の研究開発、がんゲノム情報レポジトリーの構築等の取組の推進に向けて相互に連携を図り、がんゲノム医療の健全な発展と円滑な運営に資することを目的とする。

現在実施可能な標準治療終了前パネル検査を利用した先進医療Aについて

- 令和７年10月３日に開催された第147回先進医療会議で審議された本先進医療Aの概要は以下のとおり。
- 令和８年１月１日の告示後、全国のがんゲノム医療中核拠点病院等（令和８年３月１日現在計295施設）のうち、厚生局へ届出を行い受理された施設で実施可能となっている。

先進医療の概要

- 先進医療技術名：標準治療終了前におけるがんゲノムプロファイリング検査
- 適応症：進行再発固形がん
- 試験名：進行または再発した固形がん患者に対して標準治療終了前に実施するCGP検査の臨床的有用性を評価する前向き研究
- 試験デザイン：単群前向き研究
- 期間：５年６ヶ月
- 主要評価項目：本試験で実施したCGP検査結果で検出された治療標的となる遺伝子異常（＝actionableな遺伝子異常）に対応する分子標的治療を受ける患者の割合（コンパニオン診断を含む）
- 副次評価項目：

（１）本試験で実施したCGP検査結果で検出された、

-actionableな遺伝子異常に対応する分子標的治療が推奨された患者の割合（コンパニオン診断を含む）

-actionableな遺伝子異常に対応する分子標的治療を行う治験への登録割合

-診断に有用な遺伝子異常が検出された患者の割合

（２）全生存期間

実施医療機関の要件

厚生労働大臣が指定するがんゲノム医療中核拠点病院・拠点病院・連携病院のいずれかであること等。

出典：001573497.pdf

第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和８年３月13日
資料２

質を確保したがんゲノム医療提供体制の拡大に関して

日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
3学会合同ゲノム医療推進タスクフォース/ワーキンググループ座長

武藤　学

日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
次世代シークエンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づく固形がん診療に関するブリーフィングレポート
（令和7年6月11日発出, 12月9日改訂）

1. がん遺伝子パネル検査に搭載されているコンパニオン診断(CDx)とプロファイル検査をわけずにひとつの検査として適切に使用できるようにすべきである
2. がん遺伝子パネル検査の実施タイミングを標準治療終了後（終了見込みを含む）に制限せず、薬剤への到達率を高められるようにすべきである
3. がん遺伝子パネル検査をCDxとして使用する必要のあるがん種について、そのがん種と検査の選択肢をわかりやすくすべきである
4. 薬事承認・保険適用されているCDx対象のバリアントにもエキスパートパネルが要求されるため、医療者の負担軽減と患者への結果返却が速やかに実施できるように改善が必要である
5. 全ての症例についてエキスパートパネルを実施することが求められているが、エキスパートパネルのリテラシーが向上されたことを考慮してエキスパートパネルを省略できる条件を検討すべきである
6. エキスパートパネル構成員に関する要件を緩和し、診療現場の状況に即した柔軟な対応ができるようにすべきである
7. **がん遺伝子パネル検査を実施できる医療機関を拡大し、がん遺伝子パネル検査にしか搭載されていないCDxを広く活用して革新的な治療薬を患者に届ける必要がある**
8. 専門家が判断したがん遺伝子パネル検査に基づく推奨薬を投与可能にする枠組みを作る必要がある
9. C-CATへのデータ登録が臨床現場で利活用できるようにC-CAT調査結果を改訂する必要がある
10. **適切な情報共有を可能とするがん臨床ゲノムデータベースの最適化が必要である**
11. 診療上の特性を考慮し、入院中患者でも検査を申し込めるようDPC対象外にすべきである
12. ドラッグ・ロス、ドラッグ・ラグを解決できるような検査実施体制にすべきである

がん遺伝子パネル検査が実施できる医療機関を拡大するための考え方（案）
Up date

第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和７年６月16日 再掲
資料２

■ 遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。以前は、単一もしくは複数の遺伝子変異を調べるだけで十分であったものの、多数の遺伝子変異を同時に調べることのできるがん遺伝子パネル検査のニーズが高まってきている。

■ 現在、我が国でがん遺伝子パネル検査が実施できる医療機関は、2026年3月１日現在、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、がんゲノム連携病院合わせて295施設である。しかし、これはがん診療連携拠点病院等463施設の63.7%にしかすぎない。

■ そのため、がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられているがん診療連携拠点病院等（もしくは小児がん拠点病院、又は小児がん連携病院１－A）において、がんゲノム医療は実施できるようにすることが望ましい。

■ 実施医療機関拡大における課題は、１)遺伝カウンセリングを自施設で実施する体制、２）C-CATへのデータ登録、3）エキスパートパネルの実施、などが挙げられる。

解決案

がんゲノム医療連携病院の要件の解釈を以下のようにする

１）遺伝カウンセリングを自施設で実施する体制から連携して実施できる体制も許容する

がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院と連携体制をとっていることから、自施設に遺伝カウンセリング提供体制がなくとも、連携するがんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院の体制があることから、患者の不利益には繋がらない。したがって、がんゲノム医療連携病院の要件として「遺伝カウンセリングに関して、がん遺伝子パネル検査の出検施設で実施しなくても連携する中核拠点病院もしくは拠点病院と連携して実施できる体制が構築できていればよい」とすることを検討してはどうか。

２）C-CATへのデータ登録の最適化と効率化をすすめる

ゲノム医療実施施設の要件に合わせて現実的に対応可能な内容となるよう入力項目の必要度に差をつけることなども検討する必要がある（後述）。

３）エキスパートパネル実施の質を担保しつつ運用しやすいようにする

エキスパートパネルを省略できる条件を明確にし、主治医（または担当医）で判断できるようにする

C-CAT入力項目の見直しに関する考え方（案）

- C-CATへのデータ登録において、ゲノムデータは検査会社から直接登録されることが多いため医療機関側の負担は少ない。一方、臨床情報の登録は、項目が多いことと追跡調査が必要なことが課題である。

- 登録される各臨床情報が、がんゲノム医療の質の確保や向上、そして大学などの研究機関や製薬会社などの企業で行われる研究開発のための基盤として利活用されるためには、そのデータの入力率と質を担保することが重要であるが、入力側の負担も検討する必要がある。

解決案

特に、がんゲノム医療実施医療機関においては、通常診療でも診療業務で多忙を極めている上に、治療につなげるための治験や臨床研究への参加でさえ負担となっている状況もあり、C-CATへのデータ入力が負担となり適切なデータ入力が困難であることも懸念される。

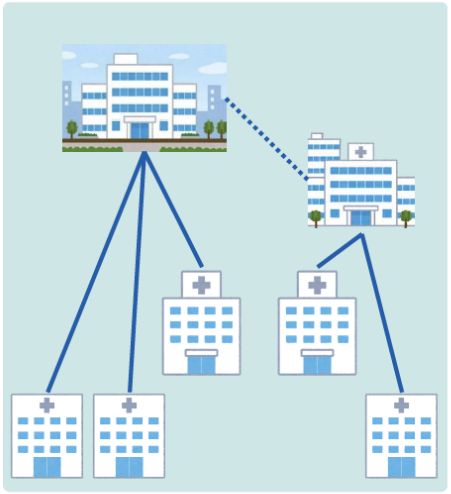
利活用に資するデータを担保するためには、必須入力項目を精査し、最適化することの整理をしたうえで必要度に関して、ゲノム医療実施施設の要件に合わせて現実的に対応可能な内容となるよう入力項目の必要度に差をつけることなども検討する必要がある。

また、がんゲノム医療非実施機関から実施機関への「がん遺伝子パネル検査のみのための紹介」が双方の医療機関にとっての負担となっている。がん遺伝子パネル検査実施医療機関が拡充され、「がん遺伝子パネル検査のみのための紹介」が減ることは、結果的に一施設あたりのC-CATへの臨床情報入力の負担を軽減し、C-CATデータ登録を持続可能な形に最適化していくうえでも有用といえる。

がんゲノム医療実施施設の現状（令和8年3月1日現在）

今後のがんゲノム医療中核拠点病院等の全体像（案）

✓ 国が中核拠点病院及び拠点病院を指定し、中核拠点病院又は拠点病院が連携病院を指定する。
✓ 中核拠点病院又は拠点病院が、連携病院の中からエキスパートパネル（ＥＰ）実施可能な連携病院を選定する。



	患者説明（検査）	検体準備	シークエンス実施	エキスパートパネル	レポート作成	患者説明（結果）	治療	先進医療・治験 研究開発	人材育成	
がんゲノム医療中核拠点病院	必須		外注可	必須		必須		必須		13施設
がんゲノム医療拠点病院	必須		外注可	必須		必須		中核拠点と協力して実施		32施設
ＥＰ実施可能	必須		外注可	自施設で実施可（※）		必須		連携		39施設
がんゲノム医療連携病院	必須		外注可	中核拠点・拠点に依頼		必須		連携		211施設

令和8年3月1日現在

がんゲノム医療実施施設
合計295施設

がん拠点463施設の63.7%のみ

※自施設でがん遺伝子パネル検査を実施した症例に限って自施設でエキスパートパネルを実施することが可能。
なお、自施設で判断に迷う場合は、連携する中核拠点病院又は拠点病院にエキスパートパネルを依頼する。

資料）令和6年1月15日　第15回がん診療提供体制のあり方に関する 検討会資料
令和6年2月27日 厚生労働省健康・生活衛生局長 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針の一部改正について」

質を確保したがんゲノム医療実施施設の拡大を目指すための課題整理と解決策

課題	影響	解決策
がんゲノム医療提供医療機関が、がん診療連携拠点病院等の63.7%（295/493）にとどまる	標準治療を提供することが求められるがん診療連携拠点病院等において、最新かつ最適な医療が提供できない施設が存在する	・負担軽減と質の担保のバランスを考慮したがんゲノム医療提供体制を整備する ・指定要件の合理化とC-CAT入力の最適化を図る
がんゲノム医療提供医療機関ががん診療連携拠点病院等に限定されている	がん医療に貢献している病院においても、地域性や一部の要件を満たさない理由等でがん診療連携拠点病院等に指定されない場合は、がんゲノム医療連携病院に申請できないため、がんゲノム医療自体が提供できない	非がん診療連携拠点病院でも質の高いゲノム医療が確保できることを条件（急変時対応等）に、がん診療実績に応じて、がんゲノム医療連携病院の指定が可能とするよう、指定要件の見直しを行う
がんゲノム医療拠点病院が32施設に限定され、全都道府県をカバーしていない	・がんゲノム医療拠点病院が存在しないことにより、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化」を踏まえた都道府県内のがんゲノム医療提供体制の検討に影響が生じている。	・都道府県単位でのがんゲノム医療提供体制を強化する必要がある ・持続可能ながんゲノム医療提供のための人材育成ができる体制を構築する
がんゲノム医療中核拠点病院が国のがんゲノム医療を牽引できるよう、環境を整える必要がある	・エキスパートパネルの負担が依然としてある ・人材育成をする施設が限定される ・治験などの医療開発を行う施設が限定される	・都道府県単位でのがんゲノム医療提供体制を強化する必要がある ・ゲノム医療に関わるプロフェッショナル人材の育成 ・より効率的に治験などの医療開発ができる体制を構築し、ドラッグラグ・ドラッグロス解消に協力する

第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料３
令和８年３月13日	

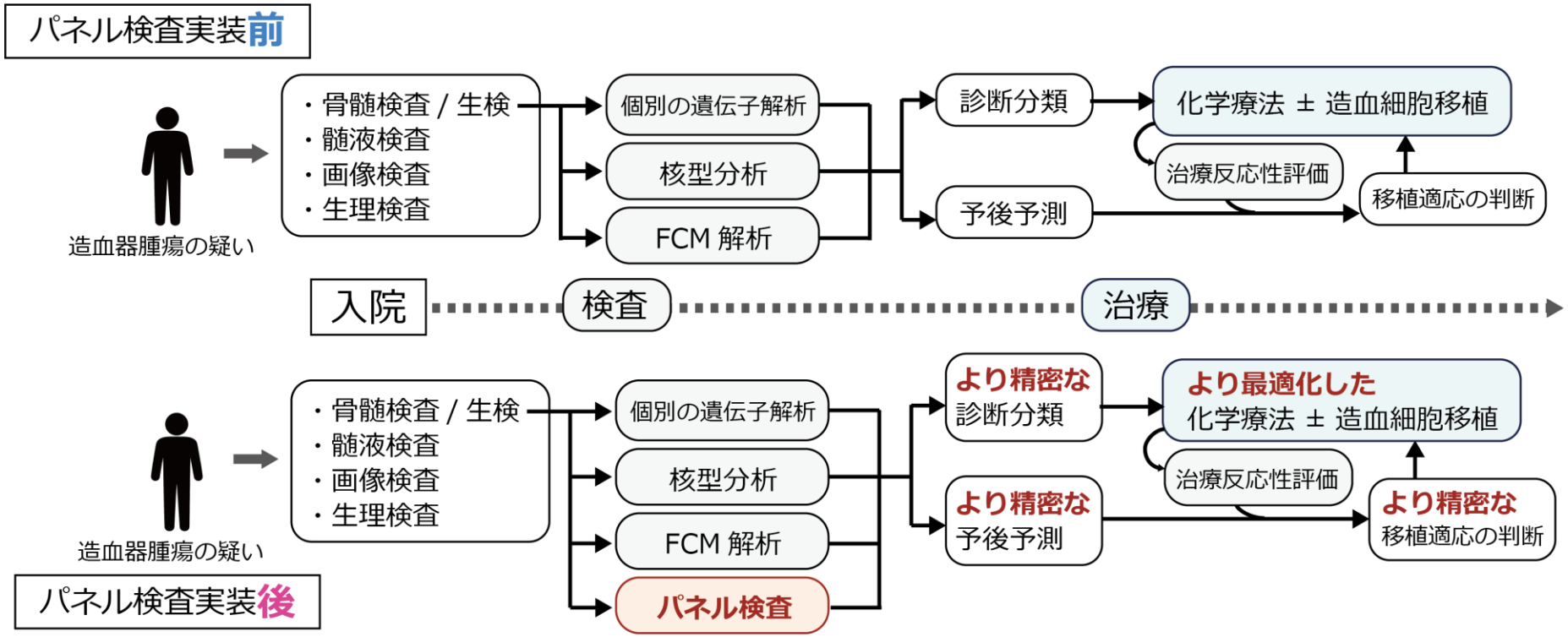
質を確保した造血器腫瘍におけるゲノム医療提供体制の拡大に関して

坂田　麻実子[1,2]

[1]日本血液学会ゲノム医療委員会

[2]国立大学法人筑波大学

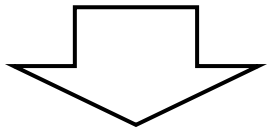
造血器腫瘍パネル検査を用いた標準的診断のあり方



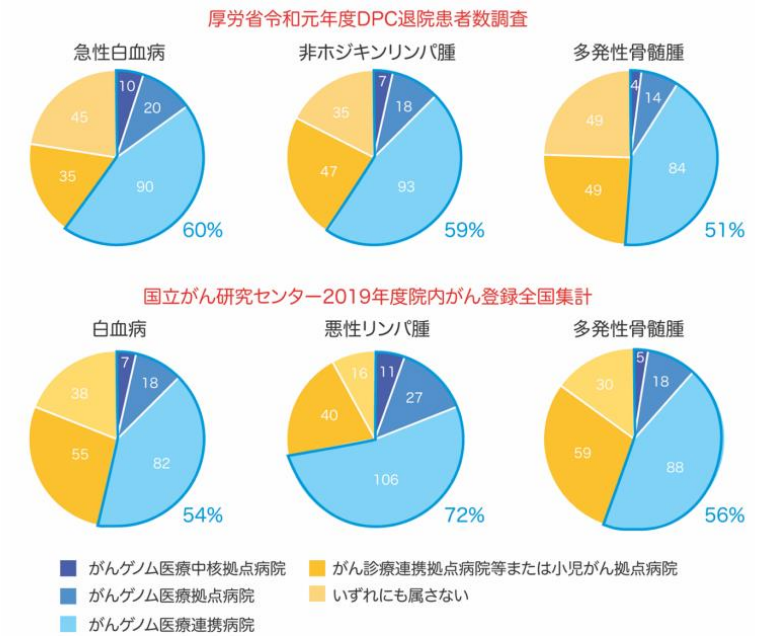
- 診断時から速やかにパネル検査を実施することで、詳細なゲノム情報に基づく精密な治療選択が可能になっている。
  - 令和7年3月の実装後、＞200件/月が出検されている

造血器腫瘍パネル検査を用いた標準的診断の課題

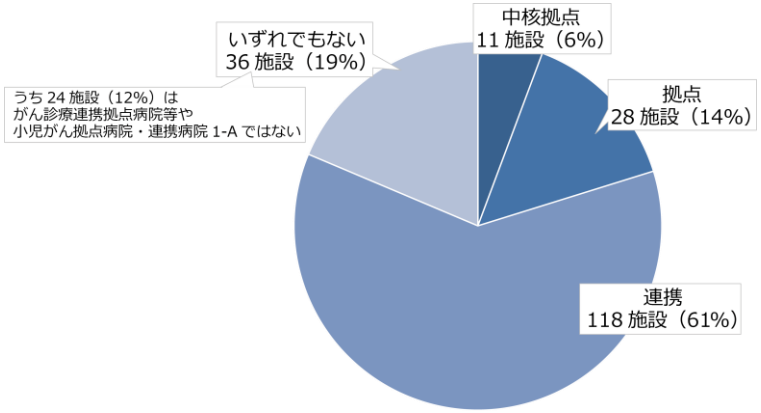
- 「造血器腫瘍の診療分布」と「がんゲノム医療提供体制」が必ずしも一致していない
  - 例：日本造血・免疫細胞療法学会の移植認定
  - 施設のうち19%ががんゲノム医療提供体制に加われていない
- 造血器腫瘍パネル検査の主な対象である急性白血病では、緊急での入院と治療開始の必要があり、入院治療を主に担当している病院での検査が支障なく行える態勢が必要である



- 診療施設側のゲノム医療体制整備にむけた努力にくわえて、**<u>造血器腫瘍臨床診療の現状に沿ったゲノム医療提供体系の構築が望ましい</u>**



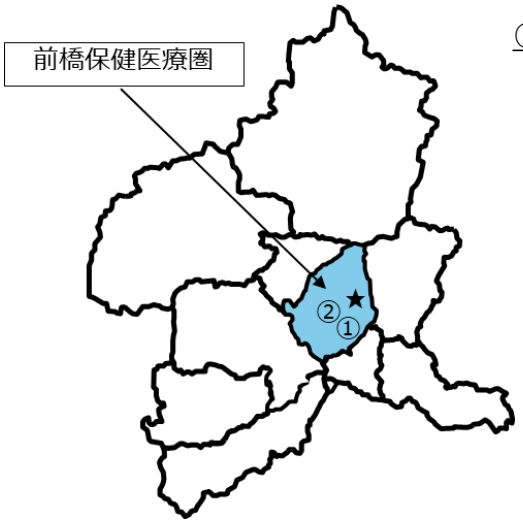
厚労科研赤司班（R5年3月一部改訂）
「造血器腫瘍における遺伝子パネル検査体制のあり方とその使用指針」より抜粋



日本造血・免疫細胞療法学会移植認定施設（N=193）のがんゲノム医療提供体制への参画状況

造血器腫瘍診療体制とがんゲノム医療提供体制の不一致例

- 群馬県済生会前橋病院
  - 同院における造血器腫瘍に対する診療実績は同じがん医療圏（前橋保険医療圏）の地域がん診療連携拠点病院の前橋赤十字病院にやや劣るが、初回治療から同種造血幹細胞移植を検討する急性白血病を中心とした治療実績がある。



○　前橋保健医療圏に位置する主な医療機関

出典：2023年院内がん登録

	病院名	国指定類型	年間固形・血液がん 初回治療開始数
★	群馬大学医学部附属病院	都道府県がん診療連携拠点病院	（固形）2,585（血液）155
①	前橋赤十字病院	地域がん診療連携拠点病院	（固形）1,246（血液）155
②	**済生会前橋病院**	指定なし(放射線治療装置がない)	（固形）546（血液）102

- 前橋赤十字病院では同種造血幹細胞移植を行っておらず、令和５年度に群馬県内で実施された同種造血幹細胞移植28件のうち、７件が群馬大学医学部附属病院、21件が済生会前橋病院で行われた。

（病院HPおよび日本造血細胞移植データセンター全国調査報告書より引用）

- 前橋保健医療圏では、リンパ腫・骨髄腫は主に前橋赤十字病院で、急性白血病は主に済生会前橋病院で診療されている（移植適応のある急性白血病は、診断もしくは疑いの時点で原則として全例が済生会前橋病院に紹介されている）。
- 済生会前橋病院には、前橋保健医療圏のみならず群馬県全域と埼玉県北部・栃木県南部エリアからも紹介されている。
- 済生会前橋病院で診断された急性白血病の患者を、検査を受けるためだけに近隣の大学病院に転院させる、あるいは検査を受けずに寛解導入療法を自院で開始している実態がある。

質を確保した造血器腫瘍におけるゲノム医療提供に向けた提案

＜造血器腫瘍の診療体制として＞

- 同種造血幹細胞移植を実施する病院

＜その他求められる要件＞

・急変時対応可能な病院である
・医療安全を確保する体制を有すること
・他病院と連係しての遺伝カウンセリング体制確保
・がんの相談支援が可能な窓口があること
・診療実績を公開していること
・院内がん登録の取組を実施していること

上記の要件を満たす施設について、ゲノム医療提供体制を整備することが望ましい。

第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料４
令和８年３月13日	

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

今後のがんゲノム医療中核拠点病院等の指定の考え方について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

造血器腫瘍におけるがんゲノム医療提供体制の現状・課題

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

造血器腫瘍遺伝子パネル検査を用いた血液がん診療フローの変化（イメージ）

造血器腫瘍遺伝子パネル検査の保険収載により、診断時のがん遺伝子パネル検査の実施が標準治療となっている。

従来（造血器パネル検査導入前）

造血器腫瘍疑い

- 身体所見
- 臨床症状
- 血液検査
- 画像診断



病理組織検査（骨髄検査/リンパ節生検）
確定診断のために実施

主な病理組織検査



- ◆形態学的検査
- ◆表面マーカー検査
- ◆染色体/遺伝子検査

造血器腫瘍の遺伝子変異

染色体/遺伝子検査

診断と治療方針決定

診断

- ◆大まかな疾患分類

治療方針決定

- ◆精緻な予後予測とそれに伴う治療法選択に必要な遺伝子変異情報が不足



現在（造血器パネル検査導入後）

造血器腫瘍疑い

- 身体所見
- 臨床症状
- 血液検査
- 画像診断



病理組織検査（骨髄検査/リンパ節生検）
確定診断のために実施

主な病理組織検査



- ◆形態学的検査
- ◆表面マーカー検査
- ◆染色体/遺伝子検査
- ◆遺伝子パネル検査（リンパ腫は既存検査で鑑別困難な場合）

造血器腫瘍の遺伝子変異

染色体/遺伝子検査　遺伝子パネル検査

多数の遺伝子の変異、構造異常、融合



1102

診断と治療方針決定

診断

- ◆WHO分類等に基づく詳細な疾患分類（病型・亜型分類）

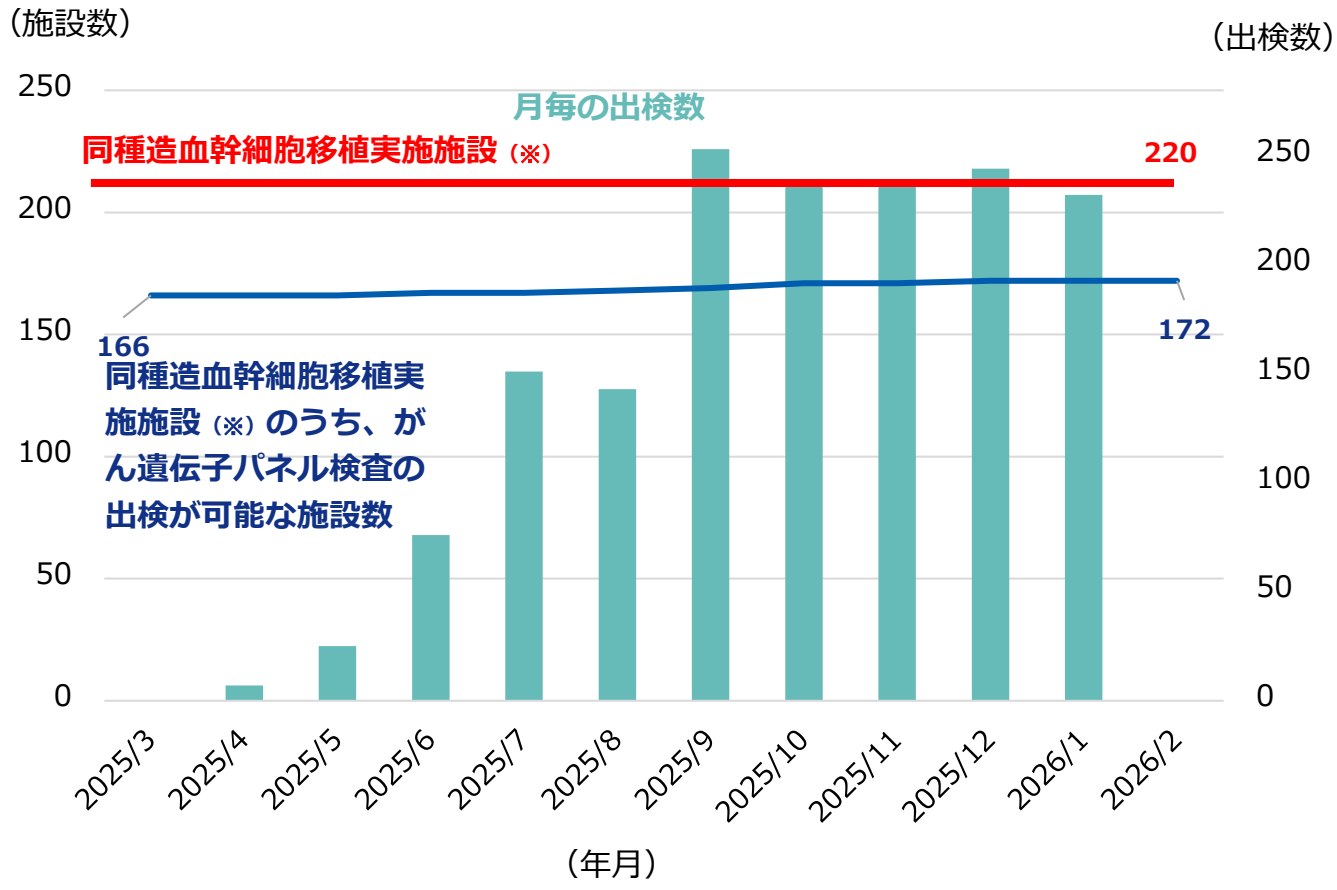
治療方針決定

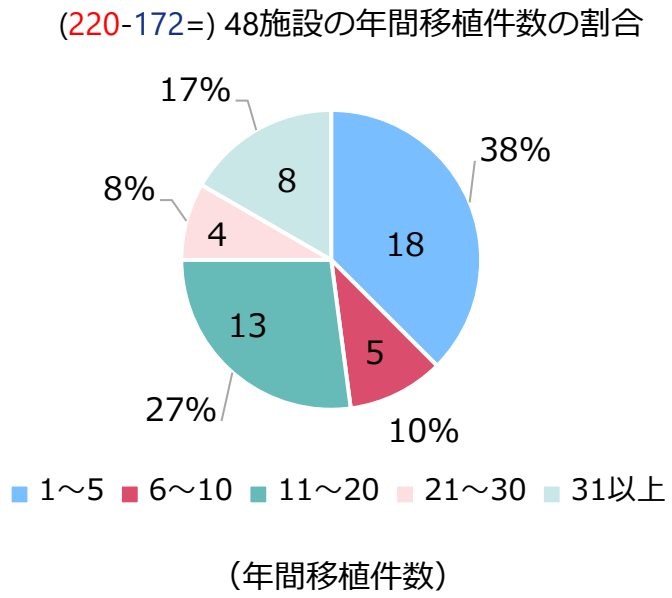
- ◆網羅的ゲノムプロファイリングに基づくより精緻な予後予測、治療法選択



造血器腫瘍遺伝子パネル検査の出検数及び出検可能施設の推移

令和７年３月に保険適用となった造血器腫瘍及び類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査は毎月200件以上の出検数で推移しているが、同種造血幹細胞移植実施施設数に対する当該検査の出検が可能な施設数の割合は、８割程度で推移している。





1103

(※)令和６年度日本造血細胞移植データセンター全国調査報告書を参照し、令和５年に実施した施設数を集計

出典：C-CAT提供データ等を参照し、がん・疾病対策課にて作成

造血器腫瘍におけるがんゲノム医療提供体制の現状・課題

- 造血器腫瘍におけるがんゲノム医療については、診療体制と必ずしも一致していないため、その提供体制の確保が課題である。

現状・課題

- 令和７年３月に造血器腫瘍及びその類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査が保険収載され、移植適応などの治療方針を決定するために診断時に遺伝子パネル検査を行うことが標準治療となっている。
- 同検査は毎月200件以上の出検数で推移しているが、同種造血幹細胞移植実施施設数に対する当該検査の出検が可能な施設数の割合は、８割程度で推移している。
- 造血器腫瘍の診療を行っている病院と、がんゲノム医療提供体制が必ずしも一致していない。
- 同検査の主な対象である急性白血病では、緊急での入院と治療開始の必要があり、入院治療を主に担当している病院での検査が支障なく行える態勢が必要である。
- 造血器腫瘍におけるゲノム医療を質を確保し提供するには、造血器腫瘍の診療体制に加えて、
  - ・がんの相談支援が可能な窓口があること
  - ・医療安全を確保する体制を有すること
  - ・診療実績を公開していること
  - ・院内がん登録の指針※に即し、院内がん登録の取組を実施していること

  等も要件として考慮することが必要である。

※ 院内がん登録の実施に係る指針（平成27年12月15日厚生労働省告示第470号）第一条の一
一　病院において、当該病院において診療が行われたがんの罹り患、診療、転帰等の状況を適確に把握し、治療の結果等を評価すること及び他の病院における評価と比較することにより、がん医療の質の向上が図られること。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん領域におけるドラッグラグ・ドラッグロスの現状・課題

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

第４期がん対策推進基本計画におけるドラッグラグ・ドラッグロスに関する記載

第４期がん対策推進基本計画において、希少がん・難治性がん・小児がんにおいては、「治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」とされ、ドラッグラグ・ドラッグロスへの対策が必要である。

希少がん及び難治性がん対策（抜粋）

（現状・課題）
（中略）
また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
（中略）
国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討 するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した 研究開発を推進する。また、関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る。

小児がん及びAYA世代のがん対策（抜粋）

（現状・課題）
（中略）
また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
（中略）
国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等 の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、 小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装 （抜粋）

（中略）
しかしながら、諸外国では承認されているものの国内において未承認の医薬品が増加しているなど、小児がんや希少がん領域に留まらない薬剤アクセスの改善が課題となっている。

第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬
検討会議（令和７年５月９日）資料２－１抜粋、一部改変

ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの実態

- **2016~2020年に欧米で承認された医薬品**のうち、**2023年3月時点で**日本では承認されていない医薬品（未承認薬）は143品目。
- そのうち、そもそも**開発未着手で、承認申請すらなされない医薬品が86品目（60.1%）**。

  ⇒ **ドラッグラグ・ロスの発生**
- 開発未着手の86品目は、**ベンチャー※１発の医薬品やオーファン、小児※２の割合が大きい。**

※１：日本に開発拠点を有さない企業が多く、日本の薬事制度等を把握していない可能性が高い。

※２：市場規模が小さい等の理由から、開発が進みづらい。

日欧米のドラッグラグ・ロスの状況

	承認済	未承認合計	未承認の内数（品目数） 開発中	**未着手**
米国	136	7	3	4
欧州	86	57	26	31
日本	0	143	57	**86**（品目）

1107

内訳

日本国内未着手の品目内訳

ベンチャー発	希少疾病用医薬品（オーファン）	小児用医薬品
56%	**47**%	**37**%
（48品目）	（40品目）	（32品目）

※ロス86品目のうち、ベンチャー、オーファン、小児のいずれでもない品目は14品目（16%）

第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬
検討会議（令和７年５月９日）資料２－１抜粋、一部改変

ドラッグロス解消に向けた対応

- 開発未着手の医薬品86品目について、**国が能動的に企業への開発要請等を行う枠組み**を構築。
- 具体には、
  - ① まず**国において、国内開発未着手の医薬品の情報整理**を行い、
  - ② **未承認薬・適応外薬検討会議において、それらの医薬品の医療上の必要性を判断**、
  - ③ それを踏まえ、**国から企業への開発要請や開発企業の公募**を行う。

※仮にこの開発要請に従わない場合には、薬価算定加算を付与しない等のディスインセンティブを設けて対応。

従来のルート

学会・患者会等からの未承認薬・適応外薬の要望

新規ルート

①国内開発未着手の医薬品について、国が情報を整理

※令和６年度厚生労働科学特別研究事業「ドラッグ・ロスの実態調査と解決手段の構築」において、医薬品のデータ整理、関連学会へニーズ調査、市場性調査、開発の優先順位付け等を実施

②医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（医療上の必要性を判断）

③企業に対して開発要請

③開発企業を公募

企業による治験の実施等

※国立がん研究センターが相談窓口となり、臨床研究中核拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等、小児がん拠点病院等が希少がん、小児がん等の領域の開発に協力

アカデミアの研究開発

薬事承認申請

抗悪性腫瘍剤のドラッグラグ・ドラッグロス品目（８品目）の対応状況

2023年3月時点で国内開発未着手だった86品目のうち、抗悪性腫瘍分野は8品目であった。領域別では希少疾病に5品目、小児に2品目が該当し、このうち「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で医療上の必要性が高いと判断された品目について、企業への開発要請等がなされている。

販売名 （一般名）	効能・効果	小児	希少疾病	企業への開発要請・公募状況	開発・承認状況
AYVAKIT （アバプリチニブ）	胃腸間質腫瘍（GIST） （PDGFRAのエクソン18に特定の変異を有する）	―	○	企業募集中 （現時点までに申出企業なし）	―
DANYELZA （ナキシタマブ）	神経芽細胞腫	○	○	開発要請済み （ノーベルファーマ）	第Ⅰ相試験実施中
QINLOCK （リプレチニブ）	進行性消化管間質腫瘍	―	○	開発要請予定	―
ASPARLAS （カラスパルガーゼペゴル ）	急性リンパ性白血病（ALL）	○	○	検討会議*1における評価のために 必要な情報を整理中	―
MARGENZA （マルゲツキシマブ）	HER2 乳がん	―	―	要請・公募はしない （第66回検討会議*1で医療上の必要性の基準に該当しないと判断）	―
TOOKAD （パデリポルフィン）	前立腺がん	―	―	要請・公募はしない （調査事業*2で開発の必要性が低いと判断）	―
LUMOXITI （モキセツモマブ パスドトクス）	有毛細胞白血病（HCL）	―	○	要請・公募はしない （調査事業*2で開発の必要性が低いと判断）	―
TRODELVY （サシツズマブ ゴビテカン）	トリプルネガティブ乳がん	―	―	調査事業*2時点で開発中 （ギリアド・サイエンシズ）	承認済み （令和6年9月）

＊1：医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議
＊2：令和6年度厚生労働科学特別研究事業「ドラッグ・ロスの実態調査と解決手段の構築」研究班

1109

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がんゲノム医療中核拠点病院等の見直しについて

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

がんゲノム医療中核拠点病院等の見直しに向けて

第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループで提示された論点

- 令和８年度に改定を予定している「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件について、今後本ワーキンググループにて議論する際は、関連学会や医療機関等の意見も参考にしながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築を前提としつつ、指定要件を検討する。

現状・課題

（2040年を見据えたがんゲノム医療提供体制）

- 昨年8月にとりまとめられた報告書において、がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要と明記されている。薬物療法は手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも質を確保しながら、一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどして、均てん化に取り組むことが望ましいとされており、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要があるとされている。
- 令和７年３月に造血器腫瘍及びその類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査が保険収載され、移植適応などの治療方針を決定するために診断時に遺伝子パネル検査を行うことが標準治療となっていることより、造血器腫瘍及びその類縁疾患については、その提供体制の確保が課題である。

（がんゲノム医療提供体制の整備状況）

- がんゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築することを目指して、がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を進めてきた。現在、がんゲノム医療中核拠点病院は13カ所、がんゲノム医療拠点病院は32カ所、がんゲノム医療連携病院は250カ所指定されている。

（ドラッグラグ・ドラッグロスへの対応）

- 第４期がん対策推進基本計画において、希少がん・小児がん等においては、「治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」とされ、ドラッグラグ・ドラッグロスへの対策が必要である。
- 米FDA・欧EMA（以下、FDA等）承認に向けた国際共同試験への早期参画、FDA等既承認で国内未承認薬の薬剤ごとの最適な国内開発方針の検討、早期相開発のための国内ネットワーク構築と、海外および国内に向けた希少がん・小児がん等の薬剤開発の窓口の明確化が必須である。

見直しの方向性（案）

- がんゲノム医療拠点病院は、都道府県の拠点として、質の高いがんゲノム医療提供体制を確保（均てん化）し、その推進を担う医療機関として位置づけ、診療実績、関連人材の育成、連携するがんゲノム医療連携病院における質確保等を中心に指定要件を定めてはどうか。指定に当たっては、各都道府県の推薦をもとに原則１箇所指定することとしてはどうか（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）。
- がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療拠点病院等と連携しながら質の高いがんゲノム医療を提供する医療機関として位置づけ、がん遺伝子パネル検査の結果を踏まえたゲノム医療を行い、急変時対応体制や遺伝カウンセリング体制の整備、相談支援窓口や医療安全体制の確保、院内がん登録の実施等を中心に指定要件を定めてはどうか。例えば造血器腫瘍及びその類縁疾患における診療体制の現状等を踏まえ、がん診療連携拠点病院等以外の病院であっても、質の高いゲノム医療を提供できることを条件として、指定することとしてはどうか。
- がんゲノム医療中核拠点病院は、全国の拠点として、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて国際共同治験の推進等を行い、我が国のがんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として位置づけ、優れた診療実績、国際共同治験への参画や医療技術の開発、ゲノム医療に関わる専門人材の育成等を中心に指定要件を定めてはどうか。

（参考）がんゲノム医療中核拠点病院等における課題の整理

目指すべき方向性	現状・課題	解決策
がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築	質の高いがんゲノム医療の提供ならびにその推進を担う医療機関の確保における都道府県の位置づけが不明確である。	がんゲノム医療拠点病院を、都道府県の拠点として、質の高いがんゲノム医療提供体制を確保し、その推進を担う医療機関として位置づける（原則１箇所指定として、役割分担が明確であれば複数指定も可）。
	造血器腫瘍の標準治療である造血幹細胞移植が行われている医療機関が拠点病院要件を満たさないため、がん遺伝子パネル検査を自院にて提出できない。	がん診療連携拠点病院等以外の病院であっても、質の高いゲノム医療を提供できることを条件として、がんゲノム医療連携病院に指定する。
	がん診療連携拠点病院等のうち、がんゲノム医療を提供しない医療機関(36.3%(198/493))における課題整理が必要。	学会等と連携し、指定要件の精査を行う。
がん領域におけるドラッグラグ・ドラッグロスの解消	令和５年３月時点で国内開発未着手だった86品目のうち、抗悪性腫瘍分野は８品目であり、領域別では希少疾病に５品目、小児に２品目が該当している。	がんゲノム医療中核拠点病院を、全国の拠点として、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて国際共同治験の推進等を行い、我が国のがんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として位置づける。
		企業による治験が進むように、国立がん研究センターが相談窓口となり、臨床研究中核拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等が希少がん等の領域の開発に協力する。

1112

がんゲノム医療中核拠点病院等の見直しの方向性

現行

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 13カ所 ※国が指定	がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 治験・臨床試験、研究の推進 • ゲノム医療に関わる人材の育成 • がんゲノム医療連携病院等の支援 • エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 32カ所 ※国が指定	がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • エキスパートパネルの実施 • がんゲノム医療連携病院等の支援
がんゲノム医療連携病院 250カ所 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の出検とその結果に応じた医療を行う医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等 • 遺伝カウンセリング体制の整備 • がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制

見直し後

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 ※国が指定	国の拠点として、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて、国際共同治験の推進等を行うとともに、我が国のがんゲノム医療を牽引する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 国際共同治験の推進等 • ゲノム医療に関わる専門人材の育成 • がんゲノム医療連携病院等でのゲノム医療の質確保のための支援 • エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 ※国が指定。見直し後は、都道府県の推薦のもと原則１カ所指定する（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）	都道府県の拠点として、質の高いがんゲノム医療提供体制を確保し、その推進を担う医療機関 ※がんゲノム医療拠点病院は中核拠点病院と兼ねることも可 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 都道府県がん診療連携協議会との連携 • エキスパートパネルの実施 • 治験への参加 • 人材育成 • 都道府県内のがんゲノム医療連携病院でのゲノム医療の質確保のための支援
がんゲノム医療連携病院 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の結果を踏まえた医療を行い、がんゲノム医療拠点病院等と連携しながら質の高いがんゲノム医療を提供する医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） • がんゲノム医療を提供し、急変時対応可能な病院 • 遺伝カウンセリング体制の整備 • がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制 • 相談支援の窓口や医療安全体制の確保 • 院内がん登録の実施　※ 経過措置あり

1113

今後のスケジュール（案）

次期がんゲノム医療中核拠点病院等の指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG開催 （本WG・指針改定の論点出し）														
WG開催（学会等ヒアリング）														
WG開催（改定指針案提示）														
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）														
新整備指針公表、新現況報告書様式作成・配布														
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）									（※）					
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※）														
がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会														
新指定類型の適用開始														

（※）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、 都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

資料16

健生が発 0331 第１号
令和８年３月 31 日

都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長
（公印省略）

アピアランスケアに係る体制整備について

我が国のがん対策については、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）及び同法の規定に基づく「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところです。

令和５年３月に策定された第４期基本計画において、アピアランスケア（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）については、現状・課題として、がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加する中、「がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている」とされており、これに対応する取り組むべき施策として、国は、「アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する」こと、「アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する」こととされています。

これを踏まえ、令和５年度から令和７年度に実施したアピアランス支援モデル事業において、がん診療連携拠点病院等におけるアピアランスケア支援体制について検証した結果、アピアランスケアの体制整備にあたっては、多職種による支援、担当者の配置、アピアランスケアについて検討する委員会等の開催、アピアランスケアについての知識の周知等が必要であることが明らかとなりました。

本検証結果を踏まえ、下記のアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の整備を促進するため、都道府県がん診療連携拠点病院に対し、令和８年度において「アピアランスケアに係る体制整備支援事業」（がん診療連携拠点病院機能強化事業内）を実施することといたしましたので、各都道府県におかれましては、御了知の上、貴管下医療機関、関係団体その他の関係者に、本通知の内容について周知をお願いいたします。

記

アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制（別紙参照）

①医療従事者による評価

がん患者と接するすべての医療従事者が、患者の心理状態、治療内容、医学的状態等を踏まえて、患者に必要な相談支援・情報提供の内容を評価する。評価が困難な場合はアピアランスケア担当者につなぎ、アピアランスケア担当者が評価を行う。

②多職種による情報提供・指導の実施

①の評価を踏まえて、アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応では困難な患者に対して、多職種で連携し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供を実施する。必要に応じて専門的な治療に繋ぐ他、各種情報提供等も行う。

なお、アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応で充足する患者については、がん患者と接するすべての医療従事者が、一般的な相談支援・情報提供を行う。

③アピアランスケア担当者の配置

アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応では困難な患者に対して、アピアランスケアに係る多職種による相談支援・情報提供を実施できるように、担当者として専門職を複数配置する。アピアランスケア担当者は、委員会の開催や医療従事者向けの院内教育等をアピアランスケア管理者とともに行う。なお、アピアランスケアの基礎的な事項に係る適切な研修を受講した担当者を配置する。

④アピアランスケア管理者の配置

アピアランスケア担当者を管理し、⑤で示す委員会の運営、及び院内体制構築・維持を統括する者（以下「アピアランスケア管理者」という。）を配置する。アピアランスケア管理者は、院内におけるアピアランスケアに係る相談支援・情報提供の体制整備を推進する観点から、当該機能に関する組織的な管理・調整を担う者が望ましい。なお、適切な研修を受講することが望ましい。

⑤委員会の開催

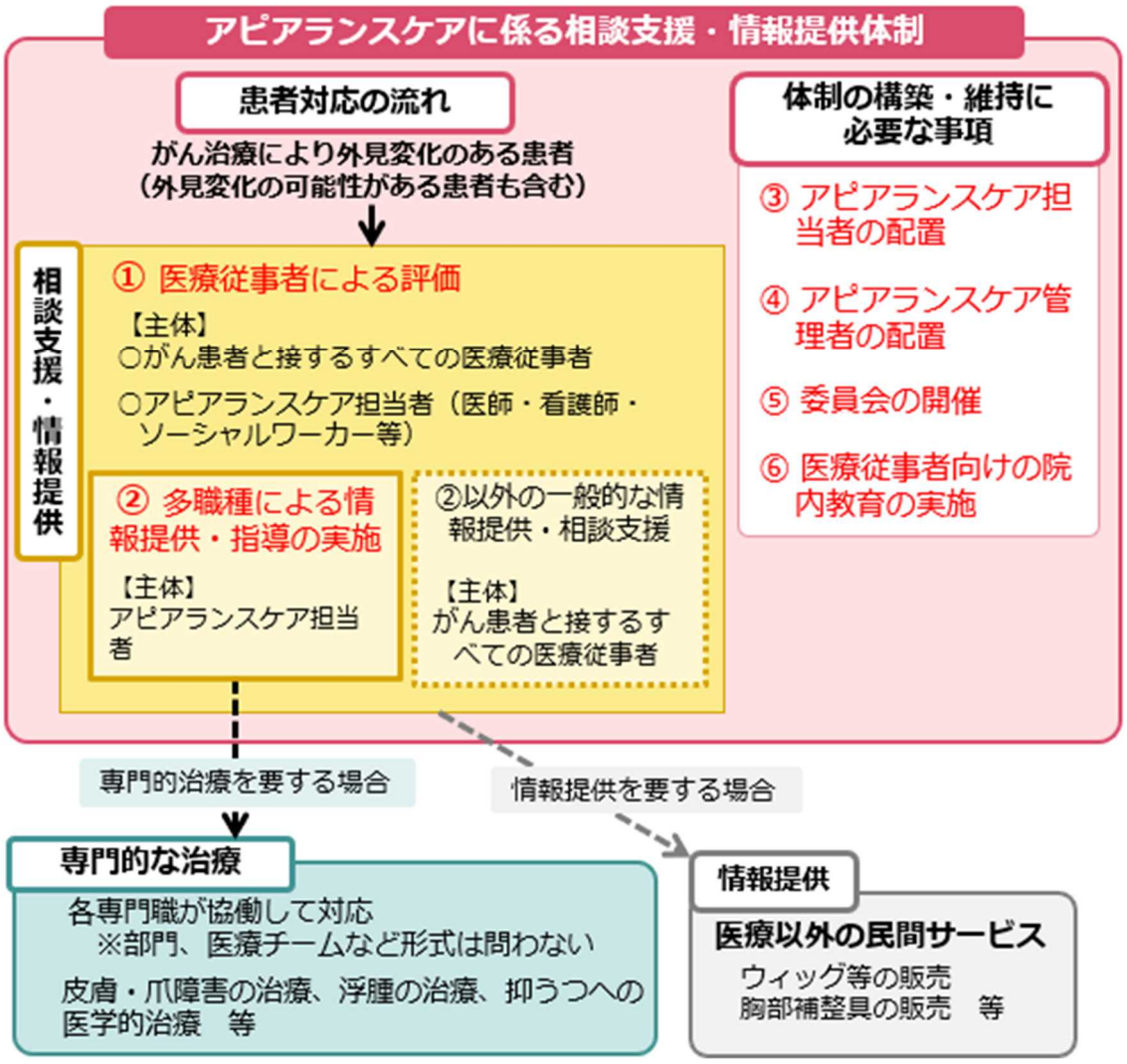
院内でアピアランスケアに係る相談支援・情報提供について検討する委員会を開催する。

⑥医療従事者向けの院内教育の実施

がん患者に関わる医療従事者が、アピアランスケアの基礎的な事項、及び院内におけるアピアランスケアに係る相談支援・情報提供の対応の流れを理解するよう、管理者・担当者が教育を実施する。

別紙

第 93 回がん対策推進協議会	資料１－２
令和８年３月９日	改変



アピアランスケアに係る体制整備について（健生が発 0331 第１号
令和８年３月 31 日厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）
における、「アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制」に関するＱ＆Ａ

Ⅰ．アピアランスケア担当者の配置について

１　アピアランスケア担当者として、具体的にどのような職種を想定しているのか。

（答）

○　医師、看護師、社会福祉士、公認心理師、薬剤師等を想定しております。

２　アピアランスケア担当者に求められる「適切な研修」とは、具体的にどのような内容を想定しているのか。

（答）

○　国立研究開発法人国立がん研究センターが実施する「【医療従事者向け】アピアランスケア研修会」における「e-learning」を想定しております。
なお、上記の他、平成 24 年から令和４年に国立がん研究センターが実施した「がん患者の外見ケアに関する教育研修」における「基礎編」は、適切な研修に含むものとします。

（※）国立研究開発法人国立がん研究センターアピアランス支援センターウェブページ：
https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/appearance/index.html

Ⅱ．アピアランスケア管理者の配置について

３　アピアランスケア管理者が受講することが望ましい「適切な研修」について、具体的にどのような内容を想定しているのか。

（答）

○　厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）の研究班が今後主催する研修（※）を想定しております。

（※）研究班「がん患者・家族が、適時に、適切な情報・相談支援・アピアランスケアにアクセスできる体制構築に関する研究」が開催する実地研修を想定しております。詳細については、別途お示しする予定です。

なお、上記の他、令和５年度から令和７年度に実施したアピアランス支援モデル事業と連携する厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）の研究班が東京都内で開催した「実地研修」は適切な研修として含むものとします。

Ⅲ．委員会の開催について

4　アピアランスケアに係る相談支援・情報提供について検討する「委員会」は、例えば、既存の緩和ケアに係る委員会等の中で検討する場合であっても、新たに設置する必要があるのか。

（答）

○　既存の委員会等の場において、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供について検討することができるのであれば、アピアランスケアだけを検討する委員会を必ず設ける必要はないものと想定しております。

Ⅳ．医療従事者向けの院内教育の実施について

5　院内教育を実施するにあたり、参考となる資材はあるか。

（答）

○　参考となる資材として、関係学会から以下の資材が公表されております。

（※）「がん患者におけるアピアランスケアガイドライン　2021 年版」（日本がんサポーティブケア学会）

http://jascc.jp/about/publications/

令和 7 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 8 年 3 月 13 日(金)15：00～16：15
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出席者：8 名
伊江将史(県立中部病院)、宮里浩(那覇市立病院)、山本孝夫（県立八重山病院）
照屋淳(北部地区医師会病院)、金城達也(琉球大学病院）、新里雅人(県立宮古病院)
古波津万里子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：1 名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院)
陪席者：1 名
豊福真理子（琉大病院がんセンター）

【報告事項】

１．令和 7 年度 第 1 回医療部会議事要旨について
伊江部会長より、資料 1 に基づき説明があった。

２．北部・宮古・八重山地区医療圏における市長、患者会、住民向け説明会について
増田委員より、資料 2 に基づき報告があった。
金城委員より、北部・宮古・八重山地区医療圏の説明会において、市民からの不安及び、質問内容について、質問があった。
増田委員より、過去に 18 年間、地域医療について説明会を通して対応してきた経緯があったことの説明があり、受け入れている感触があったと説明があった。

３．連携協議会 HP（うちな～がんネットがんじゅう）での「離島・へき地における疾患別対応状況」の更新時期について
増田委員より、資料 3 に基づき説明があった。

４．集約化を進めるために連携協議会で決議した事業について
(1)「がん診療を行う医療施設一覧」選定要件の見直し期間の短縮について
増田委員より、資料 4-1 に基づき、施設選定基準が 6 年から 3 年に短縮になったとの報告があった。
伊江部会長より前回と同じワーキンググループになるのか質問があり、増田委員より、がん診療だけではなく沖縄県の医療について議論できる為、次回も同じメンバーで継続していくと説明があった。
(2) 沖縄県が選定した「がん診療を行う医療施設」へがんと診断した患者を優先的に紹介する件について（精検施設向け）
増田委員より、資料 4-2 に基づき、健康診断を実施している施設に文書を送付したとの報告があった。
(3) 沖縄県が選定した「がん診療を行う医療施設」について（県内全施設向け）
増田委員より、資料 4-3 に基づき、「がん診療を行う医療施設」に文書を送付したと

の報告があった。

(4) がん相談従事者研修について

増田委員より、資料5に基づき、案内があった。

5．ＡＹＡ世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について

古波津委員より、資料5に基づき、説明があった。

伊江部会長より、この情報が一般の方向けに届く体制ができているのか質問があり、古波津委員より、これから体制づくりをしていくと回答があった。

6．その他

【協議事項】

1．北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について

増田委員より、資料6に基づき、北部地区医師会病院については、諸喜田院長から直接連絡をいただくことになっているとの説明があった。

照屋委員より、2月から腫瘍内科を担当している知念先生に、免疫チェックポイント阻害薬、副作用に関するマニュアル作成を依頼したとの報告があった。

増田委員より、琉大病院のマニュアルを参考にするのがいいとの提案があった。

伊江部会長より、前回新里委員から問い合わせがあったオンライン診療について再度進捗の確認があった。

2．第4次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について

増田委員より、資料7に基づき、説明があった。

現在、ベンチマーク部会においてフォーマットの整備中であり、完成後、各部会に5年生存率や専門医の数など、さまざまな指標について評価を依頼するとの説明があった。

3．次回の開催日程について

4月下旬、もしくは5月開催予定

4．その他

以上

令和７年度　第４回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和８年３月 18 日(水)　16：35 ～ 18：21
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 10 名：野里栄治（北部地区医師会病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、桑江周子（県立中部病院)、砂川華（琉大病院)、友利寛文（那覇市立病院)、安座間由美子（県立中部病院)、吉嶺厚生（県立八重山病院)、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)、増田昌人（琉大病院）
欠席者４名：中村清哉（琉大病院)、中島信久（琉大病院)、新里雅人（県立宮古病院)、名嘉眞久美（キャンサー・グリーフおきな和）
陪席者２名：屋比久夏生（那覇市立病院）、有山葉子（琉大病院）

報告事項

1. 令和７年度第３回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨

野里部会長より【資料 1】に基づいて説明があり、異議がある場合は事務局まで連絡を入れてください、となった。

協議事項

1. 令和８年度　緩和ケア・在宅医療部会　部会長・副部会長の選任について
2. 令和８年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選任について

野里部会長より、1.～2.については、順番を後にして行うとあった。結果、時間がなくなり、次回に持ち越しとなった。

3. 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（12 月～）

砂川委員より【資料３（当日資料１)】に基づいて説明があった。野里部会長より「分母は非がんの方も入って全患者なのか知りたい」と質問があり、砂川委員より「非がんの方も含くめて退院後初回外来時と新規紹介受診時を合わせた数になっている」と回答があった。
野里部会長より「がんの患者だけを抜いて分母にするのは大変か」と質問があり、砂川委員より「できますので、今後出してみます」と回答があった。

(2)中部病院（12 月～）

安座間委員より【資料４】に基づいて説明があった。

(3)那覇市立病院（10 月～）

屋比久氏（陪席）より【資料５（当日資料２)】に基づいて説明があった。

4. ６拠点病院での痛みのスクリーニング実施について

各病院からの状況説明があった。(宮古病院は委員欠席にて説明なし)

【琉球大学病院：砂川委員】
毎日のデータ取得は今まで行ってきているので、データの出し方がわかれば対応可能。

【中部病院：安座間委員】
がん・非がんの区別をしづらい場合がある。

【那覇市立病院：屋比久氏】
実施率は出せていなくて、単純に行った数だけ出しているが、1ヶ月遅れぐらいであれば、ある程度のパーセンテージは出せる見立てである。
【北部地区医師会病院：野里部会長】
スクリーニング対象でも漏れている人が半数ぐらいはいると思われる。分母を見つけるのが大変であった。
【八重山病院：吉嶺委員】
2月に入院した時点の患者さんの辛さを調べる調査であれば、ある程度できたと思う。

⇒野里部会長より、
・期限を決める。
・出し方を決めてそれぞれの病院からデータを出してもらう。
・出し方のシートを事務局側から提示する。

となった。

5. 次回令和8年度 第1回緩和ケア・在宅医療部会の日程について
野里部会長より、令和8年6月頃、調整さんにて日程決定とあった。

報告事項

2. 令和7年度　第4回緩和ケア在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨
3. 令和7年度　第3回緩和ケア在宅医療部会　研修ワーキング　議事要旨
4. 令和7年度　緩和ケア研修会開催日程一覧について
友愛医療センター ≪第8回　12月13日(土)≫
沖縄県立中部病院・沖縄県立宮古病院共催 ≪第9回　1月10日(土)≫
ハートライフ病院≪第10回　2月7日（土）≫
2.～4.について、資料をもとに各自で確認することとなった。
5. 【追加】ロジックモデル・中間評価用管理フォーマットについて
増田委員より【別添資料1】に基づいて報告があった。来月初めには皆様へお配りすることになると思う。評価表になっていて、コメント欄へコメントをお願いしたい、と説明があった。
6. 【追加】日本緩和医療学会・専門医認定制度改定について
笹良委員より【資料9】に基づいて報告があった。
7. 第31回日本緩和医療学会学術大会（2026年6月19日（金）～20日（土）於福岡国際会議場・マリンメッセA館/B館）
増田委員より【資料10】に基づいて報告があった。
8. AYA世代の患者向けペンフレットの周知・活用について
野里部会長より【資料11】を各自で確認することとあった。
9. 【追加】令和８年度　緩和ケア研修会　開催ハンドブック・開催指針について
10. 沖縄県緩和ケアフォローアップ研修会2025について
笹良委員より【資料12】に基づいて報告があった。
11. 選択肢としての在宅医療シンポジウムについて
笹良委員より【資料13】に基づいて報告があった。

12. 令和７年度アピアランスケア研修会について

【資料 14】を各自で確認することとなった。

以上

令和７年度　第４回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和８年３月 19 日（木）　15：30～16：37
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：９名
北村 紗希子（琉球大学病院 第二内科)、喜納 綾乃(琉球大学病院 看護部)、呉屋 光広(県立森川特別支援学校)、古波津 万里子（沖縄県保健医療介護部 健康長寿課)、徳元 亮太(沖縄がん教育サポートセンター)、浜田 聡(琉球大学病院 小児科)、比嘉 猛(県立南部医療センター・こども医療センター 小児科)、増田 昌人（琉球大学病院 がんセンター)、屋冝 孟(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)

欠　　席：９名
伊良波 史朗(県立南部医療センター・こども医療センター 放射線科)、大畑 尚子(県立中部病院 産科)、親富祖 しのぶ(県立南部医療センター・こども医療センター 看護部)、金城 敦子(がんの子どもを守る会 沖縄支部)、當銘 保則(琉球大学病院 病院整形外科)、遠越 学(沖縄県教育庁 保健体育課)、林絹子(県立中部病院 腫瘍・血液内科）、宮平 有希子(がんの子どもを守る会 沖縄支部)、銘苅 桂子(琉球大学病院 周産母子センター)

陪 席 者：２名
平敷　千晶(琉球大学病院 産婦人科)
石川 千穂（琉大病院 がんセンター)

【報告事項】

１．令和７年度 第３回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(12 月 22 日)
資料１に基づき、浜田委員から報告があった。

2.小児・AYA 部会　委員一覧
資料３に基づき、浜田委員から報告があった。

3. 沖縄県がん・生殖医療ネットワーク　委員一覧
資料４に基づき、陪席の平敷先生から報告があった。

4. 病棟における学齢期入院患者への Wi-Fi 無料開放について
資料５に基づき、増田委員より報告があった。以下、委員からの報告。
（喜納委員）がんの患者に関しては、２月から、森川院内学級から申請書を作成して開始できているが、がん患者以外の患者に対する線引きが難しく、総務課からの連絡待ちで病院全体への周知はまだできていない。
（呉屋委員）業務用のタブレットは院内 Wi-Fi を使用できるように設定済みで、クリーンルーム

も Wi-Fi はつながっている。

5. がん教育講演会「仕事と治療の両立支援について」の報告

資料 6 に基づき、徳元委員より報告があった。参加者は満席の 150 名で、その多くが働き盛り世代であり、両立支援について知りたいというニーズが確認されたようだった。がんと就労の両立に関する社会課題に対する理解促進に寄与できたと思われるとのことだった。

6. 今年度のがん教育の取り組みについて

資料 7 に基づき、徳元委員より今年度のがん教育外部講師の育成と派遣に関する報告があった。報告書には記載されていないが、「体験談で理解が深まる」、「自分事として捉え、生き方について考える機会となった」等の感想があったとのことだった。また、今年度は、愛知県から、沖縄県のがん教育について視察と意見交換会が行われた。沖縄県での取組は、外部講師の育成、講師派遣、フォローアップまで一体的に行われており、学校の先生との事前打ち合わせが行われてもいることから、他県よりも先進的な取組となっていると評価いただいたとのこと。今後も教育的効果を高めるためには、外部講師の育成および派遣体制の維持、発展のために、安定した財源確保が喫緊の課題であるとのことだった。行政や連携協議会との連携、事業の制度化、また民間企業との連携も視野に入れながら、持続可能な教育モデルの構築を進めていきたいとのことだった。

7. 藤間　勝子先生(国立がん研究センター中央病院)のアピアランスケア研修会について

資料 7 に基づき、増田委員より報告があった。3 年前に琉大病院がアピアランスケアのモデル事業の施設として選ばれたことが始まりであるが、事業が終了してからも、きっかけを絶やさないよう強化事業費で今回のようなアピアランスケア研修会を外部に向けて行っている。

8. 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

9. 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

資料 8-1 と資料 8-2 に基づき、古波津委員より報告があった。前回報告から新たに参加した市町村はなかったとのことだった。令和 8 年 2 月末時点で、「アピアランス支援事業」は 24 市町村、「若年がん患者在宅療養生活支援事業」は 7 市町村が参加している。現在、事業担当者が、次年度の参加について市町村に調査をかけているとのことだった。

10. AYA 世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について

資料 9 に基づき、古波津委員より報告とパンフレットの活用依頼があった。

11. その他

増田委員より、現行の指定要件は残り 2 年となるが、その改訂のため、5 月からワーキンググループが結成されて、作業が始まる。要件改訂に関するご意見等があれば、増田委員までご連絡いただければ議題にあげたいとの案内があった。ヒアリングも行うので、その際はご協力

をお願いしたいとのことだった。

≪協議事項≫

1.各市町村に対する「若年がん患者等在宅療養支援事業」への参加の働きかけについて

資料８に基づき、増田委員より、本事業への参加市町村を増やすための良い案がないか検討の依頼があった。

(古波津委員)事業担当者から市町村に周知を行っているところである。アピアランス支援事業は実績があるが、在宅療養支援事業については、参加している７市町村から、ようやく１件の申請がでてきたようだ。

(浜田委員)　那覇市等大きな市町村に直接声掛けはしているか。

(古波津委員)担当者からは、全市町村に声掛けしていると聞いている。

(浜田委員)「AYA 世代のがん及び小児がんの罹患数と死亡数」の実際の数字を提示しながら、大きな市町村から声掛けしたら、少しずつ増えていかないか。データを後ほど送付するので、検討していただきたい。

2.第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)の中間評価について

増田委員より、連携協議会版のがん計画に従って、次年度、中間評価を行うことが決議されたことが報告された。資料 10-2 に基づき、増田委員より説明があった。基礎的な判定は、ベンチマーク部会で機械的に行う予定で、判定欄は５つある(対全国比、対前回比、対全国傾向値、対基準値、対目標値。ただし、小児・AYA の所掌範囲では、対基準値、対目標値は使用されない可能性あり)。資料 10-2 内、判定欄右隣りのコメント欄に委員の皆さんのコメントを入力してほしいと依頼があった。まだ記載できていなが、表紙には、どのように評価してほしいかを記載する予定。具体的には４月の上旬ごろに、事務局から協力依頼メールを送付する。また、その監修の状況によっては、４月下旬かゴールデンウィーク明けに、臨時の部会開催も検討するとのことだった。

3. 多職種からなる AYA 世代支援チームの構築について

資料 11 に基づき、増田委員より、「就学、就労、妊孕性(注 11)の温存、アピアランスケア(注 12)等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなる AYA 世代支援チームを設置することが望ましい(※資料抜粋)」との説明があった。できれば、次年度上半期までに、琉大で支援チームを構築し、それを参考に他施設でもチーム結成できるようにできればとのことだった。浜田委員より、支援チームの立ち上げ方については、国立がんセンター中央病院のマニュアルで「AYA サポートチーム活動の手引き」というものがあると、情報提供があった。

4. 次回開催について

次回は、６月開催予定。事務局より日程調整アンケートを行う。なお、第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)の中間評価の進捗状況により、４月下旬かゴールデンウィーク明けに、

臨時開催する可能性がある。

5. その他

事務局より、令和８年度の委嘱状を用意しているので、異動等で退任及び委員交代予定の方はご一報をお願いしたいとアナウンスがあった。

以上

令和７年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和８年１月 15 日(木)　16：00～17：00
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：13 名
有銘みどり（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、下地千里（県立宮古病院）
山本孝夫（県立八重山病院)、砂川　綾子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院）
吉田幸生（県立中部病院)、戸板孝文（県立中部病院)、古波津万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、真栄里隆代（ゆうかぎの会）田盛亜紀子（やいまゆんたく会)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター)、知念崇（琉球大学病院がんセンター）
欠席者：２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）
オブザーバー：１名
佐藤　正博（やいまゆんたく会）
陪　席：１名
豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和７年度 第１回離島・へき地部会議事要旨について
　増田委員より、資料１に基づき前回議事要旨について説明があった。
２．増田委員より資料２に基づき、離島・へき地における疾患別対応状況について、HP 掲載への更新完了の報告があった。
　増田委員より、患者会の田盛委員、真栄里委員へ「うちな～がんネットがんじゅう」の利用をぜひ、広めていただきたいとの依頼があった。
３．その他
　増田委員より、現在療養場所ガイドの作成中のため、作成次第、北部地区医師会、宮古、八重山の委員の方へ確認依頼をすると説明があった。

【協議事項】
１．第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について
　増田委員より資料３に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の離島・へき地分野の中間評価について説明があり、議論した。
　増田委員がまとめて、連携協議会に提出することとなった。
　西原委員より、データの古いこと及びバラつきについて、質問があり、増田委員

より、掲載しているのは、現時点で出している日本の最新のデータであり、情報の収集に時間がかかることの説明があった。

増田委員より改めて、データについての定義、報告書を委員に送付すると説明があった。

西原委員より、疾病別対応状況について３月末で今年度の集計が可能になるため、HP の更新は可能か質問があり、増田委員より、今後、がん種も 15 がん種から 20 がん種に増えるため、再度集計すると回答があった。

吉田委員より、早期がん割合の検診以外は全体ということなのか、N のデータも出るのか質問があり、増田委員より、早期がん割合の検診以外は確認し、N のデータについては改めて、報告書を送付する回答があった。

知念委員より、検診で診断された方のみの５年生存率のデータはでるのかについて、増田委員より、現在は、がん種の５年生存率のみしかなく、検診で診断された方のみの５年生存率はなしと回答があった。

２．次回の開催日程について

3 月開催予定。

３．その他

令和７年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和８年３月３日(火)　17：00～17：45
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出席者：10 名
＜委員＞
赤松道成（北部地区医師会病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、下地千里（県立宮古病院)、砂川綾子（県立八重山病院)、安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、古波津万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会）
増田昌人（琉球大学病院がんセンター)、知念崇（琉球大学病院がんセンター）
＜オブザーバー＞
佐藤正博（やいまゆんたく会）

欠席者：６名
山本孝夫（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、吉田幸生（県立中部病院）
戸板孝文（県立中部病院)、西原政好（県立宮古病院)、真栄里隆代（ゆうかぎの会）

陪席者：１名
豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和７年度 第２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、前回議事要旨について説明があった。
２．北部・宮古・八重山地区医療圏における市長、患者会、住民向け説明会について
　増田委員より、資料２に基づき、北部・宮古・八重山地区医療圏における市長、患者会、住民向け説明会について報告があった。
３．連携協議会 HP（うちな～がんネットがんじゅう）での「離島・へき地における疾患別対応状況」の更新時期について
　赤松部会長より、資料３に基づき、携協議会 HP（うちな～がんネットがんじゅう）での「離島・へき地における疾患別対応状況」の更新時期について、説明があった。
４．集約化を進めるために連携協議会で決議した事業について
(1)「がん診療を行う医療施設一覧」選定要件の見直し期間の短縮について
　増田委員より、資料 4-1 に基づき、「がん診療を行う医療施設一覧」選定要件の見直期間の短縮について説明があった。
(2) 沖縄県が選定した「がん診療を行う医療施設」へがんと診断した患者を優先的に紹介する件について（精検施設向け）

増田委員より、資料 4-2 に基づき、健康診断を実施している施設に文書を送付したとの報告があった。

(3) 沖縄県が選定した「がん診療を行う医療施設」について（県内全施設向け）

増田委員より、資料 4-3 に基づき、「がん診療を行う医療施設」に文書を送付したとの報告があった。

(4) がん相談従事者研修について

増田委員より、資料 4-3 に基づき、がん相談従事者研修について案内があった。

５．ＡＹＡ世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について

古波津委員より、資料 5 に基づき、ＡＹＡ世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について説明があった。

６．その他

【協議事項】

1. 北部・宮古・八重山地区医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について

増田委員より、資料 6 に基づき、北部地区医師会の血液内科外来について、諸喜田院長と相談することの説明があった。

２．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について

増田委員より、資料 7 に基づき、第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について、今後の進め方について説明があった。

現在、ベンチマーク部会においてフォーマットの整備中であり、完成後、各部会に評価を依頼するとの説明があった。

３．次回の開催日程について

４月開催予定

４．その他

令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和８年３月 12 日（木）14：00～16：30
方　　法：WEB
出 席 者：【ZOOM 参加】１３名
奥平藤也（県立中部病院）、玉城佐笑美（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、横田美佐（県立宮古病院）、上原弘美（友愛医療センター）、田場純子(沖縄県保健医療介護部)、増田昌人（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）
欠 席 者：間島奈央子（キャンサーフィットネス）、西村克敏(地域統括支援センター)
陪 席 者：なし

【報告事項】
１．令和７年度第３回情報提供・相談支援部会議事要旨（令和７年 12 月 11 日）
資料１に基づき、友利委員より、令和７年度第３回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。
友利委員より、AYA ウィーク 2026 へ応援フラッグを提出し掲載されたと報告があった。

【協議事項】
1．次年度の委員および部会長の選任について
協議の結果、次年度部会長に中部病院 奥平委員、副部会長には琉球大学病院 友利委員と那覇市立病院から１名を選任することとなった。部会委員の構成に変更はない予定。

２．令和８年度部会計画
資料３に基づき、増田委員より、第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデルおよび国部会のがん相談運営委員会で検討されている内容や拠点病院指定要件 WG の動きについても情報提供があった。これらを参考に、部会計画を立ててほしいと説明があった。
主な重点項目は以下の通り。
・沖縄は拠点病院カバー率３割台（全国最低）であるため、拠点病院以外の相談支援体制の構築
・各施設での相談支援センターに必ず立ち寄るシステムづくり
・相談者からのフィードバックとがん相談対応のモニタリング体制の整備
・ピアサポートの活用・患者サロン支援
・コミュニケーションに配慮が必要な方への情報提供
・すべてのがん診療施設による、自院で対応可能ながん診療の公開および情報提供

・就労支援（地域のハローワーク等との連携）
・アピアランスケアの充実
・偏見・疎外感をなくす啓発イベント
・がん相談支援センターにおいて、多職種および他部門との連携のもとハブ機能を発揮した取り組みを行うこと
・がん相談支援センターにGMを置き、病院はその人材育成を組織的に支援すること
・相談員は院内の主要な会議及び委員会へ参画すること

引き続き、各委員にてがん対策推進計画（協議会版）をベースに部会計画として必要だと思う項目を検討し、メール審議を行う予定となった。

３．令和８年度地域相談支援フォーラムin沖縄の開催について

資料４に基づき、友利委員より開催概要案について説明があった。12月5日オンライン開催に向け、4月以降は月１回程度の頻度で実行委員会を開催できるよう準備を進める。

実行委員体制について、中核となるコアメンバーは部会委員を中心に構成する。部会委員以外ではがん専門医療機関からも派遣要請を行い、主に当日のファシリテーターを中心に担っていただくことを想定している。詳細な実行委員の役割分担の説明は後日行う。その前にテーマと講師の決定が重要であるため引き続き意見を求めたいと説明があった。

各委員より、テーマ候補や講師案が出され、今後の方向性について幅広く意見交換が行われた。特にACP、意思決定支援、心理・社会的支援、相談支援の役割などが中心的な話題となった。

検討されたテーマと内容については、下記の通り。

・相談支援について、拠点以外のがん専門施設も含めそれぞれの役割を再考する内容。
・手術の集約化と対照的に、緩和ケアや支持療法等は地域で継続される流れが予想されるため、拠点病院以外でもACPへの取り組みは必要になることから、ACPを切り口に相談支援や相談員の役割について改めて考えるのはどうか。
・小川先生の認知症分野での意思決定支援の講義が参考になった。認知症に限らず、他分野の意思決定支援の知見をがん相談に応用できる可能性がある。
・東畑開人先生の心理支援に関する内容が、がん患者さんの心理状態にも非常に適している。精神科治療には至らないが“心が曇る”状態にある患者さんにどうアプローチするかを考えるうえで、とても良い観点になるのではないか。
・単身家庭で多重困難を抱える患者さんの事例を踏まえ、担い手の減少などの背景からもがん相談窓口だけで支える構造は限界があるという指摘と、地域でのサポートも受けながらどう治療と向き合うことができるのかを検討するのはどうか。
・患者さん自身のセルフケアの観点も含めてはどうか。
・社会的支援（坂本先生）と心理的支援の両方の観点で、網羅的に学ぶ内容はどうか。

協議の結果「相談員の役割」「心理・社会的支援」を軸に検討することとなった。

次回の実行委員会は、4月15日 16:30～17:00、ZOOMで開催予定。次回は研修のねらいや到達目標を具体的に検討するため、各自で「今回の研修で相談員としてどう成長し

てほしいか」を考えておくよう周知があった。

４．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）中間評価について

資料５に基づき、増田委員より、沖縄県のがん計画における「情報提供・相談支援」に関する評価の進め方と、最新の患者体験調査結果をもとにした現状分析について説明があった。評価の進め方として、今後３か月程度で、ベンチマーク部会が中心となり現行のがん計画の進捗を評価する。評価には主観指標（患者体験調査）と、可能な範囲での客観指標を使用。相談支援分野は客観指標が少ないため、患者の主観評価を中心に相対的（年次推移・全国比較）で評価している。評価結果の〇・×はベンチマーク部会で機械的に判定し、その後に相談支援部会委員へコメント記入を依頼する予定。

【報告事項】

２．地域統括相談支援センター活動報告

資料６について、紙面報告。

３．令和７年度第２回がん相談従事者研修会の開催について

資料７に基づき、紙面報告があった。2026 年３月 19 日（木）17:30～19:00、オンライン開催。テーマ「沖縄県のがん医療の集約化・均てん化の今後の展望」、講師は琉球大学病院増田昌人先生。委員の参加および各病院での周知依頼がされた。

４．がん患者ゆんたく会（令和７年 10～12 月）

資料 8-1～8-3 に基づき、令和７年 10 月～12 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。

中部病院は奥平委員より報告があった。フリートークを中心に進行し、新規参加者もいて時間延長するほどだった。

那覇市立病院は糸数委員より報告があった。１月に開催、テーマを「医師とのコミュニケーション」とし、医師による講話を実施。参加者から医療不信や医療者連携に関する率直な意見が出される場面もあった。講師から丁寧にチーム医療などへの追加説明や、他の参加者からは医師とのコミュニケーションが安心感につながった体験談なども語られていた。

琉球大学病院は友利委員より報告があった。各月毎に講義を開催。薬剤師による講話、専門看護師によるリンパマッサージ実演、パンキャンジャパン（膵がん患者会）による講話などを実施し、好評であった。

北部地区医師会病院は仲村渠委員より報告があった。年３回開催計画し、11 月・２月の参加者はゼロだった。ピンクパンサー（乳がん患者会）に参加いただいた。テーマを設定することで参加者が限定される可能性もふまえ、運営方法を検討している。まずは定期開催することを重要視し、今後広報を強化する。

５．がん相談件数（令和７年 10～12 月）

資料 9-1～8-6 に基づき、令和 7 年 10 月～12 月の各拠点病院のがん相談件数と内容について報告があった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

10 月 56 件、11 月 65 件、12 月 34 件。在宅点滴や高カロリー輸液を使用する方の増加、訪問看護・訪問診療との連携が増えている。

○県立中部病院（奥平委員）

10 月 124 件、11 月 85 件、12 月 94 件。治療開始前の相談件数が 10 月は多かったが減少傾向。院外からの相談は約 1 割で大きな変化なし。

○那覇市立病院（糸数委員）

10 月 124 件、11 月 66 件、12 月 74 件。相談件数が減少した背景に院内の相談記録の登録システム変更による入力の差がある。直通電話での相談が年明け以降増加。相談経路に新聞広告の影響も見られた。相談支援センターを複数個所利用している方も見られた。

○県立宮古病院（横田委員）

10 月 110 件、11 月 65 件、12 月 70 件。県外からの看取り目的の相談が増加。飛行機便の制約により受け入れ調整が難航するケースが多い。

○県立八重山病院（岩崎委員）

10 月 65 件、11 月 61 件、12 月 64 件。全体としては落ち着いていたが、乳がんと統合失調症を併存する患者の対応が困難で多職種連携が必要なケースがあった。

○琉球大学病院（友利委員）

10 月 130 件、11 月 89 件、12 月 115 件。初回相談の外来予約を診療科と連携して積極的に取り入れたことで外来受診者が増加傾向。取り組みの成果が現れている。

6．がん相談件数集計（令和 7 年 4 月～6 月）

資料 10 に基づき、友利委員より、各拠点病院の集計比較について報告があった。今回、集計表の形式を変更し、カテゴリーごとにグラフと実数を確認できるようにした。沖縄県全体でのがん部位別の相談状況では、大腸がん、肺がん、膵がん、乳がんの順で、耳鼻科領域と肝臓がんは同数であった。各施設で特徴が見られる。相談内容の傾向では、「精神的苦痛・不安に関する相談」が最多、次いで「在宅医療に関する相談」が増加、「ホスピス・緩和ケアに関する相談」が多かった。

7．がん相談支援センターの広報（令和 7 年 10～12 月）

資料 11 に基づき、友利委員よりがん相談支援センターの広報について、新聞無料広告欄の掲載状況の報告があった。毎週掲載するよう依頼しており、引き続き実施する。

8．その他

次回開催について、令和 8 年 6 月 11 日（木）14 時から開催予定。

令和７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８年３月２日（月）10：00～11：00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：5 名
井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学大学院公衆衛生学分野教授）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：3 名
伊藤ゆり（大阪医科薬科大学医療統計学研究室特別職務担当教員教授）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任技師）
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７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．その他
特になし

【協議事項】
１．「2025 年度沖縄県医療者調査」について
増田部会長より、資料２に基づき、現在実施している「2025 年度沖縄県医療者調査」について報告があった。回答期限を 3/13（金）まで延長したとのことだった。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会）中間評価について
増田部会長より、資料３に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会）中間評価について説明があった。先日行われた第４回沖縄県がん診療連携協議会にて、中間評価作業について提案し、原案通り認められたとの報告があった。続いて、個別施策表フォーマット、中間評価用管理フォーマットの紹介があった。
井岡委員より、個別施策は数も多く未把握の部分もあるため、分野アウトカムと中間アウトカムを中心に指標を整理されてはどうかと提案があった。施策によって結果が明確でなくても、良い方向に進んでいることが見えると関係者の士気が上がるので、全体的にそ

の流れを作り出せるといいのではないかとのコメントがあった。
続けて、井岡委員より、生存率が出るのは時間がかかる一方で、死亡率は比較的早く出るため、生存率だけでなく死亡率も同時に見た方がよいのではないか。もし生存率が低く死亡率が高ければそれを改善する方向になっていく。死亡率は都道府県別の順位が出るため、

順位が悪い場合は死亡率減少を重きに置きつつ、生存率や罹患率など他の指標も合わせて検討することが重要だとのことだった。これを受けて埴岡副部会長より、分野アウトカムの指標について意見があった。「がんの予防」「がん検診」では分野アウトカムに死亡率が掲載されているが、「医療提供体制」では五年生存率のみで、その後も死亡率の説明がなく、死亡率が再掲されていない。多くの場合、「がんの予防」「がん検診」を割愛して「医療提供体制」から議論を始めるため、死亡率が全く議論されていないのではないかという誤解を生みやすいとのことだった。
東委員より、患者体験調査の 2018 年調査と 2023 年調査の数値について質問があり、質問が変更になった場合の経年比較について意見が交わされた。例えば、患者体験調査の『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』（分野アウトカム指標）においては、2018 年調査は「困っていることがない患者の割合」だったが、2023 年調査では「困っていることがある患者の割合」に質問が変更になっている。この場合、経年変化をみることはできないため、協議の上、中間評価用管理フォーマットでは省くことになった。

３．その他
特になし。

令和７年度 第５回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和８年３月23日（月）10：00～11：00
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：７名
　伊藤ゆり（大阪医科薬科大学医療統計学研究室特別職務担当教員教授）、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分野教授）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任技師）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：１名
　井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）

【報告事項】
１．令和７年度 第４回ベンチマーク部会議事要旨について
　増田部会長より、資料１に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

【協議事項】
１．「2025年度沖縄県医療者調査」について
　増田部会長より、資料２に基づき、実施中の「2025年度沖縄県医療者調査」について、進捗報告があった。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）中間評価について
　増田部会長より、資料４に基づき、中間評価用管理フォーマットの説明があった。事務局で判定欄に○×（増えたか減ったか）を付けた後、各部会に配布するとのことだった。中間評価用管理フォーマットは下記の通り修正することになった。
・指標名に「基準年」「75歳未満年齢調整」、生存率については「相対」は「純」かを明記する。
・患者体験調査は今のところ経年評価をしないため、2023年データを最新値に入れる。
・判定欄の○×評価の仕方を欄外に明記する。
・指標リストに対象を明記する。
・パーセント（%）表記があったりなかったりするため、単位を明記する。
・医療者調査も経年比較ができない指標が多いため、データなし表示をする。

３．その他
　特になし。