平成30年度第3回沖縄県がん診療連携協議会幹事会
議事次第

日　時：平成３０年１０月１５日（月）　１４：００～
場　所：管理棟３階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7月2日開催）	資料１	P4
２．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8月10日開催）	資料２	P７
３．平成３０年度２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月10日開催）	資料３	P15
４．協議会・幹事会・部会委員一覧	資料４	P71
審議事項		
１．部会申し合わせの改訂について	資料５	P76
２．新しくなった「がん診療連携拠点病院等整備に関する指針」の対応状況について	資料６	P80
３．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について	資料７	P115
４．がん対策について	資料８	P125
５．平成３０年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料９	P128
６．平成３０年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について	資料１０	P129
７．その他		
報告事項		
１．患者会等よりの報告	資料１１	P130
２．沖縄県がん関連事業の今年度の進捗状況と来年度の計画について	資料１２	P138
３．小児がん拠点病院について	資料１３	P139
４．がんゲノム医療中核拠点病院等について	資料１４	P155
５．専門医療機関の選定について	資料１５	P164
６．がん教育について	資料１６	P170
７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について	資料１７	P171
８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について	資料１８	P172
９．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１９	P184
１０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会	資料２０	P190
（２）第１回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議	資料２１	P204
（３）第１２回厚生科学審議会がん登録部会	資料２２	P289
（４）第２３回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会	資料２３	P334
（５）第２４回がん検診のあり方に関する検討会	資料２４	P336
（６）第２５回がん検診のあり方に関する検討会	資料２５	P338
（７）第３６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会	資料２６	P360
（８）第３７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会	資料２７	P361
（９）第５３回厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会	資料２８	P362
（１０）第６９回がん対策推進協議会	資料２９	P379
（１１）第７０回がん対策推進協議会	資料３０	P433
（１２）薬事・食品衛生審議会　副作用被害判定部会第一部会　第３回HPVワクチン副反応被害判定調査会	資料３１	P557
９．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	報告なし	
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料３２	P558
３．小児・AYA部会	報告なし	
４．離島・へき地部会	報告なし	
５．情報提供・相談支援部会	資料３３	P562
６．ベンチマーク部会	資料３４	P565

平成３０年度第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会　資料一覧

１．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7 月 2 日開催）

２．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8 月 10 日開催）

３．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8 月 10 日開催）

４．協議会・幹事会・部会委員一覧

５．部会申し合わせの改訂について

６．新しくなった「がん診療連携拠点病院等整備に関する指針」の対応状況について

７．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について

８．がん対策について（離島・へき地部会議事要旨）

９．平成３０年度の協議会・幹事会の開催の日時について

１０．平成３０年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について

１１．患者会等よりの報告
　　がんの子どもを守る会

１２．沖縄県がん関連事業の今年度の進捗状況と来年度の計画について

１３．小児がん拠点病院について

１４．がんゲノム医療中核拠点病院等について

１５．専門医療機関の選定について

１６．がん教育について

１７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

１８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

１９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

２０．小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会
　　小児がん拠点病院 等の指定要件見直しに関する報告書

２１．第１回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
　　議事次第
　　資料１　がんゲノム医療推進に向けた取り組み
　　資料２　がんゲノム情報管理センターの進捗状況
　　資料３　がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議からの報告
　　参考資料３　がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書

２２．第１２回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第
院内がん登録について
全国がん登録 情報の提供マニュアル 別添 利用規約
全国がん登録 情報の提供マニュアル 別添 利用者の安全管理措置
全国がん登録 情報の提供マニュアル 別添 審査の方向性

２３．第２３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
議事次第

２４．第２４回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第
今後の議論の進め方

２５．第２５回がん検診のあり方に関する検討会
議事要旨
資料１ がん検診の基本条件・利益・不利益について
資料２ がん検診の現状について

２６．第３６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会
資料一覧

２７．第３７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会
資料一覧

２８．第５３回厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会
造血幹細胞移植推進拠点病院事業のあり方について

２９．第６９回がん対策推進協議会
議事次第
資料１　がん対策推進協議会委員名簿
資料２　我が国のこれまでのがん対策について
資料３　第３期がん対策推進基本計画の進捗について
資料４　第３期がん対策推進基本計画の今後の進め方について

３０．第７０回がん対策推進協議会
議事次第
資料１～資料１２

３１．薬事・食品衛生審議会　副作用被害判定部会第一部会
第３回 HPV ワクチン副反応被害判定調査会
議事次第

３２．緩和ケア・在宅医療部会

３３．情報提供・相談支援部会

３４．ベンチマーク部会

資料1

平成３０年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（案）

日　　時　平成３０年７月２日（月）１４：００～１６：００
場　　所　管理棟３階　大会議室
構 成 員　８名（出席者６名）

（幹事会委員）

１１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
１６号委員（沖縄県立中部病院）	朝倉 義崇（欠席）
１６号委員（那覇市立病院）	友利 寛文
１７号委員（沖縄県立宮古病院）	松村 敏信
１７号委員（沖縄県立八重山病院）	尾﨑 信弘
１８号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
２１号委員（沖縄県保健医療部）	糸数　 公（欠席）
２１号委員（琉球大学医学部総務課長）	金城 不二子

（オブザーバー）

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	荻堂 麻紀子
沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	仲里 可奈理

（陪席者）

がんセンター	城間 彩乃
医学部総務課総務第二係	早野 育子
医学部総務課総務第二係	新垣　 遼

議事要旨・委員一覧

１．平成30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16日開催)について

増田議長から資料１に基づき、第１回幹事会議事要旨（平成 30 年４月 16 日開催）について説明及び確認があった。

２．平成 30 年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 11 日開催)について

増田議長から資料２に基づき、第１回協議会議事要旨（平成 30 年４月 16 日開催）について説明及び確認があった。

３．平成30年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月11日開催)について

増田議長から資料３に基づき、第４回協議会議事録（平成 30 年５月 11 日開催）について説明及び確認があった。

４．協議会・幹事会・部会委員一覧について

増田議長から資料4に基づき委員の変更について報告があった。

審議事項

１．専門部会委員の選出について

増田議長から資料５に基づき説明があった。また、医療部会 薬物療法ワーキングについて、朝倉委員から説明予定であったが、本日欠席のため、後日メールで審議予定である旨、発言があった。

友利委員（16 号委員）から、とりあえず部会委員を選出するが、部会の内容が決まっていないため、部会が開催され、部会の内容が決まった時点で、部会委員を適任者に交替することは可能かとの質問があり、増田議長から、部会はフレキシブルなため、交替可能である旨、発言があった。

２．幹事会から専門部会への要望について

増田議長から、医療の質の評価についてのアンケートを国に提出したので、DPC、QI 等にかかる資料について、がんセンターから後日送付する旨、説明があった。

３．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について

増田議長から資料 7 に基づき、グループ指定要件（現行）について説明があり、9 月に現指針に基づき、各病院において現況報告するため、指定要件を確認いただきたい。特にウェブサイト及びポスター院内掲示について対応いただきたい旨、発言があった。

４．平成 30 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 8 に基づき説明があった。

５．平成 30 年度第 2 回沖縄県がん診療連携協議会議題調整について

増田議長から資料 9 に基づき、本会議での検討を踏まえ議題を提案する旨説明があり、了承された。

６．その他

特になし

報告事項

１．患者会等よりの報告

増田議長から資料 10 に基づき、協議会当日、患者会から報告予定である旨、説明があった。

２．沖縄県のがん関連事業の昨年度決算及び今年度の予算について

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班荻堂主査より資料 11（当日配布・要回収）に基づき報告があった。

３．沖縄県の新しいがん対策の取り組みについて

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班荻堂主査より資料 12（当日配布・要回収）に基づき報告および意見交換が行われた。

４．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

増田議長から、資料 13 に基づき報告があった。

５．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

増田議長から、協議会当日、報告予定である旨、説明があった。

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田議長から、資料 15 に基づき報告があった。

７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田議長から、協議会当日、報告予定である旨、説明があった。

８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

増田議長から、各自確認いただきたい旨、発言があった。

９．その他

特になし。

部会報告事項

※以下、部会報告については、各自確認いただきたい旨、発言があった。

１．医療部会　報告なし
２．緩和ケア・在宅医療部会　報告なし
３．小児・AYA部会　報告なし
４．離島・へき地部会　報告なし
５．情報提供・相談支援部会　資料25
６．ベンチマーク部会　報告なし
７．普及啓発部会　報告なし

資料２

平成３０年度 第２回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（案）

日　　時　　平成３０年８月１０日（金）　１４：００～１７：０５
場　　所　　琉球大学医学部 管理棟３階　大会議室
構 成 員　　３９名　（欠席者４名）

１号委員	（琉大病院長）	藤田　次郎
２号委員	（県立中部病院長）	本竹　秀光（代理）岸本　信三
	（那覇市立病院長）	屋良　朝雄
３号委員	（県立宮古病院長）	本永　英治
	（県立八重山病院長）	篠﨑　裕子
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
５号委員	（沖縄県医師会長）	安里　哲好（代理）宮里　達也
６号委員	（沖縄県歯科医師会長）	真境名　勉（欠席）
７号委員	（沖縄県薬剤師会長）	亀谷　浩昌（代理）江夏　京子
８号委員	（沖縄県看護協会長）	仲座　明美
９号委員	（沖縄県政策参与）	真栄田　篤彦（欠席）
１０号委員	（沖縄県保健医療部長）	砂川　靖（代理）宮里　治
１１号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	藤田　次郎
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳（代理）外間　惟夫
１４号委員	（琉大看護部長）	大嶺　千代美
１５号委員	（琉大事務部長）	熊谷　圭司（代理）髙橋　圭郎
１６号委員	（県立中部病院副病院長）	玉城　和光
	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇
	（那覇市立病院外科統括科部長）	宮里　浩
	（那覇市立病院外科部長）	友利　寛文
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	松村　敏信
	（県立宮古病院副院長）	平良　弘子
	（県立八重山病院副院長）	平良　美江
	（県立八重山病院外科部長）	尾﨑　信弘
	（北部地区医師会病院副院長・看護部長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院副看護部長）	我如古　春美（欠席）
１９号委員	（沖縄県がん患者会連合会事務局長）	安里　香代子
	（がんの子供を守る会沖縄支部代表幹事）	片倉　政人
	（公益社団法人日本ｵｽﾄﾐｰ協会沖縄支部長）	大城　松健（欠席）
	㈲ゆうかぎの会(離島圏におけるがん患者支援を考える会)会長）	真栄里　隆代
２０号委員	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（沖縄タイムス編集局社会部記者）	新垣　綾子
２１号委員	（琉大病院歯科口腔外科長）	新崎　章
	（琉大病院病理部長）	吉見　直己
	（琉大病院第一外科長）	西巻　正（代理）國仲　弘一
	（琉大病院小児科講師）	百名　伸之（欠席）
	（那覇市立病院放射線科部長）	足立　源樹

部会報告者　相談支援部会長　　島袋　幸代

陪　席　者　琉球大学医学部附属病院地域医療部特命准教授　中島　信久
沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班主査　荻堂　麻紀子
沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班　仲里　可奈理

議事要旨・議事録・委員一覧

１．平成30年度第2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7月2日開催）

増田委員（11号委員）から、資料1の第2回幹事会議事要旨（平成30年7月2日開催）の確認があった。訂正等が必要な場合は、事務局へ申し出ることとした。

２．平成30年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（5月11日開催）

増田委員から、資料2の第1回協議会議事要旨（平成30年5月11日開催）の確認があった。訂正等が必要な場合は、事務局へ申し出ることとした。

３．平成30年度1回沖縄県がん診療連携協議会議事録（5月11日開催）

増田委員から、資料3の第1回協議会議事録（平成30年5月11日開催）の確認があった。訂正等が必要な場合は、事務局へ申し出ることとした。

４．協議会・幹事会・部会委員一覧

増田委員から、資料4に基づき委員の変更について報告があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員（20 号委員）から資料 5 に基づき、47 都道府県第 3 期がん対策推進計画読み比べとモデル計画想定の試み（がん検診分野）について説明があった。

２．天野委員報告

天野委員（20号委員）から資料6-1および資料6-2に基づき、健康増進法の一部を改正する法律案概要等について説明があった。

３．新垣委員報告

新垣委員（20号委員）から資料7に基づき、膵臓がん患者会発足等新聞報道について説明があった。

審議事項

１．協議会から専門部会への要望について

増田委員から資料8に基づき説明があり、提案のとおり進めていくこととなった。

２．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について

増田委員から資料 9-1 および資料 9-2 に基づき説明があった。

３．新しい「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（解説）

増田委員から資料 10 に基づき説明があった。

４．平成 30 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 11 に基づき、協議会日程（案）の提案があった。出席できない方が多いようであれば、日程調整するので、連絡いただきたい旨、補足説明があった。

５．その他

特になし

報告事項

１．部会委員の選出について

増田委員から資料 4 に基づき説明があった。

２．患者会等よりの報告

安里香代子委員（19 号委員）から、資料 12-1 に基づき沖縄県がん患者会連合会 2018（平成 30）年度事業計画案等について報告があった。

引き続き、片倉委員（19 号委員）から、資料 12-2 に基づきがんの子どもを守る会平成 29 年度沖縄支部事業報告書及び平成 30 年度沖縄支部事業計画書について、報告があった。

３．沖縄県のがん関連事業の昨年度決算及び今年度の予算について

４．沖縄県の新しいがん対策の取り組みについて

沖縄県保健医療部宮里健康長寿課長（10 号委員砂川委員の代理出席）から、資料 13 に基づき報告があった。

５．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

６．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

８．新専門部会委員研修会について

９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

増田委員から、資料 14 から資料 25 に基づき、報告があった。

なお、詳細については、各自確認いただきたい旨、発言があった。

10. その他

特になし

部会報告事項

１．医療部会（報告なし）

２．緩和ケア・在宅医療部会（報告なし）

３．小児・AYA部会（報告なし）

４．離島・へき地部会

尾﨑委員(17号委員・離島・へき地部会長)から資料26に基づき離島・へき地部会の活動・取り組み状況について、報告があった。

５．情報提供・相談支援部会

島袋情報提供・相談支援部会から資料27に基づき情報提供・相談支援部会の活動・取り組み状況について、報告があった。

６．ベンチマーク部会（報告なし）

その他

特になし

有識者報告にかかる委員からの意見等

１．埴岡委員報告

・増田委員

大腸がんプロジェクトが立ち上がったが、ゆっくりとしか進んでいない。予防に関しては問題が大きく、効率の問題もあるため、今回ははずして、検診と医療の2分野に絞り、対応することとなった。検診に関しては、那覇市が意欲的に検診率向上のためいろいろな施策を行っているので、協力して行うことになっている。医療に関しては、沖縄消化器内視鏡会と沖縄県外科会の全面的な協力をいただいた。特に沖縄県外科会では、昨年、大腸がんにテーマを絞り、10 数病院の直近 5 年間の大腸がんの 5 年生存率を出していただき、各病院からそれぞれ 10 分程度、プレゼンテーションしていただき、全体で討議を行った。結果として、5 年生存率は全国平均並みで、単純に 5 年生存率だけでは原因がわからないことがわかった。そこで、厚生労働省が公開している大腸がんに関する QI（クオリティ・インディケーター）を用いて、院内がん登録をしている病院において QI を図っていくこととなった。

・埴岡委員

大腸がんプロジェクトの実行に関して、これからは実行しながらチェックする段階のため、事務局体制、進捗管理体制をしっかりさせ、それぞれの部分を担っている方々が推進しやすい形を作っていただきたい。

・安里香代子委員（19 号委員）

患者にとって、各病院の実績に関する情報、どこで治療を受ければよいのかという情報が、わかりづらい。

・藤田議長

これは前回も問題になったことである。いろいろな情報を提供しているが、どのがんはどこの病院が一番よいのかという情報がわかりにくいという指摘である。ある程度集約化していく必要があるが、そのメッセージが十分ではないという指摘である。

・増田委員

検診に関して、職場検診以外の検診を受ける必要がある方は、各市町村から大腸がん検診についての通知がくるので、その検診を受けていただく。結果が陽性だった場合は、結果の通知に精密検査ができる医療機関の一覧があわせて送られてくるので、そこで検査をしていただく。沖縄県内の外科医がいる医療機関では、大腸がんであるという確定診断を行うこと、またどれぐらい進行しているかということについて診ることは可能で、ほとんどの場合、そこで手術をすることが可能である。がんを診療する専門医療機関については、保健医療計画の変更に伴い、あらためて選定し、沖縄県のホームページ、がんサポートハンドブック及びうちな～がんネットがんじゅうのホームページに掲載しているので、それを参考にしていただきたい。

・真栄里委員（19 号委員）

せっかく大腸がんプロジェクトを立ち上げているのに、うまく動いていないのは、どこに問題があるのか。どこをどうすればうまく動くのか。立ち止まっている間に、たくさんの命が失われ、沖縄県にとっても経済的に大きな損失につながっていく。

・増田委員

問題は2つある。1点目は、ここ10年ほどの地域がん登録の登録結果等によると、沖縄県の大腸がん患者は、進行して見つかる傾向があるということ。2点目は、「限局、領域、遠隔転移」のうち、「領域」に関しての5年生存率が悪いため、なんらかの医療的な問題点があると言われているが、医療の質が悪いのか、それとも大腸がん患者が他にいろいろな病気を抱えていて（例えば重い糖尿病等）、そういう人が多いから成績が悪いのか、ということについては、議論の分かれるところである。1点目の比較的進行してがんが見つかることが多いということに関しては、市町村レベルで住民検診をしっかりやっていただき、異常がある人にはきちんと精密検査に行っていただくことが一つである。2点目の医療の部分に関しては、医療者側が医療行為を一つ一つ確認していく、振り返るプロセス評価が必要で、沖縄県外科会でもその方向で話しがまとまっている。このことに関して、事務局である琉大病院がんセンタ

ーの作業が遅れているという状況であるが、各病院の診療情報管理士または院内がん登録をしている方々にデータを提供していただくよう依頼していて、今後、順次各病院でQIの測定に入り、年度内にはこれまでの既存のデータと比較できる予定である。

２．天野委員報告

・安里香代子委員（19 号委員）
加熱式たばこの喫煙室が必要との話があったが、たばこの代わりに加熱式たばこがでて宣伝されているという流れから、業者との関連もないと、具体的につながっていくことができないのではないか。

・天野委員
葉たばこについては、受動喫煙に関する害の科学的根拠がかなり積み重なってきているので、規制されているが、加熱式たばこについては、健康被害、特にがん等は、実際でてくるのに時間がかかる。加熱式たばこが売り出され、世界で 25 カ国でおよそ承認されている中で、その販売量の 9 割が日本である。これだけ突出した状況で、加熱式たばこが日本で使われることによって、もし仮に、今は未だ明らかになっていないが、今後、加熱式たばこで健康被害が明らかになってきたという場合には、もう遅い。このため、厚生労働委員会に出席した際、一緒に出席した参考人の方々も、より安全的な予防を講ずるべきだという観点から、加熱式たばこを葉たばこと同様な規制とすべきである旨、繰り返し訴えたが、残念ながら、法律では反映されなかった。喫煙室の基準について、厚生労働省が別の検討会で話し合っているので、そこで、加熱式たばこ専用とする喫煙室がどうなっていくか、おそらく今後の議論となっていく。国会審議においても、自見はなこ議員が、医療においては EBM（Evidence-Based Medicine）がすでにあるが、医療政策の過程においては Evidence-Based Policy Making はまだ途上であると発言していた。科学的根拠に基づいて判断するのであれば、より厳しい基準とすべきであるが、残念ながらそこまでには至っていないというのが日本の現状である。

審議事項にかかる委員からの意見等

１．協議会から専門部会への要望について

・藤田議長
いろいろな対策が動くか動かないかというのは、核になる人物がいるかいないかが決定的に大きい。また、予算をどうするのか、大きな課題である。実際、誰が実行部隊になり、その予算はどのように確保するのか。この2点が部会でも大きな問題となっているという理解でよいか。

・増田委員
基本的には、小さいもの、例えば日々の活動程度のものは各拠点病院からの拠出、実際的には都道府県拠点病院である琉大病院から主に拠出している。大きなものについては、沖縄県に要望したり、沖縄県と調整したりする部分もあるので、その部分も含めて、みなさんから意見をいただいた。それぞれ部会ごとに年度計画に柱を立てているので、それプラス、みなさんから要望いただいたことについて記載している。沖縄県の計画と拠点病院の新指針に記載のあるものについては、協議しながら、できるものはやっていくという前提で、さらにやった方がよいということについて、要望していただきたい。

・吉見委員（21 号委員）
ゲノムに関しては、ゲノム中核病院に11病院が指定されているが、厚生労働省を含め、今後、どのようなかたちになっていくのか、方向性が不透明である。また、現状では、がんゲノムを実際使うときに、自己負担が 50～70 万円かかるが、実際は 20%しか治療ができず、有効な治療は 10%を下回るのではないかということがわかっている。ゲノム医療をやれば、かなりの治療ができるという状況ではまだない。琉大病院は、現状ではまだ連携病院になっていないが、どのようなかたちでゲノムを認識していくかというところを、沖縄県全体として協議していただきたい。

・藤田議長
マスコミで地域格差が最も生じやすい部分であると認識している。非常に大事なポイントなので、吉見委員にはぜひ正しい情報提供をお願いしたい。

・天野委員
国のがんゲノム医療の提供体制の構築は、走りながら作っている、さまざまな課題を抱えながら進んでいるというのが現状で、現状の先進医療の枠組みでは、薬にたどり着ける患者は概ね 1 割程度、しかもその 1 割の患者がたどり着ける薬は未承認であったり、適用外であったり、場合によっては、臨床試験・治験等を行っている薬である。このような現状を認識した上で、患者が過剰な期待を持たないように、患者に対して十分な説明を行うことが重要である。
一方で、すでに中核拠点病院ができ、連携病院が全国で 100 施設指定されている中で、沖縄県内で中核病院も連携病院も 1 施設もない状況である。がんゲノム医療が今後、おそらく急速な勢いで進んでいき、先進医療の枠組みでなされているパネル検査もおそらく年度末もしくは来年度初めには保険適用される予定であるというところを考えると、中核病院はもちろん連携病院に沖縄県内から 1 施設も入っていないという状況が続くと、不利益が生じる可能性も否定はできない。せめて、連携病院には、琉大病院もしくは沖縄県内の他の施設が入っていただかないと、県内の患者が不利益を生じる可能性がある。
国が推し進めているゲノム医療提供体制とは別に、例えば乳がんの領域においては、オラパリブ等新規治療薬がでてきていて、日常診療を受けている患者の中から一定の遺伝性腫瘍を含む技術的所見がどんどん見つかっていく時代に入っているということを考えた場合、やはりゲノム医療提供体制の構築というのは、喫緊の課題である。

・吉見委員
沖縄県においても、連携病理診断センターにおいて、パネル検査の部分はまだ十分できていないが、個別の遺伝子変異について、肺がんはすでに検査できるようになっている。今後、大腸がん等、一つ一つ可能になっていく予定である。沖縄県においても、いつでもある程度参加できるような状況になっている。ただ、アメリカでは最初から診療報酬がとれるが、日本の今のパネル検査は、分子標的剤の検査を行って、初めて診療報酬がとれるということなっている。このことについて、厚生労働省で診療報酬上の問題となっている。
沖縄県の支援を受け、この 4 月から連携病理診断センターを立ち上げた。そこでは、免疫療法 PD-L1 という抗体を使っているが、キットにだいたい 50～60 万円かかる。ある種の抗体に関しては、診療報酬がとれるのが耳鼻科領域しかなく、一方で使用期限があるため、捨ててしまうと無駄な部分がでてくるので、有効活用したい。今後は治療に対するエビデンスとして残していく必要があるので、診療報酬はとれないが、各連携病院の各医師から連携病理診断センターに連絡いただきたい。

・藤田議長
附属病院は連携病院となる予定のため、整備を進めていきたい。

・埴岡委員
次回協議会までに、計画の実行を誰が担うかについて、しっかり形を作っていただきたい。
来年度予算が締切間近のため、部会及び協議会から必要なものがあれば、沖縄県へ要望することが必要である。
大腸がんプロジェクトの進捗管理体制について、予算等も含め、整えていただきたい。
沖縄県のがん計画では、進捗管理をする指標の手当として、患者体験調査を盛り込んでいるが、この調査を行うにあたり、1施設あたり10万円程度費用がかかるということなので、沖縄県には早急に補助について検討していただきたい。

・増田委員
第2回患者体験調査に関しては、厚生労働省の研究班の増田小班で質問事項の選定を行い、制度設計を行った。都道府県拠点病院、地域拠点病院から2病院、その他希望する病院において、患者体験調査を行うこととなっている。１病院あたりおおよそ10万円前後の予算がかかるが、解析は研究班で行い、結果を提供する予定のため、各拠点病院には協力いただきたい。

２．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について

・諸喜田委員（3 号委員）
カンファレンスについては、それぞれの都合があり、まだ実施できていないが、がん患者に関しては、

以前から連携をとっているので、継続していきたい。放射線適応患者については、県内の放射線科の医師と連携をとり、適切な時期に紹介できるようなアドバイスをいただきながら、対応し始めているところである。

・宮古病院岸本信三副院長（3 号委員本永委員の代理出席）
がんの放射線治療について、食道がんは琉球大学の第一外科に集学的に治療していただき、泌尿器・前立腺がんは沖縄赤十字病院等、それぞれの医師が放射線治療装置のある関連病院に紹介している。

・篠﨑委員（3 号委員）
宮古病院は中部病院と連携し、中部病院の医師に講演していただいている。疾患に応じて得意な分野の病院に患者を紹介し、治療していただいている。

・本竹委員（2 号委員）
Web でカンファレンスを行っているが、ハード面がよくないので、改善が課題である。化学療法専門の医師がきたので、集学的に治療ができる環境にあり、勉強会を行ったが、クリアカットにできなかったので、整備が必要である。

・沖縄県医師会宮里達也副会長（5 号委員安里委員の代理）
どの病院にも放射線治療装置があればよいという話ではないので、やはり適切な集約化が必要である。おそらくこの問題は地域に住む人にとって、移動あるいは治療期間中の支援体制等をどう行うべきかという議論に集約される。例えば、病院から病院へどのように送り迎えできる体制がとれるかという具体的なことについて考えていく時期である。一括交付金等制度ができたことにより、以前に比べ、かなり改善しているが、離島・へき地に住む方々にとっては、たえず改善を求める要件である。

３．沖縄県のがん関連事業の昨年度決算及び今年度の予算について

・埴岡委員
行政用語及び行政分類等がわかりにくく、評価しにくい部分がある。沖縄県の医療計画のがん対策にロジックモデルおよび施策がそれぞれ掲載されているため、その施策との対応を記載し、予算とひも付けるか、あるいは連携協議会の部会が対応しているため、予算がなくても実行できるもの等記載した方がわかりやすい。ソフト予算とハード予算、実費予算と対策予算等、振り分けないと評価しにくい部分があるので、もう少しわかりやすい資料を作成いただきたい。

部会報告事項にかかる委員からの意見等

４．離島・へき地部会

・沖縄県医師会宮里達也副会長（5 号委員安里委員の代理）
極めて重い課題であるが、段階的にしか解決できない。以前から議論があり、いろいろな施策を行ってきた。運賃・宿泊費の支援制度もできているが、それが不十分であるということも事実で、専門家がこうあるべきだという議論を整えることの方が大切である。

・本竹委員
部会には、沖縄県よりも当該市町村が入った方がよい。予防に関しても、市町村会の会長を含め、首長たちへ働きかけないと解決できない。実務者だけでは解決できないというのが現実である。

・真栄里委員
どんどんよくなっているが、まだたくさん要望があり、一挙に解決できない。宿泊支援等、沖縄県は市町村が半分補助するのであれば沖縄県も残り半分を補助するということだが、市町村は財政が厳しく補助できないということである。

・沖縄県医師会宮里達也副会長(5 号委員安里委員の代理)
部会には、沖縄県より、市町村会(北部地区でいうと12市町村会)に入ってもらい、住民の要望を整理する方がよい。

・尾﨑委員
沖縄県は市町村に対して予算の支給、指導等を行うので、県民に対する責任があり、無関係とは言えない。ただ一方で、宮古、八重山では、県立病院が医療の主要な部分を担っていて、そこをどう整理するかということについては、沖縄県に責任がある。離島・へき地部会に沖縄県が関与することが必ず必要である。ただ、予算について、指摘のように沖縄県の担当者だけでは解決できないということであれば、市町村に対してどう働きかけたらよいのかというノウハウを持った方に委員になっていただく必要がある。

・藤田議長
宮古病院も新築され、八重山病院も今度オープンするということで、相当ハード面もよくなり、また医師の数もかなり増えてきている。

資料３

平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　平成３０年８月１０日（金）１４：００～１７：０５

場　　所　　琉球大学医学部附属病院　管理棟３階　大会議室

○藤田次郎議長（琉球大学医学部附属病院　病院長）

お忙しい中、たくさんお集まりいただいて、まず皆さんに感謝したいと思います。

それでは早速、これより審議に入っていきたいと思います。

まず資料の説明について、がんセンターの増田委員からお願いできればと思います。

○増田昌人委員（琉球大学医学部附属病院がんセンター　センター長）

では、資料の確認をさせていただきます。

まず、皆様の机の上にはiPadが置いてあります。これにメインの資料が入っております。本日配付しております紙の資料としては、一番上に本日の議事次第、これはiPadにも同じものが入っていますが、別にあったほうが見やすいかと思って１枚紙を用意させていただきました。

それをめくっていただきますと、資料８、審議事項の１番の資料となっております。次が資料10、審議事項の３番の資料となっております。細かくいいますと４つ資料が入っておりますが、解説するときにお話しさせていただきます。

めくっていただきまして、資料15、報告事項６番の資料となっております。資料17、報告事項の８番の資料となっております。資料番号は入っていないのですが、それ以外に報告事項２番の患者会等よりの報告、これはiPadの中に入っているのですが、それ以外に８月18日のチラシがありますので、これを合わせて報告事項２番で解説をしていただく予定になっております。

もし足りない等がありましたら、お手を挙げていただければ係の者がまいりますのでよろしくお願いします。

○藤田次郎議長

ありがとうございました。

皆さんはもうiPadの使い方は慣れていると思いますが、念のため、がんセンターの伊佐さんより操作説明をお願いしたいと思います。

○伊佐奈々（琉球大学医学部附属病院　診療情報管理士）

代理の先生もいらっしゃいますので簡単に説明させていただきます。

まず、「iPadの使用方法について」ということで、Ａ４の紙が１枚置いてありますが、こちらもご確認ください。

本体の真ん中下のボタンを１回クリックすることで起動いたします。スライドロックがかかっている先生は、その文字の上を左から右にスライドすることでロックが解除できます。

次に資料の開き方です。たくさんのアイコンが表示されているかと思いますが、赤いアイコンで「Adobe Reader」と書いたものを指でクリックすることで資料が開きます。そのまま資料が開いた先生はよろしいのですが、資料のファイル名が開いた先生は、そのファイル名の上をクリックすることで資料全体が出てきますのでご確認をお願いします。

最後に資料のめくり方です。配付資料の裏面にも書いてありますが、画面右下のリボンをクリックすることでしおりとして資料がめくれます。そちらを使うほうがスムーズかと思います。あと、１枚ずつめくる場合には、モニター画面を右から左にタップすることで１枚ずつめくれますのでご確認ください。

わからない先生は挙手で後ろにいるスタッフに聞くような形でよろしくお願いします。

○藤田次郎議長

ありがとうございます。もし操作で不明な点がありましたら挙手していただければと思います。

それでは、資料１から４は議事要旨になります。さらに各委員一覧について、増田委員よりご報告いただきます。

議事要旨・委員一覧

１．平成30年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7月2日開催）

２．平成30年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（5月11日開催）

３．平成30年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録（5月11日開催）

４．協議会・幹事会・部会委員一覧

報告事項

１.部会委員の変更について

〇増田昌人委員

お手元に紙の資料がありまして、その一番上にある議事次第を左に置きご参照していただきながらiPadの中の資料をご覧いただきたいと思います。iPadの資料は、最初のページには同じ議事次第が入っておりまして､それを１枚めくると資料一覧が２ページ続きます。全体のページは一番下の中央に004と書いてあります｡これが通しのページになっています。ここの４ページ、資料１をご覧ください。これが平成30年度第２回の沖縄県がん診療連携協議会幹事会の議事要旨となっております。本日は代理の先生方も何人もいらっしゃるので少し説明いたしますが､本協議会は年４回の開催予定となっておりまして、５月、８月、11月、２月の予定となっております。その約１カ月ほど前に各病院から代表者が集まりまして幹事会を組織しております。幹事会では今日の協議会でディスカッションすることをあらかじめ幹事会でもディスカッションしておりまして、最終的に議題調整等を行って整理しているのがその趣旨となっております。これが前回、７月２日に第２回の幹事会が本協議会に先立って行われました。

４ページの一番下に１．専門部会委員の選出について。めくって、２．幹事会から専門部会の要望について。３．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について。あとは日程調整と議題調整を行いました。

報告事項はここにある９つになります。そこで議題調整してまいりましたのが今日の議事になります。

次が７ページ、資料２、５月11日に行われた平成30年度第１回の本協議会の議事要旨となっております。

めくると審議事項等が並んでおりまして、前回は、審議事項の１．沖縄県がん診療連携協議会として今後取り組む項目について、２．専門部会の再編について、３．専門部会委員の選出について、４番目からは、それまであった７つの既存の部会からの報告が、事業計画の評価をまた皆様にも議論していただきました。

報告事項は全体で10ありました。また部会報告もそれぞれありました。

ということで、特に審議事項にかかる委員からの意見等が11、12ページから少し詳しく書いてあります。

数ページ進めていただきまして、17ページ以降が第１回の協議会の議事録になっていま

す。逐語訳が載っております。資料３となります。事前にお送りしているものではありますが、また皆さん、お気づきの点がありましたら本協議会終了後でも、あるいは後日でも結構ですので、事務局、私のほうにファクスか電話かメール等でご指摘していただければ琉大のほかの事務と諮りまして修正していきたいと思います。

次に資料４、77ページ、本協議会の名簿になっていて、協議会及び幹事会は特に変更はないのですが、新しい専門部会が立ち上げ中でありまして、かなり変更がありますので、79ページには医療部会とその下に所属する２つのワーキングができておりまして、医療部会に関しては一部調整中がありまして、地域連携ワーキングはほぼ選定が終わって、これから日程調整をする予定です。あとは本協議会で朝倉先生からのご提案がありました薬物療法のワーキングに関しても、先生のほうで人選を進めていただいて、今月中には人選が終了すると伺っていますが、この段階ではまだ調整中になっております。黄色の部分が調整中ではありますが、多くは決まってきているようであります。

80ページが在宅ケア・在宅医療部会、その下に２つワーキングがありますので、これはほぼ人選が終了しております。

下の小児･ＡＹＡ部会もほぼ人選が終了しておりますが､こども医療センターで数名と、あと森川特別支援学校からご推薦をいただく予定であります。

次が81ページに離島・へき地部会、情報提供・相談支援部会、ベンチマーク部会、ベンチマーク部会のがん登録ワーキングになっておりまして、大体人選が終わりまして、すでに２回ほど終わっている情報提供・相談支援部会のようなものもありますし、８月中に日程調整を行うものもありますので、以上、このような形で部会委員の変更をしておりますので、報告事項１番、部会委員の変更もあわせてご報告させていただきました。

○藤田次郎議長

少し補足しますと、議事次第のかがみの部分で、報告事項１．部会委員の変更についてが79ページ以降の資料４になりますが､ここも今あわせてご説明いただいたということで、一部、まだ黄色の部分はありますけれども、大まかなところでこの報告について、一応、皆さんもご確認をいただければということでよろしいでしょうか。

かなり部会が多くて、しかもたくさんの委員の先生方にご協力いただくことになりますが、この件はまた何かありましたらご指摘いただくということで進めていきたいと思います。よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

それでは、議事要旨・委員一覧と報告事項１．部会委員の変更については終わりました。

ということで、またこのかがみに戻って、有識者報告事項に入りたいと思います。埴岡委員からご報告いただければと思います。報告15分、質疑５分でお願いできればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

資料５、82ページを開いてください。なお、資料が横置きですので、このパートだけ画面を横置きにしていただくと見やすいかと思います。それからページ数は通し番号ではなくて、このスライドの中での番号を申し上げます。

さて、テーマは47都道府県の第３期がん対策推進計画がこの４月から動いております。関心としましては47県の計画がどういうふうになったのかと、どういうところに好事例が出てきているのかなということだと思いますが、このほど全県の計画を読み比べしてみました。それでいいとこどりのモデル計画みたいものが想定できないかなという試みです。全ての分野をするのは非常に難しいので、今回、がん検診分野、またがん検診分野も全てではなく一部になりますけれども、少し見てみましたので共有できればと思っております。

スライド３ページ、趣旨は、全県の計画を読み比べることでいいとこどりのモデル計画ができるのではないか。また沖縄県の計画を改善することができるのであれば改善してから実行する。実行しながら改善することがあれば、県民にも役に立つのではないかと。また検診といってもさまざまな検診がありますが、沖縄県では大腸がんプロジェクトが動いていることから、主に大腸がんを念頭に置いて作業してみました。

４ページ、申し上げたことを図示したイメージ図になります。これから６年間実行するわけですが、県民のために良い結果をもたらすためには、しっか計画を上げていくことと、上げるだけではなく、しっかり実行することかと思い、今回、この資料を作成しました。

がん検診分野においては、皆さんご承知のように、５ページにありますように、対策の基本的枠組み、ロジックモデルは共有されていると思います。目的は死亡率の減少及び早期発見率の向上、一般的にそのためにはアセスメント、マネジメント、受診率、この３点から目標設定をして対策を打っていくことがいわれているかと思います。

その点、６ページにありますように、沖縄県の医療計画に書かれているがん対策の早期

発見分野は、まさにその基本的なロジックモデルどおりの構成になっているということで、好ましいことではないかと。問題はこの中身をいかにより充実させていくかということかと思います。

作業としては、７ページの写真にありますように、各県のがん計画からがん検診、早期発見分野に関するところをプリントアウトして並べて読みながら作業を行いました。

11ページ、読み比べをするときに一定の尺度、物差し、手がかりが必要です。今回はこの観点に留めさせていただきました。取り上げた項目としては、ロジックモデルがあるかどうか、分野アウトカム目標が設定されているか、分野アウトカム目標に関して指標があるか、アセスメントに関する目標があるか、精度管理に関して精検受診率の目標があるか、またそれ以外の目標も設定しているか、そして受診率、この６項目、あるいは７項目をチェックさせていただきました。

12ページから、その47都道府県を今の６項目、ないし７項目でチェックした一覧表がございます。基本的に緑色に見えているところが比較的前向きかなと読めるところになります。

12ページ、13ページ、14ページ、15ページと見ていただきますと、全県の表になります。緑のところが比較的前向き、特に赤枠で囲んでいるところがいくつかそういう良い対策が固まっているように見えるところといえます。

16ページ、ひと言でいいますと47都道府県、がん対策の計画の記述において格差が大きい感じを受けました。調べました全項目を全てできている感じのところはなかった。ただ５つぐらいの県で比較的多くの項目を満たしているように見えるところがあったということでございます。

時間の関係上、この後、29ページまで飛ばせていただきます。以上、全体をチェックしまして項目ごとに見所をご紹介します。

分野アウトカムの目標の指標があるかという観点なんですが、がん検診、当然、死亡率を減らすために、早期発見率を高めるためにやっているのは当たり前のように感じるのですが、それを明記していない県が実はほとんどでございまして、そこを明記しているのは29ページに書いているような限定された県でございました。幸い沖縄県は早期発見率を増加し、死亡率減少に結びつけるんだということを明記しておりました。

30ページにございますけれども、私がベストな記述じゃないかなと思ったのは島根県、早期がんの割合と書いた上で、各がんの部位において10％ポイント増加させるところまで

明記しておりました。

次に35ページ、これはいわゆるアセスメント、科学的根拠のあるがん検診を実施することに関する記述です。これも多くの県が検診受診率の目標などを設定したり、あるいは精検受診率の一部の設定をしているんですけれども、アセスメントにほとんど言及していないところが多かった中で、しっかりと書かれているものを列挙したものでございます。

36ページにいくつかピックアップしましたけれども、愛媛県では指針に基づかないがん検診について適切に対応。秋田県では施策に書いてあるところなんですけれども、国の指針によらないがん検診の見直しを行う。高知県は指針に基づかない方法でがん検診を行っている場合は見直しを検討する。広島県は指針に基づかない検診を実施している市町に対し、必要な働きかけを行うとありました。

戻って35ページ、沖縄県は科学的根拠に基づく検診を実施している市町村数41ということで、全ての市町村が科学的根拠に基づく検診を実施すると書いているのですが、逆にいうと科学的根拠に基づかない検診を実施している市町村はゼロという意味を含むのかどうかというのが疑問でありまして、恐らくそれを含んでいないのではないかと思われます。

ということで、このアセスメントのところについては、がん検診のいろはのい、エビデンスに基づいたことをやる、エビデンスに基づかないことはやらない、対象としないがん種に関しては行わないことが大事だと思うんですが、それが十分にできていないことが窺えたところです。

42ページ、次にマネジメントの分野で１つ大きなテーマとなっている精検受診率です。これは国が90％と設定していますので、多くの県が90％に設定されていますが、こちらにありますような県はそれを超える目標を設定していました。

続きまして50ページ、マネジメント分野の精度管理、検診受診率以外に関して記載している点で、いわゆるチェックリストをしっかりと見ていく、そしてそのチェックリストの充足率、遵守率などに関して目標を設定しているところ、このような県がございました。そういう意味では、チェックリストでチェックしていくのは暫定的な経過的な時期かもしれませんが､こういうことに関して目標設定をしていくのは大事なことかなと思いました。

あとは精度管理の中で、いわゆるプロセス指標、６点セットございますけれども、精検受診率のみならず、精検未受診率、精検未把握率、あるいは陽性反応、的中度、がん発見率等々、全体をセットでチェックしていこうという発想の県もございました。また、がん検診におきましては、偽陽性、あるいは偽陰性の問題も大きくなりますけれども、特にか

なり労力もかかる偽陰性の問題に関して取り組もうとしているところもありました。福井県は偽陰性への検証を行うということがありました。恐らくがん登録データと検診データを突き合わせて偽陰性例の発生率やその内容の検証を行う非常に大事な動きではないかと思われました。

54ページ、検診受診率になります。要は検診受診率の定義、数字の精度自体が問われているところではありますけれども、国の定めた50%に対しまして、それを上回るところも出てきているところです。特に検診率全体ではなくて、戦略的にどのがん種に対して、どの年代に対して、どの程度の受診率を設定していくかという発想が新たに出てきている兆しを感じておりました。

例えば鳥取県では初回受診者数を増加させる。それから高知県では全体は50%の設定をしているのですが、中でも特に40～50歳代の検診率50%を下回らないようにと、60代、70代、80代で数字を稼ぐのではなくて、40～50歳代を重点的に考えているということです。鹿児島県では乳がんの40歳代、50歳代は60%、子宮頸がんの20歳代と30歳代は60%ということで重点化を行っておりました。

このように全体を見ていきますと、いいとこどりのモデル計画が想定できるのではないかと思います。分野アウトカムは当然、早期発見が進んでいることを含む目標設定とし、そこに関して数値設定をできないかというのが56ページでございます。

57ページ、アセスメントに関しては、やはり科学的根拠に基づかない検診の実施ゼロを含んでおくことが大事ではないかということです。

58ページ、マネジメントになりますが、プロセス指標、６つの指標全てをモニタリングする、あるいは目標値を設定する。また検診チェックリストがございますので、そちらの充足率、遵守率、これはデータも整っておりますので、そちらを目標設定していく考えもあるかと思います。

59ページ、検診受診率に関しては戦略的に考えて、特に重点化ターゲット、年代、がん種を設定していく考えがあるかもしれない。

以上のようなことで、モデル計画を作って、自分の県の計画でまだ伸びしろがあるところがあれば、実行しながら補っていく。あるいは今、実行にとりかかるところですけれども、先に修正してから実施していくことがあり得るのではないかというところです。

続きまして、今までは計画を読み解くことをやってまいりましたけれども、では、現状データがどのようであったかという確認もしておきたいと思いまして、データを見てまい

りました。

62ページに、先ほどのロジックモデルが改めて出ておりますけれども、この☆印のところの数字を全部並べれば一定のチェックができるのではないか。このあたりでどのようなデータがあるかということでまとめてみました。

63ページに、そのリストと説明がございます。死亡率、生存率、早期発見に関して臨床進行度、検診のマネジメントに関してはプロセス指標やチェックリストの実施率などのデータを集めました。また、受診率のデータも含んでおります。

このような15項目程度のものを並べたのが64ページからの表でございます。全国値と47都道府県のデータ、15項目を並べてみました。黄色いところが比較的データが要注意を示しているところで、比較的黄色いところはあまり好ましくないのではないかというところです。

66ページを見ていただきますと、最後に沖縄県のデータがございますが、15項目中９つが黄色ということで、黄色が最大数になっております。具体的にいいますと、死亡率は18.7％で全国値よりかなり高く、生存率は63.5％で全国値の72.2％よりは低く、臨床進行度分布は41.7％と全国の43.2％より低くというようなところです。精検受診率も低く、それからアセスメントに関しては対象年齢が死因に基づく市区町村割合が36.6％と低いというところ、また指針以外の何らかの部位で検診を実施した市区町村の割合、こちらのほうは緑になっておりますので全国値よりはまし。ただ本来ゼロであるべき数字になります。受診率も低いというところでございます。

以上、全国の計画を見、沖縄県の計画を見、次いで全国のデータを見、沖縄のデータを見たところです。

69ページ、この２つの作業をちょっとまとめ合わせてみました。この作業をまとめ合わせるのは方法論的には難しいですし、確立した方法もないと思います。１つ目の表の緑の数と２つ目の表の黄色の数を単純カウントする。特に重き付けもせずにやるということで随分ラフなやり方ですけれども、２つの大きな表を読み解くのもなかなか複雑で時間がかかりますので、軽くガイダンスという意味で作ったところです。

右上にあるところは、大まかにいいまして大腸がんに関する現況及び大腸がん検診に関する現況に問題が大きいのが右寄り、ただ上にあるということは、がん対策、新たな計画はかなり前向きといえるかと思います。沖縄は問題が大きいですけれども、計画はかなり意欲的になっているということなので、先ほどのベスト計画を参照に、より計画を上げて

実行していけば希望が持てる。逆にいえば、計画を上げて実行することに多くの部分がかかっているかなというところでございます。

以上、沖縄の大腸がんプロジェクトにも参考になると思いまして、がん検診、大腸がんに関してご説明しました。今日はがん検診に関して説明しましたが、同様にほかの分野も読み比べができ、自県の対策の参考にできるのではないかと思います。

○藤田次郎議長

ご質問はあるかと思いますが、次の天野委員の内容も非常にリンクすると思いますので、引き続いて有識者報告の２番、天野委員からのプレゼンテーションをお願いします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

iPad資料の154ページからになります。改正健康増進法の成立についてご報告申し上げます。

まず154ページでございますが、改正健康増進法の趣旨としては３点ございまして、１つ目が望まない受動喫煙をなくす。これは当たり前のことでございまして、国のがん対策推進基本計画においても望まない受動喫煙をゼロにする趣旨のことが計画に書き込まれているわけです。

２点目が、特にその中でも受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に配慮すること。

そして３点目が、施設の類型、場所ごとに対策を推進していくことが定められています。

155ページ、かなりビジーな図で恐縮なのですが、その施設別の類型はこちらに書かれているわけです。上の左側の部分を見ていただきますと、アルファベットのＡ、Ｂということで施設の類型が分かれています。Ａに類型されるのが学校・病院・児童福祉施設等、行政機関でございまして、こちらは禁煙となっていますが、※１のところを読んでいただきますと、屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に喫煙場所を設置することができるとされています。

Ｂの施設は、このＡ以外の施設、特に飲食店などが含まれるわけですが、それについては原則屋内禁煙となっており、喫煙専用室、つまり喫煙だけはできるけれども、飲食等はできない部屋になりますが、喫煙専用室内でのみ喫煙をしていただくことが可能という整

理になっています。

ただ一方で、その右側にありますが、経過措置、すなわち例外措置がとられているわけです。経過措置は大きく分けて２つございまして、１つ目が加熱式たばこに関する経過措置ということで、これは当分の間の措置ということですが、原則屋内禁煙にはなっているのですが、加熱式たばこについては加熱式たばこを専用とする喫煙室を設置した場合は、その中では飲食が可能になっております。加熱式たばこについては、紙たばこほどの科学的根拠が十分得られていないという理由に基づき、紙たばこよりも緩い規制になっていると理解しております。

もう１つの経過措置、例外措置になるのが、法律で定める日までの期間の措置としまして、既存の特定の飲食提供施設、すなわち個人、または中小企業ということで一定の規模以下であり、かつ客席面積が100㎡以下の飲食店については、喫煙が可能であることを掲示することにより喫煙が可能という整理になっておりまして、この２つの経過措置が認められていることについてさまざまな意見、議論があったところでございます。

156ページ、今の私の説明を図示するとこういった形になるわけですが、まず法施行後の上段の部分ですが、事務所や飲食店のうち新たに開設される店舗、または経営規模がある程度大きい店舗については３種類となります。すなわち屋内禁煙とするか、喫煙専用室を設置するか、もしくは加熱式たばこ専用の喫煙室を設置するか。いずれかの選択をしなければいけなくなります。喫煙専用室や加熱式たばこの専用の喫煙室については、いずれも20歳未満の方は立ち入りができないことになります。

先ほど例外措置となったのが既存の飲食店のうち経営規模の小さい店舗ということで下の段になりまして、喫煙可能とする。ただし、この場合は掲示を義務化する。もしくは屋内禁煙とする。いずれかを選べることになっています。厚生労働省説明としては、まず20歳未満の方が立ち入りできなくなることにおいて、特に飲食店等においては、20歳未満のお客さんが喫煙可能なスペースに入らないのはもちろんのこと、従業員の方も20歳未満は立ち入れなくなりますので、そうなりますと特に飲食店においては20歳未満の方のアルバイトを雇用されることによって営業を維持している店舗は多数ありますので、必然的に屋内禁煙が進むのではないかという考え方。

あともう１つが、おおむね毎年２割程度の飲食店が新たに入れ替わっていくといわれていますので、直ちにとはならないけれども、段階的に緩やかに新たに開設される店舗が増えていくことによって、禁煙が進むのではないかというのが厚生労働省による説明となっ

ております。

157ページ、国及び地方公共団体においてもさまざまな取り組みが求められておりますし、さらに158ページ、これは先ほど説明したことで細かく書かれていますが、先ほどの既存の特定の飲食提供施設はどの程度の割合になるのかということで、厚生労働省の推計では最大で5.5割程度ということになります。厚生労働省は経過措置と説明していますが、事実上、例外になっておりまして、例外となる店舗が現時点で5.5割程度あるのは、もはや例外措置とはいえないのではないかという指摘もあったところです。

159ページ、こういったことに対して、今回の法案の特徴となっているのが罰則付きであることでして、最初は指導や勧告等が行われますが、その後、命令等があっても従わない場合には罰則は適用される流れになっておりまして、具体的な役割を果たすのは都道府県や保健所等になっており、保健所の負担が増加するのではないかという指摘は国会の審議でもされていました。

160ページ、当然、こういった法律を施行するのは、いわゆる従業員に対する受動喫煙対策が重要だとされていることでして、それに対してさまざまな指摘が出ています。

161ページ、今後の施行のスケジュールですが、おおむね一部施行から始まりまして、事前周知となって、全面施行となるのは2020年４月からとなっております。

162ページ、その国会の審議の１つでございますが、衆議院の厚生労働委員会において参考人招致が行われまして、私を含む５人の参考人が意見を申し述べました。５人の参考人はそれぞれの政党が推薦しておりまして、与党が推薦したのが私と全国保健所の所長会の会長の山中先生、野党が推薦したのが日本肺がん患者連絡会の長谷川さん、名古屋市立大学の大手先生、東北大学の黒澤先生でして、さまざまな質疑が行われました。５名の参考人が推薦された政党等にかかわらず一致して申し上げていたのが、恐らく今回の改正健康増進法は受動喫煙をなくす観点から見ると不十分な点があるという指摘だったと認識しております。

私からは主に３点の指摘を申し上げまして、まず１点目が、経過措置の部分で、特に客室の面積要件の部分がそもそも例外要件を認めるべきではない。もしどうしても認めざるを得ないのであれば、それは限定的とすべきであるということ。

２点目が、加熱式たばこの取り扱いについては、加熱式たばこは確かに科学的な知見は紙たばこほど十分に得られていませんが、ＷＨＯからは紙たばこと同様に有害であるので、予防的に紙たばこと同様に規制の対象とすべきであるという勧告が出ていることに従いま

して、加熱式たばこについても喫煙室等について同様の取り扱いとすべきであるということ。

３点目が、小学校・中学校・高校においては敷地内禁煙がかなり推進されていますが、児童はそもそも望まない受動喫煙である、望まないことを意思表示することは困難でありますし、また喫煙をされる方は未成年のうちから喫煙を開始されることが多いとされていますので、そういった場で敷地内の喫煙を認めるのはいかがなものかという指摘をさせていただきまして、国会でも議論がありましたが、さまざまな意見がある中で、２ページほどめくっていただきまして、衆議院と参議院、それぞれ賛成多数ということで可決された次第です。

ただ、私ども５人の参考人からの意見を踏まえまして、衆議院の厚生労働委員会で附帯決議が付けられていまして、例えば先ほど申し上げた例外部分にある既存の特定飲食提供施設に係る特例施設については、法施行後、できる限り速やかに実施状況に関する実態調査等を行い、その結果に基づき必要な措置を講ずることとされていますし、指定たばこ、いわゆる加熱式たばこのことを指しますが、これについては可能な限り調査研究を推進し、結論を得て、その結果に基づき紙巻きたばこと同様に取り扱うなど、必要な措置を速やかに講ずることなどの附帯決議が付いたところでございます。

○藤田次郎議長

有識者報告として埴岡委員、天野委員からご報告をいただきました。最初に埴岡委員からは、全国のモデル計画で沖縄県との比較で、課題は大きいが計画は意欲的と、これはある意味大変だなと思ったわけですが、それと大腸がんの課題が大きいというご指摘をいただいたと思います。

そして天野委員からは、沖縄の喫煙率は非常に高いと思っていますし、結構居酒屋さんに行っても分煙されていないところも多いように思いましたので、大きな問題だと感じた次第であります。

委員の皆さんからご質問等、あるいはコメント等をいただけたらと思いますが、どなたかいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

埴岡委員から最後に、沖縄県の大腸がん死亡の激減をということがありますけれども、増田委員、現状はどうなっているか少しコメントしていただいていいですか。

○増田昌人委員

大腸がんプロジェクトに関してでしょうか。

立ち上がりはしたのですが、ゆっくりとしか進んでいない状況がまずあります。それが１つです。

予防に関しては少し問題が大きいので、今回、大腸がんプロジェクトとしては、あと効率の問題もありますので今回は外させていただいて、検診と医療の２分野に絞って対応すると。検診に関しては、今、那覇市の保健所の仲宗根先生にも入っていただいて、今、那覇市がかなり意欲的な検診率の向上のためにいろんな施策を打たれているので、それを一緒に協力してやることになっております。

医療に関しては、沖縄消化器内視鏡学会と沖縄県外科会の全面的な協力をいただいておりまして、特に外科会では昨年、普段はそれまでそういうことはしていないと聞いているのですが、大腸がんにテーマを絞りまして、十数病院の大腸がんの直近５年間の５年生存率を全部出していただいて、それぞれについて10分程度ずつ各病院からプレゼンテーションしていただきまして、全体で討議をしました。

結果としてわかったのは、少なくとも５年生存率は全国平均並みぐらいで、あまり特別いい病院はないんですけれども、特別悪い病院もないということで、いわゆる全国平均、ないしはそれ以上の病院がほとんどだったということで、単純に５年生存率を並べるだけでは原因がわからないということになりまして、その場で出たのは、１つ１つの過程を見ていく必要があるだろうということで、その過程の評価、プロセス指標をしていこうかという話がありまして、特にクオリティ・インディケーターを用いての１つ１つの医療行為につきまして、今、特に厚生労働省の研究班等でクオリティ・インディケーターが公開されていますので、それについて沖縄県で17病院ですか、院内がん登録をしているところでは可能だろうということがありましたので、そこは大口といいますか、そこで多分、90％以上の大腸がん患者さんを診ていることから、院内がん登録をしている全ての病院で大腸がんに関するクオリティ・インディケーターを計っていくことになっておりまして、今、その点を準備中であります。今のところ途中経過ですが、そういう状況です。

○藤田次郎議長

埴岡委員、まとめの最後のところに、沖縄の大腸がんの課題は大きいので計画・実行計画・実施はベストが期待されると書かれている。少し補足していただいていいですか。も

う少し具体的なアクションにつながるかどうかについて。

○埴岡健一委員

まさに大腸がんプロジェクト、立ち上がりはしたのですが、実行というところですので、やはり実行に関して、事務局体制、進捗管理体制をしっかりして、それぞれの部分を担っている方々に、まさに推進しやすい形をつくっていただいて、もうやるべきことはかなりわかっていると思うので、それを実行してチェックしていただく。先ほど増田先生がおっしゃったクオリティ・インディケーターですが、それも調べていただくと同時に、罹患、早期発見、治療でいうと、治療に関してはがん登録において、沖縄全体の大腸がんの限局、あるいは少し進行した、いわゆるⅢ期ぐらいですね。Ⅰ期とⅢ期ぐらいの成績をがん登録で把握して、沖縄全体のものを見て、そして個々の病院を比べることも含めてやっていただくことが現況を把握して対策を進めていくことではないかと思いますので、ひとえにこれからは実行段階、実行しながらチェックの段階ということで、ここにいらっしゃる皆さんのかなり肩に負っているのではないかと思います。

○安里香代子委員（沖縄県がん患者会連合会　事務局長）

教えていただきたいのですが、大腸がんの撲滅についてもそうですし、今の大腸がん、埴岡先生が話されたこともそうですが、一番大きいのは患者さんのがん登録がきちんとできて、どこの病院に行ったらちゃんとそういう状況を知らせていただけるのか、ということがより理解できていると患者さんももっと、どれぐらいあるかという実績の状況が見つけられないと、多分、撲滅に向かっていくにしても、どこで手を打てばいいのかがわかりづらいのではないかと思うんですが、そのあたりは病院のほうで。

○藤田次郎議長

これは前回も問題になったことですよね。

増田先生、コメントをしていただいていいですか。いろんなインフォメーションは出しているけれども、今の指摘は、このがんだったらどこが一番いいんだというところが、確かに少しわかりにくいと、そういうことですよね。

○増田昌人委員

どこに行けばいいというものですか。

○藤田次郎議長

非常に重要なポイントは、ある程度集約化していく必要があると思うんですよね。ただそこのメッセージがまだ十分出ていないんじゃないかというご指摘だと思うんですよ。

○増田昌人委員

基本的には、まずは検診に関しては多分、住民健診、皆様のところで職場健診以外を受けなくてはいけない方々は多分、地元の市町村から大腸がん検診をやりますよということが来ていますので、まずそれをやっているところのはがき、ないし手紙で来ますから、まずはそこに行っていただくこと。大腸がん検診、便検査をして陽性だった場合には、ここで精密検査ができますよというところは同じように結果の封筒が来たときに、そこに大腸がんの精密検査ができる、具体的には大腸がんカメラができる病院につきましては、そこの入っている封筒に一覧表がありますので、そこに行っていただく。もしそこで異常があった場合には、沖縄県内の多くの外科の先生がいる病院では対応は可能、大腸がんですという確定診断をすることや、どれぐらい進行しているかを見ることが可能ですし、ほとんどの場合、そこで手術が可能です。

ただ一応、今のところ、本協議会でも何度か議論をさせていただいた上で、６年ほど前に一旦、今の１つ前の保健医療計画でがんを診療する専門医療機関の選定を行っておりまして、大腸がんに関しては、正確な数字はわからないのですが、10弱の病院の選定をさせていただいて、昨年のがんサポートハンドブックには一覧表を載せていますので、それと県庁のホームページに載せました。今度、医療計画が変わりましたので、新しい選定をした病院の一覧表は今年の３月にできて、４月から配布を始めている新しいおきなわがんサポートハンドブック、前回の協議会でもお配りさせていただいたときにもありますし、県庁のホームページにもあります。そこを見ていただくといいかと思います。

あと、これに関してはまた県のほうでいくつか計画があるみたいですので、現状は県庁のホームページとおきなわがんサポートハンドブック及び本協議会のうちな～がんネットがんじゅうのホームページでも公開させていただきますが、それを参考にしていただけると一覧表が出ていますので、そこの一覧表のある病院が10ぐらいだと思うんですが、そこに行っていただければと思います。

○真栄里隆代委員（ゆうかぎの会　会長）

沖縄県は大腸がんが悪い状態だということで、全国的にもとても悪い状態だということで、大腸がん激減プロジェクトということで、せっかく立ち上げているのにプロジェクトがうまく動かないのはどこに問題があって、どこをどうすればうまく動くのかよくわからないので教えてほしいと思います。立ち止まっている間にたくさんの命が失われるし、県にとっても経済的な大きな損失につながっていくと思います。なので、どこをどうしたら動くのか教えてほしいと思います。

○増田昌人委員

少し大ざっぱにいいますと、多分、問題は２つあって、１つはここ10年ぐらいの地域がん登録の登録結果等によれば、沖縄県の大腸がん患者さんは若干進行して見つかる患者さんが多い傾向はあります。それが１点。

２点目が、それだけではなくて、地域がん登録ですと、皆さんがよく耳にされている臨床病期やステージといわれているⅠ期、Ⅱ、Ⅲ期、Ⅳ期という表現ではなくて、限局と領域と、要するに病気が広がっているという、大ざっぱにいうと３段階に分けた中で、領域に関しての５年生存率が悪いことがいわれています。ということは、何らかの医療的な問題点があるといわれています。ただ、それが単に医療の質が悪いのか。例えば沖縄県の大腸がんになる人が比較的いろんな病気を抱えていて、例えば重い糖尿病があるとか、そういう人が多いから成績が悪いのかは、これはまた議論の分かれるところではありますが、その２点が大きな問題となっています。

先の比較的進行して見つかる方が多いことに関しては、県が音頭をとってくださっているとは思いますが、市町村レベルで各住民検診をしっかりやっていただいて、さらに異常がある人にはきちんと精密検査に行っていただくと、その分野のことに関して今、埴岡委員からもお話があったような形で、そこのところをより発展させるというか、良くすることが１つです。

もう１つの医療の部分に関して、多分、多くの臨床医の先生方は一番差がつきやすい領域の部分、通常ではステージ２やステージ３の患者さんが入ってくるような部分での５年生存率が悪いことに関しては、これはきちんと私たち医療者側が自分たちのやっていることを振り返ることが必要でありまして、沖縄県外科会の先生方もまさにそのことをやろう

ということで話がまとまっていて、少なくとも結果であるところの５年生存率を見た場合は、ほとんどの場合は全国区の、今まで学会で報告されたものと同等か、それ以上の結果、だけど、それとは別の地域がん登録の５年生存率は確かに悪いということでギャップがありますので、そこのところをしっかり見ていくためには、１つ１つの医療行為を確実に確認していくことで、それがさっき言ったプロセス評価と通常いわれているもので、特に今回は１つ１つの例えばステージが３の方に対して、手術後８週間以内にきちんと手術後の補助化学療法という補助の抗がん剤治療をしっかりやっているかどうか、きちんと定められた期間やっているかどうかという事細かな過程の部分をきちんとみんなで評価しようということがまとまっておりますので、それをやっていくことになっております。それがさっき私が申し上げた。

これがなかなか進んでいないのは、このことに関しては、事務局である琉大病院がんセンターの動きが悪く、私自身が指揮をとって進めていくのが遅れている状況があります。今、各病院の何人かの先生方には、そのクオリティ・インディケーターを各病院の診療情報管理士、ないしは院内がん登録をしている方々に、今、一部ですがお願いして、その方々のお仕事といいますか、プラスアルファのお仕事として認めていただいて、各病院ごとにデータを出していただくことを１軒１軒、お願いして回っているところですので、それが済みましたら順次、各病院でクオリティ・インディケーター、ＱＩといわれているものの測定に入ります。測定すれば比較的何年もかかるわけではなくて、数カ月のうちに１年、２年分ぐらいのデータは出ますので、そうすると年度内には比較ができて、今までの既存のデータと比較をして、沖縄県の場合、ここはいいよとか、ここがちょっと遅れているよということがわかるのではないかと思っています。

○藤田次郎議長

時間もだいぶ押していますので、天野委員の受動喫煙の問題も非常に重要だと思うんですが、委員の皆さん、何かご意見がありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○安里香代子委員

これも教えていただきたいんですけれども、最近は喫煙室がもう個別にそこだけというふうになっているのはある程度、皆さんはご存じだと思うんですけれども、あと加熱式た

ばこの専用喫煙室が必要だというふうに今、お話の中であったように思うんですよね。

最近、たばこの代わりに加熱式たばこだったら大丈夫なんじゃないかというのがかなり宣伝されているじゃないですか。安い値段で販売しますとか。そういうところを業者との関連もないと、そこら辺が、たばこもそうですけれども、なかなか具体的な形でつながっていくのが少ないんじゃないかなと思うんですけれども、そのあたりはどのようになっているんでしょうか。

○天野慎介委員

ご質問ありがとうございます。ご指摘のとおりでして、いわゆる葉たばこは結局、受動喫煙に関する害という科学的根拠がかなり積み重なってきているので規制が入っているわけですが、健康被害が実際に出てくるのに時間が、特にがんは非常に時間がかかります。

なので、加熱式たばこについてはいくつかの製品がすでに日本ではもう売り出されていますが、世界25カ国でおよそ承認されている中で、その販売量の９割が日本です。非常にこれだけ突出している状況で、加熱式たばこが日本で使われることによって、もし仮に加熱式たばこで、今は明らかになっていないけれども、今後、健康被害が明らかになってきたときにはもう遅いわけで、そういった点から予防的に、私も、当日厚生労働委員会の審議に出席されていた医療者の参考人の方々も、より安全的な予防を講ずるべきだという観点から、加熱式たばこも葉たばこと同様の規制とすべきと繰り返し訴えたんですが、残念ながら、それは法律では反映されなかったのですが、今度、喫煙室の設置基準をまた厚生労働省の別の検討会で話し合っているので、その場で加熱式たばこを専用とする喫煙室の取り扱いがどうなっていくのかが恐らく今後の議論になっていくところだと思うんですが、国会の審議においても与党の医師会から出られている自見はなこ議員が国会でおっしゃっていたんですが、医療においてはすでにＥＢＭがあるけれども、医療政策の過程においてはevidence-based policy makingはまだ途上であると、科学的根拠に基づいて判断するのであればより厳しい基準とすべきなんですが、残念ながらまだそこまで至っていないのが日本の現状だと僕は考えております。

○安里香代子委員

ありがとうございます。

○藤田次郎議長

時間も押していますので少し前へ進めたいと思います。もうひと方、有識者報告があります。新垣委員からお願いできればと思います。

３．新垣委員報告

○新垣綾子委員（沖縄タイムス編集局社会部　記者）

こんにちは。沖縄タイムス社会部記者の新垣と申します。今日、配付させてもらった資料につきましては、昨年10月と今年６月に沖縄タイムス紙に掲載された記事です。

内容としましては、図らずもといいますか、翁長知事がおととい、膵臓がんのために亡くなられたわけなんですけれども、沖縄赤十字病院の看護師の島袋百代さんが、膵臓がんの患者団体のパンキャンジャパン沖縄支部を立ち上げて、その支部長に就いたという記事です。

私が島袋さんを知人に紹介していただいて取材をしたのが昨年９月で、その前年に54歳だった旦那さんの一史さんを膵臓がんで亡くされていたということですね。島袋さんはそのとき、旦那さんのご病気の告知前からがん看護のエキスパートになるために、がん看護専門看護師を目指して、働きながら県立看護大大学院で学んでいる最中だったと。そのときにわかったのが旦那さんの膵臓がんで、ご自分が医療職にあるにもかかわらず、手術ができない状態になるまでがんに気付かなかったことに対して非常に自責の念にとらわれていることと、標準治療の知識は看護師ということでよくわかっているんですけれども、わらにもすがる思いで進行中の治験がないかとか、新たな治療法の情報がないかとか、一生懸命探したということだったんですが、なかなか見つからず、すごく孤独感を感じた、大きな不安に駆られたということが今回、ご自身が支部長になって団体を立ち上げられた大きな動機になっているということでした。

膵臓がんは、皆さんもご存じのように、５年生存率がいまだに１桁台で、臓器別でも最も治りにくいがんです。翁長知事も手術から３カ月半ほどで、島袋さんの旦那さんに関しては手術ができない状態で、告知から４カ月ほどで亡くなって、周囲の心の準備が整う前に亡くなられるという、急激な症状の経過をたどるのも特徴の１つかなと思っています。

パンキャンジャパンの全体としては、希望を失いがちな患者、家族の相談業務とか、最新の治療情報の提供のほかに、アメリカでは承認されている新薬を日本の患者でも遅れることなく使えるようにする、そういった問題の解消に向けても、厚生労働省、国にかなり

働きかけているということでした。そのほかに、膵臓がんの罹患リスクが高い危険因子、例えば家族歴であったり、糖尿病や慢性膵炎を持っている方とか、そういった方々に対する啓発活動もかなりしているということです。

パンキャンジャパン全体の真島さんという理事長さんも妹さんを膵臓がんで亡くされているんですけれども、その後、ご自身にも膵臓がんが見つかって、これは何か家族の遺伝がんだったということで、2012年にご自身も早期の早期で見つかったとおっしゃっていましたが、2012年に手術を受けて、今年６月の時点で、もう本当に元気に活動されていました。

この沖縄支部に関しては、６月に記者会見して、発足しましたということで公的に活動を始めているわけなんですけれども、その後、島袋さんのほうに患者さんや家族さんから連絡があって、いろいろ相談があったということで、先月末に初めて赤十字病院で患者サロンを開いたということで、そのときは16人の患者、家族が集まって、皆さん、一様に言っていたのが、どこに相談すればいいかわからない。孤独感にかなり悩んでいたということで、お互い希望を失いがちなんだけれども、共通の、同じような境遇の中で励まして、頑張っていこうねというような会になったということで、今後、２カ月に１回ぐらい続けていきたいということで、島袋さんはそのサロンについてはそうおっしゃっていました。

ただ、今のところ、支部長の島袋さんは看護師のお仕事をしながらなので十分に活動できない部分もあるんですけれども、赤十字病院の同僚の方々とか、この記事に載っている豊見山先生､あと知事の主治医でもあった浦添総合病院の伊志嶺先生も顧問医師に就いて、活動をちょっとずつ始めているということで、ほかのがんに関してもそうなんですけれども、患者さんや家族に患者会の存在を知ってもらって集まって、それぞれ悩みを打ち明けたり、治療法について情報を交換するような場をメディアとしても積極的に報じていけたらいいなと考えております。

○藤田次郎議長

情報提供をどうもありがとうございました。

どなたか、コメント等はありますでしょうか。よろしいですか。

確かに翁長知事が亡くなったばかりということがありますので、私は少しコメントを控えたいと思いますけれども、こういう情報提供をいただいたということですね。ご意見はよろしいですか。どうもありがとうございます。

それでは続きまして審議事項へ入りたいと思います。審議事項の１．協議会から専門部会への要望についてということで、当日配付資料ですか。増田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

審議事項

１．協議会から専門部会への要望について

○増田昌人委員

審議事項の１．協議会から専門部会への要望についてということで、前回の第１回目の本協議会においても議論をしていただいたわけですが、今回、前回にいただいた意見を踏まえて、また議論を深めていただければと思って再提出させていただいております。

具体的には、昨年度までは約10年間、７つの専門部会で活動してまいりました。今年の４月１日から、新しい県の第３次沖縄県がん計画が始まったこともありまして、特に医療の部分等に着目して、それに準ずるような形で専門部会を再編成いたしました。そのためには、昨年度にこの協議会でもどういう専門部会を持つかに関しましてはご意見を頂戴した上で、この資料８の１枚紙の３番の各専門部会の要望ということで、ここにありますように、医療部会、緩和ケア・在宅医療部会、小児・ＡＹＡ部会、離島・へき地部会、情報提供・相談支援部会、ベンチマーク部会と、皆様のご意見をもとに６つの部会に再編成して、それぞれ対応する県のがん計画に対応する形でつくりました。

今日、本協議会の冒頭で、専門部会の委員の選定ということで、大体は終わっているんですけれども、終わっていない部会もありまして、今、それぞれがまだ部会として１回目が始まっていない部会もあるし、２回終わったところもある。さまざまでして、現在、県の計画がありますので、６カ年計画及び今年度の計画を練っている最中ですので、昨年度までは部会からのボトムアップが主になっておりますが、今は部会としてまだ決まっていない部分が多いですので、その間に協議会の皆様からこういうことを部会でしてはどうかとか、こういう議論を部会でしてはどうかということにつきましてご意見を頂戴できればと思って出しております。

またさらに前回、前々回と協議会からどういうことを今後の沖縄県のがん対策でやっていくのかというご議論も踏まえて、昨年度の第４回と今年度の第１回の合わせたものを少し私のほうで箇条書きにまとめてきましたので、部会だけではなくて、例えば１番目の県計画の実行を誰がするのか。県計画の目次に沿って、沖縄県へ本協議会が提案をしてはど

うかとか、また予算をどのようにするのか。各部会での必要に応じて、沖縄県本協議会が提案をしたらどうかとか、そういう意見も出ましたので、それも踏まえて、ここで皆様からそれぞれご議論をいただければと思います。

○藤田次郎議長

資料８を少しご覧になっていただいて、まず各専門部会への要望という中で、それぞれ(1)から(6)までさまざまな部会が立ち上がっているということ。そして、そこにある程度、名前が入っておりますけれども、まだこれは途中のものもあると理解していいと思いますけれども、こういった形で各専門部会を再編したということですね。これについては皆さん、どうでしょうか。ご意見はよろしいでしょうか。

この１番と２番は結構重い問題で、結局、いろんな対策が動くか動かないかということは、核になる人物がいるかいないかというところが非常に決定的に大きいと思うんですよね。それともう１点、実は予算をどうするんだという、これも大きな課題だろうと思うんですね。ですから、ここでは沖縄県のがん診療連携協議会をやっているわけですけれども、実際、じゃ誰が実行部隊になって、その予算はどのように確保するのかということはこの部会でも大きな問題になっていると、そういう理解でいいでしょうか。

○増田昌人委員

そうですね。基本的には、予算に関しましては小さいもの、例えば日々の活動程度のものであれば各拠点病院から拠出で、実際的には都道府県拠点病院である琉大病院から主に拠出はしているんですが、例えば大きな仕事をする場合には100万円単位、場合によってはもっと大きな単位で事業費が必要になりますので、そこのところがもし必要な事業がありましたら、そこは県と要望したり、または県と調整したりする部分もありますので、そういったことも含めて、ここで最終決定というわけじゃないんですが、皆様からご意見を頂戴して。もちろんここに書いていないと部会としては何もやらないのか、そういうことは決してなくて、すでに県計画のほうでそれぞれ各柱が立っておりますので、そこに入っているものはやるんですが、さらにこの協議会として、さらにプラスアルファの部分で、前回、前々回、皆様からご要望をいただいているので、それを今日、ここに書き留めてきたということで、例えば小児・ＡＹＡ部会は何も入っていませんから何もやらないわけではなくて、もともと県計画の中の小児・ＡＹＡに関することは守備範囲としてやり、さらに

この後、皆様にお話をさせていただく拠点病院の新指針に入っていることは、個別に病院でやるのが筋なんでしょうけれども、なかなか協力してしかできないことも多々あるので、それをまたやっていくと。

ですから、県計画と指針に入っているものはみんなで協議しながら、できるまでやっていくことが前提な上で、それでさらにこういったことが足りないから、こういうことをもうちょっと頑張れよということを言っていただければと思います。

○藤田次郎議長

吉見先生、このゲノム医療は沖縄にとっては非常に重要ではないかと思うんですよね。なぜかというと、今、いろんながんが、きちんと遺伝子を見極めて治療をするところがないと治療できなくなっているということで、その体制が現状でどうなっているかを先生、少しコメントしていただいてよろしいですか。

○吉見直己委員（琉球大学医学部附属病院病理部　病理部長）

病理部の吉見でございますけれども、このゲノムに関しては、ゲノム中核病院が昨年８月、それから10月、12月あたりに11病院が指定されているわけですけれども、これに関しては、個人的には厚労省を含めたところがまだ方向性がなかなか難しくて、我々病理学会においても認定の、いわゆる分子病理専門医を暫定で中核になっている先生たちを中心として、一応、最初の入り口の診断、それからそれのゲノムを確認していくところの材料を提供する側の病理医のところを専門医をつくったところでございますので、今後、どういう形になっていくのかが少し不透明だということと、一番、ある意味ではマスコミを含めて、情報がすごく出てきているわけですけれども、現状でがんゲノムを実際に使うときに、大体50万から70万ぐらいで自己負担でされるわけですけれども、実際に使えるのは20％ぐらいしか、実際、治療ができない。それからそれが有効だというのは多分10％を切るんじゃないかということも、現状では今でもわかっているところですので、このゲノム医療をやれば、かなりな治療ができるというような状況では実はまだないということがございますので、そのあたりを沖縄県においてはどういうふうに、現状ではまだ連携になっておりませんので、中核のところと連携、沖縄県のうちの大学はまだなっておりませんので、どういうような形でこのゲノムを認識していくかを、沖縄県全体として、ぜひ協議していただけないかと感じております。

○藤田次郎議長

全くそのとおりで、見極めないといけないんですけれども、マスコミのほうで地域格差が最も生じやすい部分だと僕は認識しているんですね。そういった意味でも正しい情報提供を、これは吉見先生も病理とゲノムと両方入っていますので、そこはすごく大事なポイントだと思いますので、ぜひよろしくお願いしたいなと思っています。

○天野慎介委員

今のご指摘に関して、吉見先生のおっしゃったとおりだと考えておりまして、国のがんゲノム医療の提供体制の構築は走りながらつくっている部分がありますので、さまざまな課題を抱えながら進んでいるのが現状ですし、またこれも吉見先生がご指摘のとおり、現状の先進医療の枠組みでは、２割どころか、お薬にたどり着ける患者さんはおおむね１割程度。しかも、そのうちの１割の患者さんにたどり着けるお薬は未承認であったり、適応外であったり、場合によっては臨床試験、治験等を行っている薬であるということで、現状、そういった中でお薬までたどり着ける患者さんが１割以下であるという、これは現状を認識した上で、患者さんが過剰な期待を持たないように、十分に患者さんに対して説明を行うことが重要であるということはご指摘のとおりです。

ただ一方で、先ほどもご指摘があったように、すでに中核拠点ができ、連携病院が100施設、すでに全国で指定されている中で、沖縄県内で中核も連携病院も１施設もない状況であると、今後、がんゲノム医療が恐らく急速な勢いで進んでいくと。先進医療の枠組みでなされているパネル検査も恐らく年度末、もしくは来年度の初めには保険適用される予定であると考えますと、中核はもちろん連携にも沖縄県内から１施設も入っていないという状況が続きますと、不利益が生じる可能性も否定はできないと考えますので、せめて連携病院には琉球大学もしくはどこかの施設が沖縄県内から入っていただかないと、県内の患者さんが不利益を被る可能性があることは指摘申し上げたいと思っていますし、また国が推し進めているゲノム医療提供体制とは別に、すでに例えば乳がんの領域におきましてはオラパリブ等の新規治療薬が出てきて、ゲノム医療提供体制に入ろうと入らないと、どちらを選択したとしても、結局、日常診療を受けている患者さんの中から一定の遺伝性腫瘍を含む二次的所見がどんどん見つかっていく時代に入っていることを考えた場合、やはりゲノム医療提供体制の構築は喫緊の課題であるということは重ねて申し上げておきたい

と思います。

○藤田次郎議長

ありがとうございます。私も全く同感です。同感なだけに発言させていただいたんですけれども。

では、吉見先生、どうぞ。

○吉見直己委員

今、天野先生が言われたとおりだと思っているんですけれども、沖縄県においても連携病理診断センターで、パネルのところはまだ十分できておりませんけれども、個別の遺伝子変異に関しては、すでに肺がんはもうできるようになっておりますので、それを連携という格好で、全部ではございませんけれども、もうすでに肺がん関係の多いところから我々のところで受託をして、もう実際に使えるような形になっております。この後、大腸がんのところを予定しておりますので、そういう１つ１つは多分、可能になっていくだろうと思います。

それから今、厚労省で一番問題のパネルのところがオッケーになるんですけれども、アメリカのオバマさんを含めたところは、一番最初からすでに診療報酬が取れるんですね。ところが日本の今のパネルは、現状においては第１選択を含めたところをまずやってから、もう何もできないところではじめて診療報酬がオッケーに現状ではなっているところが、いろんな研究会に私も出ておりますけれども、実際にやっている先生方は一番の問題点としておりますので、ぜひそのあたりは天野さんを含めて国会を含めて、厚労省でそこのあたりが最初から使えるか否か。

現状では当然、肺がんも含めて、もう今はＢＲＡＦという遺伝子が一応、許可されましたけれども、それは治療ができない人だけにしか使えない状態ですけれども、最初からＥＧＦＲレセプターを含めたところがもうできる、パネルではもう初っぱなからできるんですけれども、まずワンクッション、それをやってからでないとＢＲＡＦのあれがチェックできないのが今の診療報酬上の問題点でございますので、そのあたりの取り決めも含めて、必ずしも沖縄県が全くできていないというわけじゃなくて、いつでも参加できるような状況にはある程度なっていることはご理解していただければと思います。

○藤田次郎議長

附属病院としても連携はもう手を挙げていますので、そういう整備をしていきたいと思っていますし、人材育成も行っていますので、そういった意味では責任を担っていきたいと思っております。

よろしいでしょうか。

○増田昌人委員

県は何かお考えがあるんでしょうか。

○藤田次郎議長

それでは資料８をご覧になっていただいて、協議会から専門部会への要望についてということで、これは県の医療計画にも合うような格好で、このような部会を再編したということでよろしいでしょうか。いくつかの課題、予算面、そして誰がやるんだという問題点はありますけれども、認めていただいたということで前へ進めていきたいと思います。

それでは続きまして、第２号議案の診療病院―拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について、増田先生、どうぞご紹介をお願いいたします。

２．診療病院―拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について

○増田昌人委員

では、iPadの167ページ、資料9-1をご覧ください。ここに書かれている整備に関する指針は、平成26年１月10日付の健康局長通知なんですが、大きくは変わっていません。皆さんご存じのように、７月31日付で出た新しい新指針ではないのですが、これについてちょっと話をしたいと思います。

５年ほど前に本協議会において診療病院制度ができ、その診療病院は原則として隣り合わせの地域拠点病院と協力関係を結んで、その病院として足りない部分をその地域拠点病院と密な関係、連携関係を結ぶことによって、例えば放射線治療や手術、化学療法、そういったことの体制を２つの病院が組むことによって地域拠点病院並みの医療を患者さんに提供するという前提のもと診療病院制度が発足し､新たに沖縄県でも北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院が診療病院として指定を受けています。

そのための指定要件に関するグループ決めは本協議会の重要な仕事の１つでして、それ

を５年前と２年前にまた組み替えを行いまして、現在は宮古病院、八重山病院は中部病院、そして北部地区医師会病院は琉大病院とグループ指定を受けている状況です。グループ指定を受けている場合は、確実に地域拠点病院と診療病院のほうで連携をとって、以下のことをほぼ全て義務要件として掲げられているものなので、一応、しばらくこの議論をしていなかったものですから、皆様に確認をしていただくために改めて出させていただきました。

特に167ページを見ていただきますと、１つは診療体制で集学的治療ということで、標準治療をやるために合同カンファレンスを開催したり、人材交流計画を策定することが、残念ながら、こういうことに関しては一部の診療科ごとにはやっているんですが、病院としての診療、きちんとした形での開催がなかなか不十分であることがあるかと思います。

また、②手術療法の提供体制、③放射線治療の提供体制に関して、④薬物療法の提供体制に関しましてはおおむねできていると思いますが、一部不十分なところがありまして、恐らく167ページの一番下から３行目のところなんですが、レジメンの審査に関しては、レジメンを審査して、登録して、管理することをきちんとしなくてはいけないんですが、そこのところがまだ不十分ではないかと思います。今、琉大病院は北部地区医師会病院と少し連携をさせていただいて、レジメンの審査方法につきまして少し協議を積み重ねておりますので、それがきちんとでき次第、この場で報告をさせていただければと思います。

１枚めくりまして、あとは⑦セカンドオピニオンの提示体制や、４．情報の収集提供体制等におきましては、十分とは言いませんが、それなりにできているのではないかと思います。

あとは、今、お話ししたようなことが少しありまして、あとキャンサーボードに関しまして、これは169ページの真ん中ぐらいのⅦ 地域がん診療病院の指定要件についての１．診療体制の(1)診療機能の①のオが「キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。構成員については必要に応じて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確保すること」に関しましてはまだ不十分な部分があるのではないかと思います。

このように、おおむねできてはいるのですが、まだ不十分なところがございますので、引き続き各グループごとに、それぞれ２グループありますので、そちらのほうで検討させていただいて、次回及び次々回のこの場ではまた皆様に進捗状況についてご報告をしたいと思います。

○藤田次郎議長

突然、コメントを求めるのはあれかと思うんですけれども、北部地区と宮古、八重山がいかに連携できているかということだと思うんですけれども、諸喜田先生、一言、コメントしてもらっていいでしょうか。

○諸喜田林委員（北部地区医師会病院　病院長）

今、増田委員がおっしゃったとおりで、カンファレンスだけがちょっと、やっぱりそれぞれの都合があってまだ実施できていないんですけれども、実際のがんの患者さんに関してはかなり連携をとって、もともとやっていますので、それは継続的にまた形をもっとつくっていければいいかなと思っています。

○藤田次郎議長

私が沖縄の医療を見て気になっているのは、北部、宮古、八重山には放射線治療設備がないですよね。そのときにどのようにして、いかにその放射線の適応のある患者さんを紹介するかというところは非常に大きな問題だと思うんです。

先生はどうされていますでしょうか。

○諸喜田林委員

今、いろいろ県内の放射線科の治療の先生方とも少しずつ連携をとって、適切な時期に送れるようなアドバイスをいただききながらやり始めているところです。

○藤田次郎議長

宮古病院の岸本先生、一言、コメントをいただいてよろしいでしょうか。

○岸本信三（沖縄県立宮古病院：本永英治委員代理）

ただいまの質問ですけれども、がんの放射線治療については、例えば食道がんですと、琉大病院の第一外科にお願いして治療と放射線を集学的にやっていただくような形でやっていますし、例えば泌尿器、前立腺がんだと、うちは与那覇先生が診ていますけれども、例えば沖縄赤十字に送ったり、それぞれのドクターが関連した放射線治療のある病院に紹介しているのが現状かなと思います。

○藤田次郎議長

篠﨑院長先生、どうでしょうか。

○篠﨑裕子委員（沖縄県立八重山病院　病院長）

うちは中部病院と連携していますけれども、中部の放射線治療の先生方に講演をしていただいたりして、地域にも治療、県立でも治療ができるということで、そういう連携をとりつつ、いろいろまた疾患によって得意な分野のところに先生方が送って、患者さんを紹介なり、そこで治療を行うことをとっていると思います。

○藤田次郎議長

本竹先生、中部は宮古、八重山と人事交流もかなりあるわけで、そういう意味では連携が非常にやりやすいのではないかと思いますが、先生、いかがでしょうか。コメントして、このグループについてということで。

○本竹秀光委員（沖縄県立中部病院　病院長）

さっき先生がおっしゃった、実はカンファレンスをウェブでこの前もやっていたんですけれども、ハードが非常に良くなくて、一応はできてはいるんですけれども、そこのところも改善をしないといけないかなというのはこの前、課題になったんですよね。化学療法の専門の先生も来たものですから、ちょうど今、集学ができる環境で、勉強会ということでやったんですけれども、一応、結果的にはできたと思いますけれども、なかなかクリアカットにできなかったということで、その辺の整備をしないといけないかなと思っています。

○藤田次郎議長

これは医師会ともリンクする内容じゃないかなと思うんですが、宮里先生、やっぱり医療圏がありますよね。それぞれ医療圏の中で、いわゆる治療の均てん化をいかに図っていくかは非常に重要だと思っているんです。

○宮里達也（沖縄県医師会：安里哲好委員代理）

医師会というよりも、どの病院にも放射線治療施設があればいいという話では決してないので、適切な専門の集約化も当然必要ですので、恐らくこの問題は地域に住む人にとって移動、あるいは治療期間中のバックアップ体制、そういうのをどうとるべきかという議論に基本的には集約されて、例えば私が住んでいる北部だったら、病院から病院にどうやって送り迎えができる体制がとれますかという、具体的にそういうことを考えていく時期だろうなと思います。

僕も県行政にいたんですけれども、県行政に私がいるころに比べれば、一括交付金とかそういう制度ができて、かなり改善していると私は認識していますけれども、当然、へき地や離島と呼ばれるところに住む方々にとっては絶えず改善を求める要件になるという認識は持っております。

○藤田次郎議長

これは増田先生のご提案で、改めてグループのあり方というのを、少しこの中を確認していただいて、より連携できるようにしたいと。そういう理解でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは時間のこともありますので、少しここで７分ほど休憩をとりたいと思います。３時45分から改めてスタートしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

（休　憩）

○藤田次郎議長

それでは審議を再開していきたいと思います。

審議事項の３．新しい「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」、これの解説になります。非常に重要だと思います。増田先生からよろしくお願いします。

３．新しい「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（解説）

○増田昌人委員

当日配付資料で資料10をご覧ください。iPadには資料として、前の指定要件の見直しに関する報告書という形で入れていますが、新しいワーキンググループを踏まえて、がん対策推進協議会で検討の後、本整備指針が出ました。

厚い当日配付資料は４つから成り立っておりまして、まず１ページ目をご覧ください。平成30年７月31日付で厚生労働省の健康局長から各都道府県知事宛てに出されました「が

ん診療連携拠点病院等の整備について」ということです。

２ページ、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針ということで、別添という形でとっています。

36ページ、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の新旧対照表になっております。

86ページをご覧ください。これが同日に出されました、同じように健康局長から各都道府県知事に宛てられました「小児がん拠点病院等の整備について」です。

88ページは、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」になっております。

102ページが新旧対照表になっております。ですので、指針が２つ入っていて、それぞれについて新旧対照表が入った資料になっておりますので、今日は時間の関係上、小児がん拠点病院等の整備に関する指針の解説は特別いたしません。ただ、これに関しましては、小児拠点病院制度が発足して11の拠点病院が指定を受けておりますが、これに対しての連携病院が今回、発足しましたので、県内のがんに関しましては、琉大病院と沖縄県立南部医療センター・こども医療センターの２カ所でほぼ９割以上の患者さんを診ている現状がありますので、それぞれの病院で小児拠点病院の連携病院としての申請を今後、考えていくのではないかと思いますし、また本協議会でも皆さんにご検討していただければと思います。

今日は前半部分のがん拠点病院の整備指針について少し私のほうで話をさせていただきます。36ページからががん拠点病院の新旧対照表になります。

これからのものは新旧対照表に付いているページでお願いしたいんですが、下のほうに１、２、３と入っていると思うんですが、ここでは大きく３ページをご覧ください。

拠点病院は、都道府県拠点と地域拠点と特定領域拠点、あと診療病院ということで４つの制度がすでに走っていますが、新たに地域拠点について、地域拠点の高度型が３ページの下から５行目、ここの４番のところを読み上げますと、「地域拠点の指定においては、都道府県知事がその診療機能等が高いものとして推薦する医療機関について、指定の検討会の意見を踏まえ、大臣が適当と認めるものを、特に、地域がん診療連携拠点病院(高度型)として、指定の類型を定めることができるものとする」と。「ただし、地域拠点病院(高度型)の指定は、同一のがんの医療圏に一カ所とする。なお、地域拠点病院のうち、指定期間中に」。もう１つなんですが、高度型とは別に特例型があります。その解説が下にありまして、特例型というのは「地域拠点病院のうち、指定期間中に指定要件を欠くなどの事態が発生した医療機関については、特に、地域がん拠点病院(特例型)として、指定の類型を定

めることができるものとする」。

地域拠点の中で、特に優れているものを高度型ということで、ちょっとプラスアルファにしましょうということが１つ新しい類型としてできたのと、もう１つは残念ですけれども、いろんな指定要件を満たすことができなくなってしまった。一旦指定を受けたけれども、例えば途中でドクターがいなくなったとか、何かがあって満たせなくなった場合は、それは特例型にしましょうということが、ここが大きな制度上の違いであります。

さらに、４ページの６．厚生労働大臣は、この指定要件等の充足状況に関して疑義が生じた場合などは、県に対して文書で確認したり、実地調査等の実態調査を行うことを求めることができると明確になりましたので、場合によってはこういうことをされる可能性が出てきたことになります。これが制度上の問題です。

Ⅱからが細かい指定要件についてなんですが、全部お話ししていると時間がなくなってしまいますので、難しいものとか、皆様にすぐ直結するものについて、お話をさせていただければと思います。

まずは、４ページのⅡ 地域がん診療拠点病院の指定要件でして、県拠点は全て満たさないといけないので、現状でいうと、中部病院、那覇市立病院、琉大病院は全部満たさなくてはいけないところで、この診療体制の⑴診療機能、①集学的治療等の提供体制及び標準的治療の提供のところ、いわゆる日常診療のところにウとエが入ってきました。

どういうことかといいますと、５ページのウとエは、もともとは緩和ケアの提供体制のところに分類されていたものが、いわゆる日常診療内に移行したということ。これはどういうことかといいますと、内容に関してはほぼ一緒なんですが、特にウは「集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを、診断時から外来及び病棟にて行うことのできる体制を整備すること」。これは義務ですね。また、「一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じて看護師等、カウンセリングを活用する等」と書いてある。また「緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること」もあります。

これまでは緩和ケアの側に入ってきたんですが、ここの一般診療のところに入ってきたということは、これは今も緩和ケアセンターができたり、県の拠点ですね。あと、日常的に緩和ケアチームが入っていますが、いわゆるこの部分に関しては、今の緩和ケアチームはとてもよく頑張っているし、十分頑張っていると。だけれども、それでも緩和ケアチー

ムが１日のうちに診られる患者さんは、診療報酬上は30人ということは皆さんもご存じのとおりで、どんなに頑張っても200人を診ることはできませんが、琉大病院でも大体150人から200人ぐらい、ほかの多い病院だと600人とか800人の入院患者さんが常時いる中で、緩和チームが１チームから２チームしかないのが現状なので、それが全てをできることなんてないので、各臨床医がきちんとここの部分は診るようにという、そういう趣旨でこちらに移ってきたと聞いております。

ですので、ここが緩和ケアの提供体制から一般診療側に移ったのはかなり意味のあることでして、ここはほかの診療病院にもかかることなので、ぜひそこについての留意をお願いいたします。

同時にエのところ、「医師からの診断結果や病状の説明時には、以下の体制を整備すること。ｉ　看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること」。ⅱ　「初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること」で、ここも前は緩和ケアのところに分類されていたんですが、今回、初めて一般診療のところに移ってまいりましたので、これも恐らくはきちんと今後は一般診療の当たり前の診療ということで入ってくると伺っていますし、こういうことは必ず調査の段階でチェックが入ることになりますので、ぜひご注意をしていただければ思います。

特にここの部分に関しましてはかなり議論があったことですが、そのまま原文どおりに残ったということ。つまり医療者側からかなり反対、いろんな状況として難しい、困難であるにもかかわらず残ったので、ここはぜひご留意していただければと思います。

次に７ページのコ、サ、シ、スも一般診療ですが、一般診療の中のコ、サ、シ、スは全て新規の事項であります。コはＡＹＡ世代に関して「治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて」ということで、「対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること」。

サが「生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の生殖医療に関する診療科についての情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備すること」。

シの「小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること」。

そしてス、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、

先進医療の枠組みで行うこと」ということで書かれて、これが新しいところですので、ここは全く新規ですのでご注意いただければと思います。

特にスの免疫療法に関しましては「科学的根拠のある」というふうに、ずっとただし書きが付いている状況がありまして、それ以外の免疫療法に関しては治験を含めた臨床研究、先進医療だけが認められることですので、ここはぜひご留意をいただければと思います。

次に８ページ、放射線治療に関しましては、イの核医学治療、粒子線治療等の情報提供とか、ウの品質管理のところで、基準線量の±５％の範囲が入ったこととか、エの緩和的放射線治療について、新しく新規に項目が設けられたことが特徴的であります。

あとは、化学療法に関しましては、全て薬物療法という言葉に置き換わっております。

次に９ページからが緩和ケアの提供体制になりまして、ここは大きな変化はないんですが、さっき言った２項目が緩和ケアから一般診療に移ったということ。

それに伴って少し方向性が変わりまして、10ページの中段、ウのｉ「週１回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い」と、これは緩和ケアチームのことなんですが、「適切な症状緩和について協議すること」になっておりまして、右のところは「カンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること」と書いています。どういうことかといいますと、緩和ケアチームが今、直接治療しろという方だったと思うんですが、ここは緩和ケアチームが協議して、それを例えば主治医チームに返して、主治医チームがそれをきちんと守って、きちんと処方を変えるなりして、患者さんの苦痛に対応するというメッセージでありまして、緩和ケアチームも今までも協議して、緩和ケアチームの言っていることがなかなか主治医に伝わらなかったり、やっていただけなかったりすることが多かった現状があるんですが、これはきちんと協議したことを各一般診療医は守れということの強いメッセージになると聞いております。

次に13ページ、同じく緩和のところが続くんですが、キが全く新しいものが入ってまいりました。キの「患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備すること」ということで、ここに関しましては新しい概念として、アドバンス・ケア・プランニングを含めたということです。

実は琉球大学病院は1999年にこの話がちょっと出まして、十数年かけて、３年前に院内の臨床教授会で承認を受けて、さらに院内の手引きができまして、それについての研修会もすでに行っています。アドバンス・ケア・プランニングに関しましては、多くの病院については、ここまで書かれるとは思わなかったという意見がすでに出ていると聞いており

ますが、琉大は比較的先行してやっておりますので、引き続きということになりますが、ここについて一歩踏み込んだ整備指針になっておりますので、次の指定要件のときには要注意だと思いますので、各病院ごとに、これは義務要件になっておりますのでご注意いただければと思います。

次が14ページ、新規ではないんですが、エの口腔ケアにつきましては、以前は口腔ケアということでまとまっていたんですが、エの「がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど」ということで、具体的な文言が入りましたので、ここもきちんとしていくようにという話だと伺っております。

次に15ページのクなんですが、ここは全く新しいものが入っておりまして、緩和医療に関しましては地元の在宅をやっている先生方や病院と月１回以上、定期的にカンファレンスをしなさいというのがもともとあったんですが、それに加えまして、年１回以上なんですが、そもそもの医療提供体制や社会的支援のあり方について、情報共有の大きな会議を開くようにという指針が出ておりますので、それは多分、どこもこれから構築しないといけないので、またこの協議会でご相談申し上げることになると思いますので、その際はよろしくお願いいたします。

次に17ページ、ここの15、16、17からは各専門的な医療従事者についての人の規定があります。

16ページに戻っていただいて、ここは医者の話なんですが、①専門的な知識及び技能を有する医師の配置ということで、放射線診断に関しまして、常勤でかつ専任の医師を１人以上配置すること。これがもともと「原則として常勤であること」という文言から常勤ということで義務になりましたので、診断の常勤の医師、放射線治療の常勤の医師に変わりました。かつ専任だったものが専従となっております。この場合の専任は50％以上、専従は80％以上ということで、定義が巻末にありますのでご確認をいただければと思います。同様に、薬物療法も同じような形になっております。

17ページのオは緩和ケアチームの話なんですが、ここは常勤が新たに入りました。つまり「身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を」ということになりましたので、ただこの場合は「専従であることが望ましい」ということはそのまま変わっておりませんので、専任でもいいと。50％以上でいいんですが、常勤であることが義務付けられたということですね。これまでは「望ましい」だったんです。

同時に精神科なんですが、ここは少しハードルが上がりまして、精神科に関しては常勤

の義務ができたことになります。ですから、精神科は常勤の先生が１人必要になりました。ここはだいぶハードルが上がったのではないかと思います。

同じくずっと人の要件が続くんですが、19ページのウ、緩和ケアチームにいろんな方が入らないといけないんですが、これまでは身体にかかわるドクター、精神にかかわるドクター、あと看護師、薬剤師、医療心理士だったんですが、これまでは入っていなかった相談支援に携わる者を入れることが望ましいということに変わりました。かつ、この相談支援に携わる者は、看護師ではなく、社会福祉士等であることが望ましいということに変わりました。

ただ、もともと琉大病院は緩和ケアセンターがあって、そっちは両方とも義務だったので変わらないんですが、今後、高度をとるためには、緩和ケアセンターを設置しないと地域拠点病院の高度がとれないので、ここのところは少しかかわってくることかと思いました。

次に20ページ、医療施設についてのいろんな細かい規定なんですが、１点だけハードルが上がったところが、(3)医療施設の①のキです。「がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい」だったのが、「設けること」が義務付けられました。すでに沖縄県の場合はほぼクリアできているのかなと思います。

その次の２．診療実績なんですが、実はもともと地域拠点病院に関しては、今回、がんの医療圏という概念を出してきまして、沖縄県では多分、がんの医療圏も二次医療圏もイコールというふうに理解はしているので、医療圏としては５つありまして、そうすると原則的に１つの医療圏では１つの拠点病院という大原則がありますので、沖縄県の南部に関しましては那覇市立病院と琉大病院が並列の形になっております。その場合、同一医療圏に複数の地域拠点病院を指定している場合に当てはまるので、その場合は、那覇市立病院は以下の項目を全て満たすことが要求されまして、新たに21ページのオの緩和ケアチームの新規介入患者数が年間50人以上という新たな縛りが入ったことと、この文言ですね。今までこういう規定はおおむねだったんですが、全て確実に満たすことがありますので、ちょっとご確認していただければと思います。

次に21ページ、３．研修の実施体制につきましては、緩和ケア研修に関して少し文言が変わっておりまして、これまでは基本的にはその病院の２年目から５年目の先生は100％ということだったんですが、ここが変わりまして、３．研修の実施体制の(1)の長い下線部の真ん中ぐらいに、「また、自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん

診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し」ということがありますので、今回からは臨床研修医の１年目、２年目の先生は全て、あとはその病院の非常勤の医師も含めて１年以上、そこで働いているお医者さんは全て受けることが義務付けられました。ですから、前とちょっと方向性が違うということになります。

まず自分の病院の医師・歯科医師以外のメディカルスタッフについても受講を促すことが言われて、さらに二次医療圏内の医者に対して緩和ケア研修会を受けませんかという受講勧奨を行うことが必要になりました。

次は22ページ、診療病院に関しては今よりだいぶハードルが下がるので、今日は割愛させていただきます。

22ページの４．情報の収集提供体制の(1)がん相談支援センターに関しましては、新たに周知についての体制を整備することが義務付けられています。

23ページの④、「相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること」ということで、新しいことが入りました。

アとして、外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。これが義務付けられましたので、多分、各病院とも何らかの組織改革といいますか、やり方の改革が必要になるのではないかと思っております。これはかなりワーキングでも議論されたところだと伺っておりますし、これが残りましたので、多分、次の指定要件のときにチェックが入るかと思います。

イとして「地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい」ということがあります。この相談支援センターの評価ということで、その病院以外のがん患者さんのどれだけ相談を受けたかということにも、今、言及が別のところでされておりますので、ぜひこれも重要な項目になるかと思います。

次に24ページ、これもまた新たな概念なんですが、このがん相談支援センターで対応する情報提供及び相談支援の体制を整える中に、新たにス、セ、ソ、タ、チが入りまして、「以下に示す項目については自施設で提供が難しい場合には、適切な医療機関に紹介すること」。これに関しては、県拠点は多分、義務付けられるんですが、がんゲノム医療に関する相談、希少がんに関する相談、ＡＹＡ世代に関する就学、就労支援等に関する相談、あと生殖機能の相談、あと自分のところでできない場合にはほかにちゃんと紹介することが

新たに加わりました。

25ページ、(2)院内がん登録につきましては新たに②が新規で加わりまして、責任者をつくって、委員会をつくりなさいということは今までやってきたことなんですが、「医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され」ということで、ここに初めて「診療情報管理士」という文言が入りましたのでご注意いただければと思います。これも義務付けされました。

さらに診療情報管理士に関しては、院内がん登録の実務を担う者として専従であることと、あと国がんでやられている中級認定者がいなくてはいけないということが、１人以上配置が義務付けられましたので、県の担当部署の方は来ていらっしゃらないと思うんですけれども、異動の多い沖縄県の職員としてはここがキープできるように、特に中部病院からいなくならないように、今までも実は転勤等でいなくなりかけたことがあったものですから、ここが義務付けられていますので、診療情報管理士で専従でしていることが義務付けられている。その方が中級認定者を取っていることが指定要件の１つなので、県のほうがご留意いただいて、しかるべきところに申し送りをしていただけるとありがたいなと。これまでも危機的な状況がいくつかあって、日本で沖縄県が一番、中級が多いところなんですが、ただ、どうしても転勤があるものですから、琉大病院みたいに固定ならいいんですけれども、転勤がありますのでご注意していただければと思います。

27ページ、６．ＰＤＣＡサイクルの確保に関しましては、国は相当力を入れているようでして、今回は文言が新たに入って、途中から「なお、その際にはQuality Indicator（以下、「ＱＩ」という）の利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること」ということで、すでに沖縄県の拠点病院ではＱＩの測定もやってはいるんですけれども、これをきちんとしていくことがいわれています。

あと、全く新たに、今回の目玉の一番がこの７番が全部新規に入ったことです。具体的には、７．医療に係る安全管理の部分が、いわゆる特定機能病院並みの医療に係る安全管理にハードルを上げたということで、今まで拠点病院は、医療安全に関しましては一切、規定がなかったと思って、各病院に自主的なものに任されているんですが、群馬大学病院と千葉がんセンターに始まりました一連の医療事故等がありまして、今回、７番のほうです。ただ、恐らく多くの病院ではやっているかと思うんですが、それぞれ細かい文言につきまして確認をお願いいたします。

28ページの８番、一番最初にお話しした高度型という新しい地域拠点病院の指定要件ができたということで、これに関しましては要件がありまして、地域拠点病院の全ての要件

を満たした上で、さらに本文をいろいろ見ていただきますと、いくつか義務要件以外にこうしたほうが望ましいというものがありますので、８の(1)の①にありますように、「Ⅱの１～７に『望ましい』とされる要件を複数満たしていること」ということと、あとは③で「強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できること」とか、あとは④の「緩和ケアセンターに準じた緩和ケアの提供体制を整備していること」。⑤が「相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること」ということで、ここら辺がいわゆる県拠点並みのレベルを求めていることになりますので、ただ、大枠では地域拠点病院、地域に４つも５つもある都道府県もありますので、地域拠点に関しましては、今回の指定でかなり振り落とされると聞いておりますので、２つの病院は高度型を目指していただいた上で、申請をする方向でご検討をしていただけるとより安全な形で地域拠点の指定の維持ができるのではないかと思いますので一応、ご報告いたします。

都道府県拠点に関しましては、一部なんですが、２～３のことだけご説明をしたいと思います。

○藤田次郎議長

先生、簡単にお願いします。

○増田昌人委員

30ページの２の(2)、相談支援に携わる者のうち、少なくとも１人は国がんによる相談員指導者研修を修了していることということで、かなりハードルが上がりました。

31ページの３の(2)の薬物療法部門で専門資格を持っている医師を配置すること。

33ページで、５．ＰＤＣＡサイクルの確保は、各都道府県内の取り組みについて、情報の取りまとめ等を行う等、中心となる情報共有と相互評価を行うこと等がうたわれております。

以上で終わります。どうもありがとうございました。

○藤田次郎議長

これは膨大な資料で、ここで議論することは必要ないと思います。よく見ていただいて、かなりハードルが上がってくる部分もある印象ですけれども、よろしいでしょうか。それ

ぞれで確認していただくということで進めていきたいと思います。

それでは前へ進みたいと思います。第４号議案、資料11、増田委員からよろしくお願いします。

４．平成30年度の協議会・幹事会の開催の日時について

〇増田昌人委員

日程調整についてです。資料11をご覧ください。191ページ。次回の本協議会は11月９日の金曜日、第４回が来年２月１日を予定しておりますのでご確認をよろしくお願いいたします。この時点でもしご都合の悪い方がいらっしゃいましたら、会終了後、私のほうにお話をしていただくか、電話かファクスかメールでお願いします。あまりにも欠席の方が多い。例えば大きな学会とか何か県の職員の検討会とかにぶつかる場合は変更したいと思いますが、原則的にはこの日程でいきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

〇藤田次郎議長

それでは審議事項の５番、その他ですけれども、特にこちらのほうでは用意しておりません。どなたかご意見はありますでしょうか。よろしいですか。

それでは報告事項へ入っていきたいと思います。１番、部会委員の変更はもうすでに終わっております。報告事項の２番に入りたいと思います。患者会からの報告ということで、安里委員からよろしくお願いいたします。

報告事項

２．患者会等よりの報告

〇安里香代子委員

沖縄県がん患者会連合会の安里です。たくさん資料を掲載させていただきましてありがとうございます。

１枚目の資料で近々のもので、８月18日に宮古でがんフォーラムを開催いたします。宮古病院にご協力をお願いしておりまして、がんセンターからもお声掛けをいただいているようなので、これの協力に対しても大変ありがたく思います。ありがとうございます。

それから192ページからがん患者会の資料が入っているんですけれども、年間の計画で、この後すぐ宮古で、久米島、それから12月に八重山ということで、八重山の患者さんから

は放射線治療や化学療法が地元でできないという声がとても大きく上がってくるんですよ。本来なら地元でさせてもらえたらいいのにというのがありまして、どこの地域も必要だと思うんですけれども、八重山では足立先生にお願いして放射線に関する患者さんの要望へのお答えとかをいただきたいなと思って、それを準備しております。

久米島も必要ではあるんですけれども、幸い病院のほうでの、久米島は協力がありまして、いろいろとご指導もいただいたりしているので、またこれを追々連絡したいと思います。それからいくつか終わったものがありまして、これは後でご覧になっていただきたいと思います。

201ページから、実は６月18日に教育学部で命の授業がありまして、患者会からスタッフが参加させていただきました。お話をさせていただいたですけれども、80分の授業の中で最後の10分ほどを学生さんが感想を書く時間をもらえたんですね。すごく大きい字になっていて印刷代も大変かさんだんじゃないかと思うぐらいに感想文がたくさん入っているんですけれども、75名の学生さんが全て感想を書いてくださいまして、ここで話をされるのは医療者に関しての部分が多いので、そうなんだと思って私も聞いていたんですが、学生さんはその辺のところがまだ全くわからない方たちも多くて、声の中にはこれから教壇に立ったりする学生さんでしたので、いろいろと感じたことを書いてもらっております。全てに目を通すのは大変なので、後でまたご覧になっていただけたらと思います。

先ほどから時間が押していますということでしたけれども、どっちも終わってしまってからのものが多かったりして、がんリハビリ、それからハラスメントの心理、それから患者会の患者サロンについてなどありますけれども、後で目を通していただけたらと思います。

○藤田次郎議長

情報提供をありがとうございました。

片倉委員のほうからもありますでしょうか。

○片倉政人委員（がんの子どもを守る会沖縄支部　代表幹事）

241ページに、私たちが活動を行いました昨年の日程が書いてございまして、ほとんど子どもとまたその子どもの兄弟、それとかボランティアと、入院している子どもとその兄弟などの交流会などを行っております。琉大さん、あるいはこども医療センターさんにもご

協力いただきまして、昨年10月にはこども医療センターで、入院されている方と普段お会いできない子どもたち、兄弟を集めて小さなお祭りの縁日みたいな形のものもさせていただいたり、あるいは12月には琉大病院とこども医療センター、あと宿泊設備をやっていますこども医療センターわらびの会に全国からいただいたクリスマスプレゼントを届けてクリスマス会で交流していただいたり、あとは兄弟の会が今年２月ですけれども、兄弟同士の交流会と、どういう状態かを見ながら、そこにいろんな小児心理士の方も入れていただきましてお話を聞いたりさせていただいている活動をやっています。子どものものなので、大人と違って、結構、写真だとかいろいろ撮ろうかと思っているんですが、プライバシーの関係で撮れないので、こうやって箇条書きに書かせていただいています。

また、その次のページに行くと、今、計画しているんですけれども、晩期障害、あるいは長期フォローアップについての講演会などを計画していまして、その都度、またいろんなところで説明していきたいと思っております。

○藤田次郎議長

どうもありがとうございました。安里委員、片倉委員から広範な活動をされていることに、皆さんに敬意を表したいと思います。よろしいでしょうか。

それでは続きまして、報告事項の３番、これは沖縄県からになります。沖縄県のがん関連事業の昨年度の決算及び今年度の予算についてということで、よろしくお願いいたします。

３．沖縄県のがん関連事業の昨年度決算及び今年度の予算について

４．沖縄県の新しいがん対策の取り組みについて

○宮里治（沖縄県保健医療部：砂川靖委員代理）

沖縄県の宮里です。私のほうから報告いたします。

報告に当たって４番目の新しいがん対策の取り組みについてを含めてご報告してよろしいでしょうか。

iPadの243ページ、資料13になります。ご覧ください。

平成29年度の沖縄県のがん対策決算額は総額が２億317万4,000円となっております。平成30年度の予算額は２億5,000万となっている状況であります。

個別の事業の説明は省略させていただきますけれども、平成29年度の決算額の中の10番

と11番は０となっているところが平成30年度に予算計上しているので新規事業となりまして、がん検診の充実強化促進事業とがん医療水準向上事業の２つの項目が新規として取り組む事業となっております。

あと、平成30年度予算額の８番と９番、女性のがん検診啓発普及事業とがん予防対策推進事業が０となっておりますけれども、これはなくなったわけではなくて、10番目の新規事業の中に組み入れたということで０となっている状況であります。

この中で主にがん検診充実強化促進事業について簡単に説明したいと思います。これはがん検診の充実強化を目的とした事業でありまして、実はがん検診は市町村が主体となって実施しているんですけれども、がん検診の実施体制といいますか、精度管理と呼ばれていますけれども、それが沖縄県は非常に悪い状況があります。国立がんセンターが示しているチェックリストでチェックしますと、各市町村の精度管理の状況が非常に悪いと。精度管理といいますと、例えばがん検診をやるときに受診者に対する説明をどのぐらいやっているのかとか、検診結果の報告が適正にやられているのか、あるいは国の指針に基づく検診方法でやられているか等々、そういったようなチェック項目がありまして、それで十分なされているかを調べますと、沖縄県は他府県と比べると、市町村で行っている体制が弱いという結果が出ております。

それで県としましては、その体制強化を含めまして、今年度から新規事業として、現在、調査しているのは集団健診についてなんですけれども、集団健診が非常に悪い状況なもんですから、やはり個別健診についても実態を調べてみる必要があるということで、今年度は個別健診を含めて実施状況、精度管理が一体どのようにやられているかという調査を今年度、行っているところであります。

この調査をやりまして、不十分な部分については指導、助言等を行うとともに、研修会等を開いていきたいと考えています。それで今年度、新規事業で取り組むものでございます。それで市町村のがん検診の充実強化を目指していきたいと考えています。

○藤田次郎議長

３番と４番、これを両方合わせてご説明いただいたということですね。よろしいでしょうか。

どうぞ。

○埴岡健一委員

このがん対策予算を毎回、ご説明いただくのは大変ありがたいことだと思っております。ただ、我々にはわかりにくくて、行政用語と行政分類で書かれているので、ちょっと評価しにくいかなというところがあります。

医療計画の中のがん対策のところでロジックモデルが７つ載っておりまして、それぞれに大体、施策が８つぐらい載っていて、合計、ロジックモデルで載っているだけでも48個の、沖縄県としてのがん対策の施策が載っているんですけれども、その施策との対応が書かれていると、例えば予算項目として１つでも施策５つに対応していたりすると思うんですけれども、我々は沖縄県がん計画の施策欄を見ますので、それと予算が紐付けられるような何か資料があれば、あるいは予算はないけれども、予算なしで実行できるようなものがあるんだなとか、ここは連携協議会の部会が背負っているから予算対策とは紐付いていないんだなということがわかりやすくなるんじゃないかなということで、ちょっとお願いでございます。

それから総額が増えているという評価は非常に難しくて、いわゆるソフト予算とハード予算というか、実費予算と対策予算と振り分けてみないとわからないところもありまして、例えば肝炎治療促進事業費のところは多分、検査費などを含んでいるんですよね。あるいはハードの整備とか、実費的なものをちょっと抜いてみないと評価しにくいところがありまして、みんなで考えていくときにはもう少しわかりやすい資料があるといいなというのがリクエストでございました。

○藤田次郎議長

今すぐには答えられないと思いますので、今後の課題ということでよろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

それでは前へ進みたいと思います。報告事項の５番から９番までですけれども、増田先生、ちょっと時間がかなり押していますのでコンパクトにお願いいたします。

５．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

○増田昌人委員

では、資料14、244ページをご覧ください。

一昨年のがん地域連携クリティカルパスの適用状況についての一覧表になります。残念

なことになかなか適用が進んでおりませんで、一昨年は琉大病院で大腸がんの21例、那覇市立病院では胃がんで２例、大腸がん12例、乳がんで33例、在宅緩和パスで３例、あと県立中部病院では乳がんで１例だけでした。昨年、平成29年度に関しましては同じような結果でして、琉大病院で大腸がん17例と前立腺がん７例で、那覇市立病院では胃がん２例、大腸がん８例、乳がん37例で、中部病院は残念なことに適用がありませんでした。これに関しては、がん計画及び指針等にもまだありますので、引き続き調整をしていきたいと思っております。

６．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

○増田昌人委員

次が報告事項６番、本日配付の紙資料の資料15をご覧ください。

県からの委託事業で、平成30年度がん患者等支援事業で、がん情報及び地域がん医療説明会を継続してやっておりますので、「もしも国頭村でがんになったら」に関する報告書になります。７月27日に行いました。

これをひっくり返して１枚めくっていただけますか。裏が写真になっています。その１枚をめくって、これは４点セットになっておりまして、１つは国頭村役場によって、このときは宮城村長は急用で、予定ではお会いする予定だったんですが、副村長対応と、担当課長と１時間半ぐらい、予防検診医療につきまして少し協議を重ねております。

午前中はこれをしまして、午後、地元の診療所所長とそれぞれ１時間ほど会合を重ねて、現状の把握と、今後、どれぐらいのことを各診療所でやっていただけるのかということについての情報収集をしております。

結果的に両診療所とも経口での抗がん剤及び経口での乳がん等の内分泌療法は可能だということ、及び在宅は可能な限り相談しながら可能だということのお答えをいただいております。もちろん経過観察等に関しましても両診療所でやっていけるということの確認はとってあります。

一番裏なんですが、夕方から地元の診療所長の先生にメインになっていただいて、諫山先生に「国頭村でできるがん医療と体験した看取り医療」で、その前に前座として私ががん情報の探し方について簡単に説明をさせていただいて、じゃ国頭ではどういうことができるのかということをお話ししていただいて、かなり皆さん、納得感のある講演会になっているものだと思います。

ここには出ていないんですが、この後、無料のがん相談会をしておりまして、３人ほど、がん相談に対応しております。このようなことを今現在しております。今年度はあと７カ所ぐらいに伺う予定になっております。

７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

○増田昌人委員

次にiPadの246ページ、資料16、沖縄県地域統括相談支援センターの恒例の報告で、４、５、６の３カ月分の報告です。合計が80件と、通常は月30件～40件なので少し少なめになっております。分類等は今までと同じような傾向になっております。

８．新専門部会委員研修会について

○増田昌人委員

以上が報告になっておりまして、本日配付の紙資料の資料17、今年５月13日に新しい専門部会を発足させるに当たりまして、本協議会の委員である国際医療福祉大学院大学の教授の埴岡先生と、ＮＰＯ法人がん政策サミットの岩井先生を講師にお招きして、新専門部会の方々から34名の方においでいただきまして、朝９時から５時まで研修会を行いました。主に座学のグループワークで、各部会及びワーキンググループの年間計画と６年後の最終評価について、みんなでそれぞれグループに分かれて研修会を開きました。

９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

⑴第22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

⑵第35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

⑶第11回厚生科学審議会がん登録部会

⑷第８回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会

⑸第３回小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会

⑹第24回がん検診のあり方に関する検討会

⑺職域におけるがん検診に関するマニュアル

⑻第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

○増田昌人委員

ここからは国の報告になっておりまして、厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種

会議を８つご報告いたします。

iPadの資料の252ページ、資料18、厚生科学審議会の予防接種・ワクチン分科会になるんですが、ここではさほど特筆すべきことはございませんでした。

次に(3)第11回厚生科学審議会のがん登録部会に関してですが、255ページ、資料20、匿名化についての報告と、全国がん登録の情報提供マニュアルについて審議が行われております。時間の関係上、割愛させて細かいお話は抜かしたいと思います。

次に294ページ、資料21になります。第８回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会ということで何度かお話しさせていただきましたが、ここでも循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方についての報告がなされました。あとは緩和ケアチームの育成のあり方についてディスカッションがされております。

次に資料22、345ページ、第３回小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会におきまして、医療安全についてと、もう１つは小児がん拠点病院の指定要件の見直しについての審議がされました。これの結果を受けて、本日、皆様には小児がん拠点病院に関する指定要件の新指針をお配りしたということになります。

次が資料23、363ページ、第24回がん検診のあり方に関する検討会です。いわゆる乳がん検診における高濃度乳房への対応についての報告がされておりまして、まとまった報告が出ております。

次が資料24、377ページ、これは何度かお話ししていますが、３月に職域におけるがん検診に関するマニュアルが出ましたので、それぞれ後でご確認をいただければと思います。

最後が第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会ということで、資料25、423ページです。これは２つありまして、大きな議題としましては、がん診療拠点病院等の指定要件の見直しについての審議がされて、これも今日お配りした新指針になりました。あとはゲノム医療中核拠点病院等の指定についての報告がありました。

○藤田次郎議長

ただいま報告事項の５番から９番まで終わりました。委員の皆さんから何か質問等がありましたらお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

それでは報告事項の10番、その他でありますけれども、こちらのほうでは特に用意はしておりません。前に進んでよろしいでしょうか。

それでは部会報告に入っていきたいと思います。部会報告は２件です。まず４番の離島・

へき地部会報告ということで、尾﨑先生、どうぞよろしくお願いいたします。

部会報告事項

１.医療部会　報告なし

２.緩和ケア・在宅医療部会　報告なし

３.小児・ＡＹＡ部会　報告なし

４.離島・へき地部会

○尾﨑信弘委員（離島・へき地部会長）

八重山病院の尾﨑と申します。この初回の会で部会長ということになりましたので報告させていただきます。

資料26、465ページ、まずはロジックモデルの基本的なところをどうするかということが最初の議論になりました。最終のアウトカムに関しましては、議論の結果、「離島及びへき地のがん患者が、安全・安心に適切な医療を受けられている」ということにいたしました。

その次に中間アウトカムの議論ですが、まず１つは「離島・へき地に住む患者さんが、地元と本島との医療機関の連携によって標準治療が受けられる環境が整っている」ということにいたしました。放射線治療等、細かく議論がございましたけれども、完全に離島・へき地で全ての機能が完結するわけではないということを踏まえて、こういう形にせざるを得ないのかなということになりました。

それから２番目の中間アウトカムとしましては「離島・へき地のがん患者が、地元でできるがん治療についての十分な知識をもったうえで、自ら治療する医療施設を選択している」という形にさせていただきました。これもその連携と、あるいは実際に離島・へき地で診療そのものが困難な疾患等もありますので、まずはそれぞれの圏域の医療機関で何ができるのかということを正確に地域の方々に情報提供することが重要で、その結果として、それぞれの地域、患者さんの実情に合わせた適切な治療選択がどういうふうにサポートできるかということが課題になるのかということになりました。

３番目のアウトカムですけれども「離島・へき地のがん患者が十分な社会的支援が受けられている」ということにいたしましたが、これは参加いただきました２名の患者代表の委員の方々からかなり切実な訴えもありまして、ここは渡航にかかわる費用とか、あるいは滞在せざるを得ないというようなこと、あるいは実際には患者さん１人ではなくて、ご家族も一緒に行かれたりするので、経済的な負担は非常に大きいんですね。だから社会的

な支援という意味では、恐らく就労支援とか、もっといろんな形のものがあるんでしょうけれども、短期的に非常に切実な問題としてはこの移動・宿泊にかかわる経費に関しての要望が非常に切実なものがあったということは強く認識をいたしました。

そういう議論を踏まえて、今後は具体的な項目に関して一定の数値目標を設定していく作業に入らなければならないので、まずは地域のがん登録のデータで実際にどのぐらいの患者さんが発生していて、一方で医療資源、特に人的なものも含めた医療資源が現在、離島・へき地にどのように存在しているかということを改めて正確なデータをとって、それに基づいて具体的な目標を設定していく作業を今後、していくことになりました。

最後になりますが、一応、委員はほぼ決まっているんですけれども、県からの委員がまだ未定になっています。これに関しましては、どういう役割をこの部会で担うかということが開催時点でファジーだったこともあって、それの推移を見てという県のご意向だというふうに伺っておりますけれども、１つは、患者代表の方々からの非常に強い要望のありました経済的な支援にかかわる部分は、医療関係の委員ではなかなか対応が難しいので、そこに県の委員の方が関与していただくのが１つかなということと、離島・へき地に関しては県立の医療機関が担っている部分、あるいは公的な医療機関がかなりの部分を担っておりますので、実際には病院事業局なのか、そういうところで医療現場の状況をわかっておられる方もひょっとすると必要になってくるのかなと思いましたが、いずれにせよ、行政の支援が必ずこの部会には必要だと思っております。

○藤田次郎議長

この件は先ほど医師会の宮里副会長からもご指摘がありましたよね。先生、何か追加はありますか。

○宮里達也（沖縄県医師会：安里哲好委員代理）

極めて重い課題ですけれども、段階的にしか解決していくしかないです。これはもうだいぶ前からそういう議論があって、いろんな施策を打たれてきているのは事実であります。運賃も半分以下になっていると思います。宿泊のバックアップ制度もできています。ただ、不十分であるということもあって、実際に具体的にどうしたらいいのかということを話し合っていただいて、それが施策化されるかどうかは、だから行政の人が入ってもらっても難しいんだと思います。この人は多分、３年で異動しますので。基本的に専門家がこうあ

るべき論をきちっと整えることのほうが大切だと思います。

○本竹秀光委員

尾﨑先生、沖縄県の保健医療部の味方をするわけじゃないけれども、もともと当該市町村が入らないのはおかしい。先生も八重山にいておわかりだと思うんですけれども、がん以外に関しても全然協力しないです。だからそこに行かないと、さっきも本当は言おうと思ったんだけれども、予防に関しても首長たちをどういうふうにしてするかという市町村会の会長を含めて、そこに働きかけないと解決しません。できないと思います。それは沖縄県のトップ、あるいは市町村会の会長がいますけれども、うるま市なんですけれども、そういうところに働きかけないと、そこから行かないと、下の実務だけやっているところではなかなか解決しないのが多分現実だと思うんです。

そういう意味では沖縄県なんだけれども、市町村会をどういうふうにして、一番現場、市町村、そこの住民ですから、やっぱりそこに訴えていくことをまずしないといけないと思うし、なかなか保健医療部長だけではできないのが今までの、昔、福祉保健部長だったんです。

○藤田次郎議長

でも相当、沖縄県は頑張ってくれているんです。そこは旅費の支援等も含めて。

これはスカイプで真栄里委員も参加されているので、ぜひ一言、コメントをほしいと思いますけれども、いかがでしょうか。よろしいですか。普段からおっしゃっていることなので、でもだいぶ良くなったというふうに理解しているんですけれども、その辺はいかがですか。

○真栄里隆代委員

この前、スカイプであれだったんですけれども、どんどん良くなっているけれども、やっぱりまだまだ、こうしてほしい、ああしてほしいというのがたくさんあって、一挙に解決ができないなというのも感じています。

市町村も、県は「市町村がやるところには支援します」と言っていて、でも市町村は「財政の面でできません」と。「宿泊支援なんかとんでもない」みたいなところがあって、そこをどんなふうにやったら支援してもらえるのかなとかいろいろ考えています。

○藤田次郎議長

ありがとうございます。主体は県、市町村ですよね。でもそういうところがあると思うんですね。

はい、どうぞ。

○宮里達也（沖縄県医師会：安里哲好委員代理）

先ほど本竹委員が話したのは極めて重要で、むしろ県を入れるよりも市町村の人を入れる。例えば北部では12市町村会とか、あるいは離島市町村会みたいなところを入れて、住民はそういう思いがありますよということを整理することのほうが大切なので、その場で県の役人に言っても、多分ほとんど何の意味もないと思います。

○尾﨑信弘委員（離島・へき地部会長）

県と市町村との関係をここで議論しても仕方ないと思いますけれども、県は県として、しかし、県民のそういうことに対して責任を持っておられるわけですし、市町村に対して予算も支給しておられるし、その指導もするわけですから、無関係とはいえないだろう。

ただ、もう一方で、県立病院が宮古と八重山では医療の主要な部分を担っていて、そこをどう整備するかというのは、これは県が持っている以上、県の責任ですから、そういう形で県がこの部会に関与していただくことは必ず必要だということはいえると思います。

ご指摘をいただいたように、それで県のお金の担当の方が出てもしょうがないということなのであれば、じゃ市町村に対してどう働きかけたらいいのかというノウハウを持った方に委員に入っていただくことが必要じゃないでしょうか。それがどなたかは、私にはわかりませんけれども。

○藤田次郎議長

ありがとうございます。

真栄里委員、どうぞ。

○真栄里隆代委員

患者会というか、患者も一生懸命考えて、「宮古病院、八重山病院は県立病院と名前が付

く病院だけれども、これは宮古のみんなの宝物ですよ、宮古島市もぜひバックアップしてください」というのは常々、何かの折に一生懸命訴えています。そういう訴えもやりつつ、「私たちの声も聞いてください」と言うんですけれども、なかなか前に進まないというか、もうちょっと前に進んでほしいなと思いながら、進んでいる部分もあるけれども、もっと頑張ってほしいと思うところもあります。

○藤田次郎議長

私の目から見ると宮古病院も新築になって、今度、八重山病院もオープンすると。ハード面でも相当良くなって、さらに医者の数もかなり増えてきているんですよね。頑張っていただいているのではないかと思います。

時間の兼ね合いで前に進みたいと思うんですけれども、５番の相談支援部会、島袋部会長、どうぞよろしくお願いいたします。

５．情報提供・相談支援部会

６．ベンチマーク部会　報告なし

○島袋幸代　情報提供・相談支援部会長

情報提供・相談支援部会の島袋です。資料27、468ページをご覧ください。報告事項の２．がん患者のゆんたく会についてです。

各病院で開催しているゆんたく会に、地域統括相談支援センターで研修を受けたピアサポーターさんを派遣していただいて患者間交流の活性化を図っています。前年度は琉大病院、那覇市立病院、中部病院の３カ所からピアサポーターに参加していただき、サロンを開催しています。今後も引き続き連携をとりながら、今年度は特に部会でサポートを行いながら、定例開催に至っていない病院を中心に開催していくことを計画しています。

次に報告事項３．がん相談件数についてです。県下全ての拠点病院の相談センターで、国立がん研究センターより提示されている相談支援シートを使用し、統一した項目での相談内容の集計を行っています。今後も引き続き６拠点病院の件数をまとめて、相談の傾向や体制について協議するとともに、今後は拠点病院以外のがん診療を行っている医療機関でも自由に参加していただけるように検討を行っています。

続きまして、470ページの協議事項１．平成30年度部会事業の行動計画についてです。ロジックモデルを用いて部会でも検討し、協議を進めているところです。先ほどの新指針の

概要にもあったように、内容も踏まえて、まずは院内でがんと診断された患者さん、ご家族ががん相談支援センターへ早期に立ち寄れる仕組みづくりを行っていくことを検討することとなっています。

また、６拠点病院以外の病院に設置されている相談室との連携も検討しながら、がん相談支援センターの利用につながる仕組みづくりを計画に盛り込んでいるところです。

○藤田次郎議長

また相談支援の部分も、先ほど増田委員からありましたけれども、相当充実が求められているということで、改めて先ほどの「がん診療連携拠点病院等の整備について」という資料をご覧になっていただければと思います。

今の報告について、どなたかご質問はありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、予定していた審議、部会報告等は全て終わりました。

埴岡委員、どうぞ。

○埴岡健一委員

１分半だけいただいてよろしいでしょうか。

審議事項１番目の協議会から専門部会への要望についてお話を聞きましたが、１番の計画の実行を誰がするのかは、今、部会が再編成されているところでございますけれども、あっという間に半年も経とうとしているところですので、次の会までには形をしっかりしていただければと思います。

２番目の予算は先ほども話題になっておりましたけれども、来年度予算がもう締め切り間近で､多分､８月中ぐらいには県のほうで大体たまを決められると思うんですけれども、そういう意味では、この部会及び協議会から必要なものは声を上げることが必要だと思いますので、会議は開けませんけれども、何らかの形で早急に整えていただくことはお願いしたいと思います。

それと、それに絡んで大腸がんプロジェクトがなかなか進んでいないのではないかという真栄里委員のご意見もございましたけれども、進捗管理体制、予算なども含めて整えていただければと思います。

それから最後に、沖縄県のがん計画では、進捗管理をする指標の手当として、患者体験調査をたくさん盛り込んでおりますけれども、これをとることに当たって、先日行われま

したがん政策サミットで､国立がん研究センターから日程の情報が提示されておりました。10月ごろには選定施設に調査を依頼する。そして、今年の12月から１月くらいには発送及び回収、２月３月に調査結果のとりまとめということなんですけれども、通常では選ばれた施設、２施設ぐらいだけの調査になりますけれども、手挙げをしていただいた施設全てに体験調査ができるということで、そういう意味では沖縄県全ての拠点病院、準拠点病院が手挙げをすれば、８割、９割の捕捉率で患者調査ができますので、ただし、それには１施設10万円ぐらいの費用がかかることもおっしゃっていましたので、至急、沖縄県のほうでその手当も含めて考えていただくことが必要かなと思いましたので、以上、資料８に関してのコメントです。

○増田昌人委員

今の第２回の患者体験調査に関しましては、厚労省の研究班の東班の中の私がやっている増田小班で質問事項の選定をして制度設計もさせていただきました。県にお願いしたのも、すでに県のほうには昨年にお伝えはしてあるんですけれども、大体多いほうで10万ぐらいで、民間業者と契約をした上で、予算さえきちんと積んでいただければ、おおよそ１病院当たり10万前後で、何病院でもそれぞれの予算に応じてできるような制度設計をしましたので、実は国の予算で確実にできるのは県拠点51病院の全てですが、ただし、それ以外に、こちらでランダムに選ばせていただいた地域拠点病院２病院。ただ沖縄の場合は２病院だけなので、結果的には沖縄では拠点病院を３つともやることになるんですが、ほかの都道府県に関しては十幾つもあるところもあるので、そこは含めて２病院なんですが、それ以外は、国の予算は300人分以上は積んでいないんですが、逆にいうと、地域各県ごとに予算を積んでいただければ、そこはやっていただいて、さらに解析に関しましてもまだちょっと流動的ではあるんですが、私どもの研究班のほうで解析までしてお返しするようなシステムをとりつつ、原則、それもとっていますので、ご参加していただくと、沖縄県のみんなの情報がわかりますのでよろしくお願いいたします。

○藤田次郎議長

吉見先生、簡単にお願いします。

○吉見直己委員

簡単に。私はこの４月からこの委員になったんですけれども、先ほどのゲノムも含めて、連携病理診断センターが琉大の藤田病院長の肝いりも含めて出来上がって、これの予算は実は県の、先ほど少しがん関係の予算の中でも基盤として、基盤医療としてつくられてきているんですけれども、その中に免疫療法、今回は薬物を含めたところが入っていますけれども、とにかくPD-L1という抗体を使うという、いわゆるがんゲノムじゃなくて、ゲノムの場合は免疫の効果がわかりませんので、そういうものを病院長がやって、今、琉大はやっているんですが、それをやるときに、キットは大体50～60万ぐらいかかるんですが、場合によっては、特にある種の抗体、288という抗体に関しては診療報酬ができないのが、まだ耳鼻科領域しかなくて、その場合、無駄な部位が出てきますので、こういう連携の病院の各病院のところから逆に出していただいて、多分、診療報酬は取れないんですが、先ほど今後の免疫療法を含めたところはエビデンスを今後どういうふうにするか。しなくても、一応、試料は使えるんですけれども、そういうものをちゃんとエビデンスとして残していくべきだと思いますので、各基盤の拠点病院の先生方にそういうような形でうちのほうに連絡していただけば、そういうものをきちんとデータとして出していけますので、捨ててしまうのもちょっと、期限がございますので、そういうような形で有効に沖縄県のために使わせていただきたいと思っておりますのでぜひよろしくお願いします。

○藤田次郎議長

ありがとうございました。司会の不手際で少し時間が延びてしまいました。

これで今年度第２回の沖縄県がん診療連携協議会を終わりたいと思います。iPadは置いて帰っていただいて、特に医師会の理事の先生は気をつけていただいたらと思います。どうも長い間、ありがとうございました。

資料4

沖縄県がん診療連携協議会委員 平成30年度名簿 （任期：平成30年4月1日～平成32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	藤田　次郎	継続	ふじた　じろう	琉球大学医学部附属病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	本竹　秀光	継続	もとたけ　ひでみつ	沖縄県立中部病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
3	2	屋良　朝雄	継続	やら　あさお	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	本永　英治	継続	もとなが　えいじ	沖縄県立宮古病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
5	3	篠﨑　裕子	新規	しのざき　ゆうこ	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	5	安里　哲好	継続	あさと　てつよし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	6	真境名　勉	継続	まじきな　つとむ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	7	亀谷　浩昌	継続	かめや　ひろまさ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	8	仲座　明美	継続	なかざ　あけみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	9	真栄田　篤彦	新規	まえだ　あつひこ	沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	10	砂川　靖	継続	すなかわ　やすし	沖縄県保健医療部	保健医療部長	沖縄県保健医療部長
13	11	増田　昌人	継続	ますだ　まさと	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
14	12	藤田　次郎	継続	ふじた　じろう	琉球大学医学部附属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
15	13	中村　克徳	継続	なかむら　かつのり	琉球大学医学部附属病院薬剤部	薬剤部長	琉大病院の薬剤部長
16	14	大嶺　千代美	継続	おおみね　ちよみ	琉球大学医学部附属病院看護部	看護部長	琉大病院の看護部長
17	15	熊谷　圭司	継続	くまがい　けいじ	琉球大学医学部	事務部長	琉大病院の事務部長
18	16	玉城　和光	継続	たまき　かずみつ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院から2人
19	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院から2人
20	16	宮里　浩	継続	みやざと　ひろし	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から2人
21	16	友利　寛文	継続	ともり　ひろふみ	那覇市立病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院から2人
22	17	松村　敏信	継続	まつむら　としのぶ	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2人
23	17	平良　弘子	新規	たいら　ひろこ	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院から2人
24	17	尾﨑　信弘	新規	おさき　のぶひろ	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院から2人
25	17	平良　美江	新規	たいら　よしえ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2人
26	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・看護部長	地域がん診療病院から2人
27	17	我如古　春美	継続	がねこ　はるみ	北部地区医師会病院	副看護部長	地域がん診療病院から2人
28	19	安里　香代子	新規	あさと　かよこ	沖縄県がん患者会連合会	事務局長	患者関係の立場の者
29	19	大城　松健	継続	おおしろ　しょうけん	公益社団法人 日本オストミー協会　沖縄支部	支部長	患者関係の立場の者
30	19	真栄里　隆代	継続	まえさと　たかよ	ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会	会長	患者関係の立場の者
31	19	片倉　政人	継続	かたくら　まさんど	がんの子供を守る会　沖縄支部	代表幹事	患者関係の立場の者
32	20	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
33	20	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
34	20	新垣　綾子	新規	あらかき　あやこ	沖縄タイムス編集局社会部	記者	有識者
35	21	新崎　章	継続	あらさき　あきら	琉球大学医学部附属病院歯科口腔外科	歯科口腔外科長	琉大病院の病院長が必要と認める者
36	21	吉見　直己	新規	よしみ　なおき	琉球大学医学部附属病院病理部	病理部長	琉大病院の病院長が必要と認める者
37	21	西巻　正	継続	にしまき　ただし	琉球大学医学部附属病院第一外科	第一外科長	琉大病院の病院長が必要と認める者
38	21	百名　伸之	継続	ひゃくな　のぶゆき	琉球大学医学部附属病院小児科	講師	琉大病院の病院長が必要と認める者
39	21	足立　源樹	継続	あだち　げんき	那覇市立病院	放射線科部長	琉大病院の病院長が必要と認める者

平成30年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

要項条項	氏名	所属	役職	備考
11	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
16	朝倉　義崇	県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より1名
16	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より1名
17	松村　敏信	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
17	尾﨑　信弘	県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長・ 看護部長	地域がん診療病院から1名
その他協議会議長が必要と認めた者	糸数　公	沖縄県保健医療部	保健衛生統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者
その他協議会議長が必要と認めた者	金城　不二子	琉球大学医学部総務課	課長	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2018/8/24

医療部会

氏名	所属	役職	備考
調整中	琉球大学医学部附属病院		都道府県がん診療連携拠点病院
宮里　浩	那覇市立病院	外科統括課部長	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
篠﨑　裕子	沖縄県立八重山病院	院長	地域がん診療病院
岸本　信三	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
調整中			沖縄県
又吉　賢弘	沖縄県友声会	理事	患者関係者
島袋　百代	パンキャンジャパン沖縄アフィリエート	支部長	患者関係者
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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	琉球大学医学部附属病院	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	琉球大学医学部附属病院	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
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
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	外科副部長	地域がん診療病院
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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
髙橋　秀徳	琉球大学医学部附属病院	地域医療部　特命講師	都道府県がん診療連携拠点病院
石井　岳夫	琉球大学医学部附属病院	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	琉球大学医学部附属病院	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
勝連　真人	沖縄県立中部病院	薬剤師	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
友利　幹夫	沖縄県立八重山病院	薬剤師	地域がん診療病院
内田　千穂	沖縄県立八重山病院	看護師	地域がん診療病院
神里　敬子	沖縄県立宮古病院	看護師長	地域がん診療病院
比嘉　亜紀	北部地区医師会病院	看護師	地域がん診療病院
新井　麻紀子	北部地区医師会病院	薬剤師	地域がん診療病院
大城　真理奈	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
上原　政文	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
國吉　洋子	浦添総合病院	看護師	浦添総合病院
平良　智	中頭病院	薬剤師	中頭病院
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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	琉球大学医学部附属病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
中島　信久	琉球大学医学部附属病院	地域医療部　特命准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
多和田　慎子	琉球大学医学部附属病院	緩和ケアセンタージェネラルマネージャー	都道府県がん診療連携拠点病院
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
屋良　尚美	沖縄県立中部病院	外来師長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	地域連携室 看護師	地域がん診療病院
尾﨑　信弘	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	大腸肛門科科長	地域がん診療病院
笹良　剛史	友愛会南部病院	診療部長	友愛会南部病院
調整中			沖縄県
名嘉眞　久美	沖縄県がん患者会連合会	事務局	患者関係者
調整中			患者関係者
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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	琉球大学医学部附属	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
神里　敬子	沖縄県立宮古病院	看護師長	地域がん診療病院
篠﨑　裕子	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	大腸肛門科科長	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予定病院
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予定病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	診療部長	緩和ケア研修会開催予定病院
西原　実	ハートライフ病院	外科系統括部長	緩和ケア研修会開催予定病院
林　正樹	中頭病院	血液腫瘍内科部長	緩和ケア研修会開催予定病院
友利　健彦	沖縄赤十字病院	第二外科副部長	緩和ケア研修会開催予定病院
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	沖縄県立中部病院	呼吸器内科医師	地域がん診療連携拠点病院
具志堅　春香	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	地域連携室　看護師	地域がん診療病院
大上　永利子	沖縄県立八重山病院	緩和ケア認定看護師	地域がん診療病院
成田　奈緒子	北部地区医師会病院	緩和ケア専従師長	地域がん診療病院
荷川取　尚樹	花あかり合資会社	代表所長	花あかり合資会社
笹良　剛史	友愛会南部病院	診療部長	友愛会南部病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
宮城　愛子	訪問看護ステーションはえばる	所長	訪問看護ステーションはえばる
末武　美奈子	指定居宅介護支援事業所東風の里	介護支援専門員	指定居宅介護支援事業所東風の里
德盛　裕元	すまいるサポート株式会社	代表取締役	すまいるサポート株式会社
福地　泉	アドベンチストメディカルセンター	医療福祉相談室・地域連携室室長	アドベンチストメディカルセンター
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会

氏名	所属	役職	備考
百名　伸之	琉球大学医学部附属病院小児科	講師	都道府県がん診療連携拠点病院
浜田　聡	琉球大学医学部附属病院小児科	助教	都道府県がん診療連携拠点病院
森島　聡子	琉球大学医学部附属病院	第二内科准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
友寄　毅昭	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	血液・腫瘍内科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
比嘉　猛	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
松田　竹広	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科副部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
佐久川　夏実	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	チャイルド・ライフ・スペシャリスト	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
大鷲　しのぶ	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	がん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
調整中	森川特別支援学校		
調整中(伊良波先生)	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター		
調整中			沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	幹事	患者関係者
調整中			患者関係者
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

離島・へき地部会

氏名	所属	役職	備考
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
戸板　孝文	沖縄県立中部病院	放射線科副部長	地域がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
松村　敏信	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院
平良　弘子	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
尾﨑　信弘	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
平良　美江	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院
赤松　道成	北部地区医師会病院	外科科長	地域がん診療病院
我如古　春美	北部地区医師会病院	副看護部長	地域がん診療病院
調整中			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）	会長	患者関係者（宮古医療圏）
田盛　亜紀子	やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)	副会長	患者関係者（八重山医療圏）
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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	琉球大学医学部附属病院がんセンター	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
山田　綾美	琉球大学医学部附属病院がんセンター	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
島袋　幸代	沖縄県立中部病院	がん相談支援センター副看護師長	地域がん診療連携拠点病院
樋口　美智子	那覇市立病院	総合相談センター長	地域がん診療連携拠点病院
慶田　博子	沖縄県立宮古病院	地域連携室長	地域がん診療病院
金城　美奈子	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
宮城　郁美	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
調整中			沖縄県
阿波連　愛香	沖縄県がん患者会連合会	事務局補佐　会計	患者関係者
調整中			患者関係者
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会

氏名	所属	役職	備考
伊佐　奈々	琉球大学医学部附属病院	診療情報管理士	琉球大学医学部附属病院
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
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
松村　敏信	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院
尾﨑　信弘	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長・看護部長	地域がん診療病院
調整中			沖縄県
調整中			患者関係者
調整中			患者関係者
井岡　亜希子	まるレディースクリニック		
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（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	琉球大学医学部附属病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
新里　明美	沖縄県立中部病院　経営課	課長	地域がん診療連携拠点病院
仲嶺　八紀	沖縄県立中部病院　経営課		地域がん診療連携拠点病院
仲尾次　恭子	那覇市立病院		地域がん診療連携拠点病院
戸倉　さおり	沖縄県立宮古病院　診療情報管理室	診療情報管理士	地域がん診療病院
本村　太志	沖縄県立八重山病院　医事課		地域がん診療病院
宮里　貴子	北部地区医師会病院　医事課		地域がん診療病院
安里　邦子	中部徳洲会病院　診療情報管理室	診療情報管理士	中部徳洲会病院
比知屋　春奈	国立病院機構沖縄病院　診療情報管理室	診療情報管理士	国立病院機構沖縄病院
古謝　由紀子	沖縄県衛生環境研究所　全国がん登録担当	全国がん登録	沖縄衛生環境研究所
増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんセンター	がんセンター長	事務局
新垣　萌未	（琉球大学医学部附属病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

資料５

沖縄県がん診療連携協議会幹事会の運営に関する申合せ

（平成20 年 9月30日 制　　定）

（趣旨）

１ 沖縄県がん診療連携協議会要項（平成２０年７月１５日制定。以下「要項」という。）第７条第２項の規定に基づき，沖縄県がん診療連携協議会幹事会（以下「幹事会」という。）に関し，必要な事項を定める。

（組織）

２ 幹事会は，沖縄県がん診療連携協議会（以下「協議会」という。）委員の中から，次に掲げる者をもって組織する。

(1) 協議会要項第２条第１項第１１号の者
(2) 協議会要項第２条第１項第１６号の者　各１人
(3) 協議会要項第２条第１項第１７号の者　各１人
(4) 協議会要項第２条第１項第１８号の者
(5) その他協議会議長が必要と認めた者

（任務）

３ 幹事会は，協議会を円滑に運営するため，協議会の協議事項について調整等を行う。

（幹事長）

４ 幹事会に幹事長を置き，第２項第１号の者をもって充てる。
５ 幹事長は，幹事会の任務を掌理する。
６ 幹事長に事故があるときは，幹事長があらかじめ指名する者がその職務を代行する。

（報告）

７ 幹事長は，幹事会の結果を協議会議長に報告するものとする。

（部会）

８ 幹事会に，協議会の活動を展開するため，次の部会を置く。

(1) 医療部会
(2) 緩和ケア・在宅医療
(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
(7) 普及啓発部会

（事務）

９ 幹事会の事務は，琉大病院の事務部及び各地域がん診療連携拠点病院において処理する。

（雑則）

１０ この申合せに定めるもののほか，幹事会の運営等に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

この申合せは，平成20年 9月30日から施行する。

附 則

この申合せは，平成20年12月19日から施行する。

附 則

この申合せは，平成22年 6月11日から施行する。

附 則

この申合せは，平成27年 8月 7日から施行する。

附 則

この申合せは，平成30年10月15日から施行し，平成30年 5月11日から適用する。

沖縄県がん診療連携協議会幹事会の運営に関する申合せの一部改正に伴う新旧対照表（案）

新	旧
（改正理由） 平成３０年５月１１日付けで部会が再編されたことにより、８「部会」の規定について文言を修正する。	
沖縄県がん診療連携協議会幹事会の運営に関する申合せ（案）	沖縄県がん診療連携協議会幹事会の運営に関する申合せ
１～７　略	１～７　略
（部会） ８ 幹事会に，協議会の活動を展開するため，次の部会を置く。 (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 (7) 普及啓発 部会	（組織） ８ 幹事会に，協議会の活動を展開するため，次の部会を置く。 (1) 研修部会 (2) がん登録部会 (3) 普及啓発部会 (4) 地域ネットワーク部会 (5) 相談支援部会 (6) 緩和ケア部会 (7) がん政策部会
９　～　１０　略	９　～　１０　略
附 則 この申合せは，平成20年 9月30日から施行する。 附 則 この申合せは，平成20年12月19日から施行する。	附 則 この申合せは，平成20年 9月30日から施行する。 附 則 この申合せは，平成20年12月19日から施行する。

附 則 この申合せは，平成22年 6月11日から施行する。 附 則 この申合せは，平成27年 8月 7日から施行する。 **附 則** **この申合せは，平成30年10月15日から施行し，平成30年5月11日から適用する。**	附 則 この申合せは，平成22年 6月11日から施行する。 附 則 この申合せは，平成27年 8月 7日から施行する。

資料６

健　発　０７３１第　１　号
平　成　３０年　７　月　３１日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康局長
（　公　印　省　略　）

がん診療連携拠点病院等の整備について

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」（平成30年３月９日閣議決定。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ある。

がん診療連携拠点病院については、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、その整備を進めてきたところであるが、がん医療の更なる充実のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」及び「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」を開催し、指定要件の見直し等について検討を進めてきた。

これらの検討会からの提言を踏まえ、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり定めたので通知する。

ついては、各都道府県におかれては、指針の内容を十分に御了知の上、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん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の推薦につき特段の御配慮をお願いする。

また、指針に規定する「新規指定推薦書」等については、別途通知するので御留意されたい。

なお、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年１月10日付け健発0110第７号厚生労働省健康局長通知。以下「旧通知」という。）は、平成30年７月31日で廃止する。

別添

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

1　がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）、特定領域がん診療連携拠点病院（以下「特定領域拠点病院」という。）、地域がん診療病院は、都道府県知事が２を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会（以下「指定の検討会」という。）の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）は当該施設に関する意見書を、厚生労働省に提出することができる。また、地域がん診療連携拠点病院（以下「地域拠点病院」という。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、同一都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）は当該病院に関する意見書を、都道府県を通じて厚生労働省に提出することができる。

2　都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に１カ所、地域拠点病院にあっては、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏に１カ所（都道府県拠点病院が整備されている医療圏を除く。）、地域がん診療病院にあっては基本的に隣接するがんの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（以下「グループ指定」という。）することにより、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に１カ所整備するものとする。また、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拠点病院を整備するものとする。ただし、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、この限りでないものとする。なお、この場合には、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第12条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意し、がんの医療圏と２次医療圏が一致していない都道府県については、指定の検討会において整備の方針を説明すること。また、地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院のグループ指定については、複数のがん診療連携拠点病院とグループになることも可とし、都道府県又は都道府県がん診療連携協議会（以下「都道府県協議会」という。）がその地域性に応じて検討を行い、連携するがん診療連携拠点病院とグループ内での役割分担を明確にした上で、がん診療連携拠点病院と地域がん診療病院のグループ指定の組合せを決定すること。当該がん診療連携拠点病院は、患者の利便性及び連携・役割分担の実効性を考慮

し、隣接した医療圏にあることが望ましい。なお、地域がん診療病院が複数のがん診療連携拠点病院とのグループ指定を受ける際は、中心となって連携するがん診療連携拠点病院を明確にすること。

3　国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。

（１）　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の診療従事者の育成や情報発信等の役割を担う。

（２）　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等へ必要に応じて実地調査を行うなど、情報提供を求め、我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言する。実地調査を行う際には、必要に応じて当該都道府県内の他のがん診療連携拠点病院等の意見の活用を考慮すること。

（３）　定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（以下「国協議会」という。）を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

①　各都道府県における都道府県拠点病院を中心としたＰＤＣＡサイクルの確保及びその実績

②　全国のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況

③　全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績

④　全国の臨床試験の実施状況

4　地域拠点病院（国立がん研究センターの中央病院および東病院を除く）の指定においては、都道府県知事がその診療機能等が高いものとして推薦する医療機関について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを、特に、地域がん診療連携拠点病院（高度型）（以下「地域拠点病院（高度型）」という。）として、指定の類型を定めることができるものとする。ただし、地域拠点病院（高度型）の指定は、同一のがんの医療圏に一カ所とする。なお、地域拠点病院のうち、指定期間中に指定要件を欠くなどの事態が発生した医療機関については、特に、地域がん診療連携拠点病院（特例型）（以下「地域拠点病院（特例型）」という。）として、指定の類型を定めることができるものとする。

5　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん

診療病院については、院内の見やすい場所に指定を受けている旨の掲示をする等、がん患者に対し必要な情報提供を行うこととする。

6　厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院における指定要件の充足状況に関して疑義が生じた場合など、必要と判断したときは、都道府県に対し、文書での確認や実地調査等の実態調査を行うことを求めることができるものとする。

7　厚生労働大臣は、6に規定する実態調査の結果、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1　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（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）及びその他各医療機関が専門とするがんについて、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及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）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　集学的治療及び標準的治療等の質の評価のため、必要な情報を、国に届け出ること。

ウ　集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを、診断時から外来及び病棟にて行うことのできる体制を整備すること。なお、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じて看護師等によるカウンセリング（以下「がん患者カウンセリング」という。）を活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

ⅰ　（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

エ　医師からの診断結果や病状の説明時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただ

し、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

ⅱ　初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること。

オ　我が国に多いがんについて、クリティカルパス（検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。以下同じ。）を整備し、活用状況を把握すること。

カ　がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備すること。

キ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード（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に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態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いう。以下同じ。）を設置し、その実施主体を明らかにした上で、月１回以上開催すること。なお、キャンサーボードを開催するに当たっては、以下の点に留意すること。

ⅰ　キャンサーボードには治療法（手術療法、薬物療法、放射線療法等）となり得る診療科の複数診療科の担当医師が参加すること。また、緩和ケア担当医師や病理医についても参加することが望ましい。

ⅱ　ウに規定するスクリーニングを行った上で、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の専門的多職種の参加を必要に応じて求めること。

ⅲ　キャンサーボードで検討した内容については、記録の上、関係者間で共有すること。

ク　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ適切に依頼ができる体制を整備すること。

ケ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

コ　思春期と若年成人（Adolescent and Young Adult；AYA）世代（以下「ＡＹＡ世代」という。）にあるがん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること。

サ　生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の生殖医療に関する診療科についての情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備すること。

シ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ス　保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。

セ　グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行うこと。

②　手術療法の提供体制

ア　術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

イ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施することが望ましい。

ウ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により手術療法を提供する体制を整備すること。

③　放射線治療の提供体制

ア　強度変調放射線治療に関して、地域の医療機関と連携すると共に、役割分担を図ること。

イ　核医学治療や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。

ウ　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うこと。なお、基準線量の±５％の範囲を維持することが望ましい。

エ　緩和的放射線治療について、患者に提供できる体制を整備すること。

オ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により放射線治療を提供する体制を整備すること。

④　薬物療法の提供体制

ア　（３）の①のイに規定する外来化学療法室において、専門資格を有する看護師を中心として、治療の有害事象を含めた苦痛のスクリーニングを行い、主治医と情報を共有し、適切な治療や支援を行うこと。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知すること。

イ　急変時等の緊急時に（３）の①のイに規定する外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。

ウ　薬物療法のレジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。

エ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、そのグループ指定先の地域がん診療病院が標準的な薬物療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により薬物療法を提供する体制を整備すること。

⑤　緩和ケアの提供体制

ア　（２）の①のオに規定する医師及び（２）の②のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ　緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、緩和ケアが提供される体制を整備すること。

ウ　緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

ⅰ　週１回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、適切な症状緩和にについて協議すること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスにについて主治医や病棟看護師等に情報を共有し、必要に応じて参加を求めること。

ⅱ　（２）の①のオに規定する身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師は、手術療法・薬物療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案すること。また、（２）の①のオに規定す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医師に関しても、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加することが望ましい。

ⅲ　（２）の②のウに規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施すること。

ⅳ　緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行い、緩和ケアの提供体制の改善を図ること。

ⅴ　がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初

回処方を緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

エ　外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的かつ専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来を指すものであり、疼痛のみに対応する外来や、診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。また、外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備すること。

オ　医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。

カ　院内の医療従事者とアに規定する緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

ⅰ　アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保すること。

ⅱ　アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

ⅲ　がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたるとともに緩和ケアの提供体制についてアに規定する緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナース（医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師のことをいう。以下同じ。）を配置することが望ましい。

キ　患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備すること。

ク　アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ　かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ　緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備するこ

と。

⑥ 地域連携の推進体制

ア　地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

イ　病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。

ウ　当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。

エ　がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携することが望ましい。

オ　我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。

カ　地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

キ　退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。

ク　当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年１回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。

⑦　セカンドオピニオンの提示体制

ア　我が国に多いがんその他当該施設で対応可能ながんについて、手術療

法、放射線治療、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によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を整備すること。また地域がん診療病院とグループ指定を受けている場合には、地域がん診療病院と連携しセカンドオピニオンを提示する体制を整備すること。

イ　がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備すること。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備すること。

（２）診療従事者

本指針において、専従とは、当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。また、専任とは、当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を１人以上配置すること。

イ　専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

ウ　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を１人以上配置すること。

エ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

オ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。また、当該医師は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

カ　専従の病理診断に携わる常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むもの

する。

キ　医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね300人を下回る医療圏においては、2022年３月31日までの間、イ、ウ、カに規定する専門的な知識及び技能を有する医師の配置は必須要件とはしないが、以下の要件を満たすこと。

ⅰ　専任の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ⅱ　専従の病理診断に携わる医師を１人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むものとする。

②　専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師を含め、２人以上の放射線治療に携わる診療放射線技師を配置することが望ましい。また、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を１人以上配置すること。なお、当該技術者は医学物理学に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

放射線治療室に専任の常勤看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。なお、当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（３）の①のイに規定する外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

ウ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であること。

（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。なお、当該薬剤師は緩和薬物療法に関する専門資格を有す

る者であることが望ましい。また、当該医療心理士に携わる者は公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい。また、当該相談支援に携わる者については社会福祉士等であることが望ましい。

エ　専任の細胞診断に係る業務に携わる者を１人以上配置すること。なお、当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

③　その他

ア　がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科が参加する話し合いの場等を設置することが望ましい。

イ　地域がん診療連携拠点病院の長は、当該拠点病院においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術・放射線治療・薬物療法の治療件数（放射線治療・薬物療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

（３）医療施設

①　専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア　放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ　外来化学療法室を設置すること。

ウ　原則として集中治療室を設置すること。

エ　白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ　術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室を設置すること。

カ　病棟、外来、イに規定する外来化学療法室等に、集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点などに関して、冊子や視聴覚教材などを用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。

キ　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けること。

②　敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2　診療実績

（1）　①または②を概ね満たすこと。なお、同一医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

①　以下の項目をそれぞれ満たすこと。

ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間500件以上

イ　悪性腫瘍の手術件数　年間400件以上

ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数　年間1,000人以上

エ　放射線治療のべ患者数　年間200人以上

オ　緩和ケアチームの新規介入患者数　年間50人以上

②　当該医療圏に居住するがん患者のうち、２割程度について診療実績があること。

※　この場合の診療実績は、各施設の年間新入院がん患者数のうち当該二次医療圏に居住している者を分子とし、患者調査の「病院の推計退院患者数（患者住所地もしくは施設住所地），二次医療圏×傷病分類別」の当該２次医療圏の悪性新生物の数値を12倍したものを分母とする。分子の数値はがん診療連携拠点病院現況報告の数値を用い、分母の数値には原則として患者調査の最新公開情報を用いること。

3　研修の実施体制

（1）　「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、当該医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において、報告すること。また、医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促すことが望ましい。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

（2）　連携する地域の医療施設におけるがん診療に携わる医師に対して、緩和ケアに関する研修の受講勧奨を行うこと。

（3）　（1）のほか、原則として、当該医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、副作用対応を含めた放射線治療・薬物療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。

（４）　診療連携を行っている地域の医療機関等の診療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的に開催すること。

（５）　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すること。

（６）　医科歯科連携による口腔健康管理を推進するために、歯科医師等を対象として、がん患者の口腔健康管理等の研修の実施に協力することが望ましい。

４　情報の収集提供体制

（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「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、当該部門においてアからチまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。

①　国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」（１）～（３）を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ１人ずつ配置すること。

②　院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

③　相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。

④　相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。

ア　外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。

イ　地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。

⑤　相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備することが望ましい。

⑥　患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるよ

うに、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。

⑦　相談支援センターの支援員は、Ⅳの２の（３）に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。

⑧　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。

＜相談支援センターの業務＞

以下に示す項目については自施設において提供できるようにすること。

ア　がんの病態や標準的治療法等、がんの治療に関する一般的な情報の提供

イ　がんの予防やがん検診等に関する一般的な情報の提供

ウ　自施設で対応可能ながん種や治療法等の診療機能及び、連携する地域の医療機関に関する情報の提供

エ　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

オ　がん患者の療養生活に関する相談

カ　就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）

キ　地域の医療機関におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供

ク　アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する相談

ケ　ＨＴＬＶ－１関連疾患であるＡＴＬに関する相談

コ　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援

サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組

シ　その他相談支援に関すること

以下に示す項目については自施設での提供が難しい場合には、適切な医療機関に紹介すること。

ス　がんゲノム医療に関する相談

セ　希少がんに関する相談

ソ　ＡＹＡ世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援に関する相談

タ　がん治療に伴う生殖機能の影響や、生殖機能の温存に関する相談

チ　その他自施設では対応が困難である相談支援に関すること

※　業務内容については、相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合にはその旨を掲示し必要な情報提供を行うこと。

（２）院内がん登録

① がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針（平成27年厚生労働省告示第470号）に即して院内がん登録を実施すること。

② 院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③ 専従で、院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置すること。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④ 院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤ 適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥ 院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うため、毎年、国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦ 院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧ 院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

① 自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容について病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。また、がんゲノム医療やＡＹＡ世代にあるがん患者への治療・支援についても、自施設で提供できる場合はその旨を広報すること。

② 院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めること。

③ 地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めること。

④ 地域がん診療病院とグループ指定を受ける際には、連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等について病院ホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

⑤ がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めることが望ましい。なお、学校でのがん教育を実施するに当たっては、児童・生徒へ十分な配慮を行うこと。

5　臨床研究及び調査研究

（１）政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力すること。

（２）臨床研究を行う場合は、次に掲げる事項を実施すること。

①　治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。

②　進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報すること。

③　参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

④　臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置することが望ましい。

⑤　患者に対して治験も含めた臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関に紹介すること。

6　ＰＤＣＡサイクルの確保

（１）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicator(以下「ＱＩ」という。)の利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

（２）　これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

7　医療に係る安全管理

（１）　組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（２）　医療に係る安全管理を行う者（以下「医療安全管理者」という。）として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。

（３）　医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（５）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組

織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③提供した医療について、事後評価を行うこと。

（６）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保すること。

８　地域拠点病院（高度型）の指定要件について

（１）地域拠点病院（高度型）

地域拠点病院（高度型）については、Ⅱの１～７の要件を満たしていることに加え、以下の要件を満たしていること。

①　Ⅱの１～７において「望ましい」とされる要件を複数満たしていること。

②　同一医療圏に複数の地域拠点病院がある場合は、Ⅱの２の（１）の①に規定する診療実績が当該医療圏において最も優れていること。

③　強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できること。

④　Ⅳの３の（３）に規定する緩和ケアセンターに準じた緩和ケアの提供体制を整備していること。

⑤　相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。

⑥　医療に係る安全管理体制について第三者による評価を受けているか、外部委員を含めた構成員からなる医療安全に関する監査を目的とした監査委員会を整備していること。

Ⅲ　特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２に基づく特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

１　組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線治療を行う機能を有する部門（以下「放射線治療部門」という。）を設置し、当該部門の長として、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を配置すること。

２　組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し薬物療法を行う機能を有する部門（以下「薬物療法部門」という。）を設置し、当該部門の長として、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。

なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

3　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等の医師等に対し、高度ながん医療に関する研修を実施することが望ましい。

4　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対する医師の派遣による診療支援に積極的に取り組むこと。

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診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担い、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県拠点病院として指定する場合には、Ⅲの特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件（３の（１）、（２）を除く。）を満たすこと。

1　都道府県における診療機能強化に向けた要件

（１）　当該都道府県においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。

（２）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。

（３）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対し、診療機能や診療実績等の情報提供を求め、必要に応じ、実地調査を行うこと等により、当該都道府県内のがん診療等の状況に関する情報を収集、分析、評価し、改善を図ること。

（４）　都道府県協議会を設置し、当該協議会は、当該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とともに、診療の質向上につながる取組に関して検討し、実践するため、次に掲げる事項を行うこと。

①　地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定における、地域性に応じたグループ内での役割分担を明確にした上でのグループ指定の組み合わせを決定すること。

②　都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の診療実績等を共有すること。（地域連携クリティカルパスの活用実績や地域の医療機関との紹介・逆紹介の実績、相談支援の内容別実績、がん患者の療養生活の質の向上に向けた取組状況等を含む。）

③　当該都道府県におけるがん診療及び相談支援の提供における連携協力体制について検討すること。

④　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。

⑤　当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行うこと。
⑥　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院への診療支援を行う医師の派遣に係る調整を行うこと。
⑦　Ⅱの３の（１）に基づき当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。
⑧　当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。
⑨　国協議会との体系的な連携体制を構築すること。
⑩　国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での決定事項が確実に都道府県内で共有される体制を整備すること。

２　都道府県における相談支援機能強化に向けた要件
（１）　相談支援業務として、都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行うことが望ましい。
（２）　相談支援に携わる者のうち、少なくとも１人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了していること。
（３）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行うこと。

３　都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件
（１）　放射線治療部門を設置し、当該部門の長として、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を配置すること。
（２）　薬物療法部門を設置し、当該部門の長として、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。また、がんの薬物療法に関する専門資格を有している医師を配置すること。
（３）　緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い、専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。
①　がん看護に関する専門資格を有する看護師等による定期的ながん患者カウンセリングを行うこと。
②　看護カンファレンスを週１回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。
③　緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成し

た在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整備すること。

④　地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度定期的に開催すること。

⑤　連携協力している在宅療養支援診療所等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制を整備すること。

⑥　相談支援センターとの連携を図り、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。

⑦　がん診療に携わる診療従事者に対して定期的な緩和ケアに関する院内研修会等を開催し、修了者を把握する等、研修の運営体制を構築すること。

⑧　緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週１回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

⑨　緩和ケアセンターには、Ⅱの１の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として１人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。

イ　緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、Ⅱの１の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。

⑩　緩和ケアセンターには、Ⅱの１の（２）の②のウに規定する緩和ケアチームの構成員に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤であり、かつ院内において管理的立場の看護師であること。また、当該看護師はがん看護に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　アに規定するジェネラルマネージャーとは別に、専従かつ常勤の看護師を２人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護に関する専門資格を有する者であること。また、当該看護師はⅡの１の（２）の②のウに規定する看護師との兼任を可とする。

ウ　緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。なお、当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ま

しい。

エ　緩和ケアセンターにおける相談支援業務に専任の相談支援に携わる者を１人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。

オ　ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携することが望ましい。

4　院内がん登録の質的向上に向けた要件

（１）　都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集及び院内がん登録実務者の育成等を行うことが望ましい。

5　ＰＤＣＡサイクルの確保

Ⅱの６の（２）に規定する、都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院におけるＰＤＣＡサイクルの確保について、当該都道府県内の取組について情報の取りまとめを行う等、中心となって情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報すること。

6　医療に係る安全管理

（１）　医療安全管理部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤かつ専任の医師を配置すること。

（２）　医療安全管理者として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。なお、当該薬剤師については専従であることが望ましい。

（３）　医療安全管理者は医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（５）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③提供した医療について、事後評価を行うこと。

（６）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられ

る体制を確保すること。

Ⅴ　国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

国立がん研究センター中央病院及び東病院は、Ⅲの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件を満たすこと。

Ⅵ　特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1　特定のがんについて、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。また、当該がんについて当該都道府県内で最も多くの患者を診療していること。

2　Ⅱに規定する地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすこと。ただし、がんの種類に応じて必要な治療法が異なる可能性があるため、指定にあたってはⅡの要件のうち満たしていない項目がある場合には、個別に指定の可否を検討する。

3　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対してがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

4　特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、がん診療連携拠点病院等との人材交流、合同のカンファレンス、診療業務や相談支援業務における情報共有等を行うことが望ましい。

Ⅶ　地域がん診療病院の指定要件について

1　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、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。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。

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。

ウ　集学的治療及び標準的治療等の質の評価のため、必要な情報を、国に届け出ること。

エ　集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じてがん患者カウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

ⅰ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

オ　医師からの診断結果や病状の説明時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

ⅱ　説明時には、初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること。

カ　地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。

キ　標準的治療等の均てん化のため、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、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。

ク　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。なお、構成員については、必要に応じて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確保すること。なお、キャンサーボードを開催するに当たっては以下の点に留意すること。

ⅰ　キャンサーボードには治療法となり得る診療科（手術療法、薬物療法、放射線療法等）の複数診療科の担当医師が参加すること。また、緩和ケア担当医師や病理医についても参加することが望ましい。

ⅱ　エに規定するスクリーニングを行った上で、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の専門的多職種の参加を必要に応じて求めること。

ⅲ　キャンサーボードで検討した内容については、記録の上、関係者間で共有すること。

ケ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ適切に依頼ができる体制を整備すること。

コ　ＡＹＡ世代にある、がん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること。

サ　生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の

生殖医療に関する診療科について情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備すること。

シ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ス　保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験、先進医療も含めた臨床研究の枠組みで行うこと。

② 手術療法の提供体制

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。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、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放射線治療を提供できる体制を整備すること。

④ 薬物療法の提供体制

ア　（３）の①のイに規定する外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が急変時等の緊急時に入院できる体制を確保すること。

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。

⑤ 緩和ケアの提供体制

Ⅱの１の（１）の⑤に定める要件を満たすこと。

⑥地域連携の協力体制

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、Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件を満たすこと。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

ア　我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、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によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグ

ループ指定のがん診療連携拠点病院との連携による提示も可とする。

イ　患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備すること。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備すること。

（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる医師を１人以上配置すること。

イ　放射線治療を実施する場合には、専門的な知識及び技能を有する専従の放射線治療に携わる医師を１人以上配置すること。

ウ　専門的な知識及び技能を有する薬物療法に携わる専任かつ常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、専任かつ常勤の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については専従であることが望ましい。

（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

オ　専任の病理診断に携わる医師を１人以上配置することが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　放射線治療を実施する場合には、専従かつ常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。また、放射線治療を実施する場合には、専任かつ常勤の看護師を１人以上配置することが望ましい。なお、当該看護師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　外来化学療法室に専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は専従であることが望ましい。また、当該看護師はがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置することが望ましい。

ウ　（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。な

お、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ　細胞診断に係る業務に携わる者を１人以上配置すること。なお、当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（３）医療施設

①　専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア　自施設で放射線治療を提供する場合には、放射線治療機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ　外来化学療法室を設置すること。

ウ　集中治療室を設置することが望ましい。

エ　白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ　術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室を設置すること。

カ　病棟、外来、イに規定する外来化学療法室などに、集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点などに関して、冊子や視聴覚教材などを用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。

キ　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。

②　敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

２　診療実績

当該医療圏のがん患者を一定程度診療していること。

３　研修の実施体制

「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、当該医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設に所属する臨床研修医及び１年以上所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を報告すること。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわ

かりやすく情報提供すること。

４　相談支援・情報提供・院内がん登録

（１）がん相談支援センター

①　国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者を１人ずつ配置すること。当該者のうち、１名は相談員基礎研修（１）、（２）を、もう１名は基礎研修（１）～（３）を修了していること。

②　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４の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。

（２）院内がん登録

①　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針（平成27年厚生労働省告示第470号）に即して院内がん登録を実施すること。

②　院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③　国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④　院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤　適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥　院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うため、毎年、国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦　院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧　院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

①　提供可能ながん医療についてわかりやすく患者に広報すること。

②　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院名やその連携内容、連携実

績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

③　地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めること。

④　がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めることが望ましい。なお、学校でのがん教育を実施するに当たっては、児童・生徒へ十分な配慮を行うこと。

5　ＰＤＣＡサイクルの確保

（1）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはＱＩの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

（2）　これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

6　医療に係る安全管理

（1）　医療安全管理部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（2）　医療安全管理者として（1）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び専従かつ常勤の看護師を配置すること。なお、当該薬剤師は専任であることが望ましい。

（3）　医療安全管理者は医療安全対策に係る研修を受講すること。

（4）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（5）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①　当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②　事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③　提供した医療について、事後評価を行うこと。

（6）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられ

る体制を確保すること。

Ⅷ　既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

1　既にがん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

（１）　本指針の施行日の時点で、旧通知の別添「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「旧指針」という。）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関（以下「既指定病院」という。）にあっては、平成31年３月末日までの間に限り、この指針で定めるがん診療連携拠点病院として指定を受けているものとみなす。また、旧指針に基づき平成30年８月まで、または平成31年４月以降も指定を受けている既指定病院にあっても、指定の有効期間は平成31年３月末日までとする。

（２）　都道府県は、既指定病院を平成31年４月１日以降も引き続きがん診療連携拠点病院として推薦する場合には、推薦意見書を添付の上、平成30年10月末日までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。都道府県拠点病院がⅠの１に規定する意見書を提出する場合には、都道府県は「指定更新推薦書」と同時に厚生労働大臣に提出すること。

ただし、既指定病院のうち、平成30年の推薦時点で、Ⅱの１の（２）の①のイ、エ及びオに規定する医師、Ⅱの１の（２）の②のイに規定する看護師、Ⅱの２の（１）のオに規定する緩和ケアチームの診療実績、Ⅱの７の（３）、Ⅳの６の（３）及びⅧの６の（３）に規定する医療安全対策に係る研修の受講のいずれかの要件を満たしていないがん診療連携拠点病院については、平成31年４月からの１年間に限り指定の更新を行うものとする。また、Ⅱの１の（２）の①のウに規定する医師の要件を満たしていない地域拠点病院については平成31年４月からの２年間に限り指定の更新を行うものとする。ただし、これらの際にも以下の要件を満たしていることを求める。

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

イ　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医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ウ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤

であること。

エ　Ⅱの１の（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

オ　Ⅱの１の（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。また、当該医師については、原則として常勤であること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

Ⅱの（３）の①のイに規定する外来化学療法室に、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師については、原則として専従であること。

③ 院内がん登録実務者

国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④ 医療安全対策に係る研修の受講

Ⅱの７、Ⅳの６及びⅦの６に規定する医療安全管理者のうち、少なくとも１名は医療安全対策に係る研修を受講していること。

なお、当該既指定病院は平成31年10月末日までに提出する別途定める「現況報告書」にて当該要件が満たされていることが確認できなければ、平成32年４月１日以降指定の更新は認められない場合があるため留意すること。

（３）　ⅠからⅦの規定は、既指定病院の指定の更新について準用する。

２　指定の推薦手続等について

（１）　都道府県は、Ⅰの１及び４に基づく指定の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、毎年10月末日までに、別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。都道府県拠点病院がⅠの１に規定する意見書を提出する場合には、都道府県は「新規指定推薦書」と併せて厚生労働大臣に提出すること。

また、地域拠点病院を都道府県拠点病院として指定の推薦をし直す場

合、都道府県拠点病院を地域拠点病院として指定の推薦をし直す場合、特定領域拠点病院と地域がん診療病院をがん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合、がん診療連携拠点病院を特定領域拠点病院又は地域がん診療病院として指定の推薦をし直す場合も、同様とすること。

（２）がん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院及び東病院を除く。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、都道府県を経由し、毎年10月末日までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

（３）　国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、毎年10月末日までに別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

３　指定の更新の推薦手続等について

（１）　Ⅰの１、３及び４の指定は、４年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

（２）　（１）の更新の推薦があった場合において、（１）の期間（以下「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその推薦に対する指定の更新がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその指定の更新がされるまでの間は、なおその効力を有する（指定の検討会の意見を踏まえ、指定の更新がされないときを除く。）。

（３）　（２）の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

（４）　都道府県は、（１）の更新の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、指定の有効期間の満了する日の前年の10月末日までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。

（５）　Ⅰの１から４及びⅡからⅦまでの規定は、（１）の指定の更新について準用する。なお、地域拠点病院（特例型）としての指定を受けている医療機関にあっては、更新時において地域拠点病院の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。

４　指定の有効期間内における手続きについて

（１）　指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況（地域拠点病院（高度型）の指定要件を満たすことのできない状況を含む）が発生したがん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院および東病院を除く）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、文書にて迅速に都道府県を通じてその旨について厚生労働大臣に届け出ること。地域がん診療病院においてグループ指定の組み合わせが変更される場合においても同様に厚生労働大臣に届け出ること。

（２）　指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況が発生した国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

（３）　指定の有効期間内において、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点、地域がん診療病院（以下「拠点病院等」という。）が、指定要件を満たしていないことが確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

①　勧告

②　指定の取り消し

③　地域拠点病院における指定類型の見直し

（４）　地域拠点病院における、地域拠点病院（高度型）及び地域拠点病院（特例型）等の指定の類型の定めは、指定の有効期間中において、指定要件の充足条件が改善された場合等に、指定の検討会の意見を踏まえ、地域拠点病院としての指定期間中に見直すことができるものとする。

（５）　拠点病院等が移転する場合や、診療機能を分離する場合、他施設と統合する場合、名称が変更される場合は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

５　指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第10条第８項において準用する同条第３項の規定により基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

６　施行期日

この指針は、平成30年７月31日から施行する。

参考

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針
（定義の抜粋）

1　我が国に多いがん

肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

2　クリティカルパス

検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。（クリニカルパスと同じ。）

3　キャンサーボード

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に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態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いう。

4　レジメン

治療内容をいう。

5　リンクナース

医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

6　地域連携クリティカルパス

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。（地域連携クリニカルパスと同じ。）

7　セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

8　専任

当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

9　専従

当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。

10　放射線治療部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線治療を行う機能を有する部門をいう。

11　薬物療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し薬物療法を行う機能を有する部門をいう。

資料７

健　発　０７３１第　１　号
平 成 30 年 ７ 月 ３１　日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康局長
（　公　印　省　略　）

がん診療連携拠点病院等の整備について

別添

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

１

２　都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に１カ所、地域拠点病院にあっては、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏に１カ所（都道府県拠点病院が整備されている医療圏を除く。）、地域がん診療病院にあっては基本的に隣接するがんの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（以下「グループ指定」という。）することにより、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に１カ所整備するものとする。

３

４

５

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

１　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

ケ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

セ　グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行うこと。

②　手術療法の提供体制

ウ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により手術療法を提供する体制を整備すること。

③　放射線治療の提供体制

オ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により放射線治療を提供する体制を整備すること。

④　薬物療法の提供体制

エ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、そのグループ指定先の地域がん診療病院が標準的な薬物療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により薬物療法を提供する体制を整備すること。

⑤　緩和ケアの提供体制

⑥　地域連携の推進体制

⑦　セカンドオピニオンの提示体制

（２）診療従事者

２　診療実績

３　研修の実施体制

４　情報の収集提供体制

（１）がん相談支援センター

⑧　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。

（２）院内がん登録

（３）情報提供・普及啓発

④　地域がん診療病院とグループ指定を受ける際には、連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等について病院ホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

５　臨床研究及び調査研究

６　ＰＤＣＡサイクルの確保

７　医療に係る安全管理

８　地域拠点病院（高度型）の指定要件について

Ⅲ　特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

①　地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定における、地域性に応じたグループ内での役割分担を明確にした上でのグループ指定の組み合わせを決定すること。

Ⅴ　国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

Ⅵ　特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

Ⅶ　地域がん診療病院の指定要件について

1　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、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。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。

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。

キ　標準的治療等の均てん化のため、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、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。

ク　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。なお、構成員については、必要に応じて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確保すること。なお、キャンサーボードを開催するに当たっては以下の点に留意すること。

② 手術療法の提供体制

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。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、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放射線治療を提

供できる体制を整備すること。

④ 薬物療法の提供体制

ア　（３）の①のイに規定する外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が急変時等の緊急時に入院できる体制を確保すること。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。

⑤ 緩和ケアの提供体制

⑥地域連携の協力体制

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、Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件を満たすこと。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

ア　我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、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によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグループ指定のがん診療連携拠点病院との連携による提示も可とする。

（２）診療従事者

（３）医療施設

２　診療実績

３　研修の実施体制

４　相談支援・情報提供・院内がん登録

（１）がん相談支援センター

①　国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者を１人ずつ配置すること。当該者のうち、１名は相談員基礎研修（１）、（２）を、もう１名は基礎研修（１）～（３）を修了していること。

②　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４の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。

（２）院内がん登録

（３）情報提供・普及啓発

①　提供可能ながん医療についてわかりやすく患者に広報すること。

②　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院名やその連携内容、連携実績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

５　ＰＤＣＡサイクルの確保

６　医療に係る安全管理

Ⅷ　既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し

病院名 琉球大学医学部附属病院

がん診療連携拠点病院等の区分	該当指定要件
地域がん診療連携拠点病院	II
特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合	II、III
都道府県がん診療連携拠点病院	II、IV
特定機能病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定する場合	II、III、IV（3の（1）および（2）を除く）
国立がん研究センター中央病院および東病院	II、III、V
特定領域がん診療連携拠点病院	II、VI
地域がん診療病院	VII

区分 特定機能病院で都道府県がん診療連携拠点病院として申請

※様式4（全般事項）の「1．推薦区分」を反映しています

指定要件での扱い

A：必須

B：原則必須

C：対応することが望ましい

D：グループ指定を受けている場合必須

E：単独または連携による確保が必須

F：二次医療圏の医師数が300人以下の場合必須ではない

G：二次医療圏の医師数が300人以下の場合必須

「－」：要件に該当なし

様式4（機能別）の該当指定要件のA、B、D、E、Gのうち満たしていない項目について別紙1に記載すること。		－	別紙1	
II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について				
1 診療体制				
（1）診療機能				
① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供				
	各医療機関が専門とするがんへの対応状況について別紙6に記載すること。グループ指定を受ける施設との連携にて対応している場合にはその連携状況についても記載すること。	－	別紙6	
iii	地域がん診療病院とグループ指定を受けている。	－	はい	（はい／いいえ）
	グループ指定を受ける場合、その状況について別紙10に記載すること。	－	別紙10	
オ	確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催している。	D	はい	（はい／いいえ）
	グループ指定先の地域がん診療病院とのカンファレンスの実施状況について、別紙11に記載すること。	－	別紙11	
カ	グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行っている。	D	はい	（はい／いいえ）
	人材交流計画について、別紙12に記載すること。	－	別紙12	
② 手術療法の提供体制				
ウ	連携協力により、グループ指定先の地域がん診療病院が手術療法を提供できる体制を整備している。	D	はい	（はい／いいえ）
③ 放射線治療の提供体制				
ウ	連携協力により、グループ指定先の地域がん診療病院が放射線治療が提供できる体制を整備している。	D	はい	（はい／いいえ）
④ 化学療法の提供体制				
エ	グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により化学療法を提供する体制を整備している。	D	いいえ	（はい／いいえ）
⑤ 緩和ケアの提供体制				
⑥ 病病連携／病診連携の協力体制				
⑦ セカンドオピニオンの提示体制				
（2）診療従事者				
① 専門的な知識および技能を有する医師の配置				
② 専門的な知識および技能を有する医師以外の診療従事者の配置				
③ その他				
（3）医療施設				
① 専門的ながん医療を提供するための治療機器および治療室等の設置				
② 敷地内禁煙等				
③ その他				
2 診療実績				
3 研修の実施体制				
4 情報の収集提供体制				
（1）相談支援センター				
（2）院内がん登録				
（3）その他				
5 臨床研究および調査研究				
6 PDCAサイクルの確保				
III 特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について				
IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について				
1 都道府県における診療機能強化に向けた要件				
①	地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定における、地域性に応じたグループ内での役割分担を明確にした上でのグループ指定の組み合わせを決定している。	D	はい	（はい／いいえ）
2 都道府県における相談支援機能強化に向けた要件				
3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件				
4 院内がん登録の質的向上に向けた要件				
5 PDCAサイクルの確保（都道府県拠点病院要件）				
V 国立がん研究センター中央病院および東病院の指定要件について				
VI 特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について				
VII 地域がん診療病院の指定要件について				
1 診療体制				
（1）診療機能				

① 集学的治療等の提供体制およ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、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している。 ※集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備する。	E		（はい／連携により整備／いいえ）
イ	グループ指定を受けている、あるいはグループ指定予定のがん診療連携拠点病院が決まっている。	A		（はい／いいえ）
	グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担の状況について別紙10に記載すること。	－	別紙10	
	各医療機関が専門とするがんへの対応状況について別紙6に記載すること。グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担の状況についても記載すること。	－	別紙6	
ウ	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している。	A		（はい／いいえ）
	グループ指定先のがん診療連携拠点病院とのカンファレンスの実施状況について、別紙11に記載すること。	－	別紙11	
エ	地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行っている。	A		（はい／いいえ）
	人材交流計画について、別紙12に記載すること。	－	別紙12	
オ	標準的治療等の均てん化のため、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、対応可能ながんについて院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握している。	A		（はい／いいえ）
カ	がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催している。 ※構成員については、必要に応じて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確保する。	E		（はい／連携により整備／いいえ）
② 手術療法の提供体制				
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している。	E		（はい／連携により整備／いいえ）
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している。	A		（はい／いいえ）
③ 放射線治療の提供体制				
④ 化学療法の提供体制				
イ	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、化学療法のレジメンを審査するとともに、標準的な化学療法を提供できる体制を整備している。	E		（はい／連携により整備／いいえ）
⑤ 緩和ケアの提供体制				
⑥ 病病連携／病診連携の協力体制				
	グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携により、以下を満たすこと。			
⑦ セカンドオピニオンの提示体制				
ア	我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、化学療法または緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備している。 ※グループ指定のがん診療連携拠点病院との連携による提示も可とする。	A		（はい／いいえ）
(2)診療従事者				
① 専門的な知識および技能を有する医師の配置				
② 専門的な知識および技能を有する医師以外の診療従事者の配置				
(3)医療施設				
① 専門的ながん医療を提供するための治療機器および治療室等の設置				
② 敷地内禁煙等				
2 診療実績				
3 研修の実施体制				
（2）	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、施設に所属するがん医療に携わる医師が当該研修を修了する体制を整備している。	A		（はい／いいえ）
4 相談支援／情報提供／院内がん登録				
(1)相談支援センター				
②	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相談支援業務を行っている。	A		（はい／いいえ）
(2)院内がん登録				
(3)その他				

グループ指定の状況

記載の有無：あり

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名：琉球大学医学部附属病院

期間：平成29年9月1日現在

	2次医療圏名	医療機関名	連携内容（がんの種類と役割分担）
1	北部地区	北部地区医師会病院	肺がんに対する手術療法
2	北部地区	北部地区医師会病院	放射線治療の必要な方への対応
3	北部地区	北部地区医師会病院	その他すべてのがんに関する患者の診療における専門的な対応への連携・協力・相談
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

グループ指定先の地域がん診療病院（またはがん診療連携拠点病院）との カンファレンスの実施状況

記載の有無：あり

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名：琉球大学医学部附属病院

期間：平成29年4月1日～7月31日および平成29年度予定のもの

上記期間の開催件数：8

	開催日	時間（時間）	参加人数（人）	参加者の職名・職種（他施設のメンバーは施設名を明記）	議事内容
例	2017/7/3	1	20	乳腺外科部長、乳腺外科医、腫瘍内科医、放射線治療医、放射線診断医、内視鏡医、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー	乳がん患者の診療におけるグループ間での役割分担と連携協力体制について
1	2017/4/13	3	40	外科医、外科部長（北部地区医師会病院）、外科科長（北部地区医師会病院）、消化器外科医（北部地区医師会病院）、乳腺外科医（北部地区医師会病院）	学術集会
2	2017/4/27	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
3	2017/5/25	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
4	2017/6/22	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
5	2017/7/27	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
6	2017/8/24	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
7	2017/9/28	1	4	乳腺外科医、乳腺外科医（北部地区医師会病院）、外科医（北部地区医師会病院）	乳がん患者の診療における症例検討会として
8	2017/12/9	3	40	外科医、外科部長（北部地区医師会病院）、外科科長（北部地区医師会病院）、消化器外科医（北部地区医師会病院）、乳腺外科医（北部地区医師会病院）	学術集会

グループ間の人材交流計画について

記載の有無　あり

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名：琉球大学医学部附属病院

期間：平成29年度

※グループ指定施設間での人材交流計画について記載してください。

※個人名やPHSの番号が記載されていないことをご確認ください。

	受入／派遣	期間	（受入元／派遣先）医療機関名	専門分野
1	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	消化器内科
2	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	消化器内科
3	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	呼吸器内科
4	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	呼吸器内科
5	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	消化器外科
6	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	消化器外科
7	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	消化器外科
8	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	乳腺外科
9	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	乳腺外科
10	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	病理診断科
11	派遣	H29年度（H29.4/1～H30.3/31）	北部地区医師会病院	皮膚科
12	派遣	H29年度（毎週土曜日）	北部地区医師会病院	呼吸器内科
13	派遣	H29年度（毎週水曜日）	北部地区医師会病院	内科（肝臓）
14	派遣	H29年度（毎週木曜日）	北部地区医師会病院	乳腺外科
15				
16				
17				
18				
19				
20				

資料８

平成３０年度第１回沖縄県がん診療連携協議会　離島・へき地部会議事要旨

日　時　：平成３０年７月２４日（火）　１５：１０～１７：１０
場　所　：琉球大学医学部附属病院　がんセンター
構成員　：１２名
出席者　：５名
　戸板孝文（中部病院）、尾﨑信弘（八重山病院）、赤松道成（北部地区医師会病院）、我如古春美（北部地区医師会病院）、増田昌人（琉球大学医学部附属病院がんセンター）
　＜スカイプ参加＞５名
　松村敏信（宮古病院）、平良弘子（宮古病院）、平良美江（八重山病院）、真栄里隆代（ゆうかぎの会）、田盛亜紀子（やいまゆんたく会）

欠席　　：２名　朝倉義崇（中部病院）、友利寛文（那覇市立病院）
陪席者　：２名　吉田幸生（中部病院）、城間彩乃（琉球大学医学部附属病院がんセンター）

＜協議事項＞
１．琉球大学医学部附属病院がんセンター長挨拶
　琉大病院がんセンター長増田より、開会の挨拶があった。

２．各委員自己紹介
　資料１の名簿に基づき、各委員の自己紹介があった。

３．委嘱状授与
　増田委員より、各委員に委嘱状が授与された。
尚、スカイプ会議の委員には、後日、郵送にて委嘱状を送付することとなった。

４．部会の年間計画について
５．部会の活動方針スケジュールについて（今後３年間程）
　増田委員より、資料２（平成２９年度にがん政策部会が作成した、離島・へき地のロジックモデル）に基づき、説明があった。（協議事項４と５はまとめての協議となった。）
　資料２を作成した経緯と第３次沖縄県がん対策推進計画（2018-2023）の概要、（離島・へき地に関する）全体目標、分野目標と施策等の説明があった。また、ロジックモデルの施策、中間アウトカム（約３年後）、最終アウトカム（６年後）の設定に関する、意味合い・時間軸等の説明があった。
　今回の部会にて、離島・へき地部会の中間アウトカム、最終アウトカムについて、目標の文言を協議したいと依頼があった。

＜最終アウトカムについて＞
（たたき台）離島およびへき地のがん患者が、安心・安全・適切な医療を受けられている
各委員より以下の意見があがった。
・適切な医療とは、解釈の幅が広くなってしまい、曖昧に聞こえる。あえて標準治療という文言がよいのではないか。

・標準とは、①医療用語の標準②政治的な意味の標準　で意味合いが変わってくる。（政治の）施策の標準というものはない為、適切のほうがよいのではないか。
・てにをはの指摘だが、安心・安全に・適切な医療を受けられているが文章として適切なのではないか。
【最終アウトカムの決定】
離島およびへき地のがん患者が、安心・安全に・適切な医療をうけられている

＜中間アウトカムについて＞
①（たたき台）離島・へき地に住む患者さんが、地元の医療機関で標準治療が受けられる環境が整っている
各委員より以下の意見があがった。
・地元の表現が曖昧ではないか。地元とは何を指しているのか（離島・へき地、それとも連携を含めての沖縄県）。
・地元という表現で十分伝わると思う。
・離島で治療が完結する疾患と前立腺がんのような放射線治療が必要な疾患を区別する必要があるのではないか。
・地元と（沖縄）本島の医療機関との連携によってという文言がよいのではないか。連携という言葉は必要だと思う。
・疾患別に中間アウトカムを作る方法もあるが、話がかなり細かくなると思う。
【中間アウトカムの決定①】
離島・へき地に住む患者さんが、地元と本島との医療機関の連携によって標準治療が受けられる環境が整っている

②（たたき台）離島・へき地のがん患者が、地元でできるがん治療についての十分な知識をもったうえで、自ら治療する医療施設を選択している
各委員より以下の意見があがった。
・自ら治療する医療施設を選択するというのは、地元・離島・本島（もしくは本土）含めた総括の意味なのか？幅広いという意味あいではこの表現でよいと思う。
・（患者さんが）選んだ施設が適切な医療機関であるかの判断が重要である。
・（患者さんへの）医療機関の情報提供が重要である。
【中間アウトカムの決定②】
離島・へき地のがん患者が、地元でできるがん治療についての十分な知識をもったうえで、自ら治療する医療施設を選択している

③（たたき台）離島・へき地のがん患者が、十分な経済的支援が受けられている
各委員より以下の意見があがった。
・現在、（八重山や他の離島では）十分な経済的支援は受けられていない。
・十分な経済的支援という表現が抽象的ではないか。幅広く感じる。治療をうけるための～という文言をいれたほうがよいのではないか。
・経済的という表現は限定的である（お金だけ）。社会的支援のほうが適切ではないか。
・幅広い意味を持たせるため、経済的をとって、支援がうけられていると表現したほうがよいのではないか。
・社会的支援に、患者の渡航費、滞在費（本人・家族）を含めた意味合いを持たせたい。
【中間アウトカムの決定③】
離島・へき地のがん患者が、十分な社会的支援が受けられている

６．次回の開催日程と開催頻度について

次回の開催日について、５つの日程候補があがっていたが、後日、メールにて調整することとなった。

また、今後の部会開催曜日は、火曜日となった。（火曜日が都合よろしい方が多数の為）

７．その他

増田委員より、次回の部会までに、沖縄県の離島・へき地に関する、地域がん登録のがん種のデータ、医師の人数、認定看護師の人数、薬剤師の人数等の一覧表を作成すると報告があった。

次回の部会で一覧表を基に、具体的な施策を協議することとなった。

＜部会長、副部会長について＞

増田委員より、部会長１名、副部会長２名の選出の依頼があった。

離島・へき地部会ということから、部会長に八重山病院の尾﨑先生が推薦された。また、副部会長に宮古病院の松村先生、北部地区医師会病院の赤松先生が推薦された。其々ご本人の同意が得られたため、上記３名で承認された。

部会長　　八重山病院　尾﨑信弘先生
副部会長　宮古病院　　松村敏信先生
副部会長　北部地区医師会病院　赤松道成先生

資料９

H30.10 月

●平成３０年度の沖縄県がん診療連携協議会および幹事会の開催日時（案）

■平成３０年度 協議会開催日程

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	平成 30 年 5 月 11 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第２回	平成 30 年 8 月 10 日（金）14：00～17：00	大会議室	
第３回	平成 30 年 11 月 9 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第４回（予定）	平成 31 年 2 月 1 日（金）14:00～17:00	大会議室	

■平成３０年度 幹事会開催日程

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	平成 30 年 4 月 16 日（月）14:00～17:00	大会議室	
第２回	平成 30 年 7 月 2 日（金）14：00～17：00	大会議室	
第３回	平成 30 年 10 月 15 日（月）14:00～17:00	大会議室	
第４回（予定）	平成 31 年 1 月 21 日（月）　14:00～17:00	大会議室	

平成30年度第3回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第(案)

日 時：平成３０年１１月９日（金）　１４：００～
場 所：管理棟３階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．平成３０年度第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(10月15日開催)	資料１	
２．平成３０年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8月10日開催)	資料２	
３．平成３０年度２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8月10日開催)	資料３	
４．協議会・幹事会・部会委員一覧	資料４	
有識者報告事項		
１．埴岡委員報告	資料５	
２．天野委員報告	資料６	
３．新垣委員報告	資料７	
審議事項		
１．部会申し合わせの改訂について	資料８	
２．新しくなった「がん診療連携拠点病院等整備に関する指針」の対応状況について	資料９	
３．診療病院－拠点病院のグループ指定に伴う業務の完遂状況について	資料１０	
４．がん対策について	資料１１	
４．平成３０年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料１２	
５．その他		
報告事項		
１．患者会等よりの報告	資料１３	
２．沖縄県がん関連事業の今年度の進捗状況と来年度の計画について	資料１４	
３．小児がん拠点病院について	資料１５	
４．がんゲノム医療中核拠点病院等について	資料１６	
５．専門医療機関の選定について	資料１７	
６．がん教育について	資料１８	
７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について	資料１９	
８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について	資料２０	
９．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２１	
１０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会	資料２２	
（２）第１回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議	資料２３	
（３）第１２回厚生科学審議会がん登録部会	資料２４	
（４）第２３回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会	資料２５	
（５）第２４回がん検診のあり方に関する検討会	資料２６	
（６）第２５回がん検診のあり方に関する検討会	資料２７	
（７）第３６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会	資料２８	
（８）第３７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会	資料２９	
（９）第５３回厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会	資料３０	
（１０）第６９回がん対策推進協議会	資料３１	
（１１）第７０回がん対策推進協議会	資料３２	
（１２）薬事・食品衛生審議会　副作用被害判定部会第一部会　第３回HPVワクチン副反応被害判定調査会	資料３３	
９．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料３４	
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料３５	
３．小児・AYA部会	資料３６	
４．離島・へき地部会	資料３７	
５．情報提供・相談支援部会	資料３８	
６．ベンチマーク部会	資料３９	

資料11

国際小児がんデー
2018
啓発キャンペーン報告書

2018.2.1～3.31





CCAJ
公益財団法人 がんの子どもを守る会
Children's Cancer Association of Japan

後援：厚生労働省

がんの子どもを守る会は、1968年に小児がんで子どもを亡くした親たちによって設立され、小児がんが治る病気になってほしい、また小児がんの患児・家族を支援しようという趣旨のもと活動している団体です。

毎年2月15日は「国際小児がんデー」です。

International Childhood Cancer Day

毎年世界中で25万人もの子どもたちががんと診断され、
そのうちのおよそ9万人の子どもたちが幼い命を奪われています。
こうした厳しい現実を知ってもらう目的で、国際小児がんの会（CCI*）は、
毎年2月15日を「国際小児がんデー」とし、2002年以来、世界中の
団体と連携してさまざまなキャンペーンやイベントを実施しています。

当会もこの趣旨に賛同し、毎年この時期に「国際小児がん月間」を設け、
小児がんに対する理解と支援の輪が広がることを目指して、本部・支部、
会員、ボランティア、支援者が一体となり、全国一斉に小児がん啓発
キャンペーンを展開しています。
小児がんの医療が向上し、療養環境が一層整備されていくことを
心から願っています。



＊CCI（Childhood Cancer International）とは・・・

Childhood Cancer International

世界中の小児がん患者が最善のケアを受けることができるように、情報や経験を分かち合うことを使命として設立された連盟です。現在、90か国から181の親・経験者の会が加盟しており、国際的なネットワークを築いています。
がんの子どもを守る会は、世界で最も歴史のある小児がん親の会として1997年より加盟しています。

イベントなど

（がんの子どもを守る会の本部・支部が主催したものと他の機関が主催したものと併記しております）

＜案内チラシより↓＞

国際小児がんデー 2018

小児がん啓発キャンペーンを全国で展開予定です。お近くの会場がありましたら、ぜひお立ち寄りください!!

後援：厚生労働省

★詳細な情報は、スタッフブログ（http://blog.canpan.info/nozomi/）をご確認いただくか、お問合わせください。

★やむを得ない事情により、直前に変更になる場合もございますことをご了承ください。

発信 CCAJ 公益財団法人 がんの子どもを守る会 Children's Cancer Association of Japan
電話：03－5825－6311
email：nozomi@ccaj-found.or.jp

（注）掲載の活動は当会本部・支部主催のものと他の機関が主催するものがあります



北海道
2/24(土) 13:00～17:00
サッポロファクトリー アトリウム

富山
2/11(日)11:00～
アピタ富山東店

新潟
2/15(木)
新潟大学病院
2/17(土)
新潟万代シティーモール

宮城
2/11(日)13:30～
エルソーラ仙台アエル28F
2/28(水) 11:00～13:30
宮城県庁1Fロビー

福井
2/3(土)小浜ショッピングセンター
2/10(土)アピタ福井大和田店（大雪のため中止）
2/10(土)アピタ敦賀店
2/11(日)JR福井駅前広場・自由通路（大雪のため中止）

大阪
2/10(土)11(日)
府民共済SUPERアリーナ
2/21(水)四天王寺
3/9(金)富国生命ビル

長野
3/10(土)10:00～
安曇野市社会福祉協議会
ささえあいセンターにじ

広島
3/10(土)14:30～
流川教会

東京
2/11(日)11:00～13:00
有楽町駅
2/17(土)
国立成育医療研究センター

岡山
2/25(日)
岡山駅東口

愛知
2/17(土) 11:00～12:30
名古屋松坂屋前

埼玉
2/24(土)11:00～13:00
さいたま新都心駅
改札前広場

長崎
2/4(土)
11:00～13:00
ゆめタウン夢彩都

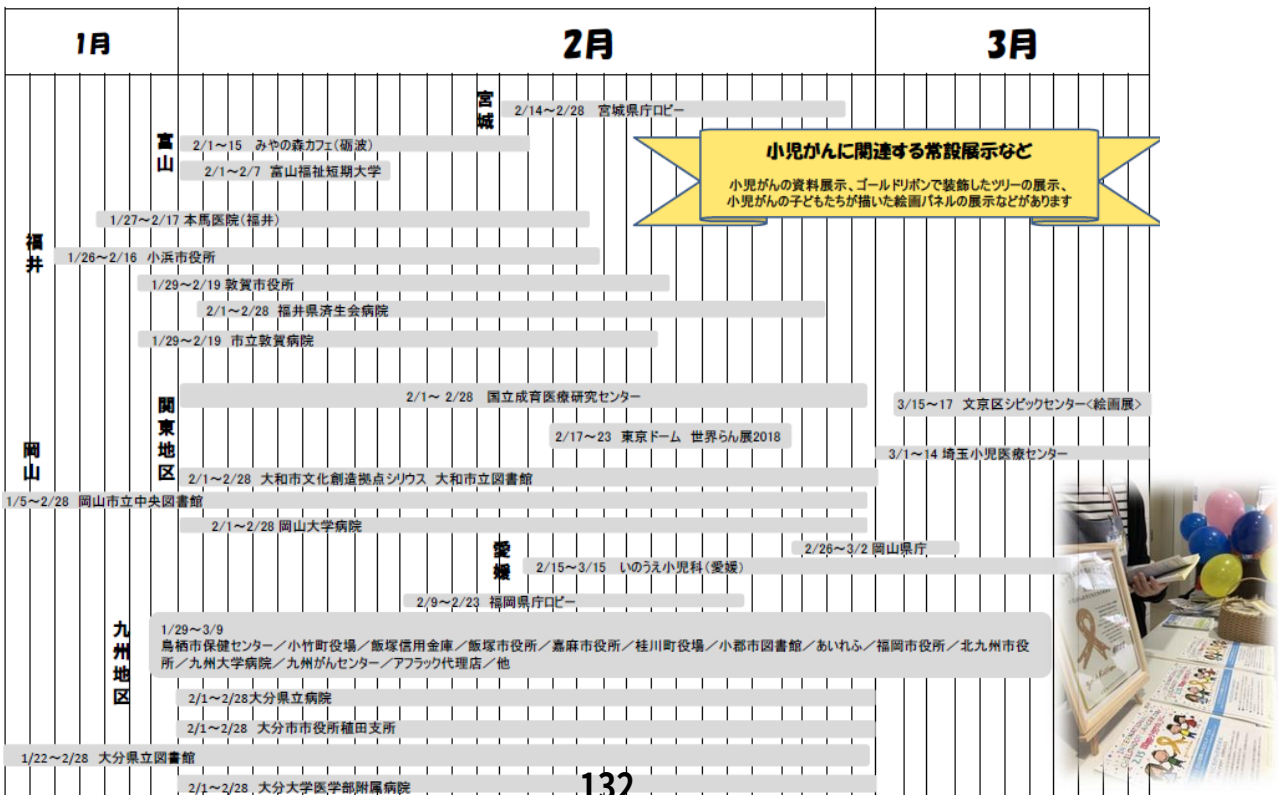
香川
2/21(水)
四国こどもとおとなの医療センター

静岡
1/21(日)伊豆の国市
2/10(土)・11(日)
15:00～17:00
サントムーン柿田川

神奈川
2/17(土) 12:00～
横浜駅東口そごう前広場
「よりよく知ろう、小児がんのこと」

宮崎
2/24(土)13:00～17:00
宮崎市若草通商店街
アーケード

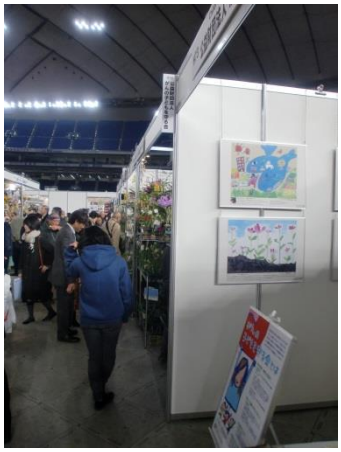
高知
2/18(日)13:00～15:00
高知中央公園北入り口



活動の様子

がんの子どもを守る会の本部・支部が主催したものと
他の機関が主催したものと併記しております

公共施設や病院、ショッピングモールの一角を使って、小児がんの子どもたちが描いた絵画のパネルや小児がんの資料展示、イベントを行いました。一般の方が多く立ち寄る場所での常設展示は、小児がんの認知度向上に一役買ってくれたことと思います。





今年で3回目となりましたが、12万人が来場した「世界らん展2018」にブース出展（東京ドーム）



福岡県庁でのロビー展





東京都文京区のシビックセンターで絵画展開催



横浜駅東口地下そごう前で「みんなで知ろう小児がんのこと」（主催：神奈川県立こども医療センター小児がんセンター）



東京都立小児総合医療センター前のバス停にバナーを付けていただきました



福島医大病院1階で小児がんデーキャンペーンを開催



神奈川県大和市立図書館での小児がん図書特集展示

国立成育医療研究センターで小児がん交流フェスタ2018での啓発展示



埼玉小児医療センターでの啓発展示



駅や街頭、ショッピングモールなどで、啓発チラシやポケットティッシュの配布、募金活動を行いました。
また、各地で、小児がんについて考えるシンポジウム、講演会なども開催し、小児がんの現状や当会の活動を紹介し、患児・家族の抱える問題などに触れ小児がんへの理解を呼びかけました。



高知支部での啓発活動。たくさんの方にご協力いただきました。



大阪の四天王寺さまのご協力により境内で募金・啓発活動



長崎ゆめタウン夢彩都前での募金・啓発活動





福井県のアピタ敦賀店にて街頭啓発活動。高校生のみなさんにご協力をいただきました



神戸フィルハーモニック　ニューイヤーコンサートでの募金・啓発活動



新潟大学病院での啓発活動



四国こどもとおとなの医療センターでの啓発活動



ノバルティスファーマ（株）さまでの啓発講演会



モルガンスタンレーさまのご協力による啓発活動（スターバックスにて）



明治安田生命保険相互会社さまでの啓発講演会

ご協力いただいたイベントなど

世界らん展2018、小児がん交流フェスタ2018（国立成育医療研究センター）、神戸フィルハーモニーニューイヤーコンサート2018、あんさんぶる七のおとNana-note、大阪エヴェッサ（vs栃木ブレックスの試合）、他

ゴールドリボンツリー

ゴールドリボンツリー（小児がんのシンボルである「ゴールドリボン」で装飾したツリー）が地域でも広がり、ツリーが賑やかに装飾されたり、応援メッセージがたくさん寄せられたりするなどの反響がありました。



岡山大学病院。温かいメッセージもいただきました



鹿児島県の会員さんのご尽力で県内15か所に設置することができました



敦賀市役所1階市民ホール



岡山中央図書館での展示



アフラックマリナタウン店（九州）



埼玉県立小児医療センター



あんさんぶる七のおとNana-note チャリティーConcert（広島）





福井済生会病院







福井県嶺南地区：
小浜市役所／敦賀市役所／敦賀病院／小浜市本馬医院

今回で5回目のキャンペーンとなりますが広く全国に小児がん啓発をするために、当会本部・支部が一丸となり早くから多方面に協力を呼びかけました。 おかげさまで、2018年2月1日～3月31日のキャンペーン期間中に3,562,345円の募金・寄付が集まりました。集まった募金・寄付は小児がんの子どもや家族のために　活用するとともに、その一部は、CCIを通じて発展途上国の小児がん医療向上に役立てていただきます。

啓発・チャリティグッズ

ゴールドリボンバッジ



本年は、チャリティチョコレートを中心に啓発・チャリティグッズを頒布し、
会報誌やリリース等でご紹介したところ、大変多くのご協力をいただきました。

オリジナルチョコレート　約5,000個

ゴールドリボン（バッジ＆ストラップ）　約650個



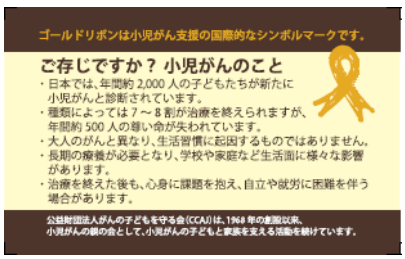
ポストカード



啓発ポケットティッシュ



チャリティチョコレート





オリジナル風船





チャリティチョコレートに
添えた啓発カード



ボランティアさんたちの手で
一つ一つ丁寧にパッケージ



A4サイズ啓発チラシ／キャンペーン申込書
A2サイズ啓発ポスター



取りあげていただいた主なメディア

南日本新聞、毎日新聞、MBC放送、フレンズFM、西日本新聞、CATV（敦賀市）、新潟日報、山陽新聞、福井新聞、日刊県民福井、あいTV（愛媛県）、河北新報、等



西日本新聞（1月30日）



CATV（敦賀市）1月29日



新潟日報（2月16日）



日刊県民福井（2月3日）



山陽新聞（2月16日）



あいTV（愛媛県）



CATV（敦賀市）



福井新聞（2月2日）

ご協力いただいた行政機関、公共施設、病院、企業など（一部：順不同・敬称略）

宮城県庁、文京区、岡山県庁、福岡県庁、小浜市役所、敦賀市役所、福岡市役所、飯塚市役所、嘉麻市役所、北九州市市役所、桂川町役場、小竹町役場、国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センター、神奈川県立こども医療センター、福島県立医科大学附属病院、福井県済生会病院、市立敦賀病院、本馬医院（福井）、埼玉小児医療センター、新潟大学病院、岡山大学病院、いのうえ小児科（愛媛）、大分県立病院、大分大学病院、四国こどもとおとなの医療センター、九州大学病院、鹿児島大学病院、メディポリス国際陽子線治療センター、鹿児島県民総合保健センター、日本小児血液・がん学会、日本小児看護学会、日本小児外科学会、日本小児がん研究グループ、四天王寺（大阪）、大和市立図書館（神奈川）、株式会社FortuneKK、資生堂株式会社、日本チャールス・リバー株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、明治安田生命保険相互会社、アフラック福岡総合支社、富山福祉短期大学、みやの森カフェ（富山）、小浜ショッピングセンター、アピタ福井大和田店、アピタ敦賀店、アピタ富山東店、サントムーン柿田川、ゆめタウン夢彩都、宮崎市若草通商店街、福井本丸ライオンズクラブ、サッポロファクトリーアトリウム、岡山市立中央図書館、鹿児島市立図書館、福井県立若狭高等学校JRC部、敦賀気比高校インターアクトクラブ、私立土佐高等学校インターアクト部、あんさんぶる七のおとNana-noto、アーバイン京都清水五条、かごしまメルヘン館、他多数。
（活動場所をご提供いただいた施設さま、他ご協力いただきました皆さま全てを掲載できず大変申し訳ございません）。

公益財団法人　がんの子どもを守る会

本部　〒111-0053　東京都台東区浅草橋1-3-12
TEL：03-5825-6311　FAX：03-5825-6316

大阪事務所　〒541-0057　大阪府大阪市中央区北久宝寺2-3-1
TEL：06-6263-1333　FAX：06-6263-2229

資料１２

平成30年度　がん対策予算について

No.	事業名	H29年度決算額 千円	H30年度予算額 （当初） 千円
1	地域がん診療拠点病院機能強化事業	43,749	44,119
2	がん医療連携体制推進事業	24,127	32,839
3	がん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療推進事業 ※地域医療介護総合確保基金	5,281	7,239
4	がん医療連携体制充実強化事業 ※地域医療介護総合確保基金	46,380	28,920
5	離島患者等支援事業 ※予算額にはがん以外の疾病等も含む	6,894	13,405
6	がん対策推進協議会運営事業費	498	2,397
7	肝炎治療促進事業費	67,644	73,749
8	女性のがん検診啓発普及等事業費	774	0
9	がん予防対策推進事業	7,827	0
10	がん検診充実強化促進事業（新規）	0	35,248
11	がん医療水準向上事業（新規）	0	12,093
	計	203,174	250,009

※がん対策関係予算：がん対策を主な目的としている予算

資料13

健 発 0731第 2 号
平成30年 7 月31日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康局長
（ 公 印 省 略 ）

小児がん拠点病院等の整備について

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」（平成 30 年３月９日閣議決定。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ある。基本計画においては、全体目標として「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことが掲げられ、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」の三本の柱が設定されており、小児及びＡＹＡ世代のがん対策についても、「がん医療の充実」、「がんとの共生」のひとつとして位置づけられている。

年間に 2000 人から 2500 人が発症する小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、平成 25 年２月に、全国に 15 か所の小児がん拠点病院、平成 26 年２月には、２か所の中央機関を整備し、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診療体制の構築を進めてきた。

しかしながら、がん種に応じた診療体制の整備や、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備等にかかる課題が指摘されており、また、ＡＹＡ世代で発症するがんについては、個々のがん患者の状況に応じて対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等の必要性が指摘されていることから、「小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」を開催し、指定要件の見直しについて検討を進めてきたところである。

今般、これらの検討会からの提言を踏まえ、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり定めたので通知する。

ついては、各都道府県におかれては、小児がん拠点病院等を整備することで、小児・AYA 世代の患者が全人的な質の高いがん医療及び支援を受けることができる体制を確保するという指針の趣旨をご了知の上、指針の要件を全て満たす医療機関による積極的な申請が行われるよう、貴管下医療機関への周知をお願いする。

また、指針に規定する「新規指定申請書」等については、別途通知するのでご留意されたい。

なお、「小児がん拠点病院等の整備について」（平成 24 年９月７日付け健発 0907 第２号厚生労働省健康局長通知）は、平成 30 年７月 31 日で廃止する。

別添

小児がん拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ　小児がん拠点病院の指定について

１　小児がん拠点病院（以下「拠点病院」という。）は、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。

２　小児がん患者の数が限られている中、質の高い医療及び支援を提供するためには、一定程度の医療資源の集約化が必要であることから、地域バランスも考慮し、当面の間、拠点病院を全国に１０か所程度整備するものとする。

３　厚生労働大臣が指定する拠点病院は、以下の役割を担うものとする。

（１）　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、Ⅲの２で規定する小児がん連携病院等とも連携し、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。なお、ＡＹＡ世代にあるがん患者とは、ＡＹＡ世代で発症したがん患者とＡＹＡ世代になった小児がん患者を指す。

（２）　新規に発症した小児がんのみならず、再発したがんにも対応すること。また、治癒の難しいがんにも対応すること。

（３）　成長期にあるという小児の特性を踏まえた、全人的な小児がん医療及び支援を提供すること。すなわち各職種が専門性を活かし協力して、患者のみならず、その家族やきょうだいに対しても、身体的なケア、精神的なケアを提供し、教育の機会の確保など社会的な問題にも対応すること。

（４）　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支援を提供すること。

（５）　専門家による集学的治療及び緩和ケアの提供、心身の全身管理の実施、患者とその家族に対する心理社会的な支援の提供、適切な療育・教育環境の提供、遊びを含む日常的な活動の確保、セカンドオピニオンの体制の整備、患者及びその家族並びに医療従事者に対する相談支援体制の整備、医師等に対する研修の実施等を進めること。

（６）　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、地域において適切な連携のもと小児がん医療・支援を提供するため、Ⅲの１に規定する「○○小児がん医療提供体制協議会（仮称）」（以下「地域ブロック協議会」という。）を設置し、その運営の中心を担い、当該地域ブロック協議

会の意見を聴取した上で、小児がん連携病院の指定を行うこと。

（７） 小児がん連携病院等と役割分担及び連携を進め、患者が発育時期において可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備すること。

（８） がん診療連携病院等との連携をすすめ、地域の中で患者及びその家族の不安、治療による合併症及び二次がんなどに対応できる長期フォローアップ体制を整備すること。

（９） 小児がんに関する臨床研究を主体的に推進すること。

(10) 医療機関の管理者は、（１）から（９）までの期待される役割を果たす責務を負っていることを十分に認識し、関係者に対して必要な支援を行うこと。

４　都道府県は、当該都道府県の拠点病院及び近隣都道府県の拠点病院と、当該都道府県及び地域ブロックにおける小児がん診療の連携協力体制の整備に努めること。なお、この場合には、がん対策基本法（平成１８年法律第９８号）第１２条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意すること。

５　厚生労働大臣が指定する拠点病院については、院内の見やすい場所に拠点病院である旨の掲示をする等、小児がん患者・ＡＹＡ世代にあるがん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこととする。

６　厚生労働大臣は、拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、その指定を取り消すことができるものとする。

Ⅱ　拠点病院の指定要件について

１　診療体制

（１）診療機能

①　集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

ア　　小児がんについて、手術療法、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケアを提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等小児がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ　　小児がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード（手術療法、放射線療法及び薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医療

従事者等によるがん患者の症状、状態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いう。以下同じ。）を設置し、定期的に開催すること。また、必要に応じて、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士（特に医療ソーシャルワーカー）、公認心理師等の専門的多職種の参加を求めること。キャンサーボードで検討した内容については、記録し、関係者間で共有すること。

ウ　小児がん連携病院と協力し、小児がん患者に対して、移行期医療や成人後の晩期合併症対応等も含めた長期フォローアップ体制を構築していること。

エ　ＡＹＡ世代にあるがん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築していること。

オ　緊急時に小児がん患者が入院できる体制を確保すること。

カ　治療に伴う生殖機能への影響など、がん治療開始前に適切な情報提供を行うとともに、患者等の希望も踏まえ、生殖機能の温存の支援を行う体制を構築していることが望ましい。

キ　保険適応外の免疫療法等の先進的な治療を実施する場合は、科学的知見を集積する観点から、原則として治験、先進医療を含めた臨床研究の枠組みで行うこと。

② 薬物療法の提供体制

薬物療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。

③ 緩和ケアの提供体制

ア　（２）の①のウに規定する医師及び（２）の②のウに規定する看護師等を構成員とする小児の緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、小児がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ　外来において専門的な小児の緩和ケアを提供できる体制を整備することが望ましい。

ウ　アに規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に関するカンファレンスを定期的に開催すること。

エ　院内の見やすい場所にアに規定する緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、小児がん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこと。

オ　小児がん連携病院やかかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医

及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

カ　小児の緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、小児がん連携病院や地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

④ 病病連携・病診連携の協力体制

ア　小児がん連携病院や地域の医療機関等から紹介された小児がん患者の受け入れを行うこと。また、小児がん患者の状態に応じ、小児がん連携病院や地域の医療機関等へ小児がん患者の紹介を行うこと。

イ　小児がんの病理診断又は画像診断に関する依頼や手術療法、放射線療法又は薬物療法に関する相談など、小児がん連携病院や地域の医療機関等の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。

ウ　患者の状況等に応じて、地域連携クリティカルパス（拠点病院と小児がん連携病院や地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成される小児がん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備することが望ましい。

エ　ウに規定する地域連携クリティカルパスを活用するなど、小児がん連携病院や地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院時に当該小児がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うことが望ましい。

⑤ セカンドオピニオンの提示体制

小児がんについて、手術療法、放射線療法又は薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。また、小児がん連携病院がセカンドオピニオンを提示する体制を構築できるよう適切な指導を行うこと。

（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。

イ　専任（当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該療法に従事して

いる必要があるものとする。以下同じ。）の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従（当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該療法に従事していることをいう。以下同じ。）であることが望ましい。

ウ　（１）の③のアに規定する緩和ケアチームに、身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師をそれぞれ１人以上配置すること。なお、当該各医師については、常勤であることが望ましい。

エ　専従の病理診断に携わる医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　放射線療法に携わる診療放射線技師を１人以上配置すること。

放射線療法における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等を１人以上配置すること。

イ　薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。

ウ　（１）の③のアに規定する緩和ケアチームに、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。また、（１）の③のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び公認心理師をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ　細胞診断に関する業務に携わる者を１人以上配置することが望ましい。

オ　小児看護やがん看護に関する専門的な知識及び技能を有する専門看護師又は認定看護師を配置していることが望ましい。さらに、当該看護師は、小児がん看護に関する知識や技能を習得していることが望ましい。

カ　小児科領域に関する専門的知識を有する公認心理師又は臨床心理士、社会福祉士（特に医療ソーシャルワーカー）、医療環境にある子どもや家族に心理社会的支援を提供する専門家であるチャイルド・ライフ・スペシャリスト等のような、療養を支援する担当者を配置していることが望ましい。

③ その他

ア　小児がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、

各診療科が参加する話し合いの場等を設置することが望ましい。

イ　拠点病院の長は、当該拠点病院において小児がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術療法・放射線療法・薬物療法の治療件数（放射線療法・薬物療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

（３）医療施設

① 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア　放射線療法に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ　集中治療室を設置すること。

ウ　小児がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けること。

② 敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

（４）診療実績

①　小児がんについて年間新規症例数が30例以上であること。なお、平成30年４月１日から９月30日までの新規症例数から、平成３０年度の年間新規症例数が30例以上となることが想定される場合は当該要件を満たしているものと見なす。

②　固形腫瘍について年間新規症例数が10例程度あること。

③　造血器腫瘍について年間新規症例数が10例程度あること。

（５）その他

①　小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定（以下「第三者認定」という。）を受けた医療施設であること。

②　小児がんに係る骨髄・さい帯血等の移植医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。

③ 一般社団法人小児血液・がん学会が主催する「小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講した医師及び看護師等医療関係者を配置していること。なお、当該医師及び看護師等医療関係者については、平成32年３月までに配置していれば良いものとする。

２　研修の実施体制

小児がん連携病院や地域の医療機関等の多職種の医療従事者も参加する小

児がんの診療、相談支援、がん登録及び臨床試験等に関する研修会等を毎年定期的に開催し、人材育成等に努めること。

3　情報の収集提供体制

（1）相談支援センター

①から③に掲げる相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、相談支援センター以外の名称を用いても差し支えないが、その場合には、がん医療に関する相談支援を行うことが分かる名称を用いることが望ましい。）を設置し、当該部門において、アからコまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に広報すること。

なお、小児がん患者及びＡＹＡ世代にあるがん患者に対しては、小児・ＡＹＡ世代のがんに関する一般的な情報提供、療育・発達への支援等に加えて、ライフステージに応じた長期的な視点から、他の医療機関や行政機関、学校等と連携し、就学・就労・生殖医療等への相談対応や患者活動への支援等の幅広い相談支援が必要となることに十分に留意すること。また、患者のみならず、患者のきょうだいを含めその家族に対する支援も行うこと。

①　「小児がん中央機関による研修について」（平成27年３月31日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡）に定める小児がん中央機関が実施する所定の研修を修了した、小児がん患者及びその家族等の抱える問題に対応できる専任の相談支援に携わる者を１人以上配置すること。

②　患者やその家族に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、①に規定する者と医療従事者が協働できる体制の整備を行うこと。

③　院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外の小児がん患者・ＡＹＡ世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有する小児がん患者団体等との連携協力体制の構築に積極的に取り組むことが望ましい。

＜相談支援センターの業務＞

ア　　小児がんの病態、標準的治療法等小児がん診療等に関する一般的な情報の提供

イ　　領域別の小児がん診療機能、診療実績及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、小児がん連携病院等及び医療従事者に関する情報の

収集、提供

ウ　セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ　小児がん患者の発育及び療養上の相談及び支援

オ　小児がん患者の教育上の相談及び支援

カ　小児がん連携病院等及び医療従事者等における小児がん診療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供

キ　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援

ク　ＡＹＡ世代にあるがん患者に対する治療や就学、就労支援等に関する相談及び支援（なお、自施設での対応が困難な場合は、がん診療連携拠点病院等の相談支援センター等と連携を図り、適切に対応すること）

ケ　必要に応じて、小児がん連携病院や地域の医療機関等に対して相談支援に関する支援を行うこと

コ　その他相談支援に関すること

（２）院内がん登録

①　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針（平成27年厚生労働省告示第470号）（以下「院内がん登録の指針」という。）に即して院内がん登録を実施すること。

②　院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③　院内がん登録の実務を担う者として、院内がん登録の指針に基づき国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）が提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置すること。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④　院内がん登録の登録様式については、院内がん登録の指針に基づき国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤　適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥　院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うため、毎年、院内がん登録の指針に基づき国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦　院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関す

る基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧　院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）診療実績、診療機能等の情報提供

小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんについて、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院の診療実績、診療機能及び医療従事者の専門とする分野・経歴などを、わかりやすく情報提供すること。

４　臨床研究に関すること

他の拠点病院や小児がん連携病院とも連携し、オールジャパン体制で臨床研究を推進すること。

（１）　治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。

（２）　進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報すること。

（３）　参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

（４）　臨床研究を支援する専門の部署を設置していることが望ましい。

（５）　臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置することが望ましい。

５　患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備

（１）　保育士を配置していること。

（２）　病弱等の特別支援学校又は小中学校等の病弱・身体虚弱等の特別支援学級による教育支援（特別支援学校による訪問教育を含む。）が行われていること。なお、義務教育段階だけではなく、高等学校段階においても必要な教育支援を行うよう留意すること。

（３）　退院時の復園及び復学支援が行われていること。

（４）　子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること。

（５）　家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること。

（６）　家族等の希望により、２４時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること。

（７）　患者のきょうだいに対する保育の体制整備を行っていることが望ましい。

６　ＰＤＣＡサイクル

（１）　自施設及び小児がん連携病院の診療機能や診療実績、地域連携に関す

る実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を関係者で共有した上で、適切な改善策を講じること。

（２） これらの実施状況につき、地域ブロック協議会において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

７　医療安全体制

（１） 組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（２） 医療に係る安全管理を行う者（以下「医療安全管理者」という。）として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。

（３） 医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４） 当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

① 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等。なお当該組織は既設の組織であっても構わない。）において、病院として事前に検討を行うこと。

② 事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③ 提供した医療について、事後評価を行うこと。

（５） 医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保すること。

Ⅲ　地域ブロック協議会の設置と小児がん連携病院の指定について

１　地域ブロック協議会の設置と運営について

拠点病院は、別途定める要件に基づき、地域ブロックごとに、「○○小児がん医療提供体制協議会（仮称）」を設置し、その運営を担うものとする。

２　小児がん連携病院の指定

拠点病院は、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、次に掲げる（１）から（３）のそれぞれの類型ごとに、小児がん連携病院を指定することができる。指定に際しては、事前に地域ブロック協議会において議論を行い、意見を聴取することとする。なお、小児がん連携病院が最低限満たすべき要件については、下記に示す事項を参考に、地域の実状を踏まえ、各地域ブロック協議会で協議の上、定めるものとする。

（１）地域の小児がん診療を行う連携病院

拠点病院以外であっても、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。

ア　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であること。

イ　小児がん医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。

ウ　Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

エ　Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。

オ　Ⅱの７の（１）、（３）、（４）、（５）に規定する項目を満たすこと。Ⅱの７の（２）に規定する医療安全管理者の配置に関しては、Ⅱの７の（１）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び常勤の看護師を配置すること。

カ　相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

キ　院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。

ク　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

ケ　連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

（２）特定のがん種等についての診療を行う連携病院

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。

ア　以下のいずれかを満たすこと。

ⅰ　特定のがん種について、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が可能であること。また、当該がん種について、当該都道府県内における診療実績が、特に優れていること。

ⅱ　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していること。

イ　Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

ウ　Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。

エ　Ⅱの７の（１）、（３）、（４）、（５）に規定する項目を満たすこと。Ⅱの（２）に規定する医療安全管理者の配置に関しては、Ⅱの

（１）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び常勤の看護師を配置すること。

オ　院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。

カ　相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

キ　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

ク　連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

（３）小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院

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。

ア　小児がん患者等の長期フォローアップが可能な体制を有するとともに、患者の状態に応じた適切な治療が必要な場合、自施設において適切な治療を提供することが可能であること、また、自施設での対応が難しい場合には、拠点病院等適切な病院に紹介する体制を整えていること。

イ　一般社団法人小児血液・がん学会が主催する「小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講した医師を配置していること。なお、上記については、平成32年３月までに、配置していれば良いものとする。

ウ　Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

エ　相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

オ　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

カ　連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

３　小児がん連携病院の指定等の手続きについて

（１）　小児がん連携病院の候補となる医療機関は、各地域ブロック協議会で協議により定められた最低限満たすべき要件を満たしていることを確認の上、連携する拠点病院に申請すること。

（２） 拠点病院が小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行う際には、地域ブロック協議会の意見をあらかじめ聴取すること。
（３） 拠点病院は、小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行った場合には、地域ブロック協議会を通じて、速やかに厚生労働大臣及び小児がん中央機関に報告すること。

Ⅳ　小児がん中央機関の指定について

１　小児がんの中核的な機関を「小児がん中央機関」とし、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。

２　厚生労働大臣が指定する小児がん中央機関は拠点病院を牽引し、全国の小児がん医療の質を向上させるため、以下の役割を担うものとする。
（１） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する相談支援の向上に関する体制整備を行うこと。また、小児がん患者・経験者の発達段階に応じた長期的な支援のあり方について検討すること。
（２） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する情報を収集し、広く国民に提供すること。
（３） 全国の小児がんに関する臨床試験の支援を行うこと。
（４） 拠点病院、小児がん連携病院等に対する診断、治療などの診療支援を行うこと。
（５） 小児がん診療に携わる者の育成に関する国内の体制整備を行うこと。
（６） 小児がんの登録の体制の整備を行うこと。
（７） （１）から（６）の業務にあたっては、患者、家族及び外部有識者等による検討を踏まえて行うこと。

３　厚生労働大臣は、小児がん中央機関が上記２の役割を担う上で適切ではないと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

Ⅵ　指定の申請手続き等、指針の見直し及び施行期日について

１　既に拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

「小児がん拠点病院等の整備について」（平成24年９月７日付け健発0907第２号厚生労働省健康局長通知）の別添「小児がん拠点病院の整備に関する指針」に基づき、拠点病院の指定をうけている医療機関にあっては、平成31年３月31日までの間に限り、この指針で定める拠点病院として指定を受けているものとみなす。

２　指定の申請手続等について

（１） 医療機関は、Ⅰの１に基づく指定の申請に当たっては、指定要件を満

たしていることを確認の上、平成30年11月30日までに、別途定める「新規指定申請書」を厚生労働大臣に提出すること。

（２） 拠点病院は、平成31年度以降、毎年10月末までに、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院について、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

３　指定の有効期間について

（１）Ⅰの１の指定の有効期間は、原則４年間とし、その期間の経過によって、その効力を失う。なお、有効期間経過後の拠点病院の指定は、Ⅰの１の規定に基づき、改めて行うものとする。

（２） 上記（１）で定める指定の有効期間の満了日までに、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後も、なおその効力を有する。ただし、その効力は、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われるまでの間に限る。

４　指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第10条第８項において準用する同条第３項の規定によりがん対策推進基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

５　施行期日

この指針は、平成30年７月31日から施行する。

資料14

健発１２２５第３号
平成29年12月25日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康局長
（ 公 印 省 略 ）

がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について

我が国において、がんは、昭和56年より死因の第１位であり、平成28年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうちに、約２人に１人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

政府としては、本年10月に、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第10条第７項に基づき、第３期の「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を閣議決定し、今後、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ため、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、がんゲノム医療の中核となる拠点病院（以下「がんゲノム医療中核拠点病院」という。）等を整備することとしている。

がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件等については、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の下に、「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」及び「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サブワーキンググループ」を設置し、本年10月18日に、「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」（以下「報告書」という。）が、とりまとめられたことを踏まえ、今般、別添のとおり、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を定めたので通知する。

今後、厚生労働大臣により、本指針及び報告書に基づくがんゲノム医療中核拠点病院の指定が行われることとなるが、当該指定は、申請のあった医療機関の中から行われるので、貴職におかれては、本指針の趣旨を了知の上、本指針の要件を満たす医療機関により積極的な申請が行われるよう、本指針について、貴管下医療機関及び関係団体への周知をお願いする。

別添

がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ　がんゲノム医療中核拠点病院の指定について

厚生労働大臣は、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ため、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、がんゲノム医療の中核となる拠点病院（以下「がんゲノム医療中核拠点病院」という。）を指定するものとする。

1　がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けようとする医療機関は、厚生労働大臣に、所定の申請書及び添付書類を提出するものとする。厚生労働大臣は、厚生労働省健康局に設置される「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」（以下「検討会」という。）の意見を踏まえ、申請のあった医療機関のうち、適当と認める医療機関を、がんゲノム医療中核拠点病院として指定することができる。なお、検討会は、第三者によって構成されるものとする。

2　厚生労働大臣は、がんゲノム医療中核拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、当該病院に聴聞を行い、検討会の意見を参考として、その指定を取り消すことができる。

3　がんゲノム医療中核拠点病院は、以下の役割を担うことが求められる。

（1）　がんゲノム情報に基づく診療や臨床研究・治験の実施、新薬等の研究開発、がんゲノム関連の人材育成等の分野において、貢献すること。

（2）　がん患者の遺伝子パネル検査における一連の流れ（①患者への検査に関する説明、②検体の準備、③シークエンスの実施、④検査レポートの作成、⑤エキスパートパネルの開催、⑥患者への検査結果の説明、⑦検査結果に基づく治療）について、自施設で実施できる機能を有すること（ただし、③シークエンスの実施については、シークエンスを適切に行うことができる医療機関又は検査機関に委託しても差し支えない。）。

（3）　院内の見やすい場所に、がんゲノム医療中核拠点病院としての指定を受けている旨の掲示をする等、がん患者に対し、必要な情報提供を行うこと。

（4）　がんゲノム医療連携病院（がんゲノム医療中核拠点病院と連携して遺伝子パネル検査の結果を踏まえた医療を行う病院のことをいう。以下同じ。）と協力しながら、がんゲノム医療が適切に提供されるよう努めること。

Ⅱ　がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件について

がんゲノム医療中核拠点病院は、厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連

携拠点病院、国立がん研究センター中央病院、国立がん研究センター東病院及び地域がん診療病院のこと。以下同じ。）又は小児がん拠点病院であることが求められる。

1　診療体制

（1）　診療機能

①　遺伝子パネル検査について、以下の要件を満たすこと。

ア　外部機関による技術能力についての施設認定（以下「第三者認定」という。）を受けた臨床検査室を有すること。

イ　第三者認定を受けた病理検査室を有すること。組織検体の取扱いについて、明文化されており（「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」（平成 28 年３月 31 日日本病理学会策定）及び「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」（平成 29 年９月 15 日日本病理学会策定）を参照のこと。）、当該手続きに従ってなされた処理等が、適切に記録されること。

ウ　シークエンスの実施について、自施設内で行う場合は、明文化された手順に従ってシークエンスが実施され、その結果が適切に記録されること。

エ　シークエンスの実施について、シークエンスを適切に行うことができる医療機関又は検査機関へ委託する場合は、個人情報の取扱い等について、適切に取り決めをした上で、依頼すること。

オ　遺伝子パネル検査の結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（以下「エキスパートパネル」という。）が、月１回以上開催されること。

②　遺伝カウンセリング等について、以下の要件を満たすこと。

ア　遺伝カウンセリング等を行う部門が設置されており、当該部門が、複数の診療科と連携可能な体制が整備されていること。

イ　遺伝子パネル検査の二次的所見として、生殖細胞系列変異が同定された場合の対応方針について、明文化された規定があること。

③　がんゲノム医療に関する情報の取扱いについて、以下の要件を満たすこと。

ア　がんゲノム医療に関するデータ管理を行う部門が設置されていること。

イ　国立研究開発法人国立がん研究センターの「がんゲノム情報管理センター」に、がんゲノム医療を受ける患者の臨床情報やゲノム情報等の必要な情報を、患者の同意の下で、適切に登録できる体制が整備されていること。

ウ　患者の臨床情報やゲノム情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができる体制が整備されていること。

④　手術検体等の生体試料の保存について、以下の要件を満たすこと。

ア　「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」（平成 25 年２月８日

文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第１号）又は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 26 年 12 月 22 日文部科学省・厚生労働省告示第３号）が適用される研究において、がん組織及び非がん組織等のペア検体の凍結保存する場合を含め、患者の同意の下で、臓器横断的に検体が、適切に保管・管理される体制が整備されていること。

イ　組織検体の取扱いについて、明文化されており（「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」（平成 28 年３月 31 日日本病理学会策定）及び「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」（平成 29 年９月 15 日日本病理学会策定）を参照のこと。）、組織検体が、適切に処理・保管・管理される体制が整備されていること。

⑤　がんゲノム医療を統括する部門が設置されていること。

⑥　病院内のがん相談支援センターにおいて、がんゲノム医療に関する情報を患者・家族に提供できる体制が整備されていること。

⑦　がんゲノム医療中核拠点病院は、臨床研究中核病院であることが望ましい。がんゲノム医療中核拠点病院が、臨床研究中核病院でない場合は、臨床研究中核病院における臨床研究の実施体制に準じて、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第９条の 25 各号に掲げる体制が整備されていること。

（２）　診療従事者

①　病理検査室の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア　病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が複数名配置されていること。なお、そのうち２名以上は、エキスパートパネルの構成員であること。

イ　病理検体の取扱いに関する高い専門性を有する常勤の臨床検査技師が１名以上配置されていること。

②　遺伝カウンセリング等の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア　遺伝カウンセリング等を行う部門に、その長として、常勤の医師が配置されていること。

イ　遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師が部門の長を兼ねることも可とする。また、当該医師のうち、少なくとも１名は、エキスパートパネルの構成員であること。

ウ　遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が１名以上配置されていること。また、当該者のうち、少なくとも１名は、エキスパートパネルの構成員であること。

エ　患者に遺伝子パネル検査の補助説明を行ったり、遺伝子パネル検査において二次的所見が見つかった際に、患者を遺伝カウンセリング等を行う部門に

つないだりする者が、院内に複数名配置されていること。

③　がんゲノム医療に関するデータ管理を行う部門の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア　がんゲノム医療に関するデータ管理を行う部門の責任者は、常勤の職員であること。

イ　がんゲノム医療に関するデータ管理を行う部門に、がんゲノム医療を受ける患者の臨床情報及びゲノム情報を収集・管理する実務担当者として、１名以上が配置されていること。なお、当該実務担当者は、専従であることが望ましい。

④　がんゲノム医療を統括する部門の責任者は、常勤の医師であること。

⑤　エキスパートパネルの構成員等について、以下の要件を満たすこと。

ア　構成員の中に、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する診療領域の異なる常勤の医師が、複数名含まれていること。

イ　構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が、１名以上含まれていること。

ウ　構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が、１名以上含まれていること。

エ　構成員の中に、病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、複数名含まれていること。

オ　構成員の中に、分子遺伝学やがんゲノム医療に関する十分な知識を有する専門家が、１名以上含まれていること。なお、当該専門家は、申請時点からさかのぼって３年の間に、がんゲノム医療又はがんゲノム研究に関する英文の査読済み論文（筆頭著者又は責任著者に限る。）を執筆した実績があることが望ましい。

カ　構成員の中に、次世代シークエンサーを用いた遺伝子解析等に必要なバイオインフォマティクスに関する十分な知識を有する専門家が、１名以上含まれていること。なお、当該専門家は、申請時点からさかのぼって３年の間に、がんゲノム医療又はがんゲノム研究に関する英文の査読済み論文（共著を含む。）を執筆した実績があることが望ましい。

キ　エキスパートパネルにおいて検討を行う対象患者の主治医又は当該主治医に代わる医師は、エキスパートパネルに参加すること。

（３）　診療実績

①　遺伝カウンセリング等について、以下の実績を有すること。

ア　遺伝性腫瘍を含めた遺伝カウンセリング（血縁者に対するカウンセリングを含む。）を、申請時点よりさかのぼって、１年の間に、10 人程度に対して実施していること。

イ　遺伝性腫瘍を含めた遺伝学的検査（血縁者に対する検査を含む。）を、申請時点よりさかのぼって、１年の間に、10 件程度実施していること。

②　治験・先進医療Ｂの実施について、以下の実績を有すること。

ア　未承認薬又は適応拡大に関するがん薬物療法の企業治験、医師主導治験、又は先進医療Ｂにおいて、新規の患者を、申請時点よりさかのぼって、過去３年の間に、合計 100 人以上登録した実績があること。

イ　新規の医師主導治験又は先進医療Ｂを、申請時点よりさかのぼって、過去３年の間に、主導的に複数件実施した実績があること。

２　がんゲノム医療連携病院等との連携・人材育成

がんゲノム医療連携病院等との連携・人材育成について、以下の要件を満たすこと。

（１）　エキスパートパネルでは、がんゲノム医療連携病院から依頼された遺伝子パネル検査の結果についても検討することとし、検討した内容等については、当該がんゲノム医療連携病院に、適切に情報提供すること。

（２）　がんゲノム医療連携病院と協力して、がんゲノム医療に関する臨床情報やゲノム情報等を収集すること。収集した情報については、国立研究開発法人国立がん研究センターの「がんゲノム情報管理センター」への登録すること。

（３）　がんに関連する臨床研究・治験等に関して、がん診療連携拠点病院等や小児がん拠点病院に対し、適切に情報提供すること。

（４）　がんゲノム医療連携病院との合同の会議を定期的に開催し、日頃から、情報共有・連携体制の構築に努めること。

（５）　がんゲノム医療に従事する医療者に対して、必修な研修を行い、また、業務に関係する講習会等の受講を促すこと。

Ⅲ　がんゲノム医療連携病院について

がんゲノム医療連携病院は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院等又は小児がん拠点病院であることが求められる。Ⅳに記載の通り、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けた医療機関は、所定の添付書類に、自らが連携するがんゲノム医療連携病院の候補となる医療機関を記載するものとする。

１　診療体制

（１）　診療機能

①　遺伝子パネル検査について、以下を踏まえた体制が整備されていること。

ア　第三者認定を受けた臨床検査室を有することが望ましい。

イ　第三者認定を受けた病理検査室を有することが望ましい。組織検体の取扱いについて、明文化されており（「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」（平成 28 年３月 31 日日本病理学会策定）及び「ゲノム診療用病理組織検体

取扱い規程」（平成 29 年９月 15 日日本病理学会策定）を参照のこと。）、当該手続きに従ってなされた処理等が、適切に記録されること。

ウ　準備した検体について、連携するがんゲノム医療中核拠点病院等に適切に送付できる体制が整備されていること。

② 遺伝カウンセリング等について、以下の要件を満たすこと。

ア　遺伝カウンセリング等を行う部門が設置されており、当該部門が、複数の診療科と連携可能な体制が整備されていること。

イ　遺伝子パネル検査の二次的所見として、生殖細胞系列変異が同定された場合の対応方針について、明文化された規定があること。

③ がんゲノム医療に関する情報の取扱いについて、以下の要件を満たすこと。

ア　がんゲノム医療を受ける患者の臨床情報等を、連携するがんゲノム医療中核拠点病院に提供する体制が整備されていること。

イ　患者の臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができる体制が整備されていること。

④ 手術検体等の生体試料の保存について、以下の要件を満たすこと。

ア　「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」（平成 25 年２月８日文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第１号）又は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 26 年 12 月 22 日文部科学省・厚生労働省告示第３号）が適用される研究において、がん組織及び非がん組織等のペア検体の凍結保存する場合を含め、患者の同意の下で、検体が適切に保管・管理される体制が整備されていること。

イ　組織検体の取扱いについて、明文化されており（「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」（平成 28 年３月 31 日日本病理学会策定）及び「ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程」（平成 29 年９月 15 日日本病理学会策定）を参照のこと。）、組織検体が、適切に処理・保管・管理される体制が整備されていること。

⑤ 医療安全について、以下の要件を満たすこと。

ア　医療に関わる安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。）が設置されていること。

イ　医療に関わる安全管理のための指針を整備すること、必要な会議を開催すること、職員研修を行うこと、適切に事故報告を行うことが可能であること等の医療安全に関する体制が整備されていること。

⑥ 患者への情報提供について、以下の要件を満たすこと。

ア　病院内のがん相談支援センターにおいて、がんゲノム医療に関する情報を患者・家族に提供できる体制が整備されていること。

イ　患者・研究対象者等に対する相談窓口を設置する等、患者及び研究対象者等からの苦情、相談に応じられる体制が整備されていること。

（２） 診療従事者

① 病理検査室の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア 病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

イ 病理検体の取扱いに関する高い専門性を有する常勤の臨床検査技師が１名以上配置されていること。

② 遺伝カウンセリング等の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア 遺伝カウンセリング等を行う部門に、その長として、常勤の医師が配置されていること。

イ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師が部門の長を兼ねることも可とする。

ウ 遺伝カウンセリング等を行う部門に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が１名以上配置されていること。

エ 患者に遺伝子パネル検査の補助説明を行ったり、遺伝子パネル検査において二次的所見が見つかった際に、患者を遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者が、院内に１名以上配置されていること。

③ がんゲノム医療に関する情報の取扱いに関して、がんゲノム医療に係わるデータ管理を行う責任者が定められていること。

④ 医療安全管理部門の人員について、以下の要件を満たすこと。

ア 医療安全管理責任者が配置されていること。

イ 医療安全管理部門には、専任の医師、薬剤師及び看護師が配置されていること。

（３） 診療実績

① 遺伝カウンセリング等について、以下の実績を有していること。

ア 遺伝性腫瘍を含めた遺伝カウンセリング（血縁者に対するカウンセリングを含む。）を、申請時点よりさかのぼって、１年の間に、１人以上に対して実施していること。

イ 遺伝性腫瘍を含めた遺伝学的検査（血縁者に対する検査を含む。）を、申請時点よりさかのぼって、１年の間に、１件以上実施していること。

② 治験・先進医療Ｂの実施について、以下の実績を有していること。

ア 未承認薬又は適応拡大に関するがん薬物療法の企業治験、医師主導治験、又は先進医療Ｂにおいて、新規の患者を、申請時点よりさかのぼって、過去３年の間に、合計２人以上登録した実績があること。

イ 小児を専門に扱う施設の場合は、小児を対象とした企業治験、医師主導治

験又は先進医療Ｂにおいて、新規の患者を、申請時点よりさかのぼって、過去３年の間に、合計２人以上登録した実績があること。

２　がんゲノム医療中核拠点病院との連携・人材育成

がんゲノム医療中核拠点病院との連携・人材育成について、以下の要件を満たすこと。

（１）　がんゲノム医療中核拠点病院との合同の会議に参加し、日頃から、情報共有・連携体制の構築に努めること。

（２）　がんゲノム医療に従事する医療者に対して、必要な研修を行い、また、業務に関係する講習会等の受講を促すこと。

（３）　がんゲノム医療中核拠点病院に紹介した患者についてのエキスパートパネルが開催される際には、がんゲノム医療連携病院の主治医又は当該主治医に代わる医師が参加し、示された内容について、患者に説明できる体制が整備されていること。

Ⅳ　その他

１　指定の申請手続き等について

（１）　がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けようとする医療機関は、指定された期限までに、所定の申請書及び添付書類を厚生労働大臣に提出すること。

（２）　がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けた医療機関は、本指針のⅢに掲げる事項を満たしていることを確認の上、自らが連携するがんゲノム医療連携病院の候補となる医療機関を所定の添付書類に記載し、指定された期限までに、厚生労働大臣に提出すること。

（３）　がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けた医療機関は、毎年10月末までに、所定の「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

（４）　がんゲノム医療中核拠点病院の指定は、２年（初回）又は４年（２回目以降）ごとに更新を受けなければ、その効力を失うものとする。

（５）　がんゲノム医療中核拠点病院の指定の更新を受けようとする医療機関は、指定の有効期間の満了する前年の 10 月末までに、所定の申請書及び添付書類を厚生労働大臣に提出すること。

２　指針の見直し

健康局長は、必要があると認める場合には、この指針を見直すものとする。

３　施行期日

本指針は、平成 29 年 12 月 25 日から施行するものとする。

資料15

Ver.1.0

医療施設一覧

かかりつけ医を持つこと

県民の皆様には、医療施設一覧を活用して、自身の疾病、病期に応じた医療機関を適切に受診していただきたいと考えております。しかしながら、疾病の発症予防、重症化・再発予防のためには、かかりつけ医を持って、日常的な健康管理を行うことが重要であり、専門的な検査や治療が必要な場合には、かかりつけ医から専門医療機関の紹介を受け受診するなど、適切な医療機関の受診に努めるようお願いいたします。

平成30年９月
沖縄県

《利用にあたっての留意事項》

- 記載した医療機関に関する情報は、平成29年５月時点のものです。
  その後の状況の変化によって内容が変わっている場合もありますので、受診に当たっては、事前に医療機関に確認されるとより確実です。

- 本資料は、沖縄県が実施する医療機能調査や九州厚生局への施設基準届出、専門医の在籍状況などに基づき作成しています。

- がん及び精神疾患の分野は、沖縄県が実施する医療機能調査への医療機関からの回答結果に基づき作成しており、内容は医療機関からの申告によるものです。
  受診に当たっては、事前に医療機関に確認されるとより確実です。

- 医療施設一覧は、毎年度、沖縄県が実施する医療機能調査や国等が公表する資料に基づき改訂を行います。
  最新の医療機関の一覧については、沖縄県のホームページを通じて周知を行います。

目　次

１　がん　・・・

がん診療を行う医療機関（平成29年11月時点） ※医療機関名は順不同で記載 ※内容は医療機能調査（沖縄県保健医療部実施）に基づくもの

※ ○は当該疾患を専門としている医師がいる

	がん診療連携拠点病院等	大腸がん		肺がん		胃がん		乳がん	
	「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日付健発第0110第7号）に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	手術療法及び化学療法を実施している医療機関							
北部	※地域がん診療病院 北部地区医師会病院（名護市）	○	北部地区医師会病院（名護市）			○	北部地区医師会病院（名護市）	○	北部地区医師会病院（名護市）
			県立北部病院（名護市）				県立北部病院（名護市）		
中部	※地域がん診療連携拠点病院 県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）
		○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）
		○	ハートライフ病院（中城村）	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	ハートライフ病院（中城村）	○	ハートライフ病院（中城村）
		○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	沖縄病院（宜野湾市）	○	沖縄病院（宜野湾市）	○	中部徳洲会病院(北中城村)
		○	沖縄病院（宜野湾市）			○	中部徳洲会病院(北中城村)		
南部	※地域がん診療連携拠点病院 那覇市立病院（那覇市）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）
		○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）
	※都道府県がん診療連携拠点病院 琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）
		○	浦添総合病院（浦添市）	○	浦添総合病院（浦添市）		浦添総合病院（浦添市）	○	浦添総合病院（浦添市）
		○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）
		○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）
		○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）
		○	沖縄第一病院（南風原町）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）	○	沖縄第一病院（南風原町）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）
			同仁病院（浦添市）	○	豊見城中央病院（豊見城市）		同仁病院（浦添市）	○	豊見城中央病院（豊見城市）
		○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）			○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）	○	医療法人　月桃会　宮良クリニック（浦添市）
		○	豊見城中央病院（豊見城市）			○	豊見城中央病院（豊見城市）	○	那覇西クリニック（那覇市）
		○	大浜第一病院（那覇市）			○	大浜第一病院（那覇市）	○	医療法人幸正会マンマ家クリニック（浦添市）
宮古	※地域がん診療病院 県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）		県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）
								○	宮古島徳洲会病院（宮古島市）
八重山	※地域がん診療病院 県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	石垣島徳洲会病院（石垣市）
			石垣島徳洲会病院（石垣市）				石垣島徳洲会病院（石垣市）		

がん診療を行う医療機関（平成29年11月時点） ※医療機関名は順不同で記載　※内容は医療機能調査（沖縄県保健医療部実施）に基づくもの

※　○は当該疾患を専門としている医師がいる

	子宮頸がん		肝がん		胆道がん		膵臓がん		食道がん	
	手術療法及び化学療法を実施している医療機関									
北部			○	北部地区医師会病院（名護市）	○	北部地区医師会病院（名護市）	○	北部地区医師会病院（名護市）	○	北部地区医師会病院（名護市）
						県立北部病院（名護市）		県立北部病院（名護市）		県立北部病院（名護市）
中部	○	県立中部病院（うるま市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）
	○	中頭病院（沖縄市）	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	中部徳洲会病院(北中城村)
	○	ハートライフ病院（中城村）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）
			○	ハートライフ病院（中城村）	○	ハートライフ病院（中城村）	○	ハートライフ病院（中城村）	○	ハートライフ病院（中城村）
南部	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）		与那原中央病院（与那原町）		与那原中央病院（与那原町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）
	○	那覇市立病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	○	沖縄協同病院（那覇市）
	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）
	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	浦添総合病院（浦添市）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）		浦添総合病院（浦添市）
	○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	浦添総合病院（浦添市）	○	浦添総合病院（浦添市）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）
	○	豊見城中央病院（豊見城市）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）
			○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）	○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）
			○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）
			○	豊見城中央病院（豊見城市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）		
			○	大浜第一病院（那覇市）	○	豊見城中央病院（豊見城市）	○	豊見城中央病院（豊見城市）		
					○	大浜第一病院（那覇市）	○	大浜第一病院（那覇市）		
宮古		県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）
八重山		県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）	○	県立八重山病院（石垣市）

がん診療を行う医療機関（平成29年11月時点） ※医療機関名は順不同で記載　※内容は医療機能調査（沖縄県保健医療部実施）に基づくもの

※　○は当該疾患を専門としている医師がいる

	前立腺がん		甲状腺がん		血液腫瘍		放射線療法		緩和ケア
	手術療法及び化学療法を実施している医療機関				化学療法を実施している医療機関		放射線療法を実施している医療機関		緩和ケアチームを有している医療機関
北部			○	北部地区医師会病院（名護市）	○	たいら内科クリニック（名護市）			北部地区医師会病院（名護市）
				県立北部病院（名護市）					
中部	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	○	中頭病院（沖縄市）	中頭病院（沖縄市）
	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	中部徳洲会病院(北中城村)	○	県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）
	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）	○	県立中部病院（うるま市）		KIN放射線治療・健診クリニック（金武町）	ハートライフ病院（中城村）
			○	ハートライフ病院（中城村）	○	ハートライフ病院（中城村）※移植	○	沖縄病院（宜野湾市）	沖縄病院（宜野湾市）
南部	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）		与那原中央病院（与那原町）		与那原中央病院（与那原町）	○	南部徳洲会病院（八重瀬町）	南部徳洲会病院（八重瀬町）
	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄第一病院（南風原町）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）※移植	○	那覇市立病院（那覇市）	那覇市立病院（那覇市）
	○	那覇市立病院（那覇市）	○	沖縄協同病院（那覇市）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）※移植	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）
		同仁病院（浦添市）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	那覇市立病院（那覇市）	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	琉球大学医学部附属病院（西原町）
	○	琉球大学医学部附属病院（西原町）	○	浦添総合病院（浦添市）	○	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○	沖縄赤十字病院（那覇市）	南部病院（糸満市）
	○	豊見城中央病院（豊見城市）	○	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	○				与那原中央病院（与那原町）
			○	おもろまちメディカルセンター（那覇市）					沖縄協同病院（那覇市）
			○	琉球大学医学部附属病院（西原町）					浦添総合病院（浦添市）
			○	沖縄赤十字病院（那覇市）					沖縄赤十字病院（那覇市）
									南城つはこクリニック（南城市）
									那覇西クリニック（那覇市）
宮古		県立宮古病院（宮古島市）	○	県立宮古病院（宮古島市）		県立宮古病院（宮古島市）			県立宮古病院（宮古島市）
									宮古島徳洲会病院（宮古島市）
八重山			○	県立八重山病院（石垣市）		県立八重山病院（石垣市）			県立八重山病院（石垣市）
				石垣島徳洲会病院（石垣市）					

資料１６

沖縄県におけるがん教育に関わる研修会等の開催と今後の日程（平成 30 年度）

H30 年度

○平成 30 年　4 月 25 日　平成 30 年度県立学校保健主事研修会

場所：沖縄県総合教育センター

講義　「学校におけるがん教育の実際」

～ヘルスプロモーション実践事例から学ぶ～

講師　日本女子体育大学教授　　助友　裕子

参加人員　　98 名　（内訳）高校　69 名　特支　17 名　教育委員会　12 名

○平成 30 年 9 月 11･12･13･14 日　平成 30 年度地区別学校保健教育研修会

場所：沖縄県総合教育センター　・石垣市合同庁舎・宮古島市教育委員会

講義　「学校におけるがん教育の推進」

講師　文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課

健康教育調査官　　横嶋　剛

参加人数　397 名　（内訳）小学校 205 名　中学校 97 名　高等学校 74 名

特支　21 名

○がん教育研修会　6 月 15 日（金）文部科学省主催　国立オリンピック記念センター

中学校・高等学校保健体育教諭　派遣

○がん教育教材検討委員会

8 月 29 日　第 1 回がん教育教材検討委員会

検討委員　中学校体育研究会会長　中学校体育研究会理事長

中学校保健体育科教諭　高等学校保健体育研究会会長

高等学校保健体育研究会理事長　高等学校保健体科教諭

沖縄県教育総合センター指導主事

10 月　　北部農林高、東風平中、具志頭中、潮平中検証授業

10 月 24 日　第 2 回がん教育教材検討委員会　検討教材作成　（完成）

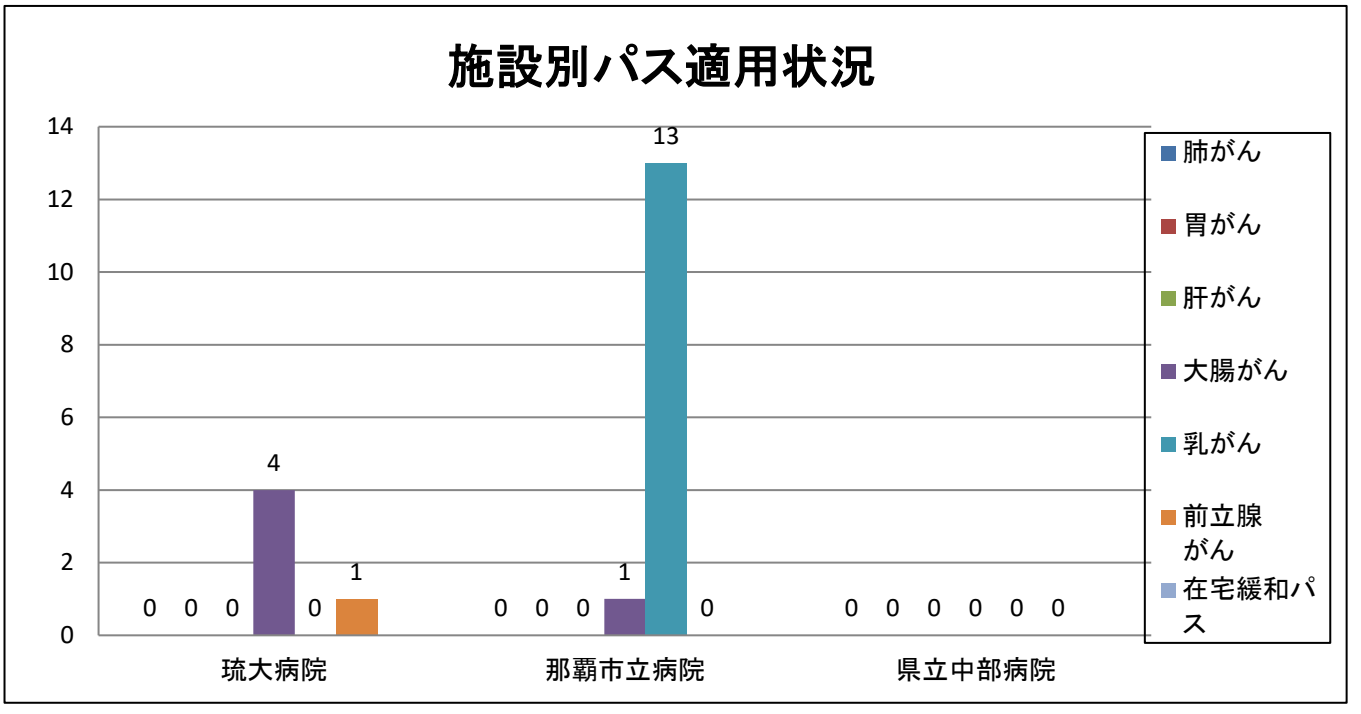
○11 月　　学校体育研究会において模擬授業

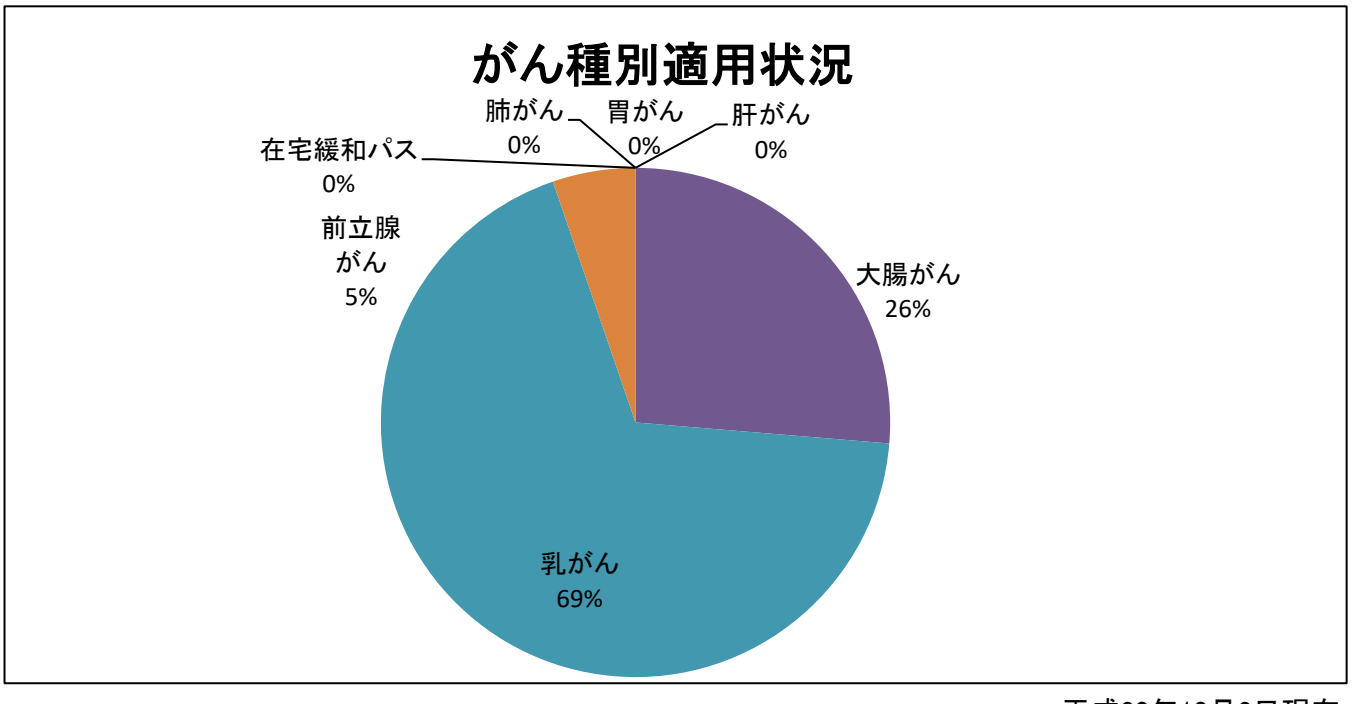
○12 月　　推奨教材として指導案、資料、授業用パワーポイントを配布予定

資料１７

平成30年度沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について
（平成30年４月～９月中旬）

施設名	肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん	前立腺がん	在宅緩和パス	合計
琉大病院	0	0	0	4	0	1	0	5
那覇市立病院	0	0	0	1	13	0	0	14
県立中部病院	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	5	13	1	0	19





平成30年10月2日現在

資料18

琉球大学医学部附属病院がんセンター
平成30年度がん患者等支援事業

がん情報及び地域がん医療説明会「もしも伊江島でがんになったら」に関する報告書

2018年9月13日

地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」の刊行に際し、本書の活用説明会を伊江村で実施した。伊江村医療保健センターより肺がんが多い現状で予防に努めたいとの要望があり、がんの要因としての喫煙の影響も内容に含めた。伊江村におけるがん医療の在り方について、伊江村長・担当課長らと協議した。また、伊江村立診療所長とも同様の協議を行った。

■伊江村におけるがん医療の在り方についての協議
（伊江村役場）
日　　時：平成30年9月13日（木）13：00～13：45
場　　所：伊江村役場
出 席 者：伊江村長　島袋　秀幸 様
伊江村役場　医療保健課長　宮里　政喜 様
伊江村役場　医療保健課　保健師長兼課長補佐　垣迫　紀子 様
琉球大学医学部附属病院がんセンター　センター長　増田 昌人
琉球大学医学部附属病院がんセンター　事務補佐員　東　啓子

（伊江村立診療所）
日　　時：平成30年9月13日（木）13：55～14：30
場　　所：伊江村立診療所
出 席 者：伊江村立診療所長　阿部　好弘　様
琉球大学医学部附属病院がんセンター　センター長　増田 昌人
琉球大学医学部附属病院がんセンター　事務補佐員　東　啓子

■がん情報及び地域がん医療説明会「もしも伊江島でがんになったら」
日　　時：平成30年9月13日（木）19：30～21：00
場　　所：伊江村農村環境改善センター
参加人数：152人
内　　容：(1) 講演「がん情報のさがし方勉強会in伊江村」
琉球大学医学部附属病院がんセンター長　増田 昌人
(2) 講演「伊江村でできるがん医療」
伊江村立診療所長　阿部　好弘　先生
(3) 質疑応答

■個別相談
日　　時：平成30年9月13日（木）21：00～21：45
場　　所：伊江村農村環境改善センター
相 談 者：4組

告知ツール（チラシ・ポスター）

国民の２人に１人はがんになる時代です。
いざというとき、自分の納得いくかたちで
病気と向きあうために、がん治療の現状も
交えながらお話しします。
もしもに備えて考えてみませんか？
どなたでも、お気軽にご参加ください。





がん専門医が伝える
病院・診療所の上手なかかり方



もしも伊江島で がんになったら

－がんサポートハンドブック・
－がん療養場所ガイドブック
活用説明会in伊江村－

伊江村のみなさまへ
がん診療の疑問や不安を解消する説明会を伊江村で開催します。地元の診療所でどんな治療ができるのか、がん情報さがしのコツを、専門家の立場からお話しします。
がんはすべての人にとって身近な病気です。情報は“力”となり療養生活を支えます。
まずは「知る」ことから始めませんか。

琉球大学医学部附属病院 がんセンター長
増田 昌人

（講演）
・伊江村でできるがん医療について　伊江村立診療所　阿部 好弘先生
・病院のかかり方、情報の集め方　琉球大学医学部附属病院がんセンター長　増田 昌人
※終了後、医師による個別がん相談対応あり

日 時：9月13日(木)　午後7時30分～8時30分（午後7時開場）
場 所：農村環境改善センター 2階 大ホール　伊江村字東江上75
対　象：伊江村にお住まいのみなさん
参加費：無料
主　催：琉球大学医学部附属病院がんセンター　沖縄県がん患者等支援事業

内容に関するお問い合わせ：伊江村役場　医療保健課　☎0980-49-2234・5000
琉球大学医学附属病院　がんセンター　☎ 098-895-3331(内線4358)

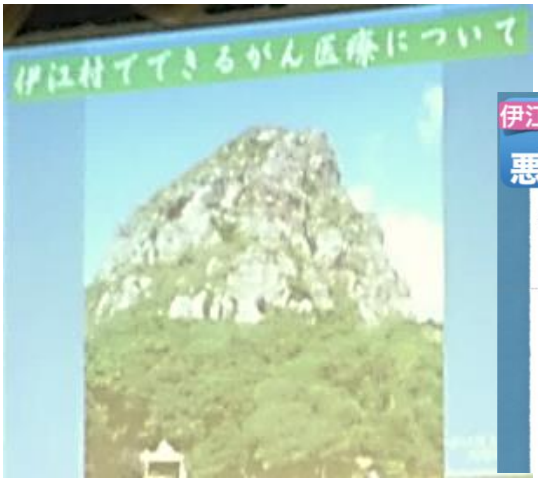
がん情報のさがし方勉強会 in 伊江村

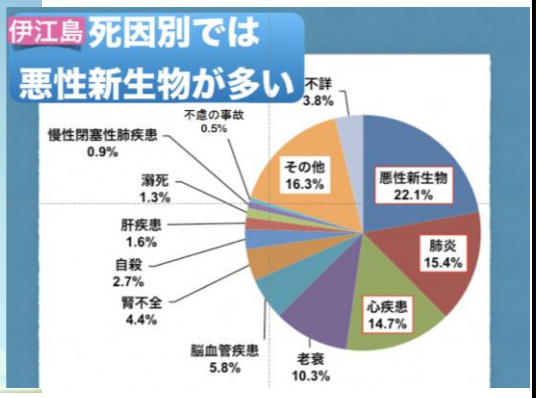
「がんの要因～喫煙～」

「おきなわがんサポートハンドブック」
「がん患者さんのための療養場所ガイド」

琉球大学医学部附属病院がんセンター
増田　昌人

伊江村でできるがん医療について



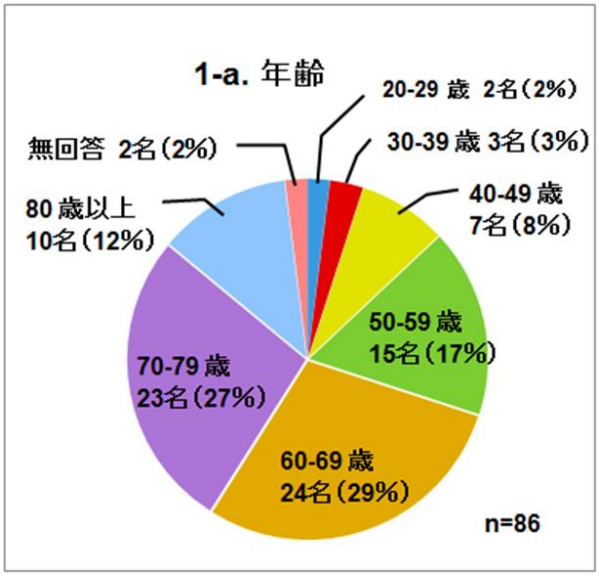


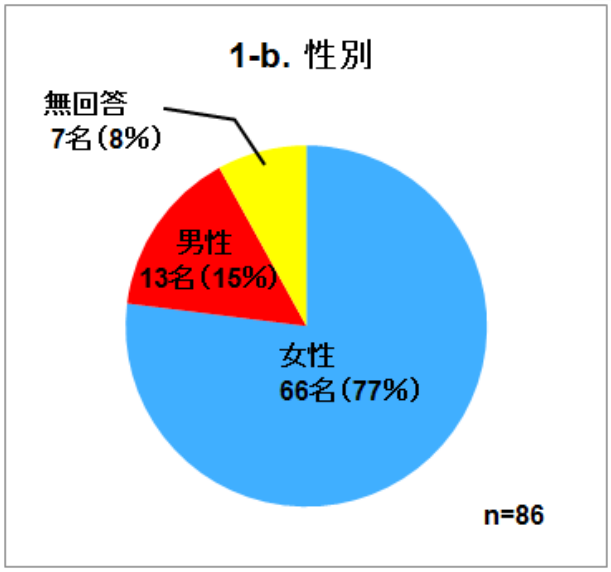
伊江村立診療所　　所長　阿部　好弘 先生

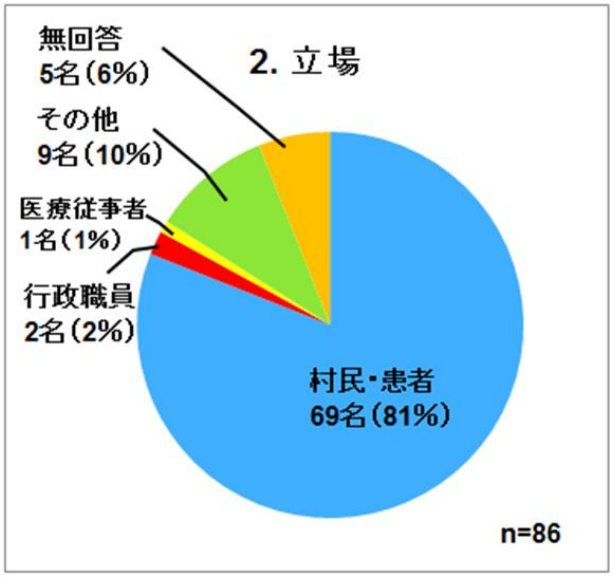
4

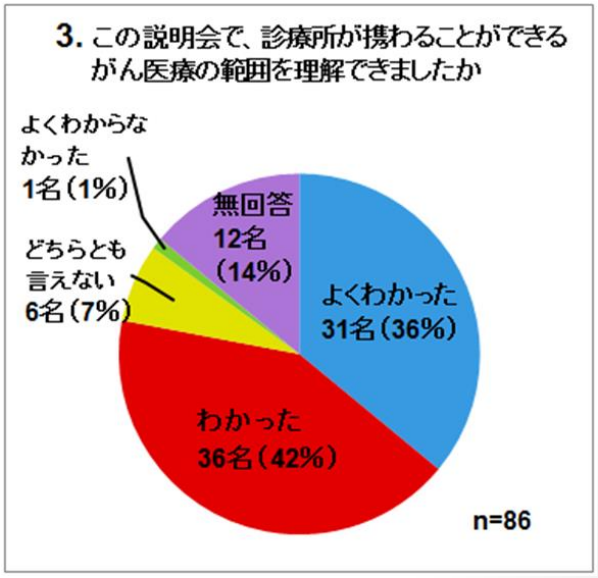
アンケート結果　1

参加者152人　アンケート回収86人　アンケート回答率56.5%



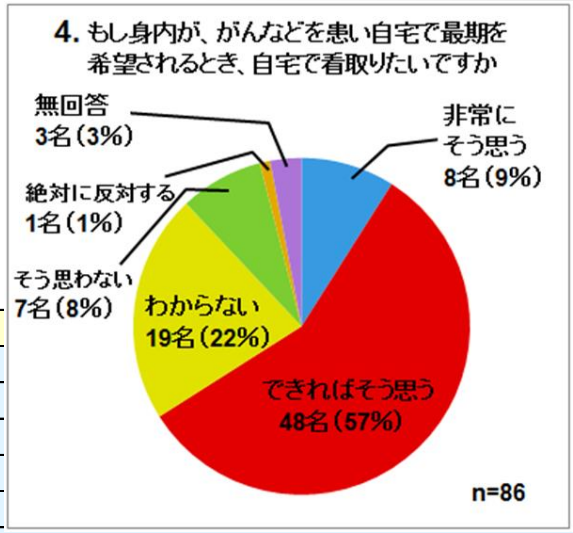






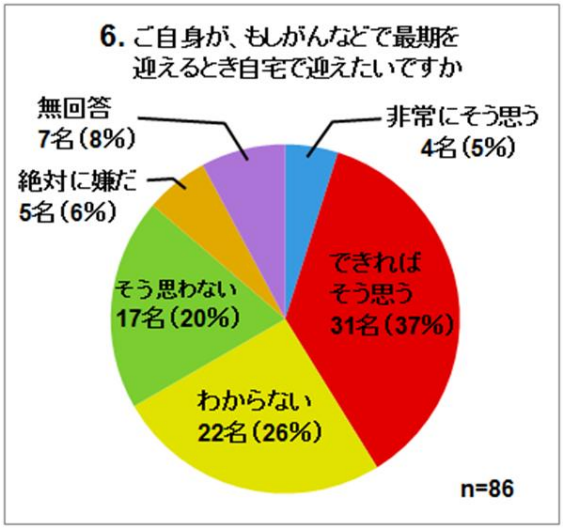
5

アンケート結果　2

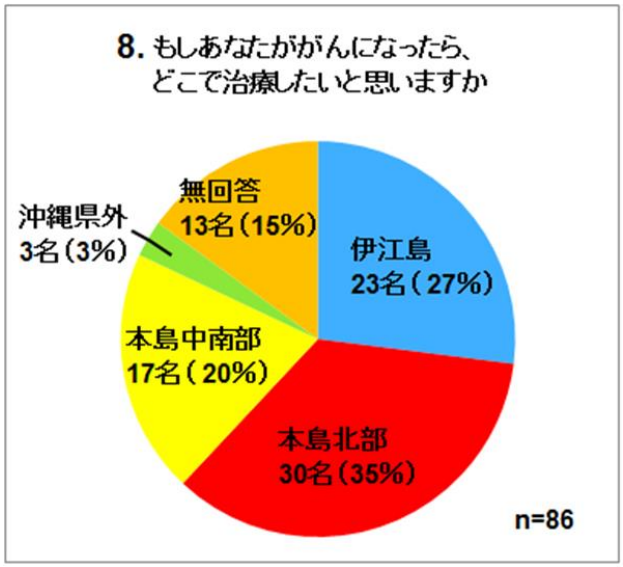


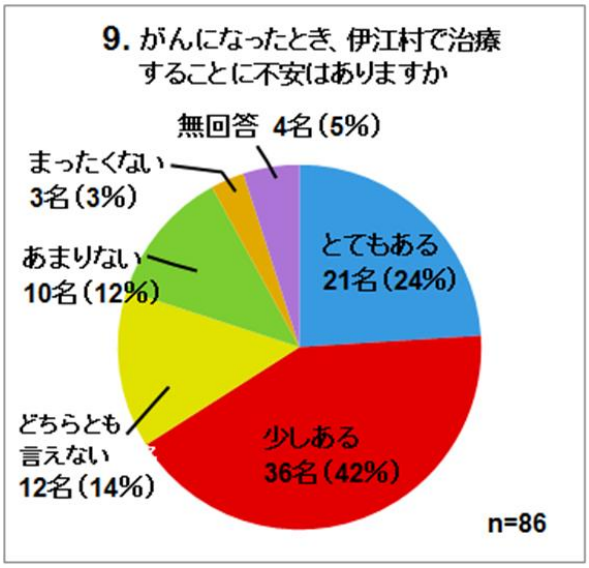
5．4の理由を教えてください。
その人らしい最期を支援したいから。
伊江村診療所でがんや在宅医療が可能だと知ったので。
対応できない。
できる限りやってあげたい。
本人（当事者）がどうしたいのか、はっきりとわからない。
本人の希望、家族全員で看取りたい。
本人が希望するのであれば、私が医療職なので出来ることはやりたい・・とは思います。
家族で看取りたいから。さびしくないように。
本人の希望であれば、できる限りかなえてあげたい。
生まれ育った場所で。
最後の希望を叶えてあげたい。
介護は大変だと思うが本人の意思を聞いてあげたいが周囲の協力が大切だが難しい。今後、本人自身が未婚で子供なく、年齢もやや上で兄弟も老齢な場合の介護。
看取る不安がある。
本人の気持ちを一番に考えたいけど自信がない。
本人（家族）もそう思っていると思う。。
今日の説明を聞いて安心したから。
実際に自宅で看取れる環境であるか否かはわからないが、本人が希望するのであれば、安らかな最期を迎えさせたい。
出来るか不安。
人生の終末を迎えるのは、やはり家族と。
自宅で看るのは大変。
介助者がいれば本人の希望をかなえたい。
本人の意思ならそれを尊重したい。
診療所の訪問があれほど行われていたのは初めて知りました。
住みなれた自宅で過ごせるのがよいが、がんの知識があまりないので対応方法が相談サポートいる。
受け入れる自信がない（知識等）。
身体的に不安
自分のいばしょがないから。
それが本人の希望だから。家族だから。
その時にならないとわからない。
症状の変化を受け入れられるか不安
負担がかからない方がいいです。
第一に家族が大変だから。
病院のほうが安心できる。
家族に任せます。
老人どうしでは無理がある。
よくきこえない。
他人より身内のほうが気楽だと思う。

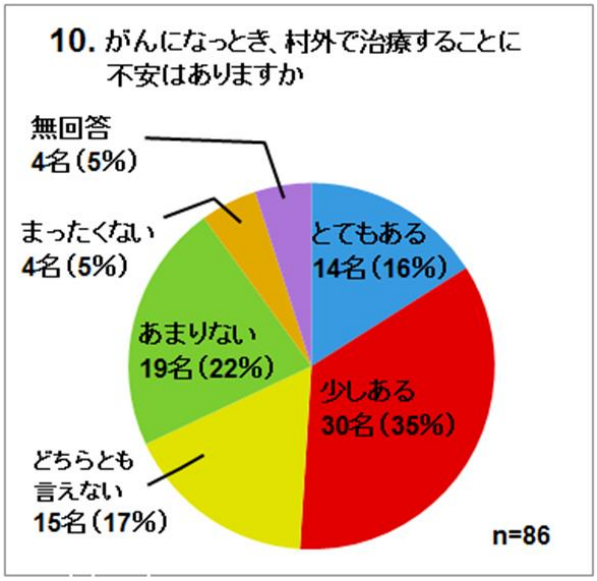
アンケート結果　3

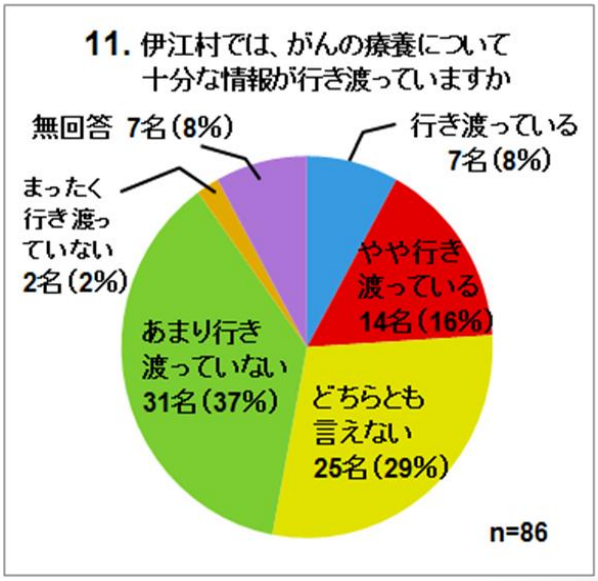


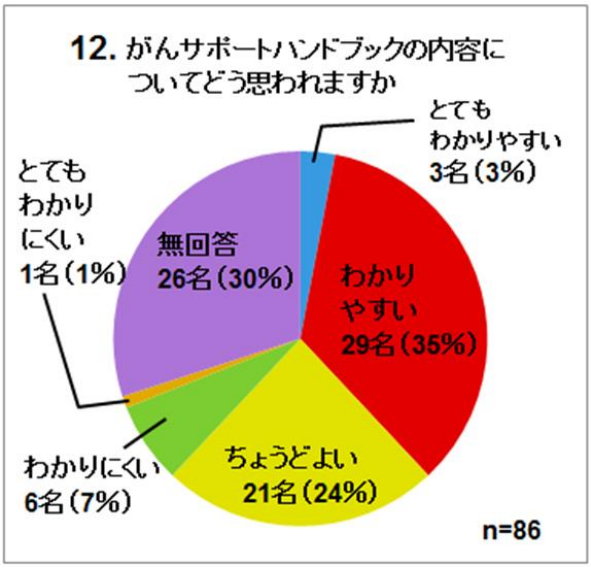
7．6の理由を教えてください。
家族に負担がかかるのは心配。また、子供がいないので一人で最期を迎えられるのか不安。
子どもに迷惑をかけたくない。
他の家族に負担になりそう。
その時にならないとわからないと思います。
家族の負担。
信頼できる友人が緩和ケアにたずさわっているので、私自身はおだやかな気持ちで過ごすためには、緩和ケアをうけたいと考えている。家族の負担も心配なので。
落ち着ける。家族といたいから。
安心する場所ですごしたい。
生まれ育った場所で。
自宅・家族の近くに居たい。
しかし、周りに迷惑はかけたくない。（排泄の世話・他）
なるべく人の多いところで。
看取りの大変さがきびしいと思うから、子供に迷惑をかけたくないから。
同じ死を迎えるのであれば家が良い。
家族の負担を考える。
不安。
がん自体は老化現象で。
家族に負担をかけたくない。
一人住まいなので。
思うけど、家族に負担になるのは辛い。
家族に負担をかけたくない。
自宅でと考えるが、病状の悪化で入院の必要もある。
家族に負担をかけたくない。
自分のいばしょがないから。
病気持ちでも病人にはなりたくない。普通に家族と最期まで。
子供達に負担かけたくない。
子供達にも自分達の生活がある。子供に看護されようとは思わない。
家は安らげるから。しかし介護する人が大変。
家族で静かに迎えたい。
自分で動ける間で自宅、動けなくなったら病院の方が良い。
病院のほうが良い。
子や孫達と話しながら最期を迎えたいです。

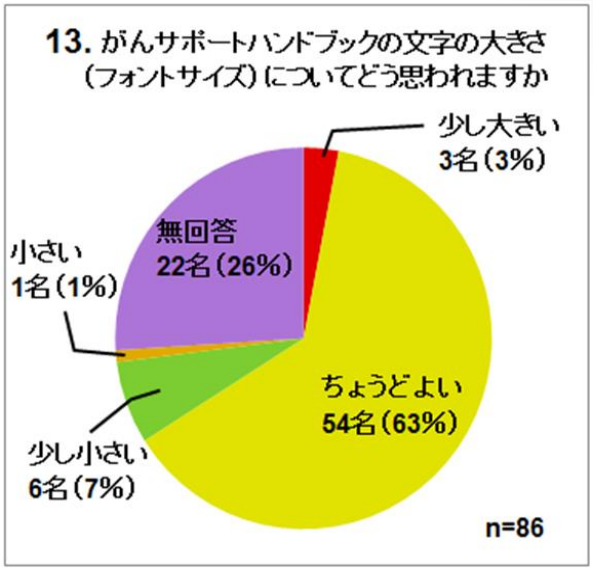

8. もしあなたががんになったら、
どこで治療したいと思いますか
伊江島
23名（27%）
本島北部
30名（35%）
本島中南部
17名（20%）
沖縄県外
3名（3%）
無回答
13名（15%）
n=86

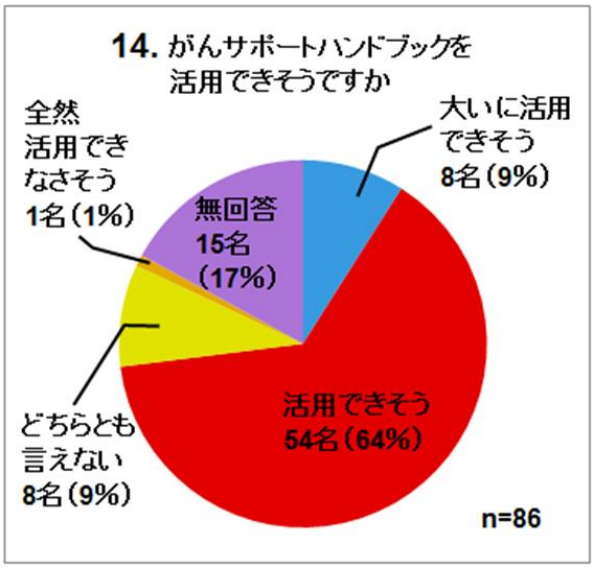

9. がんになったとき、伊江村で治療
することに不安はありますか
とてもある
21名（24%）
少しある
36名（42%）
どちらとも
言えない
12名（14%）
あまりない
10名（12%）
まったくない
3名（3%）
無回答 4名（5%）
n=86

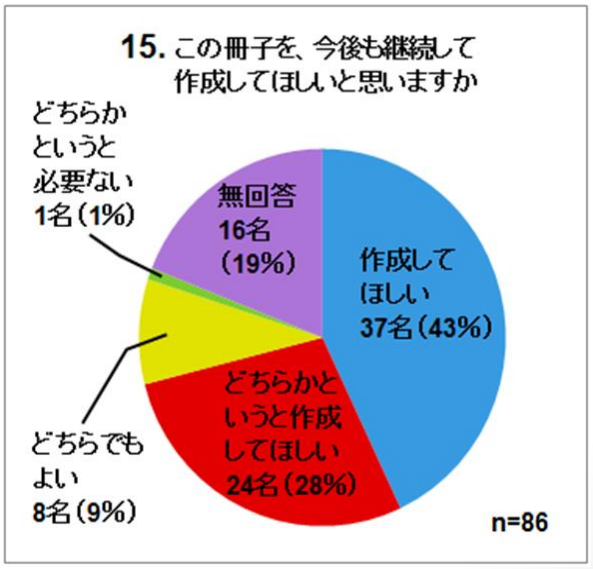

10. がんになっとき、村外で治療することに
不安はありますか
とてもある
14名（16%）
少しある
30名（35%）
どちらとも
言えない
15名（17%）
あまりない
19名（22%）
まったくない
4名（5%）
無回答
4名（5%）
n=86


11. 伊江村では、がんの療養について
十分な情報が行き渡っていますか
行き渡っている
7名（8%）
やや行き
渡っている
14名（16%）
どちらとも
言えない
25名（29%）
あまり行き
渡っていない
31名（37%）
まったく
行き渡っ
ていない
2名（2%）
無回答 7名（8%）
n=86

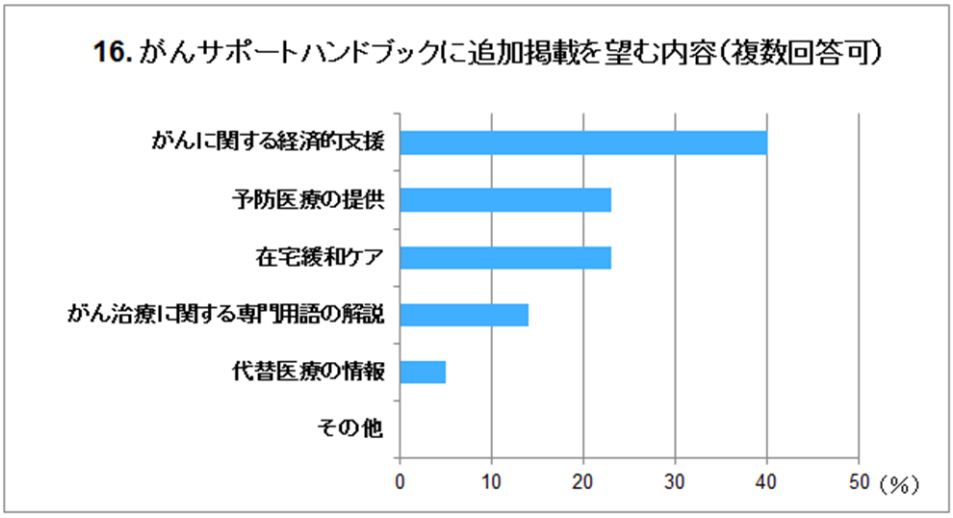

12. がんサポートハンドブックの内容についてどう思われますか
とても わかりやすい 3名（3%）
わかり やすい 29名（35%）
ちょうどよい 21名（24%）
わかりにくい 6名（7%）
とても わかり にくい 1名（1%）
無回答 26名（30%）
n=86


13. がんサポートハンドブックの文字の大きさ（フォントサイズ）についてどう思われますか
少し大きい 3名（3%）
ちょうどよい 54名（63%）
少し小さい 6名（7%）
小さい 1名（1%）
無回答 22名（26%）
n=86


14. がんサポートハンドブックを活用できそうですか
大いに活用できそう 8名（9%）
活用できそう 54名（64%）
どちらとも 言えない 8名（9%）
全然 活用でき なさそう 1名（1%）
無回答 15名 （17%）
n=86


15. この冊子を、今後も継続して作成してほしいと思いますか
作成して ほしい 37名（43%）
どちらかと いうと作成 してほしい 24名（28%）
どちらでも よい 8名（9%）
どちらか というと 必要ない 1名（1%）
無回答 16名 （19%）
n=86

アンケート結果　6



17. 説明会の感想や、病院への要望など何かあれば自由に記載してください。
正直、診療所でこんなに積極的にがん治療に取り組んでるのを知らなかったので、今日は来て良かった。ただ、いざ自分がガンになったら冷静に判断できるかわからないので、今から時間をかけて考えます。
阿部先生、伊江村に来てくださりありがとうございます。
がんになったら、まず何をするべきか知れた。検診も行こうと思いました。マイクの音がこもってあまり聞き取れなかったです。
最後を島で過ごすことを増やすには、訪問看護の必要性が高まると思うので、検討してもらいたいです。
検診の大切さ。
とても解りやすく、良かったです。ありがとうございました。
本日はありがとうございました。村内で治療が可能な事におどろきました。（診療所のスタッフに感謝）身内に治療が必要な方がいるので、今後よろしくお願いします。
こういう講演会をきけて勉強になりました。ありがとうございます。回数を増やしてほしい。本人身内が病気や治療に対し無知な場合、先生からの意見も聴きたい。どうしたらよいか、一つの意見として。本人の背景・年齢・家族構成、医師からも本人の気持ちをきいてほしい。
本日はありがとうございました。先生からのお話をちゃんと役に立てるように勉強します。
伊江診療所のナースの態度がきつい。ので通院するのも気が引けるので本島に出ている。こわいです。威圧感がある。
「島外がより良い治療ができる」と思いがちでした。診療所での具体的な症例を聞き、もし「その時」があれば是非、力になって欲しいと思いました。
今日は、参加できて良かったと思います。
たいへんべんきょうになりました。ありがとうございます。
膵臓に袋が見つかり、今後、検査・経過続くのですが、不安で時々眠りが浅いです。
多くの資料がありよかった。診療所の役割が理解できた。音響が悪く聞き取りにくいところがあった。
がんになったらパニック状態になると思っていました。今日の話を聞いて、診療所に何でも相談出来ると分かって安心しました。（薬局の昼休み時間、何とかなりませんか）
大変参考になりました。ガンへの不安が楽になりました。
不安。
耳が悪いのか先生のマイクの声がうまく聞こえない。
がんの事や診療所がどう携わっているかがわかりました。ありがとうございました。
村で治療が出来ればそれにこした事はないと思います。
良かった。
とても良い講演会でした。今後もこういうのがあるとうれしいです。
年一回程度は説明があってほしいです。

当日の様子

■伊江村におけるがん医療の在り方についての協議

（伊江村役場）　島袋　秀幸　村長
宮里　政喜　医療保健課長
垣迫　紀子　保健師長兼課長補佐





（伊江村立診療所）
阿部　好弘　所長







11

当日の様子

■がん情報及び地域がん医療説明会 もしも伊江島でがんになったら

講演：「がん情報のさがし方勉強会in伊江村」

琉球大学医学部附属病院がんセンター長　増田 昌人



講演：「伊江村でできるがん医療」

伊江村立診療所長　阿部　好弘 先生



会場の案内







資料19

がん相談業務
（院内におけるピアサポート）

相談記録シート集計報告

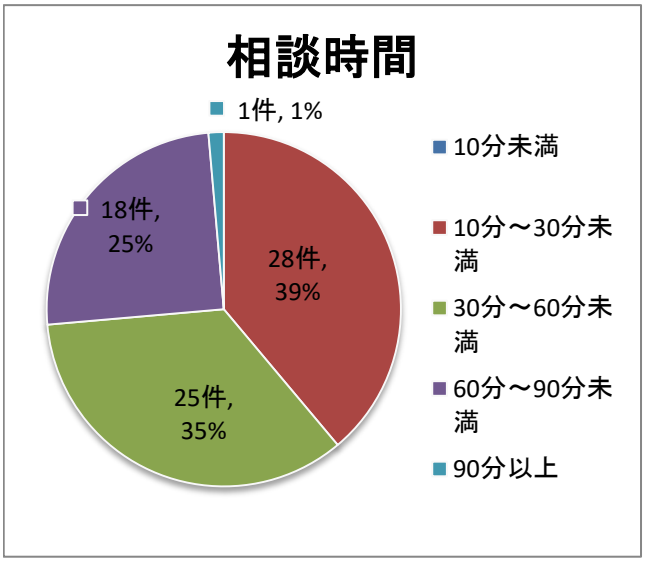
実施期間：平成30年7月1日～平成30年9月30日

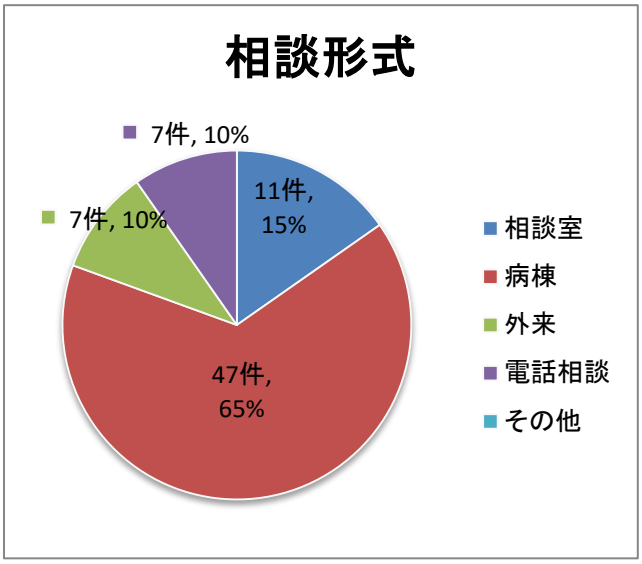
沖縄県地域統括相談支援センター

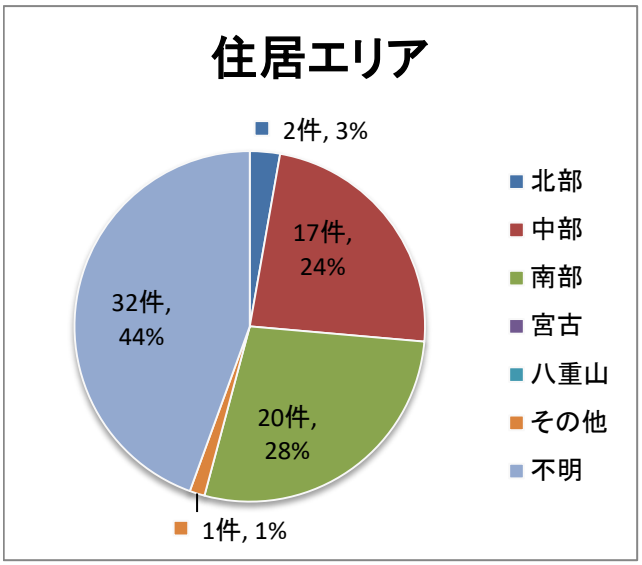
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

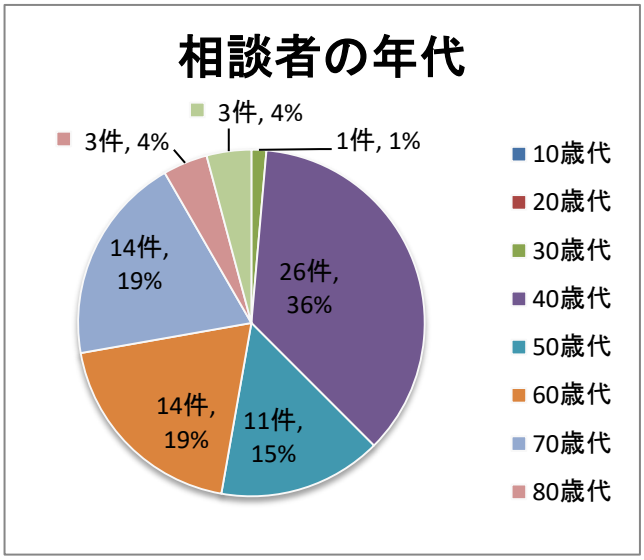
■ 調査対象期間　平成30年7月1日～平成30年9月30日
■ 調査件数　72　件

相談月	件　数
7月	30
8月	24
9月	18
合　計	72

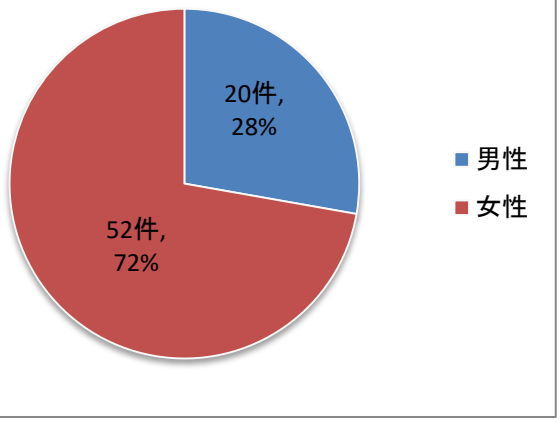




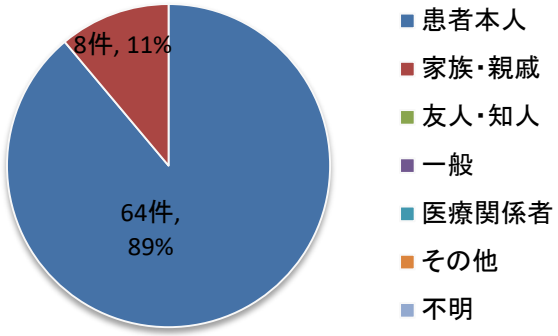




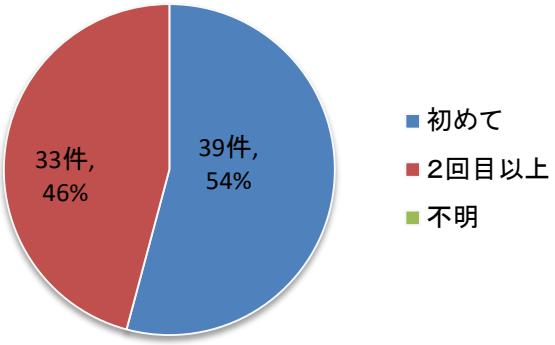
相談者の性別



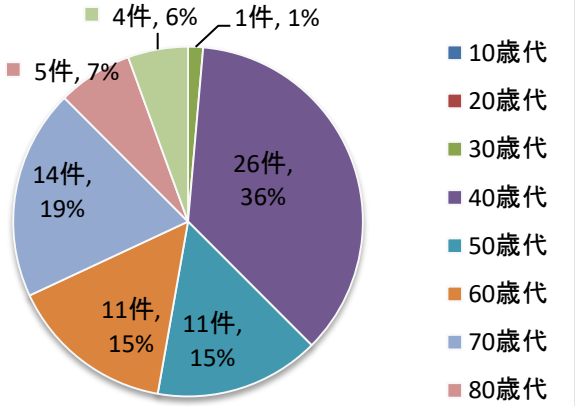
相談者のカテゴリー



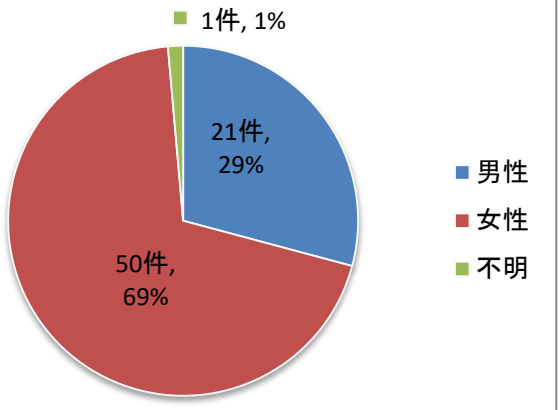
相談者の利用回数



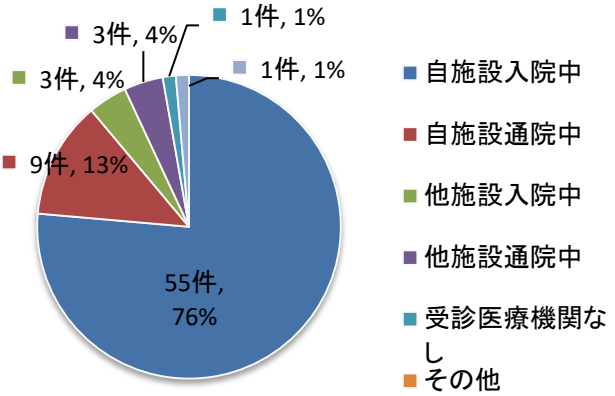
患者本人の年代

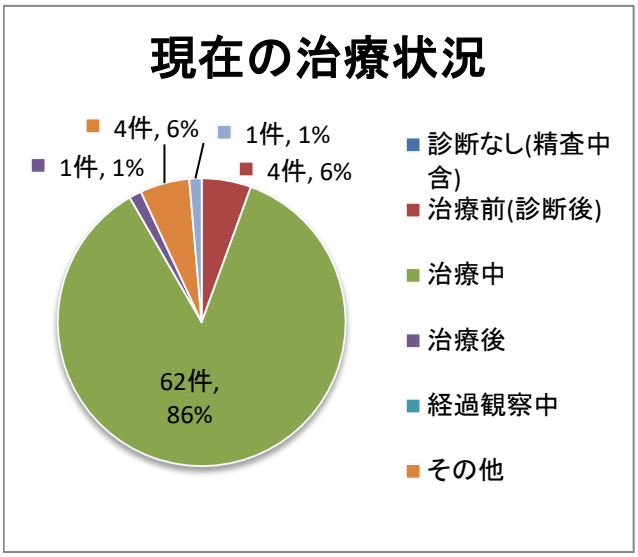


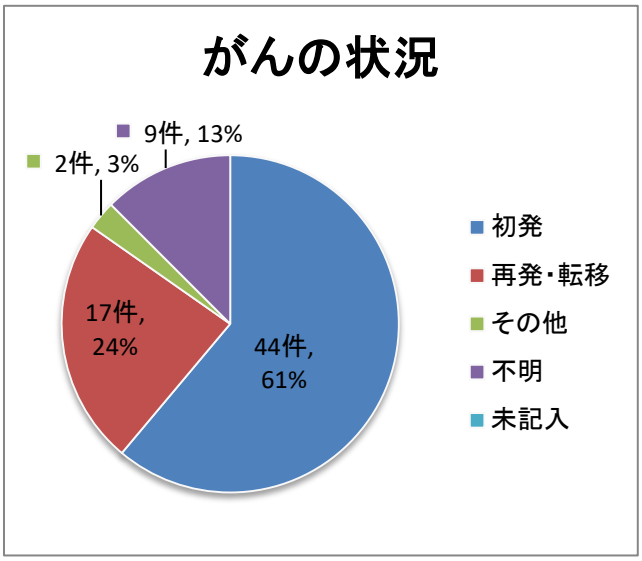
患者本人の性別

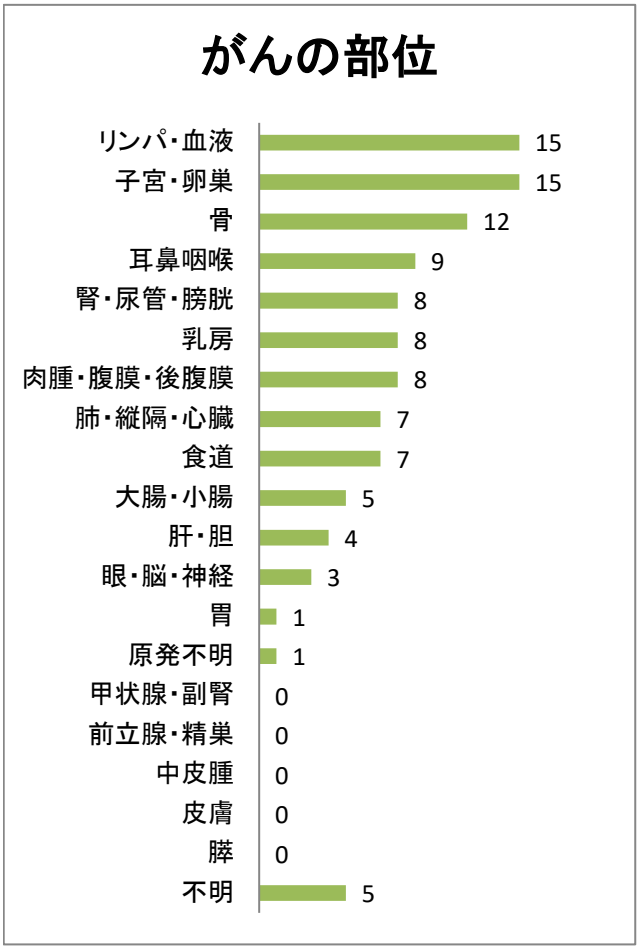


受診状況

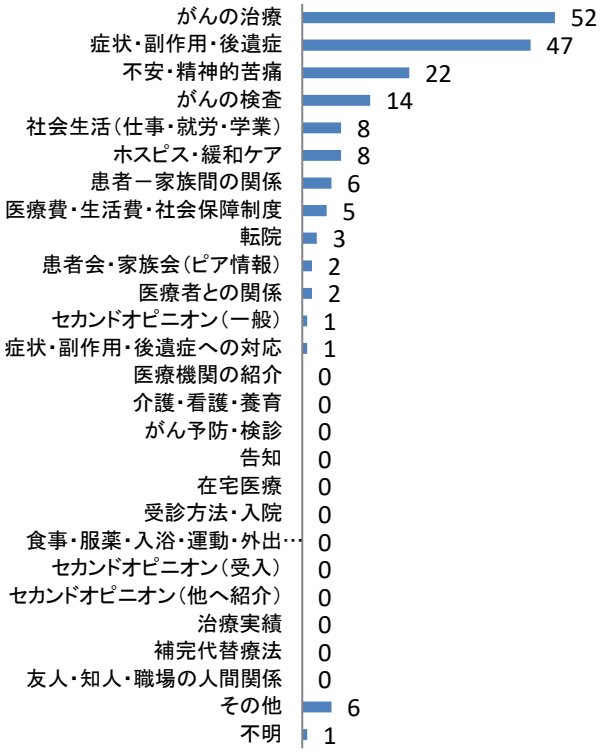



現在の治療状況
4件, 6%
1件, 1%
1件, 1%
4件, 6%
62件, 86%
診断なし(精査中含)
治療前(診断後)
治療中
治療後
経過観察中
その他

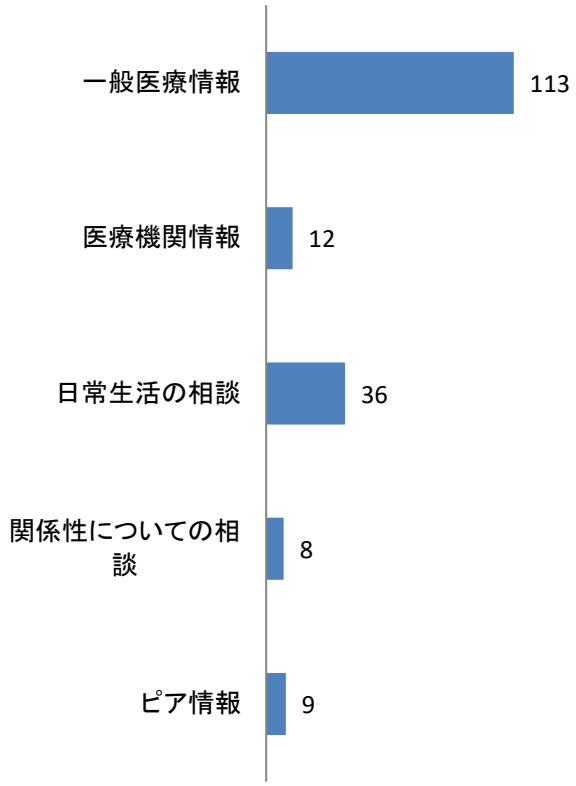

がんの状況
9件, 13%
2件, 3%
17件, 24%
44件, 61%
初発
再発・転移
その他
不明
未記入


がんの部位
リンパ・血液 15
子宮・卵巣 15
骨 12
耳鼻咽喉 9
腎・尿管・膀胱 8
乳房 8
肉腫・腹膜・後腹膜 8
肺・縦隔・心臓 7
食道 7
大腸・小腸 5
肝・胆 4
眼・脳・神経 3
胃 1
原発不明 1
甲状腺・副腎 0
前立腺・精巣 0
中皮腫 0
皮膚 0
膵 0
不明 5

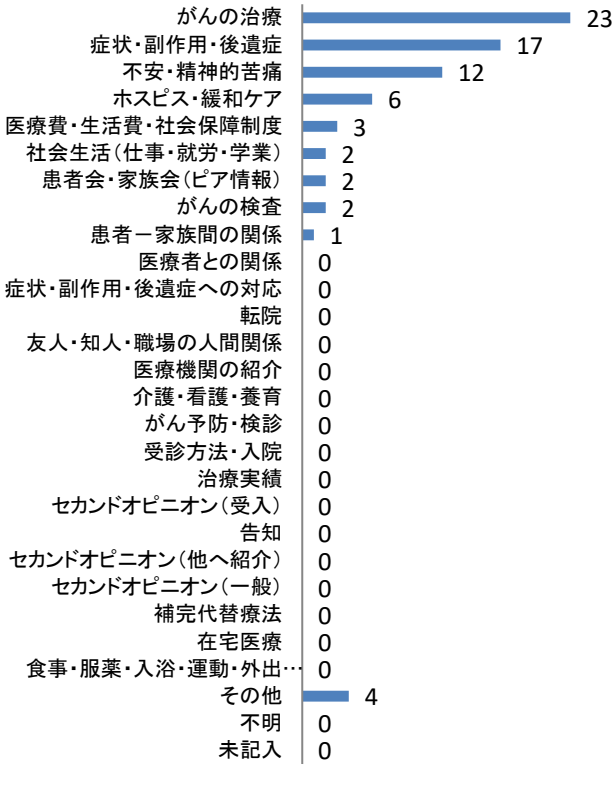
相談内容
（実施したものすべて）



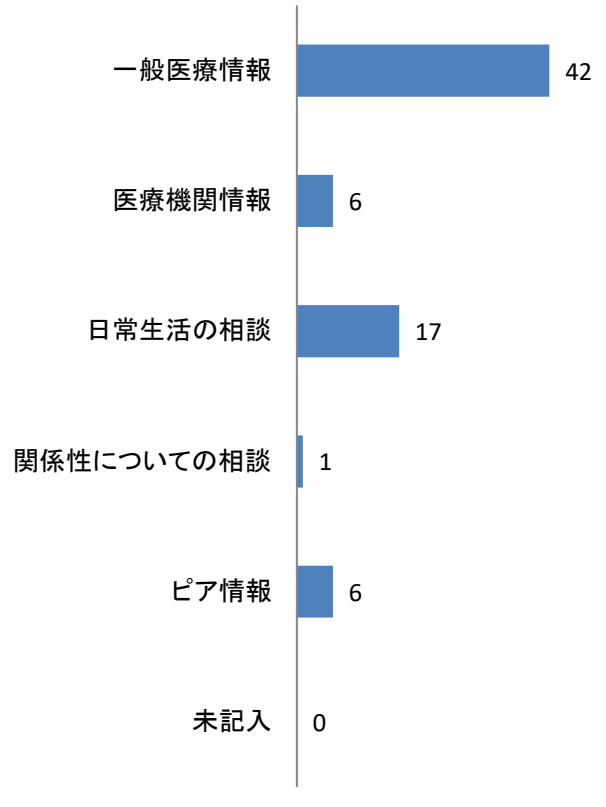
相談内容
（実施したものすべて・大項目別）



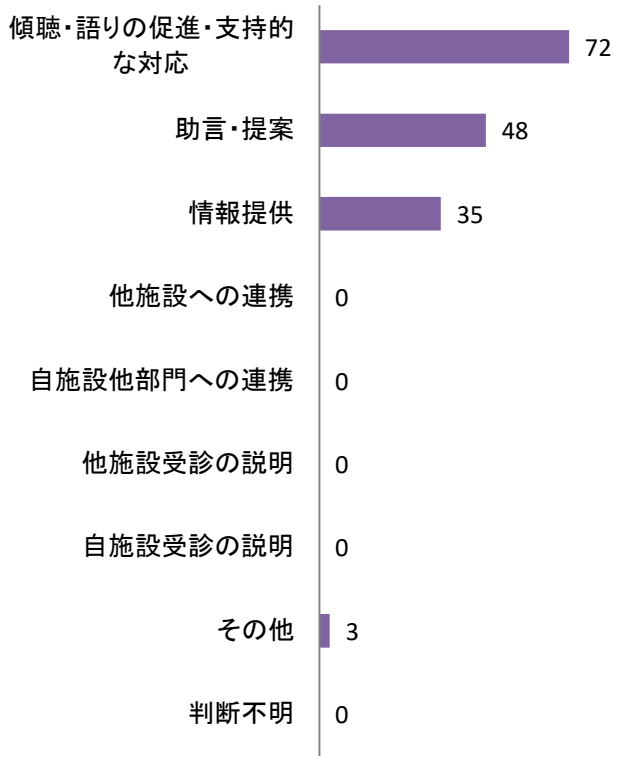
相談内容
（最も比重の高いもの）



相談内容
（最も比重の高いもの・大項目別）



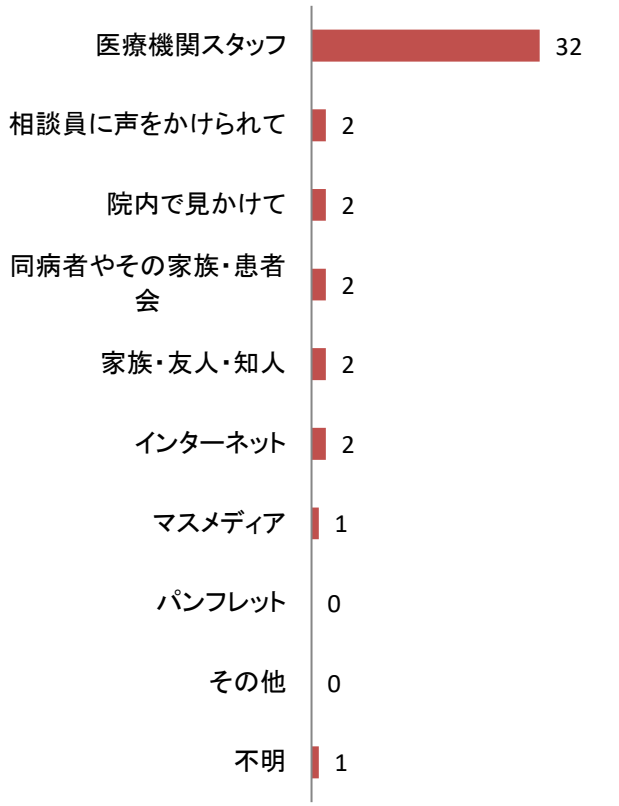
対応内容
（実施したものすべて）



対応内容
（最も比重の高いもの）



認知経路



資料20

小児がん拠点病院等の指定要件の見直しに関する報告書

平成 30 年 7 月 31 日

小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第 1 位であり、平成 27（2015）年には約 37 万人ががんにより亡くなっており、生涯のうちに、約２人に１人ががんに罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。小児及びＡＹＡ（Adolescent and Young Adult, 思春期及び若年成人）世代にとっても、がんは、病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

年間に 2000 人から 2500 人が発症する小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関として、平成 25（2013）年２月に、全国に 15 か所の小児がん拠点病院を、平成 26（2014）年２月に２か所の中央機関を整備し、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診療体制の構築を進めてきた。

平成 30（2018）年３月には、第３期の「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、全体目標として「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことが掲げられ、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」の三本の柱が設定された。小児及びＡＹＡ世代のがん対策についても、「がん医療の充実」のひとつとして位置づけられ、本基本計画に基づき、取組をすすめているところである。

これまでの小児がん拠点病院の取組については、一定の成果が得られている一方で、がん種に応じた診療体制の整備や、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備等にかかる課題が指摘されている。また、ＡＹＡ世代で発症するがんについては、個々のがん患者の状況に応じて対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等の必要性が指摘されている。

こうした課題に対し、小児がん拠点病院のあり方や、がん診療連携拠点病院等との連携を含めた医療や支援のあり方等について検討するため、平成 29 年 12 月に「小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」を設置し、小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援の提供体制のあり方について検討し、小児がん拠点病院等の整備指針の見直しについて議論を重ね、検討会としての議論の内容を、報告書として次のとおり取りまとめた。

なお、本報告書において「ＡＹＡ世代」とは、15～39 歳のがん患者を想定しているが、患者に対する医療・支援を提供する場面においては、機械的に年齢で区分されるべきものではなく、患者のニーズを踏まえて、必要な医療・支援が適切に提供されるべきものであることに留意する必要がある。

Ⅰ．小児がん拠点病院の指定について

現行の整備指針（「小児がん拠点病院等の整備について」（平成 24 年９月７日付け健発 0907 第２号厚生労働省健康局長通知）のことをいう。以下同じ。）のⅠのうち、小児がん拠点病院の役割について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

（ⅰ）小児がん連携病院（仮称）の指定について

- 小児がん拠点病院における 15 歳未満の小児がん患者のカバー率は、約４割程度と推測され、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度な専門性を必要としない病態については、小児がん拠点病院以外でも診療が可能な体制が必要との意見があった。
- 一方、脳腫瘍や骨軟部腫瘍等の特定のがん種に対して適切な医療を提供できる医療機関や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等と小児がん拠点病院との連携を進めるとともに、診療実績を公開し、集約化を促進することが必要との意見があった。
- さらに、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は、小児がん患者等を長期にわたり、診療及び支援できる体制が不可欠であり、地域のがん診療連携拠点病院等の成人のがん患者を診療及び支援する病院との連携の強化が必要との意見があった。
- これらの議論を踏まえ、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、より質の高い医療及び支援を提供することをめざし、小児がん拠点病院の役割として、引き続き、利便性も考慮して、「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」を図るとともに、①地域の小児がん診療を行う病院との連携、②特定のがん種等についての連携や情報の集約化、③小児がん患者等の長期のフォローアップを目的とし、①から③のそれぞれの類型ごとに、小児がん連携病院（仮称）を指定し、地域の病院との連携を強化することを明記すべきである。
- なお、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、地域において適切な連携のもと小児がん医療・支援を提供するため、小児がん拠点病院は、「小児がん医療・支援に係る計画書について」（平成 25 年３月４日付け健が発 0304 第１号厚生労働省健康局がん・健康増進課長通知）の別添「小児がん医療・支援に係る計画書の策定について」に基づき地域ブロックごとに設置された「小児がん医療提供体制協議会（仮称）」（以下、「地域ブロック協議会」という。）を設置し、その中心的な役割を担うこととすべきである。

（ⅱ）ＡＹＡ世代にあるがん患者への対応について

・　ＡＹＡ世代にあるがん患者については、小児と成人領域の狭間であることから、対応すべき適切な医療機関や診療科が必ずしも一定していないという指摘があった。
・　また、小児がん拠点病院のみでは、ＡＹＡ世代に対する診療が困難である場合もあり、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等との連携が必要との意見があった。
・　さらに、ＡＹＡ世代においては、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報提供・相談体制が必要であるとの意見があった。
・　ＡＹＡ世代にあるがん患者は情報提供や相談支援の窓口へのアクセスが困難であるという指摘があり、特にＡＹＡ世代に関連する情報提供・相談支援の機能等を集約していくことが必要ではないかという意見があった。
・　こうした議論を踏まえ、思春期のみならず、若年成人も含めたＡＹＡ世代にあるがん患者について、次の３点を小児がん拠点病院の役割として明記すべきである。
　①　小児がん患者の移行期医療に対応するため、必要に応じて、対応できる医療機関への紹介体制の整備やがん診療連携拠点病院等との連携を進めること
　②　小児がん拠点病院で診療を受けたＡＹＡ世代で発症したがん患者について、必要に応じて、がん診療連携拠点病院等に紹介するといった連携を進めること
　③　ＡＹＡ世代にあるがん患者の医療提供、就学・就労・生殖機能等にかかる相談支援を実施する機関との連携を進めること

Ⅱ．小児がん拠点病院の指定要件について

１　診療体制

現行の整備指針のⅡの１について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

（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

（ⅰ）思春期と若年成人世代のがん患者について

・　現行の整備指針の指定要件では、ＡＹＡ世代にあるがん患者への対応についての規定はないが、前述のとおり、ＡＹＡ世代にあるがん患者への対応について小児がん拠点病院の役割に明記するとともに、指定要件においても、同様に明記すべきである。

（ⅱ）保険適応外の治療等について

・　小児がん拠点病院は、集学的治療及び標準的治療を提供する場である一方で、保険適応外の先進的な治療や研究的な治療を実施する場合がありうること等を踏まえ、保険適応外の治療法について整備指針で要件を明記すべきである。
・　具体的には、未承認薬の使用や承認薬の適応外使用、新しい術式や機器の使用等が必要な高度な治療については、その適用の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前の検討及び事後評価を行うこととすべきである。
・　また、事前検討の結果承認された保険適応外の治療については、患者等に対し適切な説明を行い、患者等の同意を得た上で行うこととすべきである。

（iii）キャンサーボードの機能強化について
・　小児がん拠点病院におけるキャンサーボードについて、キャンサーボードに参加する職種の例示や記録等について、必要な見直しを行うべきである。

（iv）長期にわたり診療を提供できる体制について
・　現状の整備指針では、「外来で長期にわたり診療できる体制を整備すること」となっているが、外来に限る必要はないこと、医療だけではなく支援についても長期にわたって提供する必要があること等を踏まえ、「長期にわたり診療・支援できる体制を整備すること」といった記載に変更すべきである。

（v）妊孕性温存の支援について
・　妊孕性温存について、がん治療開始前に、患者やその家族に適切に説明し、希望に応じて、妊孕性温存の支援を実施できる体制を整備することが望ましいとすべきである。

②　化学療法の提供体制
・　現行の整備指針のとおりとすべきである。

②　緩和ケアの提供体制
・　現行の整備指針では、「小児の緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、小児がん連携病院や地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備することが望ましい。」となっているが、より連携の強化を図る観点から、「望ましい」を削除すべきである。

④　病病連携・病診連携の協力体制

・　現行の整備指針のとおりとすべきである。

⑤　セカンドオピニオンの提示体制

・　現行の整備指針では、小児がん拠点病院ではセカンドオピニオンの提示体制は整備されている一方で、小児がん拠点病院以外の一部の病院では、提示体制が整備されていないとの意見があった。こうした議論を踏まえ、小児がん拠点病院は、セカンドオピニオンの提示体制を構築できるよう小児するがん連携病院（仮称）を適切に指導するよう、追加すべきである。

（２）診療従事者

・　「小児看護やがん看護に関する知識及び技能」だけではなく、「小児がん看護に関する知識や技能」を有する看護師を配置していることが望ましいとすべきである。

・　小児がん拠点病院に配置する診療従事者について、現行の整備指針で「医療心理に携わる者が望ましい」、「臨床心理士が望ましい」とされている要件については、平成 30 年度から公認心理師の資格制度が開始されることを踏まえ「公認心理師が望ましい」と見直すとともに、現行の整備指針において配置が望ましいとされているチャイルド・ライフ・スペシャリストについても、その専門性がわかりやすいよう、記載を見直すべきである。なお、公認心理師の資格制度開始直後であることを踏まえ、原則、公認心理師とした上で、一定期間はそれに準ずる専門資格を有する者でも可とすべきである。なお、当該資格については、公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定を行う臨床心理士が想定される。

（３）医療施設

・　現行の整備指針では、「集中治療室を設置することが望ましい」とされているが、小児がん拠点病院は、緊急時の対応も行う必要があることから、「望ましい」を削除すべきである。

・　「小児がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場合をもうけることが望ましい」とされているが、小児がん患者及びその家族への支援を強化する観点から、「望ましい」を削除すべきである。

（４）診療実績

・　現行の整備指針で情報提供することとされている事項に加え、小児がん連携病院（仮称）の診療実績についても、必要な事項について、わかりやすく情報提供することとすべきである。

・　また、ＡＹＡ世代で発症したがん患者の診療実績についても、必要な事項について、わかりやすく情報提供することとすべきである。
・　現行の整備指針において、「脳・脊髄腫瘍が２例程度以上」の診療実績が求められていることについて、患者への適切な医療の提供等を妨げているのではないか、との意見があった。
・　また、小児がん連携病院（仮称）の指定の開始に伴い、小児がん拠点病院の中に、「固形腫瘍だけに特化した病院」や「造血器腫瘍だけに特化した病院」があっても良いのではないか、との意見があった。一方で、小児がん拠点病院は、現行の整備指針のとおり、固形腫瘍、造血器腫瘍ともに 10 例程度以上は診療しているべきではないかとの意見もあった。
・　これらを踏まえ、現行の整備指針における「脳・脊髄腫瘍が２例程度以上」の記載は削除した上で、固形腫瘍と造血器腫瘍の新規症例数を合わせた小児がんの年間新規症例を 30 例以上求めることとすべきである。

（５）その他
・　小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定を受けた医療機関であることとすべきである。なお、一般社団法人日本小児血液・がん学会が認定する「日本血液・がん専門医研修施設」及び特定非営利活動法人日本小児外科学会が認定する「認定施設」であることが想定される。
・　小児がんに係る骨髄・さい帯血等の移植医療について、第三者認定を受けた医療施設であることとすべきである。なお、公益財団法人骨髄移植推進財団が認定する移植認定病院又は日本さい帯血バンクネットワークに登録している移植認定機関であることが想定される
・　一般社団法人小児血液・がん学会が主催する「小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講した医師および看護師等医療関係者を配置していることとすべきである。なお、上記については、開始間もないこともあり、経過措置を設けることとすべきである。

２　研修の実施体制
現行の整備指針のⅡの２について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

・　小児がん拠点病院が、現行の整備指針で実施することとされている研修等は、小児がんの医療従事者の育成という役割も担っていることに留意し、記載を見直すべきである。

３　情報の収集提供体制
現行の整備指針のⅡの３について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

（１）相談支援センター

（ⅰ）相談支援に携わる者の要件について

・　患者からの相談に看護師や社会福祉士等の医療従事者が対応できるように、がん相談支援センターと医療従事者が協働することを明記すべきである。

・　現在実施されている研修体制に即した記載に修正すべきである。

（ⅱ）相談支援センターの業務

・　相談支援センターの業務としては、小児がんに関する一般的な情報提供、療育・発達・教育等の相談支援に加え、ライフステージに応じた長期的な視点から、就学・就労・生殖医療等への相談対応、他の医療機関や行政機関、教育機関等との連携、患者活動に対する支援等の幅広い支援が必要となる。相談支援センターは、こうした点に十分に留意し、業務に取り組むこととすべきである。

・　現行の整備指針における相談支援センターの業務は、「小児がん患者の発育、教育及び療養上の相談」と記載されているが、教育の相談に関しては別項目で記載するとともに、小中学校・高等学校等教育機関との連携も明記すべきである。

・　小児がん患者・経験者及びその家族が悩みや体験等を共有するための患者活動等に対する支援についても、相談支援センターの業務として、明記すべきである。

・　ＡＹＡ世代にあるがん患者に対する相談支援に関し、相談支援センターの業務として、明記すべきである。

・　また、ＡＹＡ世代にあるがん患者の相談支援に際しては、小児がん経験者も相談支援の対象者に含まれることに留意するとともに、就労や生殖医療等の相談支援について、必要に応じて、がん診療連携拠点病院等とも連携をすることとすべきである。

（２）院内がん登録

・　現行の整備指針について、がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針（平成 27 年厚生労働省告示第 470 号）に即し、必要な記載の変更を行うべきである。

・　院内がん登録の実務担当者については、小児がん拠点病院として５大がん以外のがんも取り扱う必要性があることから、国立がん研究センターが提供する研修において中級認定者の認定を受けた者を配置することとすべきである。

４　臨床研究に関すること

現行の整備指針のⅡの４について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

・　現行の整備指針では地域の医療機関と連携し、地域の臨床研究を推進することとされているが、地域の臨床研究に限定されるものではなく、オールジャパン体制で推進することとすべきである。
・　特定臨床研究を行う場合は、臨床研究法（平成 29 年法律第 16 号）に沿って実施する体制を整備することとすべきである。
・　また、患者に対し、臨床研究、先進医療、治験、患者申出療養に関する説明を行うこととし、臨床研究及び調査研究については、必要に応じて、患者を、専門的な施設へつなぐ体制を整備することとすべきである。

５　患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備

現行の整備指針のⅡの５について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。。

・　義務教育段階だけではなく、高等学校段階においても必要な教育支援を行うよう留意することとすべきである。

６　ＰＤＣＡサイクルの確保

現行の整備指針のⅡに、「６　ＰＤＣＡサイクルの確保」を要件として新設し、以下の議論を踏まえた内容を盛り込むべきである。

・　「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年１月 10 日付け健発 0110 第７号厚生労働省健康局長通知）の別添）のⅡの６「PDCA サイクルの確保」に定められている下記事項について、小児がん診療においてもＰＤＣＡサイクルの確保は重要であることを踏まえ、小児がん拠点病院の指定要件においても、同様に追加すべきである。なお、現在、小児がん診療においては、地域ブロック単位で連携をすすめていることも踏まえた記載とすべきである。
　○　「自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること」
　○　「これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること」

７　医療安全体制の確保（新設）

現行の整備指針のⅡに、「７　医療安全体制の確保」を要件として新設し、以下の議論を踏まえた内容を盛り込むべきである。

- 医療安全体制として、組織上明確な医療安全管理部門を設置し、医療安全管理者として、常勤の医師、薬剤師及び看護師を配置することとすべきである。
- その際、薬剤師については専任、看護師については専従を求めることとすべきである。
- 医療安全管理者について、院内の医療安全に関し把握及び指示を行う責任者である旨を明記すべきである。
- 医療安全管理者について、医療安全に関する研修の受講を求めることとすべきである。
- 医療安全に関する窓口を設置することとすべきである。

Ⅲ．小児がん中央機関の指定について

現行の整備指針のⅢの２について、以下の議論を踏まえ、見直すべきである。

- 現行の整備指針では、小児がん中央病院の役割として、「小児がんに関する相談支援の向上に関する体制整備」や「小児がんに関する情報を収集」が求められているが、小児がんだけではなく、「ＡＹＡ世代で発症するがん」に関しても同様の役割を担う必要があり、役割として追加すべきである。

Ⅳ．小児がん連携病院（仮称）について（新設）

現行の整備指針に、以下の議論を踏まえた内容を盛り込むべきである。

（ｉ）小児がん連携病院（仮称）の満たすべき要件について

- 小児がん拠点病院は、引き続き、利便性も考慮して、「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」を図るとともに、①地域の小児がん診療を行う病院との連携、②特定のがん種等についての連携や情報の集約化、③小児がん患者等の長期のフォローアップを目的として、①から③のそれぞれの類型ごとに、小児がん連携病院（仮称）を指定することとすべきである。その際、小児がん連携病院（仮称）については、小児がん拠点病院又はがん診療連携拠点病院等の整備指針に規定する要件等を参考にしつつ、地域ブロック協議会で協議の上、現行の整備指針のⅡの１（１）④に定める協力体制やⅣの２（２）に定める現況報告書の提出等最低限満たすべき要件を定めることとすべきである。

（ⅱ）小児がん連携病院（仮称）の指定等の手続きについて

- 小児がん連携病院（仮称）の候補となる医療機関は、最低限満たすべき要件を満たしていることを確認のうえ、連携する小児がん拠点病院に申請することとすべきである。
- 小児がん拠点病院が小児がん連携病院（仮称）の指定を行う際には、地域ブロック協議会の意見をあらかじめ聴取した上で、指定を行うこととすべきである。なお、現行の通知では、当該協議会には、都道府県の参画が必須になっていないが、地域のがん医療提供体制の整備を行う都道府県との連携を図る観点から、当該協議会には、都道府県の参画を求めることとすべきであり、また、診療に関する学識経験者の団体の参画を求めることが望ましいとすべきである。
- 小児がん拠点病院は、小児がん連携病院（仮称）を指定した場合には、地域ブロック協議会を通じて、速やかに厚生労働省及び小児がん中央機関に報告することとすべきである。

Ⅴ．指定・指定の更新の申請手続等、指針の見直し及び施行期日について

現行の整備指針のⅣについて、がん診療連携拠点病院等の整備指針における記載等も踏まえ、必要に応じて手続の見直しを行うべきである。

別紙１

「小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」開催要綱

１．　趣旨

がんは、小児、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult, 思春期及び若年成人）世代の病気による主な死因の１つであり、多様ながん種が含まれる。このため、第３期がん対策推進基本計画では、小児・ＡＹＡ世代のがんは、成長発達の過程においても、乳幼児期から活動性の高い若年成人期に至る成長に伴って特徴も変化していくライフステージで発症することから、成人のがんを基本としつつ、特徴に応じた対策が求められている。

本検討会では、小児・ＡＹＡ世代の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、小児がん拠点病院のあり方や、がん診療連携拠点病院等との連携を含めた医療や支援のあり方と具体策について検討する。

２．　検討事項

（１）小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方について
（２）小児がん拠点病院のあり方について
（３）がん診療連携拠点病院等との連携について

３．　その他

（１）本検討会は厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
（２）本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
（３）本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
（４）本検討会は、原則として公開とする。
（５）本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん・疾病対策課が行う。
（６）この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

別紙２

小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会構成員名簿

石田　智美	聖路加国際病院こども医療支援室 チャイルド・ライフ・スペシャリスト
小俣　智子	武蔵野大学人間科学部社会福祉学科　准教授
上別府　圭子	東京大学大学院医学系研究科　家族看護学分野　教授
笹井　敬子	東京都福祉保健局　技監
越永　従道	日本大学医学部外科学系　小児外科学分野　教授
西川　亮	埼玉医科大学国際医療センター脳脊髄腫瘍科　教授
檜山　英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援開発センター 教授
○堀部　敬三	独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター長
松本　公一	国立研究開発法人国立成育医療研究センター 小児がんセンター長
道永　麻里	公益社団法人日本医師会　常任理事
山下　公輔	公益財団法人がんの子どもを守る会　理事長

○･･･座長

（五十音順・敬称略）

※平成 29 年 12 月 1 日時点

資料21

第１回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
議事次第

日　時：平成３０年８月１日（水） １６：００～１８：００

場　所：中央合同庁舎第５号館　省議室（９階）

１ 開 会

２ 議 題

（１） 議長の選任等について

（２） がんゲノム医療推進に向けた取組について

（３） その他

【資料】

資料１ がんゲノム医療推進に向けた取組

資料２ がんゲノム情報管理センターの進捗状況

資料３ がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議からの報告

参考資料１ がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議開催要綱

参考資料２ がん対策推進基本計画（平成３０年３月）

参考資料３ がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書（平成 29 年６月 27 日）

参考資料４ がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について（平成 29 年 12 月 25 日健発 1225 第３号）

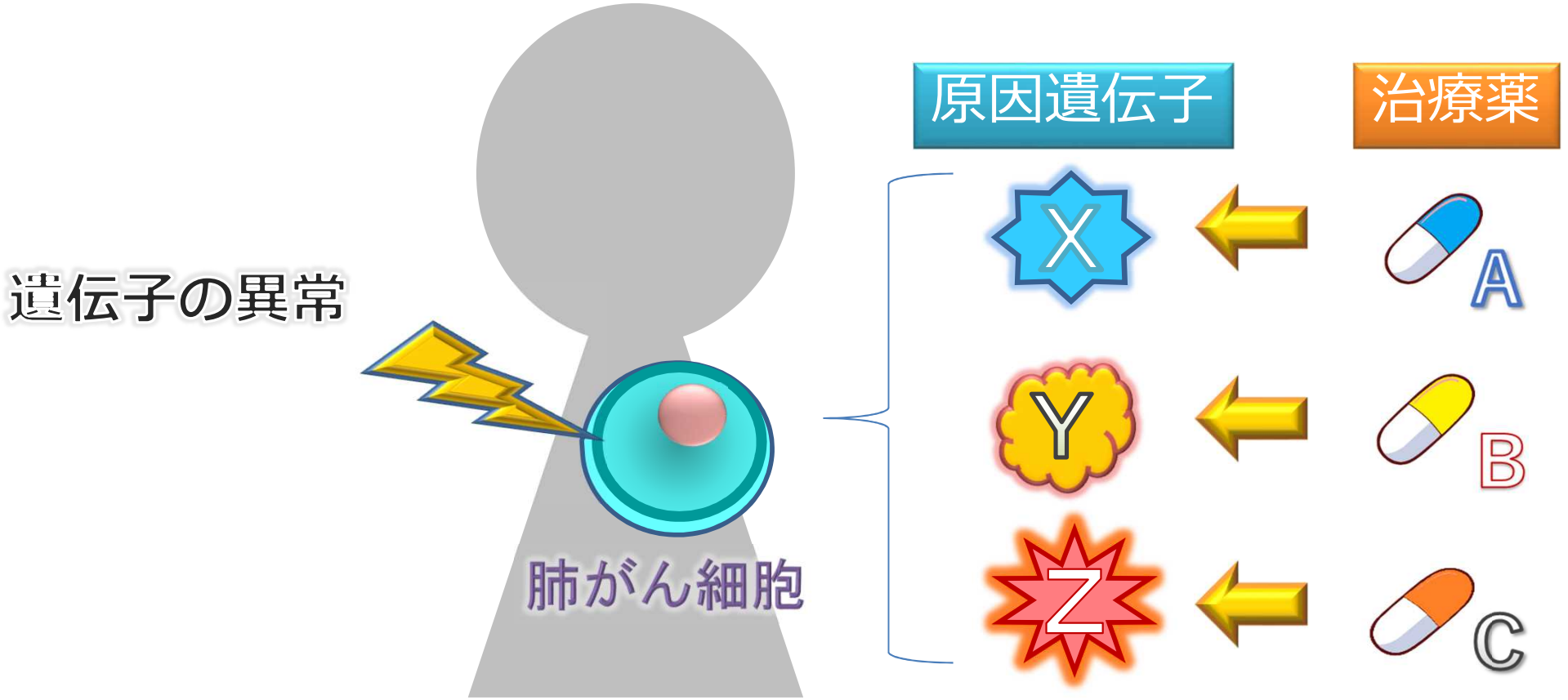
資料1

がんゲノム医療推進に向けた取組

厚生労働省

がんゲノム医療：ゲノム情報に基づいたがんの医療

- 同じ「肺がん」であっても、原因となる遺伝子はさまざまであり、対応する　薬剤も異なる。
- ゲノム医療では、原因となる遺伝子を特定して、より効果が高い治療薬を選択することが可能となり、患者一人一人にあった「個別化医療」につながる。

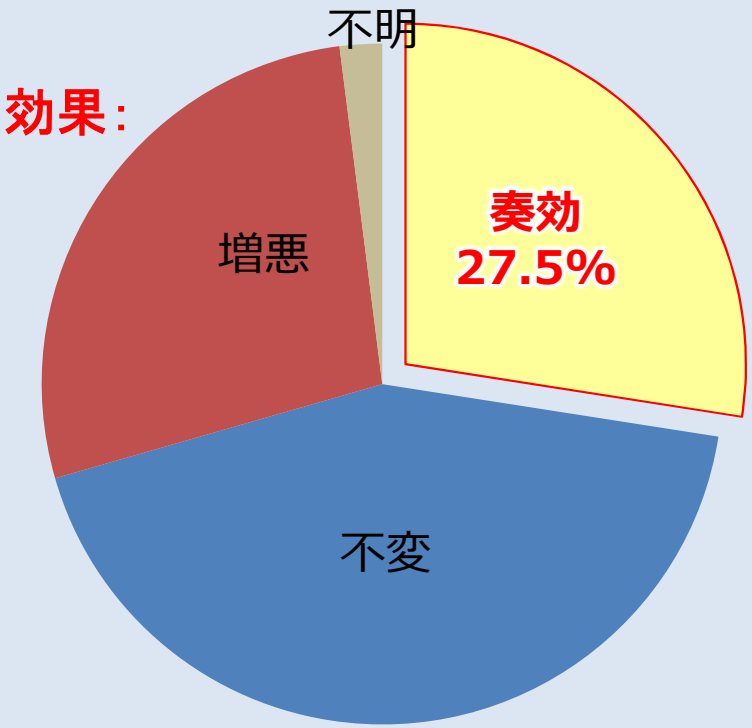


ゲノム情報により、治療成績が大幅に向上する

- イレッサ®は、当初、全ての手術不能非小細胞肺がんを対象に保険適用が承認された。しかし、その後、EGFR遺伝子の異常が有る非小細胞肺がんのみに有効であることが証明され、効能効果が変更された。

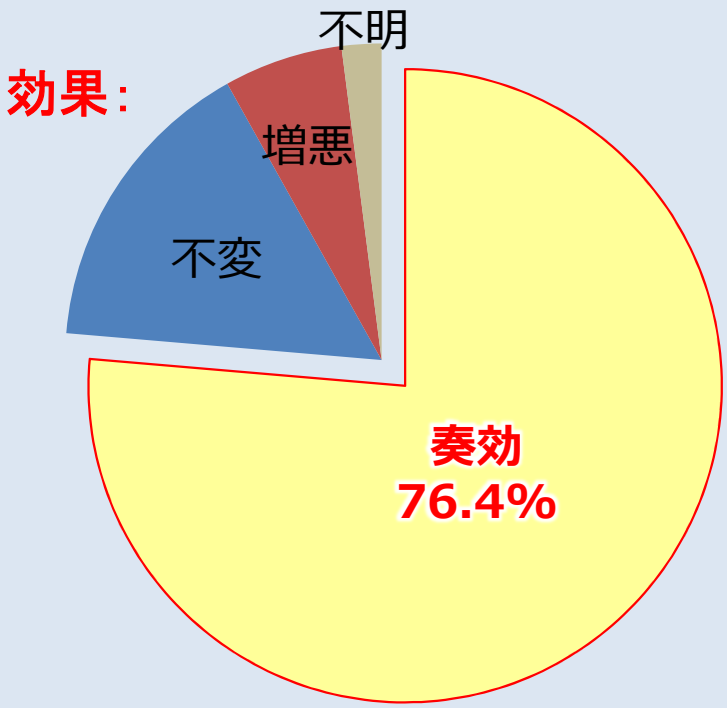
【2002年承認時】

全ての非小細胞肺がんを対象



【2011年11月　効能・効果の変更】

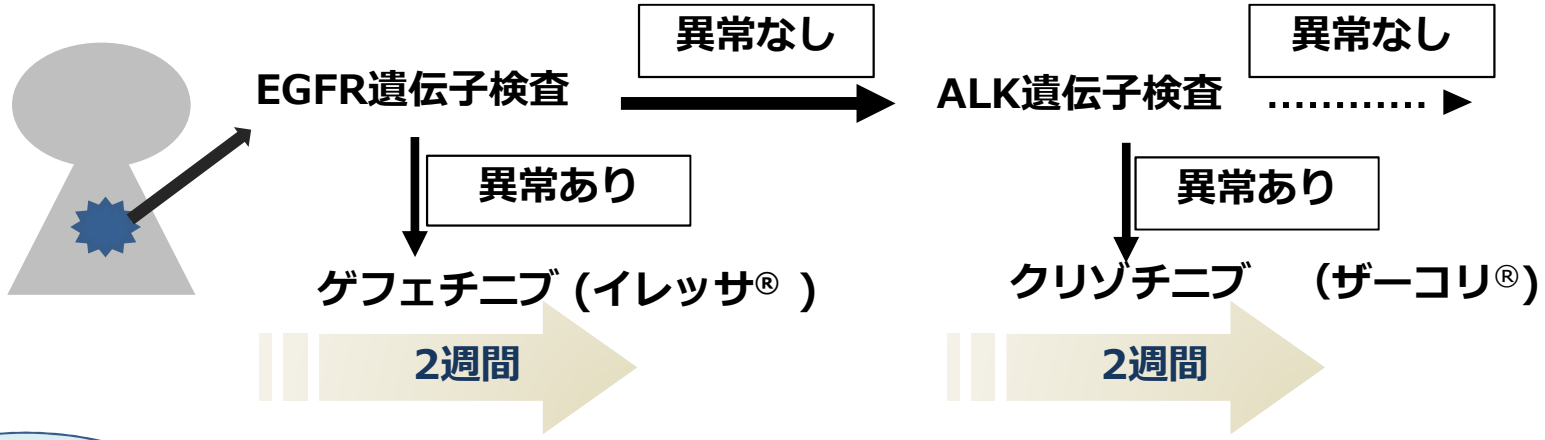
EGFR遺伝子異常の有る非小細胞肺がん（全非小細胞肺がんの約50%）のみを対象



➢ゲノム情報により、無効例への投与が回避され、有効性が上昇した

コンパニオン診断から遺伝子パネル検査へ

- **コンパニオン診断（これまでの遺伝子診断方法）**
  １度に調べられるのは１つの遺伝子異常のみ



課題

一度に調べられるのは１つの遺伝子異常のみであり、複数の遺伝子を検査するには時間と費用がかかる



次世代
シークエンサー

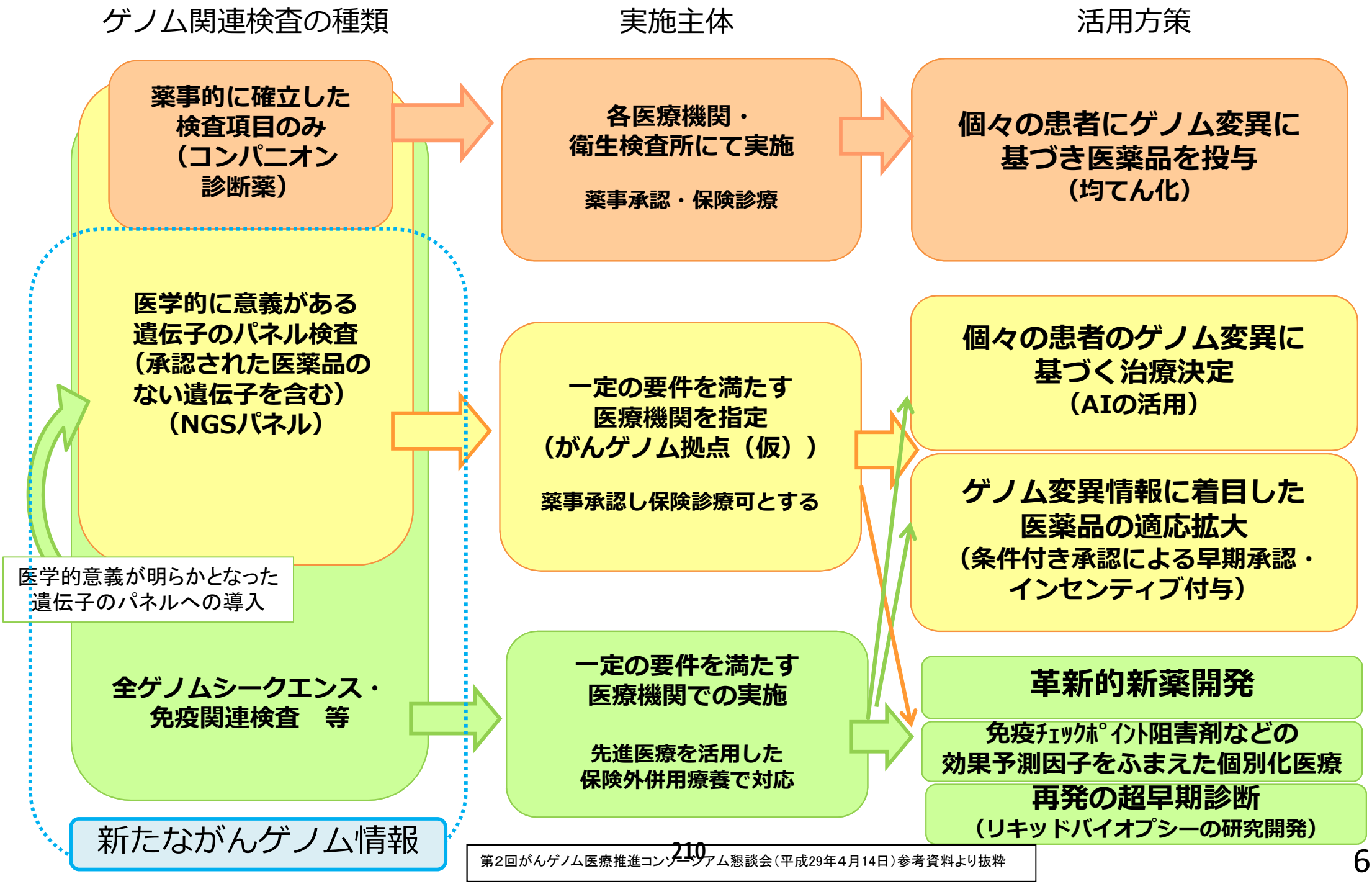
- **遺伝子パネル検査（新しい遺伝子診断方法）**
  １度に多数のがん関連遺伝子を調べることが可能

がんゲノム医療を日本で実現するために

- 欧米に比べ立ち後れている「がんゲノム医療」体制を早急に整備する
- 同時にがん研究のall Japan体制を築き、日本がこの分野で世界をリードする
- 以上のことを「国民皆保険制度」の基で行う

第1回　がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会	資料２
平成29年３月27日	

ゲノム関連検査の種類とその活用方策（案）



第2回がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年4月14日）参考資料より抜粋

がんゲノム医療推進コンソーシアムの体制と役割

学会等

規制当局

がんゲノム医療推進コンソーシアム

コンソーシアムの方向性決定

運営会議

- がんゲノム医療の第三者的な立場での科学的評価
- 評価に基づく、方向性の策定及び厚生労働省等への意見具申
- 国民からの意見募集及びがんゲノム医療普及のための活動

患者・国民

②がんゲノム情報管理センター（国立がん研究センターに設置）

- データの標準化、収集・管理・利活用
- 医療機関、研究機関、企業等との契約

情報集約・管理

がんゲノム情報レポジトリー

がんゲノム知識データベース

④大学等研究機関

- リキッドバイオプシー※1、効果的な免疫治療※2等の戦略的な開発推進

企業等

- 医薬品開発
- 医療機器開発

③ゲノム解析事業者（民間）

- 質と効率性の確保されたゲノム解析

委託契約

情報登録

技術的支援

①「がんゲノム医療中核拠点病院」

- 質の確保されたゲノム検査（外注可）
- ゲノム検査結果解釈の付与
- 遺伝カウンセリング実施・支援
- 治験・臨床試験への紹介、実施
- 適切な臨床等情報収集・管理・登録
- ゲノム医療に関わる人材の育成





検体・臨床情報

レポート



がんゲノム医療連携病院

211



※1：がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2：生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年6月27日）概要より抜粋・一部改変

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第１　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第２　分野別施策

１．がん予防

（１）がんの１次予防
（２）がんの早期発見、がん検診
　　（２次予防）

２．がん医療の充実

（１）がんゲノム医療
（２）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（３）チーム医療
（４）がんのリハビリテーション
（５）支持療法
（６）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（７）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（８）病理診断
（９）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

３．がんとの共生

（１）がんと診断された時からの緩和ケア
（２）相談支援、情報提供
（３）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（４）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（５）ライフステージに応じたがん対策

４．これらを支える基盤の整備

（１）がん研究
（２）人材育成
（３）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
３．がん患者を含めた国民の努力
４．患者団体等との協力
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３期がん対策推進基本計画

がんゲノム医療　取り組むべき施策（抜粋・一部改変）

①がんゲノム医療提供体制の整備

- がんゲノム医療中核拠点病院の整備
- がん診療連携病院等を活用したがんゲノム医療提供体制の段階的な構築

②ゲノム情報等を集約・利活用する体制の整備

- がんゲノム情報管理センターの整備

③薬事承認や保険適用の検討

- 遺伝子関連検査（遺伝子パネル検査等）の制度上の位置づけの検討
- 条件付き早期承認による医薬品の適応拡大等を含めた施策の推進

④がんゲノム医療に必要な人材の育成の推進

- 遺伝カウンセリングに関わる人材等の育成・配置

⑤研究の推進

- ゲノム医療や免疫療法について、重点的に研究を推進
- がんゲノム情報管理センターに集積された情報を分析し、戦略的に研究を推進

⑥患者・国民を含めたゲノム医療の関係者が運営に参画する体制の構築

- がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議の設置

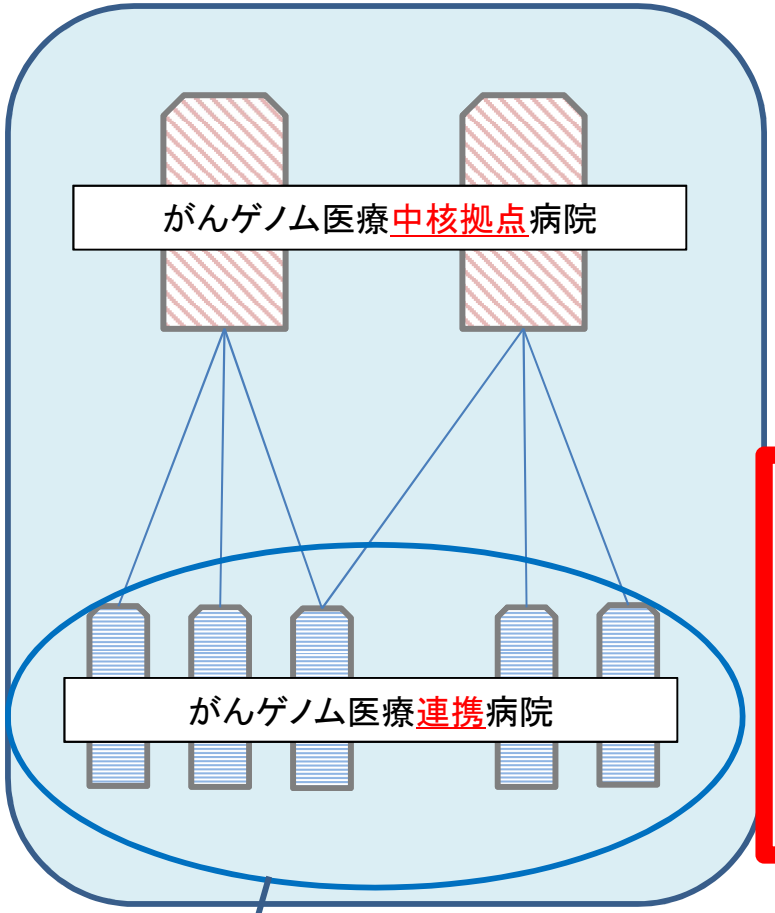
がんゲノム医療中核拠点病院の要件

第10回がん診療提供体制のあり方検討会
（平成29年10月18日）資料3より抜粋・一部改変

①	パネル検査を実施できる体制がある（外部機関との委託を含む）
②	パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有している （一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む）
③	遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝カウンセリングが可能である
④	パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している
⑤	パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター」に登録する
⑥	手術検体等生体試料を新鮮凍結保存可能な体制を有している
⑦	先進医療、医師主導治験、国際共同治験も含めた臨床試験・治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している
⑧	医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している

がんゲノム医療中核拠点病院とがんゲノム医療連携病院の機能

第10回がん診療提供体制のあり方検討会
（平成29年10月18日）資料2より抜粋・一部改変



患者説明（検査） → 検体準備 → シークエンス実施 → レポート作成 → 専門家会議 → 患者説明（結果） → 治療 → 研究開発

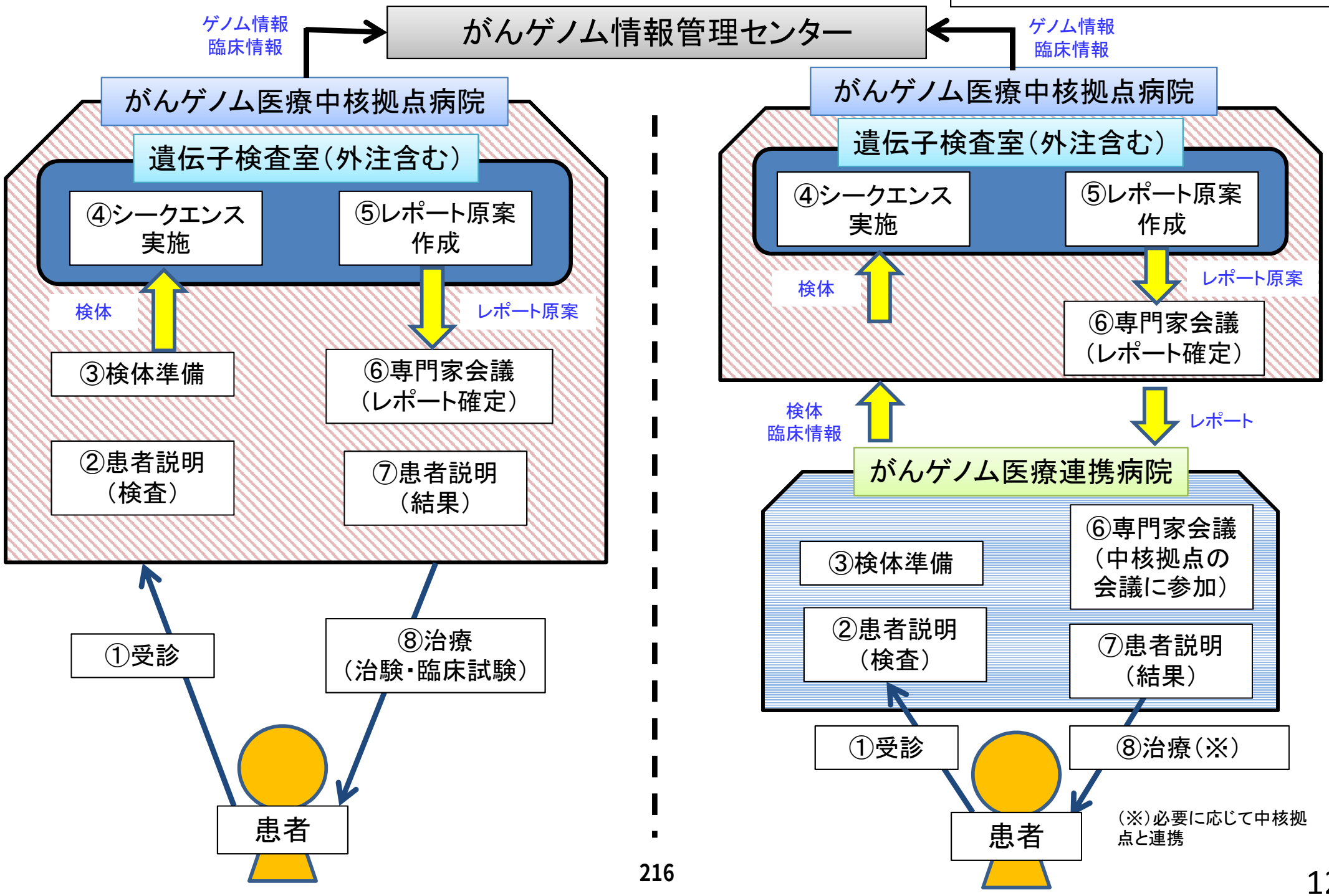
	患者説明 検体準備	シークエンス実施	レポート作成	専門家会議	患者説明	治療	研究開発
中核拠点	必須	必須 （外注可）	必須		必須	必須	必須
連携	必須	・中核拠点に依頼 ・中核拠点の会議等に参加			必須	必須	協力

H30年3月14日：がんゲノム医療連携病院をがんゲノム中核拠点病院が申請※

※がんゲノム医療中核拠点病院は、整備指針の要件を満たしていることを確認の上、自らが連携するがんゲノム医療連携病院の候補となる医療機関を、厚生労働大臣に申請する。
以後、がんゲノム医療中核拠点病院からがんゲノム医療連携病院の追加を、6ヶ月ごとを目処として厚生労働大臣に申請する。

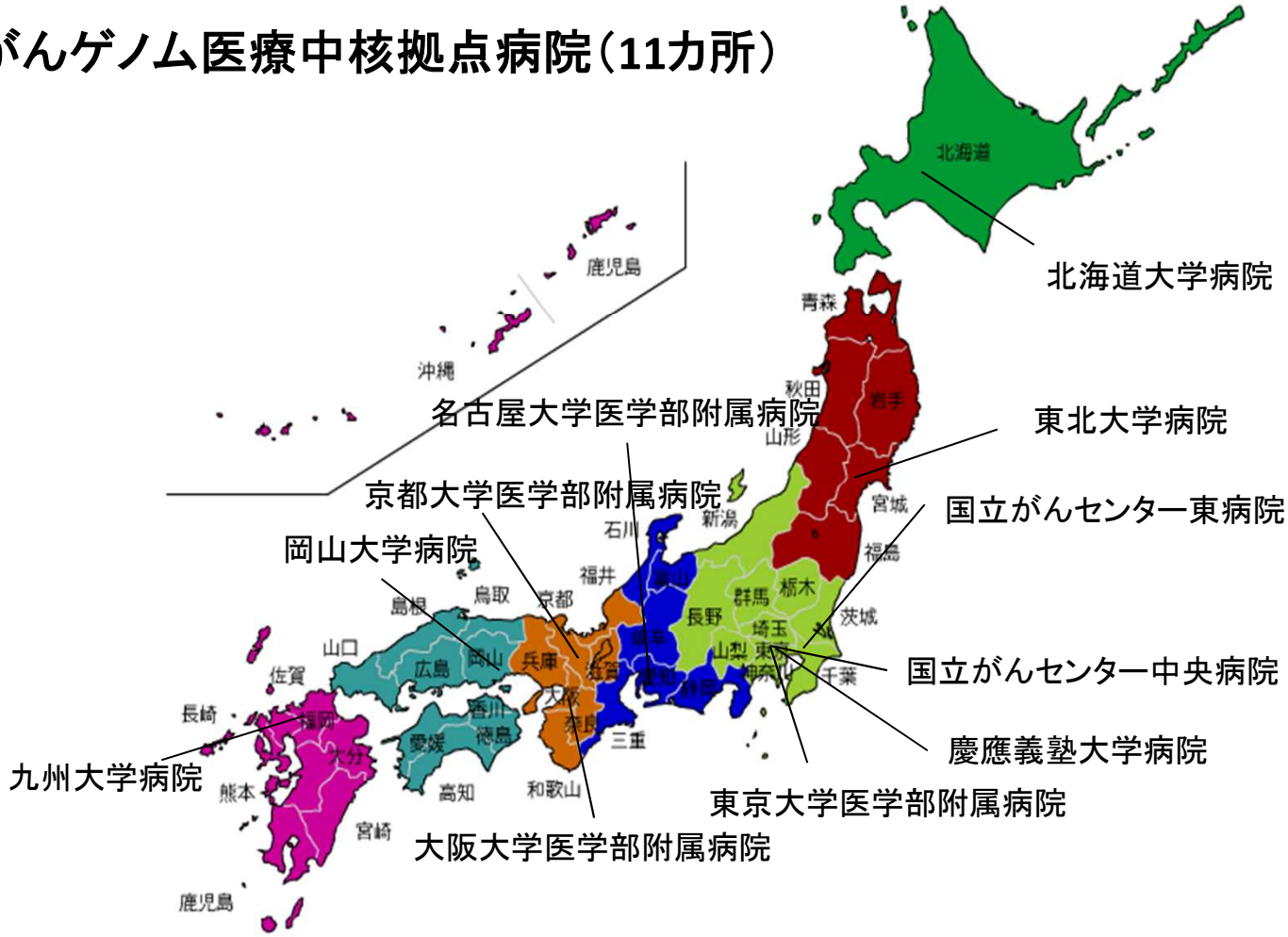
がんゲノム診療体制のイメージ

第10回がん診療提供体制のあり方検討会
（平成29年10月18日）資料2より抜粋・一部改変



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（2018年4月）

がんゲノム医療中核拠点病院（11カ所）



がんゲノム医療連携病院（100カ所）

217

色分けは地方厚生局の地域ブロックに基づく

がんゲノム医療連携病院（100か所）

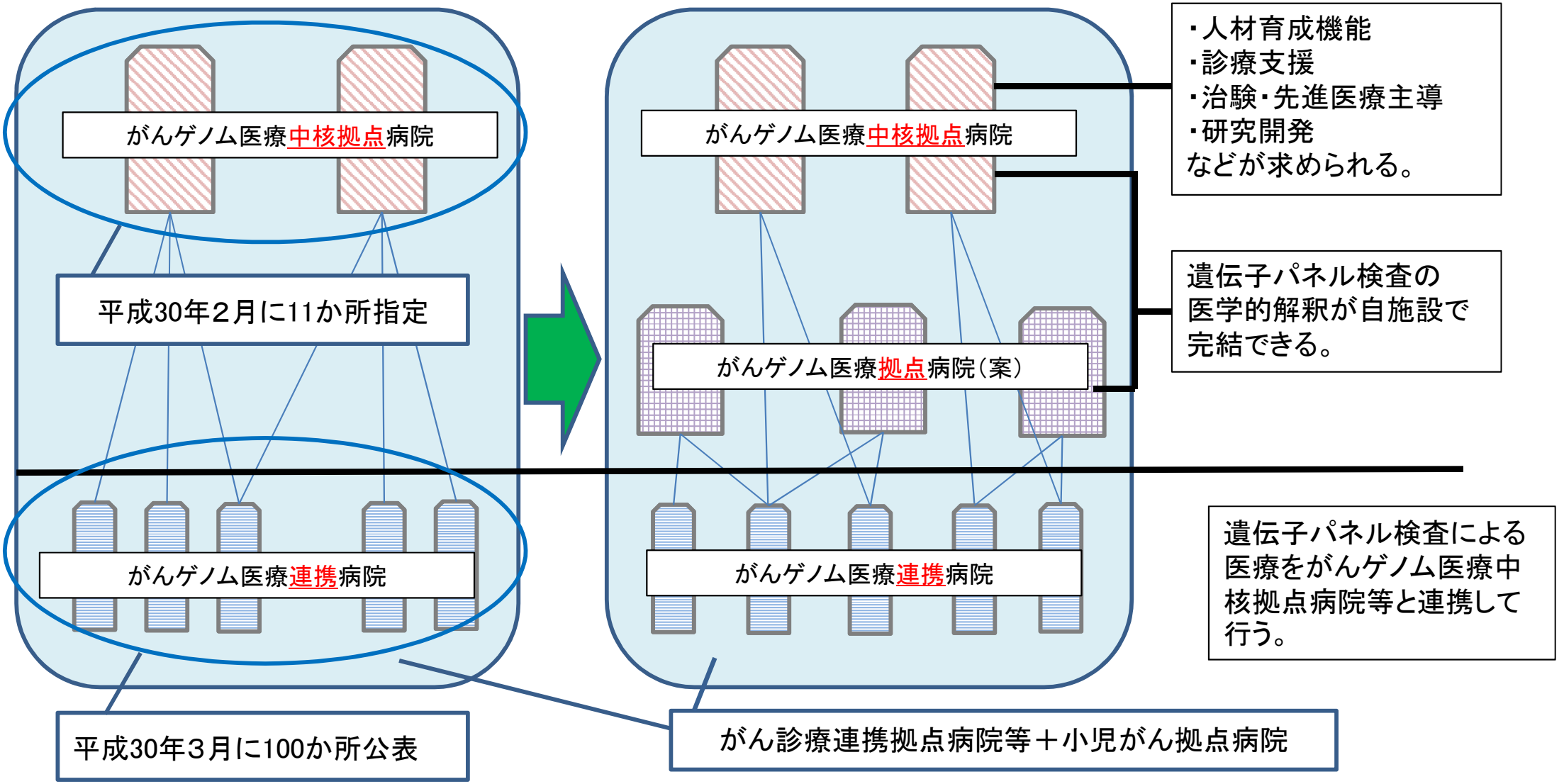
北海道	札幌医科大学附属病院
	北海道がんセンター
青森県	弘前大学医学部附属病院
宮城県	宮城県立がんセンター
秋田県	秋田大学医学部附属病院
山形県	山形大学医学部附属病院
福島県	福島県立医科大学附属病院
茨城県	筑波大学附属病院
栃木県	獨協医科大学病院
埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター
	埼玉医科大学総合医療センター
	埼玉県立がんセンター
	埼玉県立小児医療センター
千葉県	千葉大学医学部附属病院
	千葉県がんセンター
東京都	聖路加国際病院
	帝京大学医学部附属病院
	東京医科大学病院
	東京医療センター
	東邦大学医療センター大森病院
	国立成育医療研究センター
	順天堂大学医学部附属順天堂医院
	東京医科歯科大学医学部附属病院
	日本医科大学付属病院
	東京慈恵会医科大学附属病院
東京都	杏林大学医学部付属病院
	NTT東日本関東病院
	虎の門病院
	国立国際医療研究センター病院
	日本大学医学部附属板橋病院
	がん研究会有明病院
神奈川県	神奈川県立がんセンター
	聖マリアンナ医科大学病院
	横浜市立大学附属病院
	北里大学病院
	東海大学医学部付属病院
新潟県	新潟大学医歯学総合病院
富山県	富山大学附属病院
石川県	金沢医科大学病院
	金沢大学医学部附属病院
福井県	福井大学医学部附属病院
山梨県	山梨県立中央病院
	山梨大学医学部附属病院
長野県	信州大学医学部附属病院
岐阜県	木沢記念病院
	岐阜大学医学部附属病院
静岡県	静岡県立総合病院
	浜松医科大学医学部附属病院
	静岡県立静岡がんセンター
愛知県	愛知県がんセンター中央病院
愛知県	名古屋市立大学病院
	安城更生病院
	公立陶生病院
	豊橋市民病院
	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
	藤田保健衛生大学病院
	名古屋医療センター
三重県	三重大学医学部附属病院
滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院
京都府	京都医療センター
	京都桂病院
大阪府	大阪国際がんセンター
	近畿大学医学部附属病院
	大阪医科大学附属病院
	大阪市立大学医学部附属病院
	関西医科大学附属病院
	大阪市立総合医療センター
	大阪赤十字病院
兵庫県	神戸大学医学部附属病院
	兵庫医科大学病院
	姫路赤十字病院
	兵庫県立がんセンター
	神戸市立医療センター中央市民病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山医療センター
	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
	鳥取県立中央病院
島根県	島根大学医学部附属病院
岡山県	川崎医科大学附属病院
	倉敷中央病院
広島県	県立広島病院
	広島大学病院
山口県	山口大学医学部附属病院
	岩国医療センター
徳島県	徳島大学病院
香川県	香川大学医学部附属病院
愛媛県	四国がんセンター
	愛媛大学医学部附属病院
高知県	高知大学医学部附属病院
福岡県	北九州市立医療センター
	福岡大学病院
	九州医療センター
	九州がんセンター
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院
	佐賀県医療センター好生館
長崎県	長崎大学病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島大学病院

218

平成30年4月1日現在

がんゲノム医療の提供体制の将来像（案）

第10回がん診療提供体制のあり方検討会
（平成29年10月18日）資料2より抜粋・一部改変



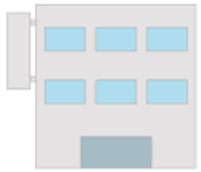
※遺伝子パネル検査の状況を踏まえ整備

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられるよう段階的に、全ての都道府県でがんゲノム医療の提供が可能となることを目指す

2018年6月1日　がんゲノム情報管理センター記者発表会　がんゲノム情報管理センター資料より改変

がんゲノム情報管理センター

（国立がん研究センターに設置：Center for Cancer Genomics and Advanced Therapeutics: C-CAT)

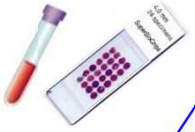






二次利用等

検体

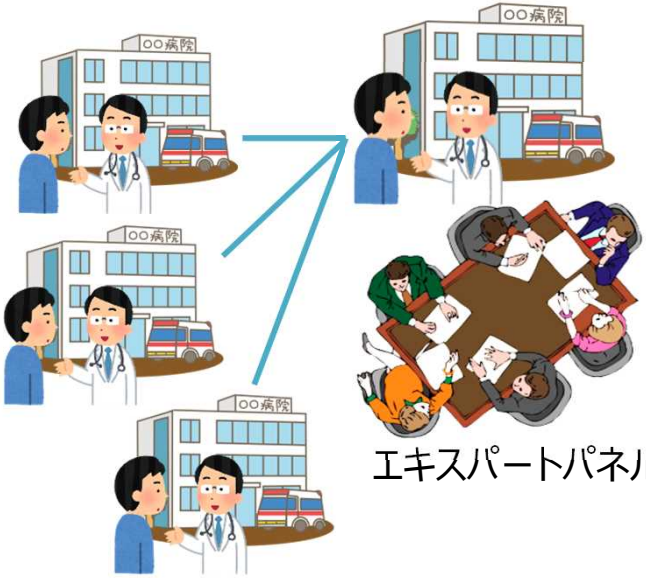


検査報告書

配列情報等の元データ

C-CAT

中核拠点病院



エキスパートパネル

連携病院

臨床情報



臨床的意義づけの
ついたCKDBレポート

がんゲノム情報レポジトリー
（ゲノム情報・臨床情報）

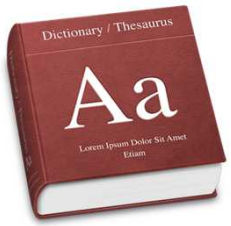




AIによる解析等

新たな治療・診断法
新規治療標的遺伝子等

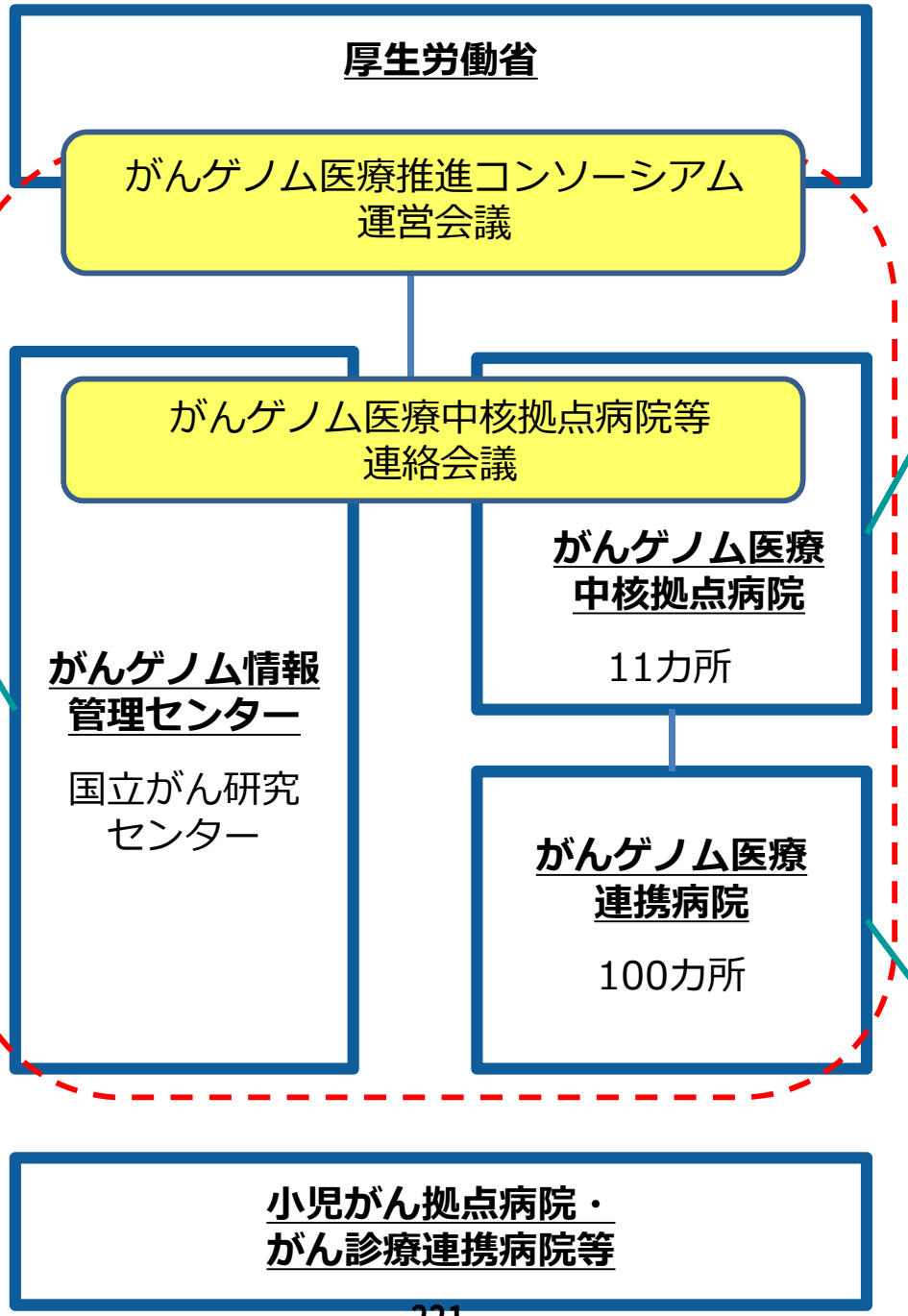
知識データベース（CKDB）



中核拠点病院・連携病院・
製薬会社・関係省庁と共に、
日本において利用可能な
薬剤の最大化に利用

個人情報保護法等関係法令等を遵守する

がんゲノム医療提供・情報収集体制の全体像



質の高いデータベース等を有し、中核拠点病院等から得られたゲノム情報や臨床情報を集約し、診療や研究開発に利活用する機関

- データの標準化、収集・管理
- 医療機関、研究機関、企業等との契約
- 患者データ管理　等

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

- 質の確保されたゲノム検査（外注可）
- ゲノム検査結果解釈の付与
- 適切な患者選択と患者への説明（遺伝カウンセリング含む）
- 治験・臨床試験への紹介、実施
- 適切な臨床等情報収集・管理・登録
- 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診療支援
- 研究開発の推進　等

がんゲノム医療中核拠点病院と連携してゲノム検査結果を踏まえた医療を実施する医療機関

- 適切な患者選択と患者への説明（遺伝カウンセリング含む）
- 治験・臨床試験への紹介、実施等

パネル検査に関する開発状況

先進医療の実施状況

名称	申請医療機関	遺伝子数	患者負担額	試験の登録症例数	試験期間	実施状況
NCCオンコパネル	国立がん研究センター中央病院	114	464,000円	205～350例	1年6ヶ月	2018年4月より実施中
東大オンコパネル	東京大学医学部附属病院	464(DNA), 463(RNA)	915,000円	200例	1年6ヶ月	2018年8月より実施の見込み
Oncomine Target Test	大阪大学医学部附属病院	46	245,000円	200例	1年6ヶ月	審査中

薬事承認申請の状況

名称	開発企業	遺伝子数	ー	ー	ー	申請状況
FoudationOne CDx	Foundation Medicine Inc.（米国）	324				2018年3月に製造販売承認申請

遺伝子変異に基づく抗がん剤の薬事承認

- がんゲノム医療中核拠点病院等で、がんゲノム情報、抗がん剤の効果・安全性に関するエビデンスの構築とリアルワールドデータ(RWD)整備・活用の取り組みを加速。
- 条件付き早期承認制度を活用し、治験結果及びRWDから得られたエビデンスに基づき、ゲノム情報に基づく臓器横断的承認を進める（希少がんを対象とした抗がん剤に期待高）。

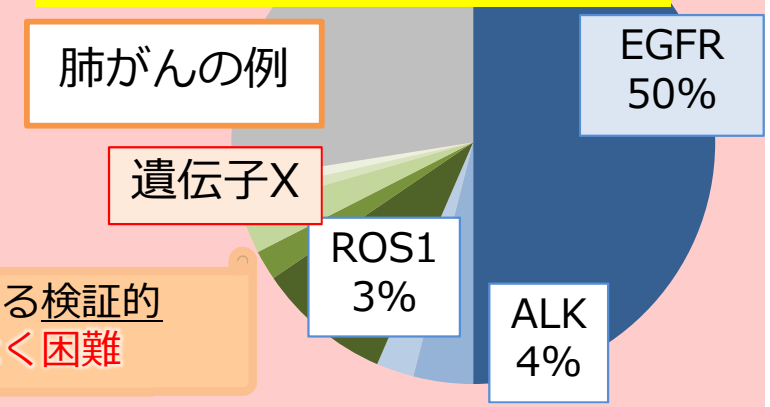
①患者数の少ない希少がん

小腸がん　胸腺腫

肉腫　その他希少がん

がんの事例は国立がん研究センターのHPより

②新たに発見された頻度の低い遺伝子変異



①、②のがんや遺伝子変異に対する検証的（大規模）な治験は患者数が少なく困難

③患者の多いがんで頻度が高く見られる遺伝子変異

十分な患者数が存在するため、通常の治験が可能
(例：EGFR遺伝子変異とゲフィチニブ等)

がんゲノム医療中核拠点病院等

RWD（レジストリ）

がんゲノム情報管理センター
AIを活用して膨大なゲノム情報を解析・利用

治験

がんの性質により最適な治験を立案

条件付き早期承認制度の活用

承認後に情報収集

必要に応じて施設を限定して使用、データ収集蓄積

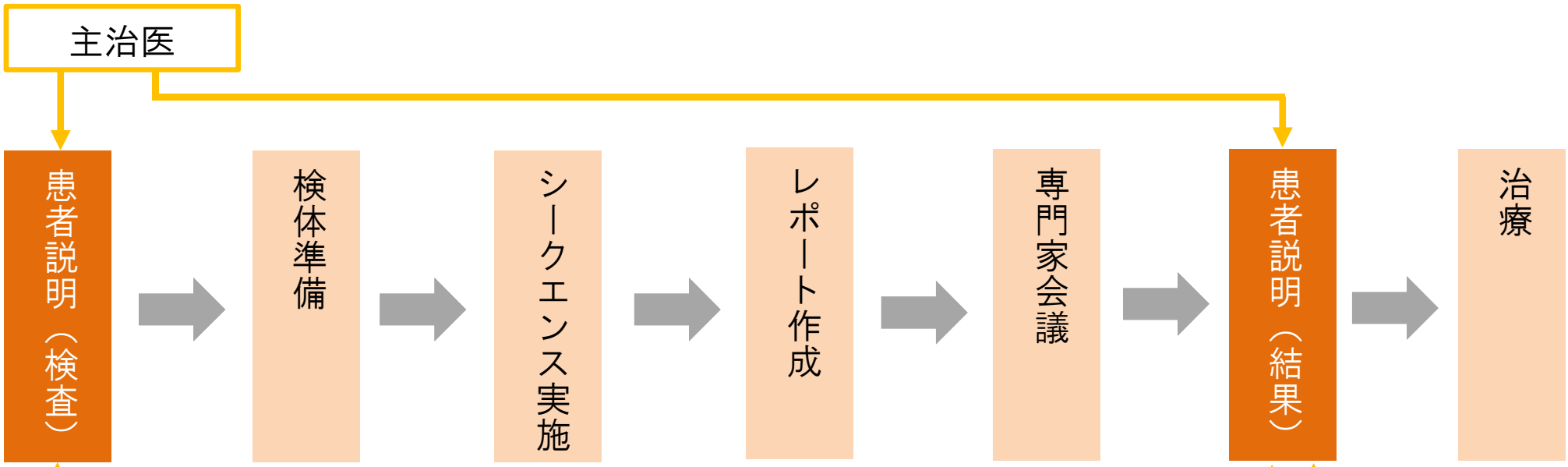
- 医薬品への患者アクセスがより早期に実現
- 収集した情報に基づき、より適切な医療を実現
- 条件の解除やさらなる開発へ収集した情報を活用

人材の教育・育成

第10回ゲノム医療実現推進協議会（平成30年5月21日）資料2より抜粋・一部改変

主体	所管	コース	概要・実態	終了後、期待されるキャリア	受講人数（背景職種）
国・文科省予算	文科省事業費	【研修】 多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)」養成プラン(H29年度～33年度)	がんに係る多様な新ニーズに対応するため、ゲノム医療従事者、希少がん及び小児がんに対応できる医療人材、ライフステージに応じたがん対策を推進するがん専門医療人材を養成 【ゲノム医療関係】 がんの標準医療に分子生物学の成果が取り入れられることによるオーダーメイド医療への対応やゲノム解析の推進による高額な分子標的薬の効果的な使用による医療費コストの軽減等に資する人材を養成	【ゲノム医療関係】 ○職種・領域に応じた専門資格（がん看護専門看護師、がん専門薬剤師、認定遺伝カウンセラー等）の取得 ○がん診療拠点病院をはじめとした医療機関における次世代がん医療の実践・普及を行う医療者 ○大学や研究機関における研究者など	【ゲノム医療に特化したコースの受入目標人数(5年間・11拠点合計)】 大学院課程：799名 インテンシブコース：2,017名 ※医師を含む。うち医師を除く医療者は約2割
国・厚労省予算	厚労省事業費	【研修】 がんのゲノム医療従事者研修事業（H29年度～）	遺伝子関連検査、患者・家族への伝え方、多職種との連携、意思決定支援等の研修を実施し、がんゲノム医療の特殊性に対応できる人材を育成	養成された人材をがん診療連携拠点病院等に配備	H29年度実績： 研修修了者 121名 H30年度以降は年間200名程度を研修予定
	AMED補助金	【デバイス】【研修】 ゲノム情報研究の医療への実利用を促進する研究「A-3ゲノム医療従事者の育成プログラム開発」(H29年度)	ゲノム創薬基盤推進研究事業 【豊岡班】 ・非がん領域を含むゲノム医療従事者の育成 ・遺伝カウンセリング体制の整備	ゲノム医療看護師、ゲノム医療薬剤師、ゲノム検査技師	
		【デバイス】【研修】 がんゲノム個別化医療の実現にむけた遺伝子診断共通カリキュラム構築と教育・研究プログラムの実証的開発研究（H28年度～最長3年)	革新的がん医療実用化研究事業 【西尾班】	養成された人材をがん診療連携拠点病院等に配備	
		【デバイス】【研修】 産学連携全国がんゲノムスクリーニング事業SCRUM-JAPANで組織した遺伝子スクリーニング基盤を利用した、多施設多職種専門家から構成されたExpert Panelによる全国共通遺伝子解析・診断システムの構築および研修プログラムの開発(H28年度～最長3年)	革新的がん医療実用化研究事業 【吉野班】	養成された人材をがん診療連携拠点病院等に配備	

遺伝子パネル検査に関するカウンセリングに係る職種の業務について



がんゲノム医療のコーディネーター

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

遺伝カウンセラー

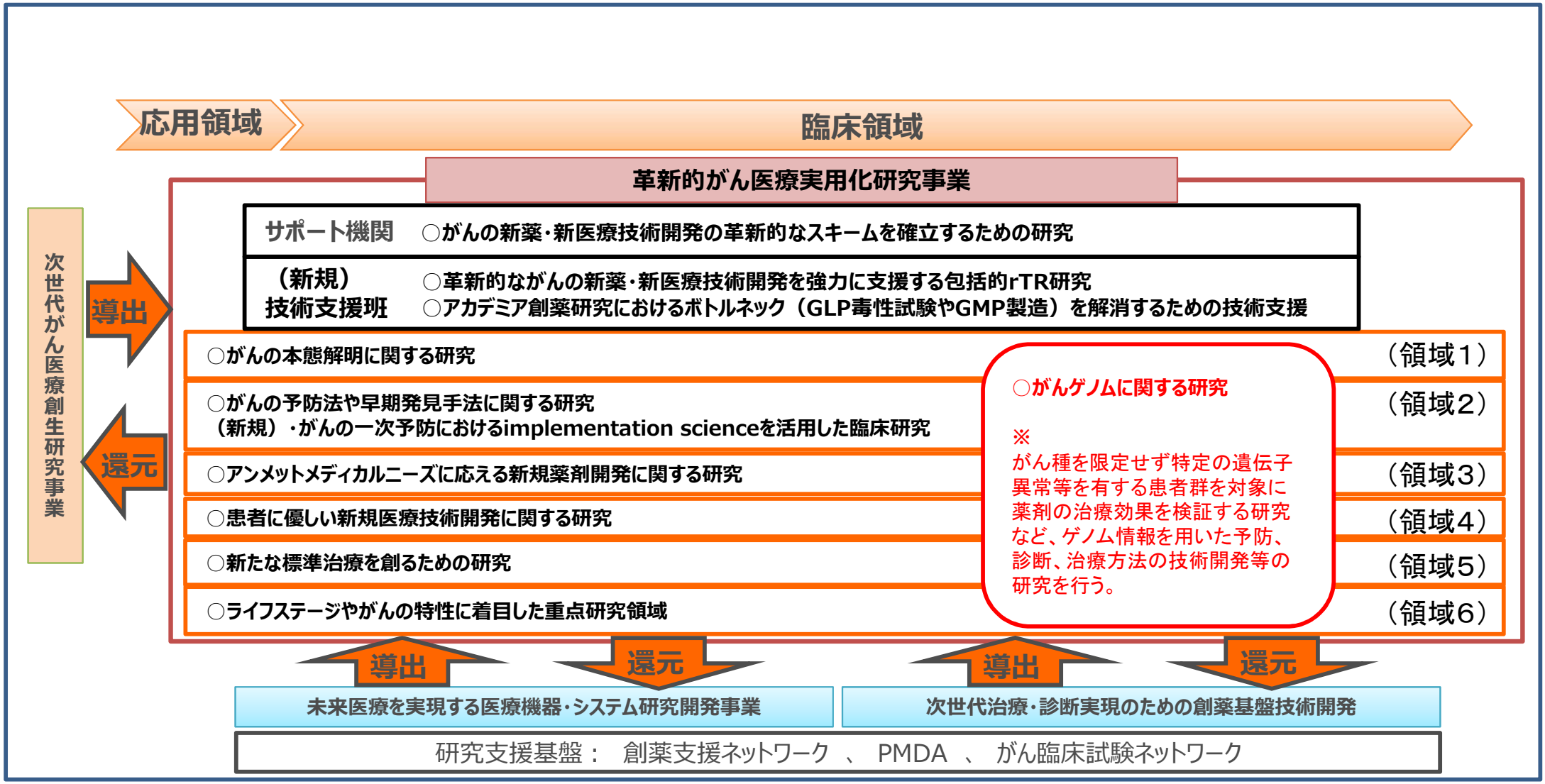
■業務
・倫理的・法的・社会的課題(ELSI)への対応を含めた専門的な遺伝カウンセリングの提供
・主治医や他の診療部門との協力関係の構築・維持
■想定される者
日本遺伝カウンセリング学会及び日本人類遺伝学会が認定する「認定遺伝カウンセラー」(遺伝カウンセラー養成課程の修士学位取得者)等を想定

遺伝医学の専門的医師

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

ゲノム医療実現推進に関するアドバイザリーボード平成29年度報告より抜粋

革新的がん医療実用化研究事業



がんゲノム医療推進コンソーシアム関連経費　　平成30年度予算：49.1億円

学会等

規制当局

がんゲノム医療推進コンソーシアム

コンソーシアムの方向性決定

運営会議
- がんゲノム医療の第三者的な立場での科学的評価
- 評価に基づく、方向性の策定及び厚生労働省等への意見具申
- 国民からの意見募集及びがんゲノム医療普及のための活動

患者・国民

②がんゲノム情報管理センター（国立がん研究センターに設置）
- データの標準化、収集・管理・利活用
- 医療機関、研究機関、企業等との契約

関係経費 16.7億円

情報集約・管理

がんゲノム情報レポジトリー

がんゲノム知識データベース

④大学等研究機関
- リキッドバイオプシー※1、効果的な免疫治療※2等の戦略的な開発推進

研究関係経費 29.1億円

③ゲノム解析事業者（民間）
- 質と効率性の確保されたゲノム解析

委託契約

情報登録

技術的支援

企業等
- 医薬品開発
- 医療機器開発

①「がんゲノム医療中核拠点病院」
- 質の確保されたゲノム検査（外注可）
- ゲノム検査結果解釈の付与
- 遺伝カウンセリング実施・支援
- 治験・臨床試験への紹介、実施
- 適切な臨床等情報収集・管理・登録
- ゲノム医療に関わる人材の育成

関係経費 3.3億円





検体・臨床情報

レポート

がんゲノム医療連携病院
227





※1：がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2：生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年6月27日）概要より抜粋・一部改変

全ゲノム検査の研究等の推進、検体保存体制の拡充

①全ゲノム検査の実施にあたっては、全国から送られる検体の解析が必要になるため、平成29年度補正予算により検体保存体制の整備を開始。
②平成30年度以降、検体保存体制の充実と全ゲノム検査体制の整備により、革新的治療法等の開発を目指す。

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
遺伝子パネル検査		2018当初予算				
		薬事申請→薬事承認				
		先進医療		医療保険での実施を拡大		
		がんゲノム医療中核拠点病院を中心に実施		全ゲノム検査の成果を踏まえ、パネル検査項目について順次拡大		
		既承認薬と未承認薬・適応外使用を用いた*個別化治療の実装				
				＊先進医療・医師主導治験等を活用		
	2017補正予算					
検体の収集		検体保存体制整備		検体保存体制の充実		
全ゲノム検査		未知の遺伝子などについて研究		先進医療		
			※エビデンスを蓄積	※エビデンスの蓄積状況により、実施を考慮		
		先進医療の自己負担部分は民間保険も利用				



自院で対応可能
（ホルマリン固定パラフィン包理組織を検査）



集約した検体保存体制が必要
（新鮮凍結検体組織を検査）

がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議

目的

個人の状態に基づいたがんゲノム医療を実現・普及させるためには、ゲノム情報を解析し最新の医学的知見に基づいて診療を行い、同時に、診療情報を新たな医薬品等の開発に利活用する仕組みを構築する必要がある。平成２９年６月、厚生労働省「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」は、その仕組みの構築にあたり必要な機能やその確保に係る具体的な計画について、報告書をとりまとめた。がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議（以下「運営会議」という。）は、同報告書に基づき、わが国のがんゲノム医療が患者・国民にとって有益なものとなるよう、公平かつ公正で持続可能な仕組みを構築するため、開催するものである。

検討事項

本運営会議は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事項を検討する。

一　がんゲノム医療を提供する医療機関
二　がんゲノム医療情報の集約・管理・利活用の体制
三　質の確保された効率的なゲノム検査実施体制
四　がんゲノム知識データベースの構築
五　治験情報等の集約と医師主導治験等の支援
六　革新的診断法・治療法等を創出する仕組み
七　その他、議長が必要と認める事項

がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議　構成員

【構成員】

天野　慎介	全国がん患者団体連合会理事長
江川　　洋	日本衛生検査所協会会長
北川　昌伸	日本病理学会理事長
北川　雄光	日本癌治療学会理事長
木下　賢吾	日本バイオインフォマティクス学会理事長
近藤　達也	医薬品医療機器総合機構理事長
齊藤　延人	がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議議長
末松　　誠	日本医療研究開発機構理事長
杉山　　将	理化学研究所革新知能統合研究センターセンター長
中釜　　斉	国立がん研究センター理事長/日本癌学会理事長
中山　譲治	日本製薬工業協会会長
松原　洋一	日本人類遺伝学会理事長
間野　博行	国立がん研究センターがんゲノム情報管理センター長 （がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会座長）
南　　博信	日本臨床腫瘍学会理事長
宮野　　悟	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長 （がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会副座長）
武藤　香織	東京大学医科学研究所公共政策研究分野教授/日本生命倫理学会理事
門田　守人	日本医学会会長/日本医学会連合会長
山口　俊晴	先進医療技術審査部会長
横倉　義武	日本医師会会長
渡部　眞也	日本医療機器産業連合会会長

【オブザーバー】

葛西　重雄	厚生労働省データヘルス改革推進本部プロジェクトチーム技術参与/ 独立行政法人情報処理推進機構CIO補佐官

コンソーシアム運営会議と中核拠点病院等連絡会議について

○　がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議

検討事項
・がんゲノム医療全般に係る課題等

組織
・患者・国民を含めたゲノム医療の推進に係る関係者

庶務
・関連各局・各課の支援を得て、厚生労働省健康局がん・疾病対策課が行う

部会に位置づける　　代表の選出

○　がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議

検討事項
・中核拠点病院・連携病院やがんゲノム情報管理センターに係る課題等

組織
・中核拠点病院の管理者および情報管理センターの長
・厚労省はオブザーバーとして参加

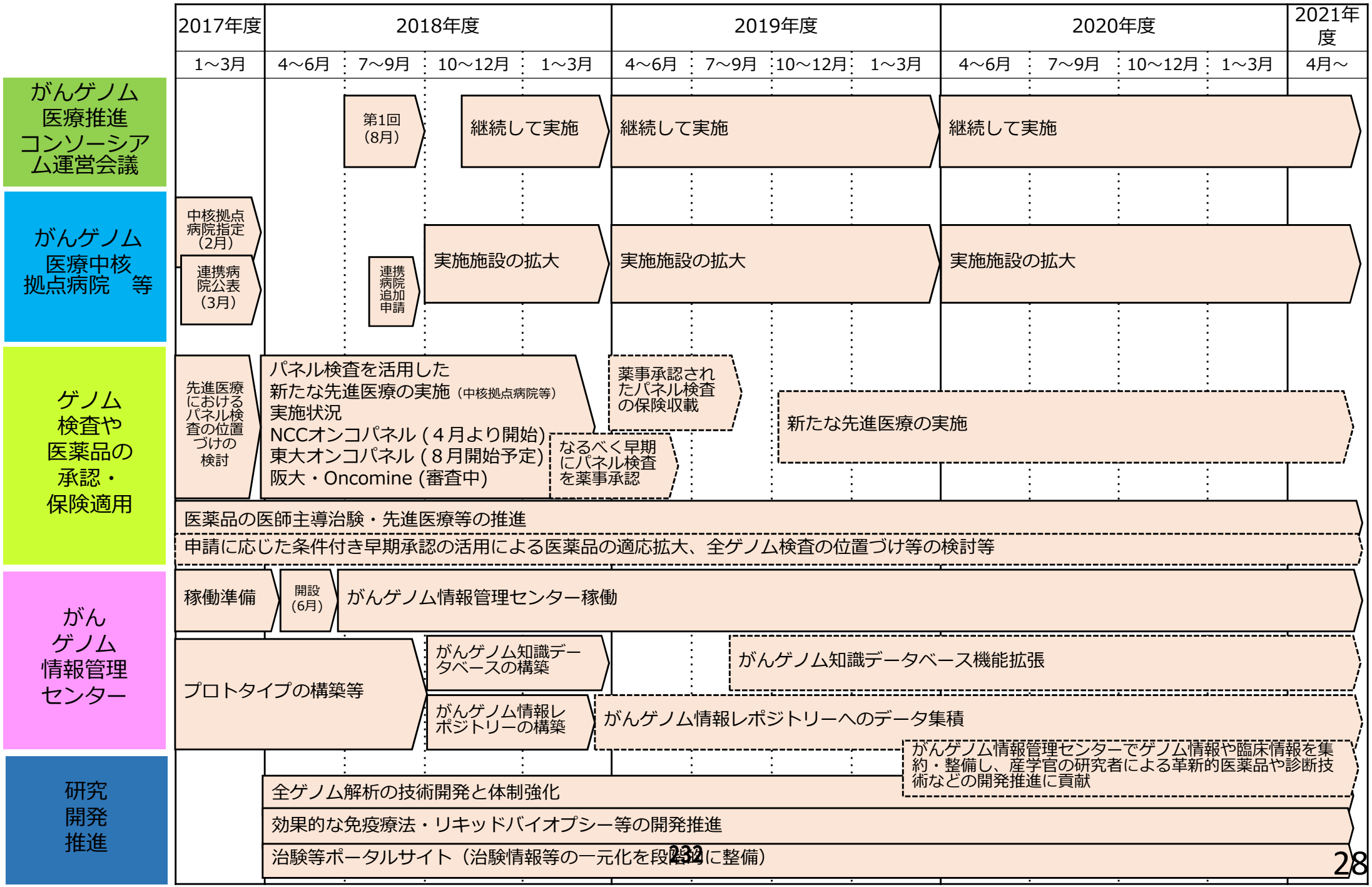
庶務
・がんゲノム情報管理センターが行う

○　実務者からなるWG

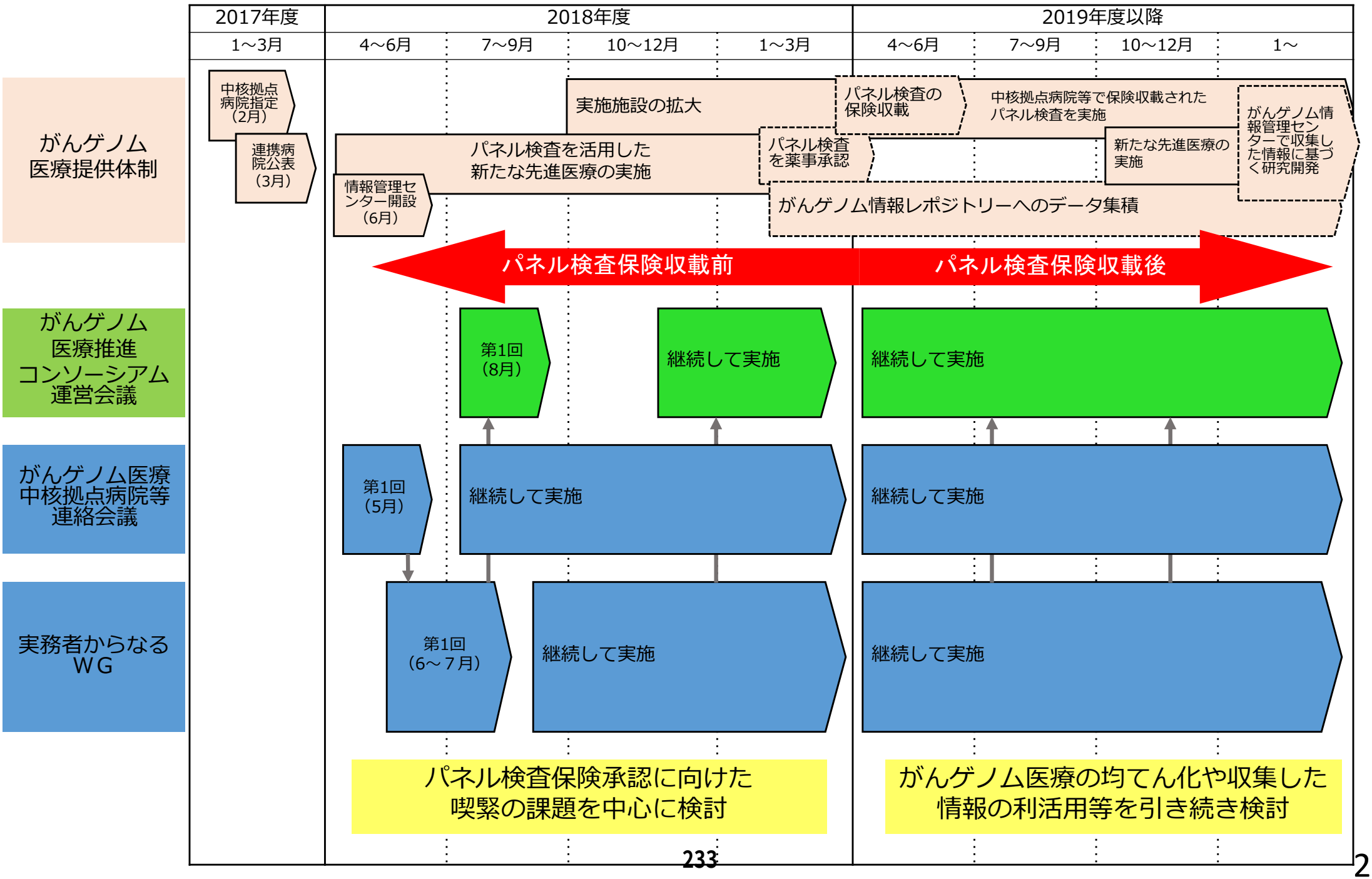
（インフォームドコンセント・情報利活用WG等、中核病院等実務者連絡会）

がんゲノム医療実用化に向けた工程表

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年6月27日）概要より抜粋・一部改変



がんゲノム関連会議の進め方（案）



がんゲノム医療推進に向けた取組（要点）

１．パネル検査の実用化

遺伝子パネル検査等※は、結果の解釈に専門的な知見が必要となることから、一定の要件を満たす医療機関（がんゲノム医療中核拠点病院等）において提供する。また、人材育成等を推進し、上記医療機関を段階的に拡大する。

２．ゲノム情報等の集約

日本人に最適化されたゲノム医療を提供するとともに、創薬・個別化医療開発等を推進するために、保険診療下で行う遺伝子パネル検査等のゲノム情報、臨床情報は、がんゲノム情報管理センターへの登録を義務づける。

３．ゲノム検査に基づく治療の推進

ゲノム検査に基づく治療を推進するため、がんゲノム医療中核拠点病院等における医薬品の医師主導治験・先進医療等の推進や、申請に応じた条件付き早期承認の活用による医薬品の適応拡大を図る。

４．さらなるがんゲノム医療の発展

全ゲノム解析等の研究開発を推進し、さらなるがんゲノム医療の発展を目指す。

※既存の治療薬の選択（コンパニオン診断）だけでなく、広く治療に係る医学的判断に資するゲノム検査

第1回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
平成30年8月1日

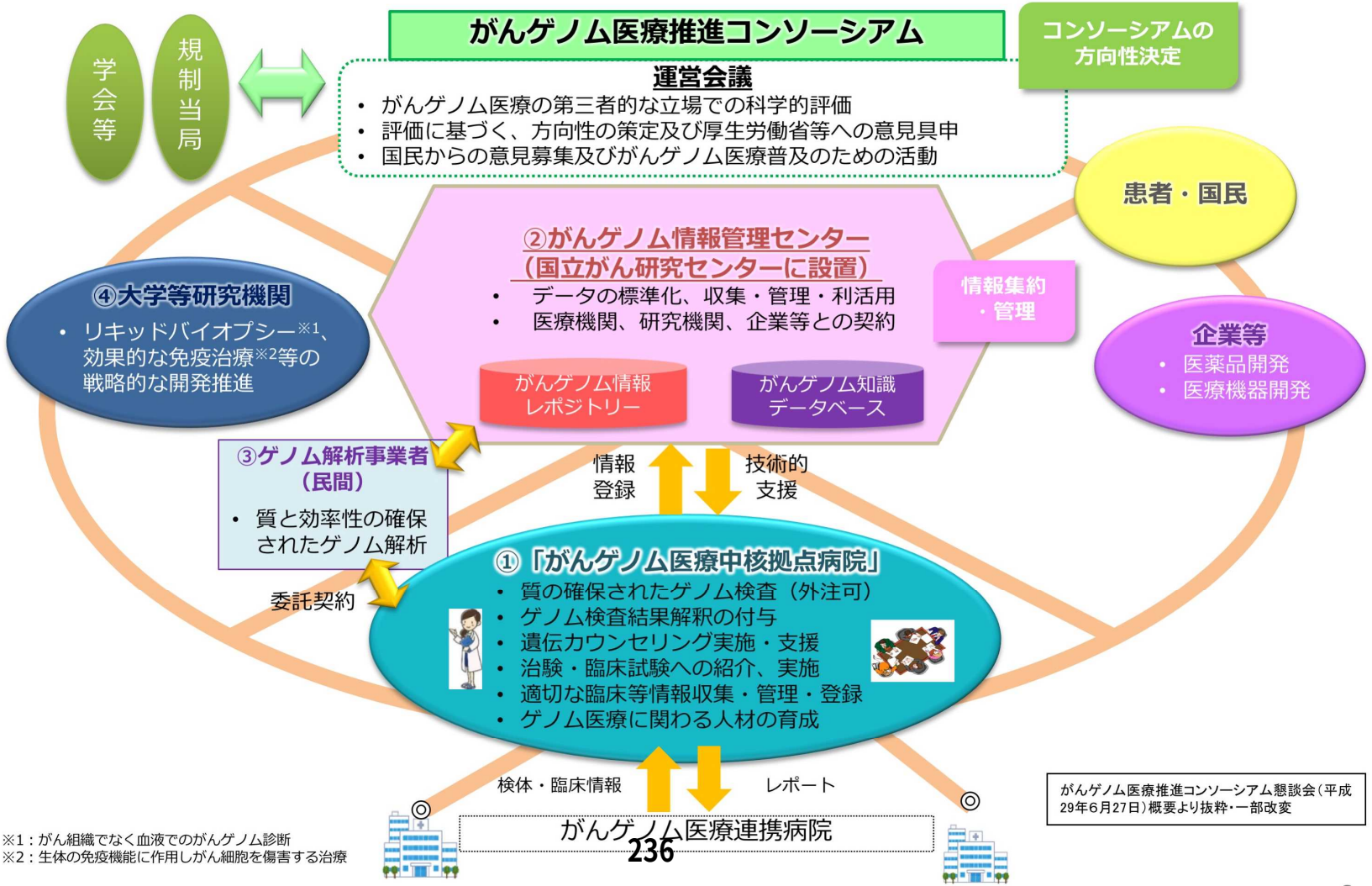
資料2

がんゲノム情報管理センターの進捗状況

間野 博行
がんゲノム情報管理センター長

がんゲノム情報管理センターの設置

厚生労働省の「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書」（平成29年6月27日とりまとめ）には、がんゲノム医療実用化に向けた工程として、がんゲノム医療・研究のマスターデータベースである「がんゲノム情報レポジトリー（仮称）」を構築し、管理・運営する機関として「がんゲノム情報管理センター」を新たに設置する必要があるとされ、平成30年6月に国立がん研究センターにがんゲノム情報管理センターが設置されることとなった。



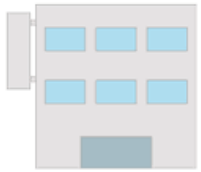
※1：がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2：生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年6月27日）概要より抜粋・一部改変

2018年6月1日　がんゲノム情報管理センター記者発表会　がんゲノム情報管理センター資料より改変

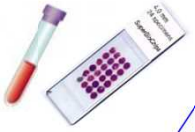
がんゲノム情報管理センター

（国立がん研究センターに設置：Center for Cancer Genomics and Advanced Therapeutics: C-CAT)









検査報告書

配列情報等の元データ

C-CAT

中核拠点病院









エキスパートパネル



連携病院

臨床情報



臨床的意義づけの
ついたCKDBレポート

がんゲノム情報レポジトリー
（ゲノム情報・臨床情報）

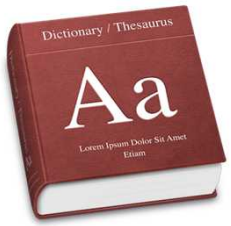




AIによる解析等

新たな治療・診断法
新規治療標的遺伝子等

知識データベース（CKDB）



中核拠点病院・連携病院・
製薬会社・関係省庁と共に、
日本において利用可能な
薬剤の最大化に利用

個人情報保護法等関係法令等を遵守する

がんゲノム情報管理センターの役割

1　がんゲノム診断の質の管理・向上

- 日本人の臨床・ゲノム情報を国内公的機関に確保し、ゲノム医療の精度管理、質の担保 。我が国に至適化された知識データベースを作成、中核病院のエキスパートパネル活動に貢献
- 全国の集計データに基づくがんゲノム医療の国民への説明・行政等への報告・施策等の提言

2　情報の共有

- ゲノム中核拠点病院等の間でレポジトリーデータベースの情報を適切な取り決めのもとに共有、よりよい保険医療に活用。

3　開発研究・臨床試験の促進

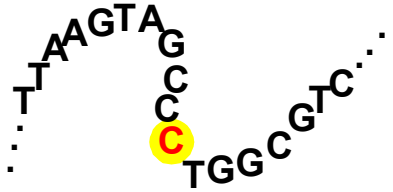
- 保険外併用療養、臨床試験・医師主導治験等の基盤データとして用い、日本において利用可能な薬剤の最大化に貢献
- 企業を含む創薬・個別化医療開発への利活用

4　全ゲノム解析の医療応用に向けた検討・人材育成

がんゲノム医療推進コンソーシアムが支える、日本人に最適の医療と日本発のゲノム創薬



① 遺伝子変異の意味づけを海外検査事業者や、海外データベース・文献だけに頼ると、日本人の情報が不足。





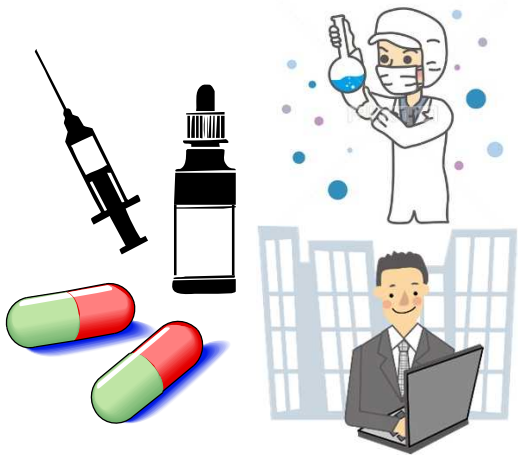


② そこでC-CATにゲノム情報に加え、日本の実地診療のデータや、日本の臨床試験の情報を集約



③ 日本人がん患者に最適化されたゲノム医療の提供

④ 日本人のデータに基づく創薬



日本におけるがんの保険医療に必須の基盤情報となる

- 分子標的薬を認可する際の医療経済予測、あるいは、日本人における遺伝性腫瘍の頻度予測など、様々な形で利用可能な貴重な基盤情報
- 分子標的薬治験の日本への誘導効果

同じ配列データ（FASTQ）でも、変異コールのアルゴリズムにより、結果がかなり異なる

シークエンサーが出力するリードの塩基配列データ（＋各塩基のquality情報）

FASTQファイル

リードをリファレンスゲノム配列にマッピングしたアラインメント情報

BAMファイル

Caller 1　Caller 2　Caller 3　Caller 4

Variant Call Format：ゲノム上の変異情報

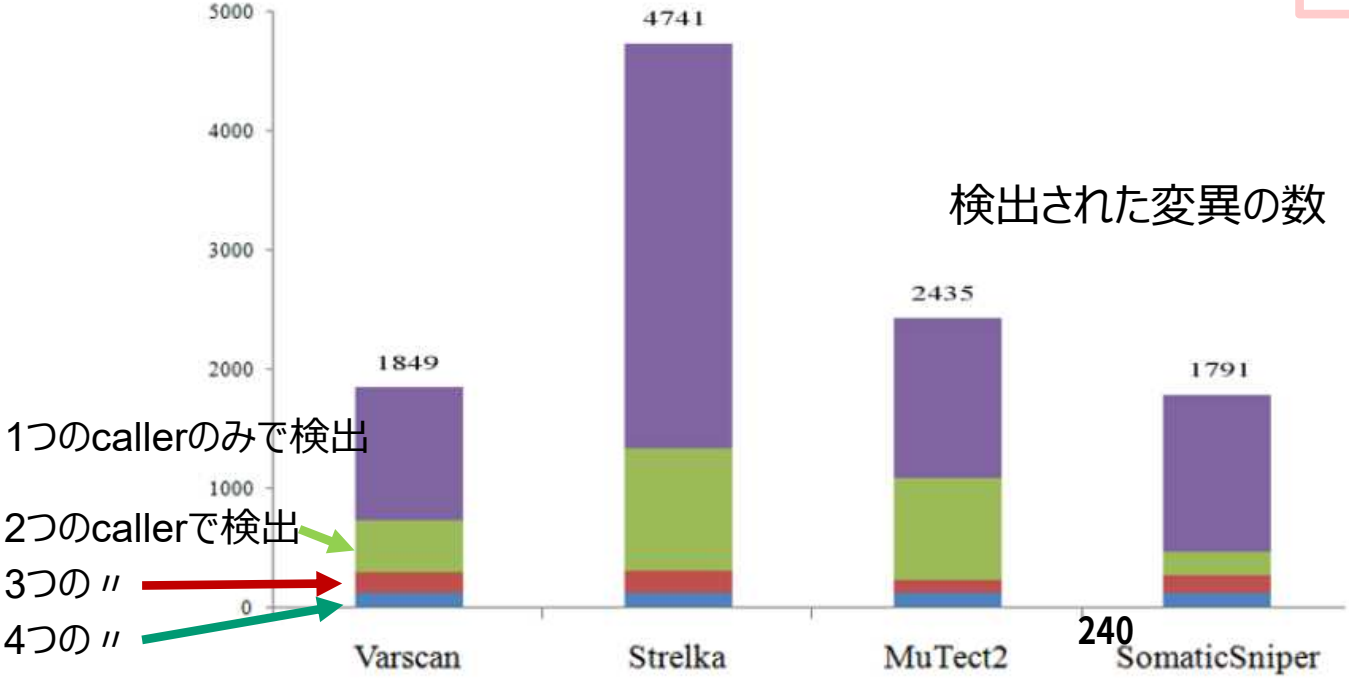
VCF1　VCF2　VCF3　VCF4

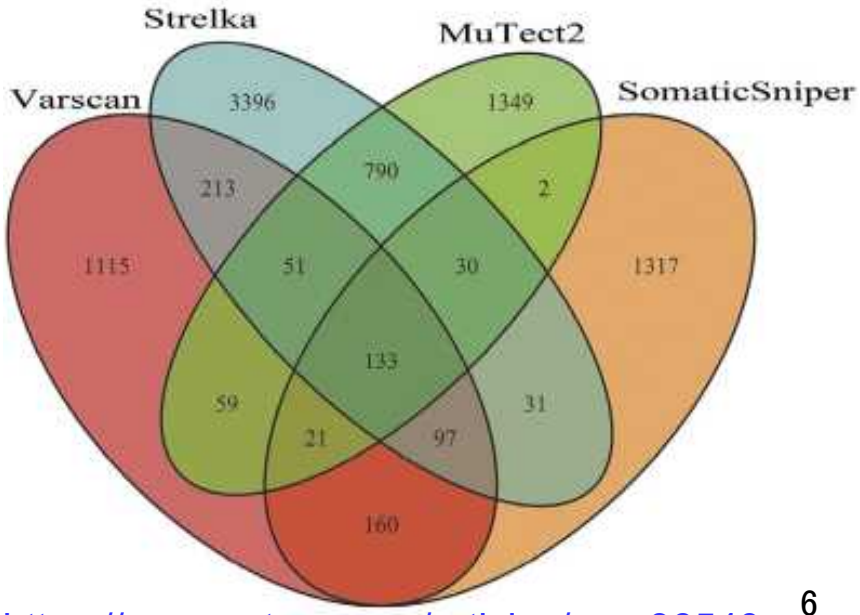
- ゲノム解析の技術・DBは、まだまだ発展途上。
- 比較的単純な一塩基変異（SNV）のコールでさえ、callerの違いにより、結果（VCF）がかなり異なる！

個々のcallerで見ても、そのcallerでしか見つからない変異が半分以上

Cai L, et al.
Sci Rep 6:36540, 2016

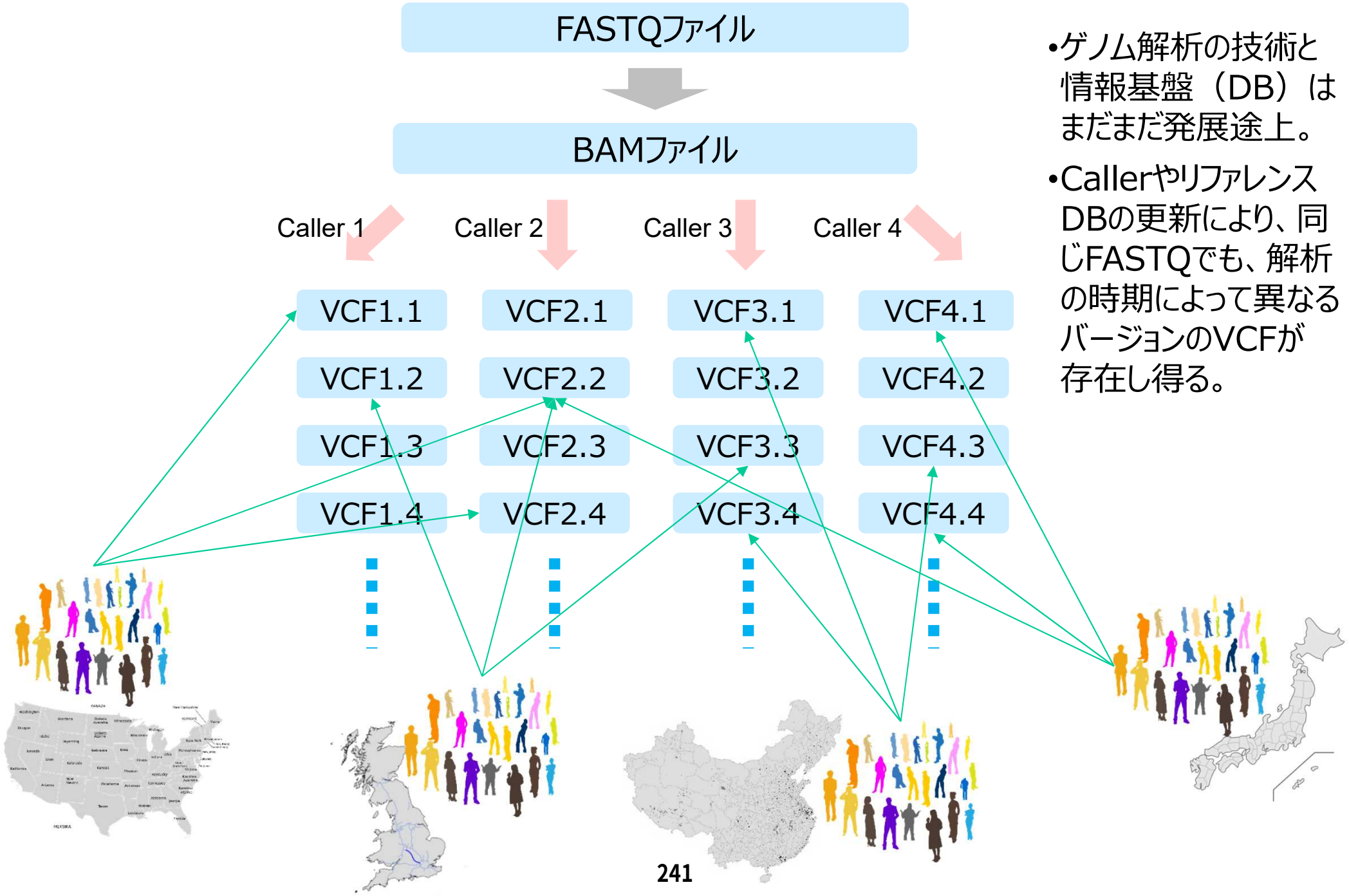
代表的な４つの変異callerのいずれかで検出された全ての変異のうち、複数のcallerで共通に検出された変異は20%程度であった。





https://www.nature.com/articles/srep36540

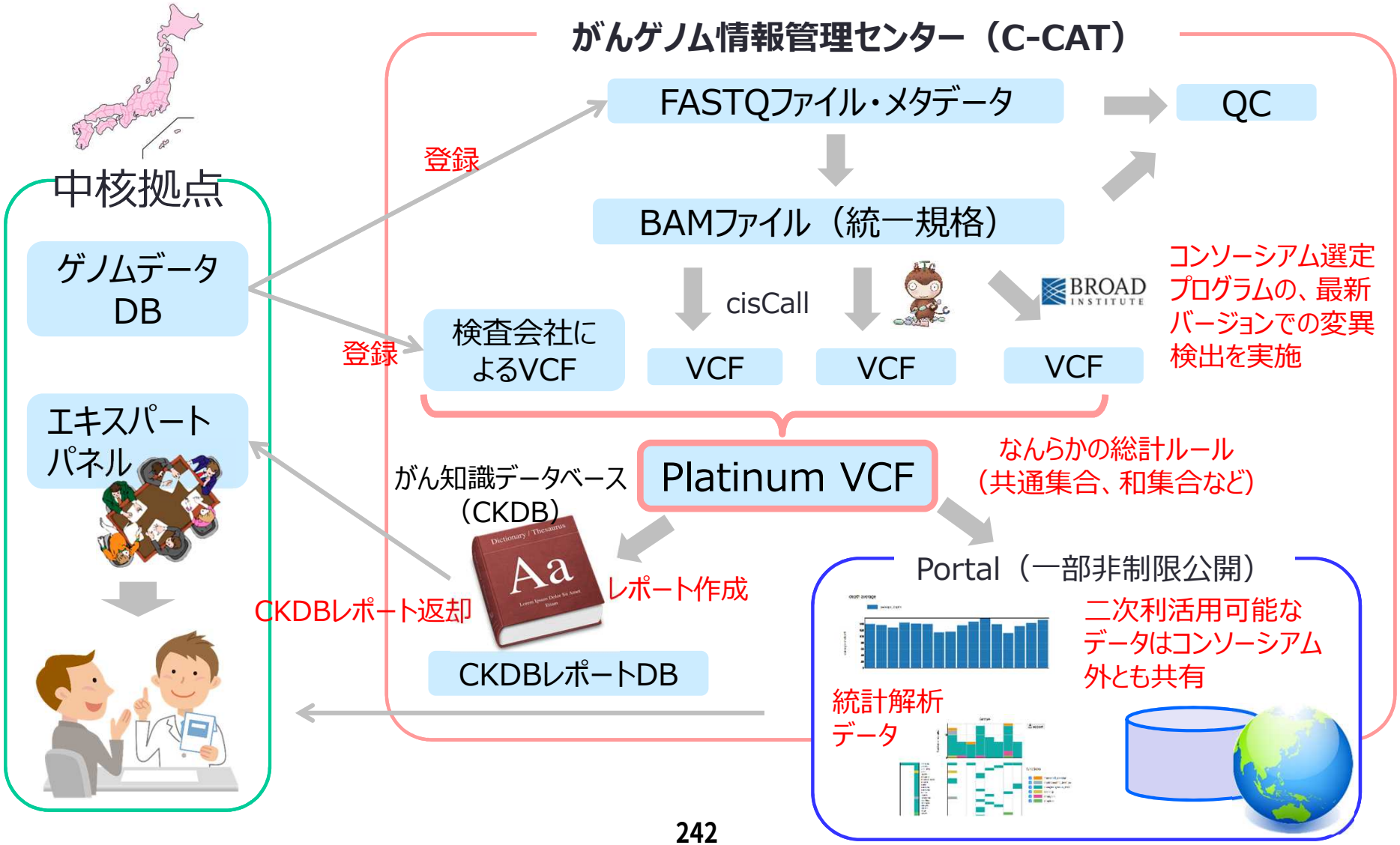
現状では、異なるアルゴリズムの異なるバージョンの日本人のデータが、世界の検査会社に散在するのみ



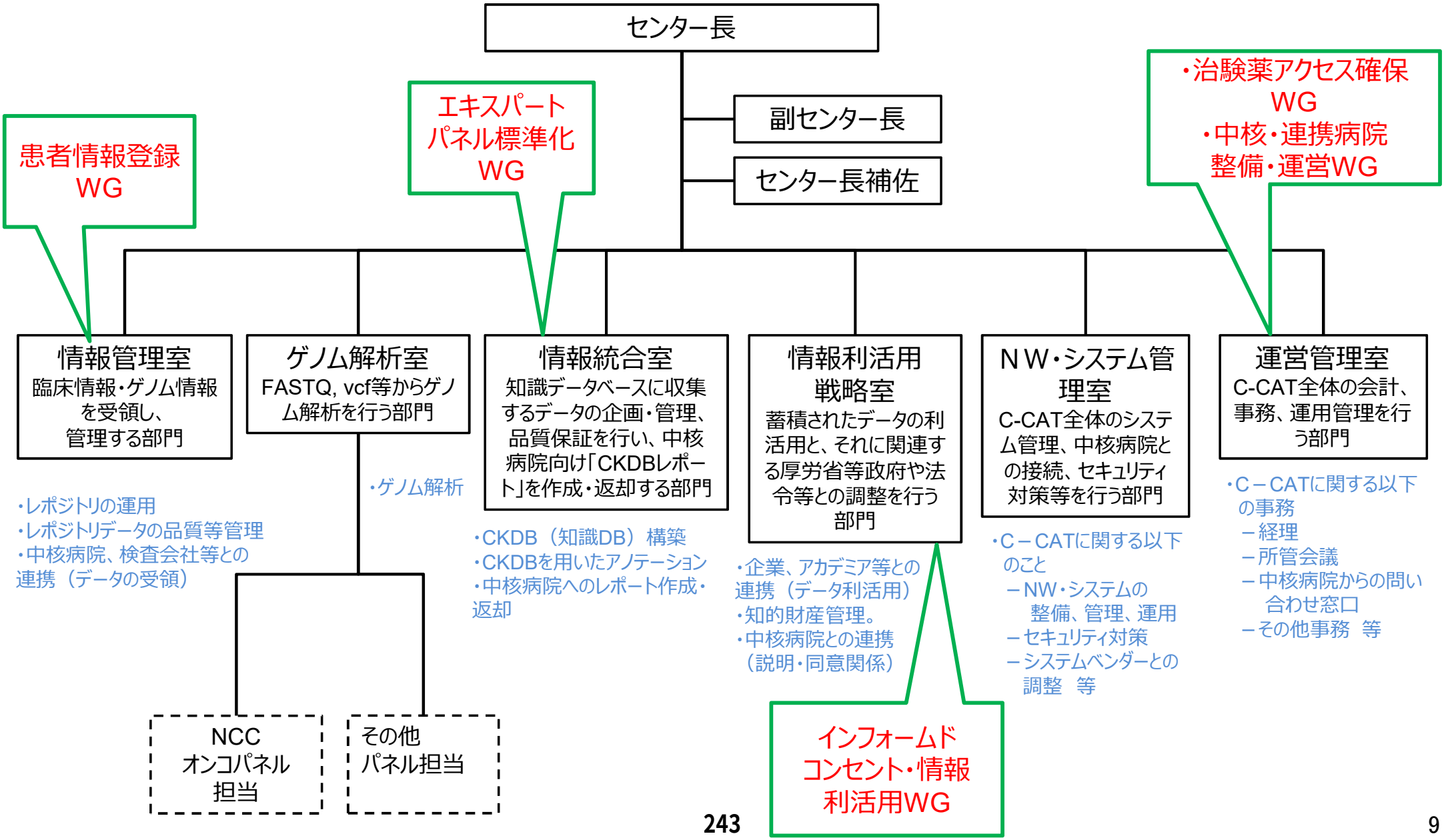
- ゲノム解析の技術と情報基盤（DB）はまだまだ発展途上。
- CallerやリファレンスDBの更新により、同じFASTQでも、解析の時期によって異なるバージョンのVCFが存在し得る。

C-CATの構想

1　当面は「検査会社によるVCF」を元にCKDBレポートを作成。
2　逐次、進化したプログラムによりFASTQから全データ再解析を行い、保険診療に役立てる。
3　第2段階として、最新のプログラムとC-CAT独自のプログラムで「Platinum VCF」を構築し、それに基づくCKDBレポートの作成を検討。



がんゲノム情報管理センター組織図



2018年6月1日　がんゲノム情報管理センター記者発表会　がんゲノム情報管理センター資料より改変

がんゲノム情報管理センター準備状況

	H29年度	H30年度			
		4-6	7-9	10-12	1-3
レポジトリーDB	DBのプロトタイプ完成、サーバーハードウェア構築	ソフトウェア仕様の確定・発注	開発		試運転
中核拠点側電子カルテシステム	プロトタイプ完成	入力情報の確定	開発	中核拠点側が行う実装に関する技術支援等	
CKDB	知識DB用の保険収載薬情報、治験情報、文献情報等の収集	定期的なバージョンアップ & キュレーターチームの編成			
解析パイプライン構築		想定されるパネルに対するパイプライン構築			試運転
中核拠点等との情報連携システム		中核拠点等からのデータ転送・参照システム、C-CATからの報告書送付システムの構築			

▲ 試運転

ゲノム医療に用いる遺伝子解析手法の検討

がん遺伝子パネル解析

保険医療としてゲノム解析を行う患者は化学療法を受ける患者を想定　≒ 多くの患者が外科治療の適応にならず、病理診断目的の生検（バイオプシー）標本から作ったFFPEを解析に使う。高重複度シークエンスが必要　→　がん遺伝子パネル（100~500種類の遺伝子解析）は、がんゲノム医療の普及に適している

長所　比較的安価、大型のコンピューター環境が不要
短所　新しいがん関連遺伝子の発見に限界

ホルマリン固定
パラフィン包埋検体
（FFPE）

ホルマリンによってDNA/RNAが
断片化。C→T置換エラーの増加





新鮮凍結検体

良質のDNA/RNA



全ゲノムシークエンス解析に適した良質のゲノムDNAが得られる。がんゲノム医療中核拠点病院の要件に新鮮凍結検体の保存体制が明記。　→　開発研究を進め、新たな医療を患者さんに届ける

長所　新しいがん関連ゲノム異常の同定。C-CATの臨床情報収集システムを使って解析することで、海外に比べて大きなアドバンテージ
短所　高価。大型のコンピューター環境・クラウドが必要

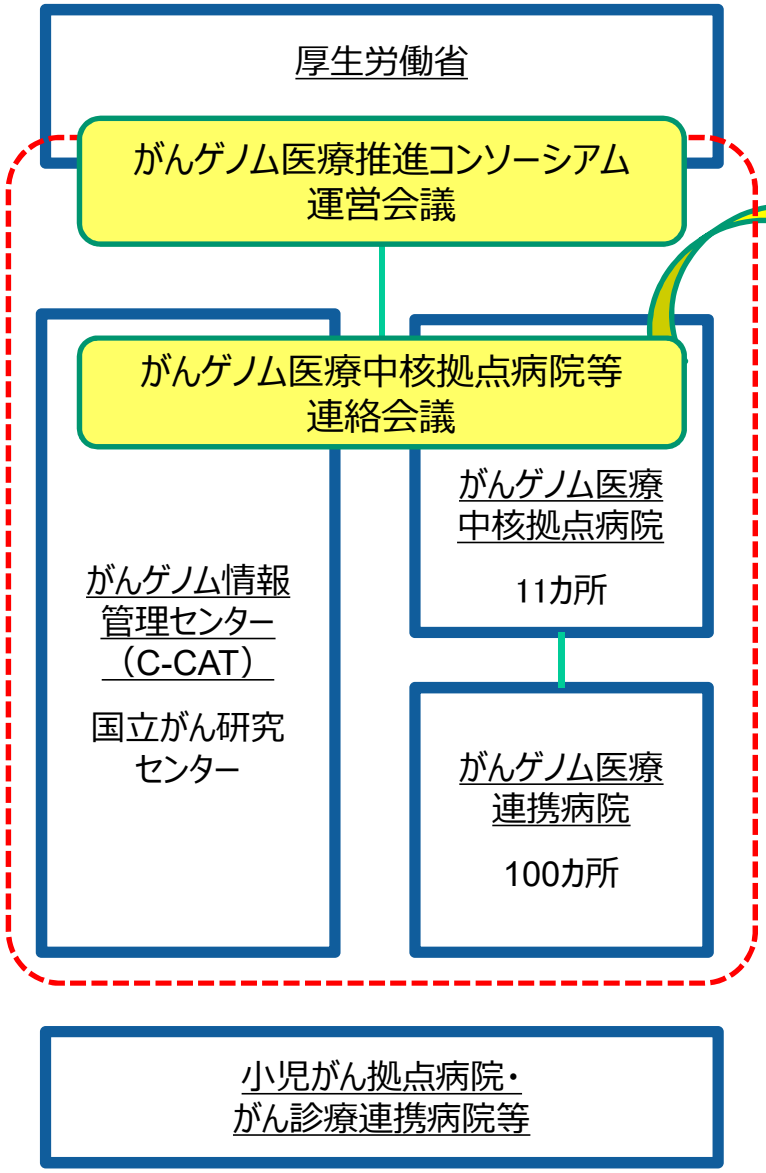
全ゲノムシークエンス解析

第1回 がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議
平成30年8月1日

資料３

がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議からの報告

がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議 WG（2018年5月設置）



がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議の下に、
５つのWGと実務者連絡会を設置した。

	WG名	略称
①	インフォームドコンセント・情報利活用WG	ICWG
②	患者情報登録WG	RPWG
③	エキスパートパネル標準化WG	EPWG
④	中核・連携病院整備・運営WG	HPWG
⑤	治験薬アクセス確保WG	DDWG
	中核病院等実務者連絡会	

① インフォームドコンセント・情報利活用WG（ICWG）

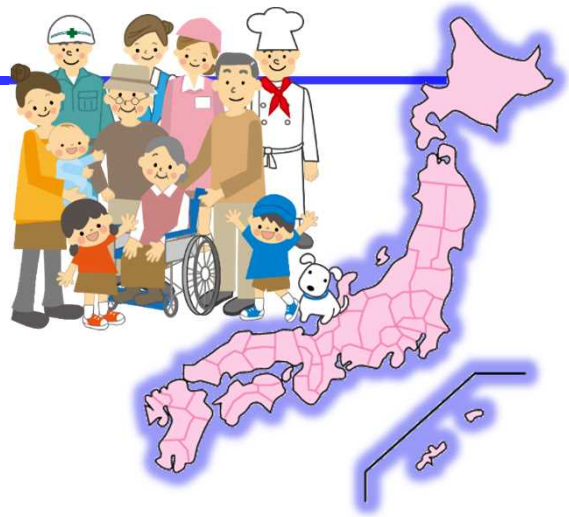
- 構成員（◎座長）

天野虎次　（北海道大学病院）
矢部一郎　（北海道大学病院）
新堀哲也　（東北大学病院）
新妻秀剛　（東北大学病院）
土原一哉　（国立がん研究センター東病院）
古川孝広　（国立がん研究センター東病院）
増井　徹　（慶應義塾大学病院）
織田克利　（東京大学医学部附属病院）
大瀬戸久美子（東京大学医学部附属病院）
◎武藤香織　（東京大学医学部附属病院）
中田はる佳（国立がん研究センター中央病院）
尾崎紀夫　（名古屋大学医学部附属病院）
小笠原一能（名古屋大学医学部附属病院）
森川真紀　（名古屋大学医学部附属病院）
畠山未来　（名古屋大学医学部附属病院）
武藤　学　（京都大学医学部附属病院）
金井雅史　（京都大学医学部附属病院）
山田崇弘　（京都大学医学部附属病院）
加藤和人　（大阪大学医学部附属病院）
酒井規夫　（大阪大学医学部附属病院）
山田　瞳　（大阪大学医学部附属病院）
平沢　晃　（岡山大学病院）
郷原英夫　（岡山大学病院）
柳　文修　（岡山大学病院）
河原直人　（九州大学病院）
吉田輝彦　（がんゲノム情報管理センター）
田代志門　（がんゲノム情報管理センター）

① ICWGの検討事項と進捗状況

論点	具体的検討事項	進捗状況
	○インフォームドコンセントにおいて、がんゲノム医療推進コンソーシアムとして共通性・整合性を確保すべき点の抽出と、共通ICF（案）の作成、そのELSI的根拠・考え方に関する検討を行う。 ○コンソーシアムがC-CATに集積するデータの公平・適切かつ有効な二次利活用のあり方を検討する。	○WGの開催状況および予定は下記の通り： ・第1回：7/4（水） ・第2回：7/30（月） ・第3回：8/20（月） ○事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有 ○WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出 ○インフォームドコンセント基本方針(案) 取りまとめ ○スケジュールの検討
インフォームドコンセント	・医療倫理、評価療養等や被検者保護に関連する法律や指針等。 ・上記及び下記のサブテーマの議論を踏まえたがん臨床現場での実効性のあるインフォームドコンセントとその撤回。	
患者説明SOP	・患者にクリニカルシークエンスを説明する際の手順の標準化。またそれに必要なパンフレット、動画等の作成。	
二次的所見取扱（事前の説明・同定基準・開示方針・遺伝カウンセリング）	・パネルによるsomaticクリニカルシークエンスの二次的所見からgermlineの遺伝診療への連絡。	
データ利活用	・創薬等におけるニーズの把握・発掘や、適切な個人情報保護・人権擁護、知財の取扱等の検討。二次利活用に基づく研究開発推進戦略（データ共有や利活用の方針決定プロセスを含む）の構想。	

C-CATの主な業務



1）ゲノム医療支援業務

- ゲノム/診療情報の収集・分析
- ゲノム医療参照ポータル構築、
  医師や国民への情報提供
- ゲノム検査の品質管理と向上（CKDB更新を含む）
- 臨床的/医療経済的な有用性の分析
- エキスパートパネル支援サービス:
  CKDBレポート返却
- 中核病院・連携病院のゲノム医療連携、
  ネットワークシステム管理支援

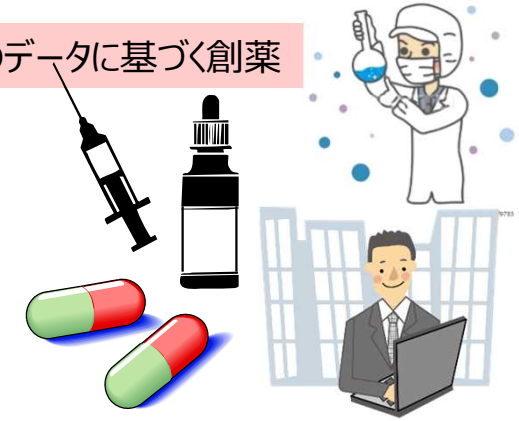
日本人がん患者に最適化されたゲノム医療の提供



2）研究支援業務

- 情報の利活用の審査
- 情報の利活用の運営業務全般
  （必要な情報抽出・匿名化・データ転送・
  問い合わせ対応・同意撤回対応・終了報告等）

日本人のデータに基づく創薬



C-CATの主な業務に対応したICの基本方針（案）

1）保険診療としてのゲノム検査実施の説明・同意に含める事項

① 説明：ゲノム/診療情報をC-CATに登録すること

② 説明：「がん登録」と突合すること
※関連法令を遵守して実施

③ 説明：中核病院・連携病院間で診療に関わる情報を共有すること
※合同で行うエキスパートパネルでの症例検討で、必要な情報を共有
※国内他施設の症例を検索、互いに比較照合することで過去の経験を活かす

④ 質問：胚細胞系列変異に関する結果返却の希望有無

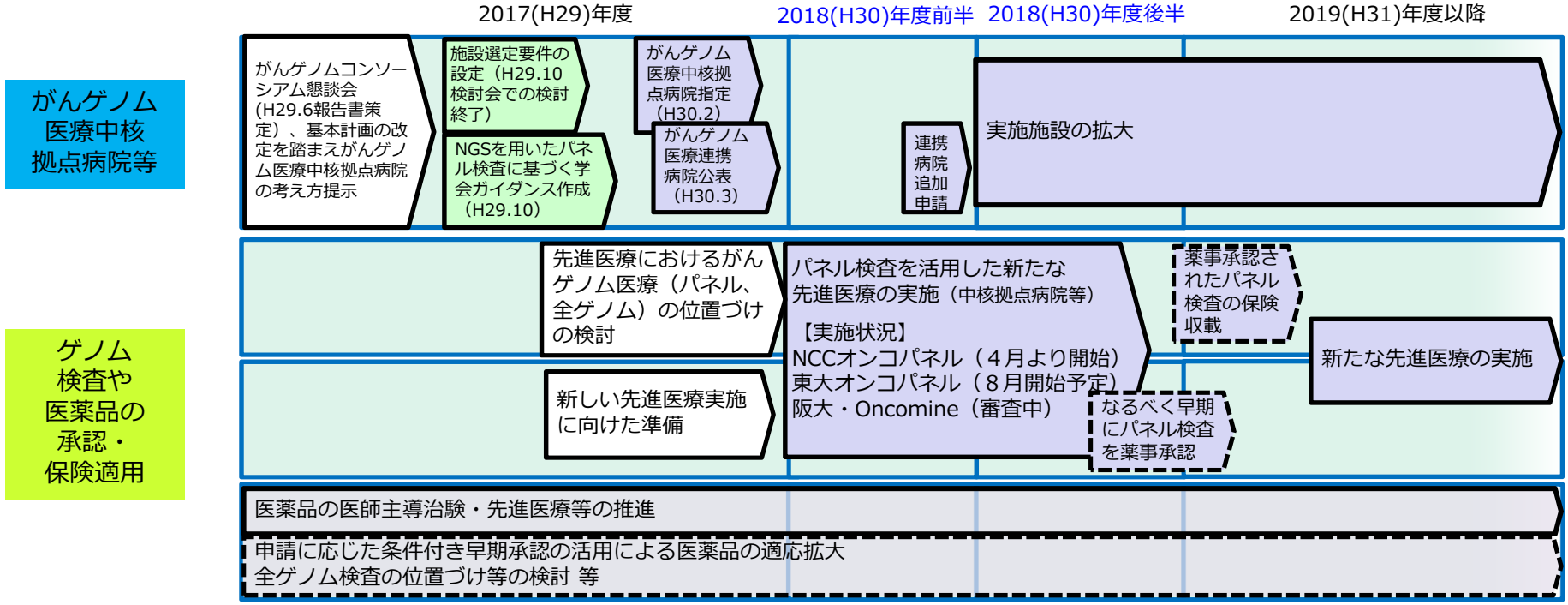
2）研究への利活用に対する同意

⑤ 情報利活用における包括的同意 (海外への情報提供を含む)
※日本人のゲノム医療の実績に基づく創薬・個別化医療開発等に貢献

⑥ 企業の製造販売承認申請に使われる可能性があることへの同意

がんゲノム医療実用化に向けたWG工程表（案）

WG案以外はがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年６月27日）概要より抜粋・一部改変



最初のWGの主な作業工程（案）

IC・情報利活用WG（ICWG）

SOP

共通ICF

二次利活用

ICF（WG案）→ 各拠点での確認 → IRB（NCC）

二次的所見

② 患者情報登録WG（RPWG）

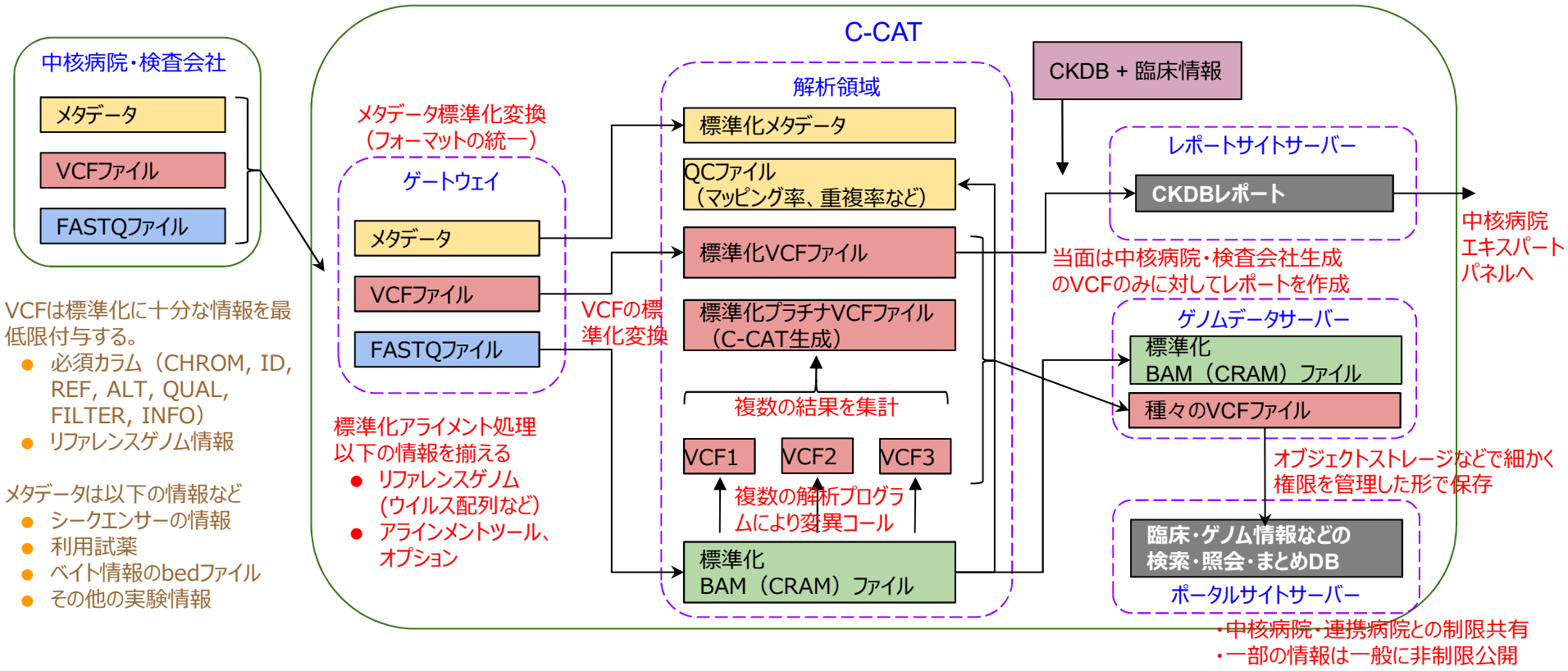
- 構成員（◎座長）

遠藤　晃	（北海道大学病院）	武藤　学	（京都大学医学部附属病院）
中山雅晴	（東北大学病院）	松本繁巳	（京都大学医学部附属病院）
荻島創一	（東北大学病院）	向井久美	（京都大学医学部附属病院）
島田宗昭	（東北大学病院）	松村泰志	（大阪大学医学部附属病院）
青柳吉博	（国立がん研究センター東病院）	武田理宏	（大阪大学医学部附属病院）
川添彬人	（国立がん研究センター東病院）	真鍋史朗	（大阪大学医学部附属病院）
土原一哉	（国立がん研究センター東病院）	郷原英夫	（岡山大学病院）
今井光穂	（慶應義塾大学病院）	柳　文修	（岡山大学病院）
井口亜橘	（慶應義塾大学病院）	森田瑞樹	（岡山大学病院）
◎大江和彦	（東京大学医学部附属病院）	中島直樹	（九州大学病院）
河添悦昌	（東京大学医学部附属病院）	神田橋忠	（九州大学病院）
中島典昭	（国立がん研究センター中央病院）	山下貴範	（九州大学病院）
白鳥義宗	（名古屋大学医学部附属病院）	白石友一	（がんゲノム情報管理センター）
舩田千秋	（名古屋大学医学部附属病院）	須藤智久	（がんゲノム情報管理センター）
佐藤菊枝	（名古屋大学医学部附属病院）	小田直之	（がんゲノム情報管理センター）

② RPWGの検討事項と進捗状況

論点	具体的検討事項	進捗状況
	○臨床情報収集項目の選定や、C-CATへのデータ転送ロジスティクス、二次利用を見据えたデータクリーニングや信頼性確保に関する手順策定を行う。 ○ゲノムデータの標準化や、他のWGと連携してCKDBレポートの作成手順の策定等を行う。	○WGの開催状況および予定は下記の通り： ・第1回：7/27（金） ○事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有 ○WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出 ○データ転送と標準化のモデル素案の作成 ○スケジュールの検討
臨床情報収集項目	・ゲノム医療のモニタリング・品質管理・データの創薬等への二次利用に必要かつ収集可能な臨床情報の選定と、収集項目の確定。	
臨床情報取扱の標準化	・各中核拠点病院・連携病院における臨床情報の収集・転送等における技術面・管理面の要件の抽出とコンソーシアムとして必要な整合性等の調整。	
ゲノムデータの標準化	・ゲノム医療推進コンソーシアムとして整合性のあるゲノム検査ID発行システムの策定。 ・C-CATに収集するゲノムデータ・メタデータの様式・項目等の標準化。	
データ転送ロジスティクス	・ゲノム情報と臨床情報のデータ転送におけるネットワーク・システムの構築及び運用面の検討。	

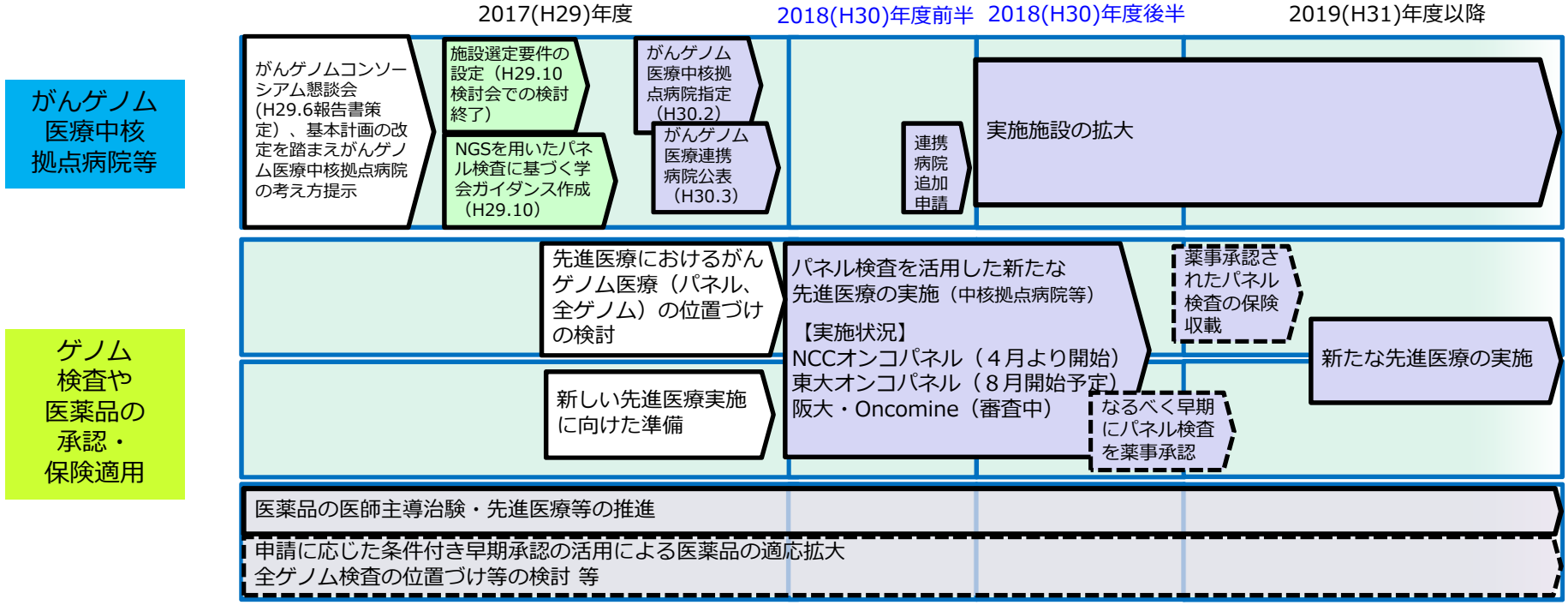
② 中核病院・検査会社からのゲノムデータ転送＆標準化モデル



- ゲノムデータの標準化
  - 複数の中核病院（自施設内検査）・検査会社による、複数の遺伝子パネルから生成されるゲノムデータの差異（リファレンスデータ、解析手法等）を標準化し、検索・照合可能なゲノムデータレポジトリとする。
- ゲノムデータの転送
  - 中核病院・検査会社の生成するデータを一式（もしくは、標準化に必要なファイルのみ）、そのままの形で転送（マニュアル作業を避けることで、ヒューマンエラー、中核病院・検査会社側の負担を軽減）。
  - 中核病院・検査会社から転送されたVCFやメタデータは、スクリプト処理により標準化がなされ、レポジトリに格納される形となること。

がんゲノム医療実用化に向けたWG工程表（案）

WG案以外はがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年６月27日）概要より抜粋・一部改変



最初のWGの主な作業工程（案）

患者情報登録WG（RPWG）

- 臨床情報項目
- ID発行システム
- 臨床情報取扱標準化
- ゲノムデータの標準化
- データ転送ロジスティクス

→ ・実運用の中での検証・改修・改善・新たな課題の抽出
→ ・運用マニュアル・研修等の整備

③ エキスパートパネル標準化WG（EPWG）

- 構成員（◎座長、○副座長）

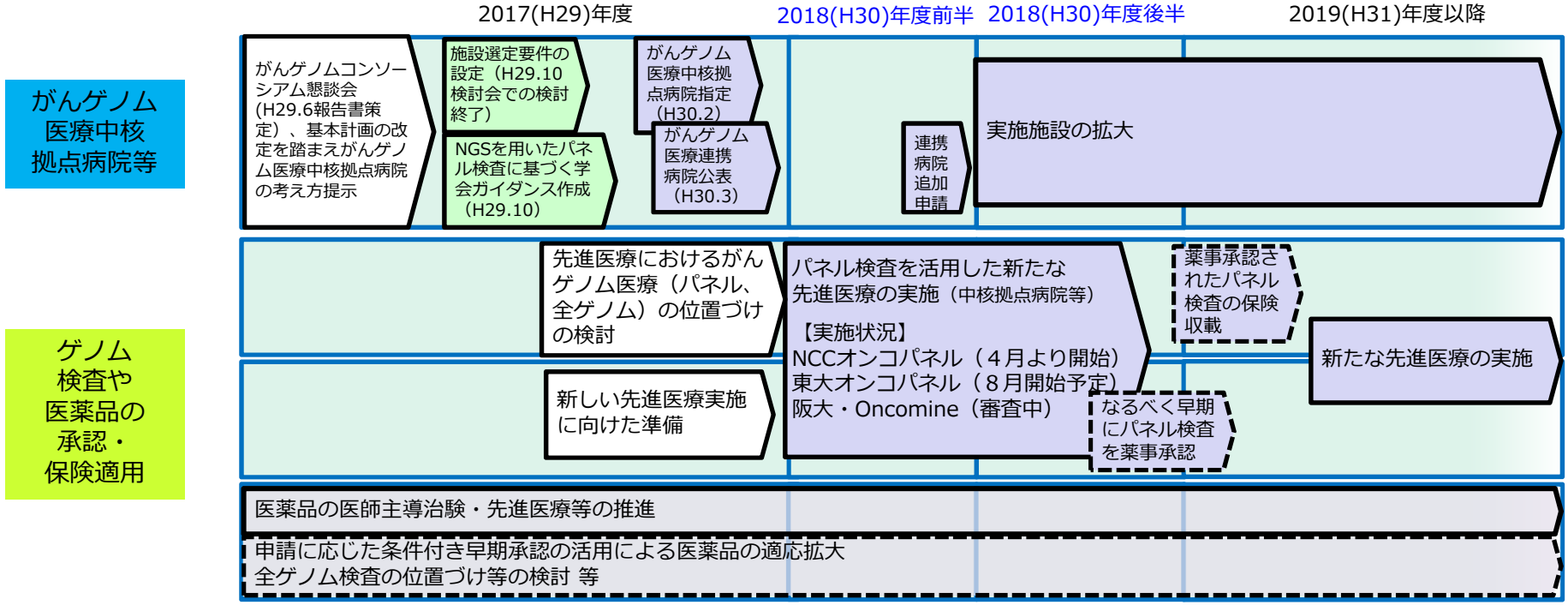
天野虎次	（北海道大学病院）
古川　徹	（東北大学病院）
小峰啓吾	（東北大学病院）
向原　徹	（国立がん研究センター東病院）
内藤陽一	（国立がん研究センター東病院）
吉野孝之	（国立がん研究センター東病院）
林　秀幸	（慶應義塾大学病院）
加藤容崇	（慶應義塾大学病院）
◎油谷浩幸	（東京大学医学部附属病院）
鹿毛秀宣	（東京大学医学部附属病院）
安藤瑞生	（東京大学医学部附属病院）
○角南久仁子	（国立がん研究センター中央病院）
夏目敦至	（名古屋大学医学部附属病院）
安藤雄一	（名古屋大学医学部附属病院）
國料俊男	（名古屋大学医学部附属病院）
前田　修	（名古屋大学医学部附属病院）
青木恒介	（名古屋大学医学部附属病院）
金井雅史	（京都大学医学部附属病院）
近藤知大	（京都大学医学部附属病院）
谷内田真一	（大阪大学医学部附属病院）
森　正樹	（大阪大学医学部附属病院）
岡田随象	（大阪大学医学部附属病院）
原口直紹	（大阪大学医学部附属病院）
白月　遼	（大阪大学医学部附属病院）
平沢　晃	（岡山大学病院）
豊岡伸一	（岡山大学病院）
遠西大輔	（岡山大学病院）
馬場英司	（九州大学病院）
岩間映二	（九州大学病院）
沖　英次	（九州大学病院）
吉田輝彦	（がんゲノム情報管理センター
高阪真路	（がんゲノム情報管理センター）

③ EPWGの検討事項と進捗状況

論点	具体的検討事項	進捗状況
	○各中核拠点病院で行われるエキスパートパネルの構成や審議手順等について情報共有し、共通化すべき点を抽出、合意案を策定する。 ○H29年度AMED調整費で構築を開始したCKDB（がん知識データベース）を進化させるための仕組み等の設計を行う。	○WGの開催状況および予定は下記の通り： ・第1回：6/26（火） ・第2回：7/16（月） ○事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有 ○WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出 ○スケジュールの検討 ○各拠点でのエキスパートパネル実施状況やエビデンスレベル分類に関するアンケートの実施
エビデンスレベル分類の標準化	・がん臨床現場が求めるアノテーション情報の把握。 ・ゲノム解析結果に対する分析的妥当性・臨床的妥当性・臨床的有用性に関する評価の在り方の検討。	
エキスパートパネルの標準化	・各中核病院で行われるエキスパートパネルの構成や審議手順等についての情報共有と、共通化すべき点の抽出、合意案策定。	
CKDBの構築とキュレーション	・CKDBキュレーターチームの編成と、キュレーションシステムの構築と運用に関する検討。	

がんゲノム医療実用化に向けたWG工程表（案）

WG案以外はがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年６月27日）概要より抜粋・一部改変



最初のWGの主な作業工程（案）

エキスパートパネル標準化WG（EPWG）

エビデンスレベル分類

エキスパートパネル標準化

・実運用の中での検証・改修・改善・新たな課題の抽出

・運用マニュアル・研修等の整備

CKDB構築

CKDBキュレーション

④ 中核・連携病院整備・運営WG（HPWG）

- 構成員（◎座長）

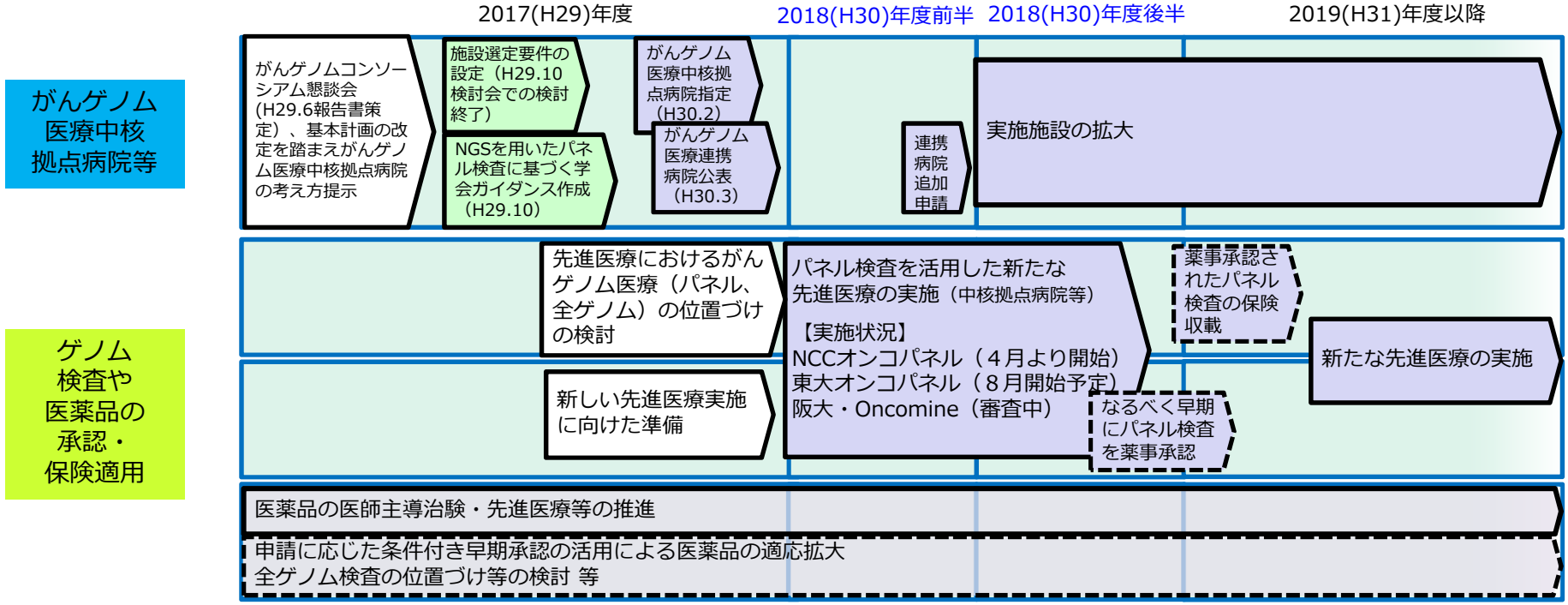
松野吉宏　（北海道大学病院）
秋田弘俊　（北海道大学病院）
城田英和　（東北大学病院）
徳永英樹　（東北大学病院）
桑田　健　（国立がん研究センター東病院）
◎土原一哉　（国立がん研究センター東病院）
向原　徹　（国立がん研究センター東病院）
西原広史　（慶應義塾大学病院）
四十物絵理子（慶應義塾大学病院）
柳田絵美衣（慶應義塾大学病院）
矢冨　裕　（東京大学医学部附属病院）
牛久哲男　（東京大学医学部附属病院）
牛久　綾　（東京大学医学部附属病院）
大熊ひとみ（国立がん研究センター中央病院）
柿島裕樹　（国立がん研究センター中央病院）
安藤雄一　（名古屋大学医学部附属病院）
中黒匡人　（名古屋大学医学部附属病院）
加藤克幸　（名古屋大学医学部附属病院）
武藤　学　（京都大学医学部附属病院）
森井英一　（大阪大学医学部附属病院）
前田大地　（大阪大学医学部附属病院）
谷内田真一（大阪大学医学部附属病院）
森田瑞樹　（岡山大学病院）
柳文　修　（岡山大学病院）
冨田秀太　（岡山大学病院）
馬場英司　（九州大学病院）
岩間映二　（九州大学病院）
久保　真　（九州大学病院）
沖田南都子（がんゲノム情報管理センター）

④ HPWGの検討事項と進捗状況

論点	具体的検討事項	進捗状況
	○中核拠点病院・連携病院がコンソーシアムのメンバーとして整備・運営すべき事項であって、一定の共通化や、調整・合意が必要な課題に取り組む。他のWGが取り組む課題を除く。	○WGの開催状況および予定は下記の通り： ・第1回：7/9（月） ・第2回：8/27（月） ○事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有 ○WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出 ○スケジュールの検討 ○アンケートによる現状調査
拠点内・連携間ロジスティックスの検討	・中核病院・連携病院の連絡体制の構築（当面は中核病院等実務者連絡会の代行）。 ・中核病院・連携病院・管理センターの分担範囲とやり取りに関する検討。 ➢ 情報のやり取り ➢ エキスパートパネル運営 ➢ 費用負担 【特に重要な課題】 ● 特に中核−連携間の、診療情報の適切な共有方法（個人情報保護に関する整理） ● ゲノム医療における中核および連携病院の費用負担（C-CATへのデータ転送システム構築・運営費用、連携病院におけるデータ入力人件費等を含む）	
検体取扱SOPの策定	・ゲノム医療の品質保証・標準化に向けた、必要な情報の共有、現状課題の把握、対策の検討 ➢ 病理検体の取扱や院内ゲノム検査の品質管理・保証等 ➢ 各施設の整備のために必要なリソース確保の方策。 【特に重要な課題】 ● 専門人材の育成と配置に係る課題の抽出と関係学会等との調整	
院内ゲノム検査の品質保証		

がんゲノム医療実用化に向けたWG工程表（案）

WG案以外はがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年６月27日）概要より抜粋・一部改変



最初のWGの主な作業工程（案）

中核・連携病院整備・運営WG（HPWG）

検体SOP → 拠点・連携ロジ → 施設整備

中核・連携連絡体制構築 → 中核病院等実務者連絡会

⑤ 治験薬アクセス確保WG（DDWG）

- 構成員（◎座長）

秋田弘俊	（北海道大学病院）
佐藤典宏	（北海道大学病院）
高野忠夫	（東北大学病院）
高橋雅信	（東北大学病院）
布施　望	（国立がん研究センター東病院）
土井俊彦	（国立がん研究センター東病院）
高石官均	（慶應義塾大学病院）
浜本康夫	（慶應義塾大学病院）
鈴木洋史	（東京大学医学部附属病院）
坂中千恵	（東京大学医学部附属病院）
永井純正	（東京大学医学部附属病院）
◎藤原康弘	（国立がん研究センター中央病院）
清井　仁	（名古屋大学医学部附属病院）
橋本直純	（名古屋大学医学部附属病院）
西脇聡史	（名古屋大学医学部附属病院）
武藤　学	（京都大学医学部附属病院）
金井雅史	（京都大学医学部附属病院）
佐藤太郎	（大阪大学医学部附属病院）
水木満佐央	（大阪大学医学部附属病院）
新谷　康	（大阪大学医学部附属病院）
原口直紹	（大阪大学医学部附属病院）
長友　泉	（大阪大学医学部附属病院）
田端雅弘	（岡山大学病院）
堀田勝幸	（岡山大学病院）
久保寿夫	（岡山大学病院）
西森久和	（岡山大学病院）
戸高浩司	（九州大学病院）
柴田大朗	（がんゲノム情報管理センター）

⑤ DDWGの検討事項と進捗状況

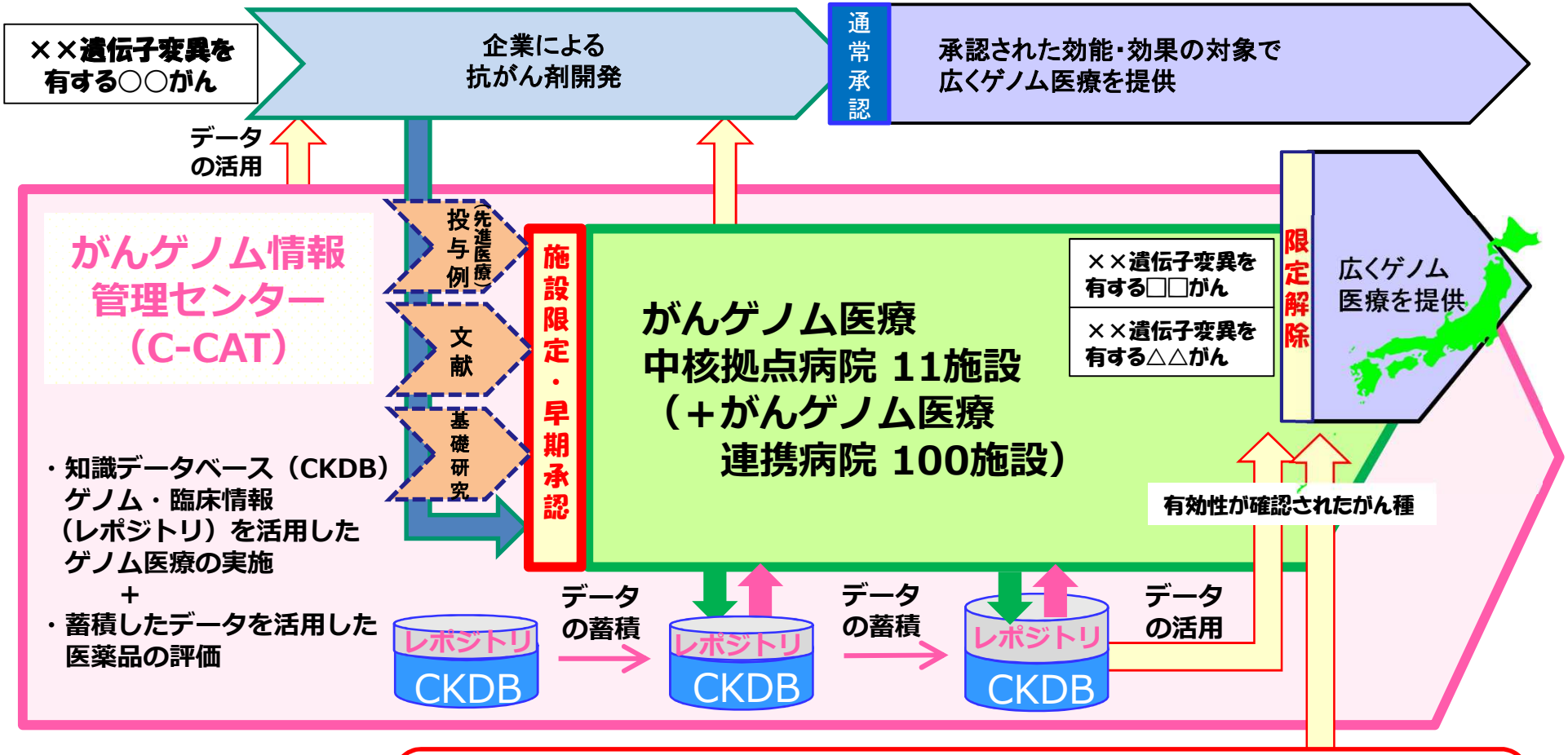
論点	具体的検討事項	進捗状況
	○各中核・連携病院が担うゲノム医療の「出口」機能について、コンソーシアムのメンバーとしての情報共有と、一定の共通化や、調整・合意、共同での行政・規制当局等に提言や交渉が必要な課題の検討を行う。	○WGの開催状況および予定は下記の通り： ・第1回：7/10（火） ○事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有 ○WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出 ○スケジュールの検討 ○未承認・適応外薬へのアクセス向上のための方策、それに伴い生じるリスクへの対応策について議論 ○保険外併用療養のあり方について提案
中核拠点病院・連携病院における未承認薬・適応外使用等のあり方	・臨床研究中核病院・特定機能病院等における未承認薬・適応外使用等の制度と、薬事承認・保険償還のあり方。	
個別化医療と創薬の同時推進	・患者の治療選択肢提供と、企業における創薬の両者を促進する方策。	
がんゲノム医療の有用性評価	・様々な視点のアウトカム指標によるがんゲノム医療の有用性・波及効果に関する検討と発信法。	

C-CATとがんゲノム医療中核拠点病院の基盤を活用した 条件付（施設限定）早期承認とファルマコビジランスによる 希少がん患者*の抗がん剤アクセス迅速化スキーム

DDWG

（遺伝子変異に基づく薬剤開発イメージ）

市販直後調査・使用成績調査ではリアルタイムな試料分析/原因探索ができず、十分なファルマコビジランスを達成できない

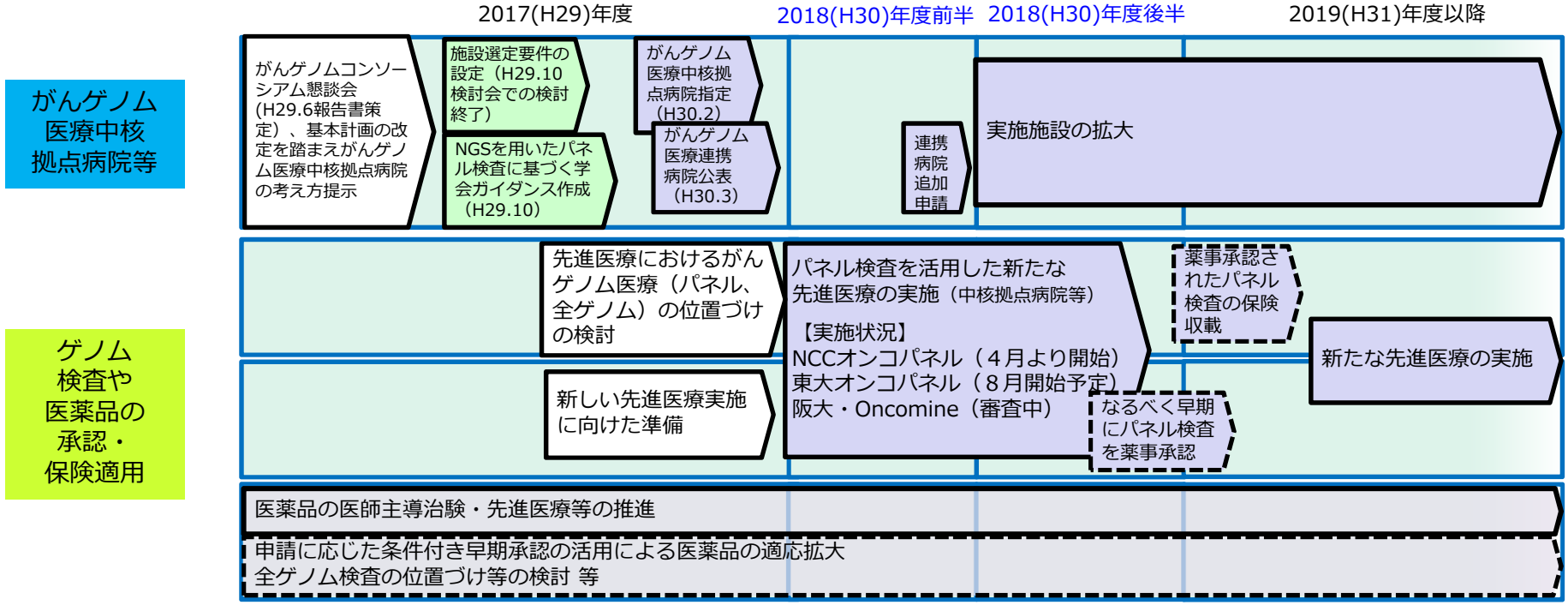


・エビデンス、患者数、治療の困難さによって、施設限定の程度を設定
・条件付き早期承認後、C-CAT、中核拠点病院等による投与例情報収集・解析、企業と協働して実施する、速やかなゲノム情報等を活用したファルマコビジランス、など
・必要に応じて試料分析、臨床薬理試験（投与量確認・安全性評価）等を実施

*希少フラクションがん患者を含む

がんゲノム医療実用化に向けたWG工程表（案）

WG案以外はがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会（平成29年６月27日）概要より抜粋・一部改変



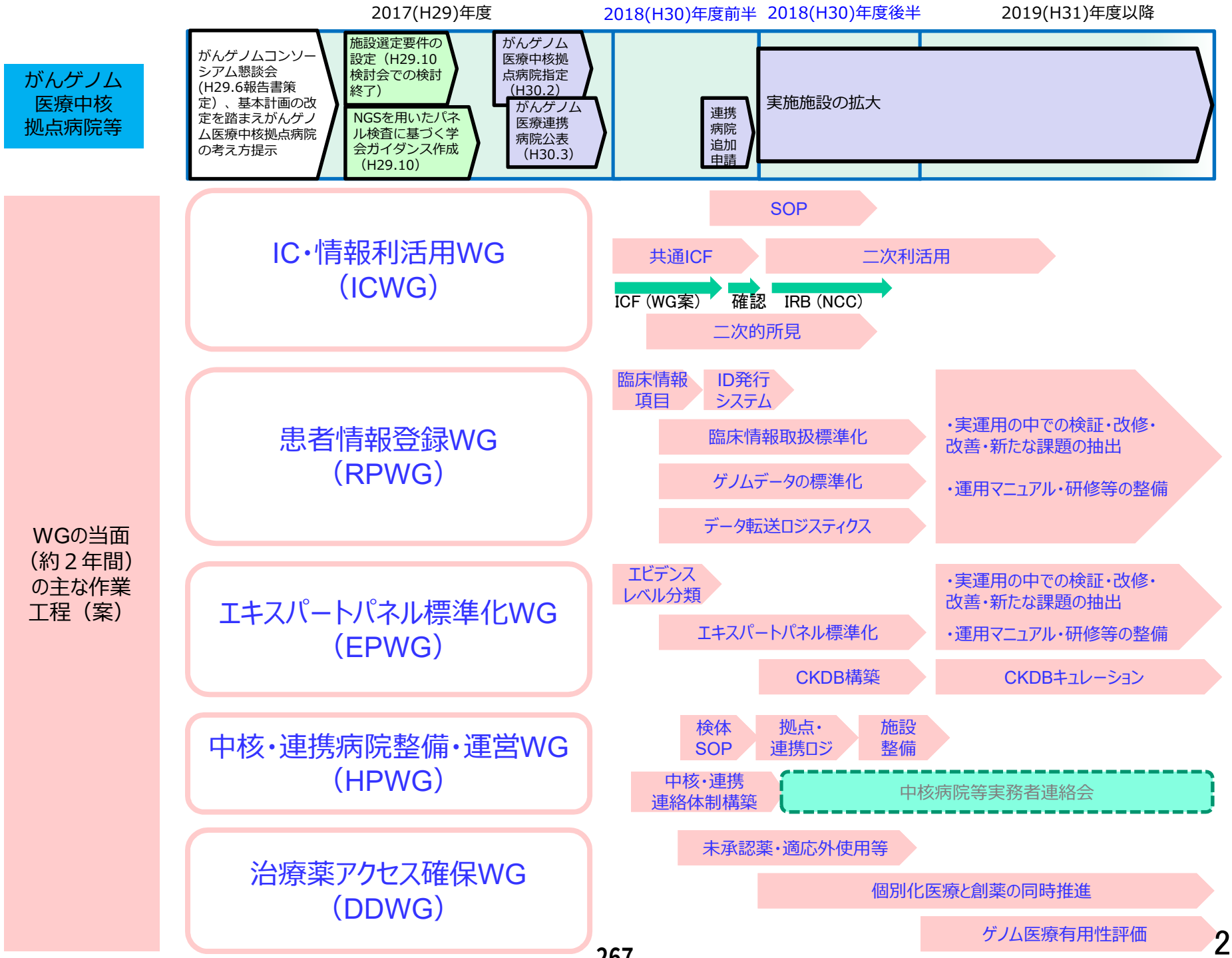
最初のWGの主な作業工程（案）

治験薬アクセスWG（DDWG）

未承認薬・適応外使用等

個別化医療と創薬の同時推進

ゲノム医療有用性評価


2017(H29)年度
2018(H30)年度前半
2018(H30)年度後半
2019(H31)年度以降
がんゲノム医療中核拠点病院等
がんゲノムコンソーシアム懇談会(H29.6報告書策定)、基本計画の改定を踏まえがんゲノム医療中核拠点病院の考え方提示
施設選定要件の設定（H29.10検討会での検討終了）
NGSを用いたパネル検査に基づく学会ガイダンス作成（H29.10）
がんゲノム医療中核拠点病院指定（H30.2）
がんゲノム医療連携病院公表（H30.3）
連携病院追加申請
実施施設の拡大
WGの当面（約２年間）の主な作業工程（案）
IC・情報利活用WG（ICWG）
SOP
共通ICF
二次利活用
ICF（WG案）
確認
IRB（NCC）
二次的所見
患者情報登録WG（RPWG）
臨床情報項目
ID発行システム
臨床情報取扱標準化
ゲノムデータの標準化
データ転送ロジスティクス
・実運用の中での検証・改修・改善・新たな課題の抽出
・運用マニュアル・研修等の整備
エキスパートパネル標準化WG（EPWG）
エビデンスレベル分類
エキスパートパネル標準化
CKDB構築
CKDBキュレーション
・実運用の中での検証・改修・改善・新たな課題の抽出
・運用マニュアル・研修等の整備
中核・連携病院整備・運営WG（HPWG）
検体SOP
拠点・連携ロジ
施設整備
中核・連携連絡体制構築
中核病院等実務者連絡会
治療薬アクセス確保WG（DDWG）
未承認薬・適応外使用等
個別化医療と創薬の同時推進
ゲノム医療有用性評価

WGの進捗状況のまとめ

- 全WG共通：
  - 第1-2回のWGの開催
  - 事業全体の目的・意義・方法・工程に関する認識・意見の共有
  - WGの位置づけの確認、目標設定、当面の論点・課題の抽出
  - スケジュールの検討
- 個別WG：
  - ICの基本方針（案）の作成
  - データ転送と標準化のモデル素案の作成
  - アンケートによる現状調査：
    - エキスパートパネル実施状況
    - エビデンスレベル分類
    - 中核拠点病院・連携病院の整備状況・計画
  - 未承認・適応外薬へのアクセス向上のための方策、それに伴い生じるリスクへの対応策についての議論
  - 保険外併用療養のあり方についての提案

参考資料３

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会
報告書

～国民参加型がんゲノム医療の構築に向けて～

平成 29 年 6 月 27 日

はじめに

がんは、平成 28 年の新たな罹患者数が約 100 万人と予測され、国民の約２人に１人は生涯のうちにがんに罹患すると推計されている。がんに対しては、がん対策基本法に基づく基本計画により取り組みが進められているが、平成 28 年 12 月 27 日に開催された「がんゲノム医療フォーラム 2016」において、安倍内閣総理大臣より、塩崎厚生労働大臣に対して「がんに立ち向かう国民の命を守るため、がんゲノム医療の計画的な推進」について言及があった。

1990 年に始まったヒトゲノム計画ではヒト 1 人分の全ゲノム解析に、13 年の歳月と 30 億ドルの費用を要していたが、その後の目覚ましい技術進歩により、2016 年には期間は１週間以下にまで短縮し、費用も約 1000 ドルにまで低廉化してきた。こうした技術革新により、次世代シークエンサーを用いたゲノム解析は、研究のみならず、患者の診断・治療といった診療への応用がひろがってきている。そして、人工知能を含めた進展著しい情報通信技術を用い、ゲノム情報を含めた大量の医療情報を効率的に研究で活用することにより、いよいよゲノム変異を標的とした「がんの撲滅」に人類の手が届くところまで来ている。

「がんの撲滅」には、がんの原因となるゲノム変異の探索、免疫チェックポイント阻害剤に代表されるがん免疫の活性化による治療法、放射線等の物理的エネルギーを効果的に用いた治療法、ゲノム解析技術の進展により低侵襲ながんモニタリングを可能とするリキッドバイオプシーの技術開発など、様々な分野の革新的な治療法や診断法の開発が不可欠である。

世界に先がけた新たな革新的治療法や診断法を開発していくためには、個々の患者のがんの原因となったゲノム変異情報、その患者への治療法やその効果及び副作用に関する情報などの臨床情報を、より多くの患者について、より医学的に信頼性のある情報として集約し、研究・診療で利活用できるようにしなければならない。その際、特に重要になるのは全エクソーム※や全ゲノム等の、これまで十分に解析が行われていない情報を収集し、研究利用する効率的な仕組みの構築である。

※全ゲノムのうちタンパク質の生成を直接的に司ると考えられる領域（全ゲノムの１％程度）

本懇談会では、「がん撲滅」こそが、がんに立ち向かう国民の望みであるとの認識を共有し、技術革新の果実を確実に国民に届けるための具体的方策について検討を行った。その際、ゲノム情報とがん登録情報や医療機関の電子カルテ情報等のリアルワールドデータとの相関分析による革新的治療法の探索や人工知能等の情報通信技術のがんゲノム医療への応用を遅滞なく進めるため、平成29年１月、厚生労働大臣を本部長として設置された「データヘルス改革推進本部」と連携しながら検討を進めた。

がんゲノム医療とは

がんは、遺伝的なものや、ウイルス感染等による後天的な細胞のゲノム変異を原因として、細胞が無秩序に増殖し、他の組織や臓器に転移する性質を獲得することにより発症する。このため、がん組織を摘出または採取し、そのゲノムを調べることによりその性状を確認することができる。ヒトの細胞は約３０億個の塩基対により構成されているが、個々の患者のがん細胞を調べると、患者毎に変異のパターンは異なっており、さらに患者一人ひとりのがん組織の中でも、その組織を構成する個々の細胞ごとに変異のパターンが微妙に異なることも分かっている。がんは患者ごと、細胞ごとに多様である。さらに治療薬の投与等により、時間軸でもゲノムの変異は変化し、それにより薬が効きにくくなるなどがんの性質が変化することも分かっている。

現在のがん治療においても、一部のゲノム変異（３０億塩基対のうちの１つ又は数個）については変異の有無を個別に検査し、その結果に応じた治療薬の使い分けは行われている。ただ、上述の通り、患者ごと、細胞ごとに多様な変異が認められるがんに対しては、このように個別に変異を検索することは時間もかかり、限られた情報だけで行う治療は決して満足できるものではない。

次世代シークエンサーを用いたゲノム解析を医療現場で用い、患者ごと、細胞ごとのゲノム変異を明らかにし、その結果に即して行う医療が、がんゲノム医療である。本懇談会では、がんゲノム医療を「がん患者の腫瘍部および正常部のゲノム情報を用いて治療の最適化・予後予測・発症予防をおこなう医療（未発症者も対象とすることがある。またゲノム以外のマルチオミックス情報も含める）」と定義し、検討を行った。

ただ、ゲノム解析の結果を治療方針の決定等に用いる場合には、人的エラー回避のシステム構築等も含め、研究目的の場合と比べて数倍～数十倍もの精度が求められ、検査の標準化等を早急に確立する必要がある。

また、仮に、患者のがん細胞の全ゲノムを解析した場合、次世代シークエンサーが示す解析結果は約３０億個の記号の羅列であり、がん診療に従事する担当医が個々の患者に対する治療法の決定等にこの情報を活用するためには、以下に示す工程が必要となる（一例を示す）。

① 約３０億個の記号の羅列⇒（別途解析する正常部位との違い等による）原因候補変異の抽出

② 抽出された原因候補変異 ⇒ 原因となっている変異の同定

③ 同定された変異 ⇒ 患者に合った治療法の選択

制度的対応の必要性

わが国の医療保険制度においては、有効性・安全性等が確認された製品や技術は保険医療として広く国民に提供し、保険導入を見据えた高度の医療技術等を用いた医療は、先進医療として保険診療との併用が認められている。

「がんの撲滅」のためには、ゲノム解析検査等が広く国民に対し医療として提供され、その情報が集約・利活用されることが望ましい。しかし、現時点においては、これらの検査により明らかとなる情報のうち、患者の治療法の決定等の医療上の利用において有効性・安全性が確認できる情報はほんの一部に過ぎず、全体として有効性・安全性が確認された医療として国民に提供することは難しい状況にある。

一方で、ゲノム解析技術の進展により、各種ゲノム解析検査により明らかとなる知見が急速に拡大し、より柔軟な科学的評価を行う必要性が生じていることも事実であり、厚生労働省において、以下に示す制度的対応が検討されている。

○ 既存治療薬の選択（コンパニオン診断）だけでなく、広く治療に係る医学的判断に資する「遺伝子パネル検査※」についても、必要に応じて先進医療

の実施を経て、新たな視点で科学的に評価することにより薬事承認し、その有効性や安全性を確保できる一定の要件を満たす医療機関において費用対効果を踏まえつつ保険診療として実施すること。

○　下記の全エクソーム解析や全ゲノム解析等の結果により、医学的意義が明らかとなった変異等を踏まえ、遺伝子パネル検査の充実を目指すこと。

※　がん等に関する遺伝子を複数同時に測定する検査

○　全エクソーム解析や全ゲノム解析等の探索的な医療について、それにより得られる知見を新たな視点で科学的に評価することにより明らかになる臨床的意義を踏まえつつ先進医療に位置づける。さらに、先進医療として実施する際には、その情報解析において人工知能等の応用も期待されることから、その有効性・安全性について不断の評価を行うこと。

○　上記の検査結果と、当該患者における治療反応性等に係る情報の集約及び分析により、推定される有効性・安全性を評価の上、未承認薬・適応外薬検討会議において優先的に開発すべき対象を選定する。また、一定の有効性・安全性の確認された医薬品を、投与可能医療機関の限定等の条件を付した上で早期に承認する。

○　併せて、希少がんや小児がん患者の医薬品へのアクセスを進めるため、がん種別ではなくゲノムに基づく患者選択を行う共通プロトコールで薬剤の有効性及び安全性を評価する治験等を推進し、ゲノムに基づく医薬品の適応拡大・保険適応を行う。

○　さらに、希少がんなど製薬企業にとって適応拡大等の開発意欲が不十分な医薬品に対するインセンティブ付与を行う。

本懇談会は、検討が進められている上記の事項を前提として検討を行った。

基本的な考え方

前述のとおり、「がんの撲滅」のためには、新たに見出されたがん原因遺伝子に対する分子標的薬の開発のみならず、新たな機序による革新的な治療法や診断法の開発が不可欠である。革新的治療法や診断法を生みだし「がん撲滅」を実現するためには、質が確保されたより多くのがんゲノム情報を効率的に集約・利活用できる仕組みを早急に構築しなければならない。そのためには、厚生労働省で検討されている制度的対応を着実に進め、わが国の国民皆保険の制

度の下、質の高いがんゲノム医療を国民に提供しながら、個人情報を含めた医療情報を集約し、研究での利活用を促す仕組みが必要である。情報の集約・分析は、最先端医療であるがんゲノム医療の質を保つ観点からも不可欠である。

わが国は、ゲノム医療の普及において、体制整備の進む米国、英国、フランスのみならず、積極的に新技術の取り込みを図る中国、韓国からも遅れを取っている。中国においては 1 万の病院が参加し、Oxford 大学と連携し 1800 万人分の検体の蓄積が構想されるなど、各国で革新的な治療法や診断法の開発に向けた積極的に取り組みが進められている。こうした厳しい現実を直視し、関係機関が一体となって日本全体で取り組みを進める必要がある。まずは欧米水準のがんゲノム医療をいち早く国民に届け、５年後には、わが国の利点を生かした革新的治療法の開発や日本人集団での知見の集積によるアジア諸国への貢献等、世界をリードすることを目指したチャレンジングな仕組みを構築すべきである。

質の高いがんゲノム医療の提供や開発の推進には、多くの学術領域、職種の参画や急速に開発が進む最先端技術の応用が不可欠である。このため、患者の個人情報を保護した上でデータの共有化を義務づけて、優れた医療を提供する医療機関、優れた研究者、優れた技術をもつ事業者が既成概念にとらわれないオープンかつフェアな競争を行い、わが国のがんゲノム医療に貢献できる仕組みとすべきである。

ここに構築するがんゲノム医療の基盤は国民共有の財産である。広く国民の理解及び賛同なくしては成り立たず､｢がんの撲滅｣も現実のものとはならない。本懇談会では、がんゲノム医療の基盤整備は、国民が主体的に参加し、その恩恵も国民が享受すべきものであることを銘記して、検討を進める。

がんゲノム医療に新たに必要となる機能や役割

質の高いがんゲノム医療を国民に提供しつつ、医療機関で生じた医療情報について、患者の同意に沿って適切に管理し、研究での利用につなげ、研究成果を革新的な診断法・治療法として遅滞なく患者に届けるシステムを構築するため、これまでにない新たな機能や役割を担う体制を整備していくことが不可欠

である。
本懇談会では、新たに必要となる機能や役割について明らかにし、それをどのように整備することが適切であるかについて、検討を行った。

（１）がんゲノム医療を提供する医療機関

質の高いがんゲノム医療を提供するためには、通常のがん医療を基盤として、次世代シークエンサーによるゲノム解析結果から個々の患者の治療法の決定までの工程につき、実施可能な医療機関（一部の機能の外部機関への委託も含む）を整備する必要がある。

また、既存治療薬の選択（コンパニオン診断）だけでなく、広く治療に係る医学的判断に資する次世代シークエンサーを用いた遺伝子パネル検査や、さらに広範囲なゲノム解析を行うことが想定される。その場合、その結果に即した治療を患者に速やかに提供するためには、当該医療機関において臨床研究や医師主導治験等を実施していく必要がある。

さらに、遺伝性のがんやその他の難病等の発症に関係する生殖細胞系統のゲノム変異が偶発的に見つかる場合がある。こうした事例は血縁関係者にも関連するため、遺伝カウンセリング等についても的確な対応が求められる。

このような観点から、がんゲノム医療の提供に必要な以下の機能を有し、がんゲノム医療の中核を担う**「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」**（「中核病院」という）を整備し、当該医療機関においてがんゲノム医療を提供することが適切である。

＜がんゲノム医療の実施に必要な要件＞

① パネル検査を実施できる体制がある（外部機関との委託を含む）
② パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団※を有している
（一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む）
※具体的な要件については、別途、検討する予定
③ 遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝カウンセリングが可能である
④ パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している。

⑤ パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター（後述）」に登録する。
⑥ 手術検体等生体試料を新鮮凍結保存可能な体制を有している。
⑦ 先進医療、医師主導治験、国際共同治験も含めた臨床試験・治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している。
⑧ 医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している。

現在、がん医療は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院等（拠点病院という）を中心とした仕組みにより提供されている。がんゲノム医療提供体制の構築に当たっては、通常のがん医療とがんゲノム医療とを一体として提供するため、中核病院を、拠点病院の仕組みに位置づけ、中核病院が提供するがんゲノム医療の状況を踏まえつつ、段階的に、全ての都道府県でがんゲノム医療の提供が可能となることを目指す必要がある。また、中核病院とそれ以外のゲノム医療を提供する医療機関との役割分担についても、今後検討を行う必要がある。

また、ゲノム関連検査を実施する際に発生する倫理的・法的・社会的課題に適切に対応するため、遺伝カウンセリング等の体制整備が重要である。関係学会や文部科学省との連携等を図りながら、医療の現場で遺伝カウンセリングに関わる人材の育成を推進するとともに、必要な患者に遺伝子パネル検査の補助説明を行ったり、認定遺伝カウンセラー等の専門家につないだりするための医療従事者を対象とする研修等を計画的に実施する。さらに、遺伝カウンセリングに対する医療保険上の適切な評価も必要である。

次世代シークエンサーの配置については、急速な技術革新が見込まれるとともに、検査の質を確保し、検査に係るコストも総体的に抑制する観点から、適切な設備投資がなされるよう国において十分に検討することが重要である。

（２）がんゲノム医療情報の集約・管理・利活用推進機関

がんゲノム情報の集約・管理・利活用を図るためには、がんゲノム医療・研

究のマスターデータベースである「がんゲノム情報レポジトリー（仮称）」（「レポジトリー」という）を構築し、管理・運営する機関として「がんゲノム情報管理センター（仮称）」（「情報センター」という）を新たに設置する必要がある。情報センターは、まさに国民の機微情報を永続的に取り扱うため、公的機関がその運営に当たることが適当である。また、情報の取扱いに関連して、がん診療を担う医療機関やがん研究を行う研究機関との密接な連携が求められることから、がん診療や研究の実施やそれに伴う個人情報の取扱いについて相応の実績を有する機関が運営することが望ましい。

レポジトリーに収蔵される情報については、患者のゲノム情報のみならず、治療薬に対する効果等の臨床情報も重要である。こうした医療情報は患者・国民から預かる貴重な情報であることから、個人情報保護法等の関係法令を遵守することはもちろんのこと、患者・国民から信頼される適切な取扱いが徹底されることが不可欠である。患者への直接的な対応は、中核病院等のがんゲノム医療を提供する医療機関が担うことが想定されるが、情報センターは、管理する情報について、各患者の同意の範囲、利活用状況等を適時把握し、患者からの照会や意志の変更等にもきめ細かに対応可能な体制を備えるとともに、各医療機関への技術的支援を担うことが求められる。このようなきめ細かな管理を可能とするためには、取得情報の電子的管理などの手法開発を速やかに進める必要がある。また、収集される情報は機微情報を含む個人情報であり、徹底したセキュリティ監視の維持はもとより、昨今多発する外部からの標的型攻撃や内部での不正アクセスを検知した場合に自動的なネットワーク遮断を行うなどの、高度なセキュリティ確保が必須である。一方、セキュリティシステムに完全なものはないため、外部からの攻撃による情報流出などの可能性も考慮した上で制度設計を行う必要がある。

具体的に収集・管理する情報の種類、様式や方法等については、革新的な診断法や治療法の開発につながるよう、研究機関や製薬企業等のニーズ等を十分に踏まえ、がん関係学会や医療情報関係学会等の協力を得ながら、早急に検討を進める必要がある。また、医療従事者に過度な負担をかけずに信頼性の確保された情報を収集することが重要であり、治験情報の電子的収集の仕組み等を参考にしながら、必要な臨床情報等を電子カルテやがん登録データベースと連動して収集するインターフェース技術の開発が必要である。

また、全エクソーム解析や全ゲノム解析等を先進医療として実施するに当たっては、シークエンス情報を得るための解析の質と、得られた情報をコンピュータで解析する際の質をともに確保する必要がある。解析プログラムの質確保に係るガイドラインを策定する等、質確保の取組についてがんゲノム情報管理センターが中心的な役割を担う必要があると考えられる。

なお、全ゲノム解析を広く実施する際にはスーパーコンピュータ等の情報解析基盤が不可欠である。わが国においてはスーパーコンピュータ及びその利用に係る人材も限られていることから、これらの情報と突合すべき臨床情報等を管理する情報センターとこれらのリソースを有する機関との間で協定等を締結し、早急に解析に必要な基盤を整備する必要がある。一方で、全ゲノム解析等の制度的位置づけの見直しにより、より大規模に実施する場合を想定し、情報解析における中核病院の役割についても検討を行うとともに、厚生労働省においては､現在､他分野で活用されているスーパーコンピュータの利用について、関係省庁や関係機関との協議を行うことが求められる。

情報センターは、レポジトリーの管理・運営に際し、従来にない規模のデータベースとなることを踏まえ、ハードウエア依存のシステム構造からソフトウエアベースでシステム構造を構築するクラウド環境や仮想化技術を提供する民間事業者との委託契約等により大量の個人情報を含むデータの管理保全機能を確保することが想定される。その際、十分なセキュリティが確保されるだけなく、費用対効果に優れた運営をすることが重要である。また、蓄積されるデータの種類や量の増加、また人工知能等の情報通信技術の発展により、電力消費量や通信回線使用量が増加する可能性があり、予想される電力消費量や必要経費を加味し、維持管理に必要なコストを最小限に抑制できる体制を検討する必要がある。スーパーコンピュータに関しても、クラウドスパコンを利用し、費用を低減化しつつ、解析速度を上げるといった解析システムに関する考え方を見直す必要がある。データ収集等に係るシステムの具体的設計に当たっては、現在運用されているがん登録データベースとの連携や､2020 年度に本格稼働が予定されている｢保健医療データプラットフォーム｣との整合性を確保すべく、早急に、解析されたゲノム情報を蓄積するためのデータベースの仕様や、各々のデータベースをクラウド上で連結するための環境、治験情報等のデータベースの構築において、まず必要と考えられる機能等を実装した原型(プロトタイプ)を作成し、検証を行いながら、その仕様を具体化・明確化を行っていく、プロトタイピングを実施することが求められる。

情報センターの運営コストについては、医療上の利用や研究開発利用等、利用目的が明確な部分については受益者に負担を求め、持続可能な仕組みとすることが重要である。また、事業趣旨等に賛同する個人や企業等からの協力も広く募り、国民の共有財産として運営していくことが望ましい。

（３）質の確保された効率的なゲノム検査実施体制

がんゲノム医療において、ゲノム解析（ゲノム検査）の質確保は必要不可欠である。医療で活用可能なゲノム解析結果を得るためには、薬事審査において有効性と安全性の確認された次世代シークエンサー等の検査システムを用いることが必要であり、前述の通り、現在、厚生労働省内で、以下の検討が進められている。

○　既存治療薬の選択（コンパニオン診断）だけでなく、広く治療に係る医学的判断に資する「遺伝子パネル検査」についても、必要に応じて先進医療の実施を経て、新たな視点で科学的に評価することにより薬事承認し、その有効性や安全性を確保できる一定の要件を満たす医療機関において費用対効果を踏まえつつ保険診療として実施すること。

○　全エクソーム解析や全ゲノム解析等の探索的な医療について、それにより得られる知見を新たな視点で科学的に評価することにより明らかになる臨床的意義を踏まえつつ先進医療に位置づける。さらに、先進医療として実施する際には、その情報解析において人工知能等の応用も期待されることから、その有効性・安全性について不断の評価を行うこと。

医療に用いるゲノム解析としては、遺伝子パネル検査、全エクソーム解析や全ゲノム解析が想定される。こうした検査は、衛生検査所または医療機関内で実施されることが想定されるため、法令に基づく厳格な精度管理がなされる必要がある。また、次世代シークエンサー等の検査機器についても、高額であるとともに、より低コストでより信頼性・有用性の高い技術開発がなされる可能性も考慮した上で、適切な設備投資がなされるよう十分に留意する必要がある。また、ゲノム検査の実施には専門技術を有する臨床検査技師やバイオインフォマティシャン等の人材も不可欠であり、限られた人的資源についても効果的に

配置されるよう対応する必要がある。同時に、検査によって得られる情報は国民の機微情報であり、データが想定外に流出したりすることのないよう適切に管理される必要がある。こうした観点から、がんゲノム医療に参画する検査事業者については、コンソーシアムを形成する関係者により認定を受ける仕組みも検討する必要がある。

（４）がんゲノム知識データベースの構築

国民に、質の高いがんゲノム治療を提供するためには、以下の工程の②及び③の際の基礎情報となる「がんゲノム知識データベース※（仮称）」（「ＣＫＤＢ」という）の構築が不可欠である。

① 約３０億個※の記号の羅列⇒（別途解析する正常部位との違い等による）原因候補変異の抽出
② 抽出された原因候補変異 ⇒ 原因となっている変異の同定
③ 同定された変異 ⇒ 患者に合った治療法の選択

がんゲノム医療の黎明期である現在、ＣＫＤＢについて定まった形はない。既承認薬の適応となるゲノム変異をまとめたシンプルなものから、がんに関する基礎及び応用、臨床研究等の大量の文献情報、さらに前向きにゲノム情報と関連する臨床情報も入力し、個々のゲノム変異の臨床的意義を網羅することを目指したものまである。本懇談会において想定するＣＫＤＢは後者であるが、現在、これに該当するものは、欧米の情報通信事業者等により大規模事業として運営されているものである。ただ、アジア人集団に関するゲノム情報等は乏しいという課題や、データベースの利用に際し高額の利用料を請求される傾向があるなど、日本人集団でのデータに基づく質の高いＣＫＤＢの構築が不可欠な状況となっている。

さらに、わが国においてＣＫＤＢを構築するに当たっては、医療現場での医学的判断を遅滞なく支援可能となるよう、必要な文献情報等に加えて、情報センターが集約する日本人集団におけるゲノム情報とそれに関連する臨床情報を連携させ、長期的かつ継続的に更新されるようにすることが重要である。また、文献情報の入力やがんゲノム情報の分析等においては、自然言語処理等の人工知能（ＡＩ）を応用することも不可欠である。このように構築されたＣＫＤＢ

は、遺伝学的に相同性の高いアジア人集団に対しても有用性が高く、アジアにおけるがんゲノム医療への貢献も含め、世界のがんゲノム医療をリードするものとなると考えられる。

ＣＫＤＢの構築及びそれを用いたサービスは、先進諸国での取り組みとの競争力確保の観点からは、将来的には民間企業により構築・運営されるべきものであるが、現時点においては学会等を中心とした基盤づくりの段階であり、早急に基盤を構築した上で、その知見も含めて民間企業に移譲するなどの取り組みを進める必要がある。

当該ＣＫＤＢは、情報センターが管理するレポジトリー収蔵のデータへのアクセスにより更新していく必要があり、民間企業への委譲にあたっては、事業ポリシー、関連事業での実績、わが国において継続的なサービス提供体制等の観点から、コンソーシアムが事業者を認定する仕組みを検討すべきである。また、将来に渡ってわが国でがんゲノム医療を提供する医師等が無理のないコストでＣＫＤＢにアクセスできる体制等の確保のための方策についても適切に検討されるべきである。さらに、海外の医療者等がＣＫＤＢにアクセスし利用することが予想されるため、海外からのアクセスや海外へのサービス提供を行う体制についても、検討を行う必要がある。

（５） 治験情報の集約と医師主導治験等の支援

がんゲノム情報に基づき個々の患者に適切な治療を提供するためには、治験・臨床試験を含めた治療選択肢をタイムリーに検討可能とする必要がある。情報センターは、どこでどのような治験等が行われているかの情報について、治験実施企業（医師主導型の場合は責任医師）等の協力を得て、一元的に集約・管理し、患者や医師がアクセスできる体制を構築することが求められる。現在も、臨床試験情報に関する複数のデータベースを一括で検索可能なポータルサイトは存在するが、ゲノム情報による患者選択の有無は明確でない。米国においては、医薬品等を用いた治験・臨床試験の情報の登録が法律により義務づけられており、この情報が患者等による治療法選択の共通のポータルサイトであるClinicalTrial.gov に集約されている。日本においても、臨床研究法の施行を契機に、更なる治験・臨床試験情報の一元的な公開に向けて検討するとともに、ClinicalTrial.gov を参考にしながら、情報を階層化し、医療者・患者等

がより利用しやすいシステムを構築するとともに、ゲノム情報による患者特定の有無に関する情報についても集約する必要がある。

同時に、異なる複数のがん種において、がん治療薬の薬効に関連する共通の遺伝子変異が認められた場合などでは、適応拡大のための治験等を積極的に実施していく必要がある。情報センターはレポジトリーの解析を常時実施し、厚生労働省に対し優先的に開発すべき対象を提言したり、研究者等に対し医師主導治験の試験デザインの設計等の支援を行う体制を整備する必要がある。また、こうした医師主導治験の実施等に際しては、日本医療研究開発機構を通じた研究資金の配分が必要となることから、当該機関とも密接な連携を行うことが望まれる。

さらに、わが国において治験を推進するためには、患者の積極的な参画は不可欠であり、上記の患者に分かりやすい治験情報の提供を進め、患者や患者団体に対して治験参加への働きかけを進めて行く必要がある。

（６）革新的診断法・治療法等を創出する仕組み

革新的医薬品等の開発を飛躍的に推進させることはコンソーシアムの重要な役割の一つである。レポジトリーに集積された情報を解析することにより、新たな医学的知見の創出が可能となることから、情報管理センターがハブとなり、オープンかつフェアに国内外の研究機関や企業等の研究者が活用できるよう、情報センターは以下の機能を果たすことが期待される。

- レポジトリー情報の活用を希望する研究者に、適切な手続きを経た上で公平に情報アクセスを可能とする機能。研究の進捗状況を整理し、情報提供者である患者等に伝える機能
- レポジトリー情報を希望する創薬等の企業活動に活用するため、適切な手続きを経た上で公平に情報アクセスを可能とする機能。適正なコスト負担を含めた情報活用契約を締結するとともに、事業進捗を把握し国民等に公表する機能
- 多施設共同研究等の研究を迅速に実施するため中央倫理審査を行う機能
- レポジトリーに集積される情報のみならず、過去のデータとの連携が可能な機能

これまで、がん治療薬開発の主軸は分子標的医薬品が担ってきたが、革新的な治療法を開発するためには、後述する免疫療法の開発とともに、新たな標的分子の探索が不可欠である。また、既に医療に用いられる医薬品がターゲットとしているゲノム変異であっても、その変異には無数のパターンが存在することが知られており、それぞれのパターンに応じて医薬品の効果等も異なる。こうした探索的検討を効果的に行うためには、全エクソームや全ゲノムの解析を制度に位置づけ、幅広く行うとともに、研究機関と中核病院との共同研究が活発化される具体的な仕組みを構築する必要がある。中核病院等において管理された新鮮凍結検体等を研究機関が活用可能とし、ビッグデータ解析から得られた仮説の検証等を共同で実施することなどが考えられる。この際、新鮮凍結検体の管理にはコストを要することから、新鮮凍結検体の保管に対するインセンティブ付与や、ＤＮＡやＲＮＡに精製した上での保管や検体の保管も検討すべきである。

また、個人のゲノムを人工知能を用いて解析し、治療選択肢を短時間で検索・提示する等の実診療での活用や、全ゲノム解析から得られる多数の変異情報、臨床情報等を人工知能を用いて包括的に解析し、従来の方法では発見できなかった疾患の原因遺伝子や創薬ターゲット等の発見の可能性が期待される。こういった人工知能プログラムの開発を可能とするため、必要な人材や、高度計算機器等について、がんゲノム情報管理センターを中心に関係機関と連携する等も含め、開発基盤の整備が必要である。

また、同様に革新的な治療法としては、免疫チェックポイント阻害剤に代表される免疫療法があり、高齢者など今後、患者数の増加が想定される臓器の予備能が低下し、侵襲性の高い治療への適応が乏しい層への治療法としても期待が高い。免疫チェックポイント阻害剤については、当該薬剤が有効である患者（がんのタイプ）を投与前に判定することが患者のＱＯＬの向上にも、医療経済上も重要な課題となっている。また、遺伝子改変Ｔ細胞移入療法※1や腫瘍特異的変異抗原（ネオアンチゲン）※2を標的とした免疫治療等、新たな免疫療法に係る研究開発についても、世界の状況を確認しながら戦略的に取組むべきである。

※1　遺伝子導入によりがん抗原を特異的に標的とするＴ細胞を作成し増幅してから輸注する治療

※2　遺伝子変異解析により腫瘍個別の特異的変異抗原を特定し標的とする免疫治療

こうした効果的な免疫療法の開発に向けては、がん組織に浸潤する免疫細胞

を対象にした検査など、研究上有用な検査について検討中の制度対応に位置づけながら、情報を集約し、研究での利活用を推進する必要がある。

革新的な診断法としては、現在のがん研究のトピックであるリキッドバイオプシーへの期待が高い。リキッドバイオプシーは、低い侵襲により採取可能な血液等の検体を用いて、検体中に漏出するがん由来ＤＮＡ、がん細胞、がん細胞が産生する物質等を検査し、治療薬選択に必要ながんのゲノム変異の特徴を明らかにしたり、がん切除後の定期的な検査に用いることにより、再発の超早期発見を可能にし、薬物療法や免疫療法による治療介入による治癒率向上の可能性等が期待されており、がん撲滅に向けたカギとなる可能性がある。リキッドバイオプシーの開発を進めるためには、がん組織を対象としたゲノム解析だけでなく、血液等を対象とするゲノム解析の精度を高めるとともに、こうした検査結果の臨床的有用性を確認するためのエビデンスを早期に蓄積する必要がある。情報センターは、リキッドバイオプシー開発における効率的な試験デザインの提案等を目指し、日本医療研究開発機構等の研究支援機関やがん治療やがん検診を担う機関、研究機関、ＰＭＤＡ等の審査機関と連携した検討を推進する役割が求められる。

コンソーシアムの運営体制

わが国にがんゲノム医療を普及させ、革新的医薬品等の開発を推進させるためには、関係者が理念を共有し、それぞれの機能や役割が全体として患者や国民の意向に沿ったものとなっているか否かを、自律的に確認し、改善させていくことが重要である。

そのためには、がんゲノム情報の利活用に同意する患者・国民を中心としてがんゲノム医療のそれぞれの機能や役割を担う機関や患者団体等がコンソーシアムを形成し、それぞれの機能や役割を互いに確認し、関係する事業の進捗や財務状況等を公表・確認するとともに、厚生労働省や情報センターの運営主体等に対し、改善要望を含めた具体的な提案を行うことが非常に重要であり、それが可能となる枠組みの構築を検討する必要がある。さらに、関連する事業等の進捗を管理する体制、監査を含めてコンソーシアム運営体制の統制に係る委員会の設置についても検討を行う必要がある。

また、患者・国民が安心して取組に参加するためには、ゲノム情報の取扱いに係るセキュリティに関する規定や、その実効性確保のあり方について検討も合わせて行われることが望ましい。

（参考１）がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会　開催要領

１．開催の趣旨等

ゲノム情報を解析し最新の医学的知見に基づいて個人の状態により合わせた診療を行うがんゲノム医療を実現するためには、ゲノム情報を効果的に集積し、診療や新たな医薬品等の開発に利活用する仕組みを構築する必要がある。

国内の医療従事者や研究者の力を結集し、最新のがんゲノム医療を提供するためのフェアかつオープンで持続可能な仕組みを構築するために必要な機能や役割を検討し、がんゲノム医療の提供体制の具体的な計画を策定するため、「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を開催する。

２．構成員

構成員は別紙１のとおりとする。

２．運営

・　懇談会に座長を置き、座長は、構成員のうちから厚生労働大臣が指名する。

・　懇談会の事務局長は技術・国際保健総括審議官とし、事務局構成員は別紙２のとおりとする。

・　懇談会の庶務は、関係各局・各課の協力を得て、健康局がん・疾病対策課が行う。

・　その他、懇談会の運営に必要な事項は、技術・国際保健総括審議官が定めるところによる。

別紙１

がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会　構成員

天野慎介	全国がん患者団体連合会理事長
五十嵐隆	国立成育医療研究センター理事長
加藤和人	大阪大学大学院医学系研究科教授
北川雄光	慶應義塾大学医学部外科学教授
杉山　将	理化学研究所革新知能統合研究センター センター長／東京大学大学院新領域創成科学研究科複雑理工学専攻　教授
直江知樹	名古屋医療センター院長
中西洋一	九州大学大学院医学研究院呼吸器内科学分野教授
西田俊朗	国立がん研究センター中央病院病院長
◎間野博行	国立がん研究センター研究所長
宮園浩平	東京大学大学院医学系研究科分子病理学教授
○宮野　悟	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長
山口俊晴	がん研有明病院病院長

（敬称略、50 音順、◎は座長、○は副座長）

別紙2

事務局の構成（◎は班長、〇は担当）

構成員	制度班※	コンソーシアム班※
事務局長　技術・国際保健総括審議官		
大臣官房審議官（危機管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策担当）	◎	〇
大臣官房審議官（医政、精神保健医療、災害対策、医薬品等産業振興担当）		◎
大臣官房厚生科学課長	〇	〇
医政局研究開発振興課長	〇	〇
医政局医療経営支援課長	〇	〇
健康局がん・疾病対策課長	〇	〇
健康局難病対策課長		〇
医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長	〇	〇
医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長	〇	〇
保険局医療課長	〇	〇
政策統括官（統計・情報政策担当）情報化担当参事官	〇	

※　制度班はがんゲノム医療を速やかに国民に届けるために必要な薬事承認や保険適用等の制度面での対応を検討し、コンソーシアム班はがんゲノム医療の提供体制に係る具体的な計画を検討する。

資料22

第 12 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：平成 30 年 6 月 28 日（木）13:00～16:00

場　所：TKP 新橋カンファレンスセンター　3 階　ホール 3A

議　事　次　第

1　開　　会

2　議　　題

（1）院内がん登録について（報告）

（2）模擬審査②

（3）その他

【資　料】

資料１　院内がん登録について

資料２　全国がん登録　情報の提供マニュアル　別添　利用規約（仮称）（修正案）

資料３　全国がん登録　情報の提供マニュアル　別添　利用者の安全管理措置（仮称）（修正案）

資料４　全国がん登録　情報の提供マニュアル　別添　審査の方向性（仮称）（修正案）

資料５　模擬審査②のポイント

資料６　模擬申請－１（前回資料を改編）

資料７　模擬申請－２（前回資料を改編）

資料８　模擬申請－３

参考資料１　厚生科学審議会がん登録部会委員名簿

資料１

院内がん登録について

健康局　がん・疾病対策課

院内がん登録について

前提

- がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号。以下「がん登録法」という。）第２条第４項で、「院内がん登録」について、「病院でがん医療の状況を適確に把握するため、当該病院で行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、保存すること」とされている。

・第２条

４　この法律において**「院内がん登録」**とは、がん医療の提供を行う病院において、そのがん医療の状況を適確に把握するため、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、及び保存することをいう。

- がん登録法第44条第１項では、院内がん登録は厚生労働大臣が定める指針に則して実施するよう努めるものとされている。

・第44条

専門的ながん医療の提供を行う病院その他の地域におけるがん医療の確保について重要な役割を担う病院の開設者及び管理者は、**厚生労働大臣が定める指針**（※）に即して院内がん登録を実施するよう努めるものとする。

※　厚生労働大臣が定める指針：院内がん登録の実施に関する指針（厚生労働省告示第470号。以下「指針」という。）

院内がん登録について

前提

- また、がん登録法第20条では、院内がん登録等のため、当該病院等の都道府県がん情報（生存確認情報等）の提供の請求を受けたときは、都道府県知事は提供を行わなければならない旨規定。

・第20条

都道府県知事は、当該都道府県の区域内の病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、当該病院等の管理者から、当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（厚生労働省令で定める生存確認情報及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

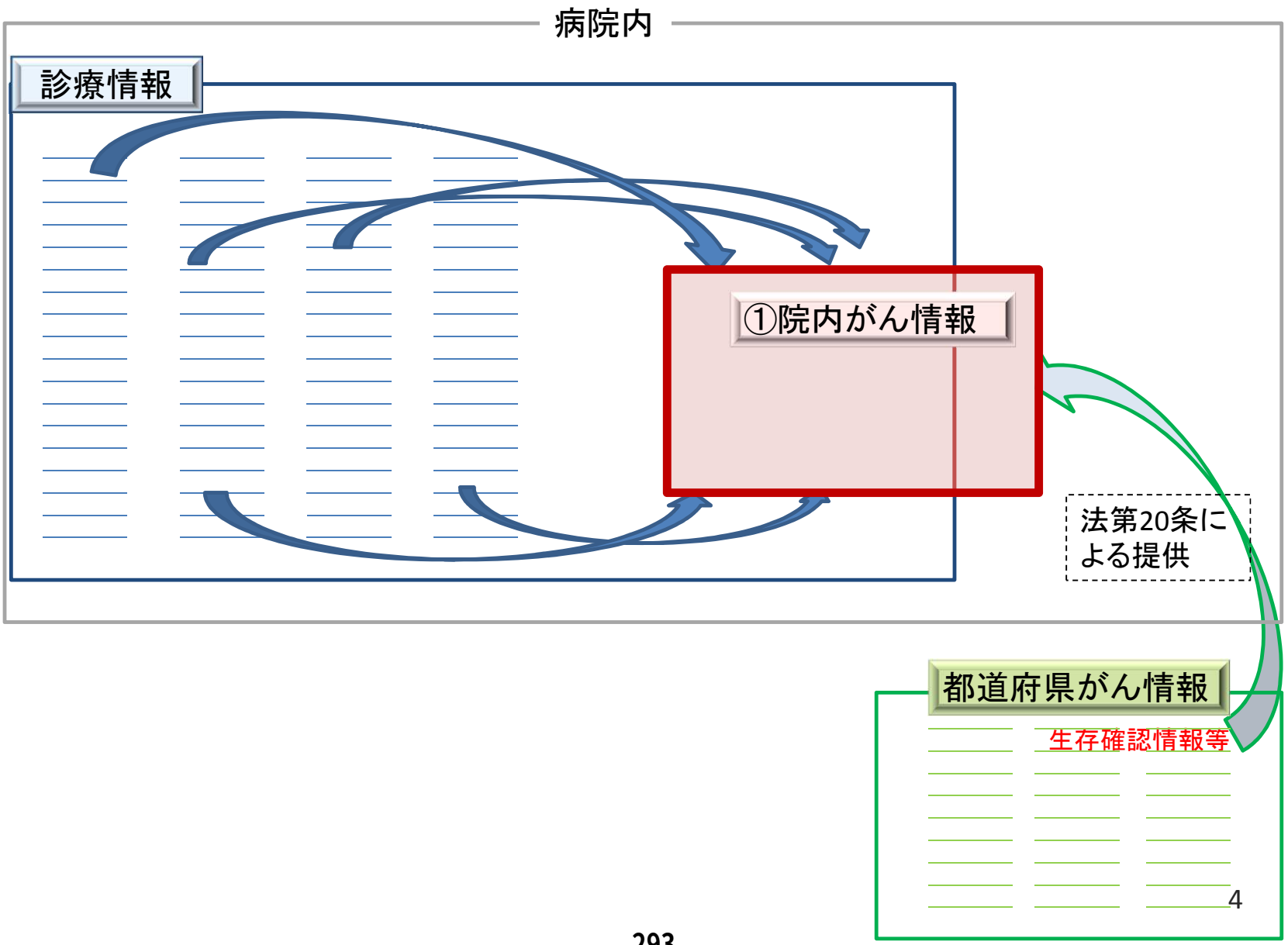
⇒これらを前提に、院内がん情報※の取扱いについて整理し、病院や都道府県等関係者に周知を図ることとする。

①院内がん情報の活用について

②病院等における法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

③留意事項

※指針において、院内がん登録により収集し、院内がん登録データベースに記録し、及び保存された院内がん登録データベースにおける情報は、「院内がん情報」と定義されている。


病院内
診療情報
①院内がん情報
法第20条による提供
都道府県がん情報
生存確認情報等

①院内がん情報の活用について

- 院内がん登録については、

『全国がん登録事業、院内がん登録事業及び地域がん登録事業に関する「個人情報の保護に関する法律」、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」及び「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」の取扱いについて』（平成29年５月30日付け健発第0530第２号健康局長通知）

において、院内がん登録事業において、がん登録法の規定に基づき、医療機関が、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、及び保存する場合並びに国立研究開発法人国立がん研究センターへ当該情報を提供する場合は、本人の同意は必要ない、と整理されており、院内がん登録は、がん登録法を根拠に推進され実施されているところである。

- また、前述のとおり、がん登録法第44条第１項において、病院の開設者及び管理者は、厚生労働大臣が定める指針に即して院内がん登録を実施するよう努めるものとされている。

  なお、院内がん情報の活用については、指針で次頁に示す内容に整理されている。

①院内がん情報の活用ついて

「院内がん登録の実施に係る指針」（平成27年12月厚生労働省告示第470号）において、院内がん情報の活用により、以下の効果が期待されている。

○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。

・院内がん情報等を適切に公表すること。

・国立がん研究センターに提供すること。

○国立がん研究センターにおいて

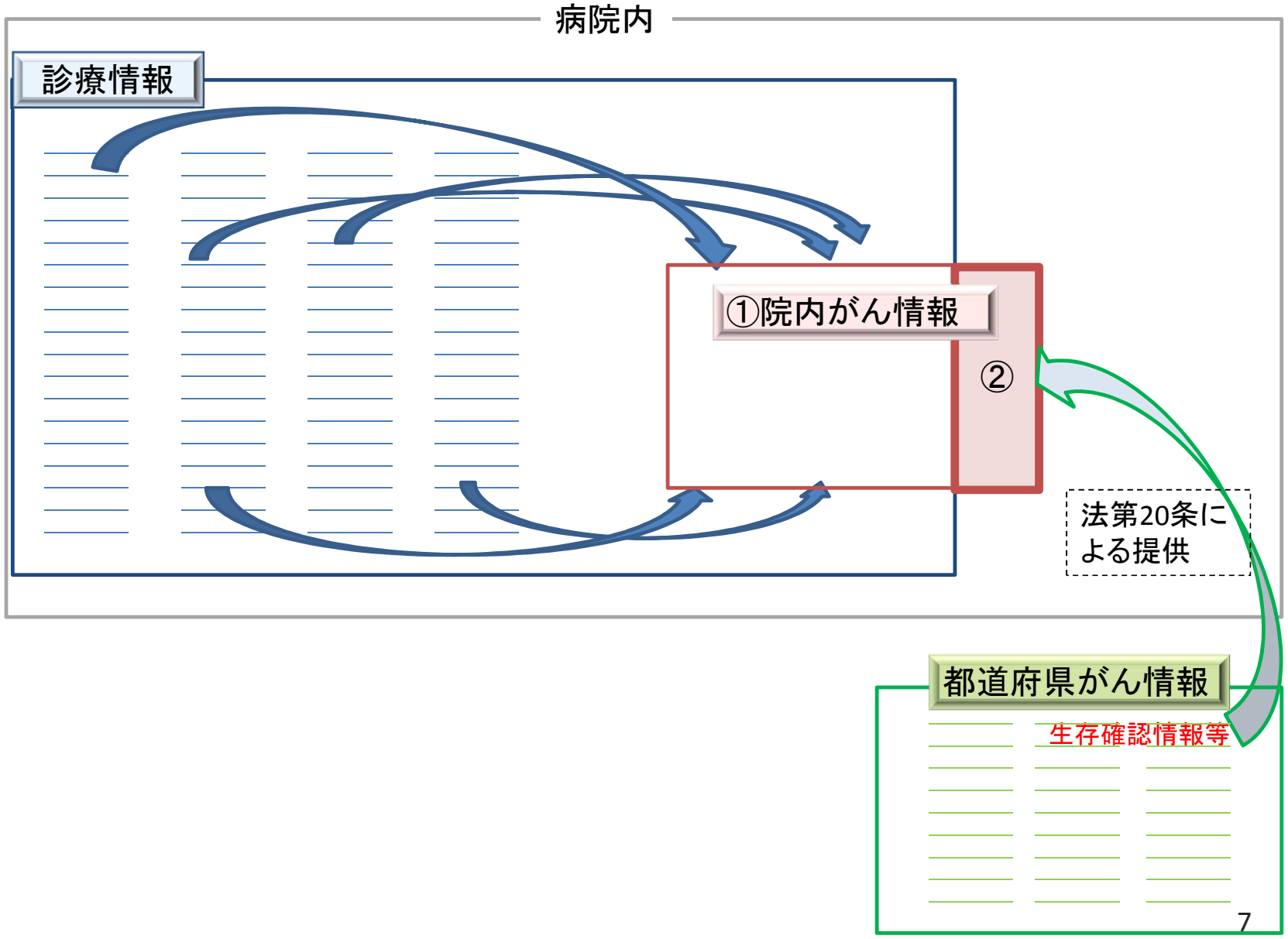
・院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うこと。

・院内がん情報等を適切に公表すること。

○行政において

・病院及び国立がん研究センターにおいて公表された院内がん情報を活用し、がん対策の企画立案やがん医療の分析及び評価を行う。

※　上記の場合、がん登録法に基づき、本人の同意なく活用できる。


病院内
診療情報
①院内がん情報
②
法第20条による提供
都道府県がん情報
生存確認情報等
7

②病院等におけるがん登録法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

- 院内がん情報については、指針の第三「個人情報の取扱いについて」等の規定に基づき、適切な管理や利用、保有等が行われている。

- 加えて、病院等において、院内がん情報のうち、がん登録法第20条に基づき提供を受けた都道府県がん情報（生存確認情報等）については、各病院の院内がん登録データベースに記録・保存されるところ、がん登録法第30条から第34条までの規定に基づき、適切な管理や利用、保有等を行う必要がある。

- 上記に関して、特に（ア）管理方法や（イ）保存期間の取扱いは、以下のとおりとする。

<u>（ア）管理方法について</u>

- がん登録法第30条において、情報の提供を受けた者は、情報について適切な管理のために、必要な措置を講じなければならないとされている。

○　がん登録等の推進に関する法律
（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）
第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

②病院等におけるがん登録法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

- これらの規定等を踏まえ、がん登録法第20条に基づき提供された院内がん登録データベースに保存された都道府県がん情報（生存確認情報等）は、病院等において
  - ・院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること。
  - ・カルテに転記しないこと。
  - ・他のデータベース等への転用はしないこと。
  - ・前述の院内がん情報の活用にのみ利用すること。

  等の取扱いとする。

（イ）保有期間について

- がん登録法第32条の規定により、都道府県がん情報の提供を受けた者は、政令第10条第2項で定める期間を越えて保有してはならないとされている。

  具体的な保有期間としては、

  ①原則として、提供を受けた日から5年を経過した日の属する年の12月31日又は調査研究を実施する期間の末日のいずか早い日までの間だが、

  ②例外的には、都道府県がん情報を長期にわたり分析する必要がある場合等として都道府県の規則で定める場合は、提供を受けた日から15年を経過した日の属する年の12月31日又は調査研究を実施する期間の末日のいずか早い日までの間、保有できるとされている。

②病院等におけるがん登録法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

・がん登録法第32条
　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、これらの情報について、その提供を受けた目的に係る利用に必要な期間（全国がん登録情報又は**都道府県がん情報については、政令で定める期間を限度とする。**）を超えて保有してはならない。
・政令第10条第２項
　都道府県がん情報に係る法第三十二条の政令で定める期間は、法第二章第三節の規定により都道府県がん情報の提供を受けた日から起算して五年を経過した日の属する年の十二月三十一日又は当該都道府県がん情報を利用するがんに係る調査研究を実施する期間の末日のいずれか早い日までの間とする。ただし、都道府県がん情報を長期にわたり分析する必要がある場合その他のがんに係る調査研究の目的に係る情報の利用に必要な場合として都道府県の規則で定める場合については、当該都道府県がん情報の提供を受けた日から起算して十五年を経過した日の属する年の十二月三十一日又は当該都道府県がん情報を利用するがんに係る調査研究を実施する期間の末日のいずれか早い日までの間とする。

- 病院等において、院内がん情報を用いて5年生存率、10年生存率の算出等を行っている実態があり、これらは都道府県がん情報（生存確認情報等）を長期にわたり分析する必要がある場合に当てはまると考えられる。

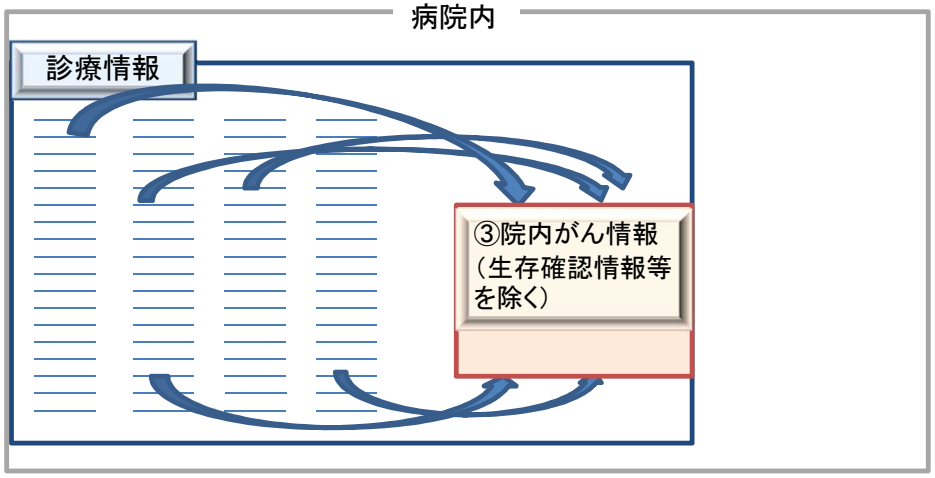
以上を踏まえ、院内がん登録のために都道府県がん情報（生存確認情報等）の提供を受けた場合については、前ページ②の保有期間とするという方向性を国からあらかじめ都道府県に示すこととする。

なお、上記方向性は、院内がん登録のために病院等へ都道府県がん情報（生存確認情報等）を提供する場合にあたっては、病院等における保有の期間が都道府県ごとに異なる可能性があるため、国として一定の方向性を都道府県に示すものである。

③留意事項

（院内がん情報の第三者提供）

- 病院等における診療録等の情報は、当該病院における診療の用に供するために得られた情報であり、第三者提供等については、その利用目的及び各病院等が遵守すべき法令等（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）に基づき、必要な手続き等を経て行われているところである。
- 第三者提供等に際しては、院内がん情報が含まれる場合があるが、がん登録法第20条に基づき提供された都道府県がん情報（生存確認情報等）を除き、病院等における診療録等の情報であることに鑑み、各病院等が遵守すべき法令等に基づき、必要な手続等を経て、活用するものとする。



③留意事項

（国立がん研究センターにおける院内がん情報の取扱い）

- 院内がん情報の第三者提供のうち、病院等から国立がん研究センターへの提供については、がん登録法第44条第１項及び指針に基づき、本人の同意なく行われるものである。

- 国立がん研究センターにおいては、院内がん情報は、がん登録法に基づき、本人の同意なく病院等から提供された情報であることに留意し、指針の第三「個人情報の取扱いについて」等の規定に基づき、適切な管理や利用、保有等を行うものとする。

※ 国立がん研究センターについては、６頁記載の通り、指針の中で、 院内がん登録の活用によって、院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うこと及び院内がん情報等を適切に公表することが期待されている。

全国がん登録　情報の提供マニュアル　別添
（案）

利用規約を定めた日

提供する者

全国がん登録　情報の提供の利用規約（仮称）

〇〇 年〇〇 月〇〇 日

厚生労働大臣／国立研究開発法人国立がん研究センター／都道府県知事

１．総則

（１）本規約は、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。）の規定に基づき、提供依頼申出者及び利用者が、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》から情報の提供を受け、利用するにあたって遵守すべき利用規約を定めるものである。

（２）本規約は、提供依頼申出者及び利用者によって、本規約を遵守すること等を内容とした情報の提供の申出に係る誓約書（以下「誓約書」という。）が提出される際に併せて、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》に提出されるものである。

（３）情報を提供するために必要な一切の手段については、法、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。以下「政令」という。）、がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成 27 年省令第 127 号。以下「省令」という。）、「全国がん登録　情報の提供マニュアル」（平成 30 年３月 13 日付け健発 0313 第２号厚生労働省健康局長通知別添。以下「マニュアル」という。）、《国立がん研究センター／都道府県知事》が定める事務処理要綱及び本規約に特別の定めがある場合を除き、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》がその責任において定める。

（４）提供依頼申出者及び利用者は、日本国の法令、マニュアル及び事務処理要綱等に基づき、本規約を履行しなければならない。

（５）本規約に定める請求、通知、報告、申出、応諾及び解除は、書面により行わなければならない。

（６）本規約に関して用いる言語は、日本語とする。なお、本規約で使用する用語は、マニュアルの用語の定義に従うものとする。

２．情報の提供及び利用

（１）利用者は、申出文書に記載された利用者及び利用目的の範囲に限り、本規約に従い、提供を受けた情報を利用するものとする。

（２）利用者は、本規約、誓約書、申出文書、事務処理要綱等に従って情報を利用するものとする。

（３）利用者は、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が利用の停止を含め、提供した情報に関する指示をした場合、その指示に従うものとする。

３．管理

（１）利用者は、提供を受けた情報を廃棄するまで、マニュアル及び申出文書に記載された管理方法又は《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》により指示を受けた管理方法に基づき適正に情報を管理するものとする。

（２）利用期間が５年を越える場合には、５年毎を目途として、申出文書及び調査研究の進捗状況がわかる書類を用いて、利用状況を報告する。また、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が提供依頼申出者に利用状況の報告を求めた場合、提供依頼申出者は随時対応することとし、報告を求められた時から１週間以内に報告を行うものとする。

４．利用の制限

（１）個人の同意、病院等の個別の了承がある場合又は、《審議会等》が特に認める場合を除き、利用者は、以下の①～④に即し、提供された情報について、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないように利用しなければならないものとする。

① 他の個人情報と連結しないこと。

② 個人・病院等を特定するために、調査研究成果を利用しないこと。

③ 提供された情報について、偶然に特定の個人を識別しうる場合にあっては、その知見を利用しないこと。また、速やかに窓口組織にその旨を報告すること。

④ 提供依頼申出者及び利用者は、全国がん登録情報及び都道府県がん情報の匿名化された情報について、応諾された場合を除き、加工済みの情報を提供されることについて同意して利用すること。＜検討中＞

５．作業委託

（１）提供依頼申出者が国、都道府県又は市町村である場合を除き、提供依頼申出者は、提供された情報を用いた調査研究の全部又は主要な部分を委託してはならないものとする。

（２）提供依頼申出者は、（１）で認められた範囲内で、提供された情報を用いた調査研究の一部を委託することができるものとする。ただし、同委託を受けた者を利用者とする誓約書を《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》に提出することを条件とする。

６．欠陥及び障害等

（１）提供依頼申出者は、情報の提供媒体を受領した後、直ちにその媒体の物理的障害の有無について確認し、確認の結果、読み取りエラー等の障害を発見したときは、直ちに窓口組織に申し出るものとする。

（２）（１）において、提供依頼申出者はデータの受領後 14 日以内に、窓口組織に対して

提供媒体の交換を申し出ることができるものとする。その際、提供依頼申出者は、窓口組織に当該データを返却し、窓口組織は、障害を確認した上で交換に応じるものとする。

（3）（1）の障害が窓口組織の帰責事由による場合は、提供依頼申出者からの返却にかかる費用及び《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》からの再送付の費用は窓口組織が負担するものとする。ただし、その障害が提供依頼申出者の媒体の取扱い時に生じた傷など、提供依頼申出者の帰責事由による場合は、当該費用は提供依頼申出者が負担するものとする。

7．申出文書等の変更

（1）提供依頼申出者は、以下の①～⑦に係る申出文書の記載事項に変更が生じたときは、直ちに当該箇所を修正した申出文書を窓口組織に提出するものとする。

① 利用者の人事異動等に伴う所属・連絡先、氏名に変更が生じた場合

② 利用者を追加又は除外する場合（ただし、申出内容の基本的な方針に影響を及ぼすような利用者の重大な変更を除く）

③ 成果の公表形式を変更する場合

④ 利用期間の延長を希望する場合

⑤ 利用者がセキュリティ要件を修正する場合

⑥ その他、申出内容の基本的な方針に影響を及ぼすような重大な修正を行う場合

⑦ その他、⑥以外の微細な修正を行う場合

（2）提供依頼申出者は、（1）③～⑥までに掲げる申出文書の内容を変更する必要があるときは、情報の提供に関する申出文書及び当該箇所を修正した申出文書を窓口組織に提出し、再度、審議会等の審査を受けるものとする。かかる変更を行う場合において、利用者は、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》から応諾の通知がない限り、当該変更を行った後に情報の利用を行ってはならない。利用者は、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》より不応諾の通知がなされた場合は、その指示に従うものとする。

8．利用期間

（1）利用者は、情報を申出文書等に記載した期間内のみ利用できるものとする。なお、全国がん登録情報及び都道府県がん情報については、利用期間は利用を開始した日から起算して5年を経過した日の属する年の12月31日又は申出文書に記載した期間の末日のいずれか早い日までの間であり、審議会等で必要と認められた場合のみ利用を開始した日から起算して15年を経過した日の属する年の12月31日又は申出文書に記載した期間の末日のいずれか早い日までの間である。

（2）（1）において、期限を超えて情報を利用する必要が生じた場合は、提供依頼申出者

は、窓口組織に利用期間の終了日を修正した申出文書を提出し、期限内に《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》の応諾を得るものとする。なお、利用期間の延長については、延長理由等を考慮し必要に応じて認められるものであるが、利用期間の延長を希望する時点で、既に公表に至るまでの手続きが進行中（査読の結果待ちなど）の場合には、延長が必要な理由及び希望する延長期間を記載した申出文書に、当該手続き中であることが確認できる書面を添えて《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》に提出することにより代えることができるものとする。

ただし、当該手続き中に当初の申出内容に照らして公表内容に大きな変更を必要とするような大幅な研究の修正が生じる場合には、窓口組織に申出文書を提出し、再度審議会等の審査を受ける必要となるものとする。

（3）利用期間を超過した場合（提供依頼申出者があらかじめ延長の申出を行い、応諾されなかった場合を含む。）は、利用者は、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》からの情報の廃棄の指示に速やかに従うものとする。

9．監査等

提供依頼申出者及び利用者は、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》又はそれらから指示された適切な第三者により、情報の利用場所、利用する環境、保管場所及び管理方法についての監査を行う旨の通知を受けた場合に、当該者が業務時間内に提供依頼申出者及び利用者の事業場等に立ち入り、帳票その他実地監査のために必要な書類の閲覧を求められた際には、適切に対応するものとする。

10．情報の紛失・漏えい等

（1）利用者は、情報の漏えい、滅失若しくは毀損が判明した場合、又はその恐れが生じた場合には、速やかに窓口組織へその内容及び原因を報告し、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》の指示に従うものとする。

（2）（1）における漏えい等の原因が災害又は事故等、利用者の合理的支配を超えた事由である場合において、提供依頼申出者が再度提供を希望する場合は、窓口組織に申し出た後、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が応諾した際には、必要な手続き等を行うものとする。

11．情報の処理

（1）提供依頼申出者は、申出文書等に基づく利用者全員による情報の利用終了後（申出文書に記載した目的が達成できないことが判明した場合を含む。）、ハードディスク、紙媒体等の情報及び中間生成物をマニュアルの手続きに従って廃棄し、廃棄処置報告書により、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》へ報告するものとする。

（２）利用期間終了前に《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が情報の廃棄を請求したとき（利用者による本規約の違反又は《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》の判断による情報の提供の停止の場合を含む。）は、（１）に定める廃棄の手続きに従わなければならないものとする。

（３）提供依頼申出者又は利用者の死亡、法人組織の解散、研究計画の中止等、真にやむを得ない事情により、研究の達成が困難となった場合は、速やかに実績報告書に理由を記載して窓口組織に報告するとともに、情報を廃棄するものとする。

12. 成果の公表

（１）利用者は、情報を利用した成果を、申出文書に記載した予定時期までに公表するものとする。

（２）利用者は、公表予定の内容について、公表前に窓口組織に報告する。特に、以下の①及び②の場合は、報告時期について留意するものとする。

① 論文への公表予定の場合

投稿前に報告する。なお、投稿後の査読等によって、投稿前に報告した公表内容に修正を要する場合には、公表前に報告する。

② 学会又は研究会等への公表予定の場合

学会又は研究会等の発表前に、抄録を報告する。また、発表終了後は速やかに発表資料について報告する。

（３）（１）の公表に当たっては、利用者は、原則、以下の①～⑤その他の適切な措置を講じることで、公表される調査研究の成果によって、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないようにするものとする。ただし、個人の同意、市町村又は病院等の個別の了承がある場合又は、《審議会等》が特に認める場合はこの限りではない。

① 提供を承認された登録情報等及びその任意の組み合わせによる集計値から特定の個人を識別できる場合は公表しないこと。

② がん種別、年齢別、市町村別、病院等別の単体又は他の登録情報と組み合わせによる集計値が、１件以上 10 件未満の場合は、原則として秘匿とすること。

③ 特定の市町村に１の病院等であって、その属性を有する集計値が１の場合、隣接する市町村に含めることで、その属性を有する集計値が１とならないように公表すること。

④ 公表を予定する表及び２以上の表の組み合わせから、減算その他の計算手法によって特定の個人が識別できないようにすること。

⑤ 他の公表値と組み合わせて利用した場合に、秘密の暴露となるデータがないこと。

（４）公表に際して、利用者は、法に基づき情報の提供を受け、独自に作成・加工した資料等である旨を明記するものとする。

（５）申出文書に記載した予定時期までに公表できない場合は、窓口組織に申出文書を提

出することにより、その理由及びその時点における成果を報告するものとし、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が必要と認めた場合、公表に係る期間を延長できるものとする。なお、公表に係る期間の延長は申出文書に記載した利用期間の末日から、原則最大１年間を限度とする。

（６）申出文書に記載した成果の公表がすべて終了した後、３ヶ月以内に実績報告書により《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》へ利用実績を報告するものとする。

13. 解除

提供依頼申出者は、以下の①～⑤の事由のいずれかが発生したときは、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》から本規約の解除の通知を受けることとなるが、その場合は、提供依頼申出者はただちに解除を受け入れなければならないものとする。

① 利用者が本規約に違反したとき。

② 利用者において、情報の取扱に関し、重大な過失又は背信行為があると《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が判断したとき。

③ 申出文書に記載された調査研究等の目的が達成できる見込みがないと《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が判断したとき。

④ 提供依頼申出者が《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》に対し、申出文書等の記載事項の変更の申請を行い、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》において審査した結果、これを不応諾としたとき。

⑤ 利用者が情報の利用を行うことが不適切であると《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》が判断したとき。

14. 法及び規約に違反した場合の措置

（１）利用者は、法に違反した場合は、法第６章の規定に基づき、罰則が適用されることとなる。

（２）利用者は、本規約に違反し、又は利用者に本規約の解除に当たる事由が存すると認められる場合には、本規約の解除の有無にかかわらず、《厚生労働大臣／国立がん研究センター／都道府県知事》から、以下の①～②の措置が執られる場合があることを十分に理解した上で、情報を利用するものとする。

① 利用者に対して情報及び中間生成物の廃棄を行わせ、以後の利用を中止させること

② 一定の期間又は期間を定めずに情報の提供の申出を受け付けないこととすること、研究成果の公表を行わせないこととすること、利用者の氏名又は所属機関名を公表すること。

15. 本規約の有効期間

本規約は、廃棄処置報告書及び実績報告書が提出されて、その内容が確認されるまで効力を有するものとする。

16. その他

利用者は、本規約に定める事項の解釈及び本規約に定めのない事項について疑義又は紛争が生じたときは、速やかに窓口組織に相談するものとする。

全国がん登録　利用者の安全管理措置（仮称）

目　次

I. はじめに 1
II. 用語の定義 2
III. 基本的な安全管理対策と推奨される安全管理対策 3
1. 組織的安全管理対策 3
2. 物理的安全管理対策 5
3. 技術的安全管理対策 6
4. 人的安全管理対策 7
IV. 作業内容から見た安全管理対策 9
1. 入退室管理 9
2. 移送 9
3. 情報処理 10
4. 保管・廃棄 10
5. PC 管理 11
6. 利用者からの窓口組織への問合せ 12

I. はじめに

がん医療及びがん予防活動を評価し、その向上を進めていく上で、がん登録は欠くことができない。がん登録から得られる罹患率や生存率の統計が正確で高い信頼性を持つためには、1 つの同じ腫瘍を誤って複数の腫瘍として登録することを避けなければならないため、氏名、生年月日、住所といった個人情報を収集することが必要である。従って、がん登録事業に携わる者は患者の病歴を含む機微な個人情報を扱うこととなるため、データ収集、管理、利用及び提供の各段階に必要とされる安全管理措置を講ずることが求められる。

平成 25 年 12 月 6 日に成立した、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。）に規定されている秘密保持義務は、国又は国立がん研究センターにおいて全国がん登録情報等の取扱いの事務に従事する職員や、都道府県がん情報等の取扱いの事務に従事する都道府県職員に規定されているのと同様に、法第 33 条では、全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた者にも秘密保持義務が課せられることが規定されている。また、全国がん登録情報及び都道府県がん情報の機微性や、事業自体の重要性から、法第 6 章において、こうした規定に反して秘密を漏らした者は、厳格に処罰されることが規定されている。

厚生労働省と国立がん研究センターは、本書を作成し、全ての利用者が、法及び厚労省ガイドライン等を遵守し、全国がん登録情報の積極的かつ安全な活用を促進するために必要な対策を一定程度具体的に記載することとした。

本書では、利用者において実施可能と考えられ、かつ確実に実現すべきことを「対策」とした。、更に、**非匿名化情報を取り扱う利用者においては必須とし、匿名化情報を取り扱う利用者では実現可能である場合に任意に講じる対策に、「*」を付した。**利用者が、本書に基づき安全管理措置体制を自ら評価し、実態に即した適切な対策を作り上げる上で役立つことを期待するものである。

II. 用語の定義

本書において使用する用語は、法及び情報の提供マニュアルにおいて使用する用語の例のほか、次の定義に従うものとする。

(1)　情報

本書において「情報」とは、全国がん登録情報及びその匿名化が行われた情報並びに都道府県がん情報及びその匿名化が行われた情報の総称をいう。(匿名化が行われた情報とは、特定匿名化情報、及び提供依頼申出者が求める範囲の情報を提供の際に匿名化を行い提供する情報のことをいう。)

(2)　資料

本書において「資料」とは、情報及び情報を加工した中間生成物を含む電子媒体、紙資料等のことをいう。

(3)　個人情報

利用者が収集した情報及び利用者に提供された情報の内、個々の患者を特定しうる情報をいう。

(4)　利用者・利用責任者・統括利用責任者

本書において「利用者」とは、情報の提供を受け、これらを利用する者をいう。利用者の内、各利用場所において当該情報の取扱いを統括し、情報の安全管理の責任を担うものを利用責任者という。さらに、これらの利用責任者を統括し、調査研究全体の安全管理の責任を担うものを統括利用責任者という。

(5)　利用場所

本書で取り扱う「利用場所」とは、情報の提供を受け、集計、分析、保管を行う物理的スペースをいう。

(6)　情報を取り扱う PC 等

利用者において、情報を含むデータを入力・処理するシステムをいう。サーバ、クライアント PC、プリンタ、スキャナ、アプリケーションを含む。

(7)　窓口組織

情報の提供依頼申出者に対する一元的窓口機能を果たし、かつ、申請を取りまとめた上で、それぞれの情報について厚生労働大臣、国立がん研究センター、都道府県知事が行った提供の決定に基づき、情報の提供を行う調整機能を果たす組織を窓口組織という。

III. 基本的な安全管理対策と推奨される安全管理対策

リスクに対し、安全管理措置として、組織的、物理的、技術的、人的な対策をとるべきである。

1.　組織的安全管理対策

本節では組織的安全管理対策について述べる。組織的安全管理対策とは、統括利用責任者が、利用場所における安全管理について、自らの責任とすべての利用者の権限を明確に定め、その実施状況を日常の自己点検等によって確認することをいう。組織的安全管理対策には以下の事項が含まれる。

ア．安全管理対策を講じるための組織体制の整備
イ．個人情報の取扱状況を一覧できる手段（個人情報取扱台帳）の整備
ウ．利用者の安全管理対策の評価方法の整備とその見直し及び改善
エ．事故（情報の漏洩等）又は違反（従事者の運用管理規程違反等）への対処方法の整備

【対策】

(1)　統括利用責任者は、各利用場所に、情報の利用責任者を置き、体制を整備する。
(2)　利用責任者は、利用場所ごとに、利用者のリストを作成し、それぞれの作業分担と処理してよい情報の範囲とを明記する。このリストは、常に最新のものに更新する。
(3)　統括利用責任者は、取り扱う情報の種類ごとに、保管及び廃棄に関する一覧を整備する。一覧には、以下の項目を含む。
　1)　保管期限
　2)　保管方法
　3)　保管場所
　4)　廃棄方法
(4)　利用者は、定められた担当範囲と手続きに従い、情報を適切に取り扱う。利用責任者は、利用者が、万一、担当範囲や手続きに違反している事実又は兆候に気付いた場合は、速やかに是正する。
(5)　統括利用責任者は、厚生労働大臣又は都道府県知事より、報告の要請、助言、勧告及び命令があった場合には、外部監査の受け入れを含め、現状を把握し、対策を実施し、結果を取りまとめ、窓口組織に報告する。（法第 36 条、第 37 条、第 38 条）

（報告の徴収）
第三十六条　厚生労働大臣及び都道府県知事は、この節の規定の施行に必要な限度において、第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた者（都道府県知事及び市町村長を除く。次条において同じ。）又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託を受けた者に対し、これらの情報の取扱いに関し報告をさせることができる。

（助言）
第三十七条　厚生労働大臣及び都道府県知事は、この節の規定の施行に必要な限度において、第三節の規定により全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供を受けた者に対し、これらの情報の取扱いに関し必要な助言をすることができる。

（勧告及び命令）
第三十八条　厚生労働大臣及び都道府県知事は、前条に規定する者が第三十条第一項、第三十一条第一項又は第三十二条の規定に違反した場合において個人の権利利益を保護するため必要があると認めるときは、当該者に対し、当該違反行為の中止その他違反を是正するために必要な措置をとるべき旨を勧告することができる。
２　厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による勧告を受けた者が正当な理由がなくてその勧告に係る措置をとらなかった場合において個人の権利利益が不当に害されるおそれがあると認めるときは、当該者に対し、その勧告に係る措置をとるべきことを命ずることができる。
３　厚生労働大臣及び都道府県知事は、前二項の規定にかかわらず、第三十六条に規定する者が第三十条、第三十一条又は第三十二条の規定に違反した場合において個人の重大な権利利益を害する事実があるため緊急に措置をとる必要があると認めるときは、当該者に対し、当該違反行為の中止その他違反を是正するために必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

* (6)　統括利用責任者は、個人情報の漏洩等（漏洩、滅失又はき損）の事故が発生した場合、若しくは発生の可能性が高いと判断した場合の対応の手順を、整備する。事故時対応手順には、以下の項目を含む。
    1)　発見者から統括利用責任者への報告
    2)　発見者から報告を受けた利用責任者から統括利用責任者への報告
    3)　統括利用責任者から窓口組織への報告
    4)　報告先の連絡方法（休日・夜間、連絡がつかない場合の対応を含む）
    5)　事実確認、原因究明、漏洩停止措置
    6)　影響範囲の特定
    7)　再発防止策の検討・実施
    8)　不正アクセス行為の禁止等に関する法律等の法令に定めるところによる対処

2.　物理的安全管理対策

本節では物理的安全管理対策について述べる。利用者の作業においては、情報及び中間生成物を電子媒体、PC 等の情報機器の中、あるいは紙媒体で保管・管理を行っている。物理的安全管理対策とは、これらの媒体や情報を取り扱う PC 等を管理するに当たって、盗難、紛失、窃視等を防止することである。物理的安全管理対策には以下の事項が含まれる。

ア．利用場所の入退室の管理

イ．盗難、窃視等の防止

ウ．機器・装置・情報媒体等の盗難や紛失防止も含めた物理的な保護及び措置

【対策】

(1)　情報を含む電子媒体及び紙媒体は、利用を行う利用場所並びに物理的保存を行っている区画から持ち出さず、鍵付きキャビネット等に施錠保管し、利用者は施錠されていることを、作業終了時に確認する。

* (2)　情報を含む電子媒体及び紙媒体が保管されている鍵付きキャビネット等の鍵の使用を記録すると共に、複数の鍵を更に鍵付きボックスに収納して、利用者がボックスの鍵を管理する。

(3)　USB 等の可搬電子媒体に情報を保存し保管している場合、現物の確認ができるように保管対象の電子媒体リスト（提供を受けた日や廃棄日を含める）を作成する。

(4)　キャビネット等の鍵は、作業終了時には定位置に戻し、利用責任者が鍵を確認する。

(5)　情報が保存されているロッカー、キャビネットは、施錠可能な利用場所（情報の保管場所を含む）に設置する。

* (6) 個人情報の利用を行う利用場所並びに個人情報の物理的保存を行っている区画は、他の業務から独立した部屋として確保する。

(7)　利用場所（情報の保管場所を含む）が無人のときは施錠する。

* (8)　利用責任者は、利用場所の設置状況に応じて、利用場所あるいは利用場所を含む部屋への入室を許可する者の範囲を明らかにする。

* (9)　利用責任者は、利用場所の設置状況に応じて、入退室時（夜間・休日を含む)の手続きを明らかにする。

* (10)　利用場所に必要な機器類（プリンタ、コピー機、シュレッダなど）は、他の業務と共用せず、利用場所内に設置する。

* (11)　個人情報の物理的保存を行っている区画の施錠は、他の業務を担当する職員等、利用者以外も入室が可能な前室と、更にその中に設置された利用者のみ入室可能な利用場所等、二重にする。

* (12)　利用者以外が、保守作業等により情報を取り扱う PC 等に直接アクセスする作業の際は、利用者が、作業者・作業内容・作業結果等の確認を行う。

(13)　情報を取り扱う PC 及びサーバに盗難防止策を講じる（セキュリティチェーン等による固定、施錠したサーバラック内への設置、など)。

(14)　情報を取り扱う PC 等は、安全管理上の脅威（盗難、破壊、破損）のみならず、環境上の脅威（漏水、火災、停電）からの物理的な保護にも配慮する。

【補足：利用場所について】

・匿名化された情報を利用する場合

利用場所（情報の保管場所を含む）が独立していない場合には、利用場所エリアへの出入口となる場所を限定し、そのポイントについては利用者や同室の職員が正対して座るように座席を調整する等、動線についても管理し、不正侵入を防止する。

3.　技術的安全管理対策

本節では技術的安全管理対策について述べる。技術的安全管理措置とは、情報及びそれを取り扱う PC 等へのアクセス制御、不正ソフトウェア対策、監視等をいう。技術的な対策のみで全ての脅威に対抗できる保証はなく、一般的には運用による対策との併用は必須である。技術的安全管理対策には以下の事項が含まれる。

ア．利用者の識別及び認証
イ．情報の区分管理とアクセス権限の管理
ウ．アクセスの記録（アクセスログ）
エ．不正ソフトウェア対策
オ．ネットワーク上からの不正アクセス対策

【対策】

* (1) 個人情報を取り扱う PC 等は、スタンドアロン又は物理的若しくは論理的に外部ネットワークから独立した有線の環境であること。
(2)　システム管理者によって管理されている不正侵入検知・防御システム及びウイルス対策機能のあるルータで接続されたネットワーク環境を構築する。
(3) 情報を取り扱う PC 及びサーバに、ログインパスワードの設定を行う。
* (4) 個人情報を取り扱う PC 及びサーバは、生体計測＋ID・パスワード等の 2 要素認証とする。
(5) ログインのためのパスワードを 8 桁以上のものに設定し、第三者が容易に推測できるものは避ける。
(6) ログインのためのパスワードを定期的に変更し、以前設定したものの使い回しは避ける。ただし、2 要素認証を採用している場合、必ずしもパスワードに定期的な変更は求めない。
(7)　パスワードを第三者の目につくところにメモしたり、貼付したりしない。
(8)　外部ネットワークと接続する電子媒体（USB メモリ、CD-R など）を、情報を取り扱う PC 等に接続する場合は、ウイルス等の不正なソフトウェアの混入がないか、最新のウイルス定義パターンファイルを用いて確認する。

4.　人的安全管理対策

本節では人的安全管理対策について述べる。人的安全管理措置とは、秘密保持義務と違反時の罰則に関する規程について、統括利用責任者及び利用責任者は自ら学習し、利用者に、教育・訓練等を行うことをいう。

【対策】

(1)　統括利用責任者及び利用責任者は、情報に関する規程等及び各利用者の役割並びに責任について、自ら学習し、すべての利用者に説明を行う。下記内容を含む。

1)　情報に関する規程等

法に規定される秘密保持義務　（法第 33 条及び第 34 条）

（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等の秘密保持義務）
第三十三条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。

（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等のその他の義務）
第三十四条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報若しくはこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。

本書

その他

2)　各利用者の役割及び責任

3)　業務離任後の秘密保持

(2)　利用責任者は、利用者が追加された場合は、当該利用者に対し情報に関する規程等、各利用者の役割及び責任について説明を行う。

(3)　利用責任者は、利用者が業務を離れるときには、当該利用者に対し離任後の秘密保持に関して説明を行う。

(4)　利用責任者は、情報を取り扱う PC 等の保守作業やネットワーク環境構築及び維持保守を外部に委託する場合の手続きを明らかにする。契約が、利用者単独の契約でない場合、秘密保持義務契約の内容を確認し、必要な対策を講じる。

(5)　利用責任者は、作業の一部を外部に委託する場合、外部の受託者においても、本書の規定が遵守されるよう、委託契約書に情報の安全管理について記載した上で、契約時に説明を行う。

Ⅳ. 作業内容から見た安全管理対策

本章では、利用者の作業内容に沿って、基本的な安全管理対策と推奨される安全管理対策を踏まえて、手順に明らかにするべき具体的な内容と対策を示す。各作業項目では、担当者を明らかにし、個人情報の取扱いに関する具体的な手続きを明らかにする。

1.　入退室管理

他の業務から独立した利用場所を確保し、入退室の手続きを定め、権限のない者が利用場所に入退室することを防ぐ。

【対策】

* (1)　利用責任者は、利用場所の設置状況に応じて、利用場所あるいは利用場所を含む部屋への入室を許可する者の範囲を記述し、入退室管理簿を確認する作業管理者と、入退室管理簿の更新や保管を実施する担当者を明らかにする。
* (2)　利用場所（情報の保管場所を含む）が独立している場合には、最初の入室者による開錠と、最終退出者による施錠について入退出者名や時刻の記録をとり保管する。
* (3)　利用場所（情報の保管場所を含む）が独立している場合には、個人情報の物理的保存を行っている区画に入退した者については入退室管理簿に記録の上、利用責任者が定期的に記録の確認を行う。
* (4)　利用責任者は、利用場所あるいは利用場所を含む部屋の施錠の手続き（鍵の管理方法を含む）を明らかにする。

2.　移送

情報の移送には、配達記録が残る手段を利用する。電子媒体については、未使用品を使用することとする。

個人情報を取り扱う場合は、個人情報とその他の情報とを分離し、暗号化して送付した後、受け取り側で権限のある者のみが両者を復号し、結合する。この運用が可能となるよう、両者に同一のキー項目を設定するなど、結合を可能とする手段を提供する。個人情報とその他の情報の分離をしない場合、個人情報の暗号化と特別なキーによる復号を、代替手段とすることができる。また、不正なファイルやファイルの破損をチェックする手段を用意しておかなければならない。

【対策】

(1)　統括利用責任者は、移送の担当者を明確にする。
(2)　統括利用責任者は、移送先と情報を含む資料の種類（形態）に応じて、移送の手続きを明らかにする。

* (3)　個人情報を含む資料の移送には、予め受け取り側が準備する受け取り側の住所と、赤字で「親展」、「取扱注意」が記載された封筒を用いる。
* (4)　個人情報を含む資料を移送する場合には、追跡サービス付きの手段（レターパック、書留、特定記録郵便、ゆうパックなど）を利用する。
* (5)　移送する電子ファイルには、強固な暗号化方法を採用する。
* (6)　統括利用責任者は、利用者が自ら資料を持ち運ぶ場合の手続きを明らかにする。
* (7)　利用者が自ら資料を運搬する場合、移送中は当該資料に対して、常に人を付ける。
* (8)　利用者が紙の資料を運搬する場合、鞄や紙袋に入れる等、外部の人間が資料を直接見ることができないようにする。
(9)　統括利用責任者は、移送に関する記録の手続きを明らかにする。
* (10) 利用者と窓口組織を結ぶネットワークとして、厚生労働省が安全性を確認したものを除き、個人情報を含む資料を、インターネットを介して移送すること（電子メールへの添付など）を禁ずる。

3.　情報処理

情報処理とは、提供された情報の集計・統計分析に係る作業をいう。

【対策】

(1)　統括利用責任者は、情報処理の担当者を明確にする。
(2)　統括利用責任者は、各利用者が担当する情報処理の範囲と情報処理の手続き、方法を明らかにする。
(3)　利用責任者は、情報処理作業開始時、途中離席時、終了時について、情報を取り扱う PC 等と資料の取扱手続きを明確にする。
(4)　利用責任者は、情報処理に用いる PC と作業場所を限定する。

4.　保管・廃棄

資料は、応諾された利用期間内に申出た方法で保管する。応諾された利用期間を過ぎたもの、あるいは利用期間内であっても不要となった資料は、迅速かつ安全に廃棄する。

【対策】

(1)　統括利用責任者は、保管の担当者を明確にする。
(2)　利用責任者は、各利用者が保管してよい資料の種類と保管の手続き、方法を明らかにする。
(3)　資料の利用場所（情報の保管場所を含む）以外への持ち出しを禁止する。
(4)　電子ファイルの保存には、ファイル及び電子媒体それぞれのパスワードや個人認証による保護等、複数の技術的・物理的安全管理措置を講じる。
(5)　統括利用責任者は、廃棄の担当者を明確にする。

(6)　利用責任者は、各利用者が廃棄してよい資料の種類と廃棄の手続き、方法を明らかにする。
*(7)　個人情報を含む紙資料はシュレッダ等、復旧ができないような方法で廃棄する。
*(8)　個人情報を含む資料の廃棄の作業場所は、利用者以外の者が余り出入りしないような部屋や、動線上、第三者が通る必要のない場所や、廊下の端等に限定する。
*(9)　個人情報が印刷された紙資料を利用者が利用場所外部で廃棄するような場合、利用者本人が、複数名で実施する。
(10)　紙資料、PC やメディアの廃棄については、必ずその専門的な知識を有するものが行うこと。
*(11)　統括利用責任者は、情報を取り扱った PC 及びサーバ、記録・保管している電子媒体を廃棄する手続きを明らかにする。
(12)　PC や電子媒体の廃棄に当たっては、内部データ消去の専用ソフトウェアを利用するか、若しくはデータ記憶領域を物理的に破壊して再利用不可能な状態にする。
(13)　利用責任者は、廃棄の作業記録を残す。

【補足：廃棄について】
*(1)　個人情報が記録・保管された電子媒体・PC 及びサーバ
- CD 等は、メディアシュレッダやはさみによる切断などにより物理的に破壊する。USB メモリも、物理的破壊が必要である。
- PC 及びサーバは、データの複数回上書き、消去用ソフトの利用で処理する。

*(2)　個人情報が記録された紙
- 裁断：ペーパーシュレッダは幅 1mm 以下、かつ面積 10mm2 以下のものの単体処理、又は幅 2mm 以下、かつ裁断面積が 30mm2 以下のクロスカット式又はマイクロクロスカット式のものと溶解・焼却等の併用処理とする。
- 溶解・焼却

(3)　廃棄を外部に委託する場合について
- 統括利用責任者は外部の受託者の【対策】(12) ～ (13) の作業について確認する。

5.　PC 管理

情報を取り扱う PC 等を維持するためには、定期的な保守が必要である。保守作業には、PC に障害を来さないためのソフトウェア更新等の対策、障害発生時に被害を最小限にとどめるための PC 異常の早期発見や迅速な応急処置等の対策、障害を是正し通常業務に戻るために行う復旧作業がある。障害対応時において、原因特定や解析のために障害発生時の情報の利用、利用中の情報を救済するために情報へのアクセスが必要な場合がある。

【対策】
(1)　統括利用責任者は、情報を取り扱う PC 等を管理する担当者を明確にする。

(2)　統括利用責任者は、情報を取り扱う PC 等の構成と設置場所を明らかにする。
(3)　利用場所内での業務に用いる PC の外部持ち出しは禁止する。
(4)　管理者用パスワードは不測の場合に対応できる管理方法をとる。
(5)　情報を取り扱う PC 等へのユーザ登録は、利用者が実施する。
(6)　利用者の追加が発生した場合、情報を取り扱う PC 等のユーザ ID とその利用者を紐付けて確認する作業を実施する。
(7)　統括利用責任者は、利用者が担当する情報処理の範囲に応じてアクセス可能範囲を定める。

6.　利用者からの窓口組織への問合せ

情報の内容に疑義が生じた場合、利用者は、窓口組織に問合せをして疑義照会を行う。
問い合わせ内容は記録する。

【対策】

(1)　統括利用責任者は、窓口組織への問合せを行う担当者を明確にする。担当者は原則として統括利用責任者とする。
(2)　統括利用責任者は、情報に関わる問合せについて、予め窓口組織と相談の上、問合せの手続きを明らかにする。
* (3)　文書による窓口組織への個人情報の照会の場合、依頼状、返信用封筒ともに、「**2. 移送**」に定めた手段を用いる。
* (4)　電話による窓口組織への個人情報の照会は、禁止する。
* (5)　一般回線の FAX による窓口組織への個人情報の照会は、禁止する。
* (6)　利用者と窓口組織を結ぶ回線については、厚生労働省が安全性を確認したものを除き、インターネットを利用した電子メール等による個人情報の照会は禁止する。
(7)　研究に参加している患者や患者家族への情報の提供は禁止する。
(8)　情報に関する、利用者及び窓口組織以外の外部からの問合せには、回答しない。外部からの問合せ者には以下が想定される。
　ア．病院等、医師会、市町村、保健所、都道府県庁等
　イ．学術団体等
　ウ．新聞、雑誌、テレビなどのマスメディア等
　エ．患者、患者家族、医師、一般市民等

全国がん登録情報の利用

非匿名化情報

1．ひとりで使う

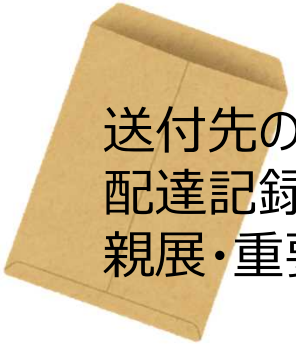
2

提供された情報及び中間生成物を情報処理PC等のみに保管し、取り扱う。

窓口組織

提供依頼
申出者

利用者

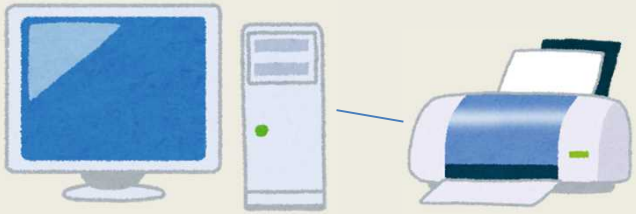


送付先の限定
配達記録付き
親展・重要



情報処理PC等

物理的又は論理的に外部ネットワークから
独立した環境（スタンドアローン）





新品又は
最新のウイルス対策
ソフトでチェック済



暗号化※

・電子媒体（新品）

・ファイル



※最新の「電子政府における調達
のために参照すべき暗号のリスト」
が定める強固な暗号化方法

非匿名化情報

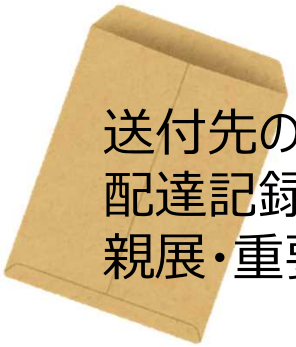
2. 複数利用者で使う①

提供された情報及び中間生成物を情報処理PC等のみに保管し、取り扱う。

窓口組織

提供依頼申出者

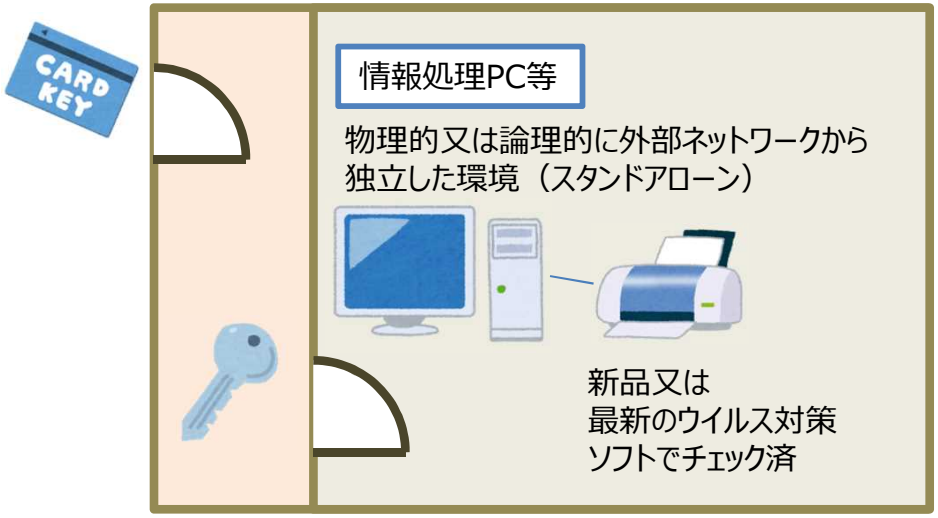
利用者1



送付先の限定
配達記録付き
親展・重要



暗号化
・電子媒体（新品）
・ファイル



利用者2

利用者1と同じ環境

利用者3

利用者1と同じ環境

非匿名化情報

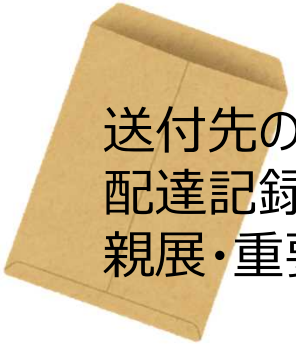
3. 複数利用者で使う②

サーバと複数のPC間等でネットワーク環境を構築して個人情報を取り扱う

窓口組織

提供依頼
申出者

利用者1～X

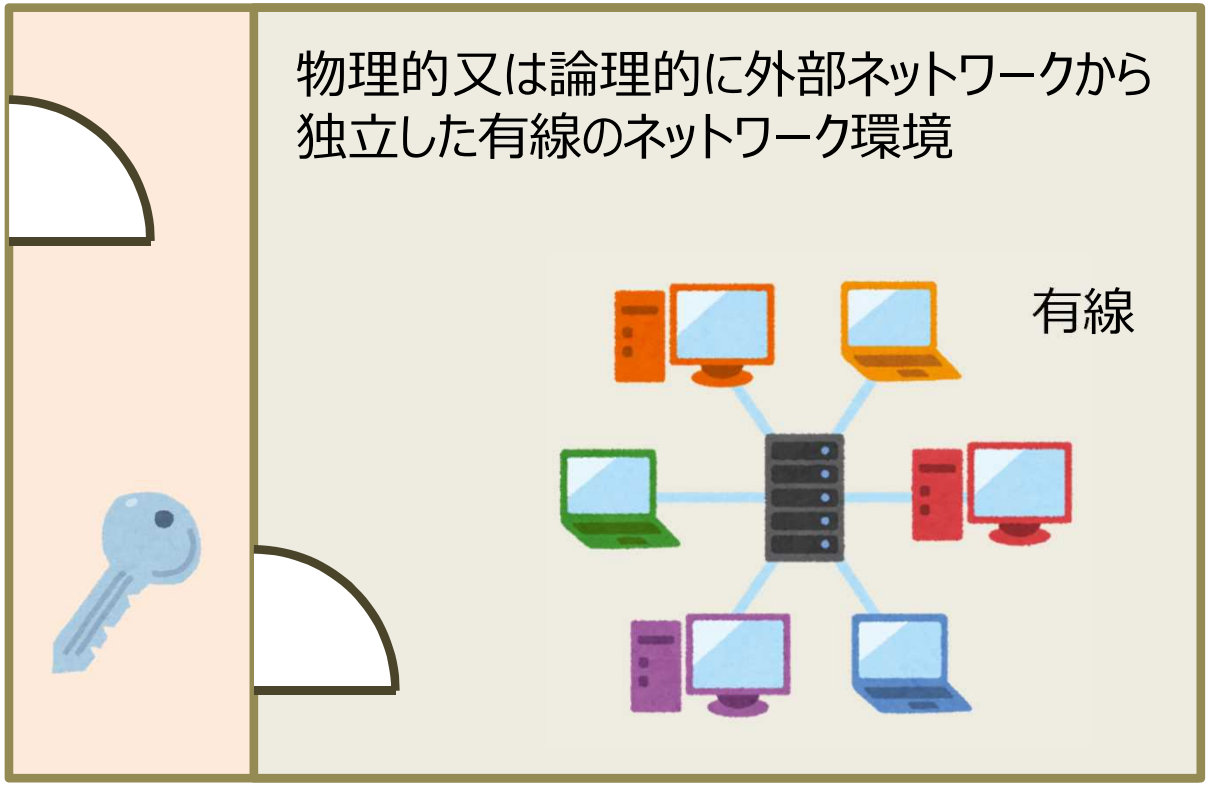


送付先の限定
配達記録付き
親展・重要





暗号化
・電子媒体（新品）
・ファイル



新品又は
最新のウイルス対策ソフト
でチェック済

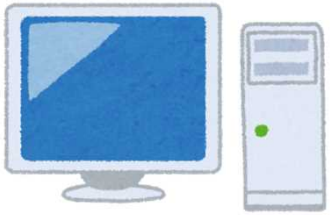
非匿名化情報

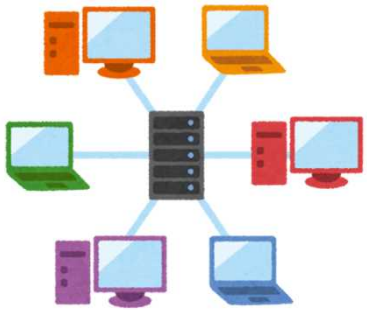
4. 中間生成物等の移送に電子媒体を使う

利用者

ウイルス対策ソフトをインストールし、定期的に最新のウイルス対策パタンをPC等にコピーして最新化していることが望ましい。

情報処理PC等





方法1
ウイルスチェック機能付きUSBメモリ

コピー

移送

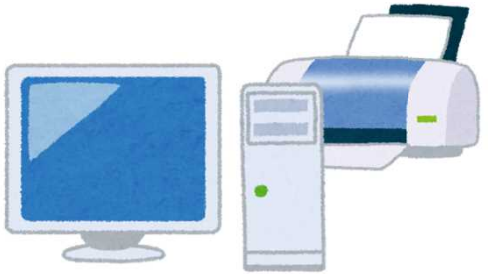


移送

コピー

接続するとウイルスチェックとチェックパタンの最新化

外部ネットワークPC



コピー

移送



移送



検疫用PC

方法2
ウイルスチェック機能付きUSBメモリ以外

ウイルス対策ソフトをインストール
・外部電子媒体を接続する直前に、インターネットに接続してウイルス対策ソフトを最新化するか、最新のウイルス対策パタンをPCにコピーして最新化して用いる。

匿名化情報

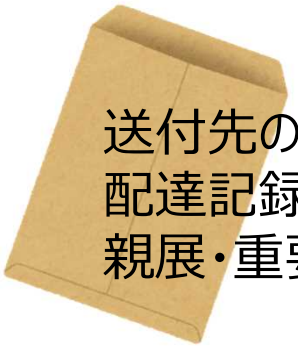
1. ひとりで使う

提供された情報及び中間生成物を情報処理PC等のみに保管し、取り扱う。

窓口組織

提供依頼
申出者

利用者



送付先の限定
配達記録付き
親展・重要

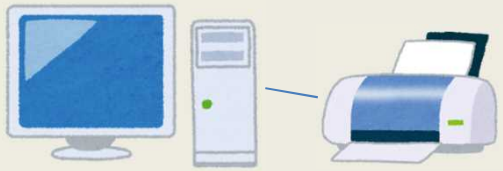




情報処理PC等



有線又は無線



新品又は最新のウイルス
対策ソフトでチェック済

匿名化情報

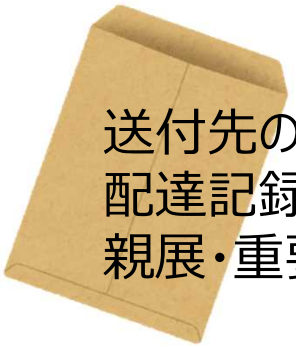
2. 複数利用者で使う①

提供された情報及び中間生成物を情報処理PC等のみに保管し、取り扱う。

窓口組織

提供依頼申出者

利用者1



送付先の限定
配達記録付き
親展・重要





利用者2

利用者1と同じ環境

利用者3

利用者1と同じ環境

匿名化情報

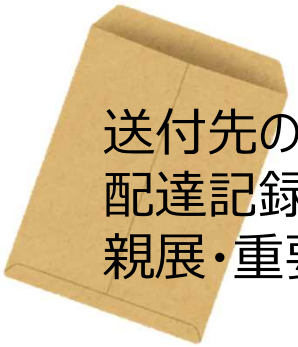
3. 複数利用者で使う②

サーバと複数のPC間等でネットワーク環境を構築して個人情報を取り扱う

窓口組織

提供依頼
申出者

利用者1～X



送付先の限定
配達記録付き
親展・重要







有線又は無線

新品又は
最新のウイルス対策ソフト
でチェック済

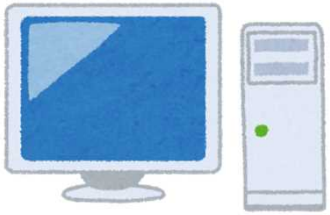
匿名化情報

4. 中間生成物等の移送に電子媒体を使う

利用者

ウイルス対策ソフトをインストール
・外部電子媒体を接続する直前に、インターネットに接続してウイルス対策ソフトを最新化する。

情報処理PC等



方法1
ウイルスチェック機能付きUSBメモリ







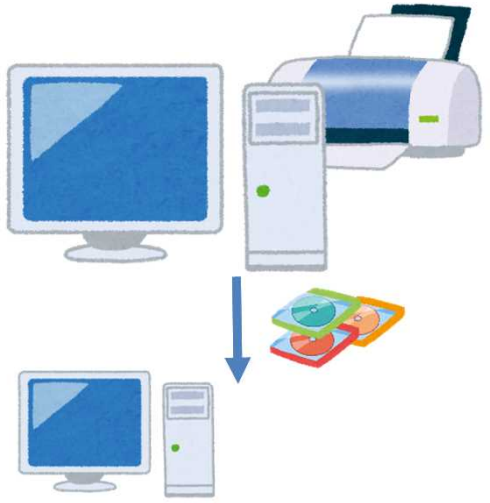


移送

方法2
ウイルスチェック機能付きUSBメモリ以外

接続するとウイルスチェックとチェックパタンの最新化

外部ネットワークPC



ウイルス対策ソフトをインストール
・外部電子媒体を接続する直前に、インターネットに接続してウイルス対策ソフトを最新化する。

全国がん登録　情報の提供マニュアル　別添
（案）

全国がん登録　情報の提供の審査の方向性（仮称）

《審議会等》は、提供依頼申出者が提出する申出文書及びその他必要な書類が揃った上で、当該書類に基づいて、以下の（１）から（10）までの審査の方向性に則り、情報の提供の可否について審査を行うものとする。つまり、《審議会等》は、情報の利用目的及び情報の適切な取扱い等の観点を中心に、提供依頼申出者の申請が、法に基づいた情報の提供及び利用に該当するか審査を行うものである。

《審議会等》は、必要があると認める場合には、提供依頼申出者に対し、資料の追加・修正等を求めた上で、再度審査を行うことができる。

なお、審査基準で使用する用語は、「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の用語の定義に従うものとする。

（１）情報の利用目的及び必要性

当該がんに係る調査研究の利用目的及び必要性が、がんの罹患、診療、転帰等の状況の把握及び分析その他のがんに係る調査研究を行うことにより、がん医療の質の向上等、国民に対するがん、がん医療及びがんの予防等についての情報提供の充実その他のがん対策を科学的知見に基づき実施に資するものである等、法の趣旨及び目的に沿ったものであること。

（２）同意の取得

全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供依頼申出である（法第 21 条第 3 項又は第 8 項）場合においては、同意を得ていることが必要とされており、その場合、がんに係る調査研究を行う者によって、以下の措置がとられていること。

・当該提供の求めを受けた全国がん登録情報又は都道府県がん情報に係るがんに罹患した者が生存している場合にあっては、がんに係る調査研究を行う者が、当該がんに罹患した者から当該がんに係る調査研究のために全国がん登録情報又は都道府県がん情報が提供されることについて同意を得ていること（法第 21 条第 3 項第 4 号又は同条第 8 項第 4 号）。

ただし、小児がん患者等の代諾者からの同意の取得が必要な場合においては、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 26 年文部科学省・厚生労働省告示第 3 号）の「第 5 章　第 13　代諾者等からインフォームドコンセント等」に準じていること。

なお、法の施行日（平成 28 年 1 月 1 日）前に、調査研究の実施計画において調査研究の対象とされる者の範囲が定められたものであり、その規模等の事情を勘案して、法の施行日後に、対象とされている者の同意を得ることが当該調査研究の円滑な遂行

に支障を及ぼすものである場合においては、「調査研究を行う者が講ずる同意代替措置に関する指針」（平成 27 年 12 月厚生労働省告示第 471 号）に即した措置が講じられているときは、この限りではない（全国がん登録　情報の提供マニュアル　P．10 参照）（法附則第 2 条）。

（3）利用者の範囲

① 調査研究の目的及び内容から判断し、全ての利用者について氏名、所属が申出文書に記載されており、全ての利用者が当該調査研究において果たす役割が明確かつ妥当で、それが必要な限度であり、不要な者が含まれていないこと。

② がんに係る調査研究のための全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供依頼申出である（法第 21 条第 3 項又は第 8 項）場合には、提供依頼申出者が、がんに関する集計（生存率を含む）又はがんに関する統計分析の調査研究の実績を 2 以上有すること。

③ 調査研究の一部を委託する場合においては、委託する内容及び委託を行う必要性が、研究の目的及び内容に照らして合理的であること。また、調査研究の主要な部分の委託ではないこと。

（4）利用する情報の範囲

調査研究の目的及び内容から判断し、申出文書に記載された利用する情報の範囲が妥当かつそれが必要な限度であり、不要な情報が含まれていないこと。

（5）利用する情報及び調査研究方法

以下の①から⑤までに即していること等、調査研究の内容、方法等からして、適切に、情報が利用されること。

① 提供することが可能な情報が記載されていること。

② 利用する情報及び調査研究方法が、目的、調査研究の内容から判断して妥当かつ必要な限度であること。

③ 調査分析方法等が特定個人を識別する内容でないこと。また、申し出た場合を除き、情報とその他個人情報とを連結する内容でないこと。

④ 情報の性格に鑑みて情報の利用に合理性があり、他の情報では調査研究目的が達成できないこと。

⑤ 特定の市町村及び病院等を識別する内容でないこと。

ただし、以下のⅰ）及びⅱ）の全てにあてはまる場合にはこの限りではない。

ⅰ）提供されるデータが地域性の分析・調査にのみ用いる目的であり、その目的に照らして必要な限度の範囲内で利用される場合。

ⅱ）市町村又は病院等の個別の了承がある場合、又は《審議会等》が特に認める場

合。

なお、ⅰ）及びⅱ）に該当する場合であっても、利用規約に即して利用することとする。

（6）利用期間

情報の利用期間が調査研究内容から見て、整合的かつ必要な限度となっていること。

ただし、全国がん登録情報又は都道府県がん情報を利用する場合で、利用期間を 5 年以上 15 年以内の利用期間を申し出た場合においては、調査研究の性質上、全国がん登録情報又は都道府県がん情報を 5 年以上分析する必要があるものであること。

（7）利用場所、利用する環境、保管場所及び管理方法

「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の別添「利用者の安全管理措置（仮称）」に示された措置が全て講じられていること。

（8）調査研究成果の公表方法及び公表時期

調査研究方法と調査研究成果の公表方法と公表時期が整合的であること。

また、調査研究成果が、がん患者及びその家族をはじめとする国民に還元される方法で、公表予定であること。

（9）情報の利用後の処置

「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の別添「利用者の安全管理措置（仮称）」に示された措置が全て講じられていること。

(10) その他

（1）から（9）以外に、特に、《審議会等》が設定した審査事項等がある場合は、当該事項を満たした上で調査研究が行われることが確認できること。

第２３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

平成３０年８月８日（水）
１６：３０～１８：００
中央労働委員会会館　講堂

議　事　次　第

１　開会

２　議題

（１）審議事項

① 麻しん及び風しんに関する特定感染症予防指針の改正について

② Ｂ型肝炎ワクチンについて

（２）報告事項

３　閉会

配付資料

資料１　　麻しん及び風しんの発生状況について

資料２　　乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンの需給状況等について

資料３　　麻しん及び風しんに関する特定感染症予防指針の改正について

資料４　　麻しんに関する特定感染症予防指針（改定案）

資料５　　風しんに関する特定感染症予防指針（改定案）

資料６　　MSD社の製造するB型肝炎ワクチンについて

資料７　　石井参考人提出　意見書

資料８　　中野委員提出　意見書

参考資料１　麻しんに関する特定感染症予防指針

参考資料２　風しんに関する特定感染症予防指針

資料24

第 24 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：平成 30 年 5 月 24 日（木）
16：00～18：00
場　所：中央労働委員会講堂（7 階）

議　事　次　第

1　開　会

2　議　題
（1）報告事項
乳がん検診における「高濃度乳房」への対応について
（2）がん検診に関するこれまでの経緯等について
（3）がん検診の今後の議論の進め方について
（4）その他

【資　料】

資料 1	高濃度乳房について
資料 2	がん検診の基本条件・利益・不利益について
資料 3	がん検診の経緯等について
資料 4	がん検診における不利益（祖父江構成員提出資料）
資料 5	がん検診の現状について
資料 6	がん検診で推奨されている年齢の国際比較
資料 7	今後の議論の進め方（案）
参考資料 1	「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
参考資料 2	平成 29 年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査

資料7

今後の議論の進め方（案）

平成30年
5月24日

第24回
がん検診のあり方に関する検討会

- がん検診の経緯
- がん検診の不利益（総論）
- がん検診・がん治療の現状について
- 諸外国との比較

第25回
がん検診のあり方に関する検討会

- がん検診の不利益（検査の偶発症等）
- 厚生労働科学研究班の報告
- 情報提供のあり方　等

について検討を進める。

第●回
がん検診のあり方に関する検討会

議論の取りまとめ案の提示

平成31年

第●回
がん検診のあり方に関する検討会

議論の取りまとめ

平成31年度以降

指針の見直し

資料25

第 25 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：平成 30 年８月３日（金）
16：00～18：00
場　所：厚生労働省９階省議室

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題
（１）　がん検診の現状について
（２）　その他

【資　料】

資料１	がん検診の基本条件・利益・不利益について
資料２	がん検診の現状について
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	がん検診の経緯等について
参考資料３	がん検診で推奨されている年齢の国際比較
参考資料４	がん検診の推奨のレベルについて

資料1

がん検診の基本条件

1. がんになる人が多く、また死亡の重大な原因であること
2. がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少すること
3. がん検診を行う検査方法があること
4. 検査が安全であること
5. 検査の精度がある程度高いこと
6. 発見されたがんについて治療法があること
7. 総合的にみて、検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

がん検診の利益（メリット）・不利益（デメリット）

利益（メリット）	不利益（デメリット）
• がんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果 • がん検診で「異常なし」と判定された場合、安心を得られること	• がん検診でがんが100%見つかるわけではないこと（偽陰性） • 結果的に不必要な治療や検査を招く可能性があること（偽陽性） • 生命予後に影響しない、微小で進行の遅いがんを見つけてしまうこと（過剰診断） • 検査に伴う偶発症が起こりうること ✓ 胃内視鏡検査による出血や穿孔 ✓ 胃エックス線検査における誤嚥や腸閉塞 ✓ マンモグラフィ・胸部エックス線検査・胃エックス線検査に伴う、放射線被曝　等

資料2

がん検診の現状について

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

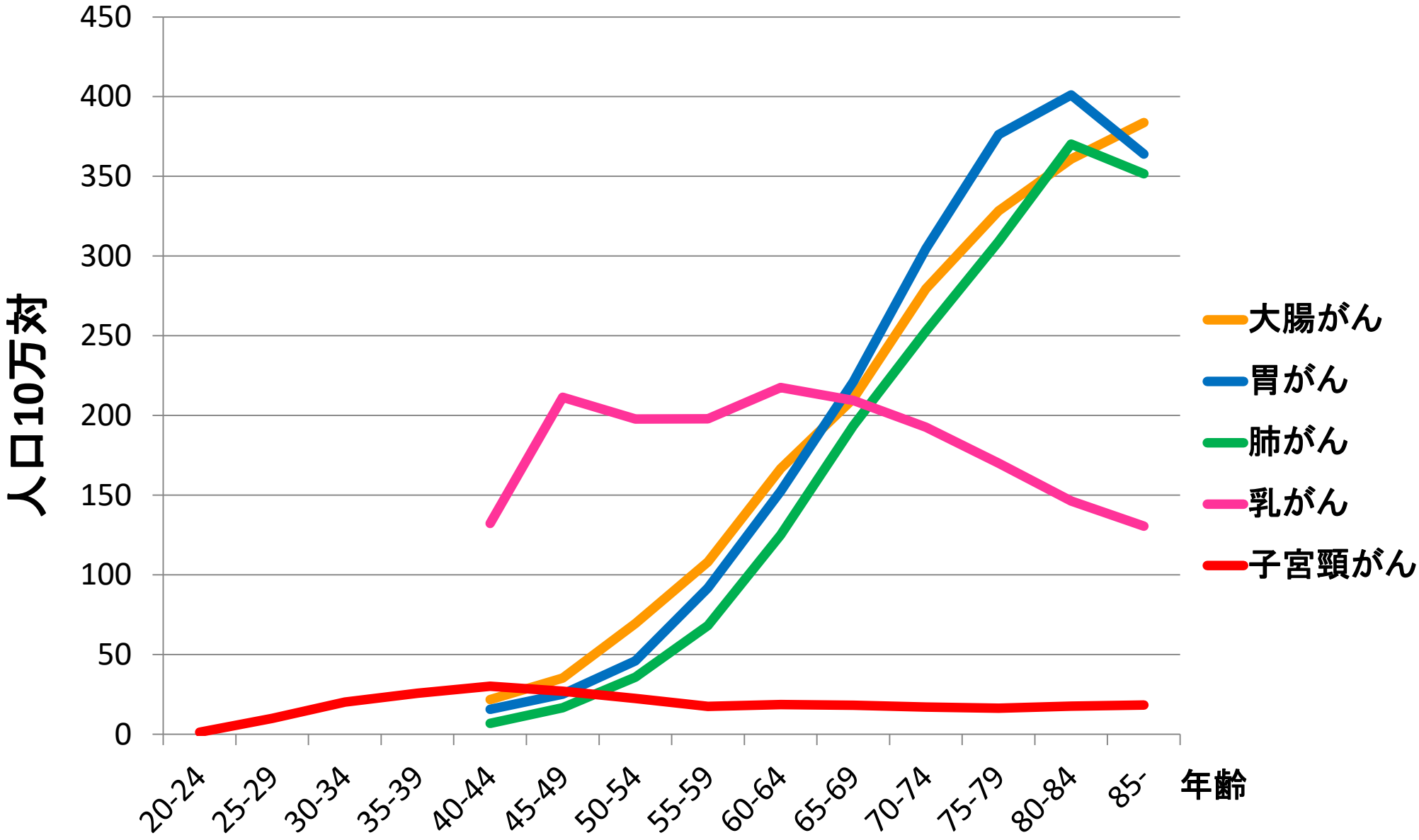
市町村のがん検診の項目について

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成２０年３月３１日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

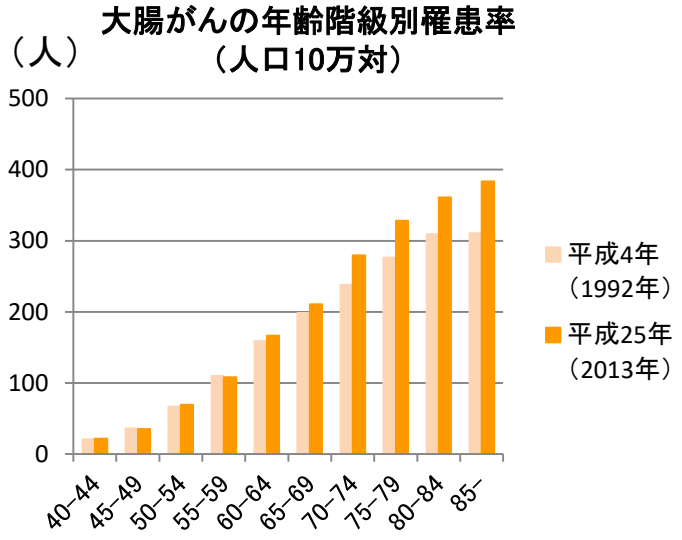
種類	検　査　項　目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

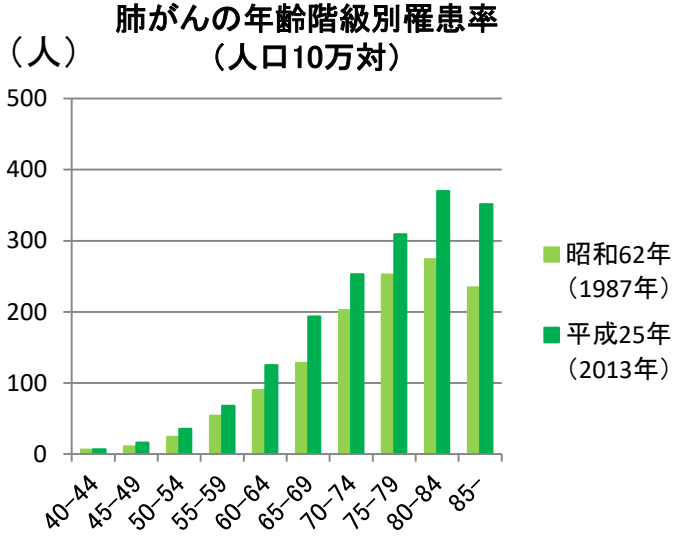
がんの年齢階級別罹患率（2013年）

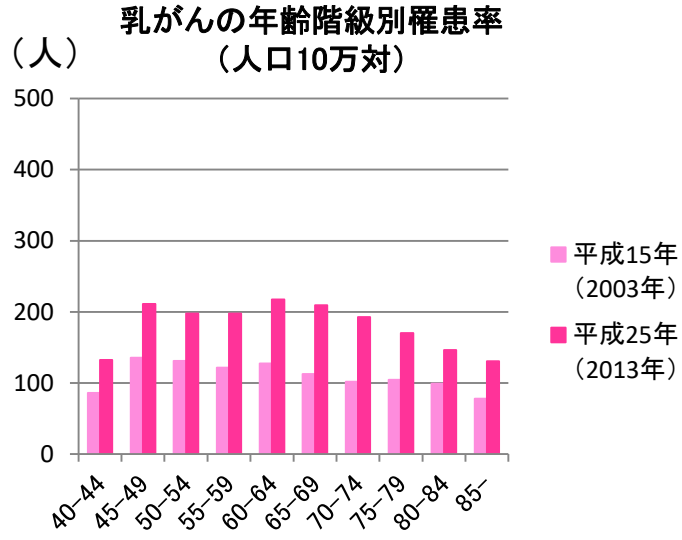


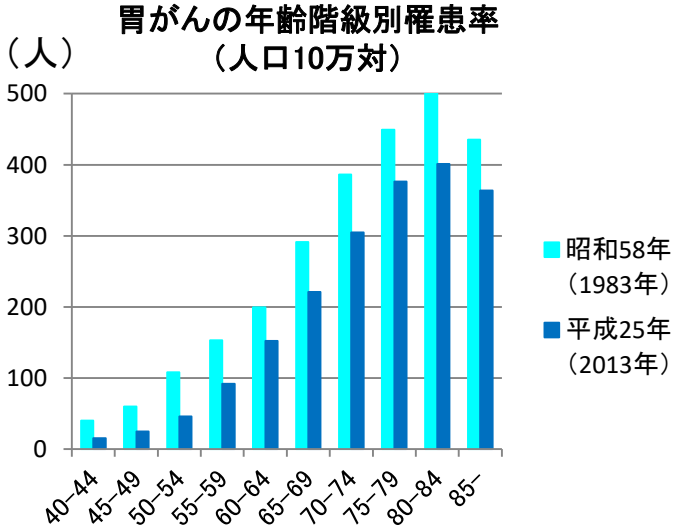
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

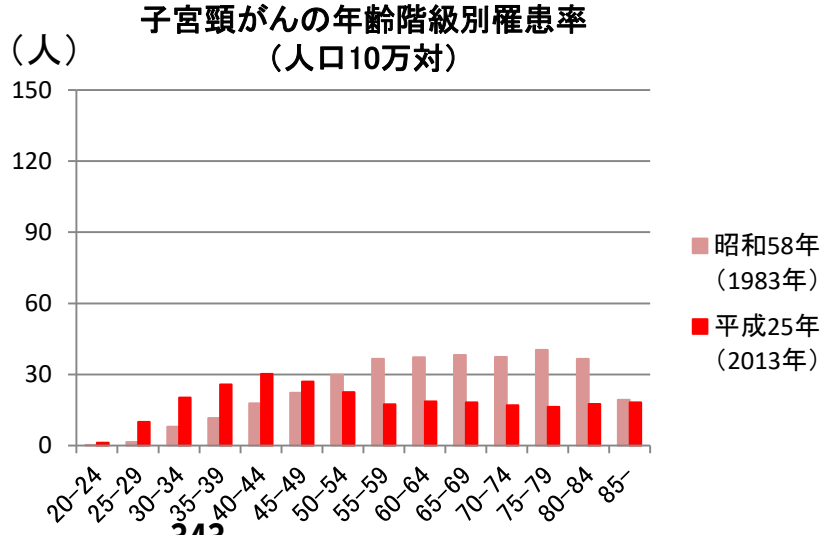
がんの年齢階級別罹患率の推移







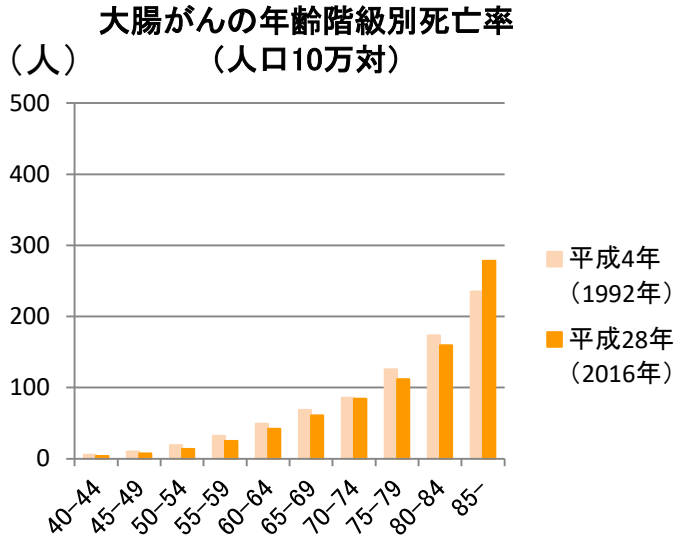


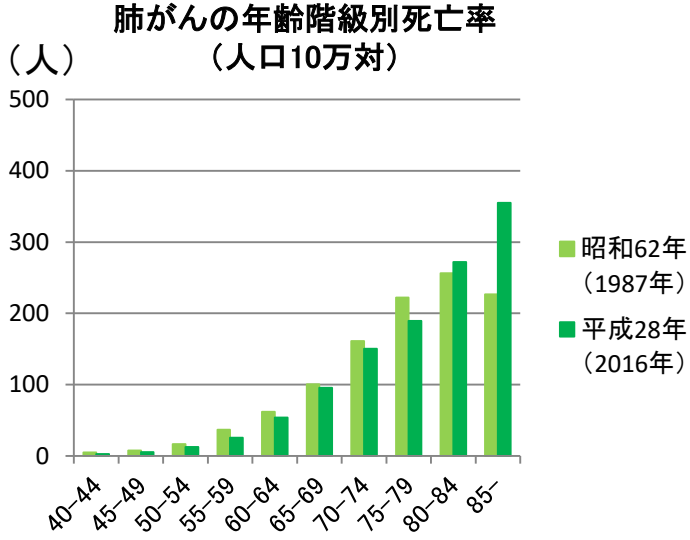


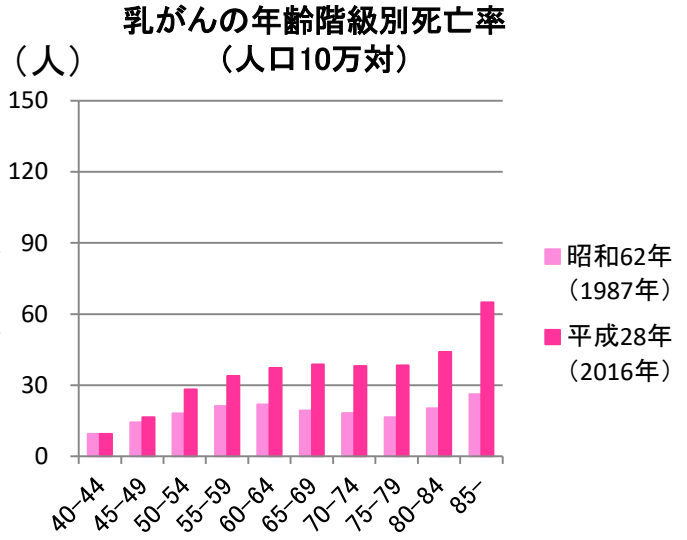
（注）
大腸・肺・胃・子宮頸がんについては、がん検診が開始された当時の罹患率と直近の罹患率とを比較している。（乳がんのみ、平成15年（2003年）との比較）

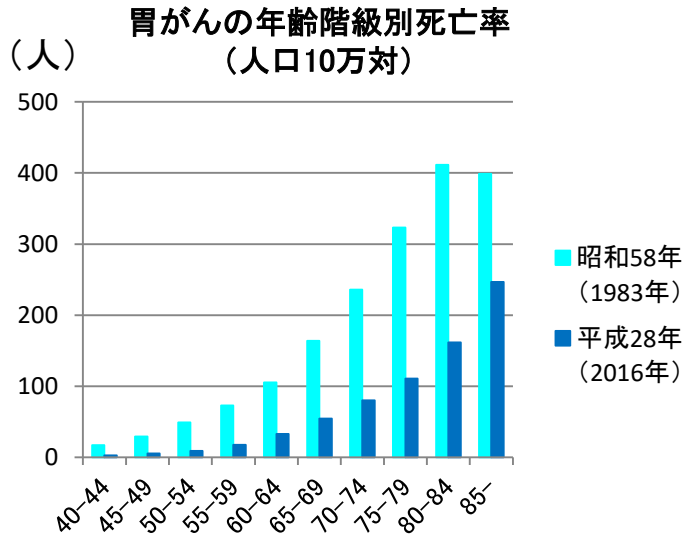
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

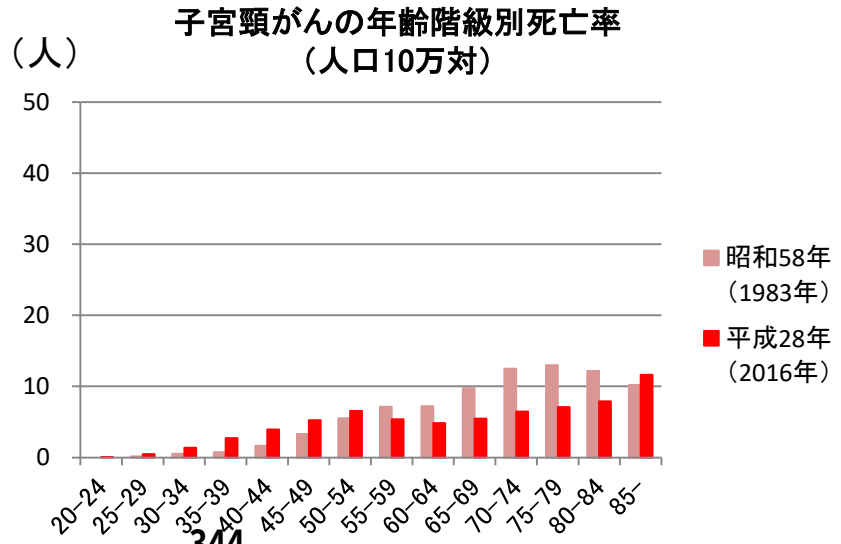
がんの年齢階級別死亡率の推移







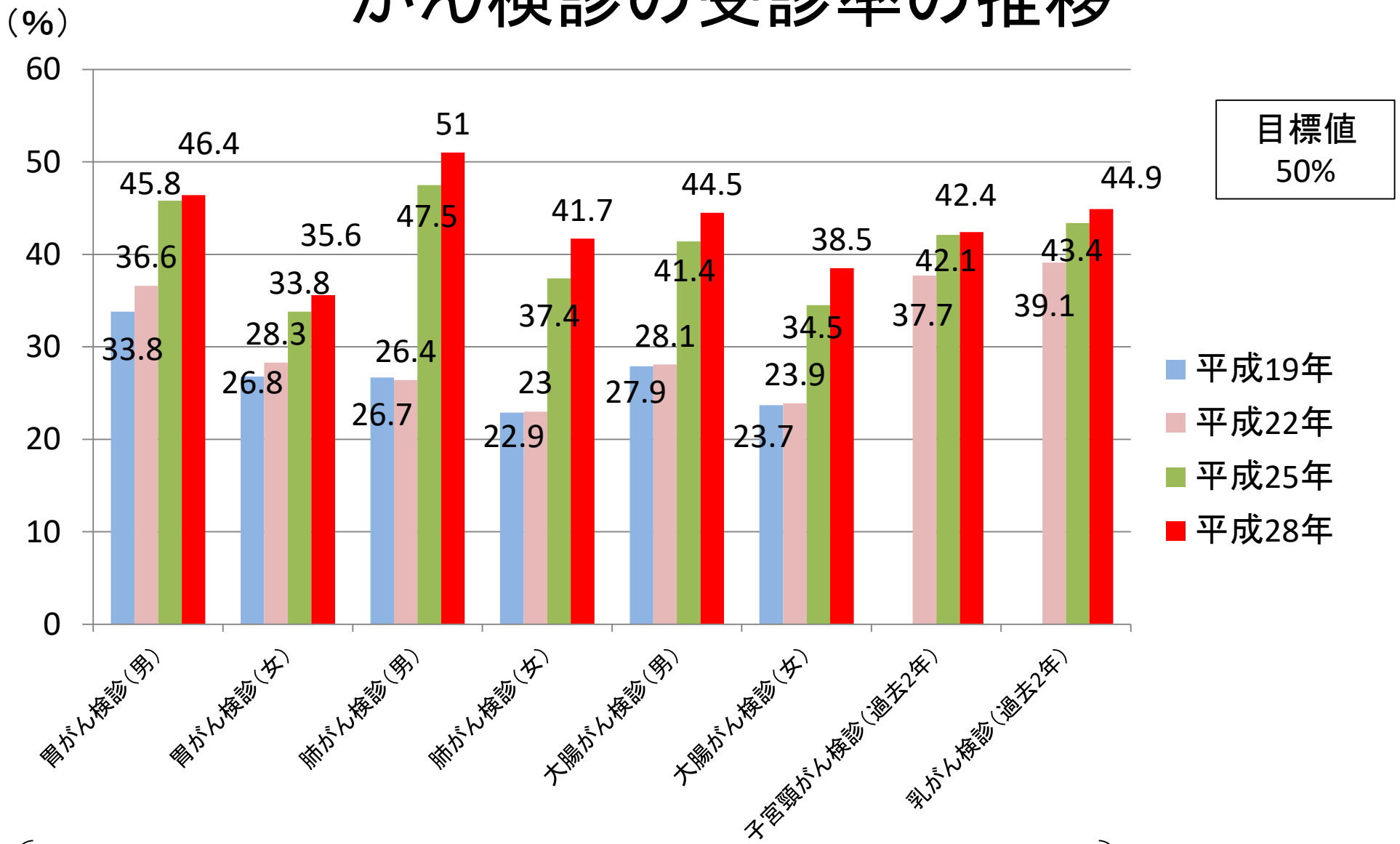




（注）
がん検診が開始された当時の死亡率と直近の死亡率とを比較している。

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

がん検診の受診率の推移

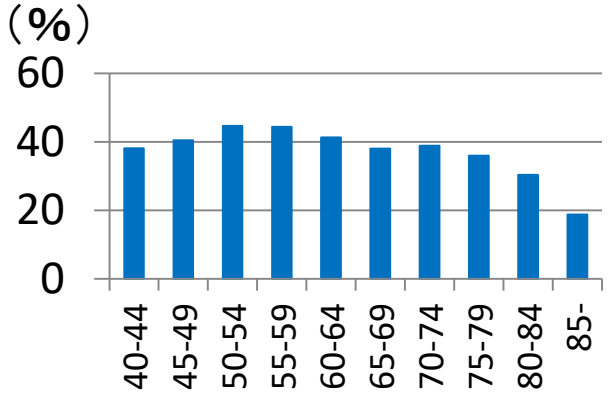


○ 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳、子宮がん（子宮頸がん）は20歳～69歳。
○ 健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものも含む。
○ 平成28年調査は、熊本県を除いたデータである。

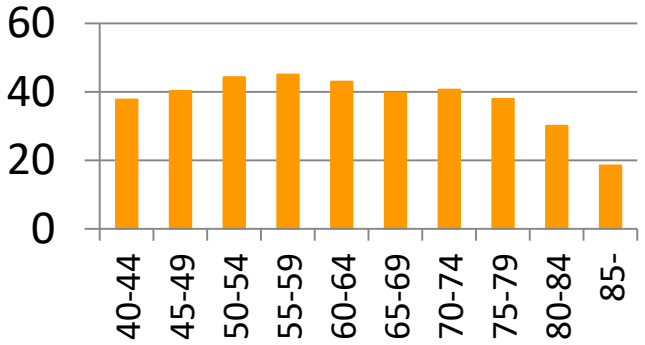
出典：平成28年国民生活基礎調査

がん検診の受診率

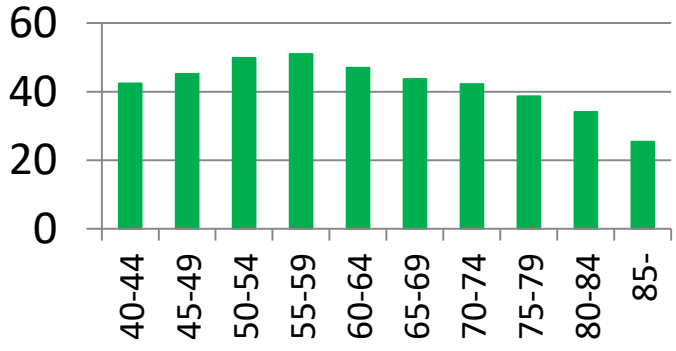
胃がん検診の受診率



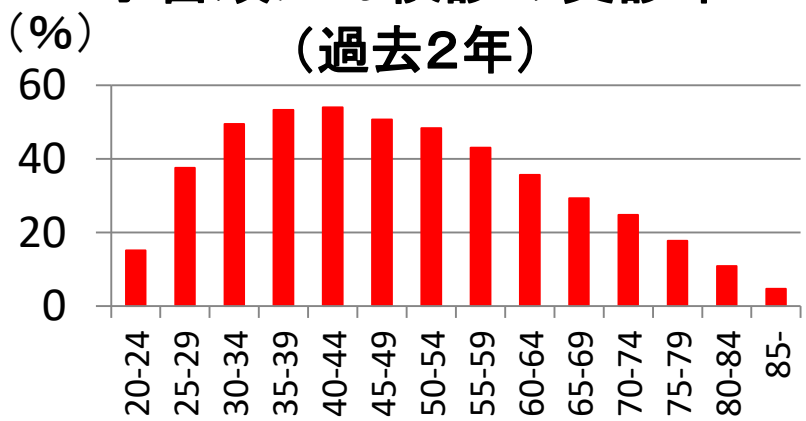
大腸がん検診の受診率



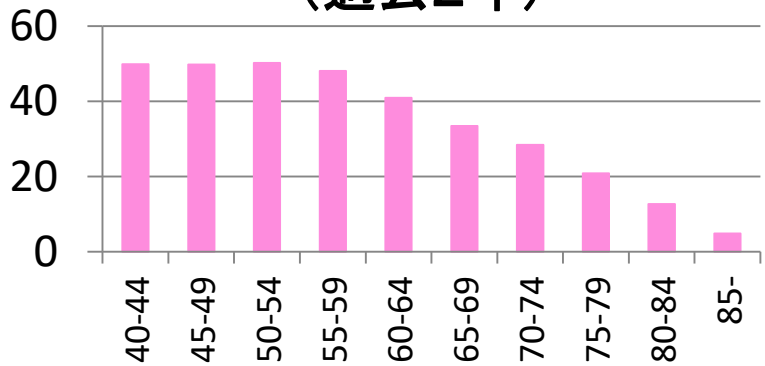
肺がん検診の受診率



子宮頸がん検診の受診率（過去2年）



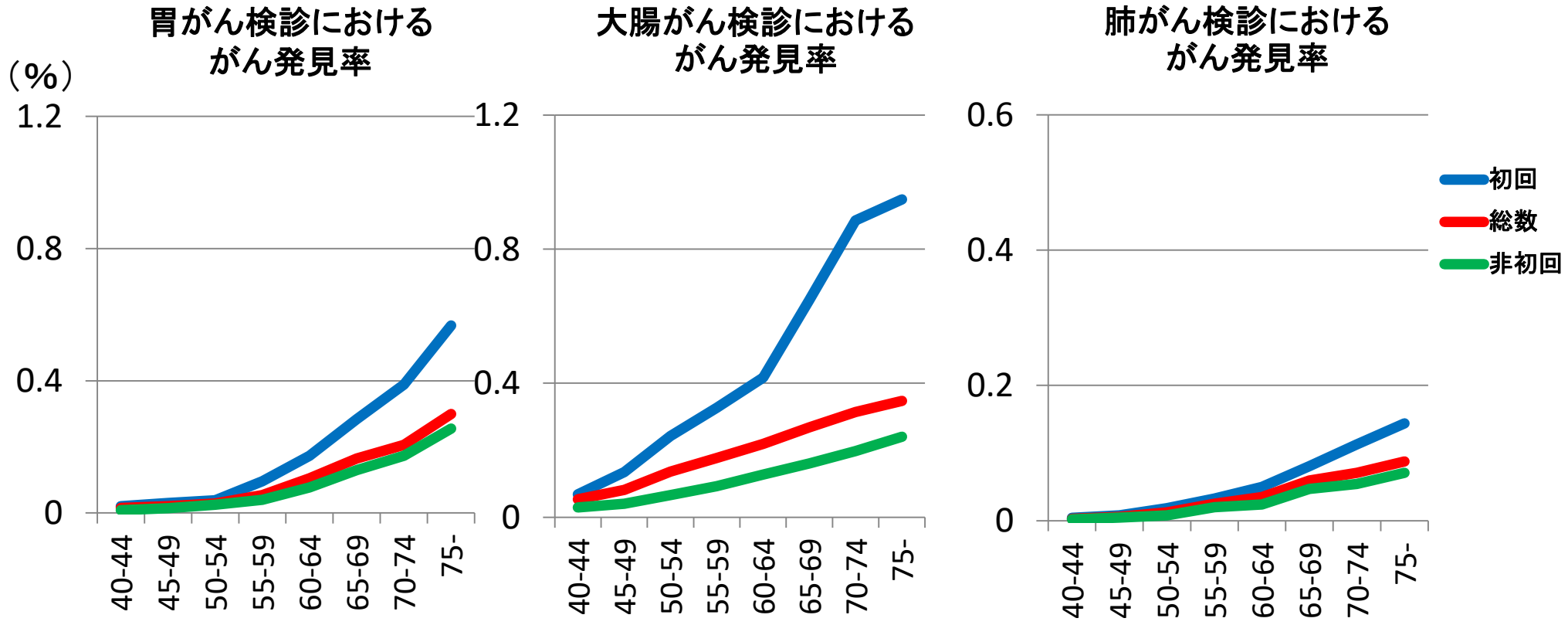
乳がん検診の受診率（過去2年）



出典：平成28年国民生活基礎調査

胃がん・大腸がん・肺がん検診における「がん発見率」
（がん発見率 = がんであった者数/受診者数×100）

- ✓「非初回」の受診者におけるがん発見率は、「初回」よりも低い。
- ✓ 年齢とともにがん発見率は高くなる。



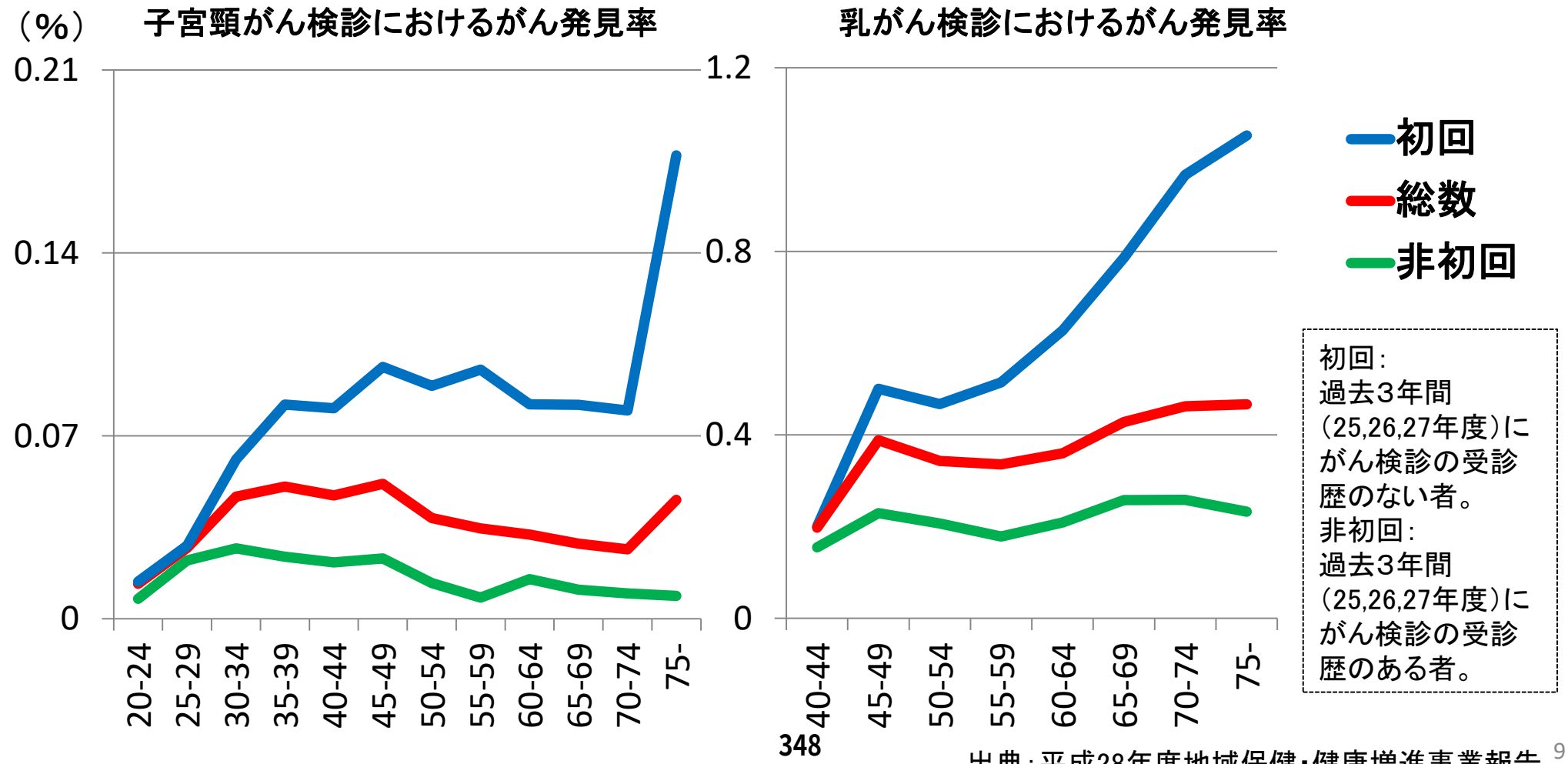
初回：過去3年間（25,26,27年度）にがん検診の受診歴のない者。
非初回：過去3年間（25,26,27年度）にがん検診の受診歴のある者。

出典：平成28年度地域保健・健康増進事業報告

子宮頸がん・乳がん検診における「がん発見率」

（がん発見率 = がんであった者数/受診者数×100）

- ✓ 「非初回」の受診者におけるがん発見率は、「初回」よりも低い。
- ✓ 「非初回」の受診者におけるがん発見率は、年齢が高くなるにつれて減少あるいは横ばいの傾向にある。



348

出典：平成28年度地域保健・健康増進事業報告

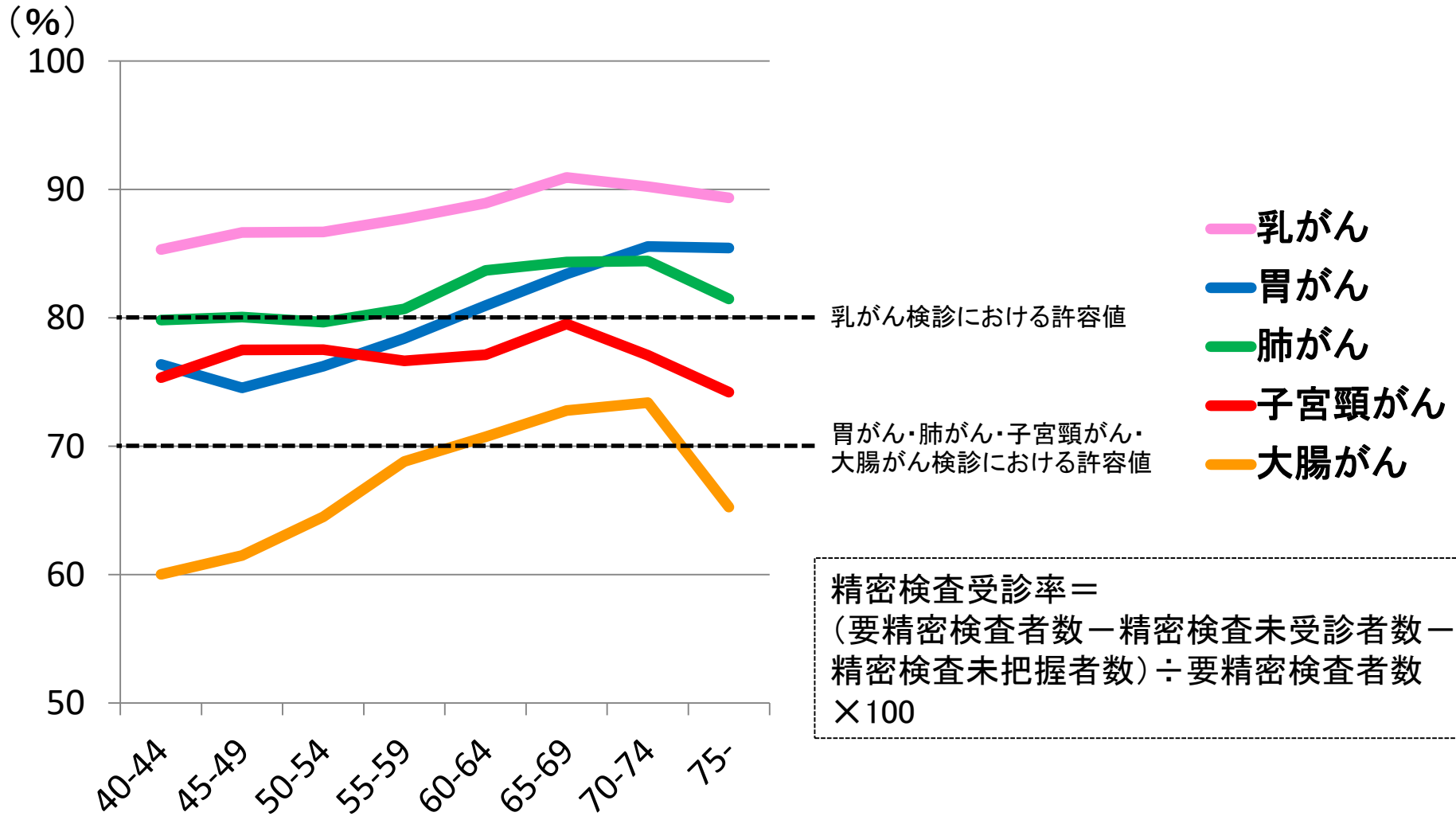
各がん検診におけるプロセス指標

		乳がん	子宮頸がん	大腸がん	胃がん	肺がん
精検受診率	許容値	80% 以上	70% 以上	70% 以上	70% 以上	70% 以上
	目標値	90% 以上				
未把握率	許容値	10% 以下				
	目標値	5% 以下				
精検未受診率	許容値	10% 以下	20% 以下	20% 以下	20% 以下	20% 以下
	目標値	5% 以下				
精検未受診・未把握率	許容値	20% 以下	30% 以下			
	目標値	10% 以下				
要精検率（許容値）		11% 以下	1.4% 以下	7.0% 以下	11% 以下	3% 以下
がん発見率（許容値）		0.23% 以上	0.05% 以上	0.13% 以上	0.11% 以上	0.03% 以上
陽性反応的中度（許容値）		2.5% 以上	4% 以上	1.9% 以上	1% 以上	1.3% 以上

出典：今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書（平成20年3月）

（注）各プロセス指標の対象年齢は「40歳から74歳」（子宮頸がん検診のみ20歳から74歳）とされている。

各種がん検診の精密検査受診率



精密検査受診率＝
（要精密検査者数－精密検査未受診者数－精密検査未把握者数）÷要精密検査者数
×100

350

出典：平成28年度地域保健・健康増進事業報告

第24回がん検診のあり方に関する検討会の議論の整理
（※ 事務局において、構成員の先生方のご意見を整理したもの）

本検討会での議論の進め方について

1. がん検診の基本条件に立ち返って、検討を重ねていくことが必要である。

がん検診の不利益について

1. がん検診を実施すれば必ずよい結果をもたらすとは限らず、また、頻回に行うほどよいとも限らない。
2. がん検診の不利益を考慮した上で、推奨することが必要である。
3. がん検診の不利益の定量的な評価方法については、一定の見解がない。
4. がん検診の不利益に関しては、受診者の理解を得られるように、工夫をして説明する必要がある。

諸外国との比較について

1. 諸外国におけるがん検診は、まず最初に年齢を限定して導入されている。
2. がん検診の事情や背景等は諸外国と異なるものの、推奨のグレードは参考にすべきである。

がん検診で推奨される年齢について

1. がん検診は、年齢が低すぎても高すぎても不利益を伴う。
2. がん検診に携わる者ががん検診を勧める際には、年齢を考慮すべきである。

がん検診の推奨の仕方について

1. がん検診の受診者の特性に応じて、推奨のあり方を考える必要がある。
2. がん検診の受診を希望する人の機会を奪わないようにする。

乳がん検診（マンモグラフィ）に関するエビデンス

乳がん検診（マンモグラフィ）に関するRCT

研究名	Malmö I・II	Swedish Two County	Stockholm	Göteborg	UK Age trial
国	スウェーデン	スウェーデン	スウェーデン	スウェーデン	イギリス
対象年齢（歳）	Malmö I：45–70 Malmö II：43–49	40–74	39–65	39–59	39–41
人数	60076	133065	60800	52222	160921
追跡期間（年）	Malmö I：19.2 Malmö II：9.1	最長19年	11.4	最長14年	10.7
死亡率減少効果	Malmö I：18% Malmö II：なし	31%	なし	25%	なし

出典：「有効性評価に基づく乳がん検診ガイドライン2013年度版」（2014年３月31日）を基に作成

- 「有効性評価に基づく乳がん検診ガイドライン」は、1985年１月から2012年４月までに公表された文献について分析している。
- 上記5研究のメタアナリシスでは、マンモグラフィにより、25%の乳がん死亡率減少効果があると報告されている。

8つのRCTのメタアナリシス

年齢（歳）	15年間の死亡率減少効果（人・対10万）
40–49	40.6
50–	61.7
60–69	211.8
70–74	死亡率減少効果なし

出典：JAMA. 2015;314:1615–1634.を基に作成[352]

- 2015年に報告されたシステマティック・レビューでは、「有効性評価に基づく乳がん検診ガイドライン」で評価したRCT以外の3つのRCTを含む、計8つのRCTについて分析している。

（注）RCT：Randomized controlled trial（無作為化比較対照試験）

大腸がん検診（便潜血検査）に関するエビデンス

大腸がん検診（便潜血検査）に関するRCT

研究名	Minnesota Colon Cancer Control Study	Nottingham trial	Funen trial
国	アメリカ	イギリス	デンマーク
対象年齢（歳）	50–80	45–74	45–75
人数	46551	152850	61933
追跡期間（年）	18	11（中央値）	13（1985年～1998年）
死亡率減少効果	逐年：33% 隔年：21%	13%	18%

- 「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」は、1985年１月から2003年６月までに公表された文献について分析している。
- 本ガイドラインによると、３報のRCTにおいて、便潜血検査により大腸がん死亡率減少効果があると報告されている。

出典：「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」（2005年３月24日）を基に作成

５つのRCTのシステマティックレビュー

研究名	Minnesota Colon Cancer Control Study	Nottingham trial	Funen trial	Göteborg	Burgundy
国	アメリカ	イギリス	デンマーク	スウェーデン	フランス
対象年齢（歳）	50–80	45–74	45–75	60–64	45–74
人数	46551	151975	61933	68308	91199
最長追跡期間（年）	30	28	17	19	11
死亡率減少効果	逐年：32% 隔年：22%	9%	16%	16%	16%

出典：JAMA. 2016;315:2576–2594.を基に作成

（注）RCT：Randomized controlled trial（無作為化比較対照試験）

353

子宮頸がん検診（子宮頸部細胞診）に関するエビデンス

子宮頸がん検診（子宮頸部細胞診）に関するコホート研究

コホート研究		
国	デンマーク	日本
対象年齢（歳）	20–	30–79
人数	15257	53003
追跡期間（西暦）	1967–1975	1988–2003
死亡率減少効果	90% （「死亡率が約1/10に低下」と記載されている）	70%

出典：「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」（2009年10月31日）を基に作成

- 「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」は、1985年1月から2007年9月までに公表された文献について分析している。
- 上記期間において、子宮頸部細胞診による子宮頸がんの死亡率減少効果を検証したRCTは、報告されていない。
- 子宮頸部細胞診に関しては、本ガイドラインにおいて、「現在標準とされている無作為比較対照試験などの評価手法が確立される以前の1950年代に始まり、かつ急速に浸透していった。（中略）あえて「検診施行群対検診未施行群」という形で子宮頸がん死亡をエンドポイントとした無作為比較対照試験を行うことはもはや必要ないとされている。」と記載されている。
- 本ガイドラインによると、2報のコホート研究において、子宮頸部細胞診により子宮頸がん死亡率減少効果があると報告されている。

（参考）子宮頸がん検診（子宮頸部細胞診）に関するRCT

RCT	
国	インド
対象年齢（歳）	30–59
人数	97672 （HPV検査・VIAを行った者も含む）
追跡期間（年）	8
子宮頸部細胞診による死亡率減少効果	なし（注）

- 子宮頸部細胞診と死亡率減少効果に関するシステマティックレビュー(2013年)によると、子宮頸部細胞診による死亡率減少効果を検証したRCT1報が報告されている。

（注）
本RCTにおいて、子宮頸部細胞診による統計学的に有意な死亡率減少効果が認められていない。その理由として、本RCTは、医療サービスが十分に発達していない地域で実施された研究であり、子宮頸がんに罹っていたにも関わらず病院を受診せずに子宮頸がんで死亡した人について把握できていない可能性があるためと考えられている。したがって、本RCTの結果の解釈には留意が必要である。

（注）RCT：Randomized controlled trial（無作為化比較対照試験）

出典：N Engl J Med. 2009;360:1385–94. 、N Engl J Med. 2009;36:304; author reply 306.およびSyst Rev. 2013;2:35.を基に作成

胃がん検診（胃エックス線検査、胃内視鏡検査）に関するエビデンス

胃がん検診（胃エックス線検査）に関するコホート研究

研究名	JPHC study	宮城の研究	コスタリカの研究
国	日本	日本	コスタリカ
対象年齢（歳）	40–59	40–64	51–75
人数	42150	41394	60659 （4つの対照群）
追跡期間（年）	13.1（平均）	1990～2001年までの11年	2–7年
死亡率減少効果	48%	46%	48–59%

出典：「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」（2015年3月31日）を基に作成

- 「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」は、2000年1月から2013年9月までに公表された文献について分析している。
- 胃エックス線検査や胃内視鏡検査による胃がんの死亡率減少効果を検証したRCTは、報告されていない。
- 本ガイドラインによると、3報のコホート研究において、胃エックス線検査により胃がん死亡率減少効果があると報告されている。

（注）RCT：Randomized controlled trial（無作為化比較対照試験）

胃がん検診（胃内視鏡検査）に関する症例対照研究

研究名	鳥取・新潟の研究	長崎の研究
対象年齢（歳）	40-79	40-
人数	2702	143
死亡率減少効果	30%	79%

出典：「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」（2015年3月31日）を基に作成

- 「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」によると、2報の症例対照研究において、胃内視鏡検査により胃がん死亡率減少効果があると報告されている。

355

肺がん検診（胸部エックス線検査・喀痰細胞診）に関するエビデンス

肺がん検診（胸部エックス線検査・喀痰細胞診）に関する症例対照研究

症例対照研究	岡山の研究	新潟の研究	宮城の研究	金子班の研究	成毛班の研究
対象年齢（歳）	40–79	40–79	40–79	40–74	40–74
人数	3902	975	2214	772	1542
死亡率減少効果	41%	60%	46%	46%	なし

出典：「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」（2006年９月11日）を基に作成

- 4報の症例対照研究において、胸部エックス線検査と高危険群に対する喀痰細胞診併用法による肺がん死亡率減少効果が認められている。
- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」によると、「それぞれの研究が様々な方法でバイアスの影響を取り除こうと試みても肺がん死亡減少の傾向を失わなかったことなどから、現代の日本におけるがん検診のガイドラインに用いるべき証拠としては、むしろ最近のわが国からの報告を重視することが妥当と判断した。」と記載されている。

（参考）
肺がん検診（胸部エックス線検査・喀痰細胞診）に関するRCT

研究名	Mayo Lung Project	Czech Study	Kaiser-Foundation Study	North London Study
国	アメリカ	チェコ	アメリカ	イギリス
対象年齢（歳）	45–	40–64	35–54	40–
人数	9211	6345	10713	55034
死亡率減少効果	なし	なし	なし	なし

（注）RCT：Randomized controlled trial
（無作為化比較対照試験）

出典：
「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」（2006年９月11日）、Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD001991.
を基に作成

- 2013年に発表されたシステマティックレビューによると、胸部エックス線検査と高危険群に対する喀痰細胞診併用法による肺がんの死亡率減少効果を検証したRCTは、４報報告されている。
- 上記研究に関しては、６年間・13年間の追跡期間のいずれにおいても死亡率減少効果が認められなかった。
- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」によると、Mayo Lung Projectでは、「対照群の73%が最後の２年間のうち１回以上の胸部X線検査を研究外で受けていることが判明しており、コンプライアンスの低さとコンタミネーションの高さが問題とされている。」という指摘がされている。また、Czech Studyでは、「術後30日以内の死亡率は11%であることが判明しており現代とは大きく異なっている。また、（中略）喀痰細胞診の精度に疑問が持たれている。」という指摘もある。

参考

エビデンスのレベル

エビデンスのレベル	
I	システマティック・レビュー／RCT[注)]のメタアナリシス
II	1つ以上のランダム化比較試験による
III	非ランダム化比較試験による
IVa	分析疫学的研究（コホート研究）
IVb	分析疫学的研究（症例対照研究、横断研究）
V	記述研究（症例報告やケース・シリーズ）
VI	患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見

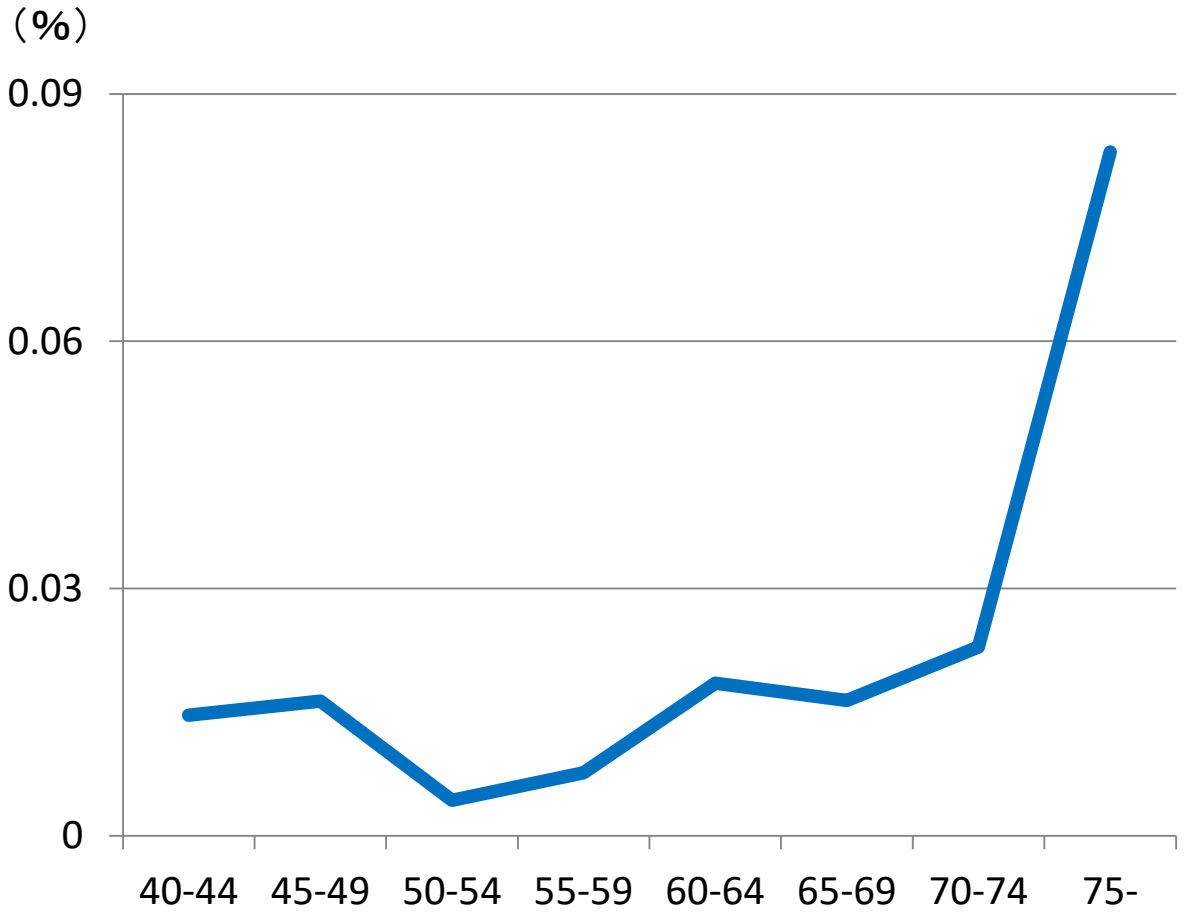
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「ガイドラインとは」
注）RCT：Randomized controlled trial（無作為化比較対照試験）

US Preventive Services Task Forceの推奨グレード

部位	更新年	推奨グレード		
乳がん	2016	40-49歳 C	50-74歳 B	75歳以上 I
子宮頸がん	2012	21歳未満 D	21-65歳 A	65歳以上 D
大腸がん	2016	50-75歳 A	76-85歳 C	86歳以上 D
肺がん	2013		55-80歳 B	
前立腺がん	2018	55-69歳 C		70歳以上 D
甲状腺がん	2017		D	
卵巣がん	2018		D	

胃エックス線検査における偶発症の発生率

✓ 胃エックス線検査における偶発症の発生率は、75歳以上で高くなる。



- 日本対がん協会の18支部（北海道・青森・岩手・宮城・秋田・茨城・栃木・富山・石川・福井・鳥取・高知・佐賀・長崎・熊本・大分・鹿児島・沖縄）における、平成26年度のデータを基に作成
- 偶発症は、バリウムの誤嚥・肺炎・便秘（病院で措置したもの）・腸閉塞・穿孔・転落・その他

（N = 1,006,244）

出典：平成28年厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「わが国におけるがんの予防と検診の新たなあり方に関する研究」（主任研究者 津金昌一郎）
359 分担研究「現場の実態に基づく検診のあり方に関する研究」（分担研究者 垣添忠生）
「日本対がん協会支部における5がん検診の年齢層別受診状況に関する集計報告書」を基に作成

資料26

第 36 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、平成 30 年度第 5 回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）

資料一覧

資料１　乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR）の副反応疑い報告状況
資料２　乾燥弱毒生麻しんワクチンの副反応疑い報告状況
資料３　乾燥弱毒生風しんワクチンの副反応疑い報告状況
資料４　乾燥弱毒生おたふくかぜワクチンの副反応疑い報告状況
資料５　乾燥弱毒生水痘ワクチンの副反応疑い報告状況
資料６　乾燥組織培養不活化 A 型肝炎ワクチンの副反応疑い報告状況
資料７　23 価肺炎球菌ワクチンの副反応疑い報告状況
資料８　インフルエンザワクチンの副反応疑い報告状況
資料９　HPV ワクチン（サーバリックス）の副反応疑い報告状況
資料 10　HPV ワクチン（ガーダシル）の副反応疑い報告状況
資料 11　HPV ワクチン接種後の失神関連副反応疑いについて
資料 12　ＨＰＶワクチンに係る情報提供の評価方法について
資料 13　予防接種に関する基本的な計画（平成２６年厚生労働省告示第１２１号）における記載内容及びこれまでの取組状況（副反応疑い報告制度に関する事項）
資料 14　副反応疑い報告制度に関する課題について（多屋委員提出資料）
参考資料　副反応疑い報告制度に関する国立感染症研究所における取り組み

その他参考資料　各ワクチンの添付文書（委員のみ配付）

資料27

第３７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、平成３０年度第７回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）

資料一覧

資料１　沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（ＤＰＴ）の副反応疑い報告状況

資料２　沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド（ＤＴ）の副反応疑い報告状況

資料３　ジフテリアトキソイドの副反応疑い報告状況

資料４　沈降破傷風トキソイドの副反応疑い報告状況

資料５　不活化ポリオワクチン（ソークワクチン）の副反応疑い報告状況

資料６　沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ（セービン株/ソークワクチン）混合ワクチンの副反応疑い報告状況

資料７　沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン（無毒性変異ジフテリア毒素結合体）の副反応疑い報告状況

資料８　Hib（ヒブ）ワクチンの副反応疑い報告状況

資料９　乾燥 BCG ワクチンの副反応疑い報告状況

資料１０　日本脳炎ワクチンの副反応疑い報告状況

資料１１　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）の副反応疑い報告状況

資料１２　経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンの副反応疑い報告状況

資料１３　５価経口弱毒生ロタウイルスワクチンの副反応疑い報告状況

資料１４　ロタウイルスワクチンに係る腸重積症に関する報告

資料１５　ワクチンに関する死亡報告一覧

（2 種類以上のワクチンが同時接種された症例について、その組み合わせがわかるよう資料 1～13 の各々に掲載されているものを再掲）

その他参考資料　各ワクチンの添付文書（委員のみ配付）

資料28

第53回 造血幹細胞移植委員会
（平成30年9月26日）資料１

造血幹細胞移植推進拠点病院事業のあり方について

１．これまでの経緯

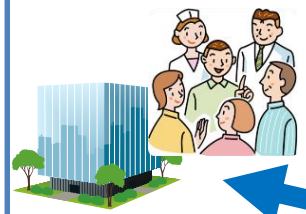
造血幹細胞移植医療体制整備事業

事業の目的

血液疾患患者全体の生存率の向上のために、

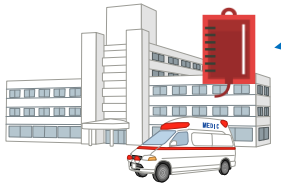
- 造血幹細胞移植を必要としている患者に対して、適切な時期に、適切な種類の移植を提供できる体制の構築。
- 将来的には、どこの地域にいても、誰でも、より安全に受けることができる治療方法となることが目標。
- さらに、長期生存が得られるようになった際に、移植後のより良い長期フォローアップ体制を構築。

事業の内容



人材育成事業

- 広い地域での人材育成
  ⇒ そして地域へ還元
- 特にHCTC（Hematopoietic Cell Transplant Cordinator）の育成を重視
- 学会と連携したセミナー・研修等の開催



コーディネート支援事業

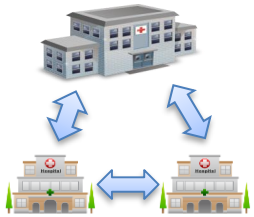
- 特に非血縁者間における コーディネート期間短縮を重視。
- 骨髄バンクとの連携構築
- 末梢血幹細胞提供体制整備
- HCTCの活用と普及
- 連携病院への診療支援



地域の移植医療の中核組織

総合的で幅広いミッションを一貫的に遂行する地域の移植医療の基盤

造血幹細胞移植推進拠点病院



地域連携事業

- 地域の移植施設間での タイムリーな相談体制
- セカンドオピニオンや患者紹介の円滑な実施
- 非専門医・開業医も含めた長期フォロー体制
- 地域連携支援センターの設置



拠点病院連絡会議

- 拠点病院間の連携体制の構築
- 各地域の特色を生かした対策の構築
- コーディネート期間短縮・ＨＣＴＣ活用をはじめとした各種研究の積極的参加

各都道府県等との連携

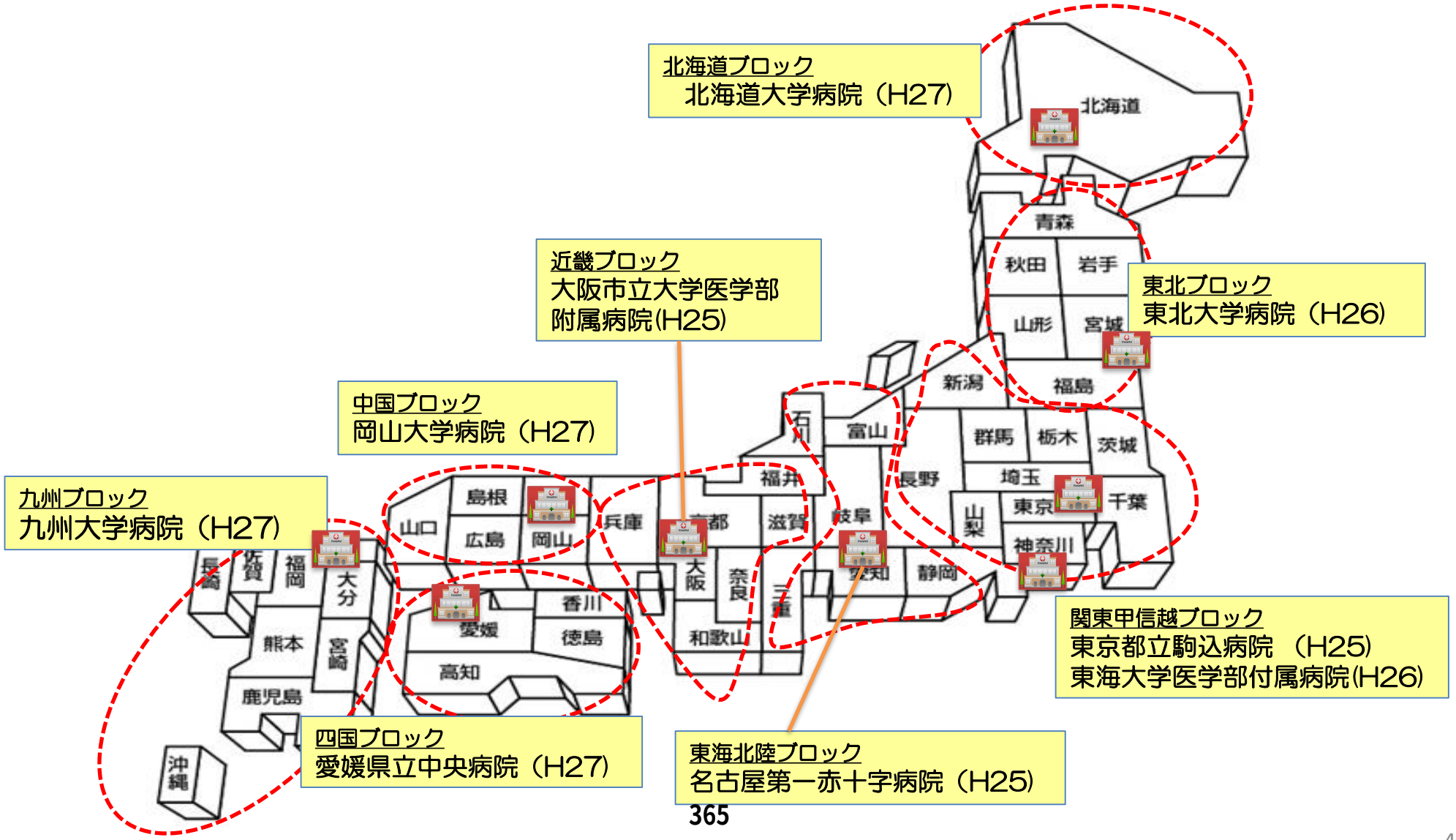
- 移植医療技術の均てん化
- コーディネート期間の短縮
- 各地域毎のネットワーク構築

⇒ 安定的供給を36年達成

⇒ 最終的に、造血幹細胞移植患者の生存率のさらなる向上へ

造血幹細胞移植推進拠点病院の現在の選定状況

現在、全国８ブロック９施設を選定（括弧内は選定年度）



365

造血幹細胞移植医療体制全体の課題

- 移植術・採取術を行う移植医、その他移植医療を支える職種を育成する体制は、学会の移植認定診療科の増加とともに確保されつつある。
  ⇒ 人材育成がまだ不足している地域があるか、評価が必要。

- 非血縁者間骨髄移植のコーディネートの期間は改善傾向にある。
  ⇒ 骨髄の早期採取への取組は継続して行う必要。

- 地域連携が進んでいる地域とまだ十分に進んでいない地域がある。
  ⇒ 引き続き、地域連携の強化が必要。

- その他
  ⇒長期生存患者の増加に伴う適切なフォローアップ体制が必要。社会復帰支援も含めた移植後患者の生活の質の向上のための取組も重要。

２．前回の委員会における主な意見

造血幹細胞移植医療体制の目指すべき方向性について

- 今後も長期生存患者は増え続けるため、各地域におけるフォローアップ体制を強化していく必要があるのではないか。
- 移植後患者には若い人も多いため、がん拠点病院における取組等を参考にして、就労支援も今後考えていくべきではないか。
- 就労支援も復職や復学だけでなく、これから就職先を探す世代の患者のことも考えるべきではないか。
- 社会復帰できる環境を整備することを明確にすることで、関係機関とより幅広い連携を図ることの重要性が高まるのではないか。
- 社会復帰を考える上では、患者側だけではなく、患者を受け入れる側である企業等にどのように情報発信していくかも重要ではないか。

拠点病院の事業内容について

- 出張形式の拠点病院セミナーでは、他県の医師以外の多職種の状況がわかり、情報の共有が図られたのではないか。
- コーディネート期間の短縮は、拠点病院事業の大きな成果と考えられるのではないか。
- 利便性の低い地域においては、移植経験のある医師を遠方の病院へ配置できるようになると、移植が必要な患者を早期に把握することができ、また移植後の患者の通院も楽になる。そのため、さらなる人材育成が必要ではないか。
- 地域の医療機関や産業医が患者の治療経過などの医療情報を正確に把握して適切な医療を提供できるよう、患者手帳を普及してはどうか。
- 地域連携においては、患者手帳の配布や地域でのマニュアル作成、医師会や保健士会と連携したセミナーの開催など、より具体的な内容を盛り込むべきではないか。
- 拠点病院の役割は、移植医療を実施する中心となるということではなく、移植医療を推進する上で拠点となる機関であるべきではないか。
- 拠点病院の独自の取組について、積極的に拠点病院同士で共有してはどうか。
- これまでの拠点病院事業においては人材育成事業、コーディネート支援事業、地域連携事業という枠組みの中で、最初から具体的な目標がはっきりしていなかったため、今後は拠点病院はどこに力を入れていくべきか、各地域の実情に応じて個別に具体的な計画を立てて行うべきではないか。
- 各ブロックごとに必要となる事業は異なっており、画一的に事業を行うことは難しいのではないか。
- 拠点病院単独で、そのブロックの移植医療の責任を持って行うのは負担が大きすぎるため、拠点病院だけに任せるのではなく、連携協力病院などのその地域内の他の病院も含めた協力体制を作り、そのブロックでどの事業をどのように行うかが重要である。拠点病院はそういった地域における取組の中で、コーディネーターの役割を担っていくべきではないか。

拠点病院の選定・評価方法について

- 拠点病院の選定に当たっては、あらかじめ基準を一律に定めるよりも、各地域においてどのような活動をしていくのか各拠点病院から提案を行わせるのがよいのではないか。
- 行政において事業の内容をさらに明確にさせ、それを基に、各拠点病院において具体的な計画書を提出してもらうのがよいのではないか。
- 応募の際には、具体的にこの事業をこの地域でこのようにやりたいということを明確にしていただいた上で採択する方が、事業の成果の評価もしやすくなるのではないか。
- ブロックの設定については、ゼロベースで見直すよりは、原則現状のブロックを参考に考えるべきではないか。
- その上で、地域の実情に応じて柔軟に考えていくのがよいのではないか。
- 全地域をうまくカバーできているかについては、採択後に必要に応じて調整をかけていくのがよいのではないか。
- 拠点病院事業の評価方法も必要に応じて見直していくべきではないか。

３．今後の拠点病院事業について

前回の委員会における合意事項

前回の委員会において、造血幹細胞移植医療体制の目指すべき方向として、以下の4項目を満たす体制を構築することについて、ご了解をいただいたところ。

1．造血幹細胞移植を必要としている患者に対して、適切な時期に、適切な種類の移植を提供できる体制
2．どこの地域にいても、誰でも、より安全に造血幹細胞移植を受けることができる体制
3．造血幹細胞移植を受けた患者が、移植後も生活の質を保ち、長期フォローアップを受けることができる体制
4．造血間細胞移植を受けた患者が、地域で安心して暮らしを続けていくことが出来るよう、関係者と連携して、社会復帰できる環境整備を支援する体制

を、構築することを目指す。

372

今後の拠点病院事業の具体的な取組（案）

初年度

指名、業務委託



造血幹細胞移植推進拠点病院



造血幹細胞移植推進協力病院

※協力病院の指名の有無や数は各拠点病院の裁量に任せる

各ブロック内での人材育成や地域連携における課題などを評価し、解決に向けた事業計画書を、協力病院と相談して策定し、厚生労働省への公募申請時に提出

選定・評価会議で審議

・原則、現在のブロックを前提とするが、計画書をもとに、拠点病院の配置数を決定。
・計画書をもとに、各拠点病院における予算の配分を決定。

造血幹細胞委員会へ報告

人材育成事業



連携

日本造血細胞移植学会

- ブロック内での人材不足の抽出
- 診療支援等の人材派遣
- 学会と連携した人材育成（セミナー開催を含む）
  ⇒ そして地域へ還元

コーディネート支援事業

連携

日本骨髄バンク

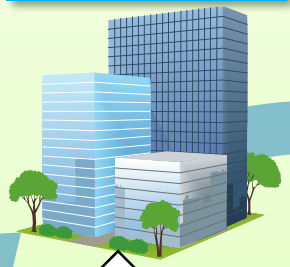




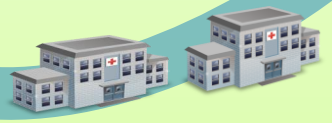
現在までのコーディネート期間短縮に向けた取組の継続と強化

- 骨髄バンクとの連携構築
- HCTC等を活用したブロック内での採取や移植における情報共有
- 連携病院への診療支援

造血幹細胞移植推進拠点病院



地域全体の情報の収集と共有



造血幹細胞移植推進協力病院
（拠点病院が指名）

※特に強化を目指す

地域連携事業

連携



地域の医療機関

移植後長期フォローアップ体制の構築

- ブロック内でのLTFU(Long Term Follow-Up)外来設置施設の増加・共有化
- 非専門医・診療所等も含めた地域の医療機関との連携強化
  →連携のために必要な知識共有のためのセミナー開催
  → 連携可能な医療機関を見える化し、関連施設での共有、患者への情報共有
  →地域連携センターによる地域の医療機関や患者からの相談への対応
  →造血細胞移植患者手帳の普及、配布
- 移植後患者の就労相談窓口の設置



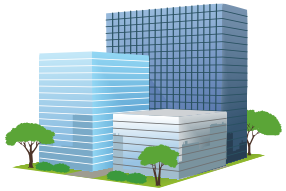




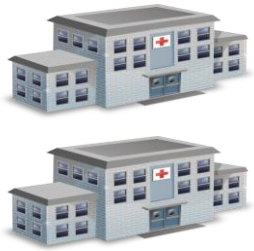
拠点病院選定後の事業取組の報告・評価の流れ（案）

①拠点病院及びその協力病院は、年度毎に各事業の進捗状況をとりまとめ、次年度の計画書を作成して、厚労省に提出。
②厚労省は、提出のあった計画書を、選定・評価会議に付議。
③選定・評価会議において、各事業の計画書に基づいた進捗状況を評価するとともに、予算の配分を見直し、造血幹細胞移植委員会へ報告。
④造血幹細胞移植委員会で、事業報告をもとに移植医療の課題の解決に向けた方向性の確認。

造血幹細胞移植推進拠点病院

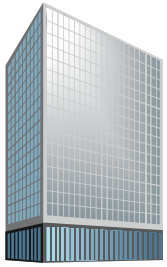


造血幹細胞移植推進協力病院



①

厚生労働省



②

③ 選定・評価会議

〇人材育成
- 事業計画に則り人材育成が行われているか
- 育成した人材は計画通り、配置されているか

〇コーディネート期間短縮
- 採取数が維持又は向上しているか
- 期間短縮は進んでいるか

〇地域連携
- 連携医療機関が増えているか
- LTFU外来受診患者数は増えているか
- 患者相談、就労支援は進んでいるか

374

④ 造血幹細胞移植委員会





最終的に、
造血幹細胞移植患者の生存率、生活の質のさらなる向上へ

これまでの拠点病院事業と比較した事務局案における事業の変更点

- 人材育成事業、コーディネート支援事業、地域連携事業の3事業を引き続き行うが、各地域において必要な事業を優先的に行うこととなる。どの事業に注力するかについては、その事業について具体的に記載した計画書を公募の際に提出することとなる。
- 拠点病院を申請するための事業計画書を策定するにあたり、地域の情報を収集し、選定された場合は連携して事業を行う協力病院を、候補病院が指名する。申請時には協力病院名のリストも提出することとする。
- 拠点病院がカバーするブロックについては、原則現在のブロック割を前提とするが、候補病院が各自判断して申請することとする。最終的には選定・評価会議で調整を行い、日本全国が網羅されているようにする。
- 拠点病院が選定された後の事業評価は、公募の際に提出した事業計画書の進捗状況をもとに判断する。
- 各拠点病院事業の予算については、申請時の計画書ならびに事業評価をもとに選定・評価会議及び造血幹細胞移植委員会等での審議をもとに決定する。
- 地域連携、患者相談及び就労支援を強化する。

具体的な事業計画書の内容のイメージ

＜人材育成＞
- 各都道府県別の診断から移植までの日数の比較による移植の需要と供給のバランスの評価及び対応策の策定。
- ブロック内での移植認定医師、認定HCTCが不足している地域の抽出及び育成計画を含めた対応策の策定。
- ブロック内での移植医療機関を対象としたセミナーの要望の取りまとめ及び年間スケジュールの作成。

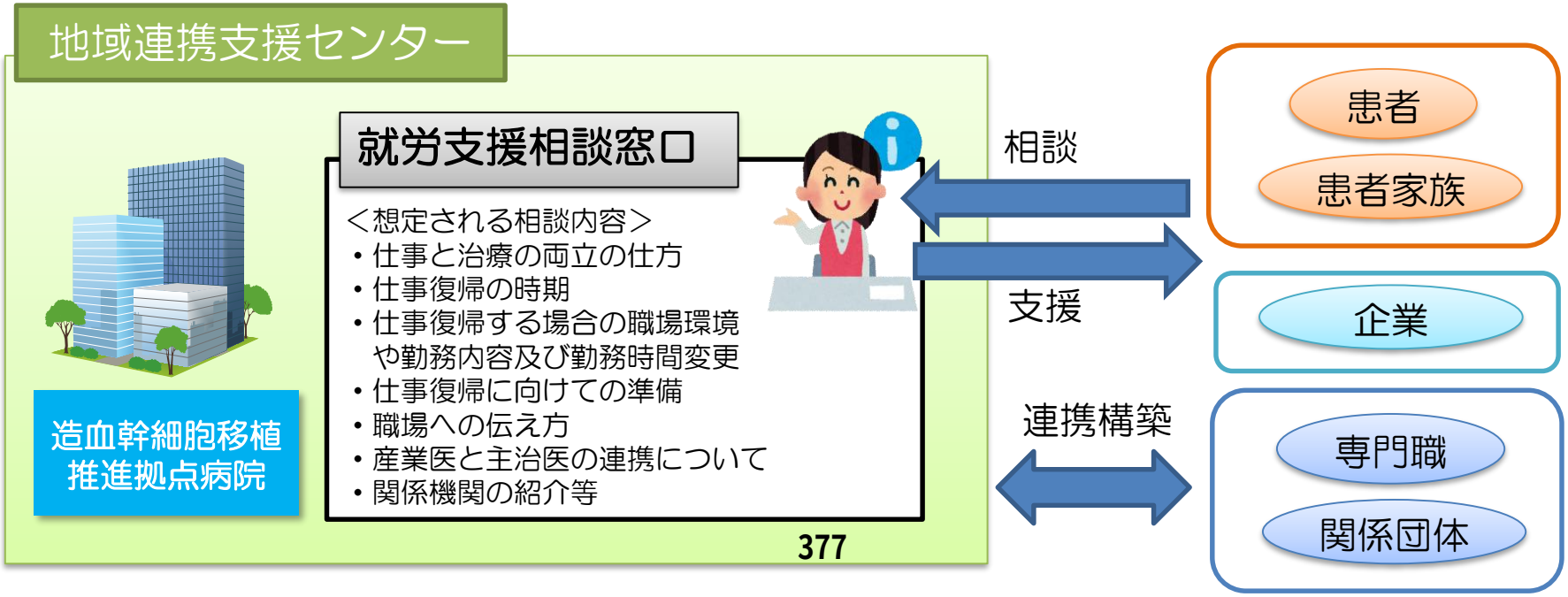
＜コーディネート支援＞
- ブロック内での骨髄バンクでのコーディネートにおけるドナー選定から移植までの日数の維持又は改善に向けた対応策の策定及びブロック内の移植医療機関への展開。
- ブロック内での採取の応援の要望のとりまとめと調整。

＜地域連携＞
- 各都道府県別のLTFU外来受診率の評価とその向上に向けた対応策の策定（LTFU外来設置率の向上やLTFU外来の共有等）。
- ブロックにおける非移植認定施設の診療所等の地域の医療機関との連携状況の評価と連携推進策の策定。
- 地域連携支援センターにおける地域の医療機関や患者等からの相談状況の評価と機能強化策の策定。
- 造血細胞移植手帳の普及状況の評価と普及推進策の策定。
- 地域医療連携センター内への移植後患者の就労相談窓口の設置計画と効果的な運用方法の立案。

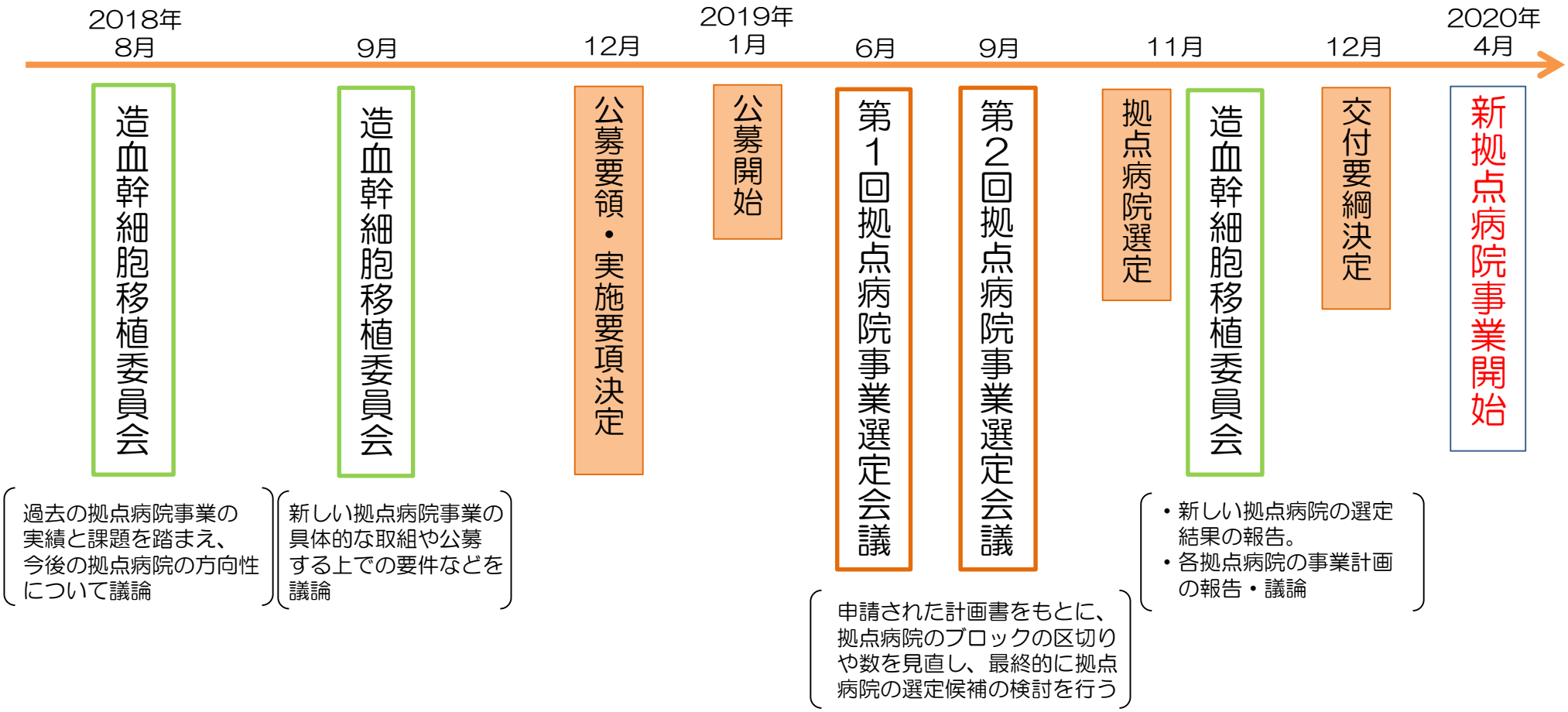
（参考）移植後患者が社会復帰できる環境整備の事業計画のイメージ

○地域連携支援センター内に就労支援相談窓口を設置
- 院内の他部署との連携（がん相談支援センター、MSW等）を考慮した人員配置
- 就労支援相談窓口の周知

○患者相談への対応
○患者の就労状況に対する積極的な情報収集
○専門職（社労士、産業カウンセラー等）や関連団体（ハローワークや産業保健総合支援センター等）との連携の構築



今後のスケジュール案について



資料29

第６９回がん対策推進協議会議事次第

日　時：平成 30 年６月 27 日（水）16：00～18：00

場　所：　全国都市会館　３階　第２会議室

議　事　次　第

１　開　　会

２　議　　題

（１）会長の選任等について

（２）我が国のこれまでのがん対策について

（３）第３期がん対策推進基本計画の今後の進め方について

（４）その他

【資　料】

資料１　がん対策推進協議会委員名簿

資料２　我が国のこれまでのがん対策について

資料３　第３期がん対策推進基本計画の進捗について

資料４　第３期がん対策推進基本計画の今後の進め方について

資料５　平成 30 年度がん対策予算の概要

参考資料１　がん対策基本法

参考資料２　がん対策推進協議会令

参考資料３　がん対策推進基本計画（平成 30 年３月）

参考資料４　がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しに関する報告書（平成 30 年４月 11 日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）

参考資料５　小児がん拠点病院の指定要件の見直しに関する報告書（案）（小児・ＡＹＡ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会）

参考資料６　がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針（平成 29 年 12 月 25 日付け健発１２２５号第３号厚生労働省健康局長通知の別添）

参考資料７　職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成 30 年３月厚生労働省）

参考資料８　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）

資料1

がん対策推進協議会委員名簿

氏名	所属・役職
秋山　正子（アキヤマ　マサコ）	株式会社ケアーズ　白十字訪問看護ステーション　統括所長 特定非営利活動法人マギーズ東京　センター長
太田　桂子（オオタ　ケイコ）	国立大学法人島根大学医学部医療サービス課　医療ソーシャルワーカー
川本　利恵子（カワモト　リエコ）	公益社団法人日本看護協会　常任理事
北川　雄光（キタガワ　ユウコウ）	一般社団法人日本癌治療学会理事長 慶應義塾大学医学部　外科学　教授（一般・消化器外科）
坂下　千瑞子（サカシタ　チズコ）	東京医科歯科大学医学部附属病院　血液内科 特任助教
茂松　直之（シゲマツ　ナオユキ）	日本放射線腫瘍学会理事長 慶應義塾大学医学部　放射線科学教室　教授
鈴木　中人（スズキ　ナカト）	特定非営利活動法人いのちをバトンタッチする会　代表
田中　秀一（タナカ　ヒデカズ）	読売新聞東京本社調査研究本部　主任研究員
轟　浩美（トドロキ　ヒロミ）	特定非営利活動法人希望の会　理事長
中釜　斉（ナカガマ　ヒトシ）	日本癌学会　理事長 国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
西口　洋平（ニシグチ　ヨウヘイ）	一般社団法人キャンサーペアレンツ　代表理事
檜山　英三（ヒヤマ　エイソウ）	一般社団法人日本小児血液・がん学会理事長 広島大学自然科学研究支援開発センター　教授
細川　豊史（ホソカワ　トヨシ）	特定非営利活動法人日本緩和医療学会　代議員 洛和会丸太町病院　院長
松田　一夫（マツダ　カズオ）	一般社団法人日本消化器がん検診学会　理事 公益財団法人福井県健康管理協会　副理事長
松村　淳子（マツムラ　アツコ）	京都府健康福祉部長
間野　博行（マノ　ヒロユキ）	国立研究開発法人国立がん研究センター　理事・研究所長 がんゲノム情報管理センター長
道永　麻里（ミチナガ　マリ）	公益社団法人日本医師会常任理事
南　博信（ミナミ　ヒロノブ）	公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長 神戸大学大学院医学研究科　内科学講座　腫瘍・血液内科学分野　教授
村本　高史（ムラモト　タカシ）	サッポロビール株式会社　人事部　プランニング・ディレクター
山口　建（ヤマグチ　ケン）	静岡県立静岡がんセンター　総長

◎：会長　○：会長代理

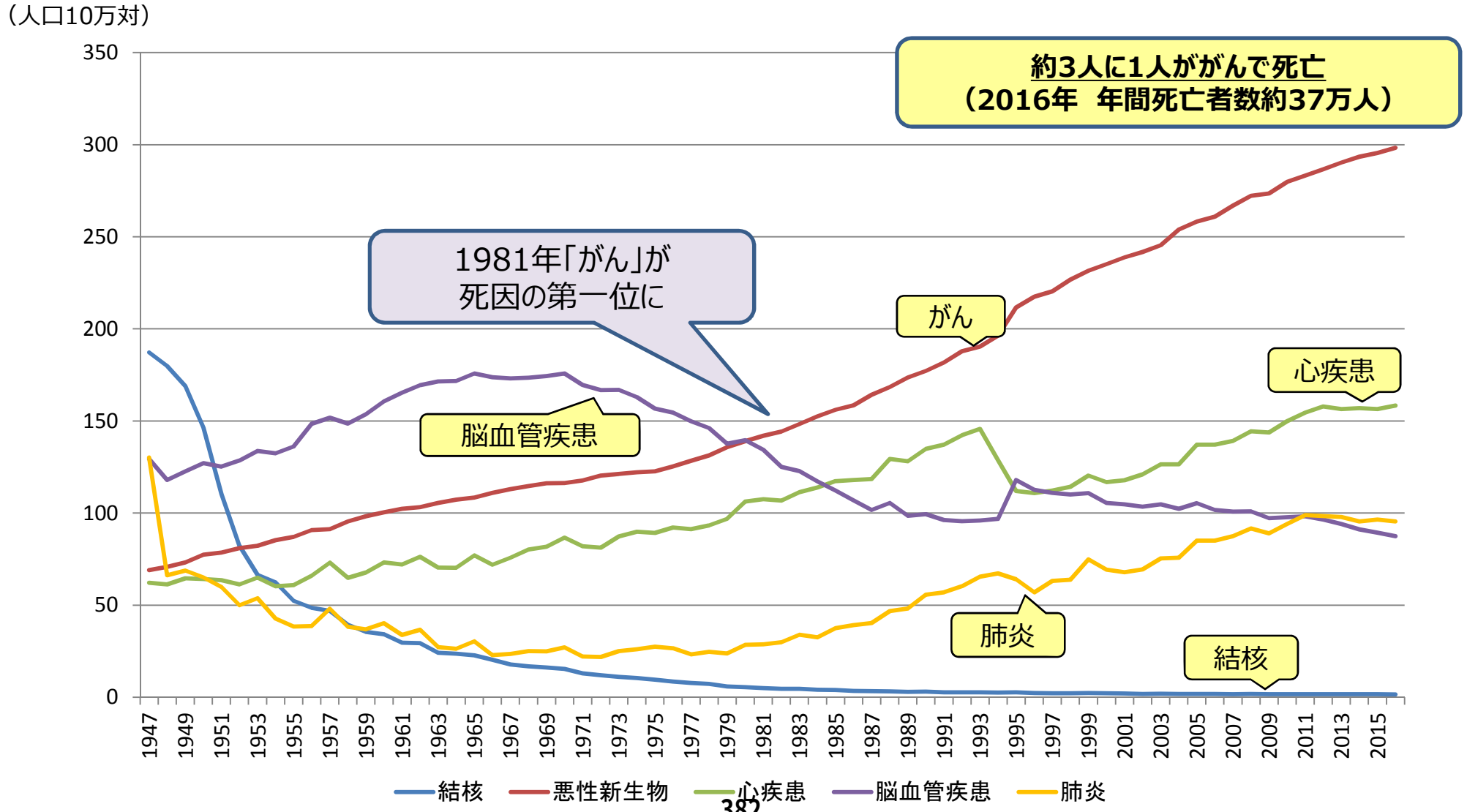
（50音順、敬称略）

資料2

我が国のこれまでのがん対策について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

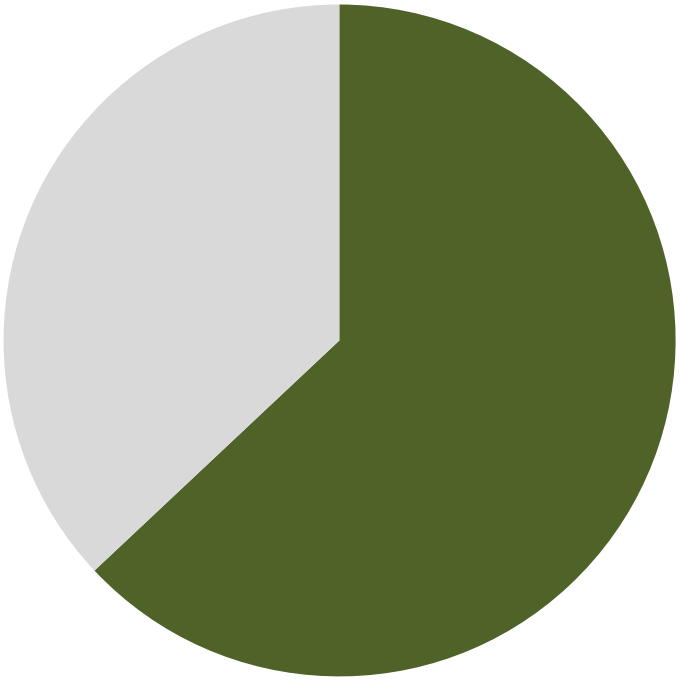
我が国における粗死亡率の推移（主な死因別）



出典　平成28（2016）年人口動態統計

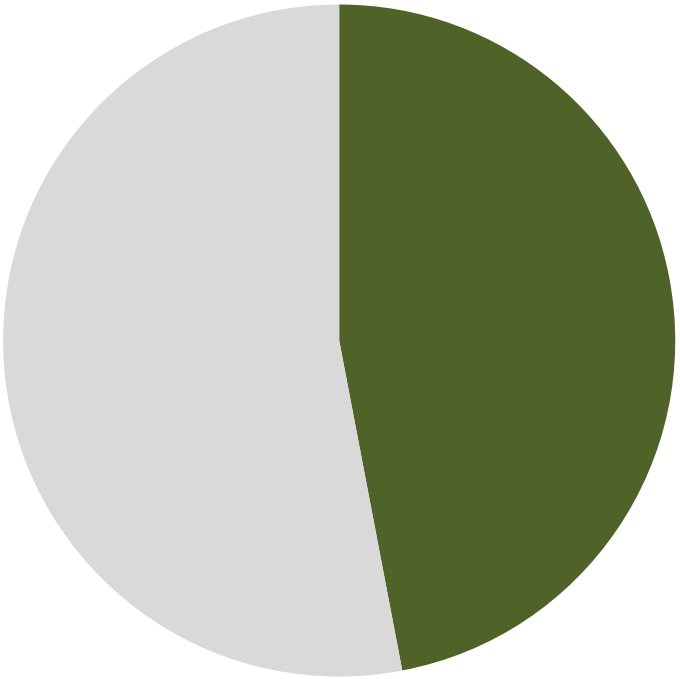
日本人の２人に１人が生涯でがんになる

男性



生涯でがんに罹患する確率　62%

女性



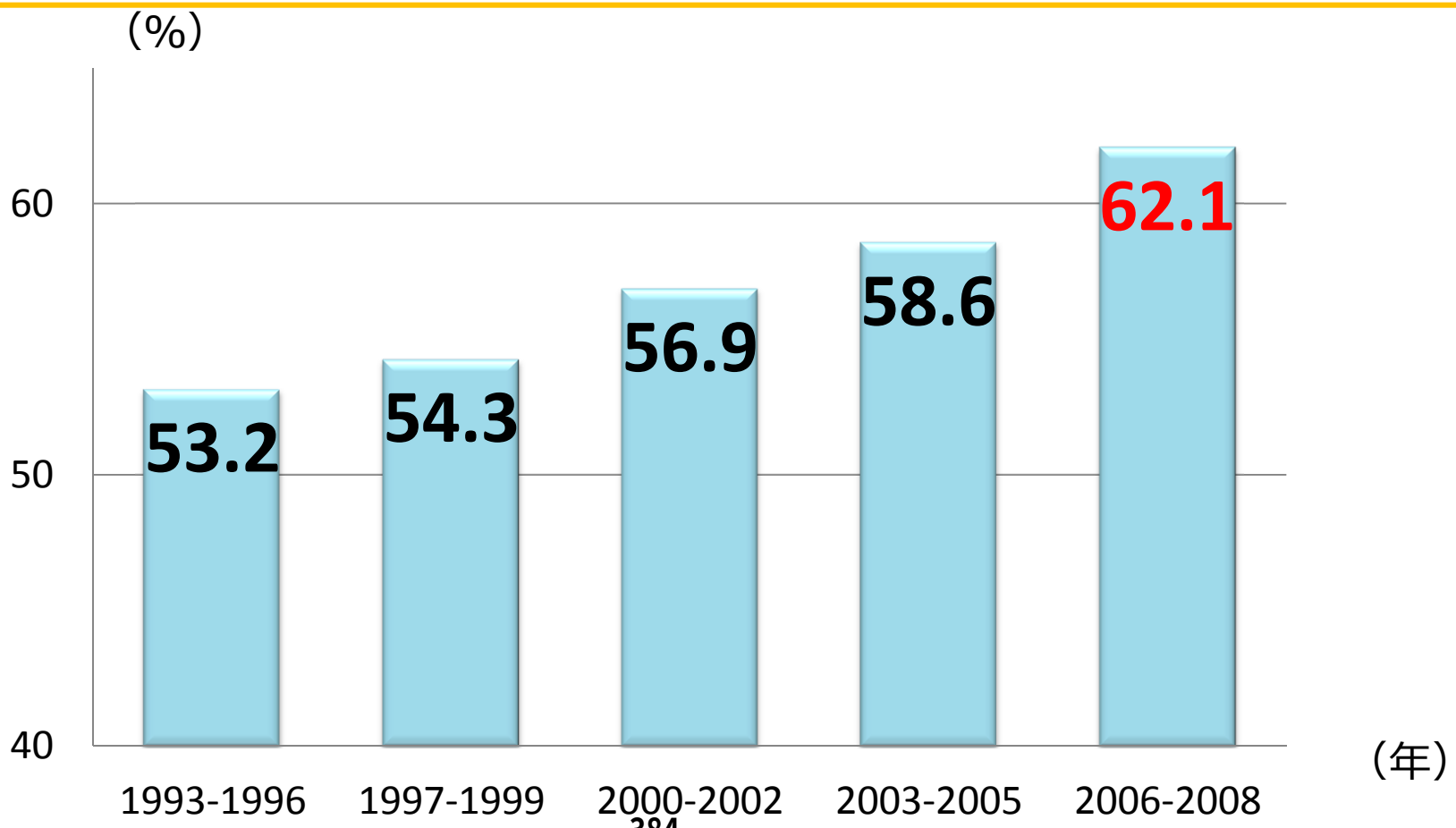
生涯でがんに罹患する確率　46%

国立がん研究センター
がん対策情報センターによる推計値
（2013年）

383

がんの５年相対生存率　（全がん）の推移

がん医療（放射線療法、化学療法、手術療法）の進歩は
目覚ましく、生存率は上昇している。



（出典）　地域がん登録に基づき独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターが集計

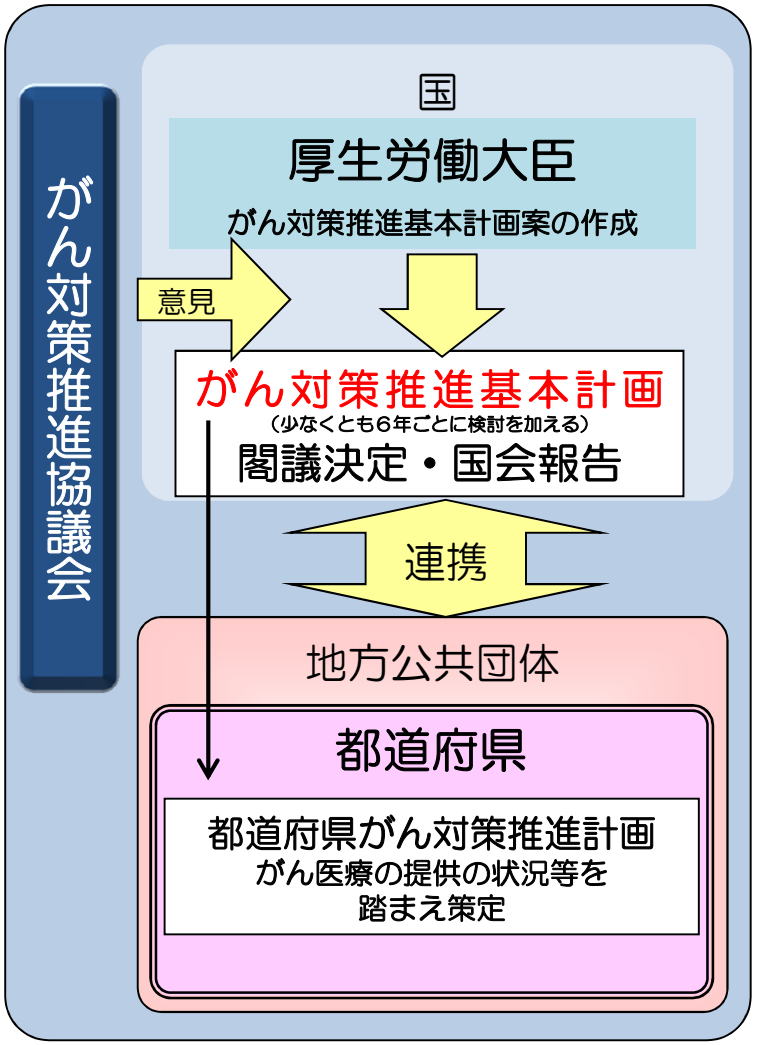
がん対策の歩み

年次	
昭和37年２月	**国立がんセンター設置**
昭和56年	悪性腫瘍が我が国の死亡原因の一位となる
昭和58年２月	老人保健法施行（胃がん・子宮頸がん検診の開始　その後、順次対象拡大）
昭和59年４月	**「対がん10カ年総合戦略」の開始**（第１次～第３次　昭和59年～平成25年）
平成13年８月	地域がん診療拠点病院制度の開始
平成18年６月	**がん対策基本法が成立**
平成19年６月	がん対策推進基本計画（第１期）
平成24年６月	がん対策推進基本計画（第２期）
平成25年12月	**がん登録等の推進に関する法律が成立**
平成26年４月	「がん研究10か年戦略」の開始
平成30年３月	がん対策推進基本計画（第３期）

がん対策基本法（平成18年法律第98号）

（平成１８年６月成立、平成１９年４月施行、平成２８年１２月改正・施行）

がん対策を総合的かつ計画的に推進



基本的施策

第一節：がん予防及び早期発見の推進

- ○ がんの予防の推進
- ○ がん検診の質の向上等

第二節：がん医療の均てん化の促進等

- ○ 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成、医療機関の整備等
- ○ がん患者の療養生活の質の維持向上
- ○ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

第三節：研究の推進等

- ○ がんに関する研究の促進並びに研究成果の活用
- ○ 罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進　　等

第四節：がん患者の就労等

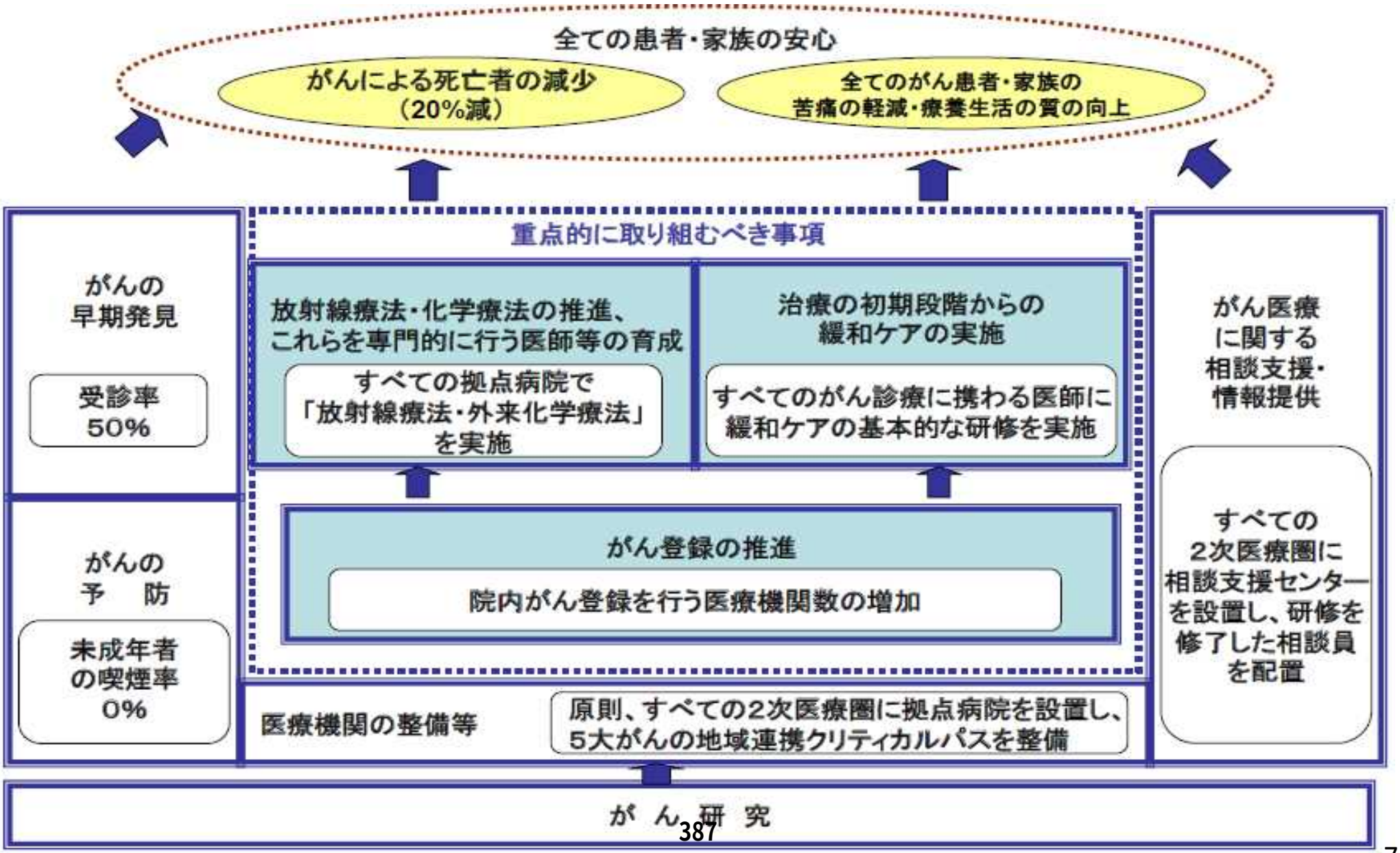
- ○ がん患者の雇用の継続等
- ○ がん患者における学習と治療との両立
- ○ 民間団体の活動に対する支援

第五節：がんに関する教育の推進

- ○ 学校教育等におけるがんに関する教育の推進

国民

がん対策推進基本計画（平成１９年６月閣議決定）



第２期がん対策推進基本計画

（平成24年６月）

（※）は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

（1） 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

（2） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（3） がん登録の推進

（4） 働く世代や小児へのがん対策の充実（※）

全体目標【平成19年度からの10年目標】

（1） がんによる死亡者の減少
（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）

（2） すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

（3） がんになっても安心して暮らせる社会の構築（※）

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療
①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組（※）
⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2. がんに関する相談支援と情報提供
患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録
法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防
平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見
がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

6. がん研究
がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

7. 小児がん（※）
5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発（※）
子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題（※）
就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

がん対策加速化プラン （平成27年12月）

がん対策は、「がん対策推進基本計画」（平成24年６月）に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年６月１日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの３つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

① がん検診
- 精検受診率等の目標値設定
- 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
- 保険者に対する検診ガイドラインの策定
- 検診対象者等へのインセンティブの導入

② たばこ対策
- FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
- 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
- ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化

③肝炎対策
- 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進

④学校におけるがん教育
- 「がんの教育総合支援事業」の実施　等

治療・研究

① がんのゲノム医療
- ゲノム医療実現に向けた実態調査
- 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
- 家族性腫瘍の検査・治療等の検討

② 標準的治療の開発・普及
- 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証

③ がん医療に関する情報提供
- 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築

④ 小児・AYA世代のがん、希少がん
- 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
- AYA世代のがん医療等の実態調査

⑤ がん研究
- 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進　等

がんとの共生

① 就労支援
- 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
- ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
- 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
- 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発

② 支持療法の開発・普及
- 支持療法に関する研究の推進

③ 緩和ケア
- 緩和ケアチームの実地研修の実施
- 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
- 地域連携のための訪問看護師の育成　等

避けられるがんを防ぐ　　がん死亡者の減少　　がんと共に生きる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

がん対策推進基本計画策定後の主な成果

（１）医療体制の充実

・がん診療連携拠点病院の数　286か所（平成19年）→　401か所（平成30年）

・すべての地域がん診療連携拠点病院で放射線治療機器（リニアック）及び外来化学療法室を設置

・すべての都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院で放射線療法部門、化学療法部門を設置

（２）治療の初期段階（がんと診断された時）から緩和ケアを実施

・「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」を109,445人が修了（平成30年3月末）

（３）がん登録の開始

・地域がん登録を平成24年度から全都道府県で開始

・「がん登録等の推進に関する法律」が平成25年12月に成立し、平成28年１月から全国がん登録が開始

（４）相談支援体制の充実

・すべての拠点病院に相談支援センターを設置し、研修を修了した相談員を配置

がん診療連携拠点病院等

平成30年4月1日時点

がん診療連携拠点病院：401カ所
地域がん診療病院：36カ所

都道府県がん診療連携拠点病院



50カ所

都道府県内の拠点病院全体のとりまとめ

地域がん診療連携拠点病院



348カ所





地域がん診療病院

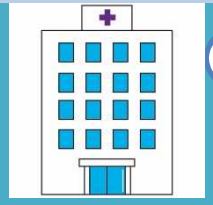


36カ所



隣接する2次医療圏の拠点病院とグループ化

特定領域がん診療連携拠点病院



1カ所

国立がん研究センター

- 様々な研修
- 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催　等

2カ所

空白の2次医療圏（拠点病院、地域がん診療病院の無い2次医療圏）：67箇所

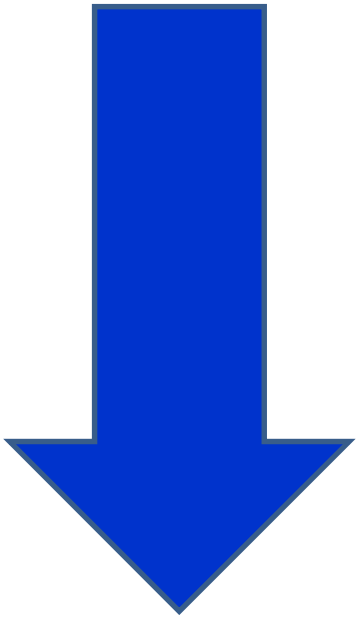
小児がん拠点病院

- 小児がん拠点病院
  全国に15箇所配置



がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく 提供される体制の構築が必要。
- がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん診療に携わる医師に対する基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

緩和ケアに関する専門的医療従事者（看護師等）の育成

在宅緩和ケア地域連携体制の構築

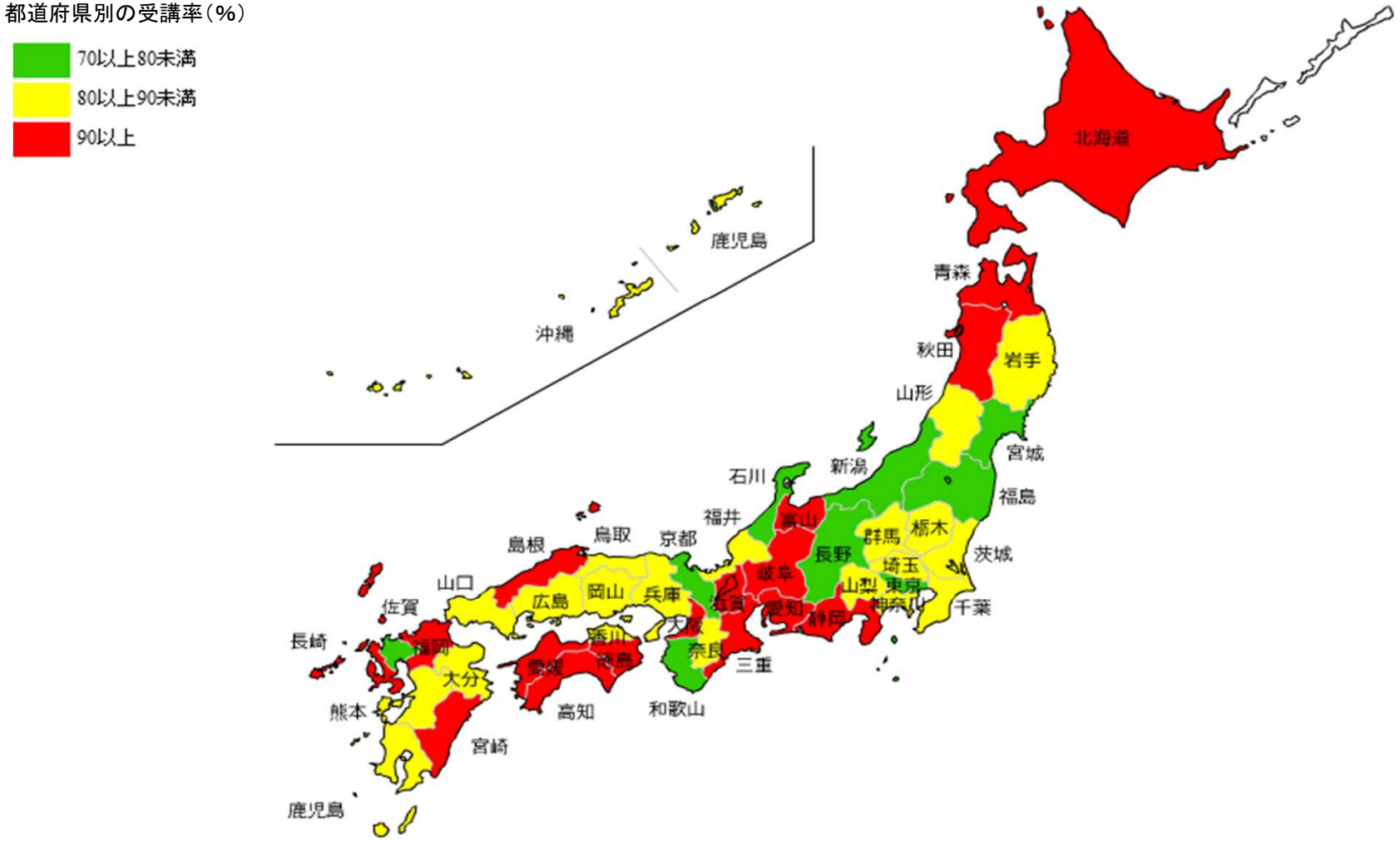
患者、医療従事者を含む国民への普及啓発

- すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

緩和ケア研修会の受講率（平成29年６月30日時点）

〇拠点病院における「がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者」：44,088名
修了者数：37,567名（受講率：85.2%）

都道府県別の受講率（%）

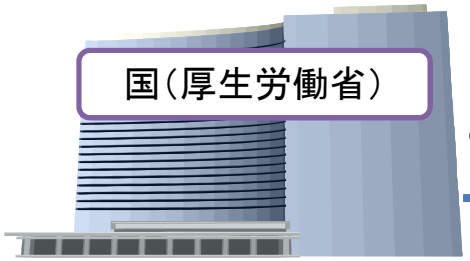


394

（がん・疾病対策課調べ）

全国がん登録イメージ

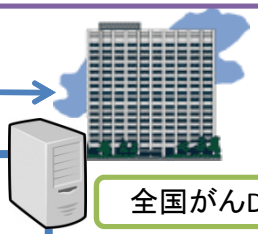
全国統一的にがん登録を実施し（平成28年診断症例より）、国が国内におけるがんの罹患、診療、転帰等に関する情報を把握するとともに、それらの情報を活用して、国民へのがんやがん医療等についての情報提供の充実を図る。また、がん登録等に係る個人情報を厳格に保護する。



国（厚生労働省）

委託

国立がん研究センター



全国がんDB

罹患情報の提出（義務）

死亡者情報票（義務）

技術支援

市町村



都道府県（がん登録室）

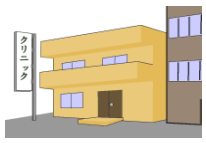
死亡者情報票（義務）



罹患情報の届出

生存確認情報の提供

罹患情報の届出（義務）



指定された診療所



病院

395

利活用

がん登録情報

・患者数、罹患率、生存率の把握
・がん患者の受療状況の把握
・国民への情報提供の充実　　等

行政		正確な情報に基づく施策の実施
国民・患者		がんに対する理解を深める 医療機関選択の情報源
研究者		がん予防などの研究
医療従事者		標準治療の普及 医療の質の向上

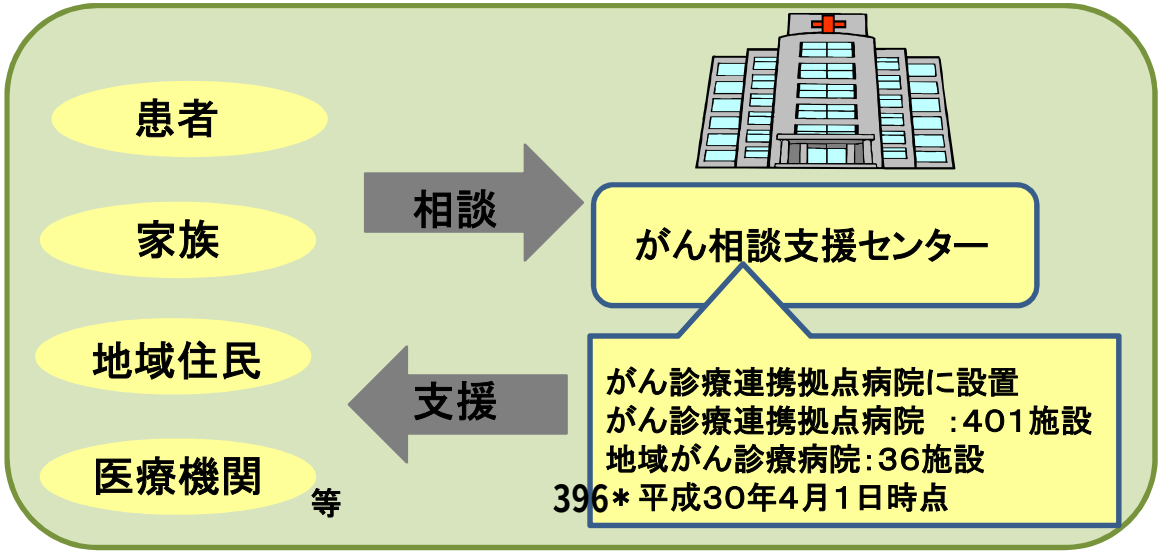
がん相談支援センター

○　全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。

○　院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。
（地域がん診療病院については、１名は（１）、（２）を修了したした者を、もう１人は（１）～（３）を修了している者を配置している。）

＜がん相談支援センターの主な業務＞

○　がんの病態、標準的治療法等の一般的な情報の提供
○　地域の医療機関、診療従事者に関する情報収集、情報提供
○　セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
○　がん患者の療養上の相談
○　就労に関する相談
○　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援



第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第１　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第２　分野別施策

１．がん予防

（1）がんの１次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

２．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

３．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

４．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
3．がん患者を含めた国民の努力
4．患者団体等との協力
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

1．がん予防

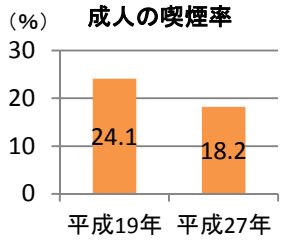
1次予防（がんにならないための予防）

現状・課題

◆ 喫煙（受動喫煙を含む）に対する更なる対策が必要。
◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、運動習慣のある者等の割合に大きな変化がない。
◆ 肝炎ウイルス検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者がいる。

取り組むべき施策

◆ 喫煙の健康影響に関する普及啓発活動、禁煙希望者に対する禁煙支援、受動喫煙防止対策の徹底
◆ スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発
◆ 肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・普及啓発、B型肝炎については、定期予防接種の推進や治療薬の開発



受動喫煙の機会を有する者

場所	割合（%）
飲食店	41.4
遊技場	33.4
職場	30.9
路上	30.9

喫煙以外の生活習慣について	男性	女性
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（%）	13.9（14.7）	8.1（7.6）
運動習慣のある者の割合（%）	37.8（36.1）	27.3（28.2）

出典：平成27年国民健康・栄養調査 （）内は平成24年のデータ

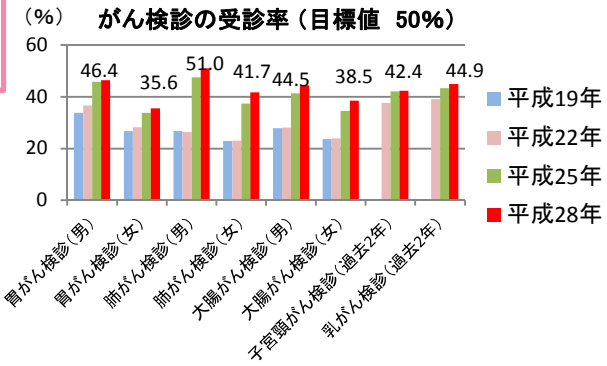
2次予防（がんを早期に発見し早期に治療することでがんによる死亡を減らすこと：がん検診）

現状・課題

◆ がん検診の受診率が目標値に達しておらず、精密検査受診率も低い。
◆ 指針に定められていないがん種に対するがん検診等、科学的根拠に基づかないがん検診が実施されている。
◆ がん検診受診者の30-60%程度は職域で受診しているが、任意で実施されているため、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

取り組むべき施策

◆ 効果的な受診勧奨、受診者の立場に立った利便性の向上等、受診率向上のための方策の検討
◆ 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理向上の取組
◆ 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
◆ 職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）の策定

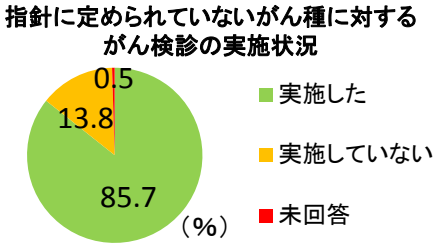


出典：平成28年国民生活基礎調査

精密検査受診率（目標値 90%）

がん検診の種類	%
胃がん	79.5
肺がん	79.8
大腸がん	66.9
子宮頸がん	72.4
乳がん	85.1

出典：平成27年度地域保健・健康増進事業報告



398（1,737市町村（特別区を含む）から回答）

出典：平成28年度市町村におけるがん検診の実施状況調査

職域でがん検診を受けている者の割合

がん検診の種類	%
胃がん（40-69歳）	58
肺がん（40-69歳）	63
大腸がん（40-69歳）	55
子宮頸がん（20-69歳、過去2年）	32
乳がん（40-69歳、過去2年）	36

出典：平成28年国民生活基礎調査

2. がん医療の充実

がんゲノム医療

現状・課題

◆ がんゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等が求められている。
◆ がんゲノム医療の実現に必要な人材育成等が必要である。

取り組むべき施策

◆「がんゲノム医療中核拠点病院」の整備等、がんゲノム医療提供体制の構築
◆ がんゲノム医療に必要な人材の育成の推進
◆ ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するための「がんゲノム情報管理センター」の整備



出典：平成29年4月14日　未来投資会議資料より一部改変

がん医療提供体制

現状・課題

◆ がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心に、がん医療の均てん化を進めてきた。
◆ 拠点病院等の取組において、医療安全等の強化が必要との指摘がある。
◆ 免疫療法については、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があり、国民が免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっている。

取り組むべき施策

◆ ゲノム医療、医療安全、支持療法など、新たに拠点病院等の要件に追加する事項の検討
◆ ゲノム医療や一部の放射線療法等について、集約化のあり方の検討
◆ 免疫療法等に関する情報提供のあり方の検討

希少がん及び難治性がん対策

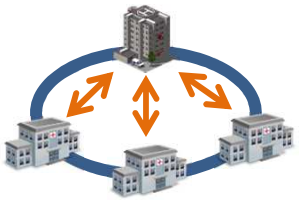
現状・課題

◆ 希少がん診療の専門施設と地域の拠点病院等との連携の必要性等が指摘されている。
◆ 難治性がんは、有効な診断・治療法の開発が必要とされている。

取り組むべき施策

◆ 希少がん医療における中核的な役割を担う医療機関の整備
◆ 難治性がんの診断法・治療法についての研究・開発の推進

希少がん中央機関
（国立がん研究センター）



小児がん、AYA※世代のがん及び高齢者のがん対策

※Adolescent and Young Adult（思春期と若年成人）

現状・課題

◆ 小児がん拠点病院と他の医療機関とのネットワークの整備が必要。
◆ AYA世代のがんは、年代や個々の状況に応じたニーズに対応できるような体制の整備が必要。
◆ 高齢者のがん患者については、標準治療の提供に明確な判断基準が示されていない。

取り組むべき施策

◆ 小児がん拠点病院以外の地域の連携病院での診療体制の検討
◆ AYA世代のがんの診療体制及び相談支援・就労支援体制の検討
◆ 高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインの策定及び普及



3. がんとの共生

緩和ケア

現状・課題

◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

全国のがん患者の患者体験調査	（n=5234）
からだのつらさがあると答えた患者の割合	34.5%
気持ちのつらさがあると答えた患者の割合	28.3%



出典：平成27年患者体験調査

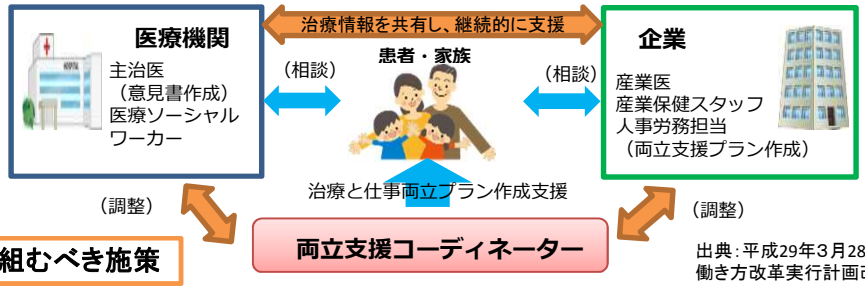
取り組むべき施策

◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

がん患者の就労支援・社会課題への対策

現状・課題

◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
◆ アピアランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。



出典：平成29年３月28日
働き方改革実行計画改変

取り組むべき施策

◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
◆ アピアランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

相談支援・情報提供

現状・課題

◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

取り組むべき施策

◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状・課題

◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

取り組むべき施策

◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う人材の養成

ライフステージに応じたがん対策

現状・課題

◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

取り組むべき施策

◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
◆ 認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援策の検討

4. これらを支える基盤の整備

がん研究

現状・課題

◆「がん研究10か年戦略」に基づき、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。
◆ 一方で、現在のがん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。



取り組むべき施策

◆「がん研究10か年戦略」の見直し
◆ AMEDによる、基礎的な研究から実用化に向けた研究までの一体的な推進
◆ 小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイドラインの策定
◆ 新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療や免疫療法の研究の推進

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
AMED

人材育成

現状・課題

◆ がん医療の進歩・細分化が進んだことや、がんの特性・ライフステージに応じた対応のため、専門的な人材育成が求められている。



取り組むべき施策

◆ がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成についての検討
◆ がん医療を専門とする医療従事者の養成の継続
◆ ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応や、ライフステージに応じた対応ができる医療従事者等の育成



がん教育・がんに関する知識の普及啓発

現状・課題

◆ 学校におけるがん教育について、地域によって外部講師の活用や、教員の知識等が不十分。
◆ 民間団体が実施している普及啓発活動への支援が不十分。







取り組むべき施策

◆ 学校でがん教育を実施するため、教員や外部講師を対象とした研修会等の実施
◆ 民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動の支援



401

資料3

第３期がん対策推進基本計画の進捗について

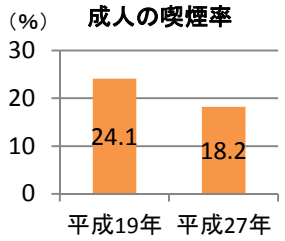
厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

1．がん予防

1次予防（がんにならないための予防）

現状・課題

◆ 喫煙（受動喫煙を含む）に対する更なる対策が必要。
◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、運動習慣のある者等の割合に大きな変化がない。
◆ 肝炎ウイルス検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者がいる。



受動喫煙の機会を有する者

場所	割合（%）
飲食店	41.4
遊技場	33.4
職場	30.9
路上	30.9

喫煙以外の生活習慣について	男性	女性
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（%）	13.9（14.7）	8.1（7.6）
運動習慣のある者の割合（%）	37.8（36.1）	27.3（28.2）

出典：平成27年国民健康・栄養調査 （）内は平成24年のデータ

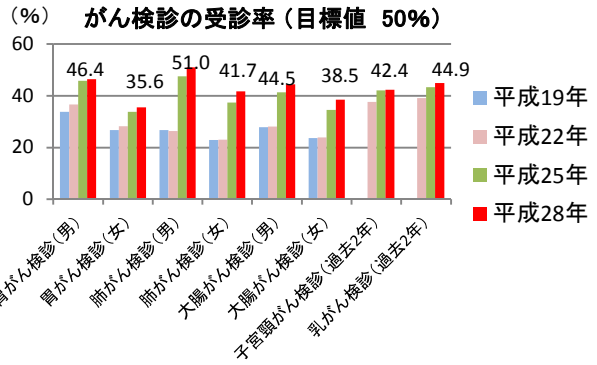
取り組むべき施策

◆ 喫煙の健康影響に関する普及啓発活動、禁煙希望者に対する禁煙支援、受動喫煙防止対策の徹底
◆ スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発
◆ 肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・普及啓発、B型肝炎については、定期予防接種の推進や治療薬の開発

2次予防（がんを早期に発見し早期に治療することでがんによる死亡を減らすこと：がん検診）

現状・課題

◆ がん検診の受診率が目標値に達しておらず、精密検査受診率も低い。
◆ 指針に定められていないがん種に対するがん検診等、科学的根拠に基づかないがん検診が実施されている。
◆ がん検診受診者の30-60%程度は職域で受診しているが、任意で実施されているため、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。



出典：平成28年国民生活基礎調査

精密検査受診率（目標値 90%）

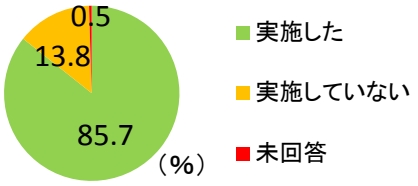
がん検診の種類	%
胃がん	79.5
肺がん	79.8
大腸がん	66.9
子宮頸がん	72.4
乳がん	85.1

出典：平成27年度地域保健・健康増進事業報告

取り組むべき施策

◆ 効果的な受診勧奨、受診者の立場に立った利便性の向上等、受診率向上のための方策の検討
◆ 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理向上の取組
◆ 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
◆ 職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）の策定

指針に定められていないがん種に対するがん検診の実施状況



403（1,737市町村（特別区を含む）から回答）

出典：平成28年度市町村におけるがん検診の実施状況調査

職域でがん検診を受けている者の割合

がん検診の種類	%
胃がん（40-69歳）	58
肺がん（40-69歳）	63
大腸がん（40-69歳）	55
子宮頸がん（20-69歳、過去2年）	32
乳がん（40-69歳、過去2年）	36

出典：平成28年国民生活基礎調査

がん検診のあり方に関する検討会

【趣旨】

　がん検診は健康増進法に基づく市町村の事業として行われている。がん検診の実施については「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年３月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知）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しているところである。

　本検討会においては、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討することとする。

【検討事項】

1. がん検診の項目について
2. がん検診受診率向上に向けた施策について
3. がん検診の精度管理・事業評価について

【構成員】（平成30年５月24日より）

	井上	真奈美	国立研究開発法人国立がん研究センター 社会と健康研究センター予防研究部部長
○	大内	憲明	国立大学法人東北大学客員教授・名誉教授
	椎名	惠子	渋谷区健康推進部地域保健医療担当課長
	祖父江	友孝	国立大学法人大阪大学医学系研究科環境医学教授
	中山	富雄	国立研究開発法人国立がん研究センター がん予防・検診研究センター検診研究部部長
	福田	敬	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部部長
	松田	一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長
	道永	麻里	公益社団法人日本医師会常任理事
	棟重	卓三	健康保険組合連合会理事

（五十音順・敬称略　○は座長）

【設置】 平成24年５月

職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成30年３月）について

○　本マニュアルの経緯：

平成29年７月から、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」を設置し、職域におけるがん検診について、計４回の検討を行い、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」のとりまとめを行った。

○　本マニュアルの目的：

本マニュアルは、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、職域におけるがん検診の実施に関し参考となる事項を示し、がんの早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させること等を目的とする。

○　本マニュアルに記載されている内容：

がん検診の種類

がん検診の精度管理

健康情報の取扱いについて、保険者及び事業者が留意すべき事項

精度管理のためのチェックリスト

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目　等

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

30年度予算額：16億円
（29年度予算額：16億円）

がん検診受診率向上に効果の大きい個別の受診勧奨・再勧奨を実施するとともに、子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度対象者にクーポン券を配布する。また、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも取り組む。

事業の概要

１．個別の受診勧奨・再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診について、郵送や電話などによる個別の受診勧奨・ 再勧奨を行う（注）とともに、かかりつけ医を通じた個別の受診勧奨・再勧奨にも取り組む。

注）個別受診勧奨・再勧奨の対象
- 子宮頸がん検診：20～69歳の女性
- 乳がん検診：40～69歳の女性
- 胃がん検診：50～69歳の男女（胃部エックス線検査は40歳以上も可）
- 肺がん検診：40～69歳の男女
- 大腸がん検診：40～69歳の男女



２．子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券などの配布

子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）に対して、クーポン券と検診手帳を配付する。

３．精密検査未受診者に対する受診再勧奨

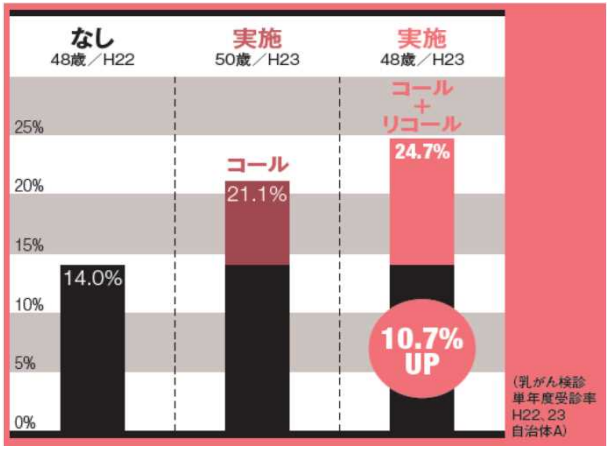
子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診の精密検査未受診者に対して、郵送や電話などによる個別の受診再勧奨を行う。

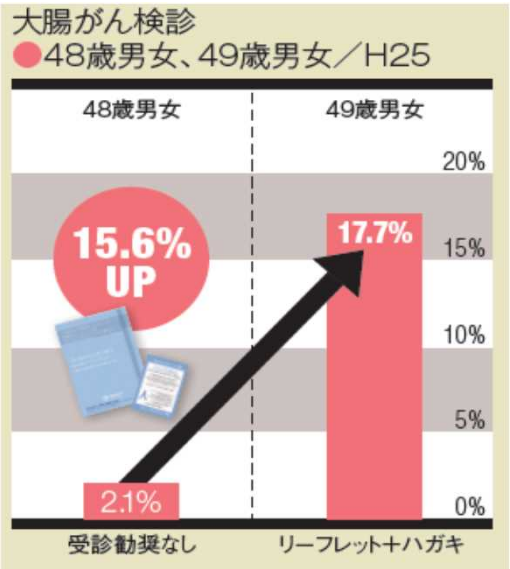
実施主体：市区町村　　補助率：1/2

406

がんの早期発見・がんによる死亡者の減少

（受診勧奨の効果の事例）





※がん検診受診率向上施策ハンドブック（厚生労働省）より

2. がん医療の充実

がんゲノム医療

現状・課題

◆ がんゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等が求められている。
◆ がんゲノム医療の実現に必要な人材育成等が必要である。

取り組むべき施策

◆ 「がんゲノム医療中核拠点病院」の整備等、がんゲノム医療提供体制の構築
◆ がんゲノム医療に必要な人材の育成の推進
◆ ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するための「がんゲノム情報管理センター」の整備



出典：平成29年4月14日　未来投資会議資料より一部改変

がん医療提供体制

現状・課題

◆ がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心に、がん医療の均てん化を進めてきた。
◆ 拠点病院等の取組において、医療安全等の強化が必要との指摘がある。
◆ 免疫療法については、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があり、国民が免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっている。

取り組むべき施策

◆ ゲノム医療、医療安全、支持療法など、新たに拠点病院等の要件に追加する事項の検討
◆ ゲノム医療や一部の放射線療法等について、集約化のあり方の検討
◆ 免疫療法等に関する情報提供のあり方の検討

希少がん及び難治性がん対策

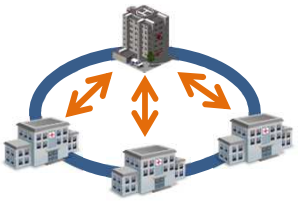
現状・課題

◆ 希少がん診療の専門施設と地域の拠点病院等との連携の必要性等が指摘されている。
◆ 難治性がんは、有効な診断・治療法の開発が必要とされている。

取り組むべき施策

◆ 希少がん医療における中核的な役割を担う医療機関の整備
◆ 難治性がんの診断法・治療法についての研究・開発の推進

希少がん中央機関
（国立がん研究センター）



小児がん、AYA※世代のがん及び高齢者のがん対策

※Adolescent and Young Adult（思春期と若年成人）

現状・課題

◆ 小児がん拠点病院と他の医療機関とのネットワークの整備が必要。
◆ AYA世代のがんは、年代や個々の状況に応じたニーズに対応できるような体制の整備が必要。
◆ 高齢者のがん患者については、標準治療の提供に明確な判断基準が示されていない。

取り組むべき施策

◆ 小児がん拠点病院以外の地域の連携病院での診療体制の検討
◆ AYA世代の[illegible]の診療体制及び相談支援・就労支援体制の検討
◆ 高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインの策定及び普及



がん診療連携拠点病院等の指定要件見直しについて

今回の指定要件見直しのポイント

第11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（H30.4.11）

がん医療の更なる充実	• チーム医療の更なる推進 • 保険適応外の治療に関する事前審査 • 診療機能による拠点病院の分類 • 第三者評価の活用等による質の評価　等
病院完結型から地域完結・循環型医療へ	• 病院一体でのがん相談支援センターの周知 • 専門的な施設へ「繋ぐ」 • 地域連携の推進 • がん教育への協力　等
医療安全の更なる推進	• 医療安全管理部門の設置 • 医療安全管理者の配置 • 医療安全管理者の権限付与　等
指定に関する課題の整理	• 同一医療圏に複数推薦があった場合の方針 • 要件を満たせていない場合の指導 • 移転・分離・統合があった場合の届出　等

408

小児がん拠点病院の指定要件見直しについて

今回の指定要件見直しのポイント

第3回小児・AYA世代のがん医療・支援に関する検討会　資料3より（H30.4.18 ）

小児がん診療・支援のさらなるネットワーク化

- 小児がん連携病院（仮称）の指定
  - ・地域の小児がん診療を行う病院との連携
  - ・専門性の高いがん種等についての連携や情報集約
  - ・小児がん患者等の長期フォローアップ
- 情報の集約と提供　　等

AYA世代への対応

- 小児がんからの移行期医療の提供・連携体制の整備
- AYA世代発症のがん患者への医療の提供・連携体制の整備
- AYA世代のがん患者への相談支援体制の整備　　等

※「AYA世代」とは、16～39歳のがん患者を想定しているが、機械的に年齢で区分されるべきものではなく、患者のニーズを踏まえて、必要な医療・支援が適切に提供されるべきものであることに留意。

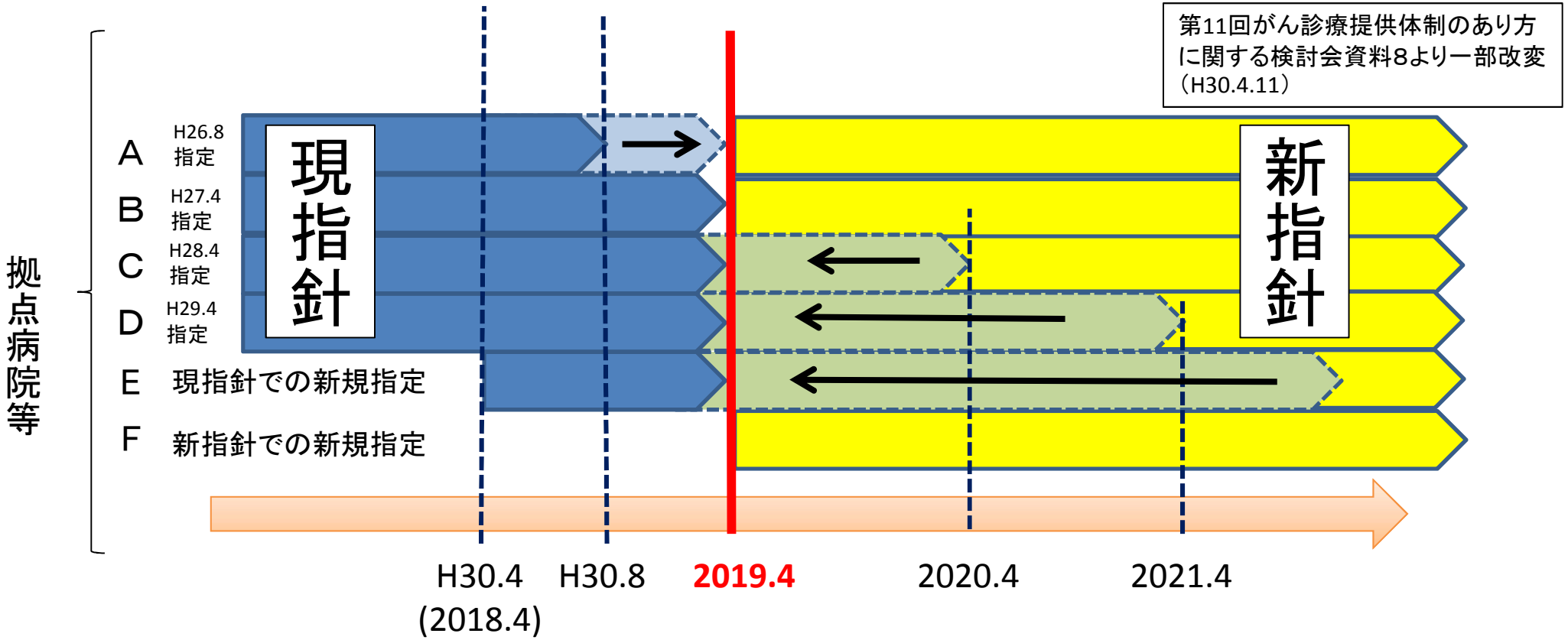
医療安全の推進

- 医療安全管理部門の設置
- 医療安全管理者の配置　　等

409

既指定の拠点病院の整備指針改定時の取扱について

第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会資料8より一部改変（H30.4.11）



A：平成30(2018)年8月が更新期限の拠点病院等は、更新日を延長し、2019年度に新指針で更新を検討する。

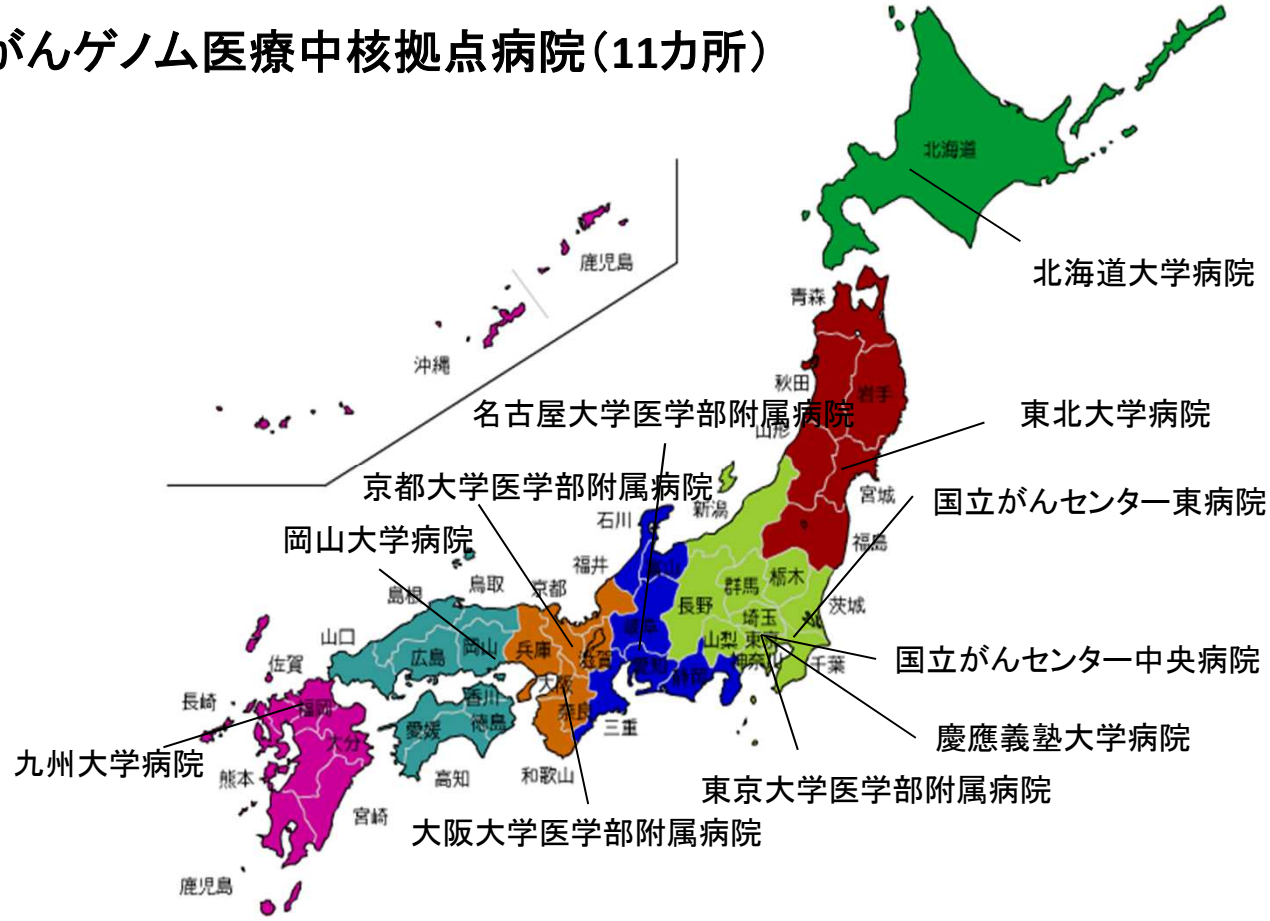
B,C及びD：平成31（2019）年3月、2020年3月、2021年3月末が更新期限の拠点病院等は平成31（2019）年3月末までを指定期限とし、2019年4月より新指針にて指定更新の検討を行う。

E：平成30(2018)年4月についても、現行の指針にて新規指定を行う。

F：平成31(2019)年4月より、現在議論が行われている新しい整備指針での新規指定を行う予定とする。

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（2018年4月）

がんゲノム医療中核拠点病院（11カ所）



がんゲノム医療連携病院（100カ所）

411

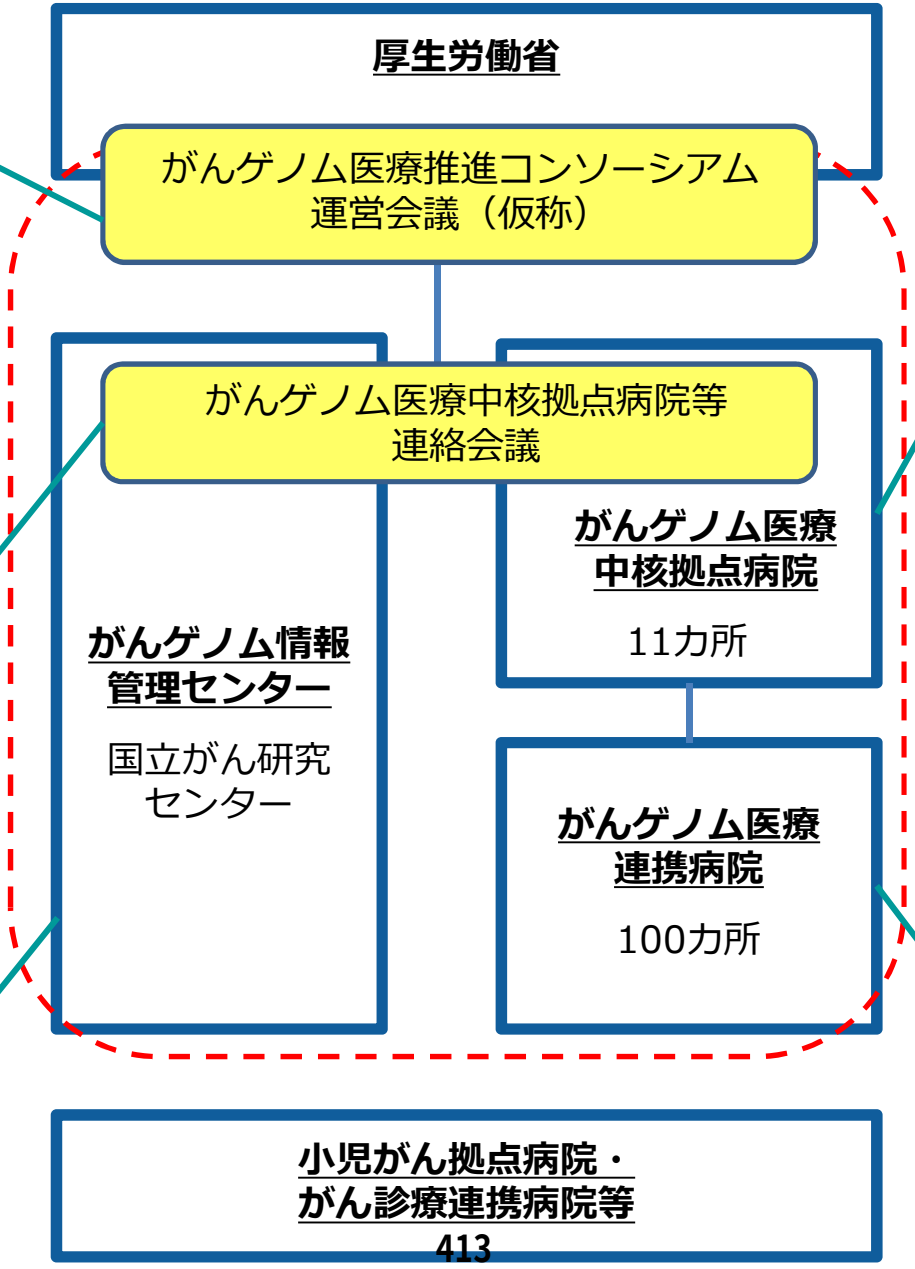
色分けは地方厚生局の地域ブロックに基づく

がんゲノム医療中核拠点病院要件

第10回がん診療提供体制のあり方検討会（平成29年10月18日）資料3より抜粋・一部改変

①	パネル検査を実施できる体制がある（外部機関との委託を含む）
②	パネル検査結果の医学的解釈可能な専門家集団を有している （一部の診療領域について他機関との連携により対応することを含む）
③	遺伝性腫瘍等の患者に対して専門的な遺伝カウンセリングが可能である
④	パネル検査等の対象者について一定数以上の症例を有している
⑤	パネル検査結果や臨床情報等について、セキュリティが担保された適切な方法で収集・管理することができ、必要な情報については「がんゲノム情報管理センター」に登録する
⑥	手術検体等生体試料を新鮮凍結保存可能な体制を有している
⑦	先進医療、医師主導治験、国際共同治験も含めた臨床試験・治験等の実施について適切な体制を備えており、一定の実績を有している
⑧	医療情報の利活用や治験情報の提供等について患者等にとって分かりやすくアクセスしやすい窓口を有している

全体像



患者・国民を含めたゲノム医療の推進に係わる関係者による会議

- がんゲノム医療の第三者的な立場での科学的評価
- 評価に基づく、方向性の策定及び厚生労働省等への意見具申
- 国民からの意見募集及びがんゲノム医療普及のための活動　等

中核拠点病院・情報管理センターによる連絡会議

- 情報共有・連携体制の構築
- がんゲノム医療提供体制における課題の検討
- がんゲノム情報管理センターにおける課題の検討　等

質の高いデータベース等を有し、中核拠点病院等から得られたゲノム情報や臨床情報を集約し、診療や研究開発に利活用する機関

- データの標準化、収集・管理・利活用
- 医療機関、研究機関、企業等との契約　等

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

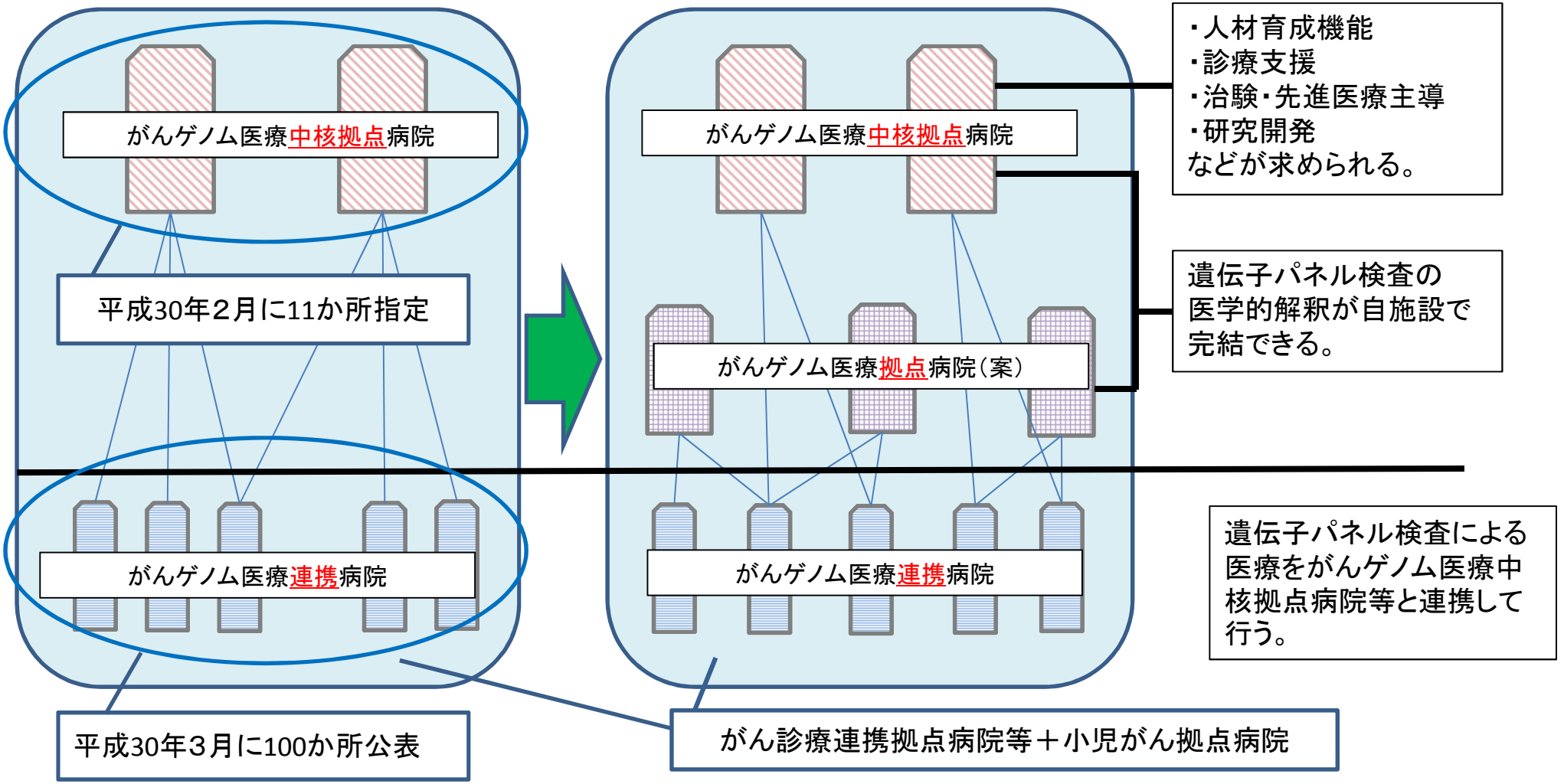
- 質の確保されたゲノム検査（外注可）
- ゲノム検査結果解釈の付与
- 適切な患者選択と患者への説明（遺伝カウンセリング含む）
- 治験・臨床試験への紹介、実施
- 適切な臨床等情報収集・管理・登録
- ゲノム医療に関わる人材の育成
- がんゲノム医療連携病院等の診療支援
- 研究開発の推進　等

がんゲノム医療中核拠点病院と連携してゲノム検査結果を踏まえた医療を実施する医療機関

- 適切な患者選択と患者への説明（遺伝カウンセリング含む）
- 治験・臨床試験への紹介、実施　等

がんゲノム医療の提供体制の将来像（案）

第10回がん診療提供体制のあり方検討会（平成29年10月18日）資料2より抜粋・一部改変



※遺伝子パネル検査の状況を踏まえ整備

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられるよう段階的に、全ての都道府県でがんゲノム医療の提供が可能となることを目指す

3. がんとの共生

緩和ケア

現状・課題

◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

全国のがん患者の患者体験調査	（n=5234）
からだのつらさがあると答えた患者の割合	34.5%
気持ちのつらさがあると答えた患者の割合	28.3%



出典：平成27年患者体験調査

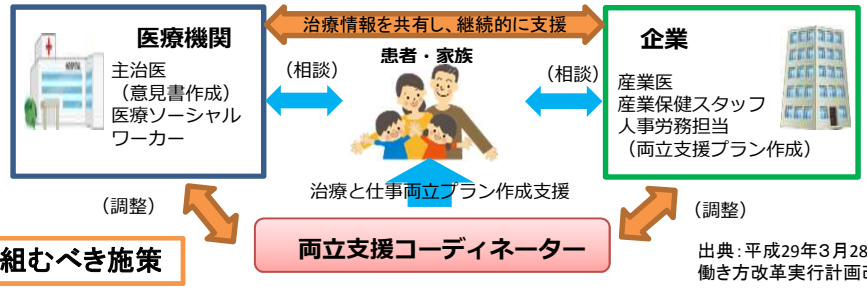
取り組むべき施策

◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

がん患者の就労支援・社会課題への対策

現状・課題

◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
◆ アピアランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。



出典：平成29年３月28日 働き方改革実行計画改変

取り組むべき施策

◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
◆ アピアランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

相談支援・情報提供

現状・課題

◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

取り組むべき施策

◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状・課題

◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

取り組むべき施策

◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う人材の養成

ライフステージに応じたがん対策

現状・課題

◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

取り組むべき施策

◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
◆ 認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援策の検討

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

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

2　目的

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

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





5　研修会の内容

ⅰ）必修科目

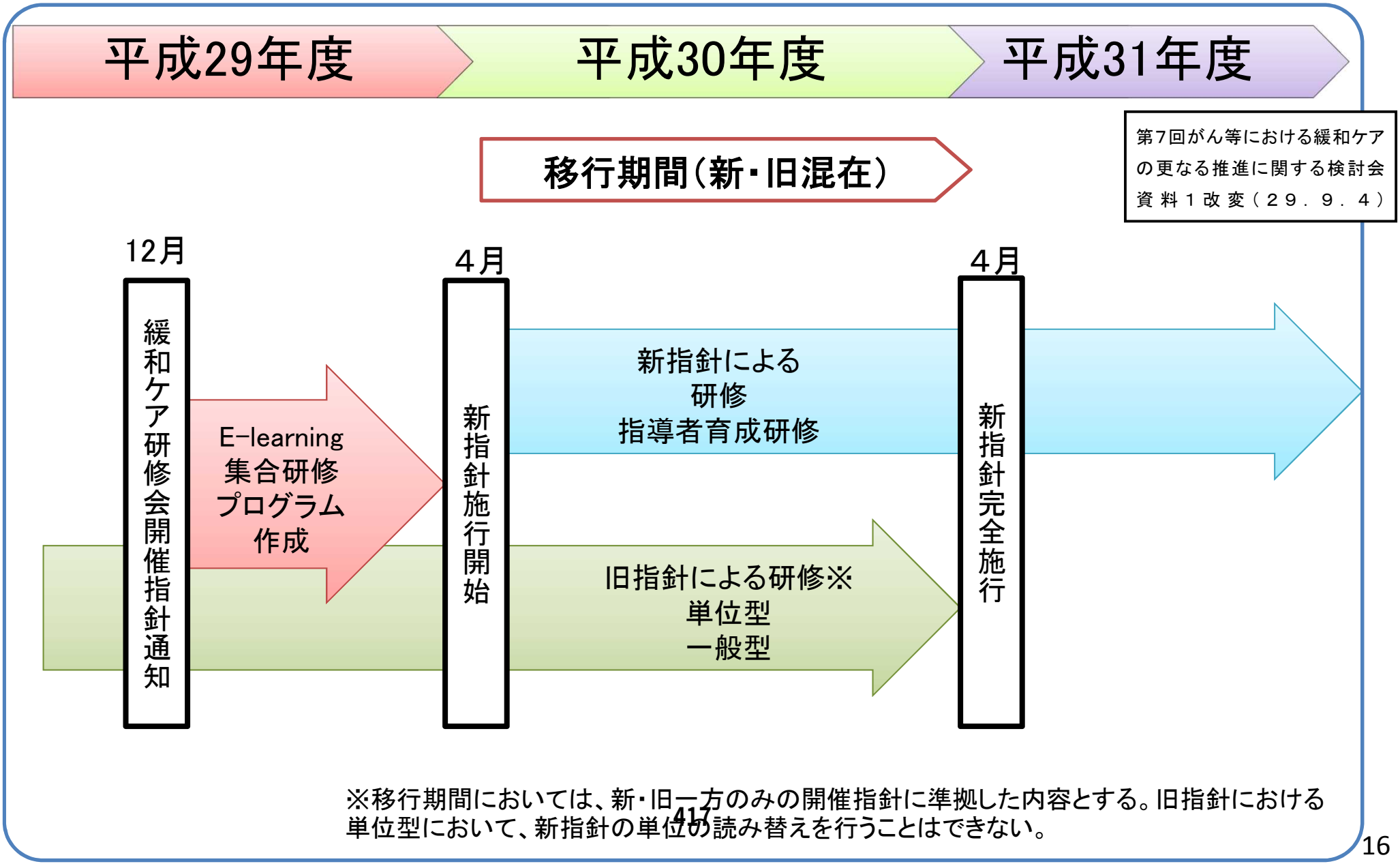
患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目

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

（下線付赤字は平成30年4月から新しく追加されたもの）

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に関する今後のスケジュール



※移行期間においては、新・旧一方のみの開催指針に準拠した内容とする。旧指針における単位型において、新指針の単位の読み替えを行うことはできない。

がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業

平成30年度予算額
31百万円（新規）

1. がん患者の就労を含めた治療の現状と課題

○ 平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、**がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が4割を超えている。**また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけると思った」、「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、**がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要**となっている。

（参考）就労可能年齢でがんに罹患している者と我が国の全がんの5年相対生存率の推移

・**就労可能年齢（20歳から64歳まで）でがんに罹患している者は増加**している。
【平成14年：約19万人 ⇒ 平成24年：約26万人 （地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データ）】

・我が国の全がんの**5年相対生存率は、年々上昇しており、**がん患者・経験者が長期生存し、**働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。**【5年相対生存率】56.9%（平成12年～平成14年）、58.9%（平成15年～平成17年）、62.1%（平成18年～平成20年）

2.「働き方改革実行計画（平成29年3月働き方改革実現会議決定）」における方針

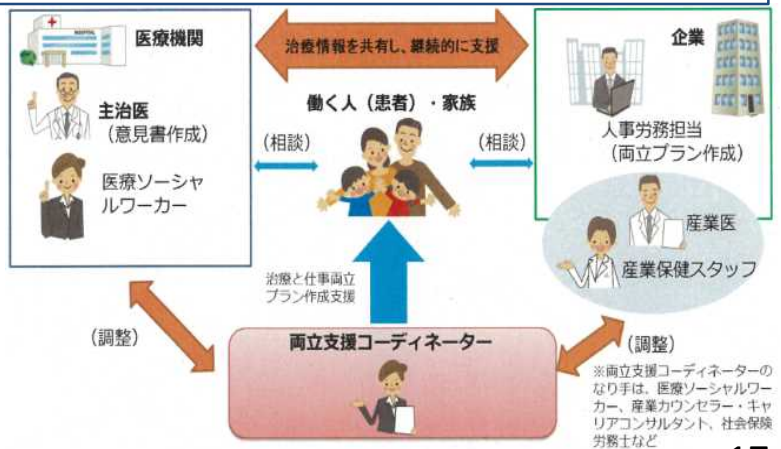
○ **病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えること**や病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会を目指すことが打ち出された。

○ 具体的には、**「治療と仕事の両立に向けて、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築し、コーディネーターが患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う。」**とされている。

3. 事業内容

○ がん診療連携拠点病院に設置されている**「がん相談支援センター」**に、**「両立支援コーディネーター」の研修を受講した相談支援員を専任で配置し、**がん患者のおかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、患者の治療、生活、勤務状況をまとめた**「治療と仕事両立プラン」の策定などの就労支援を行うモデル事業を実施**する。

418



がん総合相談に携わる者に対する研修事業

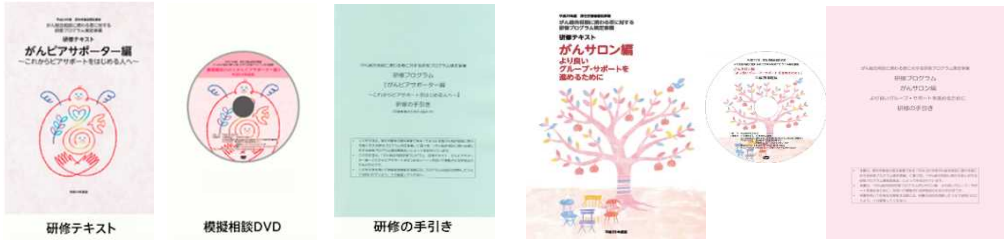
平成30年度予算額
25百万円（新規）

1．これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。

（ピアサポーター研修）　（がんサロン研修）



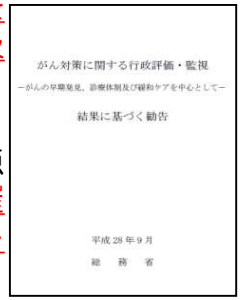
- この研修プログラムを用いた研修を実施したことがある都道府県は１３か所、医療機関は１５か所、患者会は２５か所にとどまっている。
- 平成28年度にピアサポートを行っている都道府県、医療機関及び患者会（２５１か所）のうち、この研修プログラムを用いた研修を修了したピアサポーターを配置している割合は３７％に過ぎない。

2．ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的にがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。



「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアサポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。



3．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

4. これらを支える基盤の整備

がん研究

現状・課題

◆「がん研究10か年戦略」に基づき、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。
◆ 一方で、現在のがん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。



取り組むべき施策

◆「がん研究10か年戦略」の見直し
◆ AMEDによる、基礎的な研究から実用化に向けた研究までの一体的な推進
◆ 小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイドラインの策定
◆ 新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療や免疫療法の研究の推進

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
AMED

人材育成

現状・課題

◆ がん医療の進歩・細分化が進んだことや、がんの特性・ライフステージに応じた対応のため、専門的な人材育成が求められている。



取り組むべき施策

◆ がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成についての検討
◆ がん医療を専門とする医療従事者の養成の継続
◆ ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応や、ライフステージに応じた対応ができる医療従事者等の育成



がん教育・がんに関する知識の普及啓発

現状・課題

◆ 学校におけるがん教育について、地域によって外部講師の活用や、教員の知識等が不十分。
◆ 民間団体が実施している普及啓発活動への支援が不十分。







取り組むべき施策

◆ 学校でがん教育を実施するため、教員や外部講師を対象とした研修会等の実施
◆ 民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動の支援



平成31年度新規研究課題の具体的な研究内容等

平成30年度研究の概要

がん研究10か年戦略

充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究
がん対策の効果的な推進と評価に関する研究

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月閣議決定）

がん予防

新 ・**がん対策推進基本計画におけるがん予防に資する研究**

「がん予防」

・より適切ながん検診の提供に資する研究

・がんの罹患リスクに基づいた予防法の研究

新 ・**がん予防・検診への取り組みを効果的に推進するための研究**

がん医療の充実

新 **がん対策推進基本計画におけるがん医療の充実に資する研究**

「がんゲノム」
・がんゲノム医療提供体制の整備に資する研究
・がんゲノム医療に関する教育・普及啓発の研究

「免疫療法」
・科学的根拠を有するがん免疫療法の推進に向けた研究

「がん医療提供体制」
・がん診療連携拠点病院における医療提供体制の均てん化のための研究

「希少がん」
・希少がんの医療提供体制の質向上に資する研究

「小児・AYA世代のがん」
・小児・AYA世代のがんの医療提供体制の質向上に資する研究
・思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のための研究

「高齢者のがん」
・高齢者のがんの医療提供体制の質向上に資する研究
・高齢者のがん診療ガイドライン策定に資する研究

「がん登録」
・がん登録を基盤とした診療情報集積とデータ解析推進のための研究

新 ・**全国がん登録の提供開始に伴う情報整理及び国民への情報提供に向けた研究**

がんとの共生

新 ・**がん対策推進基本計画におけるがんとの共生に資する研究**

「がん緩和ケア」
・がん緩和ケアの推進に関する研究

「相談支援」
・がんに関する情報提供と相談支援に関する研究

「社会連携」
・地域包括ケアにおけるがん診療提供体制の構築に関する研究

「就労支援」
・がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究

「社会的課題」
・がん患者のアピアランスケアの提供体制に関する研究
・がん患者の自殺予防策及び障害のあるがん患者に対する支援策を推進するために必要な体制整備のための研究

これらを支える基盤

「人材育成」 ・がんに携わる医療従事者のスキルアップを目指した研究
「がん研究」 ・がん研究10か年戦略の進捗評価に関する研究
「がん対策評価」 ・がん対策全体のPDCAサイクルを確保し、継続的に評価改善を行う指標を策定するための研究

➢ 平成31年度はがん予防、がん登録を中心に、第３期がん対策推進基本計画の目標達成に資する研究を推進する。

「がん研究１０か年戦略」に基づいたがん研究開発
(根治・予防・共生　～患者・社会と協働するがん研究～)

応用領域 → 臨床領域

次世代がん医療創生研究事業

導出 / 還元

革新的がん医療実用化研究事業

サポート機関　○がんの新薬・新医療技術開発の革新的なスキームを確立するための研究

（新規）技術支援班
○革新的ながんの新薬・新医療技術開発を強力に支援する包括的rTR研究
○アカデミア創薬研究におけるボトルネック（GLP毒性試験やGMP製造）を解消するための技術支援

○がんの本態解明に関する研究	（領域１）
○がんの予防法や早期発見手法に関する研究 （新規）・がんの一次予防におけるimplementation scienceを活用した臨床研究	（領域２）
○アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究	（領域３）
○患者に優しい新規医療技術開発に関する研究	（領域４）
○新たな標準治療を創るための研究	（領域５）
○ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域	（領域６）

○がんゲノムに関する研究

※
がん種を限定せず特定の遺伝子異常等を有する患者群を対象に薬剤の治療効果を検証する研究など、ゲノム情報を用いた予防、診断、治療方法の技術開発等の研究を行う。

導出 / 還元

未来医療を実現する医療機器・システム研究開発事業

導出 / 還元

次世代治療・診断実現のための創薬基盤技術開発

研究支援基盤：　創薬支援ネットワーク　、　PMDA　、　がん臨床試験ネットワーク

事業期間及び定量的な成果目標

・事業期間：平成26年度～
・定量的な成果目標：
2020年までの達成目標
・5年以内に日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた10種類以上の治験への導出
・小児がん、難治性がん、希少がん等に関して、未承認薬・適応外薬を含む治療薬の実用化に向けた12種類以上の治験への導出
・小児がん、希少がん等の治療薬に関して1種類以上の薬事承認・効能追加
・いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消
・小児・高齢者のがん、希少がんに対する標準治療の確立（3件以上のガイドラインを作成）

422

2020年までの達成目標（KPI）との関連性等

・5年以内に日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた10種類以上の治験への導出・・・領域１，３
・小児がん、難治性がん、希少がん等に関して、未承認薬・適応外薬を含む治療薬の実用化に向けた12種類以上の治験への導出・・・領域１，３
・小児がん、希少がん等の治療薬に関して1種類以上の薬事承認・効能追加・・・領域３
・いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消・・・領域３，４
・小児・高齢者のがん、希少がんに対する標準治療の確立
（3件以上のガイドラインを作成）　・・・領域２，５，６

資料4

第３期がん対策推進基本計画の今後の進め方について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

（目次）

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）

2. 患者本位のがん医療の実現
（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実
（3）チーム医療の推進
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法の推進
（6）希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

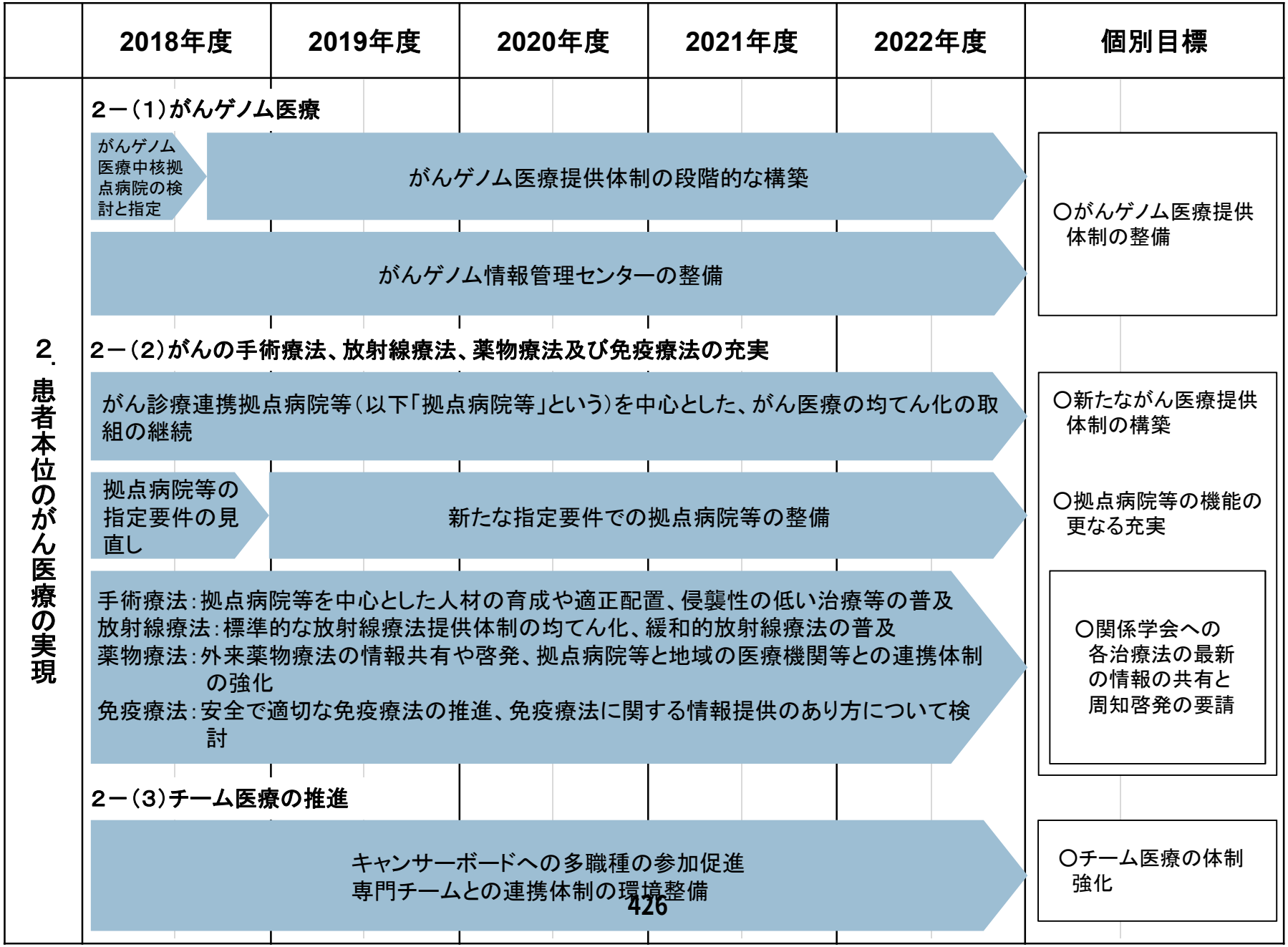
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進
（2）相談支援及び情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）
（5）ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備
（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育・がんに関する知識の普及啓発

がん対策推進基本計画　ロードマップ

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	個別目標
1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	1－(1)がんの1次予防					
	喫煙が与える健康への悪影響に関する普及啓発活動や、禁煙支援等の取組の推進					○成人喫煙率：12% ○妊娠中、未成年者の喫煙率：0%
	受動喫煙対策の推進					○望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現
	学校におけるがん教育やスマート・ライフ・プロジェクト等の普及啓発による生活習慣改善の推進					○生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合： 男13.0%・女6.4% ○運動習慣者の割合： 男36.0%・女33.0% （20～64歳） 男58%・女48% （65歳以上）
	1－(2)がんの早期発見及びがん検診（2次予防）					
	がん検診実施体制の整備や、利便性の向上、財政上のインセンティブ策の活用等の取組の推進 精度管理の向上や、がん検診に関する普及啓発活動等の推進					○検診受診率：50% ○精密検査受診：90%
	職域におけるがん検診に関するマニュアルの検討・策定	職域におけるがん検診に関するマニュアルの職域での普及				○「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」の策定、 普及

がん対策推進基本計画　ロードマップ



がん対策推進基本計画　ロードマップ

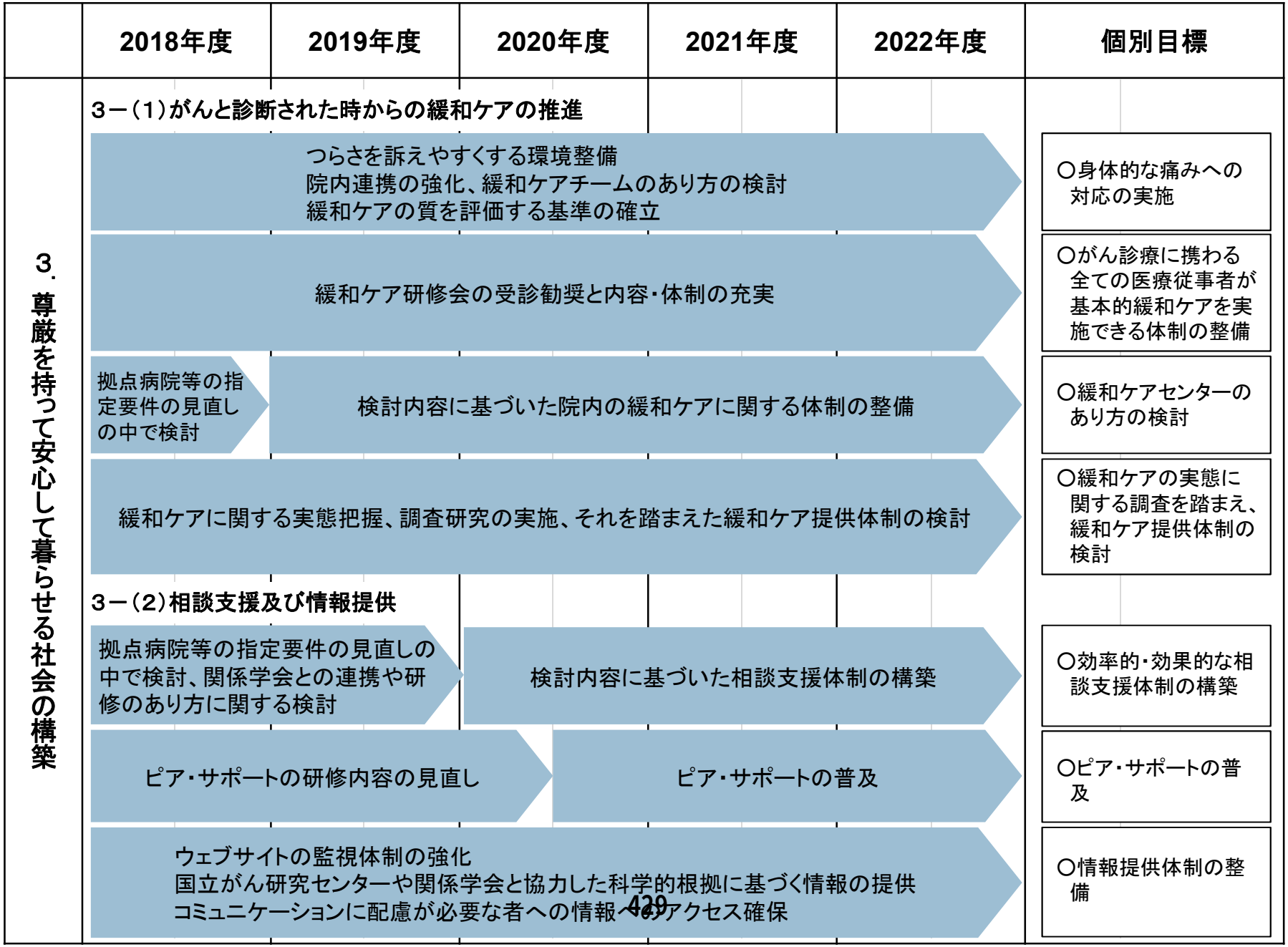
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	個別目標
2. 患者本位のがん医療の実現	2－(4)がんのリハビリテーション					
	社会復帰や社会協働の観点を踏まえたがんのリハビリテーションのあり方の検討		拠点病院等における普及			○がんのリハビリテーションのあり方の検討、普及
	2－(5)支持療法の推進					
	支持療法の実態把握、研究の推進					○支持療法に関する診療ガイドラインの作成、普及
	2－(6)希少がん及び難治性がん対策(それぞれのがんの特性に応じた対策)					
	希少がん対策の中核的な役割を担う機関の整備		中核的な役割を担う機関を中心とした、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境の整備			○希少がん患者が適切な医療を受けられる環境の整備
	人材育成、情報の集約と発信、ネットワーク体制の整備、ゲノム医療の推進					○有効な診断・治療法の研究開発及び診断・治療法等の提供体制整備の推進
	2－(7)小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策					
	小児がん拠点病院及び拠点病院等の指定要件の見直しの中で検討	検討内容に基づいた小児がん、AYA世代のがんの医療提供体制の整備				○小児がん、AYA世代のがんの医療提供体制の整備
	高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインの策定、普及					○高齢者の診療ガイドラインの策定、普及

427

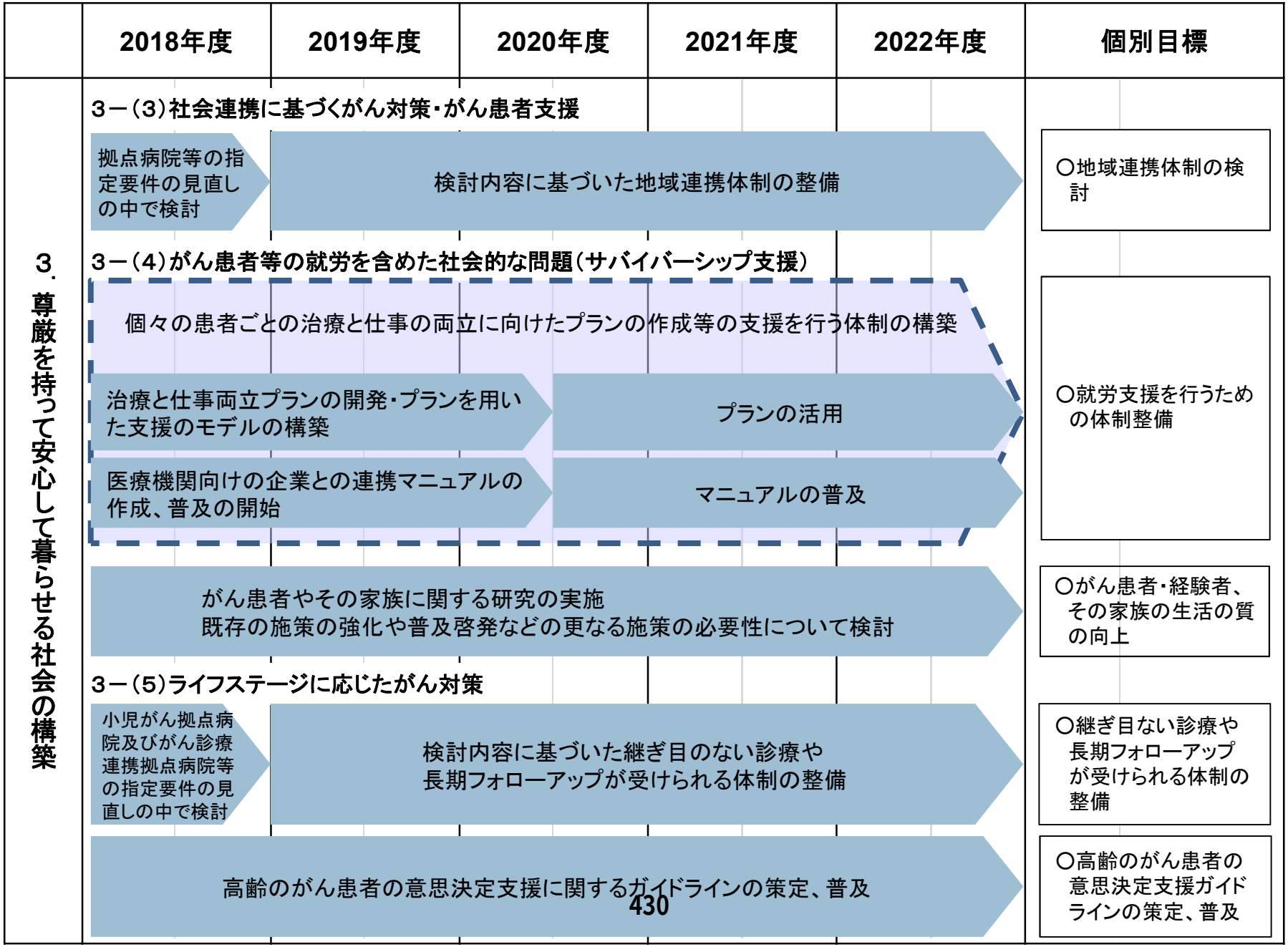
がん対策推進基本計画　ロードマップ

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	個別目標
2．患者本位のがん医療の実現	**2－(8)病理診断** 病理診断医や病理関連業務を担う医療従事者の人材育成支援や適正配置を検討 病理コンサルテーションなど、正確かつ適正な病理診断提供体制の強化 病理診断支援システムの研究開発の推進					○安全で質の高い診断を提供するための環境整備
	2－(9)がん登録 がん登録データを用いた政策立案に資する資料の作成 根拠に基づく政策推進のあり方の検討 全国がん登録データと他のデータとの連携や情報提供方法の検討					○がん登録の利活用による政策の立案、研究や情報提供の推進
	2－(10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 臨床研究中核病院と拠点病院等の連携強化 治験や臨床研究の情報提供体制の整備 画期的な医薬品、医療機器等の早期承認の推進					○臨床研究等を必要とする患者を、専門的な施設につなぐ仕組みの構築 ○治験や臨床試験の情報提供体制の整備

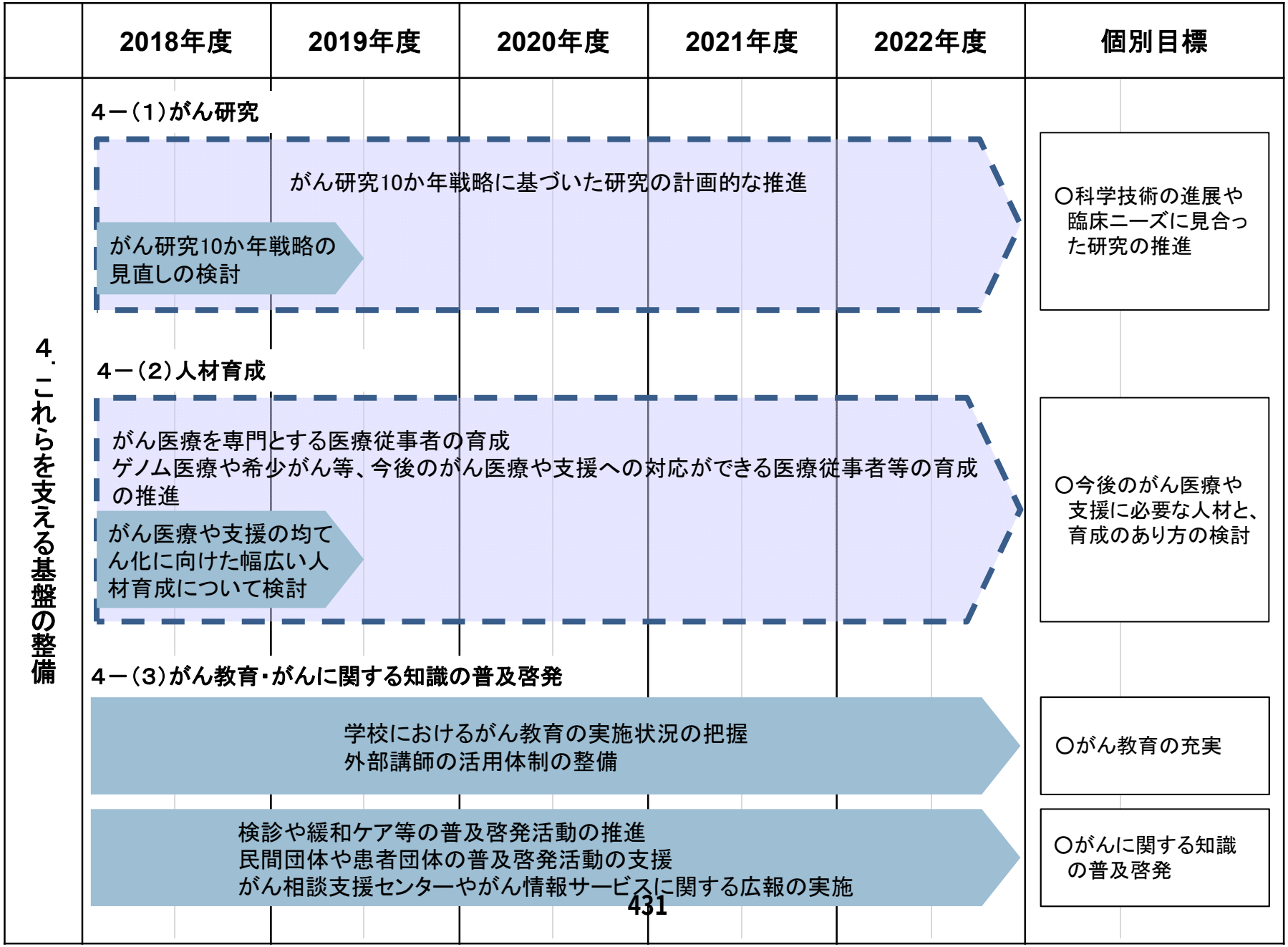
がん対策推進基本計画　ロードマップ



がん対策推進基本計画　ロードマップ



がん対策推進基本計画　ロードマップ



今後の協議会の進め方（案）

研究班の実施計画等を踏まえて実施

医療計画・介護保険事業計画等を踏まえて実施

2023年頃

第３期がん対策推進基本計画
閣議決定

中間評価指標の議論

評価指標の決定・研究班等による測定

評価指標を元に中間評価の議論

中間評価報告書　公表

がん対策推進基本計画（第４期）策定の議論

第４期がん対策推進基本計画

必要に応じた個別課題の推進

個別施策

各検討事項に対応した検討会等
検討内容の例
- がん検診
- 拠点病院の指定要件の見直し
- 緩和ケア
- がん研究10か年戦略の見直し

等 432

中間評価の反映

基本計画策定の議論
個別施策の更なる推進

がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す

資料30

第７０回がん対策推進協議会議事次第

日　時：平成 30 年８月 30 日（木）13：00～15：00

場　所：全国都市会館　３階　第２会議室

議　事　次　第

１　開　　会

２　議　　題

（１）　がん診療連携拠点病院等の整備について

（２）　治療と仕事の両立支援に関する報告

- 働き方改革関連法について

（３）　がん予防分野に関する報告

- 健康増進法の一部を改正する法律について
- がん検診の実情について

（４）　中間評価について①

- がん予防分野の指標について
- 中間評価に用いる調査について

（ア）患者体験調査

（イ）緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査

（５）　その他

【資　料】

資料１　　がん対策推進協議会委員名簿

資料２　　第 69 回がん対策推進協議会での主な御意見

資料３　　がん診療連携拠点病院の整備指針の見直しについて

資料４　　雇用対策法の改正による治療と仕事の両立支援の位置づけについて

資料５　　健康増進法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 78 号）概要

資料６　　がん検診の実情（小西参考人提出資料）

資料７　　中間評価について

資料８　　「科学的な根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の中間評価指標について

資料９　　がん対策の進捗管理のための患者体験調査について（東参考人提出資料）

資料 10　患者体験調査アンケート（案）（東参考人提出資料）

資料 11　がん医療における緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査について（加藤参考人提出資料）

資料 12　がん医療における緩和ケアに関する調査（案）（加藤参考人提出資料）

参考資料１　がん診療連携拠点病院等の整備について（平成 30 年 7 月 31 日付け健発０７３１第１号厚生労働省健康局長通知）

参考資料２　小児がん拠点病院等の整備について（平成 30 年 7 月 31 日付け健発０７３１第 2 号厚生労働省健康局長通知）

参考資料３　都道府県別の平均寿命（2015 年）のデータから読み取れる禁煙活動の効果について（秋山委員提出資料）

参考資料４　がんゲノム医療推進に向けた取組（第 1 回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議資料 1（平成 30 年 8 月 1 日開催））

資料2

第６９回がん対策推進協議会での主な御意見

今後推進していくべき課題について

【がん予防】
- 受動喫煙ゼロの目標をどうやって達成するのか引き続き議論する必要がある
- HPV ワクチンの情報を伝え、対象者の方たちにそのワクチン接種を受けるかどうか選択してもらうことが重要。
- 禁煙に関して学校教育の中で徹底されておらず、喫煙の問題に関して協議会から発信をする必要がある

【がん医療の充実】
- 希少がんに対する個別の対策、たとえば適用外の治療などについて取り組む必要がある
- がんゲノム医療において、パネル検査を受けた後の治療の確立がこれからである
- 放射線治療を手術・抗がん剤・ゲノム治療とどのように組み合わせていくかが課題。希少がんに対しての、陽子線治療、重粒子線治療や、緩和的放射線治療をすすめる必要がある
- 患者申出療養制度に関して、実際に実施された臨床研究について、結果を含めた情報を得ることができないか
- 小児がん・希少がん・AYA 世代のがんに対しては集約化が進んでいるが、難治性がんへの取り組みが見えにくい
- 4 割の患者が救えていない希少がん・難治性がんの解決が必要なことから、研究という視点が必要。国際連携の視点で何ができるか。加えて、予防や行動変容、行動科学やサバイバーシップの課題の落とし込みも重要
- 臓器横断的視野を備えた医者を広げていってほしい

【がんとの共生】
- 治療終了後の適切なサービスのつなぎが必要
- がんと診断された後の相談支援までのバリアが大きい。医師や看護師からの声掛けが必要
- 難治性がんに対しては、科学的根拠のある情報と支援が必要
- 拠点病院以外においても、すべての国民にがん相談支援室について知らせることが必要

- コミュニケーションの問題の解決が必要。具体的には、職場で、病気を誰にどこまでカミングアウトをするのかどうか。子供にどのように伝えるのか・子供とどのように生活するか等
- 有効性と安全性が不確かながん情報が氾濫し、有効性がない免疫療法などもあるなか、正しい情報にアクセスできる手段を確立する必要がある
- 小児・AYA 世代の患者にとっての、再発や２次がんの問題、治療による影響などへの支援も重要
- 診断された時点からどれぐらい支援が受けられているか把握する体制がなかった。どれぐらいの患者がどれぐらいの支援を受けているのかを数値として評価すべき。アンケートを受けていない人の支援についても、どう評価するのか検討が必要
- がんゲノム情報管理センターの情報やビッグデータを用いて、新しい薬の研究開発に役立つように生かすべき
- ゲノム医療から実際に治療にたどり着ける患者さんの割合を増やせるように進めるべき
- がん薬物療法専門医を拠点病院で努力目標として頂きたい
- 小児がんについて、地域の先生や近くの医療機関でみていくためのネットワークづくりが必要
- がんと就労に関して、病院内の意思統一や連携の問題、医療と企業がいかに連携できるかが重要。特に企業からみた医療機関に対する期待や要望をマニュアルに落とし込むかが重要

【基盤整備】
- がんの現状に対する普及啓発が必要。学校でもがんが特別でないようにがん教育の中で、予防や検診だけでなく、患者にとっていい医療とは何か、尊厳ある命、生きる、患者の権利とは何かの啓発をすすめ、医療教育という視点で取り組んで頂きたい
- がんの啓発に関しては、命の危機管理としてのプログラムを作る必要がある
- 化学療法の標準治療のほとんどは、海外の臨床試験結果をもとに定まっている。日本から新しい治療法の発信ができる体制の確立を望む
- ゲノムに対する誤解が起こらないように、がん教育の中でもゲノムについて行うべき
- 大人のがん教育、事業者の啓発促進、国民キャンペーンなどのアプローチについて、現状の施策で足りるのか見る必要がある。固定観念や偏見の問題を解決していかなければならない

資料3

がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しについて

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

がん診療連携拠点病院等の指定要件見直しについて

今回の指定要件見直しのポイント

がん医療の更なる充実

- チーム医療の更なる推進
- 保険適応外の治療に関する事前審査
- 診療機能による拠点病院の分類
- 第三者評価の活用等による質の評価　等

病院完結型から地域完結・循環型医療へ

- 病院一体でのがん相談支援センターの周知
- 専門的な施設へ「繋ぐ」
- 地域連携の推進
- がん教育への協力　等

医療安全の更なる推進

- 医療安全管理部門の設置
- 医療安全管理者の配置
- 医療安全管理者の権限付与　等

指定に関する課題の整理

- 同一医療圏に複数推薦があった場合の方針
- 要件を満たせていない場合の指導
- 移転・分離・統合があった場合の届出　等

小児がん拠点病院の指定要件見直しのポイント

○　平成29年12月に設置した「小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」の提言を踏まえ、「小児がん診療・支援のさらなるネットワーク化」、「AYA世代への対応の強化」、「医療安全の推進」の3つに重点を置き、指定要件の見直しを行った。

小児がん診療・支援のさらなるネットワーク化

- 小児がん拠点病院による**小児がん連携病院の指定**
  地域ブロック協議会で協議の上、次に掲げる類型ごとに連携病院を指定。
  ①　地域の小児がん診療を行う連携病院
  ②　特定のがん種等についての診療を行う連携病院
  ③　小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院
- 連携病院も含め、情報の集約化と適切な提供を促進。

AYA世代への対応の強化

- 小児がんからの移行期医療の提供・連携体制の整備
- AYA世代発症のがん患者への医療の提供・連携体制の整備
- AYA世代のがん患者への相談支援体制の整備　　等

医療安全の推進

- 医療安全管理部門の設置
- 医療安全管理者の配置　　等

がん診療連携拠点病院等に関する今後の予定

2018年
7月31日　がん診療連携拠点病院等の整備について（健発0731第1号）
　　小児がん拠点病院等の整備について（健発0731第2号）　発出

10月31日　がん診療連携拠点病院等申請締め切り

11月30日　小児がん拠点病院申請締め切り

2019年
1～3月頃　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
　　小児がん拠点病院の指定に関する検討会

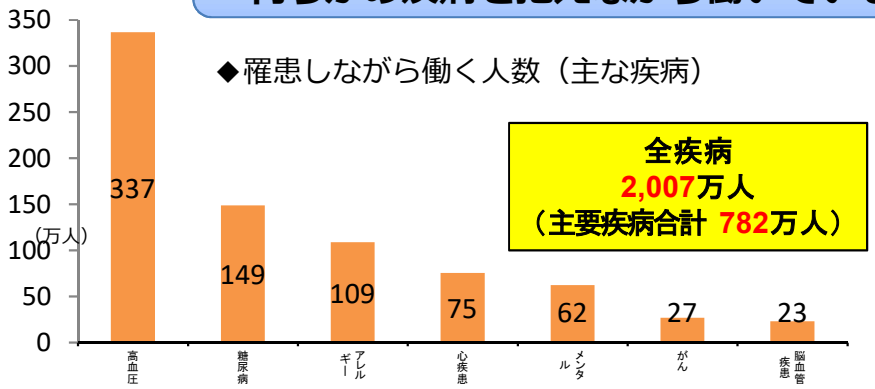
4月1日　新整備指針による拠点病院制度の開始

治療と仕事の両立支援

資料４

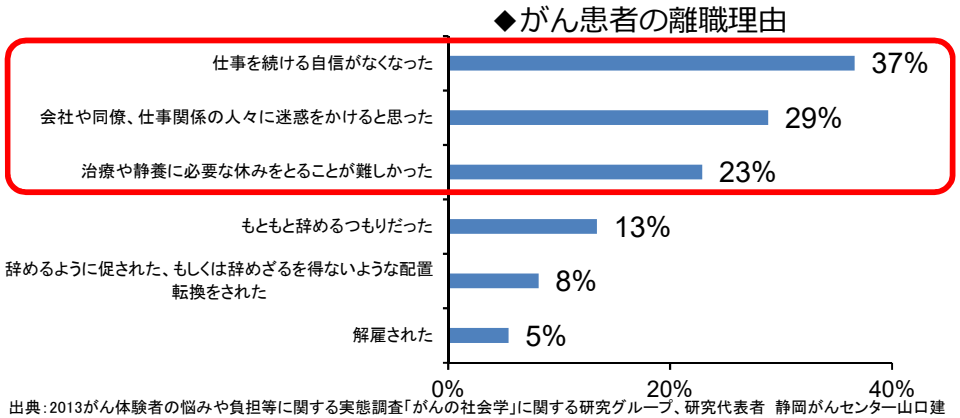
現状

日本の労働人口の約３人に１人が何らかの疾病を抱えながら働いている



出典:厚生労働省平成25年度国民生活基礎調査

治療を続けながら働くための制度や社内の理解が不十分



出典:2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査「がんの社会学」に関する研究グループ、研究代表者 静岡がんセンター山口建

治療と仕事が両立可能な環境が必要　⇒　現実には困難な状況に直面している方々も多い

働き方改革実行計画

１　会社の意識改革と受入れ体制の整備

２トライアングル型支援などの推進

◆主治医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによるトライアングル型サポート体制の構築

治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す

雇用対策法の改正による治療と仕事の両立支援の位置付け

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（改正雇用対策法）において、**働き方改革に係る基本的な考え方を明らかにし、国として改革を総合的かつ継続的に推進するための基本方針を定めるもの**であり、病気の治療と仕事の両立支援についても、**労働者の多様な事情に応じた雇用の安定と職業生活等の目的を達成するために国が総合的に講じるべき施策の一つ**として、明確に位置付けられた。

参照条文

◎雇用対策法（昭和四十一年法律第百三十二号）（抄）

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律

第一章　総則（第一条－第九条）

第一条～第三条（略）

（国の施策）

第四条　国は、第一条第一項の目的を達成するため、前条に規定する基本的理念に従つて、次に掲げる事項について、必要な施策を総合的に講じなければならない。

一～八（略）

九　疾病、負傷その他の理由により治療を受ける者の職業の安定を図るため、雇用の継続、離職を余儀なくされる労働者の円滑な再就職の促進その他の治療の状況に応じた就業を促進するために必要な施策を充実すること。

十～十四（略）

２・３（略）

第二章　基本方針

（基本方針）

第十条　国は、労働者がその有する能力を有効に発揮することができるようにするために必要な労働に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下、この条及び次条において「基本方針」という。）を定めなければならない。

２　基本方針に定める事項は、次のとおりとする。

一　労働者がその有する能力を有効に発揮することができるようにすることの意義に関する事項

二　第四条第一項各号に掲げる事項について講ずる施策に関する基本的事項

三　前二号に掲げるもののほか、労働者がその有する能力を有効に発揮することができるようにすることに関する重要事項

３　厚生労働大臣は、基本方針の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。

４　厚生労働大臣は、基本方針の案を作成しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事の意見を求めるとともに、労働政策審議会の意見を聴かなければならない。

５　厚生労働大臣は、第三項の規定による閣議の決定があつたときは、遅滞なく、基本方針を公表しなければならない。

６　厚生労働大臣は、基本方針の案を作成するため必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対し、資料の提出その他必要な協力を求めることができる。

７　国は、労働に関する施策をめぐる経済社会情勢の変化を勘案し、基本方針に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない。

８　第三項から第六項までの規定は、基本方針の変更について準用する。

（関係機関への要請）

第十条の二（略）

資料６

がん検診の実情

（含・発見がんのフォロー）

日本対がん協会グループ支部

第70回がん対策推進協議会
2018年8月30日
公益財団法人日本対がん協会
がん検診研究グループマネジャー
小西宏
konishi@jcancer.jp

日本対がん協会

◇設　立：1958年（財団法人・日本対がん協会）
　　現在：公益財団法人
◇会　長：垣添忠生
◇所　在：東京都中央区銀座7-16-12
◇組　織：46道府県に支部（検診機関等と本部・支部の提携）
　　（東京＝本部、神奈川、静岡、岐阜、大阪各支部は検診を実施せず）

◇主な活動：検診（検診車計1066台、2017年度）　＝科学的根拠に基づく検診の推進
　　主に市町村からの委託による住民検診、特定健診や人間ドック等も

啓発（セミナー、がん教育等）
患者支援
（がん相談＝電話・医師による面談、
リレー・フォー・ライフ：全国約50カ所、サバイバークラブ等）

◆参考人（小西）：開示すべきCOIはとくにありません。

胃、肺、大腸、乳、子宮頸(2015年度)＝42支部

(ほかに一部で子宮体、甲状腺、前立腺、肝胆膵腎　合計で延べ1100万人)

	受診者	要精検率	( )精検受診率	( )発見がん率	( )
胃がん	2,346,445	160,011 (6.82)	129,123 (80.7)	2,716 (0.12)	
子宮頸がん (含 上皮内がん)	1,312,049	18,267 (1.39)	15,316 (83.9)	709 (0.05)	
乳がん	1,283,185	65,124 (5.08)	59,241 (91.0)	3,545 (0.28)	
肺がん	3,321,281	65,021 (1.96)	51,888 (79.8)	1,798 (0.05)	
大腸がん	2.591,667	161,809 (6.24)	114,578 (70.8)	4,483 (0.17)	
計	8,262,960	470,232	370,146	13,251	

(参考)

健康増進事業報告 (2015年度)	
胃がん	240万人
子宮頸がん	390万人
乳がん	210万人
肺がん	420万人
大腸がん	520万人

検診の委託元の割合

	住民	職域	他
胃がん	67	31	2
子宮頸がん	75	15	10
乳がん	85	12	3
肺がん	70	27	3
大腸がん	68	29	3

（単位：%）

- 住民検診：市町村から委託を受けて実施
  健康増進法に基づく市町村事業⇒健康増進事業報告に
  厚労省・がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

- 職域検診：保険者、企業から委託を受けて実施
  厚労省・職域におけるがん検診マニュアル（2018年）
  ただし法律の裏付けなし⇒報告なし
  （検査方法､対象年齢､結果把握の有無等＝実態が明らかでない）

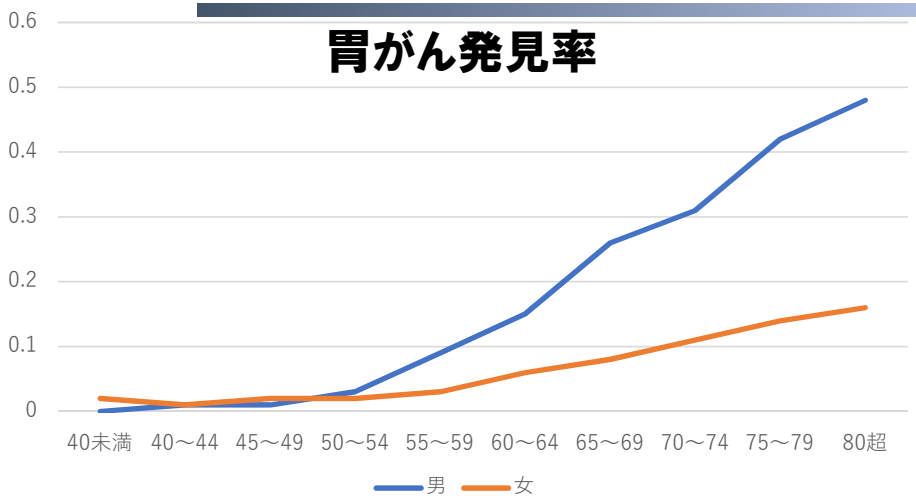
- 対がん協会の実情：対応にバラツキ
  住民検診に則って結果を管理しているところ
  検診結果を委託元に報告（フォローなし）で終わるところ等
  （委託元の仕様による差も）

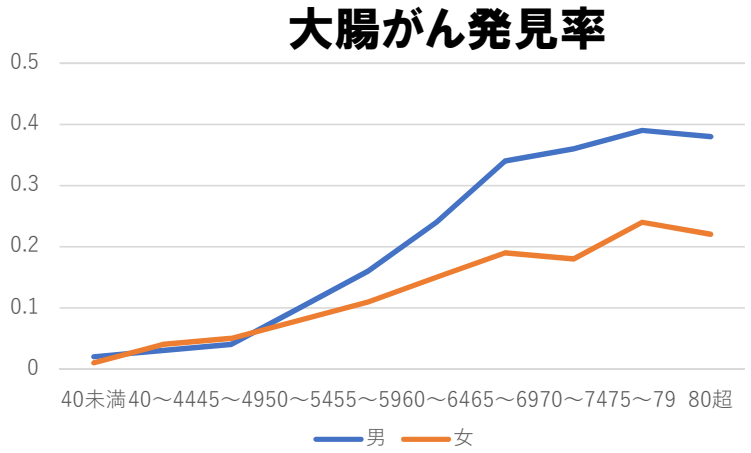
検診の方法（対がん協会＝職域等を含む）

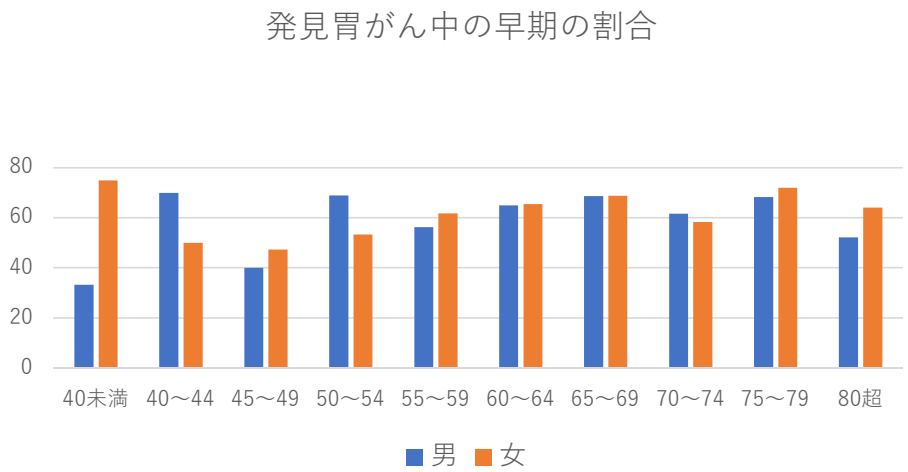
	国の指針が推奨する検査 （2016年から）	対がん協会が受託する検査 （2015年度、16年度もほぼ同じ傾向）
胃がん	胃部X線もしくは内視鏡	胃部X線　内視鏡（2%）　ABCリスク評価（1%で併用）
子宮頸がん	細胞診	細胞診、HPV検査（2%で併用）
乳がん	乳房X線 （マンモグラフィ）	視触診単独（2%）,マンモ単独（36%）,超音波単独（9%）, 視触診+マンモ（45%）,視触診+超音波（2%）, マンモ+超音波（6%）,視触診+マンモ+超音波（1%未満）
肺がん	胸部X線	胸部X線　CT(2%)
大腸がん	便潜血	便潜血

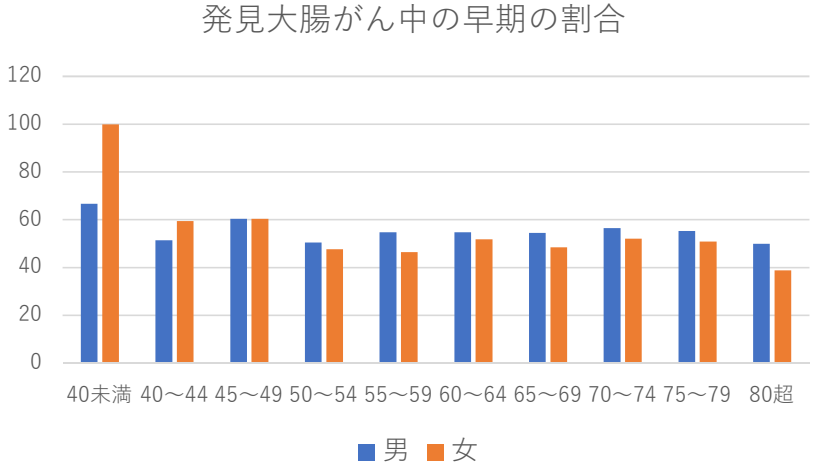
※対象年齢も、厚労省の指針より幅が広い

年齢階級別　発見がんの状況





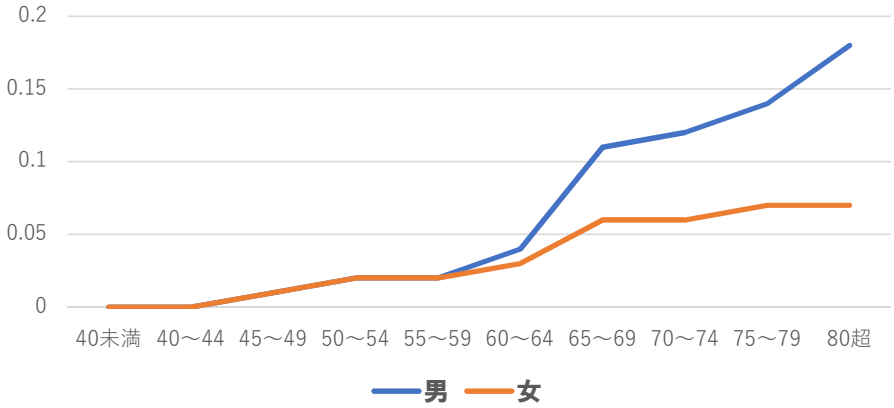


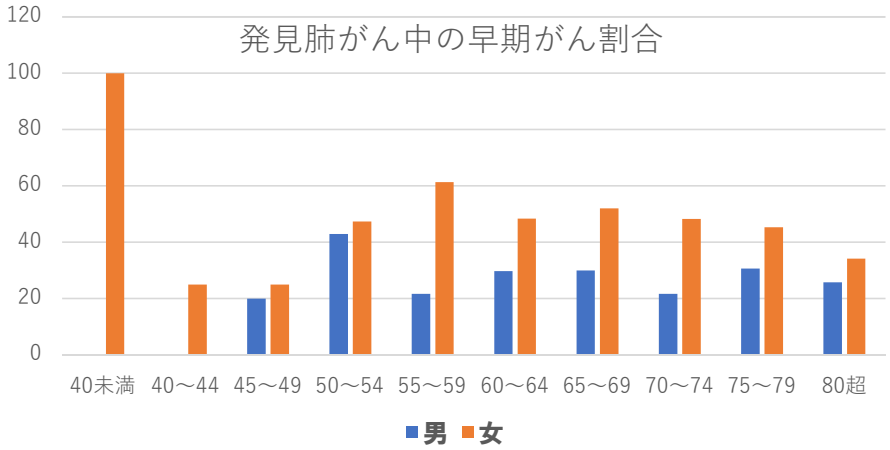


※男女で発見率に差　胃がんより早期割合が低目の大腸がん　とくに女性で低い傾向

年齢階級別　発見がんの状況

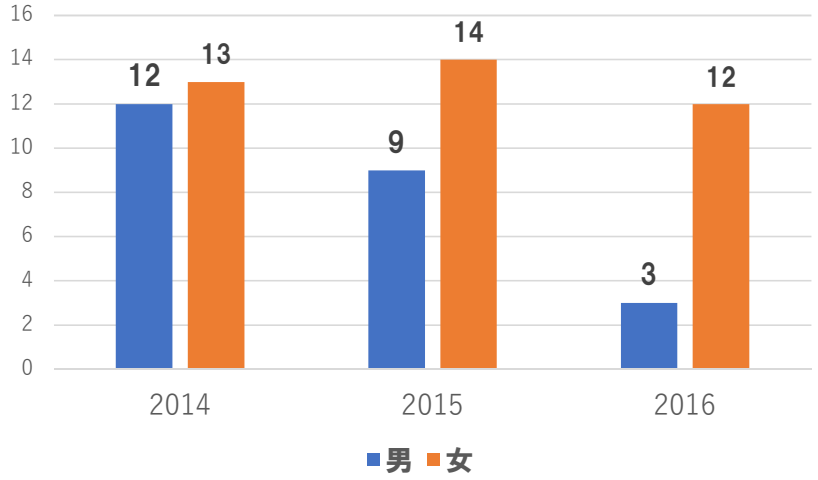
肺がん発見率





※女性に比して男性で早期の割合が低い

50歳未満男性の発見数の推移

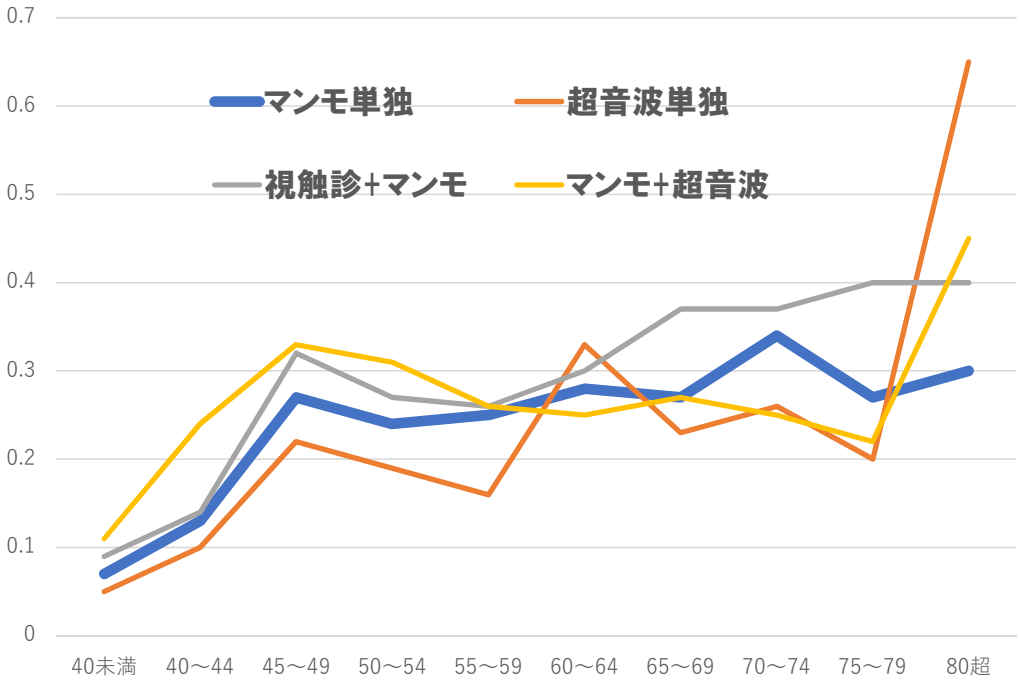


（50歳未満受診者は男性39万6千人　女性40万4千人）
＝2015年度

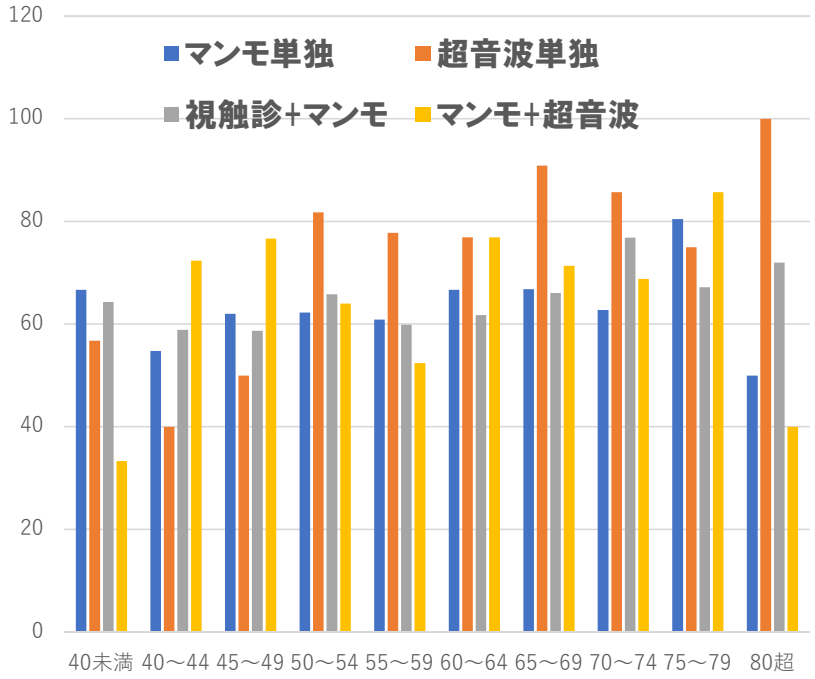
※50歳未満の男性の発見数(率)が低下傾向
現在、過去25年間の発見状況の推移を調査中

乳がん発見の状況　主な検査法・年齢階級別

発見率



発見がん中の早期の割合



※マンモと超音波の併用では40代で発見率が高く、早期がんの割合が高い傾向

精度管理

- がん検診の基本：科学的根拠のある方法を適切な精度管理の下で多くの人に実施する

- 精度管理：要精検率を下げる　精検受診率を上げる・・・・
  対がん協会支部：
  都道府県の生活習慣病等指導者協議会の各がん部会や学会・機構等の指導を受けながら、読影の研修・撮像技術の講習（過去画像の読み取り）等
  ⇒そうした結果、乳がん検診：要精検率2%前後、がん発見率0.3~0.4%の支部も

- 精検受診率 目標90%
  対がん協会実績(2015年度)

胃	80.7%
子宮頸	83.9%
乳	91.0%
肺	79.8%
大腸	70.8%

- 支部によるバラツキ：
  - ほとんどの検診で90%を達成している支部
    （精検未受診者に3カ月後の勧奨、
    なお未受診の人に6カ月後に勧奨等の取り組み）
  - 自治体や医療機関の協力が得られずに把握できない地域を抱える支部
- がん種によるバラツキ：
  - 乳がんは概ね高い（95%以上の支部）
  - 大腸がんは概ね低い（精検手段の差？・負担の少ない検査法の必要性）
- 男女による差（女性の方が概ね高い傾向）

精度管理を考える上での注意

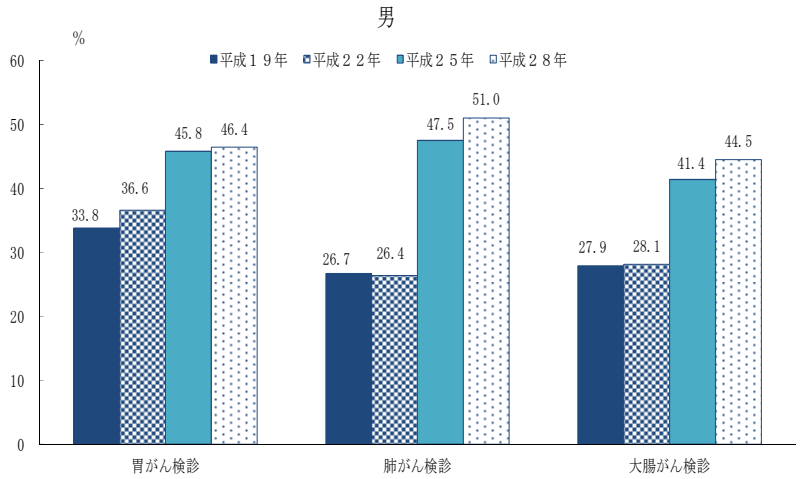
「定期受診」と「3年以上受けていない等、全くの未受診を含む不定期の受診」で差

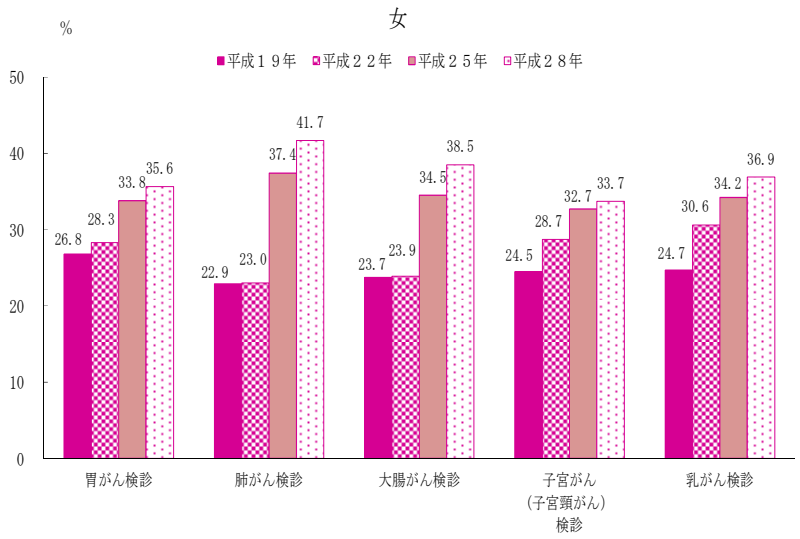
2015年度の検診での別途調査（12支部）

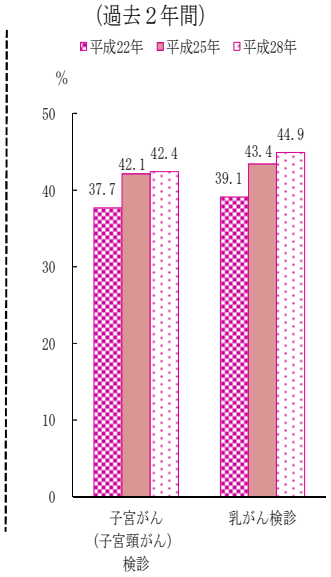
			受診者割合(%)		要精検率(%)		がん発見率(%)	
・大腸がん	40歳超	不定期17：定期83			7.06	6.04	0.34	0.15
	75歳超		8	92	11.03	8.59	0.7	0.25
・胃がん	40歳超	不定期16：定期84			8.24	6.23	0.22	0.13
	75歳超		8	92	12.74	8.34	0.68	0.28

- 不定期（全くの未受診を含む）受診：
  がん発見率が高いーがんのリスクが高い層
  検診における指標：受診者背景の考慮が必要

がん検診受診率（グラフは2016年国民生活基礎調査より）







- 対がん協会の活動

  ＝専門家と協働

  ・受診率向上施策ハンドブック（厚労省）の利用
  ・厚労省の補助金の活用
  ・自治体担当者とともに協議
  ・特定健診の受診者にがん検診も勧奨
  ・特定健診受診率アップと
  　がん検診受診拡大をめざす

- ほかに、市民講座・リレーフォーライフの活動を通じた検診受診勧奨・がん教育・精度管理のセミナー（市町村、企業向け等）

まとめ

- 検診の種類：住民・職域での「管理」のあり方に大きな差

- がん発見率：男女、年齢により差
  検査方法による差（例：乳がん検診）
  定期受診・不定期受診（全くの未受診を含む）のよる差

- 精度管理　：低い精検受診率(特に大腸がん)、発見がん中の早期割合の男女差
  専門団体の指導による検診機関の研修の積み重ね

- 受診率　　：目標50%
  自治体・検診(健診)機関・専門家の協業、国の支援による活動

（資料）　胃がん検診と発見がんの状況

	男女	男	女
受診者数	2,346,445	1,172,123	1,174,322
要精検者数	160,011	95,029	64,982
精検受診者数	129,123	72,907	56,216
がん	2,716	2,012	704
要精検率	6.82	8.11	5.53
精検受診率	80.7	76.72	86.51
がん発見率	0.12	0.17	0.06

	男女	男	女
治療・開腹	1,347	980	367
内視鏡	872	668	204
その他	38	28	10
深達度　M	1,046	751	295
SM	601	458	143
MP	191	145	46
SS	199	154	45
SE+SI	160	111	49
不明	209	153	56
手術未実施	161	127	34
M+SM	1,647	1209	438
発見がん中のM+SM割合(%)	60.64	60.09	62.22

13

胃がん検診（X線）年齢階級別がん発見状況

	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
◆男性										
受診者数	85,802	115,582	100,708	101,321	101,375	126,178	178,066	130,661	90,729	52,653
がん発見数	3	10	15	29	87	194	457	411	385	251
がん発見率	**0**	**0.01**	**0.01**	**0.03**	**0.09**	**0.15**	**0.26**	**0.31**	**0.42**	**0.48**
早期がん数	1	7	6	20	49	126	314	253	265	131
早期がん割合	33.3	70	40	69	56.3	65	68.7	61.6	68.3	52.2
◆女性										
受診者数	49,092	109,534	97,370	99,807	109,934	153,687	199,025	140,154	90,326	40,351
がん発見数	8	8	19	15	34	87	154	151	125	64
がん発見率	**0.02**	**0.01**	**0.02**	**0.02**	**0.03**	**0.06**	**0.08**	**0.11**	**0.14**	**0.16**
早期がん数	6	4	9	8	21	57	106	88	90	41
早期がん割合	75	50	47.4	53.3	61.8	65.5	68.8	58.3	72	64.1

子宮頸がん検診（2015年度）と発見がん等の状況

受診者数	1,312,049
要精検者数	18,267
精検受診者数	15,316
がん （浸潤がん+上皮内がん）	709 （221+４８８）
CIN3（含・上皮内がん）	1,488
CIN２	1,487
AIS等	42
要精検率	1.39
精検受診率	83.85
がん発見率 （浸潤がんのみ）	0.05 （0.02）

治療・円錐	498
子宮摘出	229
その他	88
進行期　0	298
ＩA	88
ＩB	72
Ⅱ	23
Ⅲ	7
Ⅳ	4
不明	119
0＋ＩA（早期）	386

子宮頸がん検診　年齢階級別がん発見状況
（上皮内がんを含む）

	20未満	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
受診者数	149	23,286	41,935	74,625	101,828	138,647	110,014	111,021	116,788	158,472	182,345	118,206	62,680	25,590
がん発見数	0	4	21	90	103	101	80	42	33	56	35	24	18	10
がん発見率	―	0.02	0.05	0.12	0.1	0.07	0.05	0.04	0.03	0.04	0.02	0.02	0.03	0.04
早期がん数	―	3	17	61	76	76	37	31	16	26	25	14	8	4
早期がん割合	―	75	80.1	67.8	73.8	75.3	61.7	73.8	48.5	46.4	71.4	58.3	44.4	40

乳がん検診 検査方法別の発見状況
(2015年度実施)

方法	受診者	要精検	率(%)	精検受診	率(%)	がん	率(%)	うち0+Ⅰ期	率(%)
視触診単独	23403	872	3.73	582	66.74	63	0.27	24	38.1
マンモ単独	462439	20821	4.5	19504	93.67	1432	0.31	763	53.28
超音波単独	118944	3231	2.72	2877	89.04	127	0.11	85	66.93
視+マンモ	577614	34211	5.92	31000	90.61	1682	0.29	1021	60.7
視+超音波	24442	1124	4.6	872	77.58	20	0.08	10	50
超音波+マ	70979	4428	6.24	4061	91.71	190	0.27	131	68.95
視+超+マ	5364	437	8.15	345	78.95	31	0.58	20	64.52
計	1,283,185	65,124	5.08	59,241	90.97	3,545	0.28	2,054	57.94

乳がん検診　年齢階級別がん発見状況（追跡率86.6%）
（主な４手法）

マンモ単独										
	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
受診者数	4,503	57,499	44,046	50,145	50,447	72,823	84,592	55,420	30,110	12,843
がん発見数	3	73	121	122	128	201	232	191	82	38
がん発見率	0.07	0.13	0.27	0.24	0.25	0.28	0.27	0.34	0.27	0.3
早期がん数	2	40	75	76	78	134	155	120	66	19
早期がん割合	66.7	54.8	62	62.3	60.9	66.7	66.8	62.8	80.5	50

超音波単独										
	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
受診者数	74,479	9,710	9,123	5,741	5,657	3,965	4,800	2,685	2,020	773
がん発見数	37	10	20	11	9	13	11	7	4	5
がん発見率	0.05	0.1	0.22	0.19	0.16	0.33	0.23	0.26	0.2	0.65
早期がん数	21	4	10	9	7	10	10	6	3	5
早期がん割合	56.8	40	50	81.8	77.8	76.9	90.9	85.7	75	100

視触診+マンモ										
	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
受診者数	14,987	76,243	58.927	58,696	59,422	76,749	91,860	60,646	29,993	12,576
がん発見数	14	107	189	161	157	233	339	227	119	50
がん発見率	0.09	0.14	0.32	0.27	0.26	0.3	0.37	0.37	0.4	0.4
早期がん数	9	63	111	106	94	144	224	154	80	36
早期がん割合	64.3	58.9	58.7	65.8	59.9	61.8	66.1	76.84	67.2	72

マンモ+超音波										
	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
受診者数	2831	11,918	9,072	7,970	8,015	10,234	10,281	6,382	3,153	1,117
がん発見数	3	29	30	25	21	26	28	16	7	5
がん発見率	0.11	0.24	0.33	0.31	0.26	0.25	0.27	0.25	0.22	0.45
早期がん数	1	21	23	16	11	20	20	11	6	2
早期がん割合	33.3	72.4	76.7	64	52.4	76.9	71.4	68.8	85.7	40

肺がん検診と発見がんの状況

	男女	男	女
受診者数	3,321,281	1,493,205	1,828,076
要精検者数	65,021	32,673	32,348
精検受診者数	51,888	24,810	27,078
がん	1,798	1,086	712
要精検率	1.96	2.19	1.77
精検受診率	79.8	75.93	83.71
がん発見率	0.05	0.07	0.04

進行期	男女	男	女
0	24	2	22
ⅠA	574	280	294
ⅠB	261	148	113
ⅡA	103	80	23
ⅡB	62	52	10
ⅢA	152	115	37
ⅢB	71	55	18
Ⅳ	253	175	78
不明	185	108	77
0+1A（早期）	598	282	316
同割合	33.26	25.97	44.38

19

肺がん検診　年齢階級別がん発見状況

	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
◆男性										
受診者数	204,174	101,891	89,925	89,955	98,090	143,771	239,373	190,785	147,550	132,784
がん発見数	0	1	5	14	23	64	253	231	206	241
がん発見率	ー	0	0.01	0.02	0.02	0.04	0.11	0.12	0.14	0.18
早期がん数	ー	0	1	6	5	19	76	50	63	62
早期がん割合	ー	ー	20	42.9	21.7	29.7	30	21.7	30.6	25.7
◆女性										
受診者数	183,901	115,341	104,311	111,680	133,408	208,239	312,151	238,226	175,136	154,334
がん発見数	1	4	8	19	31	64	177	143	117	114
がん発見率	0	0	0.01	0.02	0.02	0.03	0.06	0.06	0.07	0.07
早期がん数	1	1	2	9	19	31	92	69	53	39
早期がん割合	100	25	25	47.4	61.3	48.4	52	48.3	45.3	34.2

大腸がん検診と発見がんの状況

	男女	男	女
受診者数	2,591,667	1,206,494	1,385,173
要精検者数	161,809	86,007	75,802
精検受診者数	114,578	57,629	56,949
がん	4,483	2,598	1,875
要精検率	6.24	7.13	5.47
精検受診率	70.81	67.01	75.13
がん発見率	0.17	0.22	0.14

		男女	男	女
治療	・開腹	1,788	977	811
	内視鏡	1,668	1,020	648
	その他	130	69	61
深達度	M	1,546	934	612
	SM	715	420	295
	MP	419	229	190
	SS AI	621	318	303
	SE	152	89	63
	SI AI	27	20	7
不明		189	116	73
手術未実施		87	55	32
M+SM		2,261	1,354	907
発見がん中のM+SM割合		50.43	52.12	48.37

大腸がん検診　年齢階級別がん発見状況

	40未満	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80超
◆男性										
受診者数	80,724	109,873	98,118	99,238	105,186	135,213	177,493	133,987	99,538	80,162
がん発見数	15	33	43	97	173	325	604	488	386	308
がん発見率	0.02	0.03	0.04	0.1	0.16	0.24	0.34	0.36	0.39	0.38
早期がん数	10	17	26	49	95	178	330	276	214	154
早期がん割合	66.7	51.5	60.5	50.5	54.9	54.8	54.6	56.6	55.4	50
◆女性										
受診者数	53,029	116,290	105,632	114,655	132,153	186,642	231,228	169,627	118,170	80,300
がん発見数	4	42	53	88	146	283	441	303	279	180
がん発見率	0.01	0.04	0.05	0.08	0.11	0.15	0.19	0.18	0.24	0.22
早期がん数	4	25	32	42	68	147	214	158	142	70
早期がん割合	100	59.5	60.4	47.7	46.6	51.9	48.5	52.2	50.9	38.9

資料7

中間評価について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第1　全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2　分野別施策

1．がん予防

（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

2．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

4．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
3．がん患者を含めた国民の努力
4．患者団体等との協力
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

今後の協議会の進め方（案）

第69回がん対策推進協議会
資料3より （H30.6.27）

研究班の実施計画等を踏まえて実施

医療計画・介護保険事業計画等を踏まえて実施

2023年頃

第3期がん対策推進基本計画
閣議決定

中間評価指標の議論

評価指標の決定・研究班等による測定

評価指標を元に中間評価の議論

中間評価報告書 公表

がん対策推進基本計画（第4期）策定の議論

第4期がん対策推進基本計画

必要に応じた個別課題の推進

個別施策

各検討事項に対応した検討会等
検討内容の例
- がん検診
- 拠点病院の指定要件の見直し
- 緩和ケア
- がん研究10か年戦略の見直し

等 467

中間評価の反映

基本計画策定の議論
個別施策の更なる推進

がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す

中間評価とは

- 国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、３年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）より抜粋

第２期がん対策推進基本計画

（平成24年６月）

（※）は第２期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

（１） 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

（２） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（３） がん登録の推進

（４） 働く世代や小児へのがん対策の充実（※）

全体目標【平成19年度からの10年目標】

（１） がんによる死亡者の減少
（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）

（２） すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

（３） がんになっても安心して暮らせる社会の構築（※）

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療
①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組（※）
⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2. がんに関する相談支援と情報提供
患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録
法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防
平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見
がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

6. がん研究
がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

7. 小児がん（※）
5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発（※）
子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題（※）
就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

第２期がん対策推進基本計画中間評価の概要①

（平成27年6月　厚生労働省・がん対策推進協議会）

全体目標【平成19年度からの10年目標】

（1） がんによる死亡者の減少
（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）

・年齢調整死亡率の推移：92.4（2005年）→80.1（2013年）
減少傾向ながら、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ている。
・喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要。

（2） すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

・身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる。
・引き続き、緩和ケア等の提供体制の検証と整備が必要。

第二期から

（3） がんになっても安心して暮らせる社会の構築

・家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が3割ほどいる。
・がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組をより一層推進することが重要。

重点的に取り組むべき課題

（1）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

・拠点病院の指定要件の改正やがんプロフェッショナル基盤養成プラン等の取組により、一定の進捗が得られている。
・今後、系統的なデータ収集体制の整備や先進的な放射線治療機器の適正配置についての検討、がん診療に携わる専門医のあり方についての検討等を推進することが重要。

（2） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

・拠点病院の指定要件の改正により、診断時から緩和ケアを提供する体制や専門家による診療支援体制の整備が進み、医師・看護師の意識の変化もみられた。
・拠点病院の医師に対して、緩和ケア研修会を受講するよう促すとともに、在宅医等が受講できる体制を構築することが必要。
・拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアを推進していくことが必要。

（3）がん登録の推進

・平成25年12月にがん登録が法制化。
・国民への周知が不十分であり、より一層の普及啓発が必要。

第二期から

（4）働く世代や小児へのがん対策の充実

・関連部局と連携し、がん患者・経験者の就労支援について検討した。
・就労支援に関する既存の仕組み・施策・制度を十分に理解し、活用していくことが重要。
・小児がんについては、「小児がん拠点病院」及び「小児がん中央機関」を指定した。

第２期がん対策推進基本計画中間評価の概要②

その他、分野別施策について

1．がん医療
①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2．がんに関する相談支援と情報提供

3．がん登録

4．がんの予防

5．がんの早期発見

6．がん研究

7．小児がん

8．がんの教育・普及啓発

9．がん患者の就労を含めた社会的な問題

・地域の医療・介護サービス提供体制の構築や、病理診断、リハビリテーション、がんの相談支援、たばこ対策・感染症に起因するがんへの対策をはじめとするがんの予防に係る施策、がん検診の受診率向上をはじめとするがんの早期発見に係る施策等についても、一定の進捗が得られているが、基本計画で掲げた目標達成に向けて、引き続き推進が必要。

・高齢化が進んでいる我が国の現状を鑑みて、がん患者が住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるよう、拠点病院等との連携を確保しつつ、在宅医療・介護体制の整備等を進めることは喫緊の課題。

・希少がんについては、「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」の検討状況を踏まえ、診療体制や情報提供体制等を整備することが必要。

・がん研究については、「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に基づき、新たに設立されたAMEDによる管理の下、平成26年度からの「がん研究10か年戦略」に基づいて、関係省庁が一体となって推進することが重要。

がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項について

1．関係者等の連携協力の更なる強化

2．都道府県による都道府県計画の策定

3．関係者等の意見の把握

4．がん患者を含めた国民等の努力

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とがん対策を評価する指標の策定

7．基本計画の見直し

・がん対策の推進に当たっては、引き続き、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要。

・本中間評価報告書の内容と、別途とりまとめた「今後のがん対策の方向性について」の内容を踏まえて、今後、がん対策推進協議会等で、具体的な数値目標の設定を含めて、次期がん対策推進基本計画の策定に関する検討を行っていく必要がある。

中間評価指標に用いる調査

※第2期基本計画で用いた調査を元に例示

医療に関する調査	がんに関する調査	患者・家族に関する調査
• 拠点病院現況報告 • 厚生労働科学研究 • 厚生労働省による統計調査（医療施設調査等） 等	• がん登録 • 厚生労働科学研究 • 厚生労働省による統計調査（国民健康・栄養調査等） 等	• 患者体験調査 • 遺族調査 • 厚生労働科学研究 • 厚生労働省による統計調査（世論調査等） 等

調査や評価指標により、全体・個別のがん施策の進捗や達成度を評価

	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	患者本位のがん医療の実現	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
全体目標			
個別目標	（1）がんの1次予防 （2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）	（1）がんゲノム医療 （2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法 （3）チーム医療 （4）がんのリハビリテーション （5）支持療法 （6）希少がん、難治性がん （7）小児がん,AYA世代のがん,高齢者のがん （8）病理診断 （9）がん登録 （10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	（1）がんと診断された時からの緩和ケア （2）相談支援、情報提供 （3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 （4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題 （5）ライフステージに応じたがん対策

第3期がん対策推進基本計画

（1）がん研究 （2）人材育成 （3）がん教育、普及啓発

各施策への反映について（例：がん予防）

全体目標

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

個別目標

1次予防

・たばこ対策
　喫煙率の減少
　　－成人喫煙率 12%
　　－妊娠中の喫煙率をなくす
　　－20歳未満の喫煙をなくす
　受動喫煙防止
　　－望まない受動喫煙のない社会を実現
・生活習慣病改善
　生活習慣のリスクを高める量を飲酒しているもの
　　－男性13.0%・女性6.4%
　運動習慣のある者
　　－20～64歳：男性36.0%・女性33.0%
　　－65歳以上：男性58.0%・女性48.0%

2次予防

・がん検診
　対策型検診の全がん種の受診率　50%
　精密検査受診率　90%
・「職域におけるがん検診に関するガイドライン」の策定と職域での普及

目標達成の評価

（たばこ対策に関する項目を例に説明）

データ源	中間評価指標
国民健康・栄養調査	成人喫煙率、禁煙希望者の割合 望まない受動喫煙を有する者の割合
労働安全衛生調査	受動喫煙対策を講じている職場
その他	妊娠中の喫煙率、未成年喫煙率

※第2期基本計画中間評価指標に含まれていなかった指標は赤字で記載

各個別施策

- ◆ 喫煙の健康影響に関する普及啓発活動、禁煙希望者への禁煙支援
- ◆ 受動喫煙対策の徹底
- ◆ スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発
- ◆ 肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・普及啓発、B型肝炎の定期予防接種の推進や治療薬の開発
- ◆ 効果的な受診勧奨、受診者の立場に立った利便性の向上等、受診率向上のための方策の検討
- ◆ 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理向上の取組
- ◆ 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
- ◆ 職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）の策定

患者体験調査の位置づけ

医療に関する調査
- 拠点病院現況報告
- 厚生労働科学研究
- 厚生労働省による統計調査（医療施設調査等） 等

がんに関する調査
- がん登録
- 厚生労働科学研究
- 厚生労働省による統計調査（国民

患者・家族に関する調査
- **患者体験調査**
- 遺族調査

主に「がん医療の充実」、「がんとの共生」における
がん診療連携拠点病院における患者の体験を調査

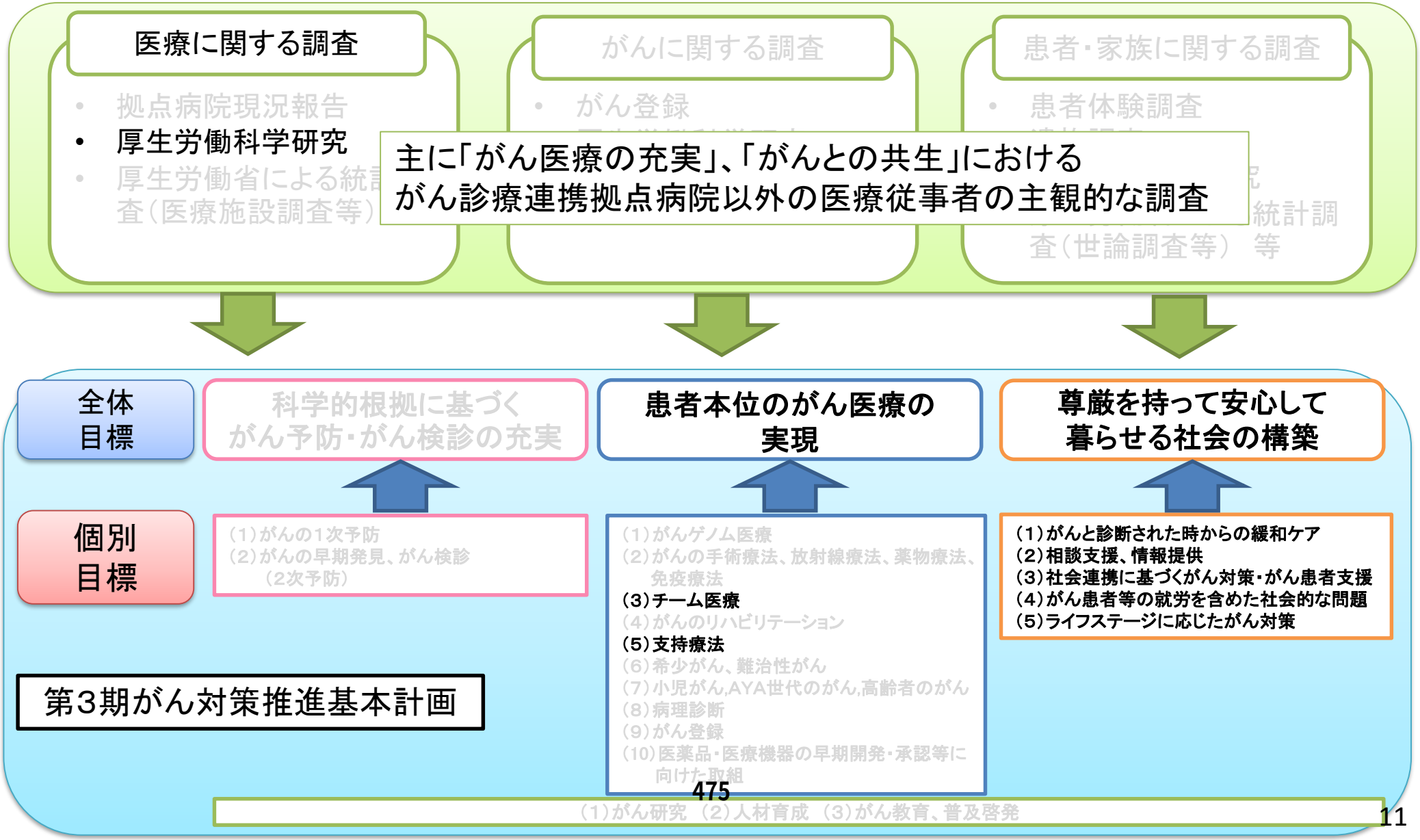
	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	患者本位のがん医療の実現	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
全体目標			
個別目標	（1）がんの1次予防 （2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）	（1）がんゲノム医療 （2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法 （3）チーム医療 （4）がんのリハビリテーション （5）支持療法 （6）希少がん、難治性がん （7）小児がん,AYA世代のがん,高齢者のがん （8）病理診断 （9）がん登録 （10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	（1）がんと診断された時からの緩和ケア （2）相談支援、情報提供 （3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 （4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題 （5）ライフステージに応じたがん対策

第3期がん対策推進基本計画

474

（1）がん研究 （2）人材育成 （3）がん教育、普及啓発

緩和ケアに関する医療従事者・施設調査の位置づけ



資料8

「科学的な根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の中間評価指標について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

1. がん予防

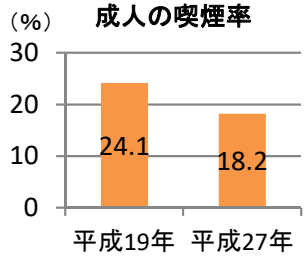
1次予防（がんにならないための予防）

現状・課題

- ◆ 喫煙（受動喫煙を含む）に対する更なる対策が必要。
- ◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、運動習慣のある者等の割合に大きな変化がない。
- ◆ 肝炎ウイルス検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者がいる。

取り組むべき施策

- ◆ 喫煙の健康影響に関する普及啓発活動、禁煙希望者に対する禁煙支援
- ◆ 受動喫煙対策の徹底
- ◆ スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発
- ◆ 肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・普及啓発、B型肝炎については、定期予防接種の推進や治療薬の開発



成人の喫煙率

受動喫煙の機会を有する者

場所	割合（%）
飲食店	41.4
遊技場	33.4
職場	30.9
路上	30.9

喫煙以外の生活習慣について	男性	女性
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（%）	13.9（14.7）	8.1（7.6）
運動習慣のある者の割合（%）	37.8（36.1）	27.3（28.2）

出典：平成27年国民健康・栄養調査 （）内は平成24年のデータ

注：平成28年国民生活基礎調査の数値は、熊本県を除いたものである。

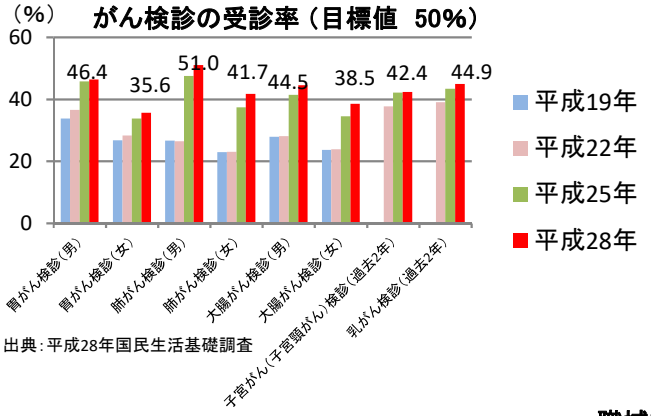
2次予防（がんを早期に発見し早期に治療することでがんによる死亡を減らすこと：がん検診）

現状・課題

- ◆ がん検診の受診率が目標値に達しておらず、精密検査受診率も低い。
- ◆ 指針に定められていないがん種に対するがん検診等、科学的根拠に基づかないがん検診が実施されている。
- ◆ がん検診受診者の30-60%程度は職域で受診しているが、任意で実施されているため、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

取り組むべき施策

- ◆ 効果的な受診勧奨、受診者の立場に立った利便性の向上等、受診率向上のための方策の検討
- ◆ 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理向上の取組
- ◆ 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
- ◆ 職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）の策定



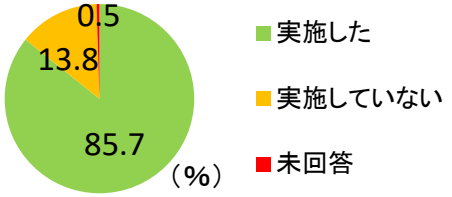
がん検診の受診率（目標値 50%）

出典：平成28年国民生活基礎調査

精密検査受診率（目標値 90%）

がん検診の種類	%
胃がん	79.5
肺がん	79.8
大腸がん	66.9
子宮頸がん	72.4
乳がん	85.1

出典：平成27年度地域保健・健康増進事業報告



指針に定められていないがん種に対するがん検診の実施状況

（全1,737市町村（特別区を含む）から回答）

出典：平成28年度市町村におけるがん検診の実施状況調査

がん検診受診者のうち職域でがん検診を受けている者の割合

がん検診の種類	%
胃がん（40-69歳）	58
肺がん（40-69歳）	63
大腸がん（40-69歳）	55
子宮頸がん（20-69歳、過去2年）	32
乳がん（40-69歳、過去2年）	36

出典：平成28年国民生活基礎調査

がん対策推進基本計画　ロードマップ

第69回がん対策推進協議会
資料4（H30.6.27）より

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	個別目標
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	1－(1)がんの1次予防					
	喫煙が与える健康への悪影響に関する普及啓発活動や、禁煙支援等の取組の推進					○成人喫煙率：12% ○妊娠中、未成年者の喫煙率：0%
	受動喫煙対策の推進					○望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現
	学校におけるがん教育やスマート・ライフ・プロジェクト等の普及啓発による生活習慣改善の推進					○生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合： 男13.0%・女6.4% ○運動習慣者の割合： 男36.0%・女33.0% （20～64歳） 男58%・女48% （65歳以上）
	1－(2)がんの早期発見及びがん検診（2次予防）					
	がん検診実施体制の整備や、利便性の向上、財政上のインセンティブ策の活用等の取組の推進 精度管理の向上や、がん検診に関する普及啓発活動等の推進					○検診受診率：50% ○精密検査受診：90%
	職域におけるがん検診に関するマニュアルの検討・策定	職域におけるがん検診に関するマニュアルの職域での普及				○「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」の策定、 普及

478

中間評価指標（がん予防分野）について①

全体目標

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

第2期基本計画 中間評価指標	測定値	第3期基本計画 中間評価指標（案）	用いる調査
がんの年齢調整死亡率	2013年 80.1/10万人	がんの年齢調整死亡率	がん登録・統計
がん種別の 年齢調整死亡率の変化 （胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん・肝がん）	2005年→2015年 胃がん -30.8% 大腸がん -9.1% 肺がん -7.5% 乳がん -0.1% 子宮頸がん＋5.9% 肝がん -47.9%	がん種別の 年齢調整死亡率の変化 （胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん・肝がん）	がん登録・統計 （全て推計値）
		年齢調整がん罹患率	がん登録・統計
		がん種別の 年齢調整がん罹患率の変化 （胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん・肝がん）	がん登録・統計

※第2期基本計画中間評価指標に含まれていなかった指標は赤字で記載

中間評価指標（がん予防分野）について②

（1）がんの一次予防

①生活習慣について

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、特定保健指導等の様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。加えて、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の周知を進めるとともに、内容の充実を図る。
また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の状況を踏まえつつ、関係省庁が連携して、必要な対策を講ずる。
受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針も踏まえ、受動喫煙防止対策を徹底する。
さらに、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

第2期基本計画 中間評価指標	測定値
成人喫煙率	2013年 19.3%
未成年喫煙率	中学男子2.9% 中学女子1.7% 高校男子5.9% 高校女子3.6%
受動喫煙の機会を有する者の割合	行政機関　9.7% 医療機関　6.5% 家庭　9.3% 飲食店　46.8%
受動喫煙防止対策を講じている職場	2013年 65．5%

第3期基本計画 中間評価指標（案）	用いる調査
成人喫煙率	国民健康・栄養調査
未成年喫煙率	厚生労働科学研究
妊娠中の喫煙率	厚生労働科学研究
禁煙希望者の割合	国民健康・栄養調査
望まない受動喫煙の機会を有する者の割合	国民健康・栄養調査
受動喫煙防止対策を講じている職場	労働安全衛生調査

※第2期基本計画中間評価指標に含まれていなかった指標は赤字で記載

中間評価指標（がん予防分野）について③

（1）がんの一次予防

①生活習慣について

喫煙以外の生活習慣については、「健康日本21（第二次）」と同様に、
・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる。
・身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
・適正体重を維持している者の割合を増加させる。
・高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の割合を減少させる。
等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り組む。「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

第2期基本計画 中間評価指標	測定値	第3期基本計画 中間評価指標（案）	用いる調査
ハイリスク飲酒者の割合	2012年 男性　14.7% 女性　7.6%	ハイリスク飲酒者の割合	国民健康・栄養調査
運動習慣のある者の割合	2013年 ＜20～64歳＞ 男性　22.3% 女性　19.4% ＜65歳以上＞ 男性　47.6% 女性　37.8%	運動習慣のある者の割合	国民健康・栄養調査
		適正体重を維持している者の割合	国民健康・栄養調査
食塩摂取量	2013年 10.2g	食塩摂取量	国民健康・栄養調査
野菜と果物の摂取量 野菜・果物の摂取不足の者の割合	2013年 野菜摂取量 283.1g 果物摂取量100g 未満の者 56.4%	野菜・果物の摂取量 野菜・果物の摂取不足の者の割合	国民健康・栄養調査

※第2期基本計画中間評価指標に含まれていなかった指標は赤字で記載

中間評価指標（がん予防分野）について④

（1）がんの一次予防
②感染症対策について

HPVワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的に判断していく。
肝炎ウイルスについては、国は、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎については、予防接種法（昭和23年法律第68号）による定期の予防接種を着実に推進するとともに、ウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進していく。
HTLV－1については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組む。
胃がんについては、胃がんの罹患率が減少していること等を踏まえ、国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

第2期基本計画 参考指標	測定値	第3期基本計画 参考指標（案）	用いる調査
B型・C型肝炎ウイルス感染率	2000～2012年 HBV 0.2% HCV 16歳～69歳 0.13～3.38% 無症候性キャリア 2.8～3.2万人	B型・C型肝炎ウイルス感染率	厚生労働科学研究
B型・C型肝炎ウイルス抗体検査率	2011年 HBV受検率　57.4% （推定） HCV受検率　48.0% （推定）	B型・C型肝炎ウイルス抗体検査率	厚生労働科学研究
		B型肝炎定期予防接種実施率	地域保健・健康増進事業報告
ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	2006年～2007年 約108万人（推定）	ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	AMED
		ヘリコバクター・ピロリ除菌治療歴と胃がん罹患の関係	AMED

※第2期基本計画中間評価指標に含まれていなかった指標は赤字で記載

中間評価指標（がん予防分野）について⑥

（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）
①受診率向上対策について

国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。
市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。
また、国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。

第2期基本計画 中間評価指標	測定値	第3期基本計画 中間評価指標（案）	用いる調査
がん検診受診率	2013年 胃　M45.8%/F33.8% 肺　M47.5%/F37.4% 大腸 M41.4%/F34.5% 子宮頸 32.7%(単年) 乳　34.2%(単年)	がん検診受診率	国民生活基礎調査
		精密検査受診率	地域保健・健康増進事業報告

第2期基本計画 参考指標	測定値	第3期基本計画 参考指標（案）	用いる調査
精密検査未把握率	2012年 胃9.9%、肺12.3%、大腸17.8%、乳9.8%、子宮頸17.8%	精密検査未把握率	地域保健・健康増進事業報告
精密検査未受診率	2012年 胃10.3%、肺9.1%、大腸17.8%、乳5.6%、子宮頸12.6%	精密検査未受診率	地域保健・健康増進事業報告
コールリコールを実施している市区町村の割合	2014年 胃がん5.0%、肺がん5.1%、大腸がん5.0%、乳がん4.3%、子宮頸がん4.7%	コールリコールを実施している市区町村の割合	市区町村におけるがん検診の実施状況調査

中間評価指標（がん予防分野）について⑦

（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）
②がん検診の制度管理等について

都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。
国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及びがんでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。
国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。
「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

第2期基本計画 中間評価指標	測定値	第3期基本計画 中間評価指標（案）	用いる調査
指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合	2012年度 胃がんX線 99.1% 肺がんX線 96.0% 肺がん喀痰 85.8% 大腸便潜血 99.9% 乳がんX線 99.0% 子宮頸細胞診90.8%	指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	2014年 胃がん 71.8% 肺癌 71.9% 大腸がん 71.3% 乳がん 69.7% 子宮頸がん 67.8%	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	市区町村におけるがん検診の実施状況調査

第2期基本計画 参考指標	測定値	第3期基本計画 参考指標（案）	用いる調査
指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合	2012年度 全体 77.3% 前立腺がん検診75.4% 肝臓がん検診8.2% 卵巣がん検診3.9% 甲状腺がん検診3.7% 口腔がん検診2.5%	指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合	市区町村におけるがん検診の実施状況調査

中間評価指標（がん予防分野）について⑧

（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）
③職域におけるがん検診について

国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。
保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。
国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。

第2期基本計画 参考指標	測定値

将来的に、職域におけるがん検診の精度管理の方法等について検討

資料９

がん対策の進捗管理のための患者体験調査について

平成30年8月30日

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん臨床情報部／がん登録センター
東　尚弘

患者体験調査の位置づけ

がん対策推進基本計画評価指標の測定データ源の１つ

- がん診療連携拠点病院現況報告
- 患者体験調査
- 拠点以外の医療施設調査
- 院内がん登録／DPC／レセプト
- PMDAへ算出依頼（ドラッグラグなど）
- 厚労省研究班などの調査
- 遺族調査
- 政府統計（国民生活基礎調査など）

指標によって適切なデータ源を選ぶ

例）　医療内容　→　病院調査、レセプト　治療の説明・情報取得　→　患者体験調査

患者体験調査の特徴

- 直接患者に体験を聴取
  - がん対策のアウトカム（目標）を聴取可能
  - 回答負担へ要配慮→患者に聞くのが適切な事項を厳選

- 結果が、がん患者全体の体験の代表となるよう工夫
  - 院内がん登録を使った多段階無作為抽出
    - 診断年をそろえることで直近の患者の状況を把握

- 協力施設への負担への配慮

前回の調査結果の概要



- 平成27年に実施
- 参加施設：134病院　患者数：7404人
（回収率53%）

<u>調査より得られたこと（例）</u>

- セカンドオピニオンや妊孕性についての説明の不足
- 身体的苦痛や精神心理的苦痛をもつ患者が一定数存在
- 家族に負担をかけている支援が不足と感じる者が少なくない
- がん相談支援センターの認知は少ないが満足度は高い

前回の質問項目作成の概要

(H25.12-H27.3)
「がん対策における進捗評価指標の策定とその計測システムの確立に関する研究」（代表：若尾文彦）

- 第2期がん対策推進基本計画にもとづき指標作成
  参加者：がん対策推進協議会委員（当時）
  ＋医療・研究・社会の各分野専門家　計　116名
  デルファイ法3回で指標の提案と評価・整理

- 指標のうち
  患者に訊ねるのが最適な項目を患者体験調査に

前回調査の反省点・意見

（）内は対策

- 研究の枠組みでは協力不可の施設がある(厚労委託事業へ)
- 経済的負担の指標が厳しすぎる（後述の改訂）
  - （費用による治療の変更）
- 質問表現に工夫が必要（後述の改訂）
- 質問項目が多すぎるのではないか（後述の改訂）
- がん診療連携拠点病院以外の患者も必要（追加）
- 進行期の患者の意見をもっととらえてほしい（追加）
- 都道府県別のデータを算出してほしい（追加調査募集）

患者体験調査デザイン：多段階無作為抽出

例：埼玉県の場合



県拠点：　埼玉がんセンター
地域拠点：さいたま赤十字病院
川口市立医療センター
さいたま市立病院
埼玉医科大学総合医療センター
埼玉県済生会川口総合病院
春日部市立医療センター
深谷赤十字病院
獨協医科大学埼玉医療センター
戸田中央総合病院
国立病院機構埼玉病院
埼玉医科大学国際医療センター
自治医科大学附属さいたま医療センター

１．病院抽出：各都道府県で

- 都道府県拠点病院全施設
- 地域拠点病院2施設を無作為抽出

２．患者抽出：各施設内で計105名

- 希少がん（暫定定義）　15名
- 19歳～39歳　15名
- その他のがん　70名

（事務局にて、院内がん登録の全国データを用いて無作為抽出を行う）

- がん以外の受診者　5名

質問の改訂作業：
第3期がん対策推進基本計画の「目次」から、各施策項目に関して中間アウトカム、分野アウトカムを設定し、指標を検討

例：２（６）希少がん及び難治性がん対策（①希少がん、②難治性がん）

中間アウトカム	中間アウトカムに対する指標	分野アウトカム	分野アウトカムに対する指標
【希少がん】希少がん患者は拠点病院に集約が行われ、適切な医療および情報提供を受けられる体制が整っている	（客観指標） ① 都道府県拠点病院のがん相談支援センターを紹介された希少がん患者の割合 ② セカンドオピニオンを受けた希少がん患者の割合	希少がん・難治性がん患者が必要な情報提供を受け、状況に応じた、安心・安全・適切な医療を受けられている	（客観指標） ① 希少がん患者の5年生存率 ② 治験や臨床試験に参加した希少がん患者の数 ③ 治験や臨床試験に参加した希少がん患者の割合 ④ 各種診療ガイドラインに基づいた治療が実施されている希少がん患者の割合 ⑤ 難治性がん患者の5年生存率 ⑥ 治験や臨床試験に参加した難治性がん患者の数 ⑦ 治験や臨床試験に参加した難治性がん患者の割合 ⑧ 各種診療ガイドラインに基づいた治療が実施されている難治性がん患者の割合
	（患者体験調査） ①「自分のがんを専門とする医師に診てもらえたと思う」と回答した希少がん患者の割合 ②「自分のがんに関して必要な情報を医療者より得ることが出来た」と回答した希少がん患者の割合 ③「症状が出てから確定診断を受けるまでにどのくらいの期間でしたか？」と言う問いに対する日数の中央値		（患者体験調査） ①「がん相談支援センター（またはがんについての相談窓口）を利用して、欲しいと思った情報や希望に沿った支援が得られた」と回答した希少がん患者の割合 ②「がん相談支援センター（またはがんについての相談窓口）を利用して、欲しいと思った情報や希望に沿った支援が得られた」と回答した難治性がん患者の割合
	（医療者調査） ①「希少がん患者に対して、患者が必要としている希少がん関連の情報を提供することができている」と回答した医療者の割合 ②「希少がん患者に対して、そのがんを専門とする医師へ患者をつなぐことができている」と回答した医療者の割合		（医療者調査） ①「自施設の医師が希少がん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していると思う」と回答した医療者の割合 ②「自施設の医師が難治性がん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していると思う」と回答した医療者の割合
【難治性がん】難治性がん患者は、適切な医療機関に集約され、適切な医療および情報提供を受けられる体制が整っている	（客観指標） ① セカンドオピニオンを受けた難治性がん患者の割合		
	（患者体験調査） ①「自分のがんを専門とする医師に診てもらえたと思う」と回答した難治性がん患者の割合 ②「自分のがんに関して必要な情報を医療者より得ることが出来た」と回答した難治性がん患者の割合		
	（医療者調査） ①「難治性がん患者に対して、患者が必要としている希少がん関連の情報を提供することができている」と回答した医療者の割合 ②「難治性がん患者に対して、そのがんを専門とする医師へ患者をつなぐことができている」と回答した医療者の割合		

患者体験調査、今後の予定

H29.12~H30.1月
- 第3期基本計画に合わせた項目追加
  - 患者本位の医療、尊厳を持って暮らせる社会、ライフステージ
  - 医療機関の連携、就労支援、ゲノム医療

H30.6~7月
- 調査質問表現の改訂・整理・削除
  - 経済負担質問の多様化
  - 検討会3日間＋メール検討2か月

8月	本協議会・NCC倫理審査委員会へ計画を提出
9月	手順の確定など準備
10月	倫理承認後、選定施設へ依頼、
10月～	施設の倫理審査、対象者への発送、回収
H31.3月	まとめ

まとめ

- 患者体験調査は、がん患者の体験を直接のがん対策のアウトカムとする

- 質問項目は、第３期がん対策推進基本計画における追加項目や表現の改訂・整理・削除を実施中

- がん対策推進協議会の委員より、質問項目のご意見を頂き、全国で調査を

参考：都道府県の調査応用

- 県拠点+地域拠点2施設では、結果的に偏りが生ずる

- 自発的に希望する都道府県において、
  国の事業でサンプル外となった施設を都道府県負担によって調査（費用は厳格に分離が前提）

- 都道府県において国事業のデータと都道府県のデータを統合値を算出して報告が可能に

資料 10

患者体験調査　アンケート用紙（案）

属性

問 1. 冒頭の説明を読み、この調査に参加することに同意しますか（○は 1 つ）

a.同意します　　b.同意しません

問 2. 記入者はどなたですか（a-c のうち 1 つをお選びください)

a.本人

b.家族

└→ご家族が回答される理由をお答えください（○は 1 つ）

b1. 本人の体調がよくないため

b2. 体調不良ではないが、高齢であるため

b3. 亡くなっているため

b4. その他　（　　）

c.その他（　　）

問 3. あなた(患者さん)の性別をお答えください（○は 1 つ）

a. 男性　　b. 女性

問 4. あなた(患者さん)の生まれた年をお答えください（元号に○をつけ、何年かお答えください）

[a. 明治　b. 大正　c. 昭和　d. 平成]　＿＿＿＿＿年

問 5. あなた（患者さん）はがんと診断されたことがありますか（○は 1 つ）

a. ある　　b. ない

問 6～36 をお答えください
回答者が本人以外の場合も、
患者さんについてお答えください

問 37～43 をお答えください

問 6～36 は、がんと診断されたことがある方に伺います。

回答者が患者さんご本人でない場合も、わかる範囲で患者さんについてお答えください

問 6. あなたの現在のがん治療についてお答えください（a-e のうち 1 つをお選びください）

（２種類以上のがんについて治療された場合には、直近のものについてお答えください）

a. 治療していない

b. 治療中

└→ 当てはまる治療すべてに○をお付けください

b1. 手術　　b2. 内視鏡治療

b3. 化学療法（分子標的薬/免疫療法を含む）　b4. ホルモン療法

b5. 放射線治療　　b6. 緩和ケア

b7. その他　（　　）

c. 治療を終了したが、経過観察のため通院している

d. 通院も終了している

e. その他(　　)

問 7. がんと診断されてからこれまで受けたがんの治療についてお答えください（a もしくは b をお選びください）

（２種類以上のがんについて治療された場合には、直近のものについてお答えください）

a. 治療しなかった

b. 治療した

└→ 当てはまる治療すべてに○をお付けください

b1. 手術　　b2. 内視鏡治療

b3. 化学療法（抗がん剤/分子標的薬）　b4.ホルモン療法

b5. 放射線治療　　b6. 緩和ケア

b7. その他　（　　）

問 8. 最近 5 年間で診断されたがんの種類（原発巣*）をお答え下さい（２種類以上の場合は、当てはまるものすべてに○をつけた上で、直近のものに◎をつけてください（再発も含む））

a. 乳がん　　b. 大腸(結腸・直腸)がん　　c. 胃がん

d. 肺がん　　e. 肝臓がん　　f. 前立腺がん

g. 子宮がん（頸がん・体がん）　h. 卵巣がん　　i. 食道がん

j. すい臓がん　　k. 口腔・咽頭・喉頭がん　　l. 甲状腺がん

m. 悪性リンパ腫・白血病　　n. 骨・軟部腫瘍　　o. 脳腫瘍

p. 膀胱がん　　q. 精巣腫瘍　　r. 原発不明がん

s. その他（　　）

＊原発巣：がんは、もとの場所から他の場所にとぶ（転移）ことがありますが、もとの場所のがんを「原発巣」と言います

問 9. 診断された時のがんの進行度（ステージ）をお答えください。複数回がんと診断されたことがある場合は、直近に診断されたものについてお答え下さい（○は 1 つ）

a. 0 期
b. I 期（1 期）
c. II 期（2 期）
d. III 期（3 期）
e. IV 期（4 期）
f. わからない

ここからは「治療前」のことについてお尋ねします

がんと診断されたことが複数回ある場合は、直近に診断されたがんについてお答えください

問 10. なんらかの症状や検診で異常があって初めて病院・診療所を受診した日から、医師からがんと説明(確定診断)されるまで、どのくらいの時間がかかりましたか（○は１つ）

a. ２週間未満　b. ２週間以上１ヶ月未満　c. １ヶ月以上３ヶ月未満
d. ３ヶ月以上６ヶ月未満　e. ６ヶ月以上　f. わからない

問 11. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療が始まるまで、おおよそどのくらいの時間がかかりましたか（○は１つ）

a. ２ 週間未満　b. ２ 週間以上１ ヶ月未満　c. １ ヶ月以上３ ヶ月未満
d. ３ ヶ月以上６ ヶ月未満　e. ６ ヶ月以上　f. 治療開始後に診断された
g. 治療なし →（問 12-17 を飛ばし、問 18 へお進みください）
h. わからない

問 12. がんと診断されてから治療を始める前の間に、病気のことや療養生活に関して誰かに相談しましたか (a もしくは b をお選び下さい)

a. 相談しなかった

b. 相談した

→ 誰に相談しましたか（相談した人すべてに○を付けてください）

b1. 主治医　　b2. 看護師

b3. 医師、看護師以外の医療者　　b4. がん相談支援センターの担当者

b5. 自分の家族　　b6. 友人

b7. 他のがん患者（患者団体を含む）　　b8. その他　（　　）

相談内容を、差し支えなければ最後の自由記載欄にお書きください

問 13. がんの治療が始まる前に、担当医からセカンドオピニオン*について説明がありましたか (a もしくは b をお選び下さい)

a. 説明があった

b. 説明はなかった

→ その後、どのようにされましたか（○は１つ）

b1. 特に何もしな。かった

b2. 自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねた

＊セカンドオピニオン：診断治療に関して、別の医師の意見を聞くことです

問 14. 実際にセカンドオピニオンを受けましたか（○は１つ）

a.受けた　　b.受けなかった　　c. わからない

問 15. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください (○は 1 つ)

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	「がんの治療」を決めるまでの間に、医療者から治療に関する十分な情報を得ることができたと思う	1	2	3	4	5

2.	がんの診断から治療開始までの状況を総合的にふりかえって、納得いく治療を選択することができたと思う	1	2	3	4	5

問 16. 最初のがん治療が開始される前に、医師からその治療による不妊の影響について説明を受けましたか（a-c のうち１つをお選びください）

a. 説明はされていない

b. 説明があった

└→ それはどのような説明でしたか（○は１つ）

b1. 不妊の影響はない、という説明を受けた

b2. 不妊の影響があり、具体的な予防・温存の方法まで説明があった

b3. 不妊の影響があるが、予防・温存の方法は存在しないと説明があった

b4. 不妊の影響がある、という説明はあったが予防・温存の具体的方法までは説明がなかった

b5.わからない

c. わからない

問 17. 実際に予防・温存のための処置を実施しましたか（○は１つ）

a. 実施した　　b. しなかった　　c. わからない

問 18. ゲノム情報を活用したがん医療*について、知りたいと思いましたか（a-c のうち一つをお選び下さい）

a. 知りたいと思った

└→ 必要な情報は得られましたか（○は１つ）

a1. 得られた　　a2. 得られなかった

b. 特に知りたいと思わなかった

c. わからない

***ゲノム情報を活用したがん医療：がん細胞の遺伝子の異常を調べ、それに基づく治療を行うことです**

ここからは「治療中」のことについてお尋ねします

問 19. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか（○は１つ）

a. ない

b. ある

└→ 治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしたか（○は１つ）

b1. 公的医療保険外の治療（先進医療を含む）　　b2. 公的医療保険内の治療

b3. わからない

問 20. 医療費や交通費の金銭的な負担のために、次に挙げたようなことがありましたか（当てはまるものすべてに○）

a. 日常生活における食費、衣料費を削った

b. 受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送った

c. 主治医に処方薬や治療法を安価なものに変更してもらった

d. 治療頻度や治療内容（薬など）を主治医に相談せずに自分で減らした

e. 長期に貯蓄していた貯金を切り崩した

f. 収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった

g. 親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）

h. 車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した

i. 家族の進学先を変更した（進学をやめた／転校した）

j. その他（　　）

問 21. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ)

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	医療者から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	1	2	3	4	5
2.	治療による副作用の予測などに関して見通しを持てた	1	2	3	4	5
3.	がん治療を進める上で、医療者と十分な対話ができた	1	2	3	4	5
4.	医療者は、あなた（患者）の言葉に耳を傾け、理解しようとしてくれていた	1	2	3	4	5
5.	医療者は、治療におけるあなた（患者）の希望を尊重してくれた	1	2	3	4	5
6.	医療者はつらい症状にすみやかに対応してくれた	1	2	3	4	5
7.	医療者はあなた（患者）のことに関して医療者間で十分情報共有していた	1	2	3	4	5
8.	あなた（患者）のがんに関して専門的な医療を受けられた	1	2	3	4	5
9.	主治医以外にも頼れる医療者がいた	1	2	3	4	5
10.	これまで受けた治療に納得している	1	2	3	4	5
がんの治療中に、入院したことがありますか （○は 1 つ) a. ない→(11 を飛ばして先の問いへお進みください) b. ある→(次の質問にお進みください)						
11.	最初の治療を受けて退院するまでに、生活上の留意点について（食事や注意すべき症状など）医療者から十分な情報を得ることができた	1	2	3	4	5
がんの治療が始まってから今までの間に転院した（医療機関を移った）ことがありますか （○は 1 つ) a. ない→(12.13 を飛ばして先の問いへお進みください) b. ある→(次の質問にお進みください)						
12.	紹介先の医療機関を支障なく受診できた	1	2	3	4	5
13.	希望通りの医療機関に転院することができた	1	2	3	4	5

問 22. がんの治療・あるいは治療後で受診した時には毎回、痛みの有無について訊かれましたか？ (○は１つ)

a. 訊かれた　　b. 訊かれなかった　　c. わからない

問 23. がん治療による外見の変化(脱毛や皮膚障害などを含む）に関する悩みを誰かに相談できましたか？ (○は１つ)

a. 相談を必要としなかった　　b. 相談が必要だったが、できなかった

c. 相談できた　　e. わからない

問 24. 今回受けたがん医療について総合的に 0-10 で評価すると何点ですか？０点が考えられる最低の医療、10 点が考えられる最高の医療とします (数字１つに○)

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

(考えられる最低)　　（考えられる最高）

受けた医療についてのご意見がある方は、最後の自由記載欄にお書きください。

ここからは「就労」のことについてお尋ねします

問 25. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか (a もしくは b をお選び下さい)

a. はい

→ お仕事における就業形態についてお答えください(○は１つ)

a1. 正社員　　a2. 個人事業主

a3. 契約職員・委託職員　　a4. パート・アルバイト

a5. 派遣職員　　a6. その他(　　)

b. いいえ

問 26～30 は、がんと診断された時に、収入のある仕事をしていた方に伺います
仕事をしていなかった方は、問 31 へお進みください

問 26. その時働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか（a-c のうち１つをお選びください）

a 話した

→ がんと診断されたことをどこまでの範囲の人に話しましたか(当てはまるものすべてに○)

a1. 所属長・上司　　a2. 同僚　　a3. 部下

a4. 人事労務担当者　　a5. 会社の保健スタッフ　　a6.労働組合

a7. 勤務先相談窓口　　a8. その他（　　）

b. 話さなかった

c. わからない

問 27. 治療と仕事を両立するために利用した社内制度についてお答えください（当てはまるものすべてに○）
なお、社内制度は、事業者が自主的に設けるものもあり、必ず制度があるわけではありません

a. 両立の相談窓口

b. 時間単位、半日単位の休暇制度

c. 時差出勤制度

d. 短時間勤務制度（所定労働時間を短縮する制度）

e. 在宅勤務（テレワーク）

f. 試し出勤制度（長期間休業していた労働者に対し、勤務時間や日数を短縮した試し出勤等を行うこと）

問 28. 治療を始める前に就労の継続について病院の医療者と話し合う機会がありましたか (○は 1 つ)

a. あった　　b. なかった　　c. わからない

問 29. 以下の文章を読んで、その内容がどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ）

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う	わからない
1.	がんの治療中に、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	1	2	3	4	5	6

問 30. がんで初めて治療・療養した以降の仕事状況についてお答えください

(1) がん治療を通して、お仕事の状況はどのようになりましたか（○は 1 つ）

a. 退職・廃業をした → (3)へお進みください

b. 退職・廃業したことはないが、休職・休業した → (2)へお進みください

c. 休職・休業はしなかった → 次のページ（問 31）へお進みください

d. わからない → 次のページ（問 31）へお進みください

(2) 退職、廃業をされなかった方にお尋ねします

休職・休業中に利用した制度や働き方についてお答えください（当てはまるものすべてに○）

a. 有給休暇

b. 柔軟な勤務制度（フレックス、短時間勤務、在宅勤務）

c. 有給休暇以外の金銭的保障（賃金、傷病手金、相互組合、共済会からの見舞金等を伴う休み）

d. 金銭補償を伴わない休み

e. その他(　　)

その後の状況はいかがですか（○は 1 つ）

a. 現在も休んでいる　　b. 復職し、仕事を続けている

(3) 退職・廃業をされた方にお尋ねします

退職のタイミングをお聞かせください（○は 1 つ）

a. がんの疑いがあり診断が確定する前　　b. がん診断直後

c. 診断後、初回治療を待っている間　　d. 初回治療中

e. 初回治療後から当初予定していた復職までの間

f. 一度復職したのち　　g. その他(　　)

その後、どのようにされましたか（○は 1 つ）

a. 再就職・復業した　　b. 再就職・復業の希望はあるが現時点では無職

c. 再就職・復業の希望はない

退職の理由に関して、差し支えなければ最後の自由記載欄にお書きください

ここからは「現在」のことについてお尋ねします

問 31. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ）

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	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	1	2	3	4	5
2.	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・場所が十分だ	1	2	3	4	5

問 32. がん相談支援センターを知っていますか（a もしくは b をお選び下さい）

a. 知っている

→ がん相談支援センターを利用しましたか（○は 1 つ）

a1. 利用しなかった

a2. 利用した

→ がん相談支援センターを利用してどの程度役に立ったと思いますか（○は 1 つ）

a3. とても役に立った　　a4. ある程度役に立った

a5. やや役に立った　　a6. どちらともいえない

a7. 役に立たなかった

b. 知らない

問 33. ピアサポート*についてお尋ねします（a もしくは b をお選びください）

a. ピアサポートが何か知っていた

→ 利用したことがありますか（○は１つ）

a1. 利用していない

a2. 利用した

→ 欲しいと思った情報や希望に沿った支援が得られましたか(○は１つ)

d1.得られた

d2.得られなかった

b. ピアサポートが何か知らない

→ 知っていたら利用したかったですか（○は１つ）

b1. 利用したかった

b2. 知っていても利用しようとは思わない

＊ピア・サポート: 患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること

問 34.「臨床試験」とは何か知っていますか（○は 1 つ)

a. 知っている　　b. 知らない

代理の方がご記入の場合はここで終了です。ご協力ありがとうございました

患者さん本人がご記入の場合は続けてください

問 35. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ)

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	がんになったことで、家族以外の周囲の人に負担（迷惑）をかけている	1	2	3	4	5
2.	(家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる	1	2	3	4	5
3.	がんと診断されてから周囲の対応で嫌な思いをしたことがある	1	2	3	4	5
4.	がんになったことで、家族に負担（迷惑）をかけている	1	2	3	4	5
5.	身体的なつらさがある時に、すぐに医療者に相談できる	1	2	3	4	5
6.	心のつらさがある時に、すぐに医療者に相談できる	1	2	3	4	5

問 36. 以下の文章を読んで、その内容が現在のあなた自身にどの程度当てはまるかお答えください（○は 1 つ)

なお、ここでは他の問とは選択肢が異なるのでご注意ください。

		そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
1.	身体の苦痛がある（身体の苦痛とは、痛みに限らず、吐き気、息苦しさ、だるさ、しびれ、かゆみなどの体のつらさを含みます。）	1	2	3	4	5
2.	痛みがある	1	2	3	4	5
3.	気持ちがつらい	1	2	3	4	5
4.	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる	1	2	3	4	5

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

問 37～43 は、がんと診断されたことがない方に伺います。

＜現在通院中の病気について、診断・治療を受ける上でのお考えについてお答えください＞

現在通院中の病気がない場合は、2016 年に診断された病気のうち主なものについてお答えください

問 37. あなたが通院中の病気で当てはまるものをすべてお答えください（当てはまるものすべてに○）

a. 高血圧	b. 糖尿病	c. 脂質異常（高コレステロールなど）
d. 胃、腸の病気	e. 甲状腺の病気	f. 喘息や呼吸器の病気
g. 心臓の病気	h. 腎臓、前立腺の病気	i. 肝臓、胆のうの病気
j. 脳卒中、脳梗塞	k. 精神・神経の病気	l. 貧血など血液の病気
m. 骨・関節の病気	n. その他(　　)	

ここからは「治療前」のことについてお尋ねします

問 38. 以下の文章を読んで、その内容がどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ）

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	治療を決めるまでの間に、医療者から治療に関する十分な情報を得ることができたと思う	1	2	3	4	5
2.	診断から治療開始までの状況を総合的にふりかえって、納得いく治療を選択することができたと思う	1	2	3	4	5

ここからは「治療中」のことについてお尋ねします

問 39. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度あてはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ)

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	医療者から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	1	2	3	4	5
2.	治療による副作用などに関する見通しを持てた	1	2	3	4	5
3.	治療を進める上で、医療者と十分な対話ができた	1	2	3	4	5
4.	医療者は、あなた（患者）の言葉に耳を傾け、理解しようとしてくれていた	1	2	3	4	5
5.	医療者は、治療におけるあなた（患者）の希望を尊重してくれた	1	2	3	4	5
6.	医療者はつらい症状にすみやかに対応してくれた	1	2	3	4	5
7.	医療者はあなた（患者）のことに関して医療者間で十分情報共有していた	1	2	3	4	5
8.	あなた（患者）の病気に関して専門的な医療を受けられた	1	2	3	4	5
9.	主治医以外にも頼れる医療者がいた	1	2	3	4	5
10.	これまで受けた治療に納得している	1	2	3	4	5

問 40. 今回受けた医療について総合的に 0-10 で評価すると何点ですか？0 点が考えられる最低の医療、10 点が考えられる最高の医療とします（数字 1 つに○)

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

(考えられる最低)　　（考えられる最高）

受けた医療についてのご意見がある方は、最後の自由記載欄にお書きください。

ここからは「現在」のことについてお尋ねします

問 41. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ）

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	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	1	2	3	4	5
2.	患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分だ	1	2	3	4	5

問 42.「臨床試験」とは何か知っていますか（○は 1 つ）

b. 知っている　　b. 知らない

代理の方がご記入の場合はここで終了です。ご協力ありがとうございました
患者さん本人がご記入の場合は続けてください

問 43. 以下の文章を読んで、その内容があなた自身にどの程度当てはまるかを考え、お答えください（○は 1 つ）

		そう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	ある程度そう思う	とてもそう思う
1.	病気になったことで、家族以外の周囲の人に負担（迷惑）をかけている	1	2	3	4	5
2.	(家族以外の）周囲の人から病気に対する偏見を感じる	1	2	3	4	5
3.	診断されてから周囲の対応で嫌な思いをしたことがある	1	2	3	4	5
4.	病気になったことで、家族に負担（迷惑）をかけている	1	2	3	4	5
5.	身体的なつらさがある時に、すぐに医療者に相談できる	1	2	3	4	5
6.	心のつらさがある時に、すぐに医療者に相談できる	1	2	3	4	5

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました

資料11

がん医療における緩和ケアに関する医療従事者(医師・看護師)調査・施設調査

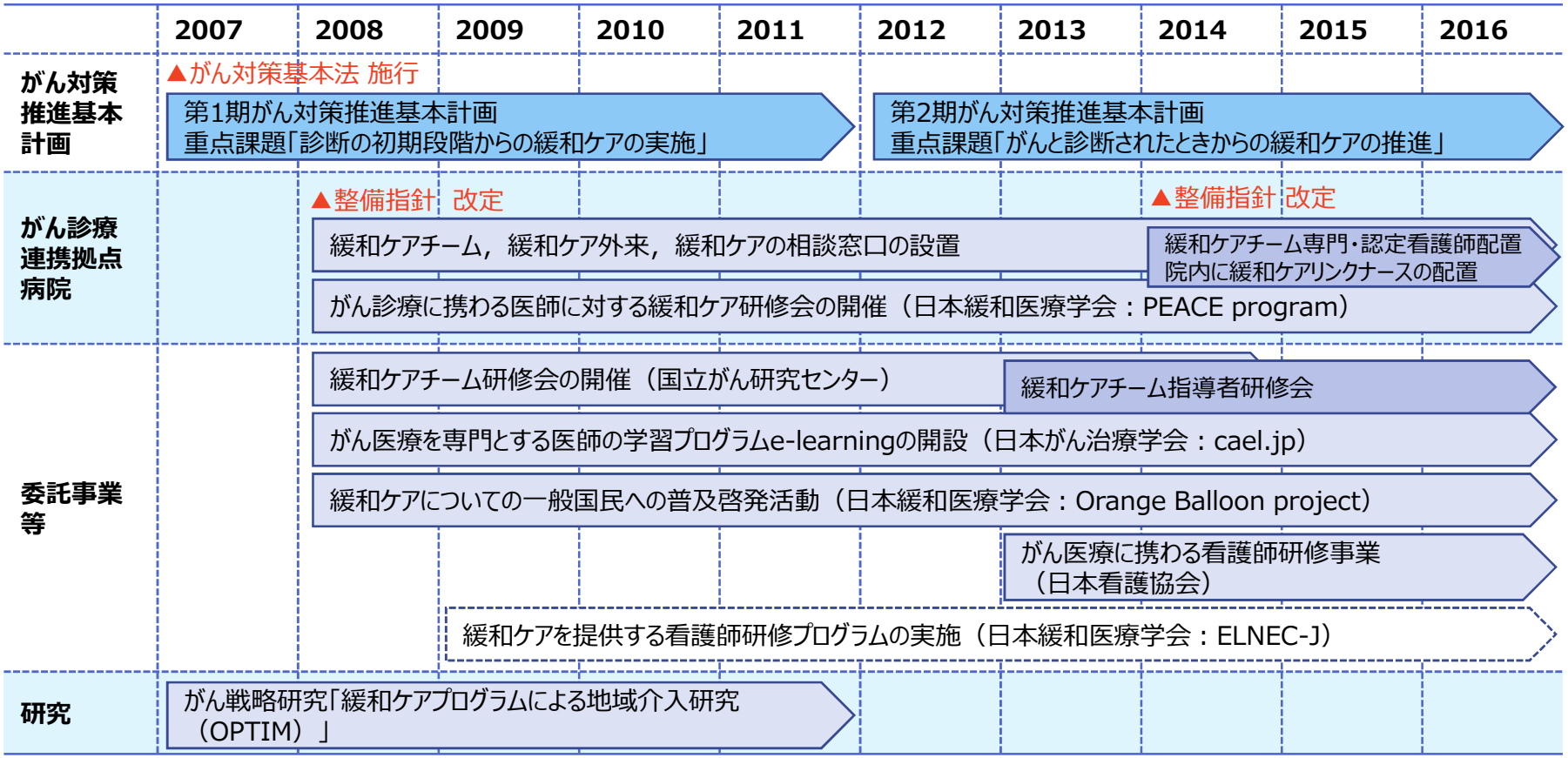
厚労科研「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者調査に基づく緩和ケアの推進に関する研究」班

国立がん研究センターがん対策情報センター　加藤雅志

2018.08

がん対策緩和ケアの主な取り組み

- わが国では、2007年にがん対策基本法の施行後、がん対策推進基本計画に基づき、「緩和ケアを推進」するため、全国で様々な施策が実施されてきた。



▲2008 医療従事者調査

▲2015 医療従事者調査

前回の医療従事者調査概要

調査目的

第2期がん対策推進基本計画の中間評価の一部として全国の医師・看護師から見た緩和ケアの変化を把握するため、アンケート調査を実施。

調査実施時期

①2008年1月～2月，②2015年1月～2月

調査対象

全国の病院医師・診療所医師，病院看護師・訪問看護ステーション看護師

①2008 先行調査
対象医師数 267,523 名
（病院 173,299 診療所 94,224）

対象看護師数 3,438 名（OPTIM 研究）
（病院 3,126 訪問看護 312）

②2015
対象医師数 14,125 名
（病院 11,130 診療所医師 2,995）

対象看護師数 8,865 名
（病院 7,922 訪問看護 943）

調査内容

緩和ケアに関する知識・困難感など（2008年と2015年の比較）
緩和ケアの提供体制の整備状況に関する認識（2015年の実態把握）
過去3年間の緩和ケアの変化に関する認識（2015年の実態把握）

前回の医療従事者調査　結果概要

- 医師・看護師の知識・困難感の2008年から2015年の変化

医師	がん診療連携拠点病院，平均値 (標準偏差)				一般病院，平均値 (標準偏差)				診療所，平均値 (標準偏差)			
	2008 (n = 4826)	2015 (n=810)	効果量	P値	2008 (n = 23571)	2015 (n = 1360)	効果量	P値	2008 (n = 20090)	2015 (n = 550)	効果量	P値
知識 (範囲 0-100)	80 (19.5)	83 (18.6)	0.15	.002	74 (22.0)	78 (21.5)	0.18	<.001	59 (24.5)	69 (23.7)	0.41	<.001
困難感 (範囲1-4)	2.4 (0.6)	2.3 (0.5)	0.23	<.001	2.6 (0.5)	2.5 (0.5)	0.22	<.001	2.7 (0.5)	2.7 (0.6)	0.10	.132

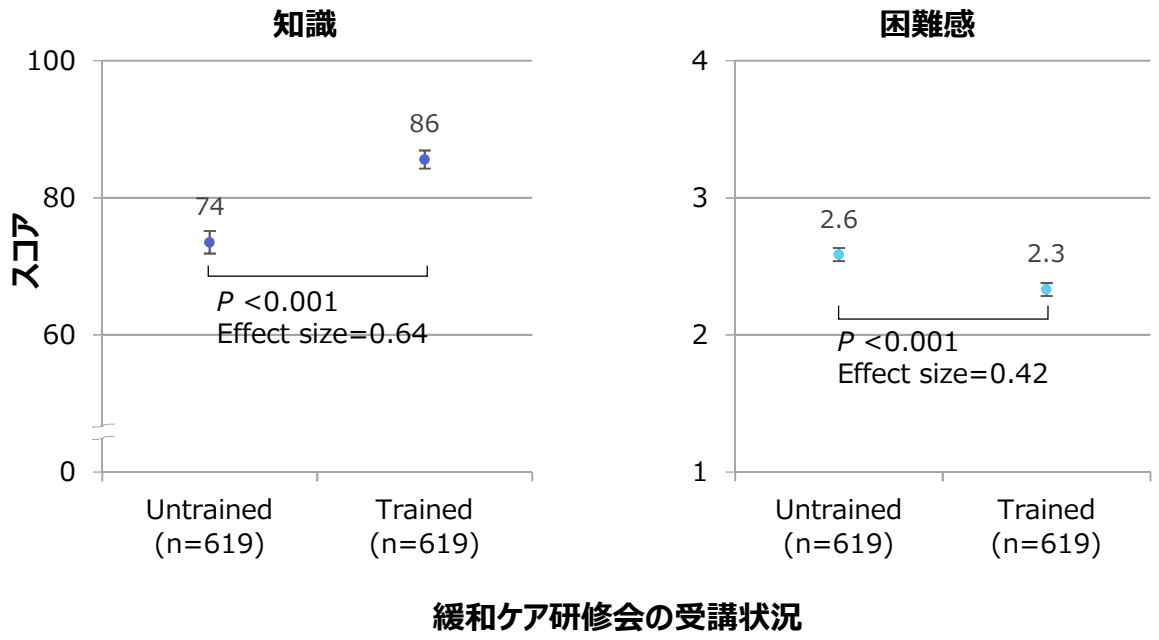
看護師	がん診療連携拠点病院，平均値 (標準偏差)				一般病院，平均値 (標準偏差)				訪問看護ステーション，平均値 (標準偏差)			
	2008 (n=1507)	2015 (n=1198)	効果量	P値	2008 (n=1002)	2015 (n=1869)	効果量	P値	2008 (n=198)	2015 (n=582)	効果量	P値
知識 (範囲 0–100)	53 (20.0)	65 (19.3)	0.60	<.001	47 (19.1)	55 (20.9)	0.40	<.001	52 (20.9)	55 (21.0)	0.13	.149
困難感 (範囲 1–5)	3.0 (0.8)	2.5 (0.7)	0.76	<.001	3.4 (0.7)	2.8 (0.7)	0.91	<.001	3.2 (0.7)	2.9 (0.8)	0.53	<.001
実践 (範囲 1–5)	3.7 (0.6)	4.0 (0.7)	0.13	<.001	3.5 (0.6)	3.8 (0.7)	0.42	<.001	3.8 (0.6)	4.0 (0.7)	0.21	.006

全国的な変化が認められた。一方、施設種別で比較すると、一般病院の医師・看護師は緩和ケアの知識が不十分で困難をより感じていた。
また、一般病院の医師・看護師は、緩和ケアを充実させるための機能が十分でないと認識されていた。

Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, et al. Cancer. 2018 Feb 1;124(3):626-635.
Nakazawa Y, Kato M, et al. J Pain Symptom Manage. 2018 Feb;55(2):402-412.

前回の医療従事者調査　結果概要

- 緩和ケア研修会の未修了医師と修了医師について、緩和ケアに関する知識・困難感の違いを比較。



2008年から2015年の経年的な変化に合わせて、2015年の医師について、傾向スコアを用いて医師の背景の違いを補正して比較した場合でも、PEACE研修を受講した医師の緩和ケアの知識がより高く、症状緩和や専門家の支援、患者・家族とのコミュニケーションについて、困難感が少ないことが示された。

Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, et al. Cancer. 2018 Feb 1;124(3):626-635.

前回の医療従事者調査　結果まとめ

1. 2008年と比較して全国レベルで医師・看護師の緩和ケアに関する知識は増加し、困難感が減少していた。
2. また、過去3年間で緩和ケアに関する変化を認識している医師・看護師も多かった。
3. それらの要因として、拠点病院の緩和ケア提供体制の整備や、緩和ケアチーム等の専門家の配置、緩和ケアの研修機会の増加が影響していることが考えられた。
4. 一方、拠点病院以外の施設では、専門家の支援等、緩和ケアの提供体制が十分ではないではないことが考えられた。

第3期がん対策推進基本計画

3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1)がんと診断されたときからの緩和ケアの推進

①緩和ケアの提供について

（現況・課題）

今後、拠点病院以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を把握する必要があるとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズを把握する。

今回の医療従事者調査・施設調査の目的

【課題】

■全国的な変化は把握できたが、都道府県別の変化は不明である。

■一般病院（非拠点病院）では、緩和ケアが十分に提供できていないことが考えられるが、実際の状況は不明瞭である。

【研究目的】

1. 医療者調査によって、都道府県別、施設背景別の緩和ケアの実施状況を明確にする。
2. 施設調査によって、拠点病院と非拠点病院の緩和ケア提供体制を比較し、施設の状況に応じた緩和ケアの課題を明確にする。
3. 「一般病院の緩和ケアの推進」のための具体的な施策や取り組みの方向性への示唆を得る。

医療従事者調査

2008, 2015年の調査方法と同様の方法で実施

調査方法	匿名自記式質問紙調査
調査時期	がん診療連携拠点病院　2017年度（2018年3月～） 一般病院　2018年度（2018年9月頃～）
調査対象	①病院または診療所に属する医師　　42,000名程度 （拠点病院35,000　一般病院　計画中） ②がん診療に従事する看護師　29,000名程度 （拠点病院24,000　一般病院　計画中）
対象抽出	全国病院リストを用いて都道府県別に拠点病院・一般病院の各グループから無作為に対象施設を抽出する
調査項目	緩和ケアに関する知識・困難感・診療状況 就労支援・妊孕性に関する情報提供の状況 終末期に関する患者との話し合いに対する認識（医師のみ）　など
解析方法	2008, 2015の先行研究結果との全国的な変化の検証 都道府県別，施設種別の解析

医療者調査　追加項目例

- 医師の調査は、今回から「症状緩和に関する標準診療の順守状況」を把握する質問項目を追加。

ご自身のがん患者の具体的な診療内容についてお伺いします。
以下の項目について、ご自身の現在の状況をお答えください。

（項目例）

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○ がん疼痛患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している	1	2	3	4	5	6	0
○ オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合（突出痛）には、定期量の6分の１を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている	1	2	3	4	5	6	0
○ オピオイドを内服しているがん患者には、具体的な鎮痛薬の使用方法（定期的な服用や、突出痛がある場合のレスキュー薬の服用など）について説明を行っている	1	2	3	4	5	6	0
○ 神経障害の疼痛（神経叢浸潤・脊髄浸潤など、びりびり電気が走るような・しびれる・じんじんする痛み ）に対しては、プレガバリン、アミトリプチロンなどの鎮痛補助薬を投与している	1	2	3	4	5	6	0
○ 薬物療法でがん疼痛が緩和しない場合には、神経ブロックの適応があるかを緩和ケア医や麻酔医に相談している	1	2	3	4	5	6	0
○ NRS（Numerical Rating Scale）などの疼痛の評価ツールを用いている	1	2	3	4	5	6	0

施設調査

調査方法	自記式質問紙調査法
調査期間	《医療者調査と同時》 がん診療連携拠点病院　2017年度（2018年3月～） 一般病院　2018年度（2018年9月頃～）
調査対象	がん拠点病院等　434施設 一般病院　約7,400施設
調査項目	《拠点病院の現況報告の内容に準ずる》 ①施設長 • 緩和ケアチームの整備状況 • 院内全体の緩和ケアに取り組む体制　など ②緩和ケア担当者 • 緩和ケアチームの活動状況 • 院内全体の緩和ケアの提供体制　など
解析方法	拠点病院と一般病院の比較 都道府県別，施設種別による層別解析

今回の医療従事者調査・施設調査のポイント

医療従事者調査

- 全国の医師・看護師の緩和ケアに関する知識・困難感の把握
  - 全国的な経年変化の把握
  - 都道府県別の実態把握
- 全国の医師の症状緩和に関する標準診療の順守状況の把握
- 全国の医師の終末期に関する患者との話し合いに対する認識の把握
- 全国の医師・看護師の就労支援・妊孕性に関する情報提供状況の把握

施設調査

- 一般病院も含む全国の病院の緩和ケア提供体制の整備に関する全国的な実態把握と、都道府県別の実態把握

がん医療における緩和ケアに関する調査
【病院長】（案）

病院長または事務の責任者の方がご回答ください

アンケートの回答方法

- 選択式の設問は、最もあてはまる番号に○をお付け下さい。
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

1．病院として院内の緩和ケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている	(1.) はい　　2．いいえ

◎まず、アンケートにご回答される方の情報をご記入ください。

都道府県名	
病院名	
所属	
役職	

Ⅰ　貴院の施設状況についてご回答ください。

1．医療機関の種類

1．がん診療連携拠点病院（国指定）　　2．がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院

2．許可施設病床数

（　　）床

3．年間新入院患者数 ※1
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）

（　　）人

※1 新入院患者数は、例えば、同一患者が当月中に２回入院した場合は２件とする。入院した患者がその日のうちに退院あるいは死亡した場合も計上してください。

4．年間新入院がん患者数 ※2
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）

（　　）人

※2 がん患者数等は、がんを主たる病名に確定診断されたものについて計上してください。

5．年間外来がん患者延べ数 ※3
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）

（　　）人

※3 年間外来がん患者延数は、当年の新来、再来がん患者及び往診、巡回診療、健康診断、人間ドック等を行い、診療録の作成または記載の追加を行ったがん患者の延べ数を記入してください。同一患者が 2 つ以上の診療科を受診し、それぞれの診療科で診療録の作成または記載の追加を行った場合、それぞれの外来患者として計上してください。

6．年間院内死亡がん患者数
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）

（　　）人

7．貴院のがん診療の状況について、最もあてはまるものをお選び下さい。

1．自施設は、がん治療に積極的に取り組んでおり、標準的ながん治療が終了した患者については 地域の医療機関に紹介することが多い。
2．自施設は、がん治療に積極的に取り組むとともに、標準的ながん治療後も自施設で 診療を継続することが多く、患者を看取ることも多い。
3．自施設は、がん治療を行うよりかは、がん治療を終了した患者の紹介を受けることが多く、 患者を看取ることも多い。
4．自施設は、がん患者の診療はあまり行っていない。

8．貴院に「緩和ケアチーム」はありますか。 ※4

※4 「緩和ケアチーム」とは、緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制を指します。

1．ある	2．ない
⇒「ある」と回答された場合は、**設問 8a** にお進みください。	⇒「ない」と回答された場合は、**設問 8b（p4）** にお進みください。

8a. 貴院に「緩和ケアチーム」がある方にお伺いします。保険制度とは関係なく現状をご回答ください。

1) 緩和ケア診療加算（診療報酬）を算定していますか。	1．はい　　2．いいえ
2) 緩和ケアチームによる年間新規診療症例数 （平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）	（　　）床
3) 緩和ケアチームは組織上明確に位置づけられていますか。	1．はい　　2．いいえ

4) 緩和ケアチームの構成メンバーの人数をご回答ください。 ※5

※5-1）「常勤」とは、当該医療機関で定めている 1 週間の就業時間すべて勤務している者で、正規・非正規は問いません。ただし、当該医療機関で定めている就業時間が 32 時間に満たない場合は、常勤とみなしません。
※5-2）「常勤（専従）」とは、常勤で就業時間の 8 割以上緩和ケアチームの業務に従事していることを指します。

1．身体症状担当医師

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

2．精神症状担当医師

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

3．看護師

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

4．薬剤師

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

5．MSW

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

6．臨床心理士

常勤（専従）（　　）人	常勤（専従以外）（　　）人	非常勤（　　）人

8b. 貴院に「緩和ケアチーム」がない方にお伺いします。以下の項目についてご回答ください。

1) 身体症状の緩和について担当する「専門性のある医師（院内の他の診療科や医師等、院外からの相談に応じることができる程度の知識や技術を有している者）」がいる。

1．はい	2．いいえ

2) 精神症状の緩和について担当する「専門性のある医師（院内の他の診療科や医師等、院外からの相談に応じることができる程度の知識や技術を有している者）」がいる。

1．はい	2．いいえ

3) 緩和ケアについて「専門的な知識や技術を持って、業務として病棟や外来を横断的に活動している看護師」がいる。

1．はい	2．いいえ

9．貴院に「緩和ケア病棟」はありますか。※6

1．ある	2．ない

※6 緩和ケア病棟入院料（診療報酬）を算定している施設に限ります。

9a.「緩和ケア病棟」がある方にお伺いします。
緩和ケア病棟の年間新入院患者数
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）をご回答ください。

（　　）人

10．貴院に「緩和ケア外来（外来で専門的な緩和ケアを提供できる体制）」はありますか。※7

1．ある	2．ない

※7 医師による全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来であり、疼痛のみ、精神面のみに対応する外来、診療する曜日等が定まっていない外来、緩和ケア病棟の入棟面談などは含みません。

10a.「緩和ケア外来」がある方にお伺いします。
緩和ケア外来の年間診療患者数 ※8
（平成 29 年 1 月 1 日～12 月 31 日）をご回答ください。

（　　）人

※8 診察患者数とは 1 年間に外来で診療を行った延べ人数を指します（同一患者含む）。

以降の設問は、全ての施設の方がご回答ください。

Ⅱ 病院としてがん診療に取り組む体制についてご回答ください。

1．がん患者に対する化学療法を行っている。

1．はい	2．いいえ

2．外来化学療法加算（診療報酬）を算定している。

1．はい	2．いいえ

3．がん患者に対する放射線治療を行っている。

1．はい	2．いいえ

4．全身麻酔下でがん患者の手術を行っている。

1．はい	2．いいえ

5．がん診療に携わる医師は全て麻薬施用者免許を有している。

1．はい	2．いいえ

Ⅲ 病院として緩和ケアに取り組む体制についてご回答ください。

1. 病院として院内の緩和ケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている。	1．はい　2．いいえ
2. 病院として地域の緩和ケアの向上に取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている。	1．はい　2．いいえ
3. 病院として緩和ケアに取り組むための年次計画が策定され、文書化されている。	1．はい　2．いいえ
4. 病院管理者（院長・副院長・事務部門・看護部長など）と緩和ケア責任者・緩和ケアチームなどが参加する会議が年１回以上開催されている。	1．はい　2．いいえ
5. 緩和ケアに関する診療実績は院内職員が見られるかたちで報告または公開されている。	1．はい　2．いいえ
6. 緩和ケアの提供を行っていることを、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料などにより、患者や家族に情報提供を行っている。	1．はい　2．いいえ
7. 緩和ケアに関する患者・家族向けのパンフレットがあり、外来に常備するなど、患者・家族が容易に入手できるように提供されている。	1．はい　2．いいえ
8. 緩和ケアに関する診療内容・受診方法についてホームページや病院便りなどで広報されている。	1．はい　2．いいえ
9. 緩和ケアに関する診療実績がホームページなどで患者・家族向けに公開されている。	1．はい　2．いいえ

10.院内で統一した方法を用いて、外来や病棟でがん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛のスクリーニングを行っている。

1．はい	2．いいえ	3．がん患者は診療していない

11.厚生労働省が定める「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した研修会を修了した医師は、どの程度いますか。

1．いない	2．5 割未満	3．5 割以上	4．9 割未満	5．9 割以上

Ⅳ 病院の緩和ケアに関する地域連携についてご回答ください。

1. 緩和ケアの担当者が、院外で診察を行える体制がある。

1. はい　　2. いいえ

2. 自施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを年 1 回以上開催している。

1. はい　　2. いいえ

3. 緩和ケアに関する地域連携を推進するための、自施設と地域の他施設との連携体制を構築していくための担当者を明確にしている。

1. はい　　2. いいえ

3a. 上記で「はい」と回答された方にお伺いします。

担当者は、業務として年 1 回以上、地域連携等のために他施設への訪問をしている。

1. はい　　2. いいえ

4. 地域の他施設が開催する、緩和ケアに関する地域連携を推進するための多職種連携カンファレンスに、院内の緩和ケア担当者が積極的に参加するよう促している。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

5. 地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の症状緩和に関する地域連携クリティカルパスを使用する準備をしている。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

5a. 上記で「はい」と回答された方にお伺いします。

がん患者の症状緩和に関する地域連携クリティカルパスは、年 1 回以上の使用実績がある。

1. はい　　2. いいえ

6. 地域の他の医療機関と連携するときに利用できる、がん患者の終末期のための意思決定を支援するための地域連携クリティカルパス等のツールを使用する準備をしている。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

6a. 上記で「はい」と回答された方にお伺いします。

がん患者の終末期のための意思決定を支援するための地域連携クリティカルパス等のツールは、年 1 回以上の使用実績がある。

1. はい　　2. いいえ

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございます。

がん医療における緩和ケアに関する調査
【緩和ケア担当者】（案）

緩和ケアチームの責任者、または貴院で主に緩和ケアを担当されている方がご回答ください

アンケートの回答方法

- 選択式の設問は、最もあてはまる番号に○をお付け下さい。
- 回答はすべて統計的に処理し、都道府県別の集計を行いますが、施設名や個人名などの個々の回答内容が明らかになることはありません。

記入例

1． 院内において統一した疼痛の評価尺度がある	(1.) はい　　2．いいえ

◎まず、アンケートにご回答される方の情報をご記入ください。

都道府県名	
病院名	
所属	
職種	

Ⅰ ご自身についてご回答ください。

1. ご所属の医療機関の種類

1．がん診療連携拠点病院（国指定）　　2．がん診療連携拠点病院（国指定）以外の病院

2. 臨床経験年数　　（　　）年

3. 緩和ケアに携わっている年数　　（　　）年

4. あなたご自身が貴院で担われている役割について、最も近いものに一つ○を付けてください。

1. 緩和ケア病棟を担当し、緩和ケアチームにも所属している
2. 緩和ケア病棟を担当している
3. 緩和ケアチームに所属している
4. 緩和ケアチームには所属していないが、「業務内で」緩和ケアの専門家として他の医療者や診療科から相談を受けている
5. 緩和ケアチームには所属していないが、「業務外で」緩和ケアの専門家として他の医療者や診療科から相談を受けている
6. 緩和ケアを専門とはしていない

5．貴院に「緩和ケアチーム」はありますか。 ※4

※4「緩和ケアチーム」とは、緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制を指します。

1．ある ⇒「ある」と回答された場合は、**設問Ⅱ**にお進みください。	2．ない ⇒「ない」と回答された場合は、**設問Ⅴ（p5）**にお進みください。

Ⅱ 貴院に「緩和ケアチーム」がある方にお伺いします。

貴院の緩和ケア提供体制について、保険制度とは関係なく現状をご回答ください。

1. 緩和ケアチームの活動指針が明文化されている。	1．はい　2．いいえ
2. 緩和ケアチームへ紹介を行う手続きが明文化され周知されている。	1．はい　2．いいえ
3. 緩和ケアチームの活動指針が明文化されている。	1．はい　2．いいえ
4. 緩和ケアチームへの紹介を行う手続きが明文化され周知されている。	1．はい　2．いいえ

Ⅱ （続き）貴院に「緩和ケアチーム」がある方にお伺いします。
貴院の緩和ケア提供体制について、保険制度とは関係なく現状をご回答ください。

5. 緩和ケアチームが診療している患者に対して原則として週１回以上の直接診療を行っており、かつ、必要な場合に平日の日勤帯はいつでも緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療できる体制がある。	1．はい　2．いいえ
6. 緩和ケアチームは少なくとも週に３日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている。	1．はい　2．いいえ
7. 緩和ケアチームは少なくとも週１回、メンバーでカンファレンス、または、回診を行っている。	1．はい　2．いいえ
8. 緩和ケアチームに年間５０名以上の直接の診察またはコンサルテーションによる診療実績がある（実人数）。	1．はい　2．いいえ
9. 疼痛以外の身体症状・精神症状の緩和を目的とした依頼が20%以上である。	1．はい　2．いいえ

Ⅲ 貴院に「緩和ケアチーム」がある方にお伺いします。
多職種による緩和ケアの提供体制について、保険制度とは関係なく現状をご回答ください。

1. 平日の日勤帯はいつでも精神症状の緩和に携わる医師が患者を直接診療できる体制を有している。	1．はい　2．いいえ
2. 緩和ケアチームに、専門看護師（がん看護）、緩和ケア認定看護師、または、がん性疼痛看護認定看護師が少なくとも１名いる。	1．はい　2．いいえ
3. 緩和ケアチームの活動に管理栄養士が参加することが明文化されている。	1．はい　2．いいえ
4. 緩和ケアチームの活動にリハビリテーション科医師または理学療法士または作業療法士が参加することが明文化されている。	1．はい　2．いいえ
5. 栄養管理・支援のための組織（ＮＳＴなど）が、がん患者に対する栄養学的支援を行った記録が１例以上ある。	1．はい　2．いいえ
6. 入院患者に対して麻薬が初めて処方されたとき、薬剤師が服薬指導を行った記録が１０人以上ある。	1．はい　2．いいえ
7. 緩和ケアチームが診療した患者のデータベースや一覧表を作成している。	1．はい　2．いいえ

Ⅳ 貴院に「緩和ケアチーム」がある方にお伺いします。
以下の緩和ケアチームの現状についてご回答ください。

	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている	判断できない
1. 医師のみならず、多職種の医療福祉従事者からコンサルテーションを受けている。	1	2	3	4	0
2. 依頼元の医療福祉従事者の考えている治療計画や療養の方向性を確認している。	1	2	3	4	0
3. 症状の原因を検索する際には、患者・家族だけでなく、依頼元や他部署の医療福祉従事者、チームメンバーからの情報も活用している。	1	2	3	4	0
4. 症状の緩和の程度と目標について患者・家族と相談している。（例，家に帰ることができる ADL の獲得、座って食事ができる、自分で排泄、レスキューを使えるようになる）	1	2	3	4	0
5. 症状の緩和の程度と到達時期の目標を決めている。（例，短期目標と長期目標に分けて考える。痛みなく 3 日以内に眠れるようにする、1ヶ月以内に自宅に戻れるように環境を整える、など）	1	2	3	4	0
6. アセスメント／推奨の内容について依頼元の医療福祉従事者と共有している。	1	2	3	4	0
7. アセスメント／推奨／直接ケアの内容は、診療録などに記載している。	1	2	3	4	0
8. 患者・家族に対し、必要に応じて、病状・症状・治療方針・これからの経過・過ごし方などについて説明や情報提供を行っている。	1	2	3	4	0
9. 推奨／直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行っている。	1	2	3	4	0
10.必要に応じて、依頼元の医療福祉従事者とカンファレンスを開いている。	1	2	3	4	0
11.緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善している。	1	2	3	4	0
12.症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、その理由を確認している。	1	2	3	4	0

設問Ⅴ-Ⅵは、全て施設の方がご回答ください。

Ⅴ　貴院の状況についてご回答ください。

1．院内において統一した疼痛の評価尺度がある。	1．はい　　2．いいえ
2．がん性疼痛の緩和のために（術後疼痛を除く）、くも膜下フェノールブロック・内臓神経ブロック・持続硬膜外ブロック・高周波熱凝固療法のいずれかを年間１例以上施行している。	1．はい　　2．いいえ
3．骨転移に対して院内で放射線治療を行った実績が年間 10 例以上ある（実人数）。	1．はい　　2．いいえ
4．麻薬の自己管理を行った入院患者が年間１名以上いる。	1．はい　　2．いいえ

Ⅵ　貴院全体のがん患者への緩和ケアの状況について、ご回答ください。

	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている	判断できない
1．痛みの原因（がん性疼痛か非がん性疼痛か、など）に基づいてオピオイド鎮痛薬を使用できている。	1	2	3	4	0
2．オピオイドの副作用（悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄など）に適切に対応できている。	1	2	3	4	0
3．呼吸困難に対してオピオイドを適切に使用できている。	1	2	3	4	0
4．せん妄への対応が適切にできている。	1	2	3	4	0
5．せん妄に伴うリスクを評価し、人権や尊厳を尊重しつつ適切に環境整備や安全管理を行えている。	1	2	3	4	0
6．抑うつ・不安を有する患者から十分に話を聴き、抑うつ・不安への対応が適切にできている。	1	2	3	4	0
7．抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働している。	1	2	3	4	0
8．病院で診療していたがん患者の遺族へのケアを行っている。	1	2	3	4	0

Ⅶ　貴院に「緩和ケアチーム」が無い方のみご回答ください。
貴院の緩和ケアの提供体制についてご回答ください。

1．緩和ケアに関する専門性を持った医師が、緩和ケアが必要な外来患者を診察している。

1．はい	2．いいえ

1a　上記で「はい」と回答された方にお伺いします。

週 1 回以上、外来診療を定期的に行っている

1．はい	2．いいえ

2．緩和ケアに関する専門性を持った医師が、緩和ケアが必要な入院患者を診察している。

1．はい	2．いいえ

3．緩和ケアに関する専門性を持った複数の医療従事者が、緩和ケアが必要な患者に関して病棟ラウンドやカンファレンスを行っている。

1．はい	2．いいえ

3a　上記で「はい」と回答さえた方にお伺いします。
参加している医療従事者の職種をお選び下さい。（複数選択可）

1．医師	2．看護師	3．薬剤師	4．その他（　　）

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございます。

がん医療における緩和ケアに関する調査
【医師】（案）

アンケートの回答方法

- 選択式の設問は、最もあてはまると思われる箇所に○をお付けください。
- 回答はすべて統計的に処理し、個人の氏名や回答内容が明らかになることは一切ありません。

記入例

Ⅲ 以下の項目から最も近いものを１つ選んで○をおつけください。	そう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
○疼痛の緩和のための知識や技術が、今後ますます重要になる	1	2	3	④

- 本調査における「緩和ケア」とは、疼痛などの身体的な苦痛や、気持ちのつらさなどの精神的苦痛の緩和、心理社会的サポートと定義します。

Ⅰ ご自身についてお聞きします。

1. 年齢　（　　）　歳

2. 性別　１．男性　　2．女性

3. 診療科　（該当するものが複数ある場合はすべてお選びください）

1． 内科	13. 形成外科	25. 婦人科
2． 心療内科	14. 美容外科	26. 眼科
3． 精神科	15. 脳神経外科	27. 耳鼻いんこう科
4． 神経科(神経内科)	16. 呼吸器外科	28. 気道食道科
5． 呼吸器科	17. 心臓血管外科	29. リハビリテーション科
6． 消化器科(胃腸科)	18. 皮膚科	30. 放射線科
7． 循環器科	19. 泌尿器科	31. 麻酔科
8． アレルギー科	20. 小児外科	32. 緩和ケア科
9． リウマチ科	21. 性病科	33. ペインクリニック科
10. 小児科	22. こう門科	34. その他
11. 外科	23. 産婦人科	
12. 整形外科	24. 産科	

主たる診療科を１つ選び、下記に番号をご記入ください

（　　）

4．所属の医療機関

（該当が複数ある場合はすべてお選びください）

診療所：	**病院：**
1．有床診療所	1．がん診療連携拠点病院（国指定）
届出病床数（　　床）	2．大学病院
2．無床診療所	3．臨床研修指定病院
3．機能強化型在宅療養支援診療所	4．100 床未満の病院
4．在宅療養支援診療所	5．100～199 床未満の病院
	6．200～399 床未満の病院
	7．400 床以上の病院

5．所属の医療機関の所在地（都道府県名）をご記入ください。　（　　）

6．医療に従事している期間は何年ですか。　（　　）年

7．現在、がんの診療を行っていますか。

1．がんを主たる※専門分野として診療している（※「主たる」とは全診療のうち 80%以上とします。）
2．がん以外の診療とともに、がんも診療している
3．がんの診療はしていない

7a．現在がん診療を行っていると回答された方にお伺いします。現在のがん治療への関わり方をお選び下さい。

1．根治、または延命を目的としたがん治療を行っている	2．がん治療は行わず、治療後の患者について、主治医として診療している	3．がん患者の診療を行うが、がんの主治医として診療することはない

7b．1 を選んだ方は、ご回答ください。

現在行っている治療をお選びください（複数選択可）。

1．手術治療　　2．抗がん剤治療　　3．放射線治療

7c．1 を選んだ方は、ご回答ください。

がん治療に効果が見込めなくなったとき、どのように対応されていますか。

1．多くの患者を自分が看取っている
2．同じ病院内の診療科の医師に紹介をしている
3．多くの患者を他院に紹介をしている

7d．2 を選んだ方はご回答ください。

がん患者を診療している場をお選びください（複数選択可）。

1．病棟
2．外来
3．在宅診療
4．その他
（　　）

8. 過去１年間に主に受け持ったがん患者数は何人ですか。

1. ０人	2. １−９人	3. 10−49 人	4. 50 人以上

9. 過去１年間に看取ったがん患者数は何人ですか。

1. ０人	2. １−２人	3. ３−４人	4. ５−９人	5. 10−19 人	6. 20 人以上

10. がん患者への在宅医療の経験についてお聞きします。

1）がん患者に対する、在宅医療の経験はありますか。 1. あり 2. なし

2）過去１年間に何人のがん患者を在宅診療しましたか。（実患者数でお答えください）

1. ０人	2. １−２人	3. ３−４人	4. ５−９人	5. 10−19 人	6. 20 人以上

11. がん患者に対する在宅看取りの経験についてお聞きします。

1）がん患者の在宅看取りの経験はありますか。 1. あり 2. なし

2）過去１年間に何人のがん患者を在宅で看取りましたか。

1. ０人	2. １−２人	3. ３−４人	4. ５−９人	5. 10−19 人	6. 20 人以上

12. 医療用麻薬の処方についてお聞きします。

1）麻薬施用者免許はお持ちですか。 1. あり 2. なし

2）過去１年間にがんの痛みのために医療用麻薬を処方した実患者数は何人でしたか。

1. ０人	2. １−２人	3. ３−４人	4. ５−９人	5. 10−19 人	6. 20 人以上

13. 「緩和ケア」という言葉は知っていますか。

1. よく知っている	2. ある程度は知っている	3. 聞いたことがある	4. 知らない

14. 「がん対策推進基本計画」に基づき、都道府県やがん診療連携拠点病院が行っている「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」※を修了していますか。

※○○県緩和ケア研修会、○○病院緩和ケア研修会、PEACE 緩和ケア研修会などの名称で行われており、修了者には厚生労働省健康局長から「修了証書」が交付される研修会のことです。

1. 修了している	2. 修了していない	3. わからない

Ⅱ　がん患者の緩和医療・在宅医療に関わる意向についてお聞きします。
以下の項目のご意向をお答えください。

	関わりたくない	できれば関わりたくない	ある程度関わりたい	関わりたい
○がん患者の痛みの治療など苦痛を和らげる医療	1	2	3	4
○がん患者の精神的なサポートをする医療	1	2	3	4
○がん患者を、在宅で診療すること	1	2	3	4
○がん患者を、主治医として、死亡まで診療すること	1	2	3	4

Ⅲ ご自身のがん患者の診療で、以下のようなことをお感じになりますか。

	そう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
○疼痛の緩和のための知識や技術は十分である	1	2	3	4
○疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術は十分である	1	2	3	4
○がん患者の精神症状（不安、抑うつ、せん妄など）の対応に関する知識や技術は十分である	1	2	3	4
○がん患者から「死にたい」と言われたときの対応に不安がある	1	2	3	4
○がん患者の社会的苦痛（就労・生活の問題など）の対応に関する知識・技術は十分である	1	2	3	4
○がん患者の苦痛症状について、おおむね正しく評価できる	1	2	3	4
○がん患者の予後予測に不安がある	1	2	3	4
○がん患者への病状説明（告知など）に不安がある	1	2	3	4
○がん患者と死や死の可能性について話すことが負担である	1	2	3	4
○家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある	1	2	3	4
○疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	1	2	3	4
○疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる	1	2	3	4
○こころの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる	1	2	3	4
○入院が必要な場合にすぐに対応できる施設がない	1	2	3	4
○麻薬の扱いの説明、手続き、管理が困難である	1	2	3	4
○終末期がん患者の診療は、経済的に割に合わない	1	2	3	4
○ほかの診療で手いっぱいで、終末期がん患者を診療する余裕がない	1	2	3	4
○終末期がん患者の診療は、医師としてやりがいがない	1	2	3	4
○がんに関連した症状緩和について、必要なトレーニングを受けた	1	2	3	4
○がん治療を行う医師は、患者の終末期まで主治医であるべきである	1	2	3	4
○がん治療を行う医師と、患者が住み慣れた地域で終末期診療を担当する医師は、役割分担をするべきである	1	2	3	4
○がん治療を行う医師と、患者が住み慣れた地域で終末期診療を担当する医師は、できるだけ長い期間、併診すべきである	1	2	3	4

Ⅳ 緩和ケアの普及にむけて、現在のあなたの緩和ケアに関する知識をお聞きします。
以下の項目についてお答えください。

	そう思わない	分からない	そう思う
○緩和ケアの対象は、がんに対する治療法のない患者のみである	1	2	3
○緩和ケアは、がんに対する治療と一緒には行わない	1	2	3
○疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	1	2	3
○がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）を積極的に使用すべきである	1	2	3
○医療用麻薬を使用するようになったら、非ステロイド性抗炎症鎮痛剤（NSAIDs、ロキソニン®、ボルタレン®等）は同時に使用しない	1	2	3
○医療用麻薬投与後にペンタゾシン（ペンタジン・ソセゴン）やブプレノルフィン（レペタン）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	1	2	3
○医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	1	2	3
○医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	1	2	3

Ⅴ ご自身のがん患者の診療についてお伺いします。
以下の項目について、ご自身の現在の状況をお答えください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療している	1	2	3	4	5	6	0
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	1	2	3	4	5	6	0
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	1	2	3	4	5	6	0
○患者の QOL（Quality Of Life）の維持向上に努めている	1	2	3	4	5	6	0
○療養場所（今後の治療場所や過ごす場所）について、患者がどう考えているのか聞いている	1	2	3	4	5	6	0
○がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると思える	1	2	3	4	5	6	0
○患者の診療は多職種チームで対応している	1	2	3	4	5	6	0
○患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	1	2	3	4	5	6	0
○患者の経済状況について確認している	1	2	3	4	5	6	0
○疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	1	2	3	4	5	6	0
○がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声かけをしている	1	2	3	4	5	6	0
○就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今後の治療計画について説明している	1	2	3	4	5	6	0
○就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ（産業医）に、就労を継続していくために必要な情報を提供している	1	2	3	4	5	6	0
○生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	1	2	3	4	5	6	0
○患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれに関する情報を患者に伝えている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅵ ご自身のがん患者の具体的な診療内容についてお伺いします。
以下の項目について、ご自身の現在の状況をお答えください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○がん疼痛のある患者に対して、経口オピオイドを投与するときは、原則として便秘に備えて下剤を処方している	1	2	3	4	5	6	0
○がん疼痛のある患者に対して、あるオピオイドを一定量投与しても効果がないときは、異なるオピオイドを使用することを検討している	1	2	3	4	5	6	0
○オピオイドを定期投与しても時々痛みがある場合（突出痛）には、定期量の６分の１を原則としたオピオイドを疼痛時で使用できるようにしている	1	2	3	4	5	6	0
○オピオイドを内服しているがん患者には、具体的な鎮痛薬の使用方法（定期的な服用や、突出痛がある場合のレスキュー薬の服用など）について説明を行っている	1	2	3	4	5	6	0
○神経障害の疼痛（神経叢浸潤・脊髄浸潤など、びりびり電気が走るような・しびれる・じんじんする痛み ）に対しては、プレガバリン、アミトリプチロンなどの鎮痛補助薬を投与している	1	2	3	4	5	6	0
○薬物療法でがん疼痛が緩和しない場合には、神経ブロックの適応があるかを緩和ケア医や麻酔医に相談している	1	2	3	4	5	6	0
○がん病巣が存在することに伴う疼痛に対して、放射線治療の適応について放射線治療医に紹介をしている	1	2	3	4	5	6	0
○NRS（Numerical Rating Scale）などの疼痛の評価ツールを用いている	1	2	3	4	5	6	0
○酸素吸入や輸液の減量などをしても緩和しない呼吸困難があるがん患者に対して、モルヒネなどのオピオイドを持続投与することを検討している	1	2	3	4	5	6	0
○手術不可能な消化管閉塞のあるがん患者に対して、オクトレオチドの投与を行うことを検討している	1	2	3	4	5	6	0
○生命予後が 1～2 週間程度と考えられ、performance status が悪く（3～4）、経口摂取が十分できないがん患者に対して、高カロリー輸液は行わない	1	2	3	4	5	6	0
○生命予後が 1 カ月程度と考えられ、経口的な水分摂取ができず、輸液を受けているがん患者に対して、がん性腹水による苦痛が増悪する場合、輸液は 1000ml/日以下にしている	1	2	3	4	5	6	0
○がん術後の患者に対して、QOL の改善のために運動療法の指示をしている	1	2	3	4	5	6	0
○続発性リンパ浮腫に対して，弾性包帯による圧迫療法を行っている（指示している）	1	2	3	4	5	6	0
○死別後の悲嘆が強くなることが予想される家族には、精神科やカウンセリングなどの専門的な支援を紹介することを検討している	1	2	3	4	5	6	0
○主治医だった患者の遺族から、気持ちのつらさについて、死亡から時間が経過して相談があったとき、傾聴するなどの対応を行っている	1	2	3	4	5	6	0
○せん妄を診断したとき、まず原因を想定しての治療に取り組むようにしている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅵ (つづき)
ご自身のがん患者の具体的な診療内容についてお伺いします。
以下の項目について、ご自身の現在の状況をお答えください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○死が近い時期では、家族に病状の認識を確認し、看取りに向けた準備ができるよう今後の見通しについて説明をしている	1	2	3	4	5	6	0
○看取りに際し、家族へのねぎらいの言葉をかけるようにしている	1	2	3	4	5	6	0
○終末期の患者が、改善できない耐え難い苦痛にあるとき、苦痛緩和を目的とした鎮静を行うことを検討している	1	2	3	4	5	6	0
○鎮静などの倫理的な問題について検討する時は、緩和ケアの専門家を含む多職種チームにより検討している	1	2	3	4	5	6	0
○鎮静を行う場合は、患者・家族への説明を十分に行い、意思確認を行っている	1	2	3	4	5	6	0
○終末期の方針決定において、必要に応じて、患者本人と多職種の医療従事者で構成される医療チームとの間で十分な話し合いを行っている	1	2	3	4	5	6	0
○終末期の方針決定において、医療・ケア行為の開始、内容の変更、中止等は、必要に応じて多職種で構成される医療チームによって医学的妥当性と適切性を基に判断している	1	2	3	4	5	6	0
○終末期の方針決定において、患者の意思が確認できる場合、患者の意思は変化しうるものとして、患者が自らの意思をいつでも示すことができることを伝えている	1	2	3	4	5	6	0
○終末期の方針決定において、患者本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる人を含めて、患者との話し合いを繰り返し行っている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅶ「終末期についての話し合い」※についてお聞きします。以下の項目について、どのようにお感じになりますか。

※「終末期についての話し合い」とは、治癒できないこと（Incurability）、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置のいずれかについての話し合いを指します。

	全くそう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
○終末期についての話し合いをすることで患者の意向を治療や方針に反映できる	1	2	3	4	5
○終末期についての話し合いを**患者に**すると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	1	2	3	4	5
○終末期についての話し合いを**家族に**すると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	1	2	3	4	5
○自分の終末期に何が大切かは患者にしか判断できない（他者にはわからない）	1	2	3	4	5
○自分の終末期に関することは患者がしらなくても家族が知っていればよい	1	2	3	4	5

Ⅷ 標準的な抗がん治療に反応しなくなった進行がん患者に対する積極的な抗がん治療についてお聞きします。以下の項目についてどのようにお感じになりますか。

	全くそう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
○標準的な抗がん治療に反応しなくなったとしても、積極的な抗がん治療を行うことで、患者の希望を支えることになる	1	2	3	4	5
○標準的な抗がん治療に反応しなくなった場合、積極的な抗がん治療を行うべきではない	1	2	3	4	5
○標準的な抗がん治療に反応しなくなった場合、患者が希望してもエビデンスのない民間・代替え療法は許容すべきではない	1	2	3	4	5

Ⅸ がん患者の緩和ケアに関する地域連携についてお聞きします。ご所属施設が所在する地域の状況について、最も該当する番号に○を付けてください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○地域で在宅診療に関わっている人の名前と顔、考え方がわかる	1	2	3	4	5	6	0
○地域内の関係者には、知りたいことを気軽に聴ける	1	2	3	4	5	6	0
○緩和ケアの地域連携に関する課題や困っていることについて、地域内の関係者と共有できる機会がある	1	2	3	4	5	6	0
○在宅診療に移行する患者について、移行時に関係者間でカンファレンスや情報共有を行っている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅹ がん治療を行っている進行がん患者について、がん治療後のことを見据え、患者が住み慣れた地域の医療機関と療養環境の調整を開始する場合、最も適切だと思われるタイミングをお選び下さい。

予後の見通しが、

1. 1週間未満	2. 1～2週間	3. 1カ月程度	4. 2～3カ月程度
5. 6カ月程度	6. 1年程度	7. 数年程度	
8. 数年以上の長期であっても根治が不可能だと判断されたとき			9. わからない

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

がん医療における緩和ケアに関する調査
【看護師】（案）

アンケートの回答方法

- 選択式の設問は、最もあてはまると思われる箇所に○をおつけください。
- 回答はすべて統計的に処理し、個人の回答が明らかになることはありません。

記入例

Ⅱ　以下の項目から最も近いものを１つ選んで○をおつけください。

	そう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
○疼痛の緩和のための知識や技術が、今後ますます重要になる	1	2	3	④

- 本調査における「緩和ケア」とは、疼痛などの身体的な苦痛や、気持ちのつらさなど精神的苦痛の緩和、心理社会的サポートと定義します。

Ⅰ　ご自身についてお聞きします。

1．性別　　1．男性　　2．女性

2．年齢

1．～29歳　　2．30～39歳　　3．40～49歳　　4．50～59歳　　5．60歳～

3．臨床経験年数

1．～4年　　2．5～9年　　3．10～14年　　4．15～19年　　5．20年～

4．現在のご所属施設に勤めている年数　　（　　）年

5．現在のご所属施設が所在する都道府県をご記入ください。　　（　　）

6．勤務している医療機関の種類（該当するものが複数ある場合はすべてお選びください。）

1．がん診療連携拠点病院（国指定）　　2．200床未満の病院　　3．200床以上の病院

4．訪問看護ステーション　　5．機能強化型訪問看護ステーション

7．過去にがん患者のケアを何人くらい経験したことがありますか（おおよそで結構です）。

1）今までに経験した合計がん患者数

1．なし	2．1～9人	3．10～49人	4．50～99人	5．100人～

2）過去1年間に経験したがん患者数

1．なし	2．1～9人	3．10～49人	4．50～99人	5．100人～

8．終末期がん患者のケアを何人くらい経験したことがありますか（おおよそで結構です）。

1）今までに経験した合計がん患者数

1．なし	2．1～9人	3．10～49人	4．50～99人	5．100人～

2）過去1年間に経験したがん患者数

1．なし	2．1～9人	3．10～49人	4．50～99人	5．100人～

3）過去1年間に看取りをしたがん患者数

1．なし	2．1～2人	3．3～4人	4．5～9人	5．10～19人	6．20人～

9．ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数（ない方は「なし」でお答えください。）

1．なし	2．～4年	3．5～9年	4．10～14年	5．15年～

10．訪問看護の経験年数（ない方は「なし」でお答えください。）

1．なし	2．～4年	3．5～9年	4．10～14年	5．15年～

11．「緩和ケア」という言葉は知っていますか。

1．よく知っている	2．ある程度は知っている	3．聞いたことがある	4．知らない

12．緩和ケアに関して、看護師になってから教育・研修を受けた時間をお選びください。

1．なし	2．1時間以内	3．2～4時間	4．5時間以上

13．看護教育を受けた最終的な卒業校

1．専門学校	2．短大	3．大学	4．大学院

14．日本看護協会の専門・認定看護師資格

1．資格はもっていない	2．認定看護師である	3．専門看護師である.

Ⅱ　あなたが普段、<u>がん患者に対して行っていること</u>についてお聞きします。
最も該当する番号に○を付けてください。

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	たいていいる	常に行っている
【疼痛】					
○患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
○どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
○鎮痛薬を臨時（レスキュー）で使用した場合、その効果を把握している	1	2	3	4	5
【呼吸困難】					
○息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
○どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
○息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・室温調整・換気など環境を快適に保つようにしている	1	2	3	4	5
【せん妄】					
○時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	1	2	3	4	5
○せん妄症状を悪化させる不快な症状（尿意・便意・疼痛・不安など）がないか、評価している	1	2	3	4	5
○患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	1	2	3	4	5
【看取りのケア】					
○死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	1	2	3	4	5
○死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価している（体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など）	1	2	3	4	5
○死が近づいてきたとき、家族がどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	1	2	3	4	5
【コミュニケーション】					
○患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をしている	1	2	3	4	5
○患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	1	2	3	4	5
○患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	1	2	3	4	5
【患者・家族中心のケア】					
○患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	1	2	3	4	5
○患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	1	2	3	4	5
○患者・家族のつらさについて、少しでもわかろうとしている	1	2	3	4	5
【口腔ケア】					
○口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	1	2	3	4	5

Ⅲ　あなたが、普段、<u>がん患者に対して行っているケア</u>を振り返り、以下のようなことをどのくらいお感じになりますか。最も該当する番号に○を付けてください。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
【症状緩和】					
○がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
○呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
○症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	1	2	3	4	5
【専門家の支援】					
○症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	1	2	3	4	5
○症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	1	2	3	4	5
○在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	1	2	3	4	5
【医療者間のコミュニケーション】					
○医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	1	2	3	4	5
○医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	1	2	3	4	5
○医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	1	2	3	4	5
【患者・家族とのコミュニケーション】					
○**<u>患者</u>**から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
○**<u>家族</u>**から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
○患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	1	2	3	4	5
【地域連携】					
○がん患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレスがない	1	2	3	4	5
○がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	1	2	3	4	5
○病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が	1	2	3	4	5

Ⅳ がん患者のケアについてお聞きします。下記の項目について、「正しい」か「間違っている」または「わからない」のいずれかに○付けてください。

	正しい	間違っている	わからない
【理念】			
○緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである	1	2	3
○緩和ケアは、がんに対する治療と一緒には行わない	1	2	3
【疼痛・オピオイド】			
○疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	1	2	3
○がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）を積極的に使用すべきである	1	2	3
○医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬（NSAIDｓ）は同時に使用しない	1	2	3
○医療用麻薬投与中にペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）やブプレノルフィン（レペタン®）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	1	2	3
○医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	1	2	3
○医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	1	2	3
【呼吸困難】			
○がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる	1	2	3
○疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい	1	2	3
○患者の息苦しさと酸素飽和度は比例する	1	2	3
○死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬【臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ®）や臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン®）】が有効である	1	2	3
【せん妄】			
○死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある	1	2	3
○がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い	1	2	3
○死亡直前に苦痛をやわらげることができる方法が、鎮静（持続的な鎮静薬の投与）以外にはない患者がいる	1	2	3
○終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い	1	2	3
【消化器症状】			
○がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする	1	2	3
○末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである	1	2	3
○ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する	1	2	3
○死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない	1	2	3

Ⅴ ご自身のがん患者のケアの状況についてお聞きします。
以下の項目について、ご自身の現在の状況に最も該当する番号に○を付けてください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○緩和ケアや在宅療養について意識して診療している	1	2	3	4	5	6	0
○がんの疼痛に対して、医療用麻薬を使用している	1	2	3	4	5	6	0
○患者の心配や気がかりなど、気持ちのつらさに対応している	1	2	3	4	5	6	0
○患者の QOL（Quality Of Life）の維持向上に努めている	1	2	3	4	5	6	0
○療養場所（今後の治療場所や過ごす場所）について、患者がどう考えているのか聞いている	1	2	3	4	5	6	0
○がんでも希望すれば、最後まで在宅で過ごせると思える	1	2	3	4	5	6	0
○患者の診療は多職種チームで対応している	1	2	3	4	5	6	0
○患者に日常生活の状況を尋ねるようにしている	1	2	3	4	5	6	0
○患者の経済状況について確認している	1	2	3	4	5	6	0
○疾患が患者の就労や就学に与える影響について配慮している	1	2	3	4	5	6	0
○がんと診断された就労中の患者に対して、あわてて退職しないように声かけをしている	1	2	3	4	5	6	0
○就労中の患者については、患者の仕事内容を確認し、仕事に影響がありそうな副作用や今後の治療計画について説明している	1	2	3	4	5	6	0
○就労中の患者については、勤務先の産業保健スタッフ（産業医）に、就労を継続していくために必要な情報を提供している	1	2	3	4	5	6	0
○生殖年齢にある患者と妊孕性について話すことがある	1	2	3	4	5	6	0
○患者の年齢によっては、がん治療によって生殖可能年齢内に不妊となる可能性およびそれに関する情報を患者に伝えている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅵ がん患者の緩和ケアの地域連携についてお聞きします。
ご所属施設が所在する地域の状況について、最も該当する番号に○を付けてください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う	わからない
○地域で在宅診療に関わっている人の名前と顔、考え方がわかる	1	2	3	4	5	6	0
○地域内の関係者には、知りたいことを気軽に聴ける	1	2	3	4	5	6	0
○緩和ケアの地域連携に関する課題や困っていることについて、地域内の関係者と共有できる機会がある	1	2	3	4	5	6	0
○在宅診療に移行する患者について、移行時に関係者間でカンファレンスや情報共有を行っている	1	2	3	4	5	6	0

Ⅶ がん治療を行っている進行がん患者について、がん治療後のことを見据え、患者が住み慣れた地域の医療機関と療養環境の調整を開始する場合、最も適切だと思われるタイミングに○を付けてください。

予後の見通しが、

1．1 週間未満	2．1～2 週間	3．1 カ月程度	4．2～3 カ月程度
5．6 カ月程度	6．1 年程度	7．数年程度	
8．数年以上の長期であっても根治が不可能だと判断されたとき			9．わからない

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

資料31

平成３０年度第３回ＨＰＶワクチン副反応被害判定調査会の審議結果について

ＨＰＶワクチン副反応被害判定調査会
平成３０年８月９日

標記調査会の審議結果について、下記の通り副作用・感染等被害判定第一部会に報告する。

記

１．参加調査員及び参考人

（調査員）

宇川　義一、佐伯　秀久（座長）、玉岡　晃、千葉　厚郎、三山　佐保子

（参考人）

山田　和男

２．ＨＰＶワクチン副反応被害判定について

（１）審議事例数

１０例

（２）審議結果

① 因果関係の判定等について原則として全ての調査員及び参考人の意見が一致したもの。　**１０例**

（１）請求どおり支給決定することが適当である。　１例

（２）請求期間・内容の一部について支給決定することが適当である。　１例

（主な意見）

判定不能のため、不支給とすることが適当である。　１例

（３）不支給決定することが適当である。　８例

（主な意見）

① 判定不能のため、不支給とすることが適当である。　６例

② 障害の程度が政令で定める障害等級に該当しないため、不支給とすることが適当である　２例

② 調査員及び参考人の意見が一致しない等により審議結果を得ることができなかったもの。　**０例**

以上

平成 30 年度　緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキンググループ議事要旨

日　時　：平成 30 年 8 月 24 日（金）15：00～16：45
場　所　：琉球大学医学部附属病院　がん　センター
出席者　：15 名　足立源樹（那覇市立病院）、新里誠一郎（浦添総合病院）、
友利健彦（沖縄赤十字病院）、西原実（ハートライフ病院）、
笹良剛史（南部病院）、野里栄治（北部地区医師会病院）、
三浦耕子（中部病院）、屋良尚美（中部病院・オブザーバー参加）、
神里敬子（県立宮古病院）、林正樹（中頭病院）、岡大樹（中頭病院・事務担当）、中島信久（琉大病院）、中村清哉（琉大病院）、増田昌人（琉大病院）、名嘉　実代子（琉大病院）
欠席者　：2 名　篠﨑裕子（県立八重山病院）、久志一朗（国立病院機構沖縄病院）

＜報告事項＞

1. 平成 29 年度　緩和ケア研修会開催日一覧について

増田委員より、昨年度の緩和ケア研修会開催日について報告があった。

2. 緩和ケア研修会の旧指針と新指針との変更点について

笹良委員より、平成 30 年度緩和ケア研修会開催指針の概要と旧指針との変更点について報告があった。

・e-learning（事前学習）修了者に対して集合研修を行う。
・研修対象者は、医師・歯科医師と共同して緩和ケアに従事するその他の医療従事者も参加することが望ましい。
・地域がん診療病院が連携する在宅療養支援診療所・病院及び緩和ケア病棟を有する病院全ての医師・歯科医師が緩和ケア研修会を受講することが望ましい。
・e-learning 管理責任者を設置すること
（事務担当者が e-learning 管理責任者として想定されている）。
・「集合研修企画責任者」に「平成 29 年度以降の「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」を修了した者」が新しく追加になった。
・ファシリテーターは多職種であることが望ましい。
・「確認依頼書」等の書類は全て揃えてから提出すること。以前は全て揃ってなくても良い部分があったが、進行表は精密に作成しなければならなくなっている。

増田委員より、7 月 31 日付の拠点病院の指針の改正の局長通知によると、「診療病院は緩和ケアに関する研修会を都道府県と協議の上開催すること」となっている。
その前の版だと「実施することが望ましい」と書いてあるが、今回は「開催すること」になっている。
地域がん診療病院にも開催義務が生じることになるが、それについての整合性の説明はあったか、との質問が上がった。

笹良委員より、8 月 17 日の会議で配布された資料（平成 29 年 12 月 1 日発、最終改訂 30 年 5 月 9 日）には、集合研修を定期的に行う実施主体にはがん診療連携拠点病院と特定領域がん診療連携拠点病院。定期的開催が「望ましい」実施主体に地域がん診療病院が入っている。との回答があった。
この件について、県の担当者に確認し委員に連絡をすることとなった。

3. その他

特に報告はなし

＜協議事項＞

1. 平成 30 年度の研修会での講義内容について

笹良委員より資料 3 に基づき「集合研修プログラム案」ついて、以下のように説明された。

＜集合研修プログラム案＞

開始時間	終了時間	所要時間	内容	対応する開催指針の形式
9：00	9：30	30	受付	
9:30	9：45	15	開会・開催にあたって	講義
9:45	10：30	45	e-learning の復習・質問	講義
10:30	10：40	10	休憩	
10：40	12：30	110	コミュニケーション	ロールプレイ/ワークショップ
12：30	13：20	50	昼食・休憩	
13：20	13：40	20	アイス・ブレイキング	
13：40	15：10	90	全人的苦痛に対する緩和ケア	グループ演習/ワークショップ
15：10	15：20	10	休憩	
15：20	16：50	90	療養場所の選択と地域連携	グループ演習/ワークショップ
16：50	16：55	5	休憩	
16：55	17：10	15	がん患者等への支援	講義
17：10	17：30	20	ふりかえりと修了式	

集合研修は、原則 5 時間 30 分以上であれば所要時間の増減は各主催病院で調整して良いこととなった。

2. 平成 30 年度の研修会日程調整について

今年度の研修会の日程調整が行われた。各施設の開催日は以下の通りとなった。

主催病院	開催日
琉球大学医学部附属病院	11 月 11 日（日）
那覇市立病院	11 月 18 日（日）
県立中部病院	12 月 1 日（土）
中頭病院	12 月 15 日（土）
南部病院	平成 31 年 1 月 19 日（土）
ハートライフ病院	平成 31 年 1 月 26 日（土）
浦添総合病院	平成 31 年 2 月 10 日（日）

北部地区医師会病院	調整中
県立宮古病院	調整中
県立八重山病院	調整中
国立病院機構沖縄病院	開催なし
沖縄赤十字病院	開催なし

3. その他

特に協議事項はなし

平成30年度　緩和ケア研修会開催日程一覧

9月25日（火）現在

主催病院	開催日
琉球大学医学部附属病院	11月11日（日）
那覇市立病院	11月18日（日）
県立中部病院	12月2日（日）
中頭病院	12月16日（日）
南部病院	平成31年1月19日（土）
ハートライフ病院	平成31年1月26日（土）
浦添総合病院	平成31年2月10日（日）
北部地区医師会病院	調整中
県立宮古病院	調整中
県立八重山病院	開催なし
国立病院機構沖縄病院	開催なし
沖縄赤十字病院	開催なし

平成 30 年度第 2 回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：平成 30 年 7 月 26 日（木）14：10～17：10
場　　所：琉球大学医学部附属病院 3 階がんセンター
出 席 者：9 名　島袋幸代（県立中部病院）、樋口美智子（那覇市立病院）、宮城郁美（北部地区医師会病院）、金城美奈子（県立八重山病院）、慶田博子（県立宮古病院）、増田昌人（琉球大学医学部附属病院）、大久保礼子（琉球大学医学部附属病院）、山田綾美（琉球大学医学部附属病院）
欠 席 者：阿波連愛香（沖縄県がん患者連合会）
陪 席 者：朝川恵利（県立宮古病院）

【報告事項】

1. 平成 30 年度第 1 回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨

資料 1 に基づき、平成 30 年度第 1 回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨が承認された。

2. がん患者ゆんたく会（5～6 月）

資料 2-1、2-2、2-3 に基づき、平成 30 年 5～6 月に各拠点病院にて開催された「沖縄県がん患者ゆんたく会」について報告があった。県立中部病院では、6 月にカラーセラピストの先生を招いてオリジナルカード作りを行った。那覇市立病院や琉大病院が行っているやり方で、前半にカラーセラピー、後半にゆんたく会を行い、流れも時間も良く、前回の反省点を改善することができた。色を通して、自分のイメージや日ごろ家族へ伝えられない感謝の想いなどを表現していて良かったと報告があった。琉大病院では、治療上の注意点などゆんたく会のピアだけでは対応が難しいところも看護師さんなどの参加によってカバーできていた。多職種で関わることができてよかったと報告があった。

島袋委員より、那覇市立病院では参加者が多い点に関し、参加者を募るための工夫について質問があった。樋口委員より、統括支援センターからのピアサポーター派遣や人気のあるテーマで講義などを行うことと、新聞広告を使って周知を行ったと回答があった。

3. がん相談件数（5～6 月）

資料 3-1～3-7 に基づき、平成 30 年 5～6 月の各拠点病院のがん相談件数について報告があった。北部地区医師会病院では、5 月は外来の相談が少し立て込んだが、6 月は件数が減ったと報告があった。県立中部病院では、加算も確認しながら集計を行っていることや院外からの相談も増えてきていると報告があった。県立宮古病院では、6 月は担当医からの紹介があり、少しずつ認知されてきた印象であったと報告があった。琉大病院では、相談員 2 名体制で前年度に比べると 1.3～1.4 倍くらいになり、必要な時に漏れなく対応できるようにはなってきているが、院外からの相談はあまり伸びていない。院外の周知が必要である。仕事の相談も増えてきており、前年度との比較も見ていきたいとのことだった。県立八重山病院では、傷病手

当の件など患者さん自身で会社に発信するのが難しい場合は、相談員が取り持つ事例があった。7 月より産保センターと協定を結び、予約申し込み制で専門的に情報提供ができる体制となったと報告があった。

大久保委員より、中部病院では他施設からの相談件数が多いことについて質問があった。島袋委員より、がん治療をやっている病院が近隣に多く、内容としてはセカンドオピニオンやホスピス、治療の一般情報などが多く、冊子やがんサポートハンドブックを見て問い合わせてくることが多くなっているとの回答があった。宮城委員より、新聞広告を見た方からの相談で、医学的判断を求めて電話してくる方への対応に困ったとの報告があった。那覇市立病院は、件数の集計統一について現在システムに依頼中とのことだった。

4. がん相談件数集計（4～6 月）

資料 4 に基づき、山田委員より平成 30 年 4～6 月の 6 拠点病院のがん相談件数集計の報告があった。今回は那覇市立病院を除いた 5 つの拠点病院の集計となっている。1 か月あたり約 270 件前後となっている。内容は医療費、症状・副作用、不安・精神的苦痛が多く、アクセスは自施設入院中の患者さんが最も多くなっている。増田委員より、これから決定される指標に基づき、質の評価の点で今後どのように相談支援センターの評価をしていくのか、この相談件数の分母などについても意見があった。月ごとの拠点病院全体の集計は引き続き行うことになった。

5. がん相談支援センターの広報

資料 5 に基づき、山田委員よりがん相談支援センターの広報活動について報告があった。掲載内容について、注意書きをしていても医学的な判断を求めて連絡してくる方もいて、文面で解釈の仕方が変わってくるなどの意見があり、改めて見直す方針となった。

6. その他

就労支援の実施状況について各委員より報告があった。県立八重山病院、県立宮古病院ともに今年 7 月より産保センターと協定を結んでいるが、まだ活用はなく、相談があったときに予約するようになっている。琉大病院は、定例開催にしており月に 2 回、両立支援促進員とハローワークのナビゲーターが来ていて、週に 2～3 件の相談がある。中部病院では、ハローワークのナビゲーターに繋ぐことが多くなっている。平均月に 1～2 件の相談があり、就労に関する相談は昨年と比べるととても増えている。相談内容として、既に離職しているという相談は少なくなっている。また、就労両立支援加算や施設基準についても意見交換が行われた。

増田委員より、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会について報告があった。職域におけるがん検診のマニュアル改訂、小児がん拠点病院の要件の見直し、がんゲノム医療連携病院の発足について報告された。現在、遺伝に対する相談員が少なく、今後ゲノムの相談ががん相談支援センターに持ち込まれることが予測されるとのことだった。また、患者体験調査が行われる予定で、その内容より、拠点病院として就労支援や妊孕性については今後もやっていかないといけないとのことだった。

セカンドオピニオンリストの作成を部会事業として行うことについて、部会委員より了承

された。また、県外でセカンドオピニオンが可能な医療機関情報については、うちなーがんじゅうネットの下記に国立がん研究センターのがん情報サービスのホームページリンクを掲載することとなった。

委員の追加について増田委員より報告があった。今回の部会編成により、それぞれの部会に患者会の方を推薦することになり、情報提供・相談支援部会に阿波連愛香さんが委員として承認された。沖縄県の方にも依頼しており、オブザーバー参加となる予定であるとの報告があった。

【協議事項】

1. 平成 30 年度部会事業の行動計画について

資料 6 に基づき、前回に引き続きロジックモデルを用いて部会計画について議論が行われた。

相談支援において、「患者とその家族が適切な時期に質の高い相談ができている」「ライフコースに応じた情報が、がん患者やその家族に届いている」の二つを中間アウトカム目標とし、大久保委員より昨年度に基づいた【施策 1】～【施策 4】の提案があり、承認された。また、【施策 5】【施策 6】が追加された。

【施策 1】普及啓発資料等の活用による情報提供
【施策 2】がん相談支援センターの活用の促進
【施策 3】がん相談支援センターの質の向上
【施策 4】がん経験者とのネットワーク構築
【施策 5】がん相談支援センターへ立ち寄れる院内仕組み作り
【施策 6】6 拠点病院が患者サロンを開催する

施策 5 において、今年度は各病院でガイドラインを作成することとなった。

就労支援においては、「就労支援が受けられている」「就労以外の社会問題について支援が受けられている」の二つを中間アウトカム目標とし、「医療機関に置ける就労支援の充実」を施策とすることが検討された。

2. その他

がん相談員研修会について、昨年度に引き続き実施することとなった。相談の質の均てん化を目指し、非拠点病院も巻き込み、取り組んでいきたいとのことで、研修内容はアピアランスケアが候補となった。引き続き、プログラムの詳細や役割分担はメーリングリスト等を通じて検討していく。

次回の情報提供・相談支援部会の開催日は 10 月 25 日（木）を第一候補とすることとなった。

資料34

平成３０年度

第１回院内がん登録研修会

主催：琉球大学医学部附属病院がんセンター
共催：沖縄県がん診療連携協議会がん登録部会

院内がん登録実務者・診療情報管理士のための

標準登録様式(2016年版)と2018年症例からの新ルール

✓変更点の確認　✓演習問題など

＼開催日／

平成３０年
10/27(土)
12:30開場

＼講師／

国立がん研究センター　がん対策情報センター
がん登録センター　院内がん登録室

江森（えもり） 佳子（よしこ） 先生

会場　琉球大学医学部　臨床講義棟１階 小講義室
講義　１３：００～１７：００
対象　院内がん登録実務者、診療情報管理士、興味のある方
定員　先着１００名

駐車場あり　受講無料

【お問い合わせ】
琉球大学医学部附属病院がんセンター　http://www.ryukyucc.jp/
TEL：098-895-1369(直通)　/　代表：098-895-3331(内線：4892)
FAX：098-895-1497　担当：新垣

院内がん登録研修会参加申込書（ＦＡＸ送信用）
ＦＡＸ番号：０９８－８９５－１４９７

参加ご希望の方は以下に必要事項をご記入の上、FAXでお申し込みください。

施　　設　　名	
所　　属	
参 加 代 表 者	
連　　絡　　先	
参加者お名前①	
参加者お名前②	
参加者お名前③	
参加者お名前④	
参加者お名前⑤	

－お申し込み・お問い合わせ先－

琉球大学医学部附属病院がんセンター　住所：沖縄県中頭郡西原町字上原207
TEL：098－895－1369（直通）　FAX：098－895－1497

琉球大学医学部附属病院へのアクセスマップ



〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原207番地　TEL（098）895-3331