

第 91 回がん対策推進協議会 議事次第

日 時:令和 7 年 7 月 28 日(月)14:00～16:00

場 所:ハイブリッド開催

航空会館ビジネスフォーラム 7 階

(東京都港区新橋 1-18- 1 航空会館)

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

(1) 会長の選任等について

(2) 第 4 期がん対策推進基本計画について

- ・ 中間評価の進め方について
- ・ コア指標の考え方と選定理由について
- ・ ロジックモデルを活用した評価方法について
- ・ 都道府県単位のベースライン値の公表について
- ・ 希少がん関連の指標について

(3) 報告事項

- ・ 患者体験調査の結果概要について
- ・ 遺族調査の結果概要について

(4) その他

【資 料】

資料 1－1 がん対策推進協議会委員名簿

資料 1－2 がん対策推進協議会令

資料 2－1 中間評価の進め方について

資料 2－2 コア指標の考え方と選定理由（井上参考人提出資料）

資料 2－3 ロジックモデルを活用した評価方法について（埴岡参考人提出資料）

資料 2－4 第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）について

資料 2－5 希少がん関連の指標について

資料 3－1 患者体験調査の結果概要について（中澤参考人提出資料）

資料 3－2 遺族調査の結果概要について（中澤参考人提出資料）

参考資料 1 がん対策基本法

参考資料 2 第 4 期がん対策推進基本計画（令和 5 年 3 月閣議決定）

参考資料 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル 確定版

参考資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画評価指標一覧 確定版

参考資料 5 第 4 期がん対策推進基本計画の評価指標ベースライン値一覧

参考資料 6 第 4 期がん対策推進基本計画コア指標一覧（案）

参考資料 7 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル コア指標（案）



中間評価の進め方について

令和7年7月28日 第91回がん対策推進協議会

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1．全体目標と分野別目標 ／ 第2．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

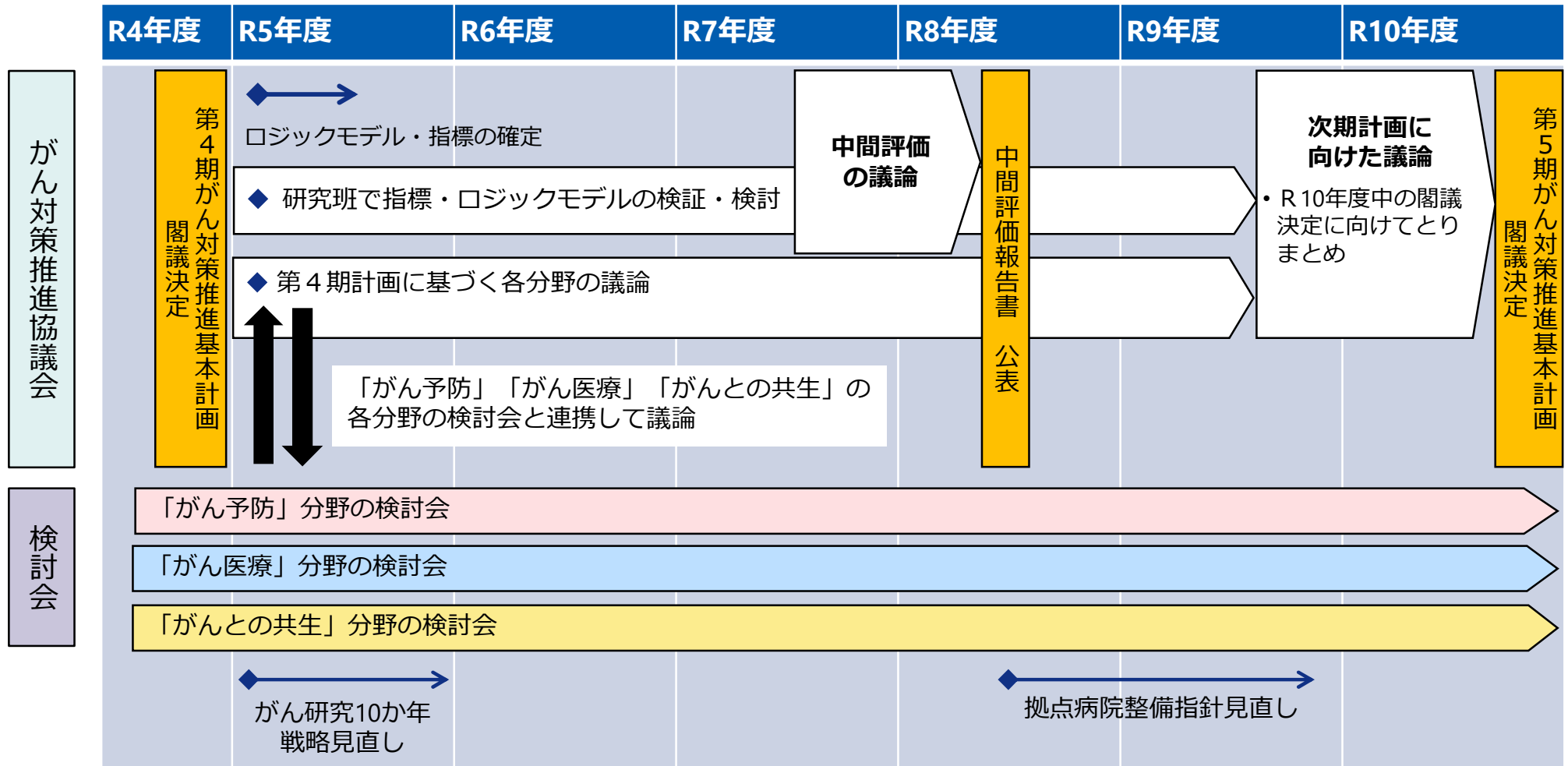
4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第3．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 国民の努力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

第4期がん対策推進基本計画のスケジュール



第4期計画において検討が必要とされた個別施策（例）

- がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- がん研究10か年戦略の見直し
- がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

第4期がん対策推進基本計画の中間評価について 1. 背景・現状

- 第4期がん対策推進基本計画は計画の実行期間を令和5（2023）年度から令和10（2028）年度までの6年を目安とし、3年を目途に中間評価を行うこととしており、令和7年夏～秋頃より議論を開始し、令和8年夏頃に評価を公表する予定。
- がん対策の評価に当たっては、ロジックモデルを活用することとしており、各指標のベースライン値を測定し、今回のがん対策推進協議会で公表した。一方で、基本計画において、数値目標の設定について引き続き検討を行うこととされており、本協議会においてもがん対策において目標値をどのように設定していくか議論すべきといったご意見があったところ。
- また、地域の取組等の比較ができるような指標を設定すべきといったご意見があったところ。

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）

第2 分野別施策と個別目標 4. これらを支える基盤の整備 （1）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。また、格差の解消に向け、医療の質の向上及び均てん化の推進等の観点から、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進する。

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 6. 目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、3年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行うとともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

第4期がん対策推進基本計画の中間評価について 2. 対応方針

中間評価について、以下の2つを中心に進める。

- ① メリハリのある分析・評価のための**コア指標**の選定
- ② **都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表**と**好事例の横展開の推進**

① メリハリのある分析・評価のためのコア指標の選定

- 全ての指標を漫然と分析・評価するのではなく、**重要な指標に絞って**メリハリをつけて分かりやすい分析・評価をする。具体的には、「**コア指標**」を予め選定し、「その他指標」は測定結果のみを提示し、進捗を把握する。

コア指標	指標としての質が高く、アウトカムへの影響も大きい指標 例）年齢調整死亡率／罹患率、がん種別早期がん割合、検診受診率（国民生活基礎調査）等 ※今後要検討
その他指標	計画で提示された施策の進捗や効果を把握するために定める指標 コア指標の評価の際に、分析にも用いられる

- 目標値については、中間評価をふまえてどのように設定することが適切かを検討する。

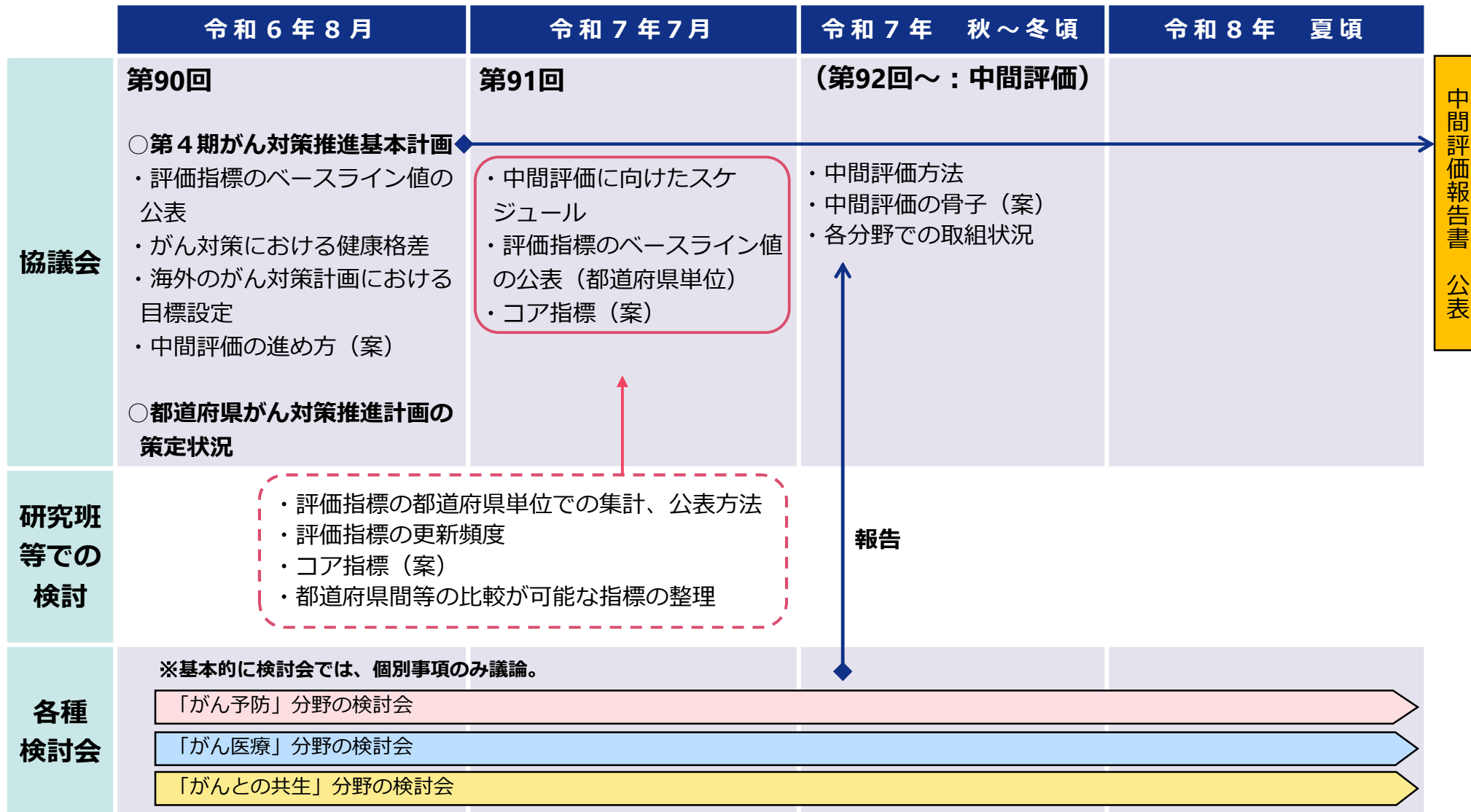
② 都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表と好事例の横展開の推進

- 都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、**都道府県ごとにコア指標を可能な限り測定・公表**する。あわせて、**都道府県のがん対策見える化**しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるよう取り組みを進める。

今後の進め方

- コア指標については、中間評価前（令和7年度春頃）の協議会で指標案を示し議論する。
- 令和7年度春頃を目処に都道府県単位での評価指標のベースライン値を公表し、協議会に報告する。

今後のがん対策推進協議会の検討スケジュール



中間評価の方法について（指標の判定）

例：がんの2次予防（がん検診）（一部抜粋）

アウトプット

受診率対策について						
#	取り組むべき施策	指標	ベースライン値	測定値（中間）	測定値（最終）	判定
-	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）				
12101	より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める	受診勧奨実施市町村数※	84.1%	93.0%		A
12102	【市町村及び検診実施機関】受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める	普及啓発キャンペーンの実施状況（資料の実質配布枚数、イベント参加者数）	1,900,852	1,890,933		C
-	感染症発生・まん延時等にごがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）				
12103	職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応を検討	指針に基づく検診の実施率	72.5%	86.8%		A

がん検診の精度管理等について

#	取り組むべき施策	指標	ベースライン値	測定値（中間）	測定値（最終）	判定
12201	レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う	がん検診の精度管理について技術的支援を行った市町村への支援数（特別区を含む）	40	40		B

中間アウトカム

#	中間アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	測定値（最終）	判定
121201	検診受診率の向上	検診受診率	49.7%	50.7%		A

#	中間アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	測定値（最終）	判定
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率	89.2%	89.2%		B

分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	測定値（最終）	判定
1000001	検診がん種の早期がん割合の増加	検診がん種別早期がん割合	55.0%	55.0%		B
1000002	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率	59.6%	55.6%		A

※赤塗: コア指標

- A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
- B：ベースライン値から変化なし
- C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
- D：測定不能

※ロジックモデル内に表記されている数字は仮データとなります

対応（案）

- ベースライン値^{*1}と測定値（中間）^{*2}を対比し、改善傾向・変化なし・後退傾向かを判定してはどうか。
- コア指標に着目しつつ、分野別に全体の指標を確認してはどうか。

*1：原則令和5年4月時点で集計できるデータ

*2：令和7年夏時点で集計できるデータ

コア指標の考え方と選定理由

厚労科研 指定研究班

井上真奈美

(国立がん研究センター がん対策研究所 副所長)

中間評価に向けたコア指標の設定と選定の基本方針

—第90回がん対策推進協議会（R6.8.5）における提案—

- 全ての指標を漫然と評価するのではなく、重要な指標（コア指標）に絞ってメリハリをつけて評価することとしてはどうか。

- コア指標：選定の基本方針

- ① 指標の評価として質が高い。（悉皆性、科学的信頼性）
- ② 最終アウトカムへの影響が大きい。
- ③ 都道府県等の比較が可能となる指標が望ましい。

コア指標の設定状況

全分野の指標296個のうち、コア指標（案）は93個選定（最終アウトカムは全指標をコア指標として選定）

各分野別の設定状況は以下のとおり

選定したコア指標の詳細は【参考資料6、参考資料7】参照

分 野	アウトプット	中間アウトカム	分野別アウトカム	最終アウトカム	計
全体目標 「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」	—	—	—	12(12)	12(12)
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	18(3)	19(7)	4(1)	—	41(11)
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	72(20)	46(17)	11(6)	—	129(43)
3. がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	35(10)	32(9)	15(2)	—	82(21)
4. これらを支える基盤の整備	21(2)	11(4)	—	—	32(6)
計	146(35)	108(37)	30(9)	12(12)	296(93)

コア指標の具体例

＜図の見方＞

- ・ コア指標のうち、6つの観点（①1次予防、②2次予防、③医療(提供体制)、④医療(チーム医療等)、⑤共生(相談支援)、⑥共生(サバイバーシップ支援等))に含まれる指標をロジックモデル上で表示しています。コア指標全体については【参考資料6、参考資料7】に記載しています。
- ・ コア指標と選定した指標を、着色セルに記載しています。
- ・ 分野別アウトカムは、ロジックモデル上での最終アウトカムへのつながりが見えるように、コア指標と選定していない指標も含めて、各分野における全指標を表示しています。（コア指標と選定していない指標は白色セルに記載）。
- ・ 中間アウトカム指標、アウトプット指標については、コア指標のみを表示しています。

コア指標案：① 1次予防

選定理由

- がん罹患への寄与割合がわかっている生活習慣要因
- 日本で対策が遅れており優先順位が高いもの（HPVワクチン）

生活習慣対策

中間アウトカム指標

BMI18.5以上25未満者の割合

食塩摂取量の平均値

1日の歩数の平均値

1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合

20歳以上の者の喫煙率

分野別
アウトカム

がん種別
罹患率減少

最終
アウトカム

がんの
死亡率減少

がんの
罹患率減少

感染症対策

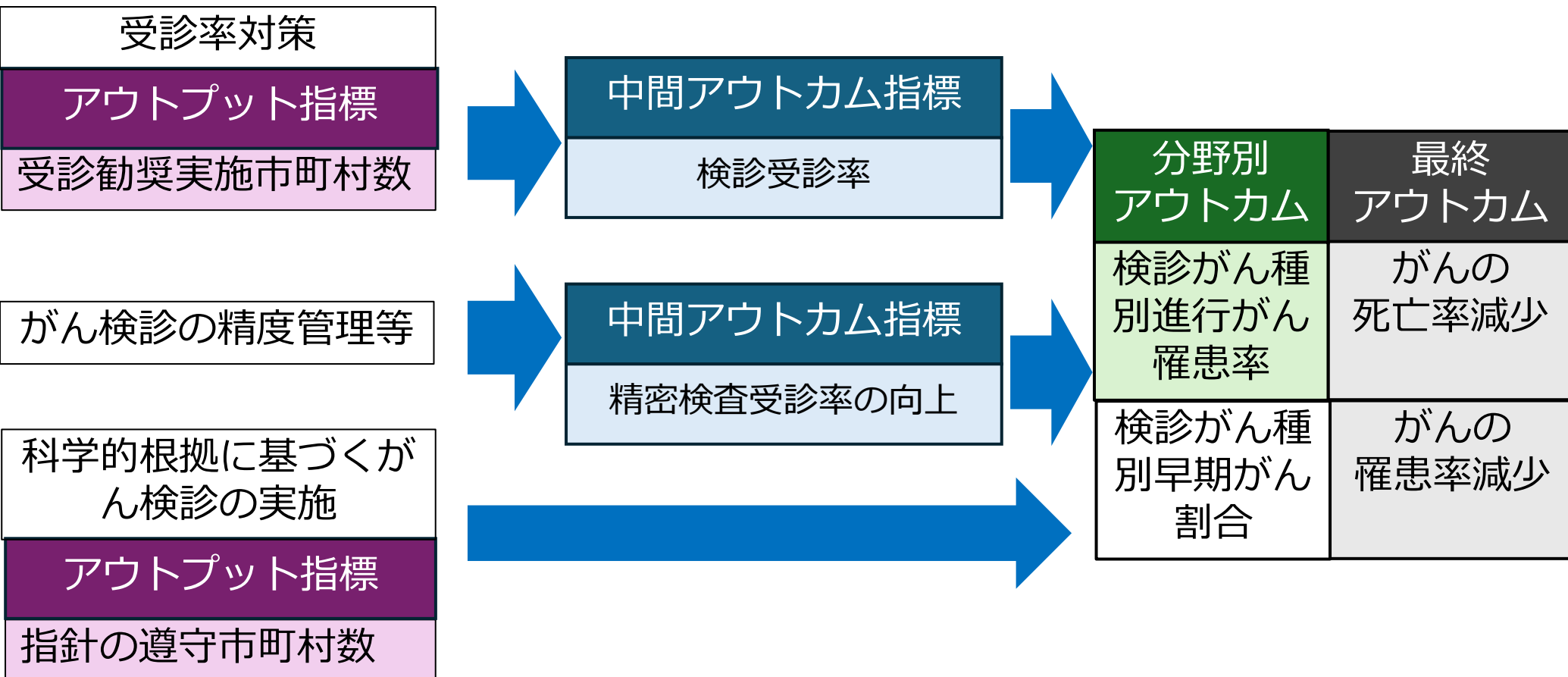
アウトプット指標

HPVワクチン定期予防
接種実施率

コア指標案：② 2次予防

選定理由

- がん検診の精度管理として従来から使用されている指標（確実性、比較可能性）



コア指標案：③医療－医療提供体制の均てん化・集約化－

選定理由

- 医療提供体制の役割・機能分担を評価する指標
- 主観的アウトカムとして患者が等しく医療を受けられたことを評価する指標

医療提供全般

アウトプット指標

- 役割分担に関する議論が行われている都道府県の数
- がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合
- 都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数

中間アウトカム指標

- 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合

分野別 アウトカム

- がんの診断・治療全体の総合評価（患者が感じる総合評価）

最終 アウトカム

- がんの死亡率減少
- がんの生存率向上
- 患者・家族のQOL向上

病理診断

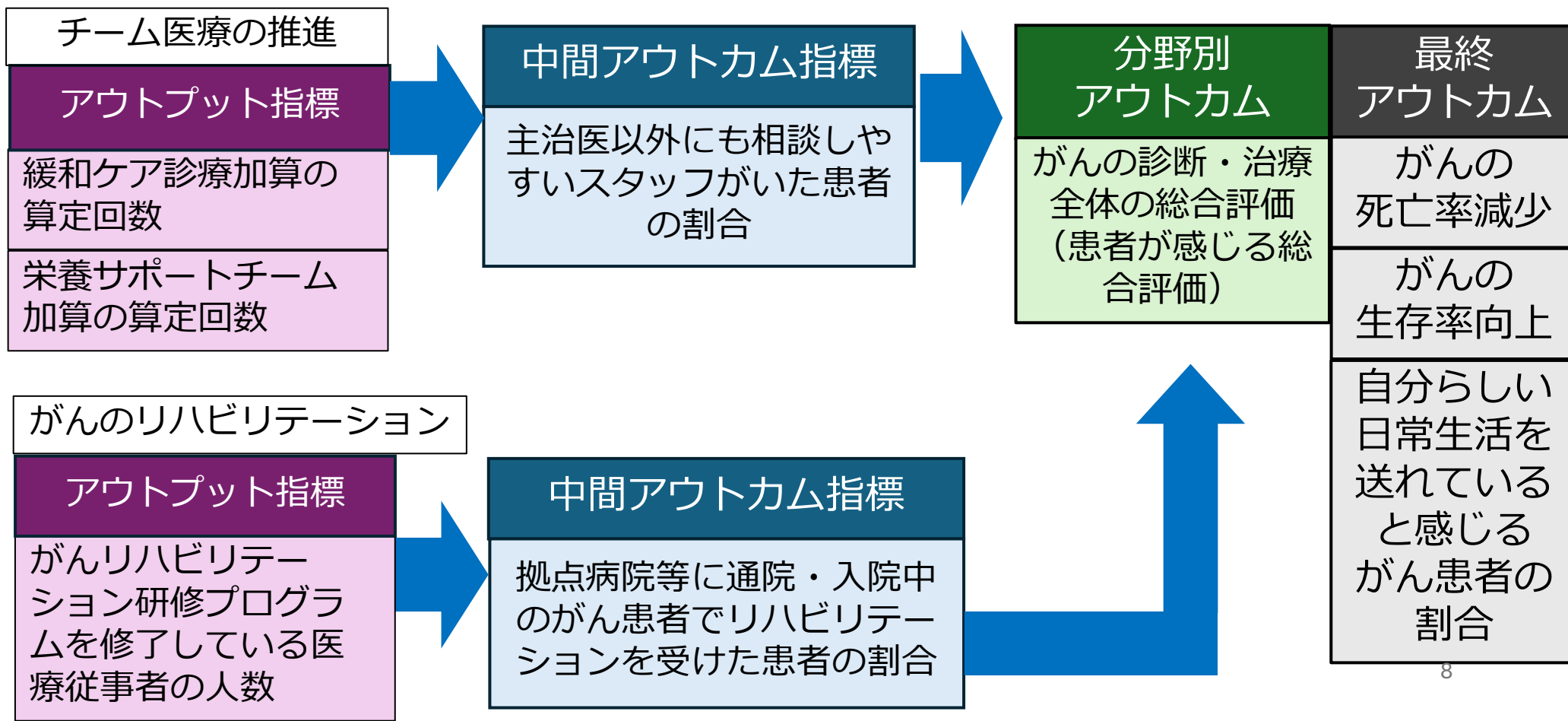
アウトプット指標

- 病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が1人以上配置されている拠点病院等の割合

コア指標案：④医療－チーム医療・がんリハビリテーション

選定理由

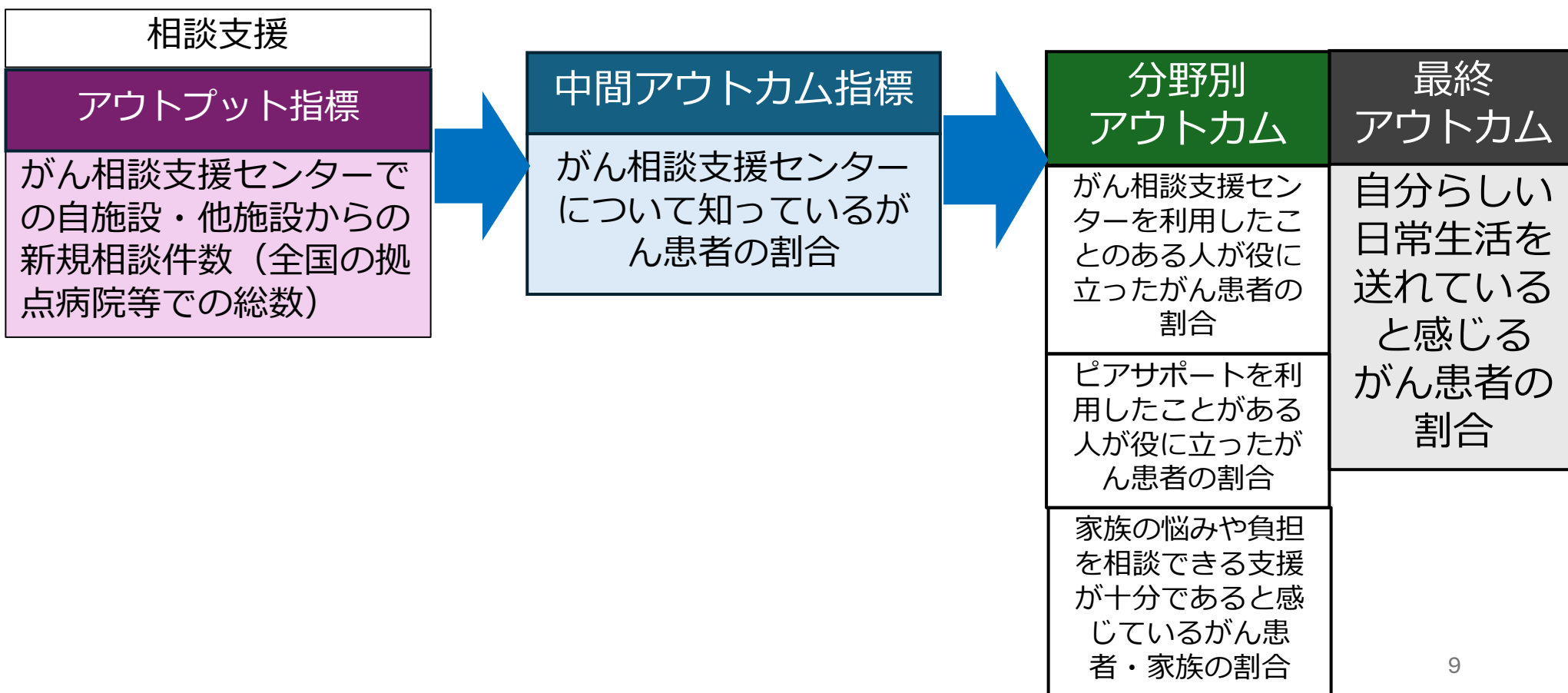
- 客観的に多職種連携を評価する指標
- 主観的なアウトカムとして多職種（医師以外）による相談支援環境の充実を示す指標



コア指標案：⑤共生－相談支援－

選定理由

- その後の両立支援の在り方が変わるため、治療開始前の早期介入を評価する指標



コア指標案：⑥共生－サバイバーシップ支援 就労支援－

選定理由

- その後の両立支援の在り方が変わるため、治療開始前の早期介入を評価する指標

就労支援（医療機関側）

アウトプット指標

拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数

中間アウトカム指標

治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合

退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合

分野別
アウトカム

治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合

金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合

がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合

家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合

最終
アウトカム

自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合

就労支援（職場側）

アウトプット指標

両立支援コーディネーター研修修了者数

中間アウトカム指標

治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合

まとめ

- 全指標（296項目）について、存在するデータで可能な限り都道府県別にベースライン値を算出し、公表した。
- 中間評価を適切に行うため、93個のコア指標を選定した。

2025年7月28日
厚生労働省
第91回がん対策推進協議会

第91回がん対策推進協議会

令和7年7月28日

資料2 - 3

「ロジックモデルを活用した中間評価」

国際医療福祉大学大学院

教授 埴岡 健一

<https://hanioka.org>

趣旨

- ・「ロジックモデルと指標を活用した評価」の基礎を共有する
- ・ロジックモデルと指標を活用する際の留意点を共有する
- ・「評価文化」醸成プロセスのイメージを共有する

ロジックモデルと評価（厚労省通知）

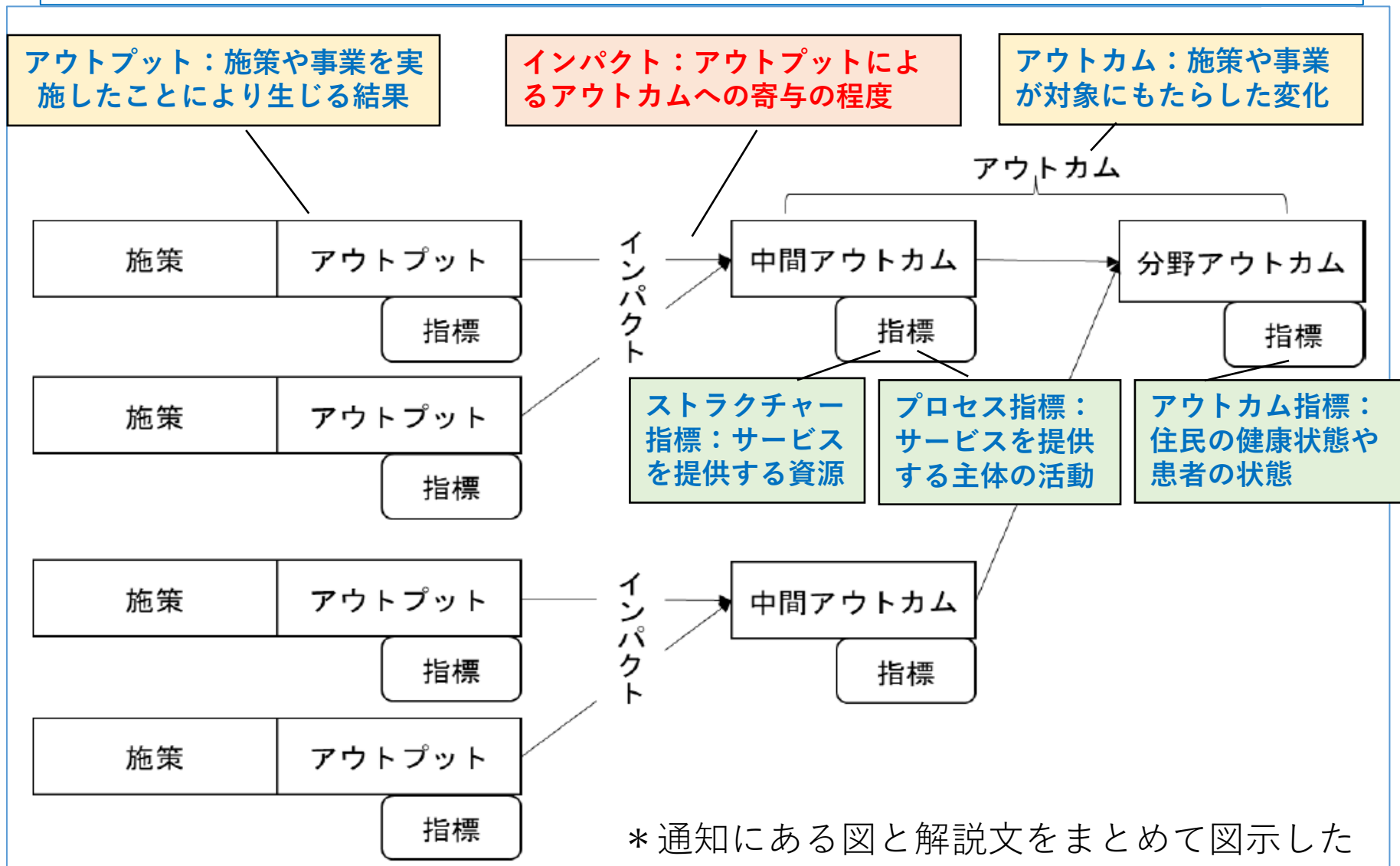
具体的には、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態、地域の医療の質などの成果（アウトカム）にどのような影響（インパクト）を与えたか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討する。

評価は、アウトプットのアウトカムへのインパクトを見る（インパクト評価）

作成と評価の両方に、ロジックモデルをツールとして活用する。

ロジックモデルとは（厚労省通知での説明）

ロジックモデル：施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係の体系図



ロジックモデルとプログラム評価

指標凡例

- ★ アウトカム指標
プロセス指標
ストラクチャー指標

◆ アウトプット計測値

● 資源投入量
(計〇円、〇人、〇時間、など)

ロジックモデル

①インプット

②アクティビティ
・③アウトプット

⑤インパクト

④アウトカム

中間アウトカム

分野アウトカム

指標

⑥アウトカム指標

⑦プロセス指標

⑧ストラクチャー指標

プログラム評価

⑨ニーズ評価
(必要性評価)

⑩セオリー評価
(整合性評価)

⑪プロセス評価
(実行評価)

⑫インパクト評価
(効果評価)

⑬コスト・パフォーマンス評価
(費用対効果評価)

満たされていないニーズを確認

目的と活動の論理整合性を確認

決めたことを実行したかを確認

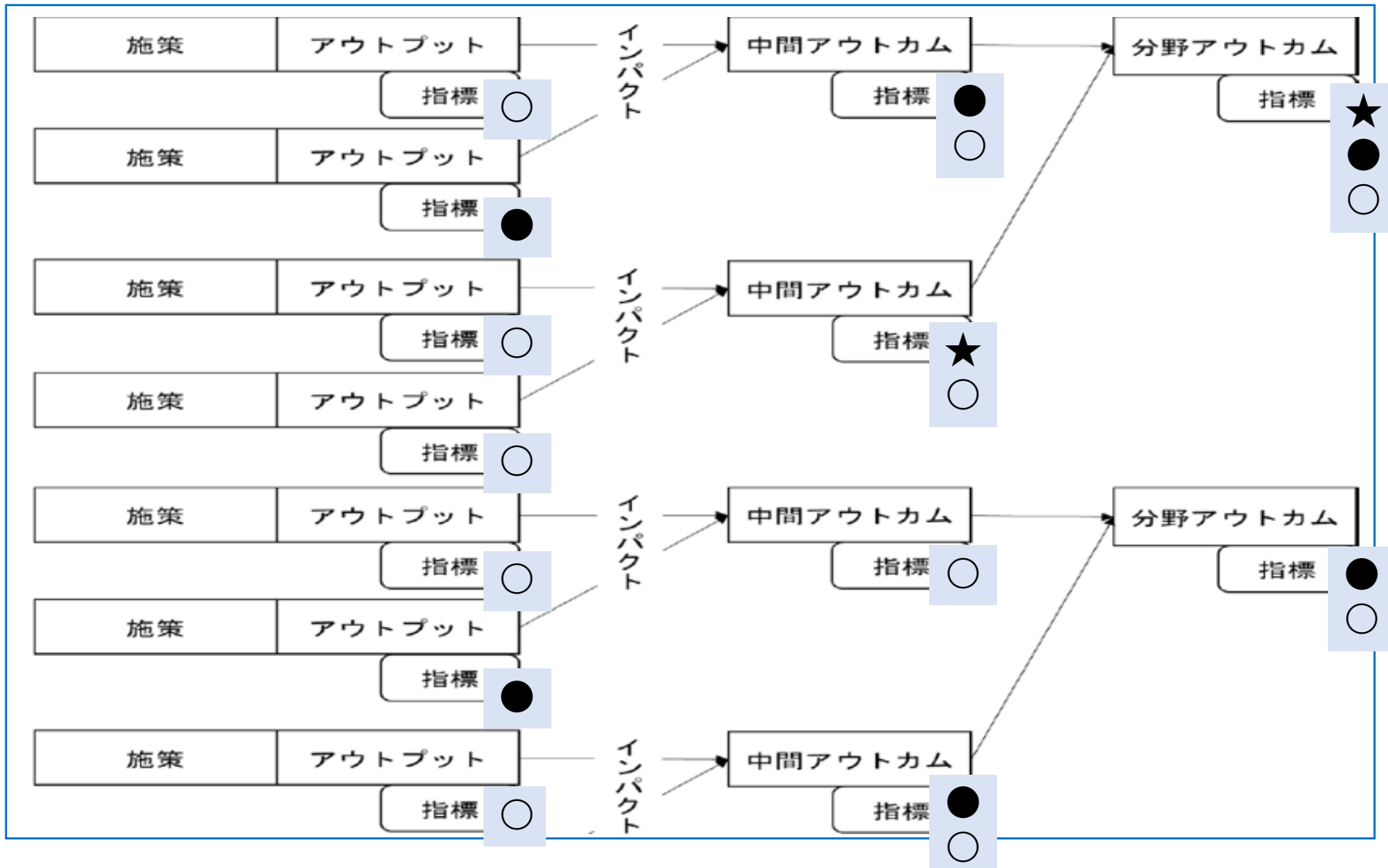
アウトプットがアウトカムに効果をもたらしたかを確認

インパクトによってインプット（投入資源）が正当化できるかを確認

指標の区分

【凡例】例
計測指標○
うちコア指標●
うち数値目標設定指標★

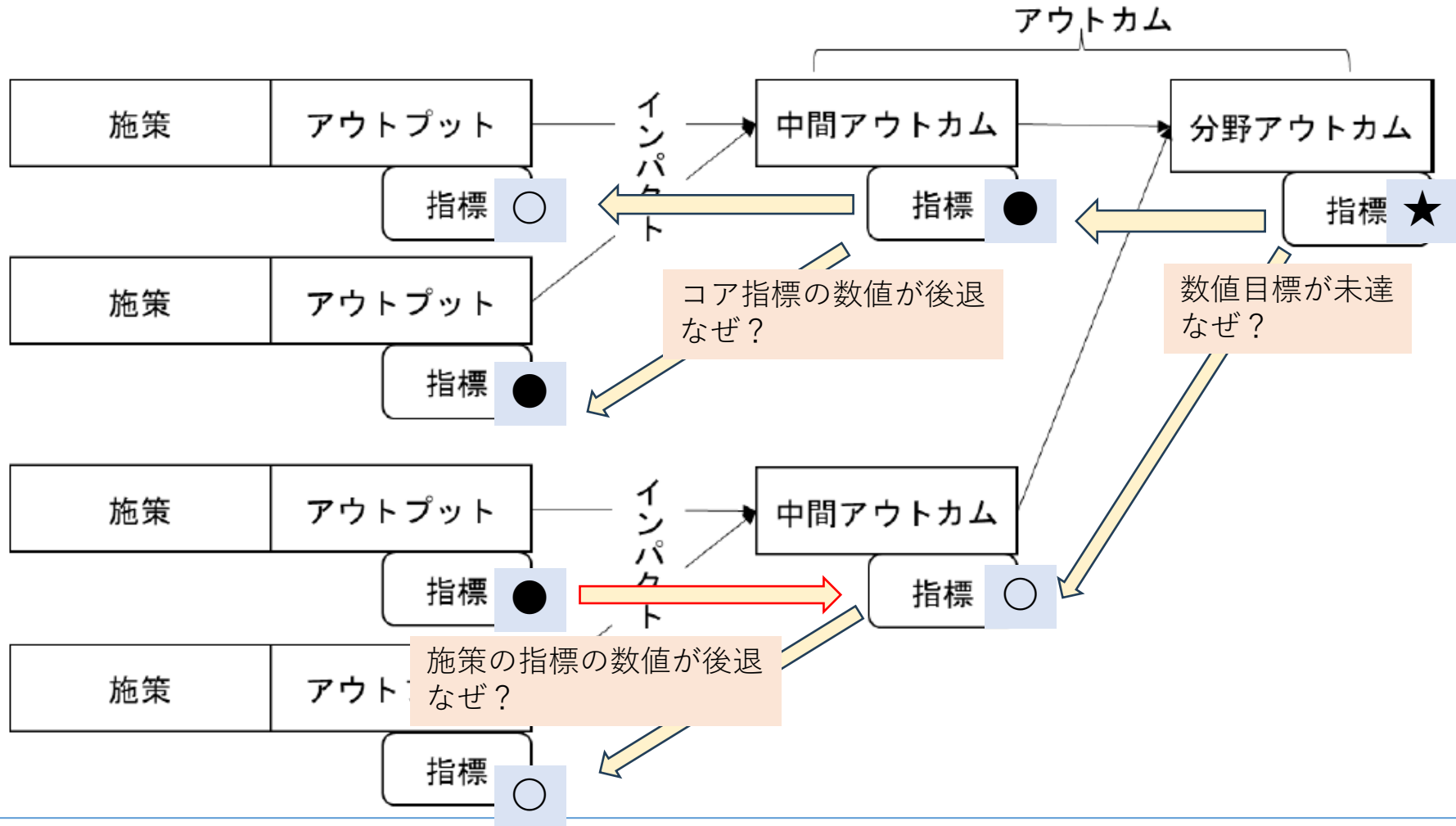
指標＝数値目標と解釈するような混乱が見られる。指標の階層と用語の定義を再確認し共有しておく必要がある。



指標の読み取り

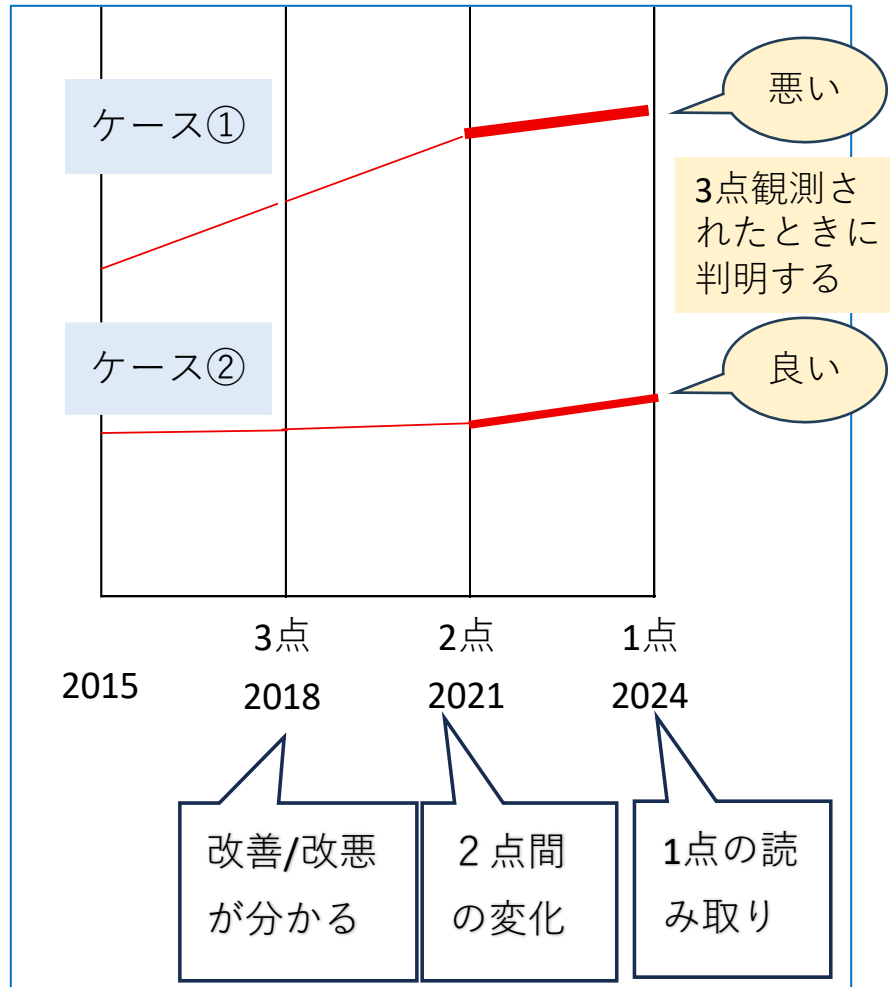
計測指標○
うちコア指標●
うち数値目標設定指標★

指標はつながりで見ると。コア指標を重視しながらも、ロジックモデルと指標全体をみることによってこそ評価が可能となる



何と比較し、何をもって改善？（国の場合）

計測点が増えるにつれ判定の質が高まる

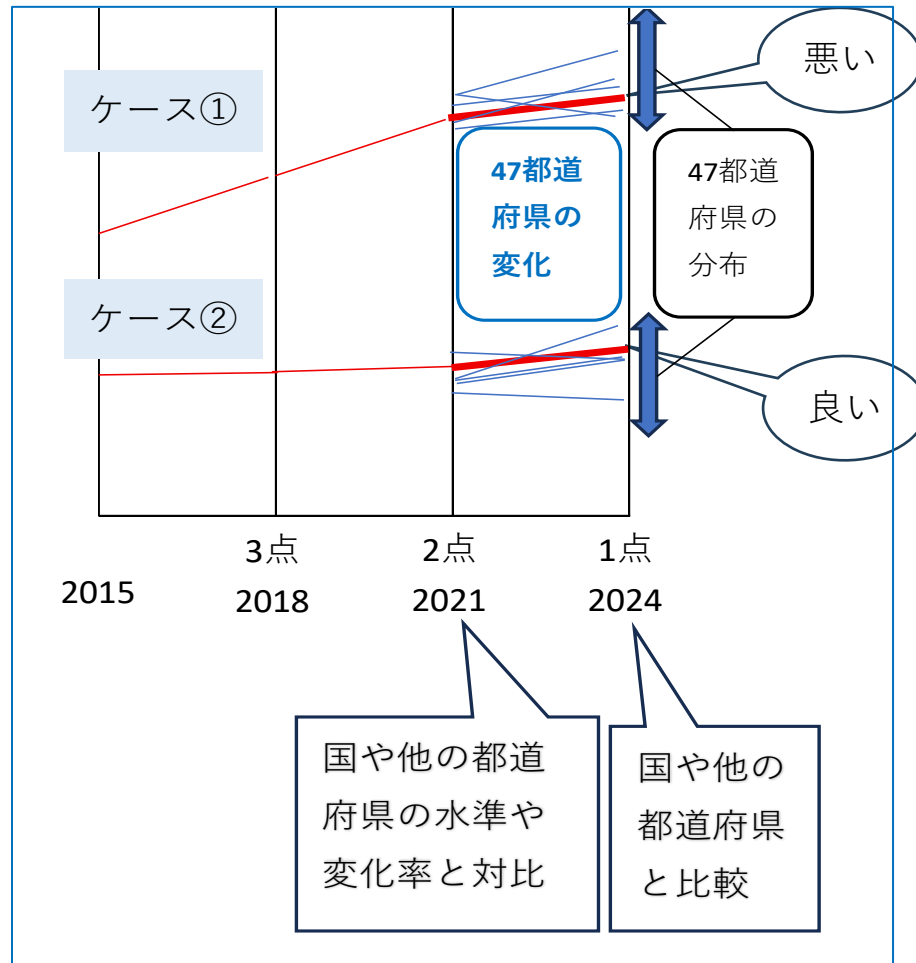


* 数値の上昇が良い方向の場合

場合	スタンス	判定の質の相対的格付け
1点観測（事後のみ）のとき	目標値や基準値があるときはそれと対比。そうでなければ、今後のデータ収集や指標設定の課題を明示。関係者ヒアリングなど定性的情報を加味。	低い
2点観測（事前と事後）のとき	前後の変化を単純比較、数値の変化を読み取り。トレンドとの比較ができないために解釈には注意が必要。今後のデータ収集や指標設定の課題を明示。	中
3点以上（過去、事前、事後）観測のとき	トレンドとの比較が可能。変化率や傾向から解析ができる。	高

参考：何と比較し、何をもって改善？（都道府県の場合）

- ・ 国は都道府県のパフォーマンスの均てん化（良い方への収れん）を促すことが重要
- ・ 結果的に国のパフォーマンスが上がる



* 数値の上昇が良い方向の場合

場合	スタンス	判定の質の相対的格付け
1点観測（事後のみ）のとき	目標値や基準値があるときはそれと対比。全国値やベスト都道府県値等と対比。今後のデータ収集や指標設定の課題を明示。関係者ヒアリングなど定性的情報を加味。	中
2点観測（事前と事後）のとき	全国値や他の都道府県の数値と水準や変化率を対比。	高
3点以上（過去、事前、事後）観測のとき	全国値や他の都道府県の数値と水準や変化率を詳細に分析。	高

評価とは

評価 = 事実特定 + 価値判断
(Evaluation) (Fact finding) (Value determination)

① 指標の数値が40から50に変化した

② 目標値の60を下回っており、よくない

③ 十分とはいえず、検討と追加対策が必要である

数値だけでは価値判断できない→考察と議論が必要

○例：がんの罹患が増加した（がん検診率が大幅に高くなり、早期発見率が高まったなら悪くない？）

○例：胸腔鏡手術の件数が少ない（肺がんの死亡率と罹患率が低いなら良い？。死亡率と罹患率が高いなら悪い？）

○例：相談窓口の認知度が高まらない（相談支援が十分であると感じる患者・家族の割合が後退していれば問題？ 割合が前進していれば、何が貢献したのか検討？）

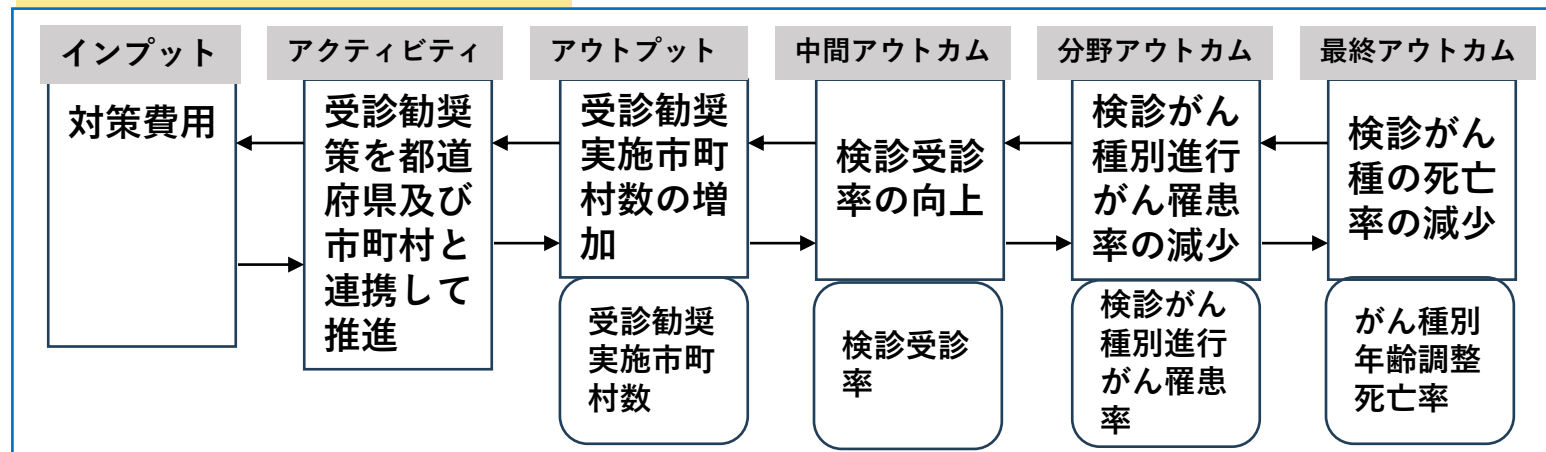
→ロジックモデルのつながりの中で、関連指標をセットで読み取り判断していくことが重要

→ロジックモデルにある指標のデータの計測と読み取り（事実特定）は、前段。その上で考察と議論による価値判断を経た評価が必要

→プログラム評価を理解してインパクト評価へ進んでいく

個別施策評価の例（がん検診分野）

個別施策のロジックモデル



プログラム評価

⑨ ニーズ評価
(必要性評価)

必要性があるか？

⑩ セオリー評価
(整合性評価)

これを実施すればアウトカムが高まると想定できるか？

⑪ プロセス評価
(実行評価)

施策の実施状況は？

⑫ インパクト評価
(効果評価)

施策によってアウトカムが前進したか？

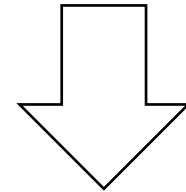
⑬ コスト・パフォーマンス評価
(費用対効果評価)

インパクト（効果）はインプット（対策費用）を正当化できるか？

評価の作業イメージ

区分	設問の例	情報記載例
ニーズ評価 (必要性評価)	患者・住民等の声で満たされていないことは？	不便さへの声はまだ多い
	満たされていない地域（地域差）は？	地域差が大きい
	守るべき規範で満たされていないことは？	検診率目標は未達
セオリー評価 (整合性評価)	分野・中間アウトカムは適切か？	適切と考えられる
	分野・中間アウトカムの指標は適切か？	指標をよりよい指標に変更した
	アウトカムと施策のつながりが強いのか？	一定の国内エビデンスあり
プロセス評価 (実行評価)	資源は用意されたか？	市町村によって異なる
	施策は実施されたか、進捗はどうか？	自治体の実施率は●%
	アウトプットは生まれているか？	対象者のうち実施率は●%
	施策関係者はどう感じているか？	実施方法の工夫も重要との意見がある
インパクト評価 (効果評価)	アウトカムは向上したか？	わずかに向上している
	アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は？	アウトプット指標は向上、アウトカム指標は微増。 アウトプットがアウトカムの効果を生んでいるかどうかは、まだ不明確な段階
	外部要因の影響は？	マスコミ報道が影響した可能性が指摘されている
コストパフォーマンス評価 (費用対効果評価)	費用に対して効果は十分に大きいのか？	現時点では、国の費用は●円、都道府県市町村の費用は概算●円であり、インパクトは不明確であるため、費用対効果の正当化は難しい
	関係者はかけた労力をどう感じているか？	働きかける対象の選定を工夫しないと労力の割に効果が高まらないのではないかと等との声がある
総合評価	総合して、この施策は意義が認められるか？今後、どうすべきか	ニーズ評価において、引き続き対策の必要性は高いと考えられる。セオリー評価において、この施策は整合性が認められる。プロセス評価において、市町村の取り組み、都道府県の市町村支援、市町村が実施している内容の違いが存在するため好事例に収れんさせる改善の必要性が示唆される。インパクト評価において、まだ効果は不明確な段階である。そのためコストパフォーマンス評価は現時点では正当化が困難である。総合して、ニーズ評価、セオリー評価は高いため、プロセス評価が高くなるように実施上の問題点を解決し、より明確なインパクトが出るように後期も施策を推進していくべきと考えられる

評価段階に対応した設問に関する情報を収集



こうした事実特定を踏まえて、価値判断を行い、評価を行い、エッセンスを報告書に記述する

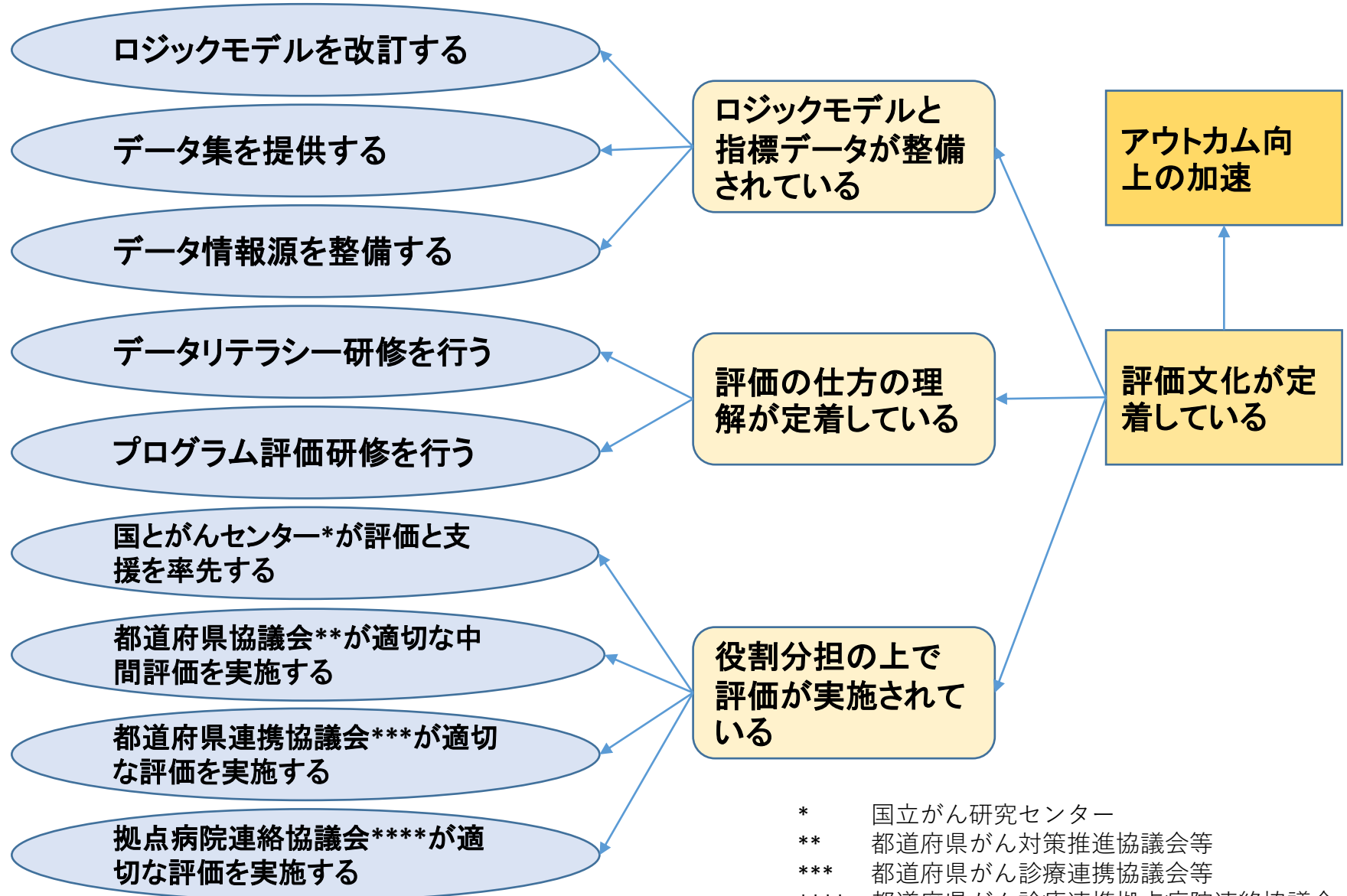
インパクト評価に向けた、評価文化醸成のステップ

〔ステップ1〕 ロジックモデルと指標が普及する。必要なロジックモデルの改訂が行われる。インパクト評価の枠組みが理解される。1点計測のデータが多く含まれる。協議において、定性情報も含めて暫定的な評価が行われる。

〔ステップ2〕 ロジックモデルと指標が定着する。インパクト評価が行われていく。2点計測以上のデータが増える。協議において、事実特定の上の価値判断による評価が軌道に乗る。

〔ステップ3〕 インパクト評価を含むプログラム評価が定着する。アウトカム向上の加速が現れる。

評価文化醸成のロジックモデル



- * 国立がん研究センター
- ** 都道府県がん対策推進協議会等
- *** 都道府県がん診療連携協議会等
- **** 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

参考資料

1. Rossi PH, Freeman HE, and Lipsey, MW 著. 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎監訳. 『プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド (Evaluation: a systematic approach, 7th ed) 』 (日本評論社、2005 年)
2. 龍慶昭, 佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』 (多賀出版、2000年)
3. 佐々木亮『評価論理 評価学の基礎』 (多賀出版、2010年)
4. 源由里子, 大島巖編著 .『プログラム評価ハンドブック：社会課題解決に向けた評価方法の基礎・応用』 (晃洋書房、2020年)
5. 佐藤徹『エビデンスに基づく自治体政策入門 ～ロジックモデルの作り方・活かし方』 (公職研、2021年)
6. 特定非営利法人がん政策サミット. 『がん政策サミット版「誰にでもできる！がん計画中間評価ガイドブック」』 (2019年) http://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_midev.guidebook.pdf
7. 地域医療計画評価ネットワーク (RH-PLANET) . 『地域医療計画評価・改定マニュアル』 (2019 年) <https://sites.google.com/view/rhplanet/>
8. 沖縄県がん診療連携協議会. 「がん対策地域別データ集 (沖縄県がん診療連携協議会版) 」 <https://www.okican.jp/about/1695622683/>
9. ロジックモデル講座シリーズ (国際医療福祉大学大学院社会人向け講座) 記録集 <https://www.hanioka.org/cont1/main.html>

参考：自治体研修などでのFAQ（よくある質問）①

	質問	回答
1	ロジックモデルや指標は地域の独自性が大切なので、独自に自力で作った方がいいのでは？	最終アウトカム、中間アウトカムおよびその指標はどの地域でもほぼ共通になるでしょう。地域の現状と課題によって初期アウトカムや個別施策の設定に特色が出てくると考えられます。よって、先行的なロジックモデル、指標リスト、データ集などを大いに参考にすべきと考えられます。
2	決定済の計画をどこまで変えていいのでしょうか？	増補改訂計画が既存計画を含むようにして進捗管理すれば、既存計画を堅持しつつ、参考として広めの管理をしていると考えられます。協議会（部会）でそれを示しつつ、中間評価や次期計画でオーソライズしていくことが考えられます。
3	重点施策や重点指標を決めたいがどのように選べばいいか。	観点を決めてから選定します。ニーズ評価でアンメットニーズが高い個所に関するもの。セオリー評価で中間アウトカムとのつながりが強いもの。効果が期待されるもののプロセス評価において解決可能な問題が見つかっているもの。インパクト評価で効果が出ており、さらに効果が期待されるもの。期待効果の大きさと対象のカバー範囲の2軸でスクリーニングする手法などもあります。このように重点とする根拠を示しておきましょう。重点施策のアウトカムに対応する指標は重点指標になりえます。
4	指標の設定の数はどれぐらいが適切？	まず、用語の整理をし、モニタリング指標、コア指標、数値目標設定指標などを区別しておく必要があります。厚労省提供や沖縄県がん診療連携協議会が提供するデータセットから数値が入手できるモニタリング指標は多数あってもよいのです。そこからコア指標、数値目標設定指標を選択していけばよいでしょう。
5	目標の設定はどうすればいいか。現状は「増加」などとしている項目がほとんどなのだが。	これまでの傾向や全国値と比較しないと、数値は「向上」しても成績は下がることも多くあります。数値が全国値より悪いときは「全国値なみ」、良いときは「全国ベストレベル」といった設定もありえます。また、改善率を「加速」とすることも一案です。本来は、地域と全国の数値の推移を勘案してから目標を設定すべきです。

参考：自治体研修などでのFAQ（よくある質問）②

	質問	回答
6	データが入手できない指標は置いておくべきか。数値があるものに置き換えるべきか。	ロジックモデルの構成概念に対して、妥当性が低い指標をおいた場合、ミスマッチ指標に引っ張られて目的が間違った方向に導かれてしまいます。ある程度の妥当性がある場合は、置き換えてもよいですが、ずれがあることは自覚しておきましょう。大きくずれてしまう場合は、「あるべき指標名（数値なし。要開発）」としておく方が健全です。
7	目標値を設定すると未達になった際に議会から追及されかねない。設定はできるだけ控えるように上司から言われた。どう考えるべき？	最終アウトカムや分野アウトカムには多くの外部要因も影響するので、直接的な責任は問われるべきではありません。一方で施策のアウトプットと直接的なアウトカムについては、しっかりと検証すべきです。一つの指標だけに着目し達成、未達成の議論をするのは建設的ではありません。たとえば一つの間接アウトカムが未達の時、そこにつながる初期アウトカムや施策のどこに問題があるのか。ロジックモデルの右から左へのつながりの上で、アウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標をセットで見て、原因と対策を継続的に議論することが本筋です。その仕組みを構築しつつ、PDCAサイクルの意味と意義を広く説明していくことに力点をおきましょう。
8	県が予算化（事業化）していないことをロジックモデルに入れるなという意見と、入れておけという両方の意見があるが、どちら？	医療計画は都道府県庁だけのための計画ではなく、住民をはじめとした関係者全体のための計画と捉えられます。アウトカム達成のために実施されている施策の体系全体を記述しておくことが必要です。記載した施策について、行政が予算化や事業化する必要は必ずしもありません。各プレイヤーがすでに取り組んでいる事業や活動も含まれます。
9	予防や医療介護連携などは市町村の役割が大きく、県の役割は限定的なのだが。	市町村の成績の合算が県の成績となります。市町村が同様のロジックモデルと指標で進捗管理できるとよいです。県がロジックモデルと指標のひながたを提供し、進捗管理の研修も実施し、指標計測共同化などの支援をすることができます。
10	昨年度の評価を3年前の指標で評価していることに、疑問を感じる。	指標データが得られるタイムラグの問題があります。統計データ公表の迅速化を求めつつも、改善がすぐには期待できないこともあります。1つのタイミングの区切りだけで考えず、毎年度の進捗管理のデータ蓄積の中で、継続的に見ていくことの方が重要になってきます。特に因果関係とタイミングの逆転に注意する必要があります。Aが達成できた後にBの達成につながると考えられる場合に、Aは2020～2022年の変化値、Bは2018～2020年の変化値を見ているとしたら、逆転が生じています。

第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）について

令和7年 7 月 28 日 第91回がん対策推進協議会

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）

- 都道府県がん対策推進計画の評価等にご活用いただくことを目的に、実施した施策がアウトカムにもたらした効果を評価するツールとして、国立がん研究センターのがん情報サービスに掲載した。

がん情報サービス
ganjoho.jp

医療関係者向け

このサイトについて>

医療関係者向け情報

情報を絞り込む：☒ すべて ☐ 行政担当者

がん対策情報

- 診療に関する情報
- 予防に関する情報
- がん検診
- がん登録
- がん対策に関連する情報へのリンク集（一般向けサイト）
- 地域のがん情報（一般向けサイト）

がん情報サービス
ganjoho.jp

医療関係者向け

このサイトについて>

HOME > がん対策情報 > がん対策に関する情報

がん対策に関する情報

日本のがん対策はがん対策基本法に基づいて策定される「がん対策推進基本計画」に沿って進められています。国立がん研究センターでは、がん対策推進の取組の一環として、がん対策に資する資料を収集公開しています。

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）

更新・確認日：2025年07月24日 [履歴]

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/control_plan/logic_model.html

第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）

「第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル 確定版」：がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法＞

県名検索
東京都
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	東京都		全国	
			ベースライン値	測定値（中間）	ベースライン値	測定値（中間）
手術療法について						
213301	標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める	拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 大腸がん	83.20%		79.20%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 肺がん	86.10%		86.70%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*3の鏡視下手術の割合 胃がん	70.80%		65.40%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 前立腺がん	98.90%		96.60%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 肝臓がん	42.90%		43.40%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 胆のうがん	3.10%		8.80%	
		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合 脾臓がん	26.10%		18.50%	
		厚生労働省院内感染対策				

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	東京都		全国	
			ベースライン値	測定値（中間）	ベースライン値	測定値（中間）
213301	安全かつ質の高い手術治療の実施	我が国に多いがんの術後短期死亡率 大腸	0.44%		0.41%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 肺	0.20%		0.32%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 胃	0.27%		0.37%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 乳	0.01%		0.02%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 前立腺	0.00%		0.04%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 肝	0.46%		0.58%	
		我が国に多いがんの術後短期死亡率 胆のう・胆管	0.96%		0.89%	



希少がん関連の指標について

令和7年7月28日 第91回がん対策推進協議会

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第4期がん対策推進基本計画における希少がん関連の指標について①

- 希少がんの世界共通の定義は存在せず、我が国では、平成27年3月、厚生労働省健康局に「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」が設置され、同年8月にとりまとめられた同検討会の報告書において、海外の定義を参考に、政策的な対応を要する「希少がん」を以下のとおり定義することとされた。
- 上記検討会において、我が国における希少がん分類を開発する必要があるとの意見があり、令和5年度からの厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野がん対策推進総合研究「希少がん診療・相談支援におけるネットワーク構築に資する研究（研究代表者：川井章）」において、国立がん研究センターを中心に我が国における希少がん分類・一覧の作成が進められてきた。

希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書（抜粋）

II. 定義

これまで我が国において、希少がんについて明確な定義は存在しなかった。そこで、今後希少がん対策を講じるに当たって、まず希少がんの定義を整理する必要があった。

海外での定義は分類や算定方法、定義も様々である。米国で開催されたNational Cancer Institute(NCI)における希少がんのワークショップでは、部位を主とした分類（一部組織型も加味）を用い、成人のがんで性別ごとに人口10万人当たり15例未満の罹患率を、欧州の関連学会の連合プロジェクトであるRARECARE2では、部位と組織型による詳細な分類を設定し、全人口で10万人当たり6例未満の罹患率を、それぞれ希少の定義としている。本報告書では、こうした海外の定義を参考にし、**以下2つの条件に該当するがん種を、政策的な対応を要する希少がんとして扱うこととした。**

- ・ **概ね罹患率（発生率）人口10万人当たり6例未満（分類はRARECARE分類のLayer 2を参考とする。）**
- ・ **数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい**

診療・受療上の課題とは特に①標準的な診断法や治療法が確立しているかどうか。②研究開発、臨床試験が進んでいるかどうか。③既に診療体制が整備されているかどうか、といった点に着目することとした。

なお、本報告書では、欧州のRARECARE分類を参考として用いているが、我が国における独自の希少がん分類を開発する必要があるという意見もあった。

「希少がん診療・相談支援におけるネットワーク構築に資する研究」分担研究報告書（抜粋）

A. 研究目的

希少がん対策の推進に当たって、希少がんを定義することは、その前提となる。（中略）報告書の発行から年月が経過した現在、RARECAREがもととした国際疾病分類腫瘍学（ICD-O）やWHO分類も改訂されて元のRARECARE分類の当てはまりが悪くなっている。もともとRARECARE分類については何点かの疑義も呈されており、上記の如く「独自の分類を」という意見も出されていた。本研究は、RARECARE分類を基として、新しいICD-O-3.2の体系をもとに、**わが国において希少がんの定義に資する分類を作成し、それを国内ないしは世界における分類とすることを目標とする。**

第4期がん対策推進基本計画における希少がん関連の指標について②

- 国立がん研究センターを中心に新たな希少がん分類「New Classification of Rare Cancers (NCRC)」が策定（令和7年6月公表）され、前述の平成27年に公表した「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」の報告書の定義である「人口10万人あたり6例未満のがん」を前提としつつ、2016－2019年の全国がん登録情報を用いて、がんの発生が少ない臓器31部位のがん（カテゴリーA）と、がんの発生が多い臓器であるが発生が少ない特定の組織型のがん364種（カテゴリーB）が希少がんに分類された。
- これを踏まえ、第4期がん対策推進基本計画における希少がん関連の指標については、この新たな希少がん分類（NCRC）を用いて今後集計予定である。

New Classification of Rare Cancers (NCRC) の詳細

◆ 定義：人口10万人あたり6例未満のがん

① 希少がんカテゴリーA：がんの発生が少ない臓器のがん（31臓器）

小腸、中咽頭、喉頭、下咽頭、軟部組織、鼻・副鼻腔、精巣、胸腺、唾液腺、胸膜、骨、後腹膜、虫垂、膣、肛門・肛門管、眼・付属器、上咽頭、腹膜、縦隔、副腎、乳房（男性）、陰茎、尿道、松果体、尿膜管、心臓・心膜、下垂体、気管、胎盤、副甲状腺、中耳

② 希少がんカテゴリーB：がんの発生が多い臓器だが希少な組織型（364組織型）

例：胃がん

GIST（消化管間質腫瘍）、リンパ腫、神経内分泌癌、神経内分泌腫瘍、特殊型癌腫、未分化癌、神経内分泌・非神経内分泌細胞混合腫瘍、リンパ上皮腫（様）癌、組織球性又は樹状細胞性新生物、急性骨髄性白血病及び関連前駆新生物、肉腫、胚細胞関連腫瘍、粘膜黒色腫、癌肉腫/肉腫様癌、唾液腺型腫瘍

※NCRCの検討にあたって、実症例の分類検討には平成28年1月1日に施行されたがん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づき収集された全国がん登録情報を活用し、全国がん登録情報で実症例が確認できなかった組織については、ICD-O-3.2及びWHO分類の組織コードを用いた。

※現段階では実臨床に即した我が国における最新の希少がん分類である。



第3回（令和5年度） 患者体験調査結果概要

国立がん研究センターがん対策研究所

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

5. 必要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

各分野の取り組むべき**施策**が（中略）効果をもたらしているか（中略）**科学的・総合的な評価**を行い、必要に応じてその結果を**施策に反映**する

調査方法 層化二段無作為抽出法

母集団：院内がん登録に登録された患者

がん全体の約7割以上をカバー

- 1 段目：施設の抽出
 - すべてのがん診療連携拠点病院等が対象
 - 上記以外の施設を全国から無作為に抽出



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
・地域がん診療病院
(全類型の特例型も含む)

- 2 段目：対象者の抽出
 - 各施設から対象者を抽出
 - 2021年1～12月にがんと診断・治療された方（無作為）
+ がん以外の疾患で治療された方

調査方法 前回調査と今回調査の違い

- 対象施設の拡大＝国指定のがん診療連携拠点病院等を抽出⇒全施設依頼
- 受診先選択に関する質問の追加、類似の質問の整理削除、文言の微修正
- 質問紙の選択肢（特に5段階スケール下記）の変更、フォーマットの修正

第2回患者体験調査(H30)	第3回患者体験調査(R5)
とてもそう思う	そう思う
ある程度そう思う	ややそう思う
ややそう思う	どちらともいえない
どちらともいえない	あまりそう思わない
そう思わない	そう思わない

集計方法

- ABグループ全体と3群の層別化集計を行った



グループ	グループ定義
A	診断時、 18歳以上40歳未満 のがん患者
B	診断時、 40歳以上 のがん患者
C	第2回調査と同じ調査票を送付するがん患者
D	年収や学歴の質問を追加した調査票を送付するがん患者
E	がん以外の受診者

希少がん患者 **ABグループから希少がんの定義*1を用いて抽出した患者**

若年がん患者 **希少がんを除くAグループの患者**

一般がん患者 **希少がんを除くBグループの患者**

*1 : Rarecare分類による定義を参考に、限定的に定義（第2回調査までと同じがん種）
http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf
（希少がんワークショップ報告書・巻末資料1より抜粋）

調査対象数

- 対象施設：367施設
- 発送数：32,716名
- 回収数：14,797名（回収率45.2%）



- 報告対象（11,169名）

重みづけで補正後の対象者分布（小数点以下第2位で四捨五入のため、100%にならない）

希少がん患者：4.6%

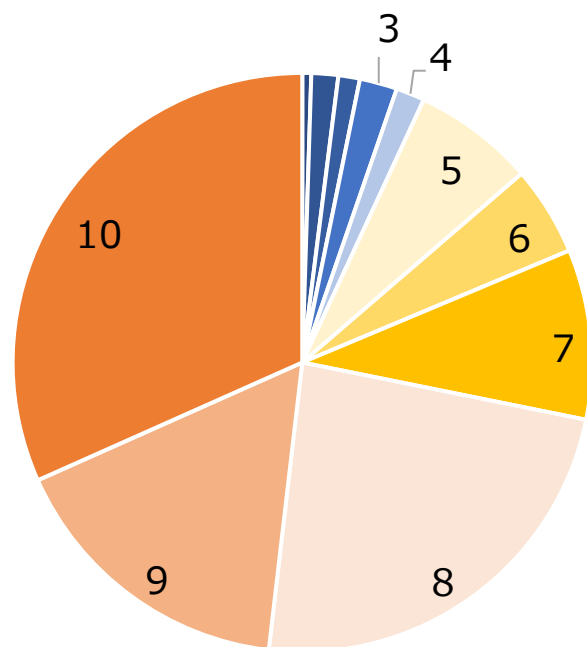
若年がん患者：2.1%

一般がん患者：93.4%

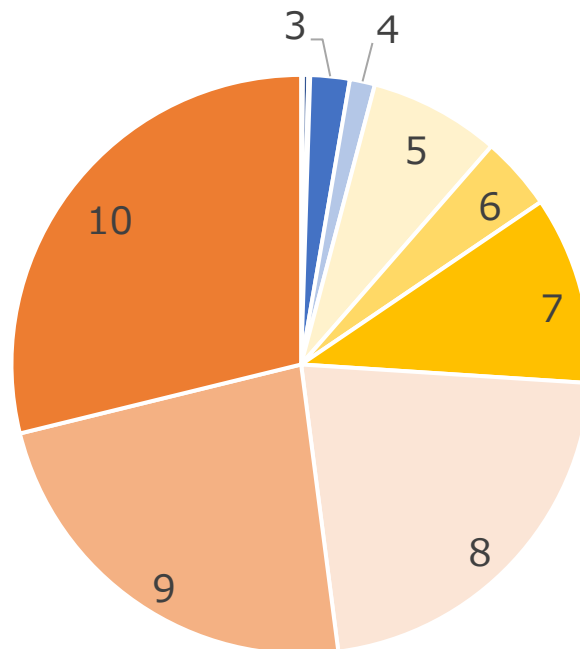
総合的な医療の点数

全体平均
8.2点

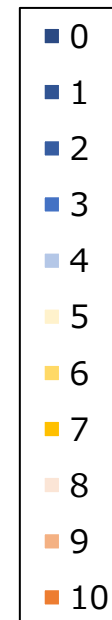
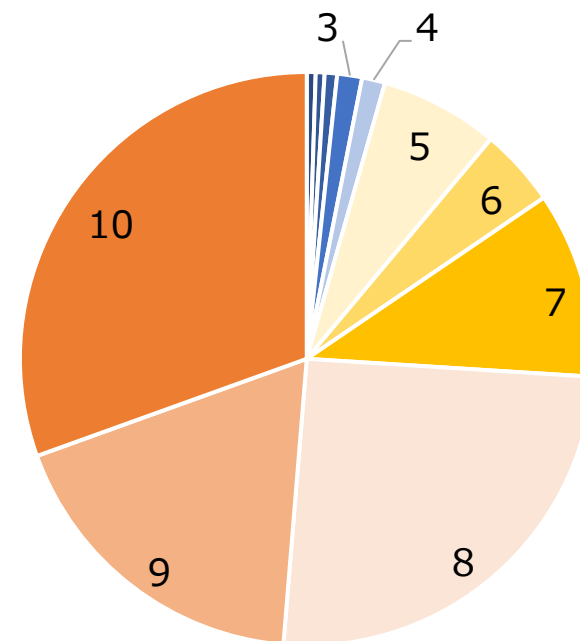
希少がん患者：8.0



若年がん患者：8.2

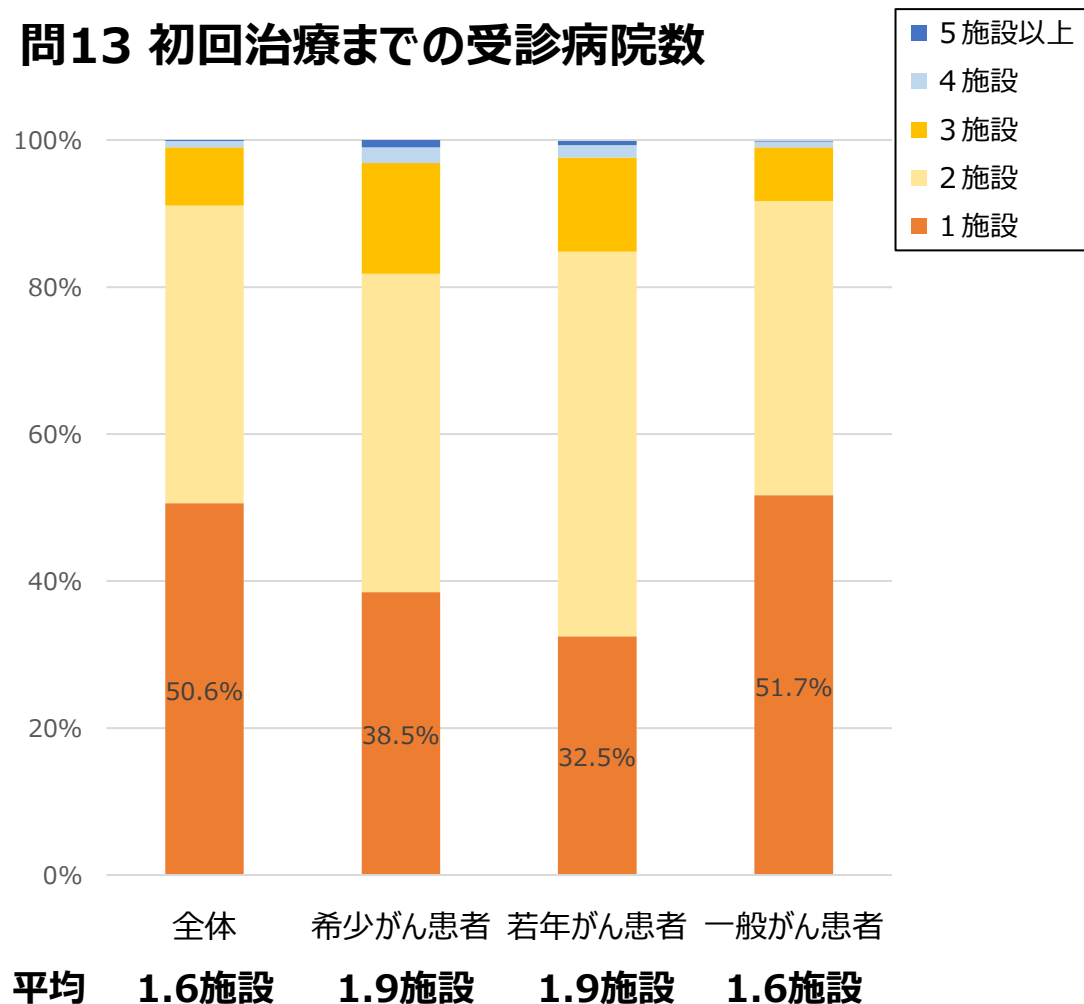


一般がん患者：8.2

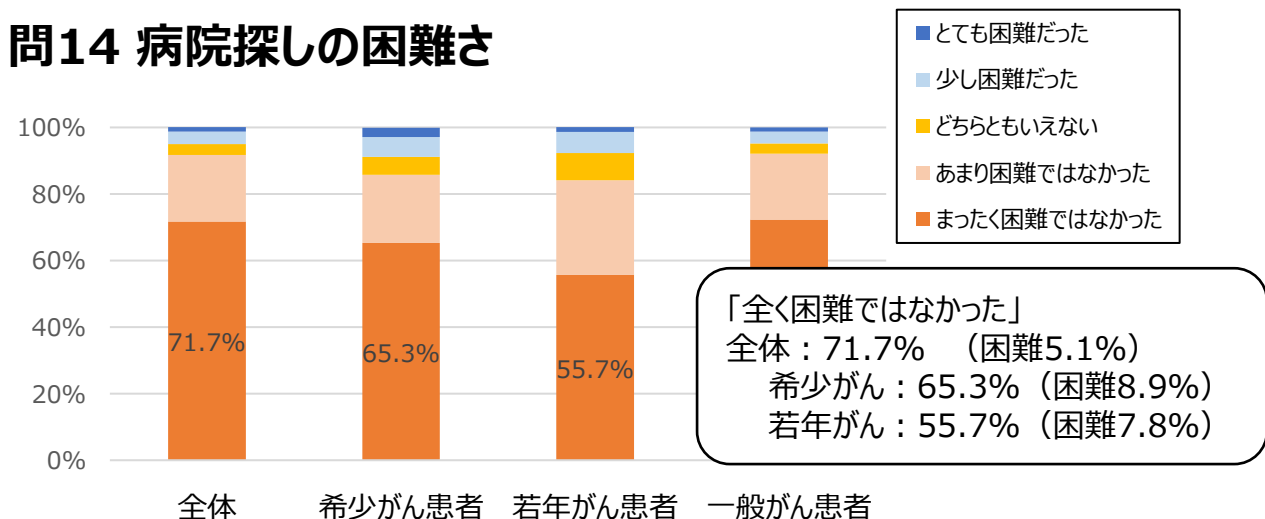


受診先の選択・治療前/中の情報取得

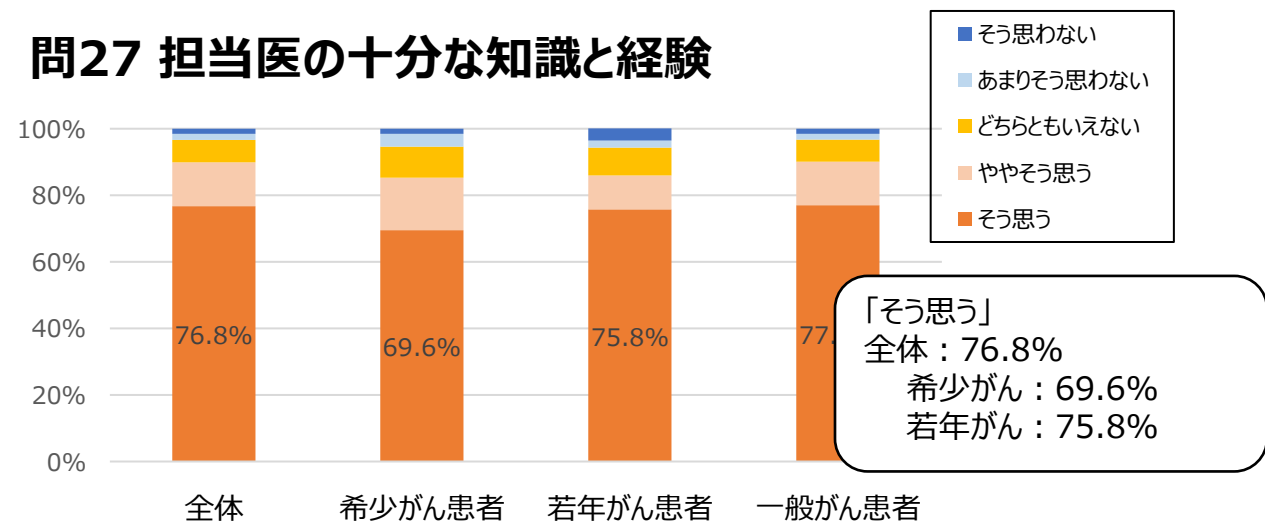
問13 初回治療までの受診病院数



問14 病院探しの困難さ

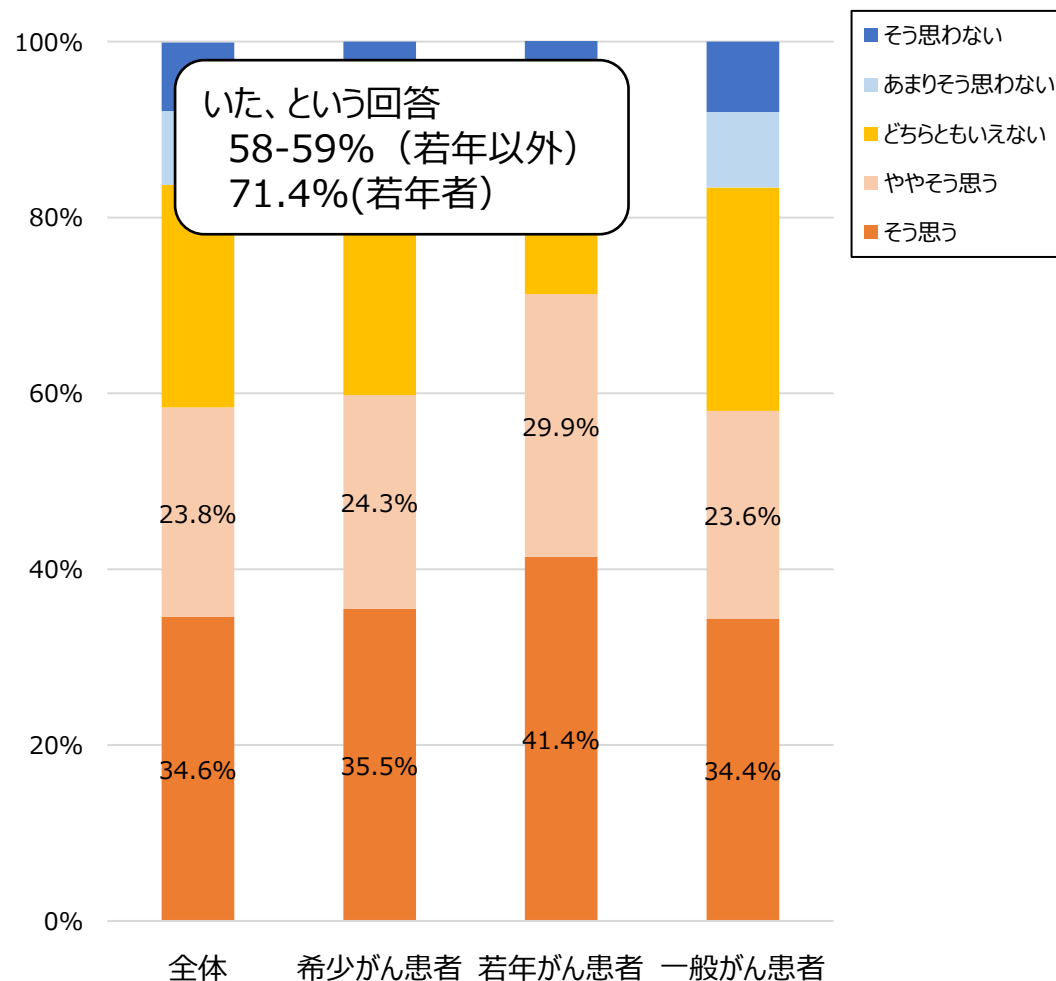


問27 担当医の十分な知識と経験

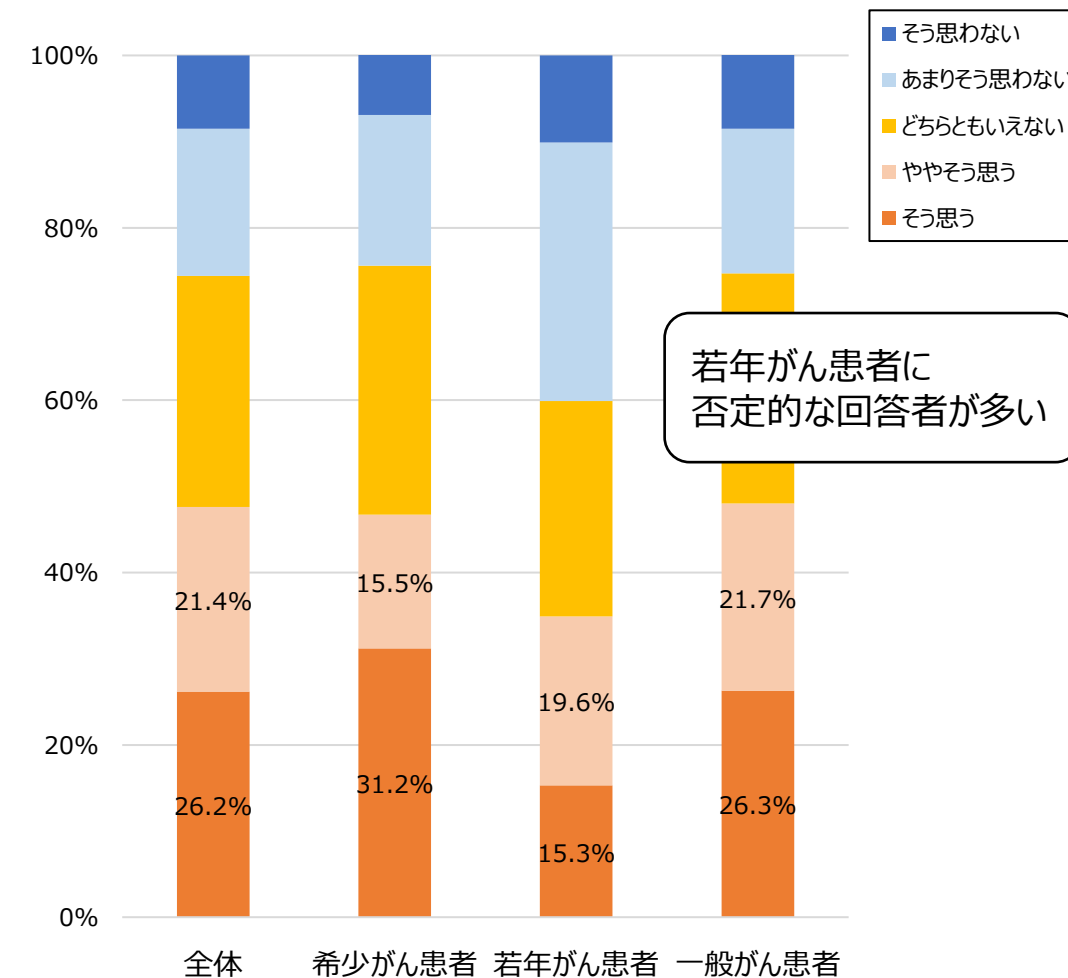


医療者とのコミュニケーション

問23-6 医師以外に相談しやすいスタッフがいた



問58 心のつらさの相談ができる



経済的困難

問21 金銭的負担で治療を変更・断念した
全体 1.8%（保険外治療を含む）

問22 経済的影響を受けた
(該当なし 以外)

全体 24.2%
若年 44.9%

影響の主な内容

全体

貯蓄切り崩し 16.5%
食費衣料費削減 6.8%

若年

上記に加えて
金銭的援助を受けた 16.6%
仕事の継続・転職 12.0%

<問22 経済的影響を受けた事項, % (多い順)>

	全体	希少	若年	一般
長期に貯蓄していた貯金を切り崩した	16.5	16.5	29.3	16.2
日常生活における食費、衣料費を削った	6.8	9.0	17.7	6.4
金銭的負担のために患者本人が仕事を続けざるを得なかった、あるいは転職せざるを得なかった	3.6	3.5	12.0	3.4
親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）	2.7	4.5	16.6	2.3
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	1.7	1.8	2.8	1.6
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	1.3	1.9	4.7	1.2
受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送ったりした	1.0	1.4	2.1	1.0
車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した	0.7	1.3	2.1	0.7
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	0.5	0.9	1.3	0.5
その他	2.2	2.9	3.2	2.1
上記のようなことは無かった	75.8	75.9	55.1	76.3

就労への影響

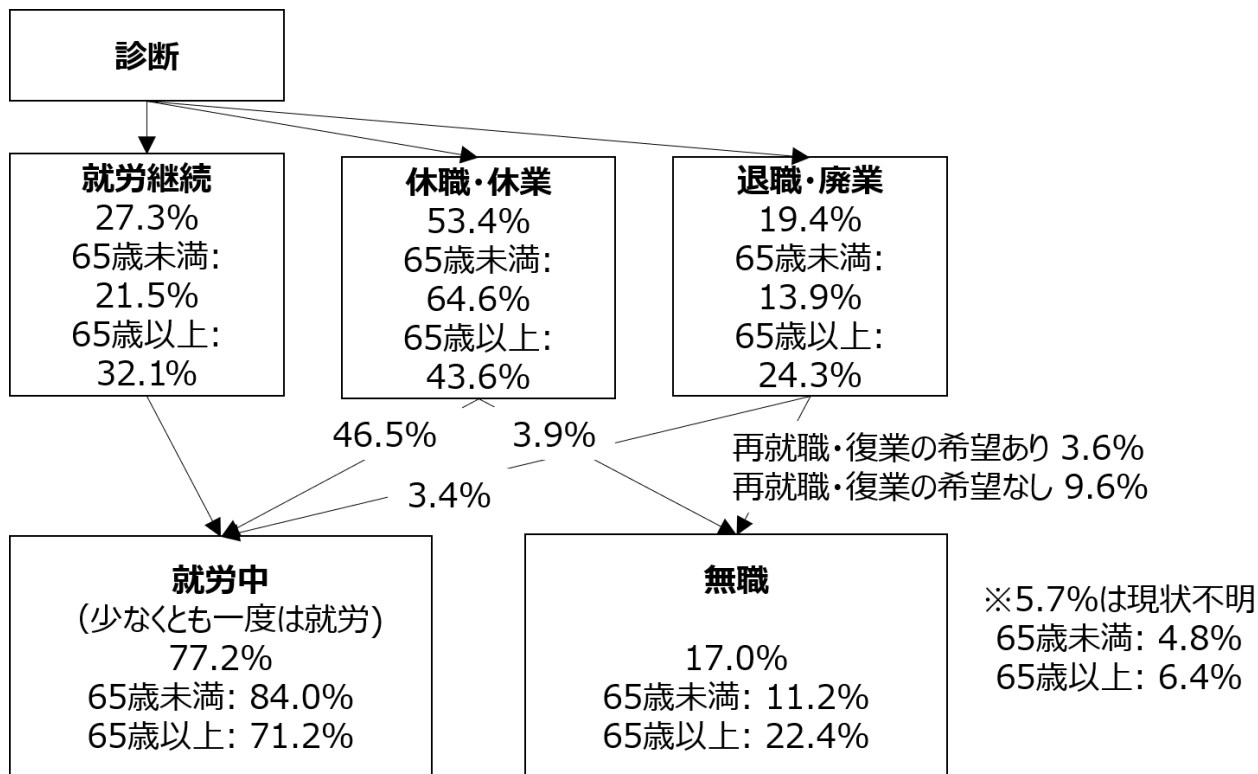
問36 がん診断を職場に知らせた
各群 約90%

**問39 就労継続について医療者から話
しがあった**
全体 44.0%
若年 57.7%

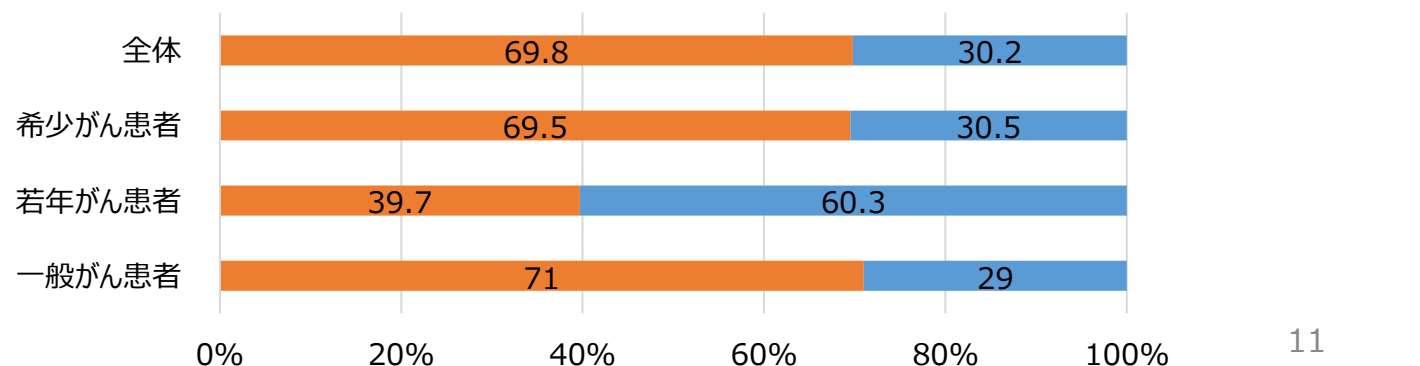
問41-1 休職・休業した
全体 53.4%
若年 63.6%
退職率は全体と同様
治療後の復職は多い

問41-2. 復職した
希少 85.9%
他の群より低い

問41 がん治療に伴う就労状況の変更（年齢区分別）



問40 就労に関する医療スタッフからの説明の必要性 (診断時 仕事をしていた人)



■ 前回調査との比較

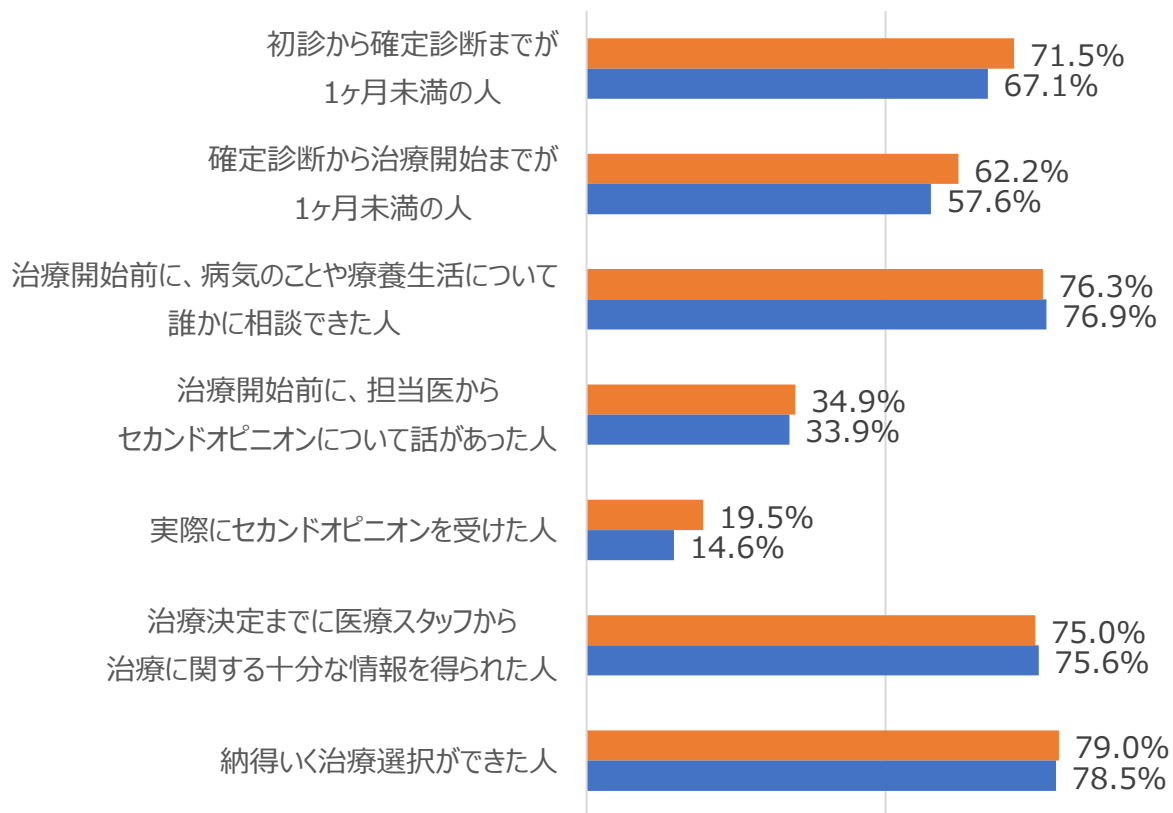
今回調査票のレイアウトを大幅改定

⇒ 比較のために「第2回調査と同じ調査票を送付」する群を設定した（Cグループ）

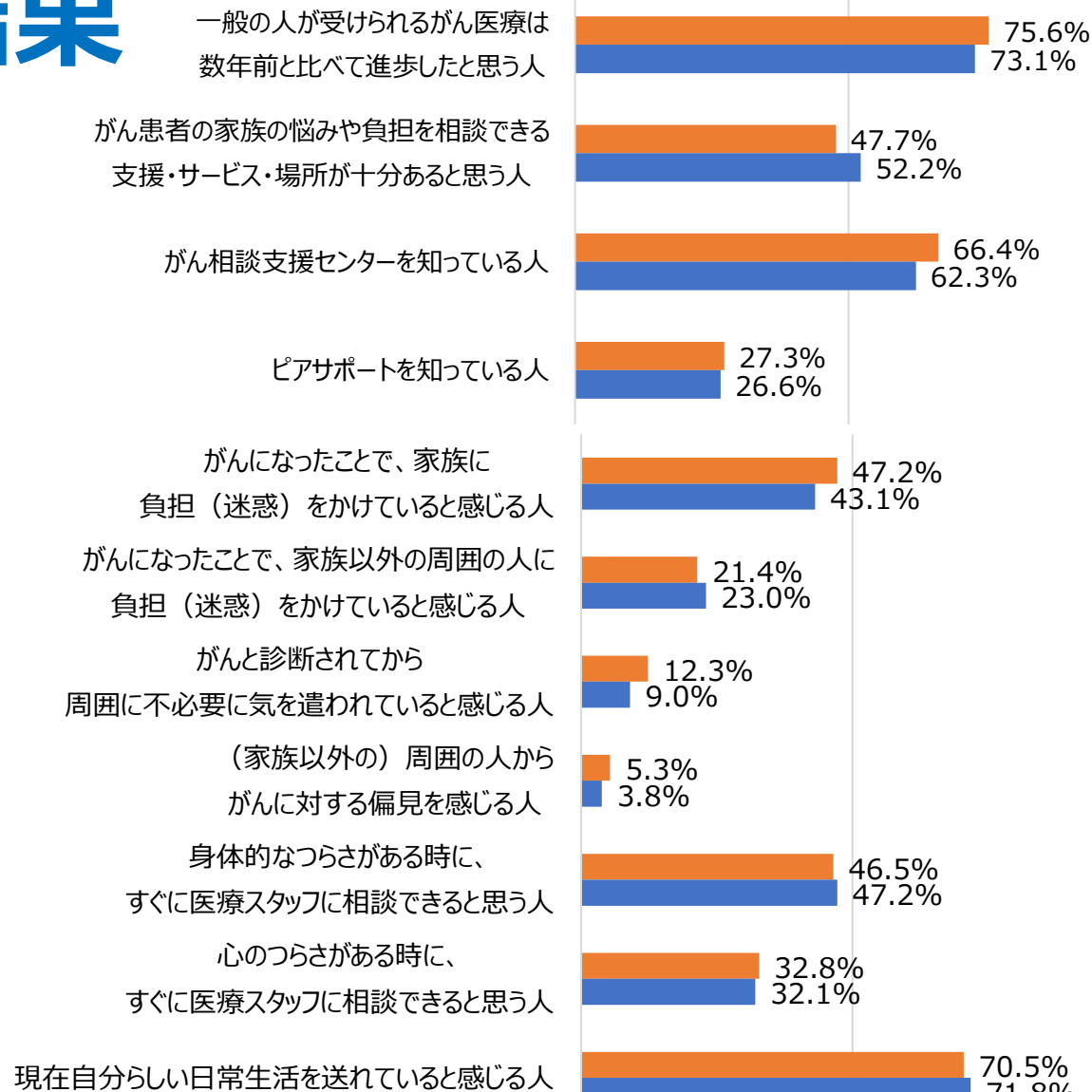
- 対象者数
 - 発送数：1746名
 - 回収数：825名
 - 回収率：47.3%
 - **最終解析対象者：719名**

比較項目は前回の調査票で比較しているため、今回と値が異なる場合があります。

前回調査票を用いた結果



ほとんどの問いで前回調査からの
大きな変更なし



まとめ

- 前回と同じ調査票を用いた比較では、全体では大きな差はなかった

5 %以上の差があった項目

- 金銭的なことが原因で生活に影響があった人 5.9% 減少
- 治療の副作用の予測に見通しの持てた人 5.4% 増加
- がん治療が始まって以降、転院したことのある人 7.3% 減少
- 希望通りの医療機関に転院できた人 8.7% 増加
- 治療と仕事の両立のために社内制度を利用した人 14.4% 増加

- 希少がん、若年患者の特徴が明確になった

希少がん

- 病院探しに困難を感じる患者は絶対数としては多くないが、8.9%（一般は4.8%）
治療前の受診病院数の平均は1.9であり、全体の1.6よりも多い

若年患者

- 医師が相談しやすい割合は一般よりも3%低い、医師以外に相談しやすいスタッフがいたという人は全体より13%高い
- 病気や療養生活の相談が必要なかった割合は、全体より23%低い
- 家族や周囲の人へ負担をかけていると感じている割合が高い
- 現状、身体的、精神的苦痛を持つ割合が高い

謝辞

- 本調査にご協力いただいた患者・家族の皆様に感謝申し上げます。
- 調査に協力してくださった全国の院内がん登録実施施設の担当者の方々にも感謝申し上げます。
- 調査結果報告書は、国立がん研究センターのHPに掲載しています。
<https://www.ncc.go.jp/jp/icc/policy-evaluation/project/010/2023/index.html>
- 令和5年度調査結果に関する問い合わせ先
国立がん研究センター がん対策研究所 令和5年度患者体験調査事務局
Eメール canpi@ncc.go.jp



令和5年度 遺族調査結果概要

国立がん研究センターがん対策研究所

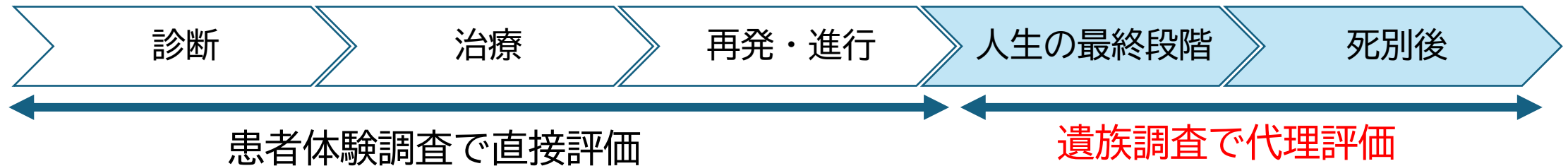
背景

第4期がん対策推進基本計画

2. がん医療 (1) ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について (取り組むべき施策)

国は、患者体験調査や遺族調査等により、患者やその家族等に、適切な緩和ケアが提供されているかどうかを、引き続き定期的かつ継続的に把握する。

患者の療養プロセスに応じた調査方法(PRO, Patient Reported Outcome)



調査目的

- 第4期がん対策推進基本計画中間評価に向けた、がん対策緩和ケアの評価
- 第3期がん対策推進基本計画中間評価からの結果の推移把握
- 高齢多死社会を踏まえた、認知症や老衰などのより広い死因（疾患）を含む人生の最終段階の療養生活の質の実態把握

2021 人口動態調査

順位	死因	総数	順位	死因	総数
	全死因	1,439,856			
1	悪性新生物	381,505	6	誤嚥性肺炎	49,488
2	心疾患	214,710	7	不慮の事故	38,355
3	老衰	152,027	8	腎不全	28,688
4	脳血管疾患	104,595	9	アルツハイマー病	22,960
5	肺炎	73,194	10	血管性等の認知症	22,343

方法概要

調査期間	2024年2-4月
方法	郵送による質問紙調査
対象者	① 死亡年：2021年 ② 死亡時年齢：20歳以上 ③ 死因：悪性新生物・心疾患・脳血管疾患・肺炎・腎不全・血管性等の認知症・アルツハイマー病・慢性閉塞性肺疾患・誤嚥性肺炎・老衰 ④ 死亡場所：病院・施設（介護施設・老人ホーム）・自宅 上記を満たす患者の遺族 26,969名
抽出方法	人口動態調査 死亡票情報を利用 死因ごと死亡場所別の無作為抽出 各層893名

青は新規対象疾患

調査項目

医療の質	死亡場所で受けた医療の構造・プロセス・満足度
医療に関する希望の話し合い (意思決定支援)	療養場所・蘇生処置の希望に関する話し合い
コロナ禍の看取り	新型コロナ感染症の看取りへの影響
療養生活の質	死亡前1ヶ月間の療養生活の質 苦痛症状
社会資源の利用	在宅診療や介護保険サービスの利用状況
家族の介護負担	家族の介護負担感 遺族の悲嘆症状

青は新規調査項目

集計方法

- 回答割合は、対象者の抽出方法に合わせて、実際の死亡数の比率で調節を行い、推定値を算出した

1) 疾患別 全体値	死亡場所別の死亡数の比率で補正
2) 疾患×死亡場所別値	実測値

回答数

死因	全体	がん	心疾患	脳血管疾患	肺炎	腎不全
発送数	26969	2858	2679	2679	2679	2679
不達数	5570 (21)	589 (21)	717 (27)	625 (23)	539 (20)	592 (22)
有効回答数	10890 (51)	1226 (54)	865 (44)	969 (47)	1104 (52)	1077 (52)

死因		血管性等の 認知症	アルツハイマー 病	慢性閉塞性 肺疾患	誤嚥性肺炎	老衰
発送数		2679	2679	2679	2679	2679
不達数		502 (19)	482 (18)	592 (22)	474 (18)	458 (17)
有効回答数		1147 (53)	1127 (51)	1017 (49)	1198 (54)	1160 (52)

- () は%
- 有効回答数 (%) は有効回答数/(発送数-不達数) で算出した値

回答者背景

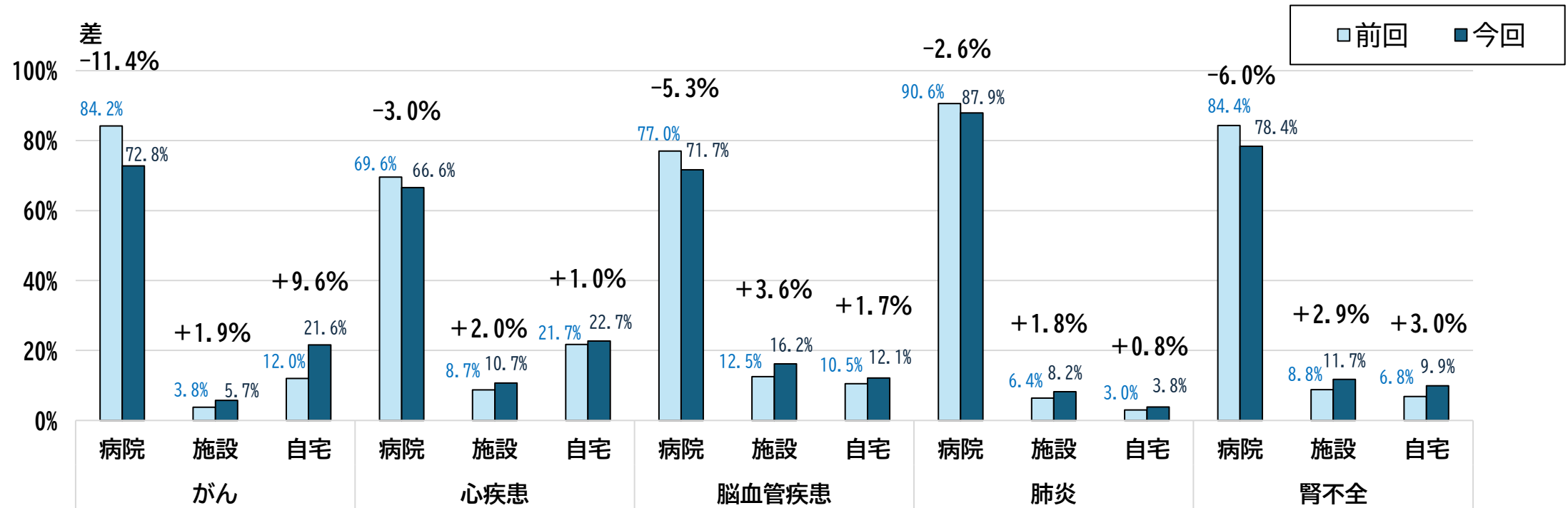
		がん (n=1226)		心疾患 (n=865)		脳血管疾患 (n=969)		肺炎 (n=1104)		腎不全 (N=1077)		認知症 (n=1147)		アルツ ハイマー病 (n=1127)		慢性閉塞性 肺疾患 (n=1017)		誤嚥性肺炎 (n=1198)		老衰 (n=1160)		合計 (n=10890)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
患者																							
性別	男性	704	57.4	390	45.1	431	44.5	575	52.1	519	48.2	365	31.8	386	34.3	801	78.8	672	56.1	345	29.7	5188	47.6
	女性	522	42.6	475	54.9	538	55.5	529	47.9	558	51.8	782	68.2	741	65.8	216	21.2	526	43.9	815	70.3	5702	52.4
年齢	平均値, SD	79.9	11.4	87.4	9.9	86.1	10.0	88.3	8.7	87.7	8.3	89.9	7.0	88.9	7.1	85.5	8.0	88.8	7.3	92.4	6.2	87.5	9.1
遺族																							
年齢	平均値, SD	67.4	11.6	67.6	10.3	68.0	10.7	68.5	10.1	68.4	10.9	69.2	10.0	69.1	10.2	69.2	11.1	68.8	10.8	69.0	9.6	68.5	10.6
続柄	配偶者	509	41.5	155	17.9	225	23.2	206	18.7	238	22.1	199	17.4	217	19.3	354	34.8	269	22.5	118	10.2	2490	22.9
	子	538	43.9	516	59.7	546	56.4	672	60.9	624	57.9	692	60.3	682	60.5	474	46.6	716	59.8	792	68.3	6252	57.4
	嫁・婿	88	7.2	102	11.8	103	10.6	130	11.8	118	11.0	145	12.6	134	11.9	102	10.0	115	9.6	149	12.8	1186	10.9
	親	16	1.3	15	1.7	21	2.2	26	2.4	32	3.0	30	2.6	19	1.7	15	1.5	15	1.3	27	2.3	216	2.0
	その他	58	4.7	57	6.6	57	5.9	53	4.8	55	5.1	62	5.4	54	4.8	57	5.6	64	5.3	58	5.0	575	5.3
	欠損	17	1.4	20	2.3	17	1.8	17	1.5	10	0.9	19	1.7	21	1.9	15	1.5	19	1.6	16	1.4	171	1.6

結果解釈の留意点

- 回答は、全て患者の遺族の視点で評価した結果である
- 調査対象年の2021年は、新型コロナウイルス感染症の流行により、面会や行動の制限、在宅療養の増加など、医療提供環境に大きな変化が生じた時期であり、調査結果にも影響を及ぼしている可能性がある
- 前回調査（2017年の死亡症例）からの推移を読み解く際には、新型コロナウイルス感染症の流行や、在宅療養推進のための診療報酬改定など、社会的な変化を踏まえて解釈する必要がある
- 死亡場所別の結果については、療養環境によって患者の病状や背景が異なることから、「どこで亡くなることが良い・悪い」と単純に比較することはできない

死亡場所の変化 (人口動態調査 5疾患)

- ・ 前回調査 がん 2017ー2018年死亡、他疾患 2017年死亡
- ・ 今回調査 全疾患 2021年死亡

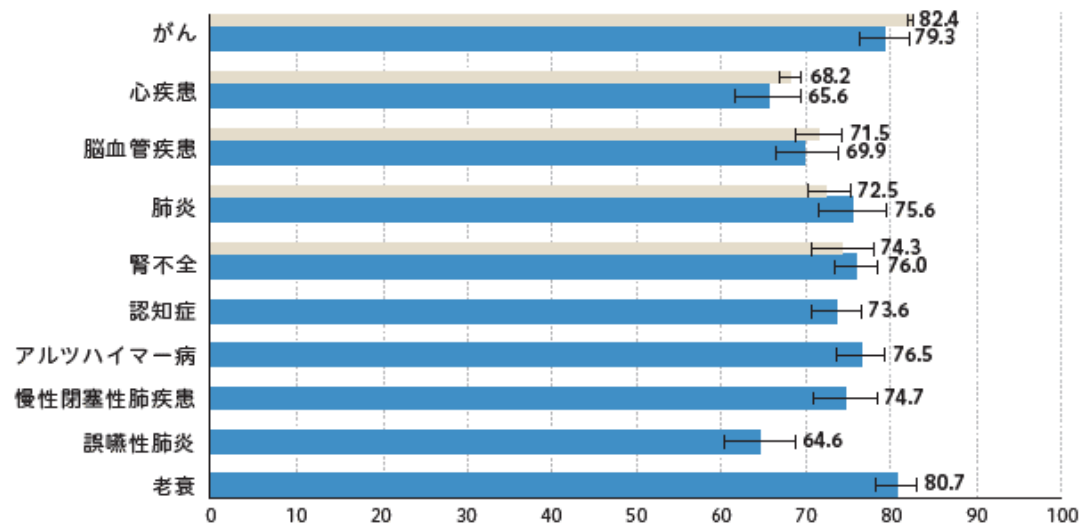


死亡場所で受けた医療の質

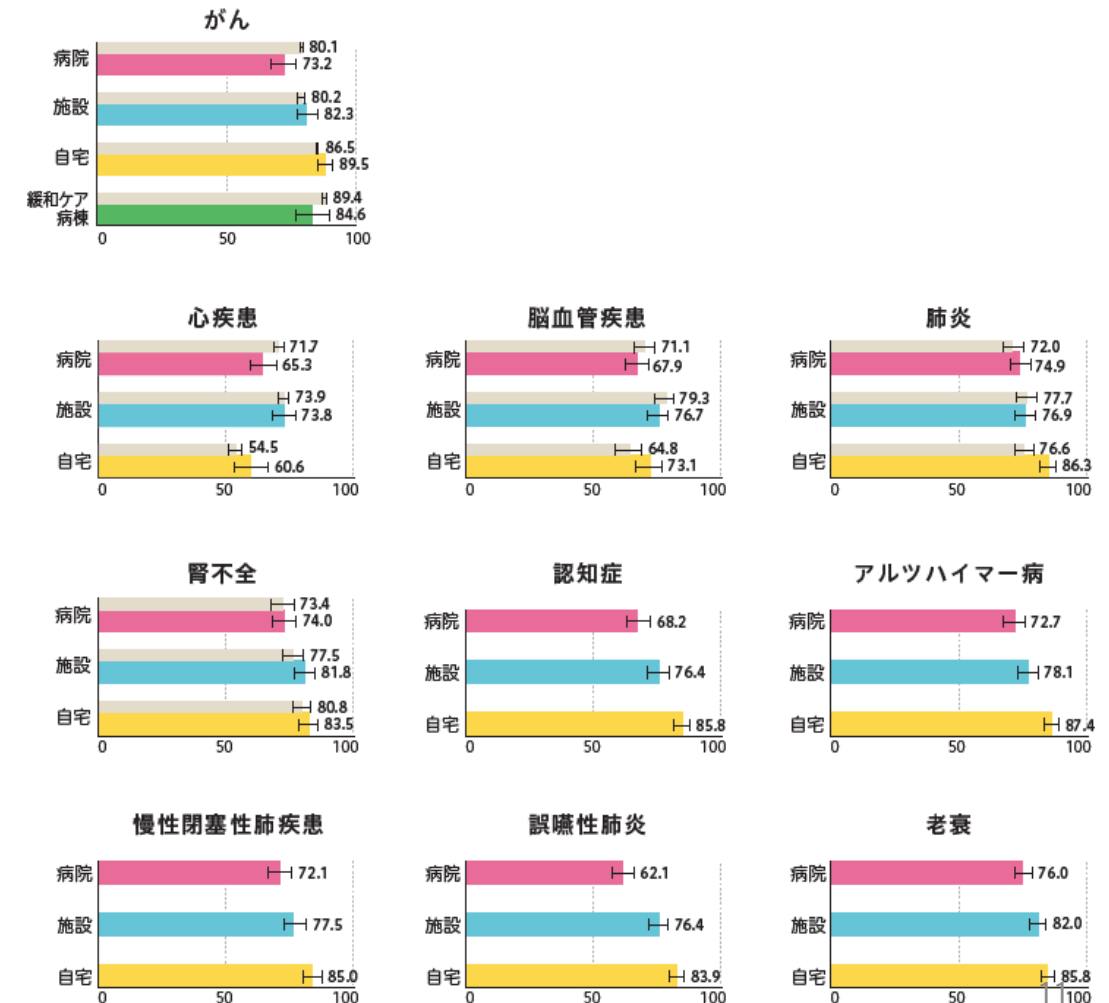
医療者はつらい症状にすみやかに対応していた

「ややそう思う」～「非常にそう思う」の回答割合 (%)

疾患別 (%；補正值、エラーバー；95%信頼区間) 上段：前回調査、下段：今回調査



疾患・死亡場所別 (%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間) 上段：前回調査、下段：今回調査

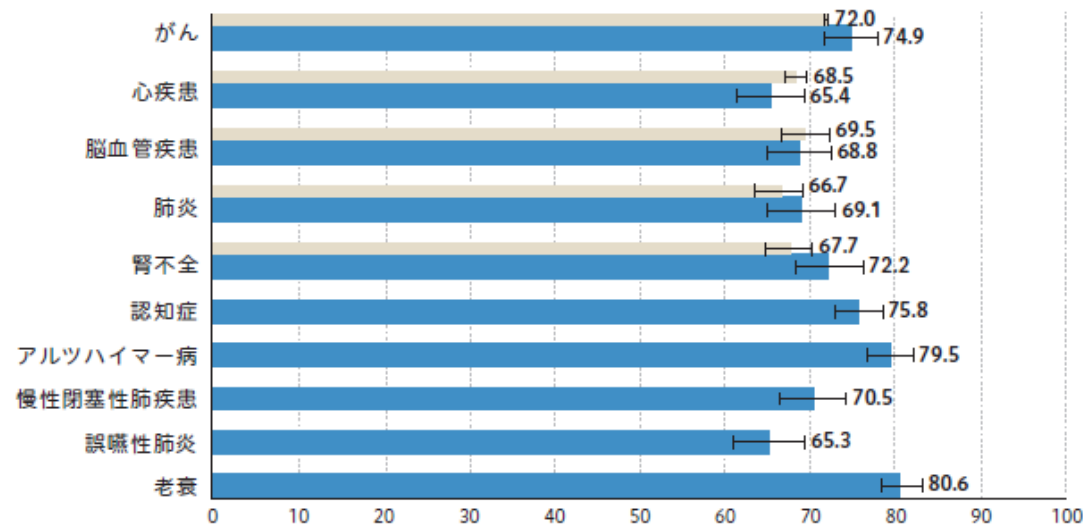


- 医療者が苦痛症状にすみやかに対応していた割合は、全体で65～81%と推定された。
- 疾患別では、がんと比べて心疾患・脳血管疾患・誤嚥性肺炎で割合が低かった。
- 前回調査からの推移では、がん・心疾患・脳血管疾患で2～3ポイント減少し、肺炎・腎不全で2～3ポイント増加した。

死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度

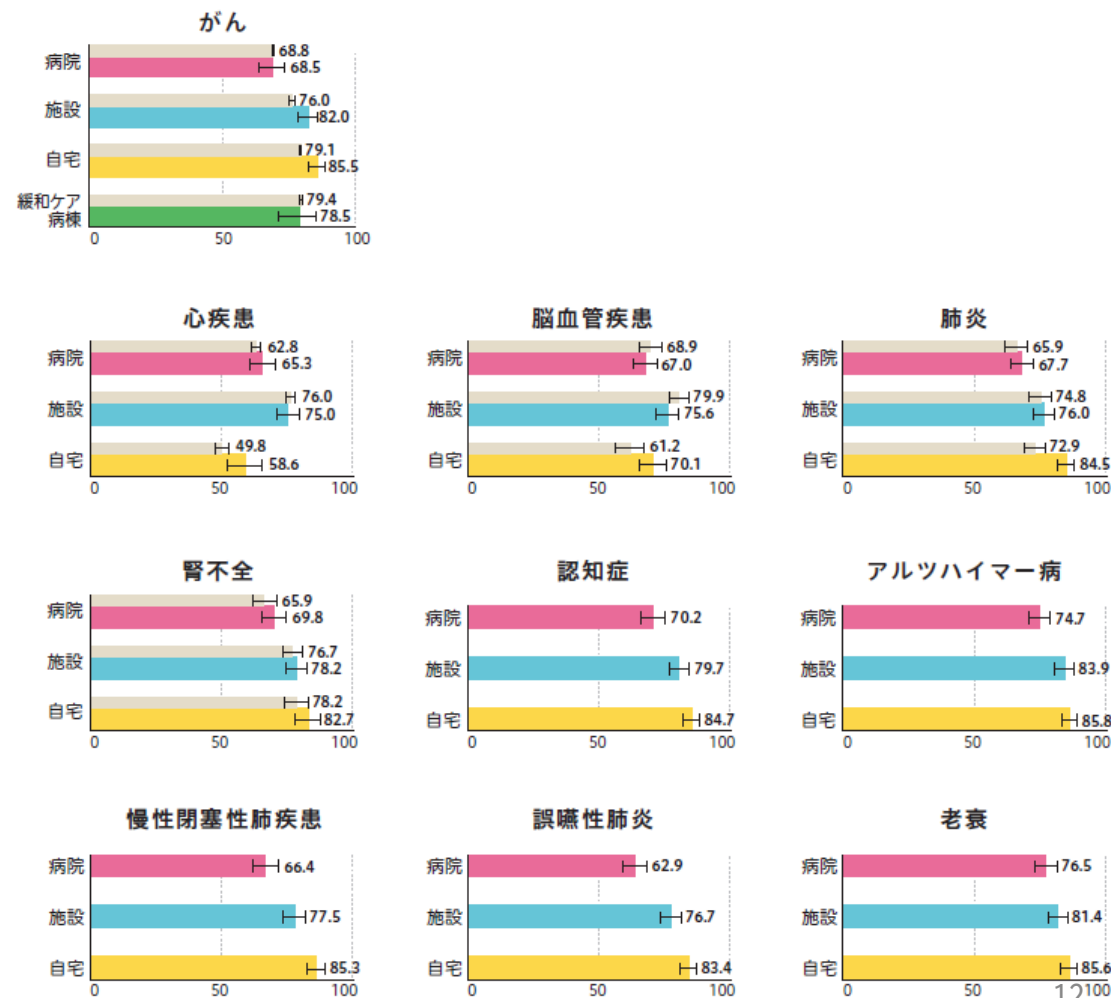
「やや満足」～「非常に満足」の回答割合（%）

疾患別（%；補正值、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



- 死亡場所で受けた医療に満足していた割合は、全体で65～81%と推定された。
- 疾患別では、がんと比べて心疾患・誤嚥性肺炎で割合が低かった。
- 前回からの推移では、心疾患で3ポイント減少し、がん・肺炎・腎不全で2～5ポイント増加した。

疾患・死亡場所別（%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査

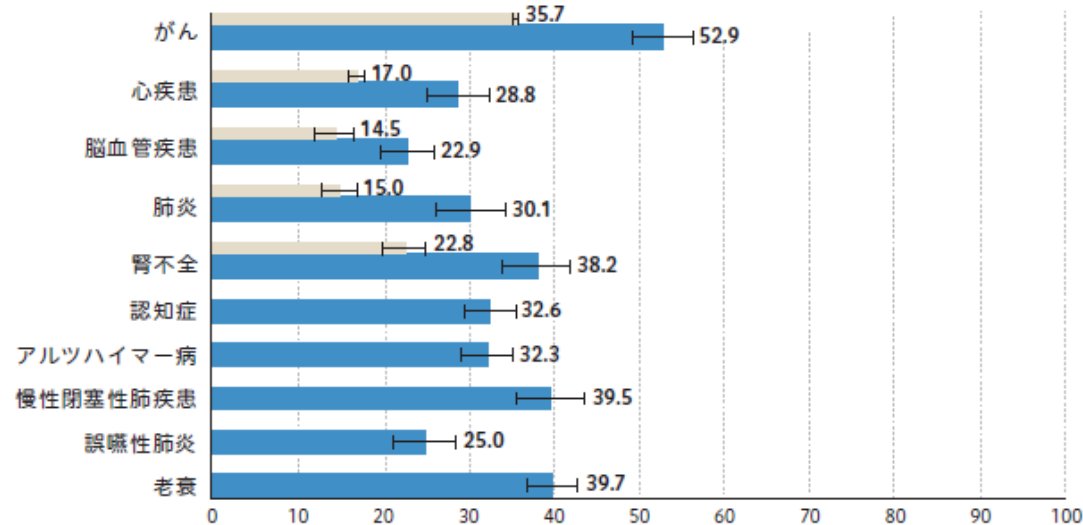


医療に関する希望の話し合い

患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあった

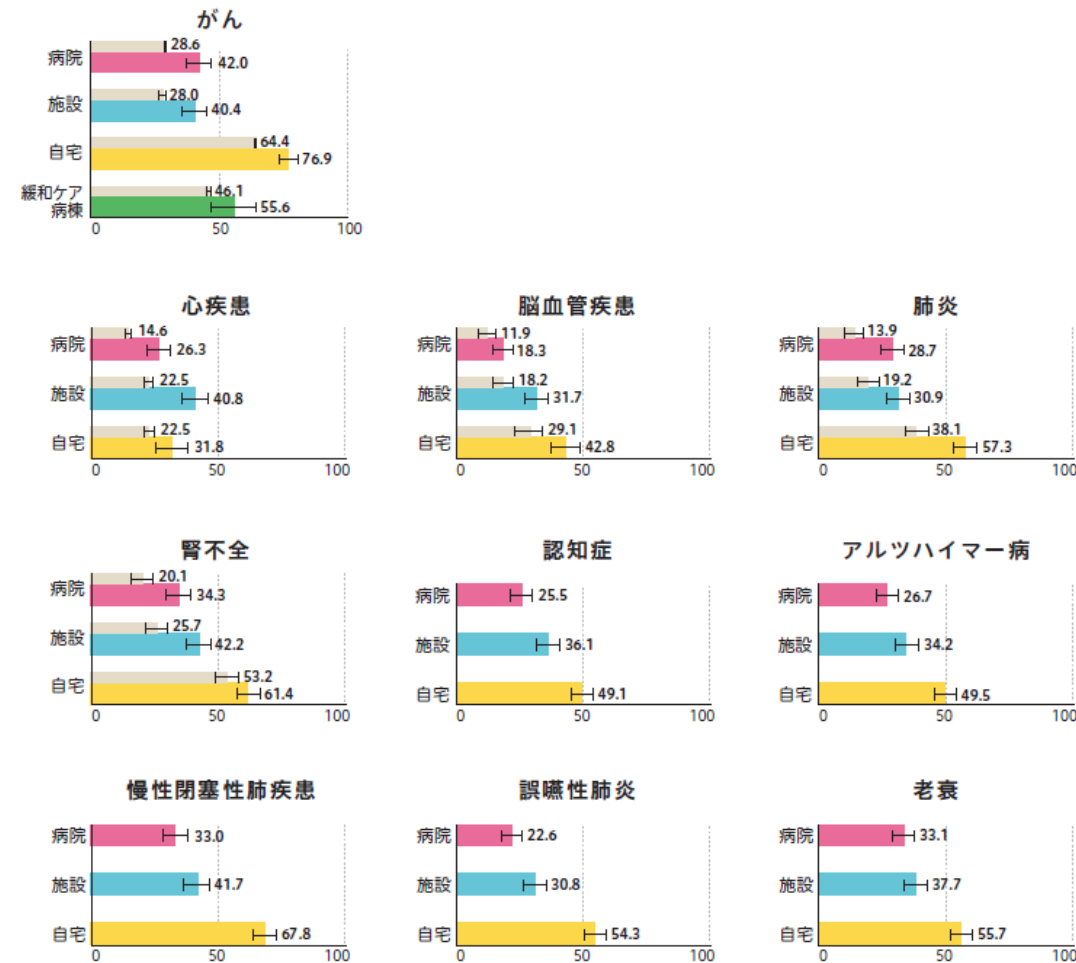
「そう思う」「とてもそう思う」の回答割合（%）

疾患別（%；補正值、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



- 医師と患者で療養場所の話し合いがあった割合は、全体で23～53%と推定された。
- 疾患別では、がんは他疾患と比べて割合が高かった。
- 前回からの推移では、全5疾患で8～17ポイント増加した。

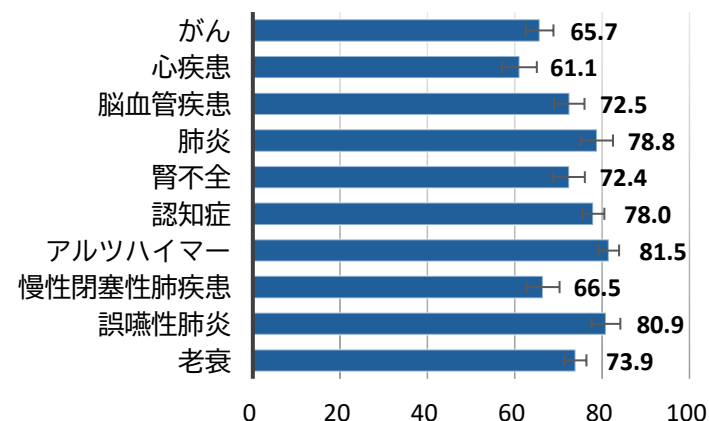
疾患・死亡場所別（%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



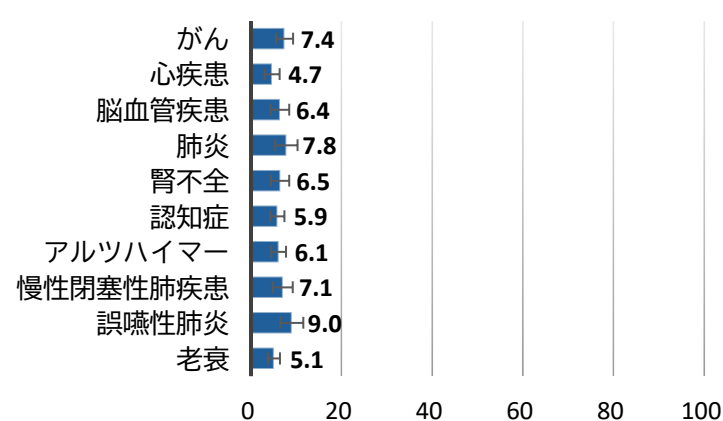
新型コロナウイルス感染症の看取りへの影響

該当項目を選択した割合 (%)

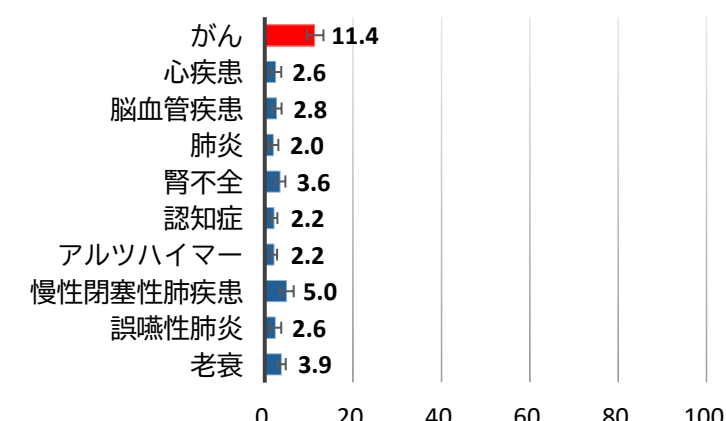
入院・入所していたが、面会制限があり、思うように面会できなかった



病院や施設の都合で通院・入院・退院の予定が変更になることがあった

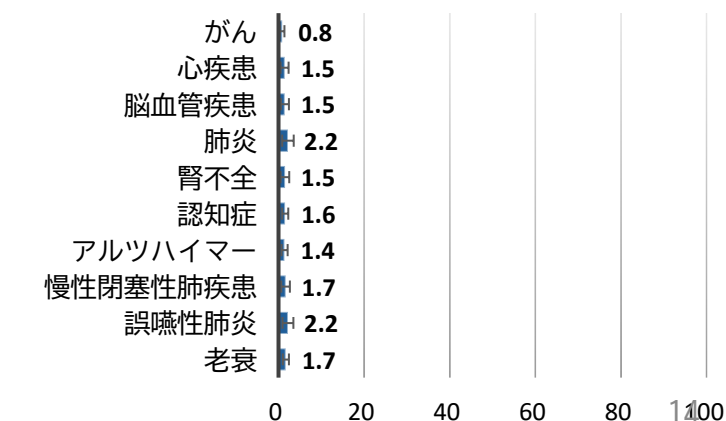


病院や施設は面会制限があるため、自宅療養することにした



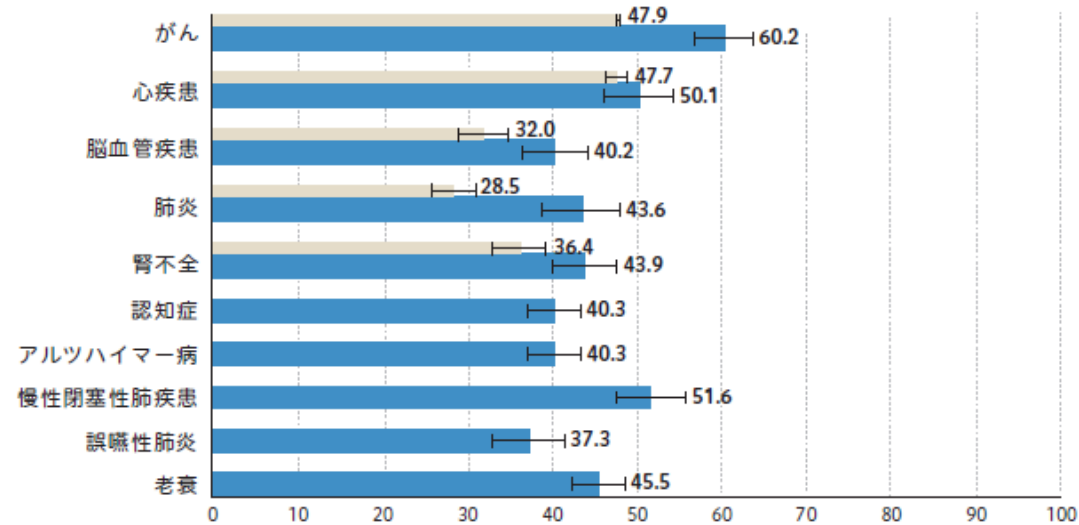
- コロナの看取りへの影響は、全疾患で 面会制限で思うように面会できなかったことが、他の影響よりも多かった。
- がんでは、他疾患と比べて、面会制限があるため自宅療養を選択した割合がやや高かった。

医師の診察や訪問看護・介護サービスの利用を控えた

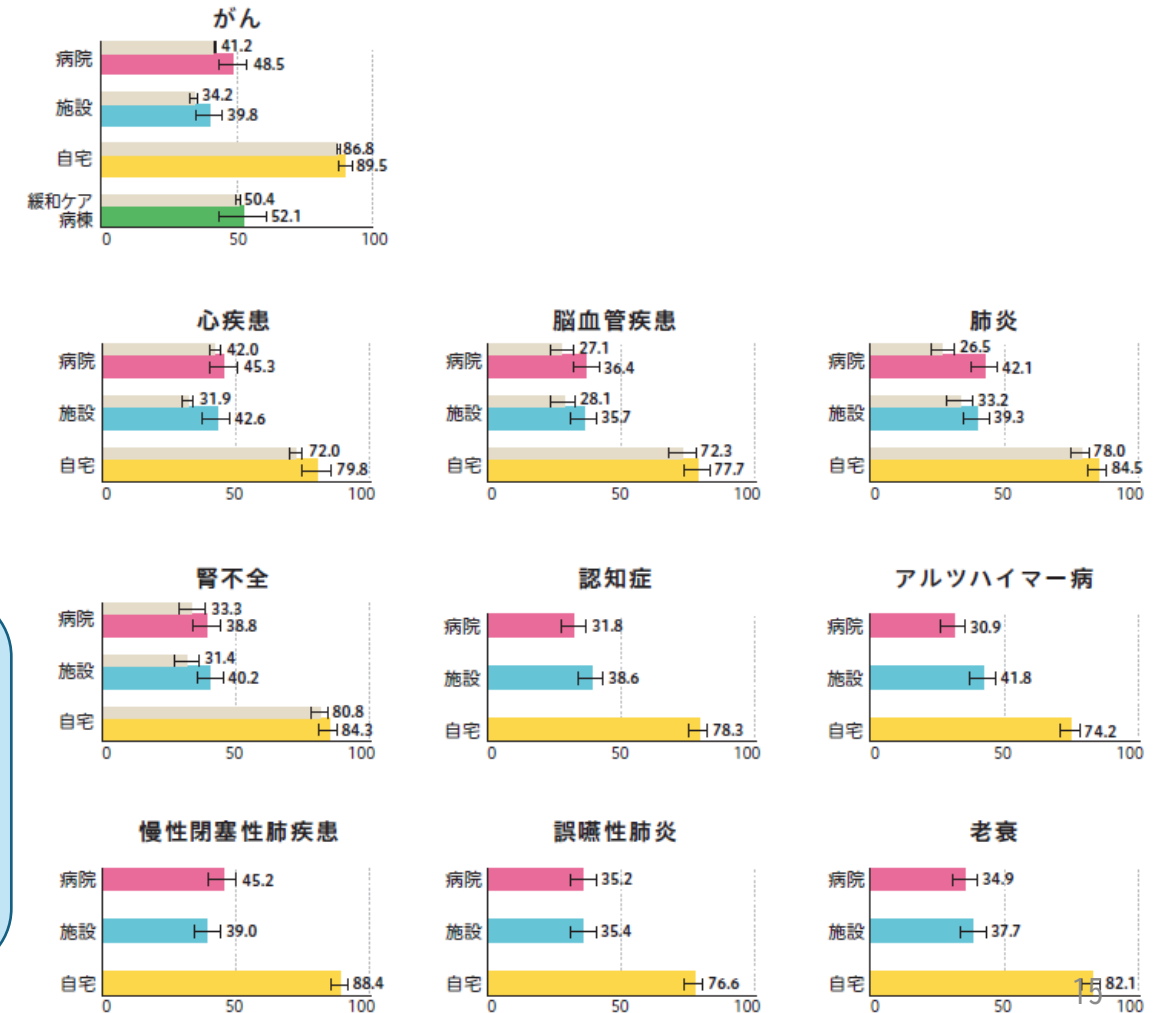


死亡前1カ月間の療養生活の質 望んだ場所で過ごせた 「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合（%）

疾患別（%；補正值、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



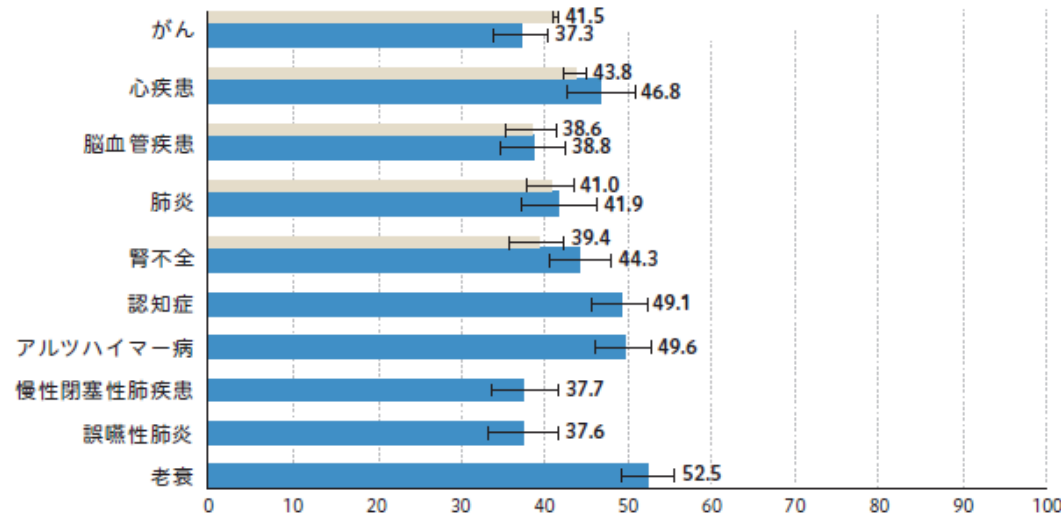
疾患・死亡場所別（%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



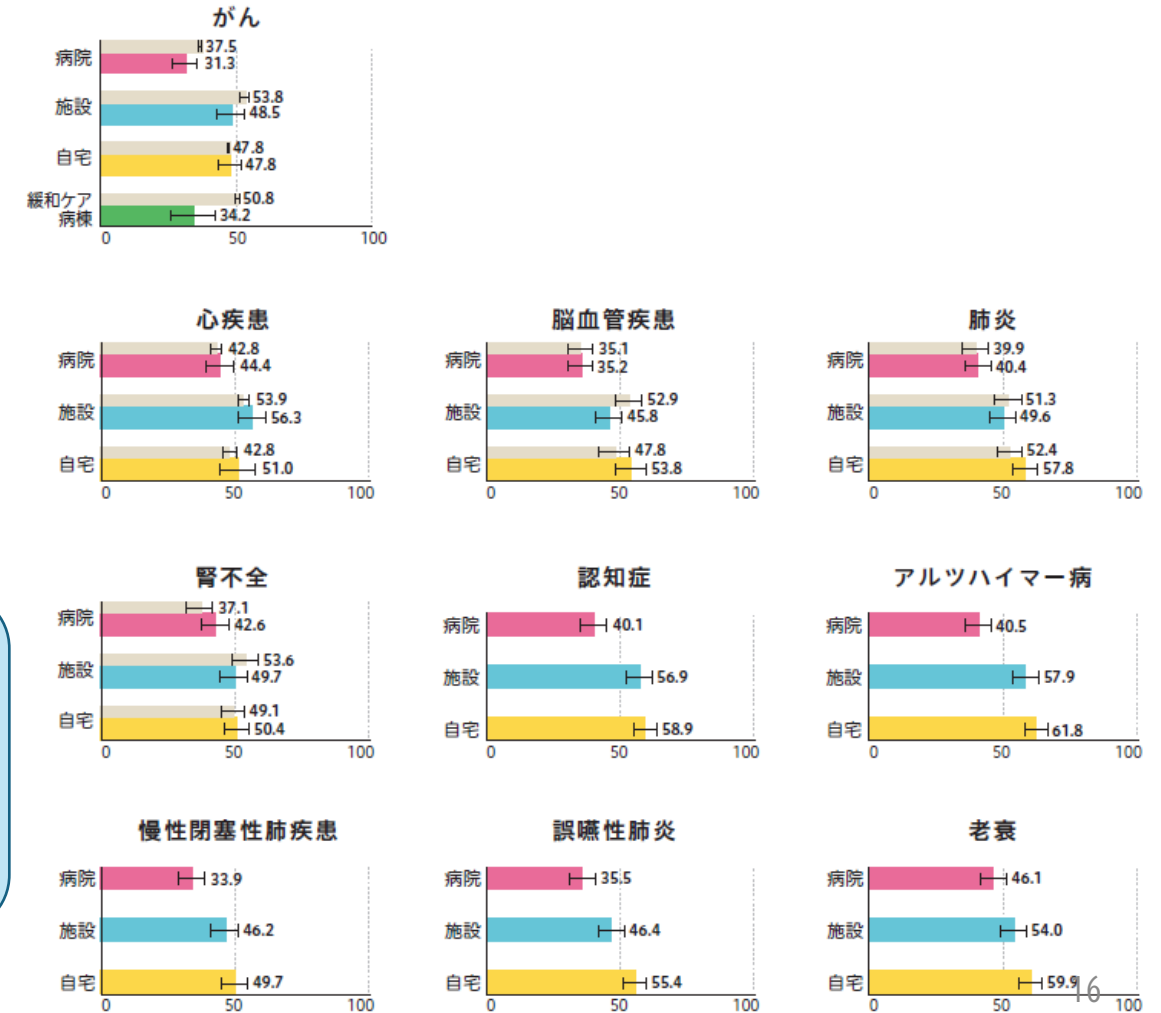
- 望んだ場所で過ごせた割合は、全体で37～60%と推定された。
- 疾患別では、がんが他の疾患と比べて割合が高かった。
- 前回からの推移では、全5疾患で2～15ポイント増加した。

死亡前1カ月間の療養生活の質 からだの苦痛が少なく過ごせた 「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合（%）

疾患別（%；補正值、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



疾患・死亡場所別（%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



- からだの苦痛が少なく過ごせた割合は、全体で37～53%と推定された。
- 疾患別では、がんは心疾患・認知症・アルツハイマー病・老衰と比べて割合が低く、がん死亡場所別では、特に病院・緩和ケア病棟で割合が低かった。
- 前回からの推移では、がんが4ポイントが減少し、腎不全で5ポイント増加した。

まとめ

■ 調査概要と背景

2021年に主要死因（がん等）で亡くなった患者のご遺族10,890名から回答を得て、人生の最終段階における医療と療養生活の実態を把握。

調査年の2021年は新型コロナ流行下にあり、面会・行動制限や在宅療養の増加など、医療提供環境に大きな変化があった。

前回調査（2017-2018年）との比較には、社会的文脈を踏まえた慎重な解釈が必要。

■ 主な結果

- ・ 苦痛への対応あり：全体で65～81%、がん・心疾患・脳血管疾患でやや減少
- ・ 医療に満足：がん・肺炎・腎不全で増加
- ・ 最期の療養場所の話し合い、望んだ場所で過ごせた：ともに増加
- ・ がん からだの苦痛が少なかった：37%（他疾患よりも低く、前回から4ポイント低下）

■ 今後の展望

継続的な調査による結果の推移の把握と、詳細分析を通じて、医療の質向上と政策立案への活用を図る。

がん 今年度大規模調査予定。

謝辞

本調査にご協力いただいたご遺族および関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

■ 調査結果報告書

国立がん研究センターのHPに掲載しています。

<https://www.ncc.go.jp/jp/icc/policy-evaluation/project/030/index.html>

■ 調査組織

令和5年度厚生労働省委託事業「がん患者の療養生活の最終段階における実態把握調査事業」

■ 調査事務局

国立がん研究センターがん対策研究所 遺族調査事務局

E-mail mfs@ml.res.ncc.go.jp

Tel 03-3547-5201 (PHS 2680)

担当 中澤, 高橋

■ 調査協力

遺族調査専門委員会