令和7年度第2回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第

日 時：令和7年8月1日（金）　14:00～

場 所：西普天間キャンパス　管理・研修棟4階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．令和7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7日開催)	資料1	P5
２．令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月9日開催)	資料2	P7
３．令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月9日開催)	資料3	P11
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料4	P84
５．令和7年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料5	P91
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料6	P92
２．天野委員報告	資料7	P110
３．松永委員報告	報告なし	
審議事項		
１．沖縄県における医療機関の集約化と分散化について		
（１）報告：「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の概要 (ベンチマーク部会長増田昌人)	資料8-1	P122
（２）審議：医療機関の集約化と分散化に関する協議会の今後の方針 (医療部会長伊江将史)	資料8-2	P156
（３）審議：選定条件の見直し期間の短縮について（提案） (医療部会長伊江将史)	資料8-3	P157
（４）審議：選定された医療機関に患者を集約するために行うこと（提案） (医療部会長伊江将史)	資料8-4	P158
（５）審議：「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について（修正案） (医療部会長伊江将史)	資料8-5	P160
（６）審議：がん種ごとの選定条件 （①脳腫瘍（脳・中枢神経系）、②頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）、③甲状腺、④食道、⑤胃、⑥大　腸、⑦肝臓、⑧胆道（胆のう・胆管）、⑨膵臓、⑩肺、⑪骨・軟部腫瘍、⑫難治性皮膚がん、⑬乳房、⑭婦人科がん（子宮頚部、子宮体部、卵巣）、⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）、⑯血液腫瘍、⑰小児がん、⑱ＡＹＡ世代のがん、⑲希少がん、⑳遺伝性腫瘍） （ベンチマーク部会長増田昌人）	資料8-6	P163
２．「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の進捗状況について (ベンチマーク部会長増田昌人)	資料9	P180
３．その他		
報告事項		
１．前年度協議会の審議事項のその後について		

（１）前年度協議会の審議事項について	資料10-1	P202
（２）今年度協議会の審議事項について	資料10-2	P229
２．患者会よりの報告		
（１）田盛委員報告	資料11-1	P283
（２）島袋委員報告	資料11-2	P284
（３）与儀委員報告	資料11-3	P285
（４）又吉委員報告	資料11-4	P287
３．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について		
（１）「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」のロジックモデルでの位置づけ	資料12-1	P297
（２）各病院の状況		
①琉球大学病院	資料12-2-1	P324
②北部地区医師会病院	資料12-2-2	P326
③県立中部病院	資料12-2-3	P328
④那覇市立病院	資料12-2-4	P332
⑤県立宮古病院	資料12-2-5	P334
⑥県立八重山病院	資料12-2-6	P337
４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料13	P339
５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料14	P341
６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
(1)第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料15-1	P369
(2)第44回がん検診のあり方に関する検討会	資料15-2	P396
(3)第6回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料15-3	P443
(4)第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会資料	資料15-4	P459
(5)第19回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料15-5	P557
(6)第91回がん対策推進協議会	資料15-6	P634
７．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16	P712
３．小児・AYA部会	資料17	P716
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18	P724
６．ベンチマーク部会	資料19	P728

令和７年度第２回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

資料１ 令和７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 7 日開催)

資料２ 令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 9 日開催)

資料３ 令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 9 日開催)

資料４ 協議会・幹事会・部会委員について

資料５ 令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について

資料６ 埴岡委員報告

資料７ 天野委員報告

沖縄県における医療機関の集約化と分散化について
資料 8-1 報告：「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の概要
（ベンチマーク部会長増田昌人）

資料 8-2 審議：医療機関の集約化と分散化に関する協議会の今後の方針
（医療部会長伊江将史）

資料 8-3 審議：選定条件の見直し期間の短縮について（提案）
（医療部会長伊江将史）

資料 8-4 審議：選定された医療機関に患者を集約するために行うこと（提案）
（医療部会長伊江将史）

資料 8-5 審議：「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について（修正案）
（医療部会長伊江将史）

資料 8-6 審議：がん種ごとの選定条件
（①脳腫瘍（脳・中枢神経系）、②頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）、③甲状腺、④食道、⑤胃、⑥大　腸、⑦肝臓、⑧胆道（胆のう・胆管）、⑨膵臓、⑩肺、⑪骨・軟部腫瘍、⑫難治性皮膚がん、⑬乳房、⑭婦人科がん（子宮頚部、子宮体部、卵巣）、⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）、⑯血液腫瘍、⑰小児がん、⑱ＡＹＡ世代のがん、⑲希少がん、⑳遺伝性腫瘍）
（ベンチマーク部会長増田昌人）

資料９「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の進捗状況について(ベンチマーク部会)

前年度協議会の審議事項のその後について
資料 10-1 前年度協議会の審議事項について

資料 10-2 今年度協議会の審議事項について

資料 11-1 田盛委員報告

資料 11-2 島袋委員報告

資料 11-3 与儀委員報告

資料 11-4 又吉委員報告

資料 12-1 「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ

資料 12-2-1 琉球大学病院

資料 12-2-2 北部地区医師会病院

資料 12-2-3 県立中部病院

資料 12-2-4 那覇市立病院

資料 12-2-5 県立宮古病院

資料 12-2-6 県立八重山病院

資料 13. 大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

資料 14. 沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

資料 15-1 第 43 回がん検診のあり方に関する検討会

資料 15-2 第 44 回がん検診のあり方に関する検討会

資料 15-3 第 6 回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

資料 15-4 第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会資料

資料 15-5 第 19 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

資料 15-6 第 91 回がん対策推進協議会

資料 16. 緩和ケア・在宅医療部会

資料 17. 小児・AYA 部会

資料 18. 情報提供・相談支援部会

資料 19. ベンチマーク部会

令和７年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和７年７月７日（月）１４：００～１６：２０
場　　所　管理・研修棟４階小会議室
構 成 員　８名（出席者６名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	神里 敬子
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
３号委員（沖縄県立八重山病院）	山本 孝夫
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（琉球大学西普天間キャンパス事務部総務課長）	大城 光雄
（欠席者）	
３号委員（沖縄県立宮古病院）	西原 政好
４号委員（沖縄県保健医療介護部）	山内 昌満
（陪席者）	
がんセンター	知念　崇
がんセンター	石川　千穂

議事要旨・委員一覧

１．令和７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7日開催)について
２．令和７年度第１回沖縄県がん診療携協議会議事要旨(5 月 9 日開催)について
３．令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月9日開催)について
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について
増田議長から資料1～5に基づき、議事要旨等及び令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

審議事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について（ベンチマーク部会）
時間の都合上、今回は審議を割愛することとした。

２．「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて（医療部会、ベンチマーク部会）
増田議長から当日配布資料に基づき、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて説明があった。医療計画に沿って、現在６年ごとに改訂しているが、３年ごとにしてはどうかと意見があり、今後検討することとした。また、別紙の「選定された医療機関に患者を集約するために行うこと」について、１は削除、２以降は文言を修正した上で幹事会から協議会へ提案することとした。

報告事項

（以下については、紙面報告となった）
１．前年度協議会の審議事項のその後について
２．患者会よりの報告
(1) 田盛委員報告
(2) 島袋委員報告
(3) 与儀委員報告

（4）又吉委員報告

３．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

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

（2）各病院の状況

①琉球大学病院、②北部地区医師会病院、③県立中部病院、④那覇市立病院、⑤県立宮古病院、⑥県立八重山病院

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第４３回がん検診のあり方に関する検討会

（２）第４４回がん検診のあり方に関する検討会

（３）第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（４）第１８回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

７．「北部医療圏でできるがん医療について」の説明会

<u>部会報告事項</u>

１．医療部会

２．緩和ケア・在宅医療部会

３．小児・AYA部会

４．離島・へき地部会

５．情報提供・相談支援部会

６．ベンチマーク部会

以上

令和７年度 第１回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和７年５月９日（金）　１４：００～１７：３０
場　　所　　管理・研修棟４階大会議室
構 成 員　　３６名（出席者２８名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	鈴木　幹男
２号委員	（県立中部病院長）	天願　俊穂
３号委員	（県立八重山病院長）	田仲　斉
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
４号委員	（沖縄県医師会長）	田名　毅（代理出席：玉城　研太朗）
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
９号委員	（沖縄県保健医療介護部長）	糸数　公（代理出席：宮城　清美）
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	高槻　光寿
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１５号委員	（琉大事務部長）	市川　修
１６号委員	（県立中部病院副院長）	神里　敬子
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（県立八重山病院医療部長兼外科部長）	山本　孝夫
	（県立八重山病院副院長）	砂川　綾子
	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院看護部長）	上地　佳代
１８号委員		又吉　賢弘
	（若年性がん患者会 Be style ）	島袋　希美
１９号委員	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（琉球新報社北部支社支社長）	松永　勝利
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線治療科部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	川満　博昭
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	下地　千里
１８号委員	（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ代表）	与儀　淑恵
	（やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長）	田盛　亜紀子

（陪席者）

医療部会	伊江　将史
緩和ケア・在宅医療部会	笹良　剛史
小児・AYA部会	浜田　聡
離島へき地部会	赤松　道成
情報提供・相談支援部会	友利　晃子
厚生労働省がん・疾病対策課	鶴田　真也、北國　大樹
北海道がんセンター	平賀　博明、桝野　裕也
沖縄県健康長寿課	上原　健司、山里　紘美

（以下、傍聴申込）
ダイコー沖縄　他

特別講演

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長の鶴田真也先生による「今後のがん診療提供体制のあり方について」の講演が行われた。

鈴木議長から新委員について紹介があり、各新委員から挨拶があった。

資料確認等

１．令和７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7日開催）
２．令和６年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月7日開催）
３．令和６年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月7日開催）
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について

増田委員から資料及び議事要旨等について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員から資料6に基づき、沖縄県におけるがん診療病院の再構築に関する考察ついて報告があった。

２．天野委員報告

天野委員から資料7に基づき、高額療養費制度における負担上限額引き上げについて報告があった。

審議事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について（ベンチマーク部会）

増田委員から資料 9 に基づき、第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）について報告があった。

２．北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について（離島・へき地部会）

赤松部会長から資料 10 に基づき、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における分野別のがん医療の短期目標（案）について説明があった。

玉城先生よりコンサルトできるシステムを構築するのは大切だが、そのための予算を確保することが遠隔地医療には重要であるとの意見があった。

天野委員より乳がんについて、外科医については記載があるが、薬物療法についてはどういった体制になっているかとの質問があった。赤松部会長より、「北部は乳腺を続けている医師がおり、その医師が化学療法も行っている。宮古、八重山についても非常勤の医師がおり、その方にアドバイスをもらいながら化学療法を行っている。」との回答があった。

３．「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて（医療部会、ベンチマーク部会）

伊江部会長及び増田委員から資料 11 に基づき、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて説明があった。

資料 11－2 について、審議の結果、原案のとおり承認された。

資料 11－3 について、天野委員より、厚労省の文言にならい、6（1）に「心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること」を追記していただきたい、また、5 に「遺伝カウンセ

リングを行う体制を有すること。それが難しい場合は、他の遺伝カウンセリングを有する医療機関と連携する体制を整えること。」の文言を追記していただきたいとの意見があった。
増田委員より、患者さんの不利益にならないような文言を検討して追記したいとの回答があった。
資料 11-5 について、松永委員より、胃がんの外科的治療は 12 例以上ということだが、ハイボリュームセンターの件数は、30 例以上(※P568 参照)となっていることについて指摘があったため、件数について、ワーキングの方で再検討することとなった。
資料 11-8 について、戸板委員より日本放射線腫瘍学会認定施設 C とあるが、A と B も条件を満たしているので、C の文言は記載なしで良いのではとの意見があり、そのように修正することとなった。
資料 11-4～11-9 について、部会で再度検討し、次回の協議会で提案することとした。

４．各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて（小児・AYA 部会、離島・へき地部会）

浜田部会長から資料 12 に基づき、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて説明があった。玉城先生よりメディアをいれて発信した方が良いのではとの意見があり、発信方法について検討することとした。

報告事項

１．前年度協議会の審議事項のその後について

増田委員から資料13に基づき、本協議会の前年度審議事項のその後について報告があった。

２．患者会よりの報告

（1）田盛委員報告

田盛委員が欠席のため書面報告となった。

（2）与儀委員報告

与儀委員が欠席のため書面報告となった。

（3）島袋委員報告

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

（4）又吉委員報告

又吉委員から資料14-4に基づき、がん対策のハイリスクアプローチの必要性について説明があった。

３．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

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

（以下については、紙面報告となった）

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第３１回厚生科学審議会がん登録部会
(2) 第２５回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
(3) 第１７回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

部会報告事項

１．医療部会

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

以上

令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和７年５月９日（金）１４：００～

場　　所　　西普天間キャンパス　管理・研修棟４階　大会議室

○鈴木幹男議長（琉球大学病院　病院長）

厚生労働省の健康・生活衛生局 がん・疾病対策課長の鶴田真也先生と、それから同課のがん医療専門官、北國大樹先生にお越しいただきました。講師を務めていただきます鶴田先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。大屋前病院長、お願いします。

○大屋祐輔座長（琉球大学病院　前病院長）

３月まで病院長をさせていただいていました。この会の議長もさせていただいていました大屋でございます。

私は今、公立北部医療センターをつくりに北部地域に行っておりまして、今日はこれまで第８次医療計画及び新たな地域医療構想の構成員をやっていたということで、この医療政策に関する、それなりの経験と知識があるだろうということで座長をさせていただいたということです。増田先生からそのように言われまして今日は参りました。

それでは、座長として今日の講師の鶴田真也先生をご紹介したいと思います。2004年に山梨大学医学部を卒業になられまして、５年後から厚生労働省にご入省されておられます。その中でいろいろな部署を回られ、特に地方の医療行政に関しましては、奈良県の医療政策局長をされていらっしゃって、そこで２年間、奈良県の医療政策についてさまざまな取り組みをなされたということでございます。

その後、本省に戻られまして健康課の予防接種室の室長、それから医政局の中で医薬産業振興・医療情報企画課の医療機器政策室長をされていらっしゃいます。現在は2024年７月から厚生労働省健康・生活衛生局のがん・疾病対策課長ということで、このようながん対策、それから生活習慣病対策、循環器、その他のさまざまな疾病の対策を中心となってまとめられているということです。

本日は、「今後のがん診療提供体制のあり方について」ということでお話をいただきます。鶴田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

特別講演

講師　鶴田真也先生

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん疾病対策課長

演題「今後のがん診療提供体制のあり方について」

○鶴田真也先生（厚生労働省 健康・生活衛生局 がん疾病対策課長）

皆様、はじめまして、厚生労働省から疾病対策課長の鶴田と申します。大屋先生、過分なご紹介をありがとうございました。

本日、私がこのような場でお話をさせていただく機会をいただけたことは非常に光栄だと思っていますし、経緯について簡単にご紹介させていただきますと、私自身、がん・疾病対策課長に着任したのは昨年７月ですけれども、がん対策を推進させていくにあたって、全国、各都道府県でどのような取り組みをやっているのかを勉強させていただく中で、沖縄県の増田先生にたどり着き、沖縄県がどういったことをやっているのかということをいろいろと勉強させていただきました。

そういったご縁の中で、増田先生から沖縄県でこういった協議会があるのでぜひ話してほしいということでご連絡をいただきましたので、私自身、昔はがんセンターでレジデントとして勉強していたこともありますけれども、そのときに上司からは、信頼できる人にものを頼まれたら、「イエス」か、「はい」か、「はい、喜んで」の三択しかないんだぞということを言われてきましたので、増田先生から言われたら「行きます」としか言いようがないんだと思いながら本日は受けさせていただきました。

本当に限られた時間でありますので、私のほうから行政、厚労省のがん対策について簡単にご紹介させていただければと思いますし、その後にまた忌憚のないご意見をいただければなと思っていますのでどうぞよろしくお願いいたします。

では早速ですが、お手元の資料に沿ってスライドも出ていますのでどちらかを見ていただきながらお話を聞いていただければなと思います。

まず最初に、がん対策についてということで、総論的なことを簡単に触れたいと思いますけれども、１枚進んでいただきまして、がん対策の歩みということになりますが、出発点、政策的には昭和37年に国立がんセンターが設置されたのがひとつのイベントだったかなと思いますし、その後、がんが我が国の死亡原因の１位になったことを契機として、対がん10か年総合戦略等、累次の改定がなされ、取り組みが進められ、平成18年にがん対策基本法が成立し、それに沿って基本計画が進んでいるというのが今の状況であります。

１枚進んでいただいて、がん対策基本法の理念を、がん対策を推進する立場の者としては

これをしっかり理解し、これに沿ってがん対策をやらないといけないと常日頃思っているところでありますが、この法律は私の目から見ると非常にユニークだなと思っていまして、多くの法律は閣法という形で法が制定されますけれども、この法律に関しては議員立法という形で制定しているのがひとつの特徴だと思っています。

制定の経緯としては、がんの患者さんの方々やがん医療に携わる方々、そういった方々の声が議員の先生を通じて国会で議論され、それが法律として制定されたのはもちろん大きな特徴だと思っています。

この法律の中では厚生労働大臣ががん対策推進基本計画案を作成し、計画を作成するにあたってはがん対策推進協議会の意見を聞くと。推進協議会のメンバーとして患者、家族の立場の方々が参画すると。そういった方々の意見を聞いた上で基本計画を策定し、閣議決定し、国会に報告すると、ここまで全て法律で規定されていることも本当に特徴的なことだと思っていますし、こういった法律ができたことをしっかりと理解した上でがん対策を進めていく。要は患者の声をしっかり聞いた上で対策を考えることがとても大事なポイントだろうと思っています。

また、国がつくった基本計画と連携しながら各都道府県で計画を策定し、がん対策を推進していくことになっていますので、それを各都道府県の方々とも協力しながら対策を進めていくことが極めて大事であると私としては理解しているところです。

次のページがこの法律に基づいた第１期のがん対策推進基本計画になりますけれども、制定されたのが平成19年６月ということですが、このときに目標として、がんによる死亡者の減少、20%減を目標として掲げていた。また、全てのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上、こういったものを掲げていたわけです。10年で20%を減らすことを目標として掲げていたわけですが、それが実際にどう達成できたのかを簡単に振り返っておきたいと思います。

１枚進んでいただきますと、2007年に法律が施行されていますので、そこから死亡率が20%下がったのがどの時期だったのかを見てみますと、12年かけて達成しています。当初は10年を目標に掲げていたわけではありますけれども、10年では達成できていなかったのですが、２年遅れでしっかりと目標を達成したと、これは本当にがん医療に関わる皆様方、また患者さんの方々、本当に多くの方々の努力による結果だと思っています。ですので、こういった文化をしっかりとバトンを受け継いで進めていくことが大事なことだと思いますし、このときは75歳未満の年齢調整死亡率を目標に掲げていたわけです。

次のスライドを見ていただくと、75歳に区切らなくても年齢調整死亡率は経年的に見ると減少傾向にあることが読み取れるかなと思いますし、また、その中のがん種別のインパクトがどうなっているのかを今回、内訳としてお示ししていますので、がん種のところまで落としていくと、がん種によって携わる診療科の先生方も違うと思いますので、ご自身の診療科がどうなっているのかを見ていただきながら、どこに課題があるのかを考えていただくことも大事ではないかなと思っているところです。

１枚進んでいただいて、こちらが足元にある第４期のがん対策推進基本計画の概要になりますけれども、がん予防、がん医療、がんとの共生、この３本柱でがん対策をやっていくことが規定されています。本日、特に深掘りしないといけないかなと思っているのが、真ん中のがん医療、中枠のがんの医療提供体制等の下に書いてある①のところで、医療提供体制の均てん化、集約化ががん医療の１番目に課題として掲げられているところであり、これをどのように進めていくのかを我々としても強く問題意識をもって、今まさに検討会で議論しているところであります。

１枚めくっていただくと、今の第４期の基本計画にこのパートのところでどんなことが書いてあるのかを見てみますと、赤字のところを読み上げさせていただきますが、「がん医療が高度化する中で引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する」と。それにあたって国はしっかりとデータを提供するなどの支援をすることが規定されています。

これをさらにどう掘り下げるのかというところが我々としては政策課題だなと捉えておりまして、今検討会を立ち上げて２回議論させていただいているところですが、夏までに一定の取りまとめができるように引き続き検討していきたいと思っていますが、その中間報告といいますか、今の検討状況についてこの場で皆様方にご紹介させていただければなと思っているところです。

１枚進んでいただきまして、お題としては2040年を見据えたがん医療提供体制についてということで議論させていただいていますが、１枚進んでいただいて、なぜ2040年なのかということを見てみますと、つい最近までは、いわゆる団塊の世代の方々が後期高齢者になるのが2025年であるということで、2025年をターゲットイヤーとして地域医療構想が議論されていて、気づけばもう2025年になっているわけですので、次のターゲットイヤーをどこに置くかということで、国としては2040年を射程に置いて議論しているところであります。

地域医療構想については、新たな地域医療構想をこれからつくっていきましょうということで議論が進められているところでありますが、その地域医療構想の検討会で出ているのがこちらの資料になりますけれども、これはマクロ推計になりますが、2025年と2040年を比較したときに人口構成がどうなるのかを見ると、まず１つ押さえないといけないのは、65歳以上の高齢者のところは、2025年は3,653万人であるのか、2040年には3,928万人ということで、高齢者数自体は増えますと。この中でも特に85歳以上が42％、2025年より2040年が増えていることをまず押さえる必要があるということ。

もう１つのポイントは、いわゆる生産年齢人口の15歳から64歳の人口のところが7,310万人いた方が今後減って6,213万人になるという予測が示されていることを押さえつつ、将来に向けて高齢者が増える。特に85歳以上の高齢者が増える中で生産年齢人口は減り、それに対していかに効率的な医療提供体制を組んでいくのかがお題になっているということであります。

１枚めくっていただくと、これも新たな地域医療構想の検討が出ている資料ですが、85歳以上の方の医療需要はどうなっているのか。今の足元における85歳以上の方の傷病名はトップに何がきているのか、また右側が15歳から65歳の方の傷病名が何かきているのかをランキング順に単純に並べたものではありますが、見比べて見ると15歳から65歳のところは手術ありの傷病名が上位に上がってきていますが、85歳のところは手術ありの傷病名数が少ないと。

さらに見比べると若年者のほうが医療資源を多く要するみたいなものがランキングには上がってきているということで、高齢者が増える中でも85歳以上が増えるのは医療需要として求められるものが変わってくることを前提に準備をしていかないといけないということで捉える必要があるのかなと思っています。

次の資料は、私どもが今やっている検討会でお示ししているもので、院内がん登録のデータから持ってきたものでありますが、年齢区分を同じように区切っていったときに、手術療法、化学療法、放射線治療を受けている方の割合が何パーセントなのか。これは院内がん登録のデータですので、診断されて初回治療を受けているところが記載されますので、手術して直ちに術後ケモだったら両方入りますけれども、手術して再発してケモとか、その後のケモは数値として入らないので、そういったものは一定程度考慮を置いた上で初回治療がどうなっているのかということでデータを見る必要がありますが、これを見ますと85歳以上になりますと手術を受ける方は31.8％、ケモを受ける方は11.6％、放射線治療については

7.3%となっていて、少なくとも手術と化学療法は高齢になればなるほど治療を受けられる方の割合が減っている。放射線治療に関しては単純比較すれば数字は減っていますが、化学療法、手術療法ほどは減っていないということがファクトかなと思っているところです。

ですので、年齢構成は今後変わる中で、がん患者さんの受ける治療がどう変わっていくのかを一定予測しながら医療提供体制をどう組んでいくかがひとつ大きなポイントになるかなと思っていますし、今これを単純に掛け算していいのか、この数年のトレンドを加味していいのか、そこは中でまだ検討しているところですので、そういったものをなるべく需要がどう変わるのかをお示ししていくことによって、オールジャパンの数字を出すことができれば、それに沿って都道府県で同じようなことをやった場合に自分の県はどうなるのかを見た上で、2040年を見据えた議論がしやすくなるのではないかなと思っているところです。

１枚めくっていただいて、今度はがんの罹患者数になりますけれども、先ほどのものが患者数で、足元のがんの罹患者数を掛け算することによって将来のがん罹患者数がどうトレンドしていくのかを示したグラフになりますが、罹患者数だけを見ますと2035年までは増えて、2040年に減るという推計になっていますが、これは国がんで出していただいている資料にはなりますが、75歳以上のところが丸まっているので85歳のところで区切れないかどうかを調整させていただいていますが、基本的にはがんの罹患者数は85歳以上のところが当たり前といえば当たり前ですが、増える予測が立っているところではあります。

次のスライドですが、足元の今ある統計の中で、患者さんの数がどのようにトレンドしていくのかを少しデータとして押さえさせていただければと思いますが、入院している患者さんの数、１日当たり外来にかかられている患者さんの数がどうトレンドしているのかを示したものがこちらのグラフになります。

ポイントとしては、１日当たりのがんで入院している患者さんの数は経年変化で見ると減少傾向にあるのは押さえておくべきポイントかなと思っています。また、その日に外来に通われている患者さんの数が何人かということですが、そちらのほうは増加傾向であり、入院と外来を足し合わせると人数自体はおおむね横ばいみたいなトレンドかなと思っているところです。

次のページが、入院している患者さんの数が１日当たり減っていることを説明させていただきましたが、どの年齢層が減少傾向にあるのかを見るために区分も入れて出しているのがこちらの資料になりますが、１日当たり入院している患者さんの数の中で65歳以上の方が占めるのは６割以上というのが今の足元の現状で、どの年代も徐々に減少しているこ

とが見てとれる数字かなと思います。

先ほどがんの罹患の患者数は2040年に向けて少しずつ増加していて、でも入院している患者さんは減っているのがなぜなのかと疑問に思うところかと思いますが、次の資料を見ていただくと、退院患者の平均在院日数になりますが、１人の患者さんが退院するまでにどのぐらい平均在院しているかという数字になりますが、入院期間が短くなっていますので、その影響で１日当たり入院している患者さんの数が足元では減少してきているところを押さえておく必要があるかなと思います。

もちろん平均在院日数がどこまで短縮できるのかも予測がなかなか難しいところでありますが、少なくともまだ減少傾向は、コロナのときに一旦、19.6とちょっと伸びていますが、それ以降はまた下がっていますので、長期トレンドとしてはまだ平均在院日数は減少傾向にあると読み取れる数字かなと思います。

次のページは、ここまではどちらかというとがん患者さんの医療ニーズを少し数字として整理したものをお出しさせていただきましたが、今度は提供体制、供給側のサイドでみたときにどういったところを押さえておく必要があるのかなという数字を幾つかご紹介させていただければと思います。

19ページ目は、よくある診療科ごとの平成20年を基軸とした場合に医者がどういうふうに増えているのかというトレンドを見たもので、診療科別を見せたものですが、ここで押さえておかないといけないのは一番下の１のところの横ばいにいるのが外科ということで、外科医の数が全然伸びていないと。

基本的にお医者さんの数は平成20年前半ぐらいに医学部の定員数を増やしていますので、それから一定年数がたっていて、若手の医者の数は、卒業して医師免許を取る方は過去から比べても増えているはずなのですが、外科医になる方は全体の総数が伸びている中で外科を選んでいる方があまりいないことをある意味、意味しているような数字としてデータが出ているということです。

また次のページに進んでいただくと、それも少しわかりやすく示そうと思った数字になりますが、全体の医師数は2008年のときと比べると28.7万人から34.3万人で1.2倍になっているわけですが、外科のお医者さんの数に関しては2.8万人から2.8万人とほぼ横ばいで外科のお医者さんの数が増えていないことを押さえておく必要があるということです。

さらに言えば、次の21ページ目で、外科関連のお医者さんの数を診療科別に見たものでありますけれども、がん領域においては消化器外科の先生方が担っている部分がかなり大き

いと思いますが、消化器外科医についてはこの資料では青のところと、いわゆるこういう外科、消化器外科、食道外科、肛門外科、こう書くと消化器外科の方々は多分一般外科で書いているパターンも多いのかなと思いますけれども、下の分と上の分の青の部分を足したものを見ても、そこのお医者さんの数が特に減ってきているのも押さえておく必要があるかなと思いますし、これは消化器外科学会が出している将来予測を見ますと、今後はさらに外科医が減っていくみたいなことも学会としても試算を出しています。

何を言いたいかというと、先ほど外科の需要は将来に向けて今とあまり変わらなそうな数字が予測されている中で、提供体制側の外科医がどんどん減っていくと、今と同じ外科医療を本当に続けられるのかというところに対して問題意識を持って取り組んでいかないと数年後に大変なことになってしまうのではないか。そうならないように今からどうやって対策を考えるのかが大事なポイントではないかと思っています。

外科の数字ばかり出して恐縮ですが、次のページを見ていただくと、40歳未満の医師の推移ということで、外科医とそれ以外で見ていますが、先ほど申し上げたように、医学部定員の数を増やしていますので、40歳未満の医師数は全体では増えているわけですが、全体で増えている中で、若手のお医者さんで外科を選択されている方が少ないのが数字上からも読み取れるところです。

次のページは、さらに外科関係の診療科は先ほどと同じような見せ方をしています。繰り返しになりますが、消化器領域の外科の先生は確実に減少しているところも押さえておかないといけないと思います。

またさらにそれに拍車をかける話にはなりますが、次のページですけれども、医師の働き方改革ということで昔のように時間を気にせず働くことはできなくなってきていますので、これ自体、時間外の罰則付きの規制がお医者さんとして導入されたのが全体の働き方改革のスタート時点よりも一定の経過措置がありましたので、2024年からということにはなっていますけれども、その前から各医療機関で働き方改革の取り組みがなされています。

その結果として次のページを見てみますと、診療科別の時間外の労働時間が1,860時間を超えていることについて、外科の先生方は超えている方が非常に多かったのが、一応、令和元年と令和４年と比べると超えている方は減っているという数字は出ていますが、それでもまだそれなりの数の方が長時間労働という状態にありますので、またこれもさらに是正することも取り組んでいかないといけないということも織り込むと、さらに外科の先生、今いるお医者さんが働く時間が一定程度制限され、しかも若手のお医者さんのなり手が減っ

ている中で、今やっている外科医療を維持するためにはどうすべきか、本当に考えなければいけない課題であると認識しているところです。

次のページのところが、先ほど先に説明してしまいましたが、これは消化器外科学会になりますが、2040年に向けては今のまま若手の医師が外科を選択しなければ医者の数としては60％に減ると、そういった数字も検討会ではプレゼンテーションしていただいているところです。

繰り返しになりますが、外科医療は今の医療を維持するために需要は将来に向けては恐らく単純に計算すると85歳以上の方がその以下の方に比べて手術を選択する割合が多少減っているので手術を受けられる方の数字は単純計算すると多少は減るのかなと、機械的な推計にはなりますが、それ以上に外科の先生の方々のなり手が減っていますので、そのギャップを埋めるためにどうするのかは大きな課題として捉えないといけないと我々としては考えています。同じことを言葉を変えながら３回、４回、５回ぐらい言っていますけれども、非常に大事なポイントかなと思っています。

次のページはまた話が変りまして、同じ提供体制側の話ではありますが、放射線に関して、これも学会からお話ししていただいた内容を幾つか説明させていただければと思います。資料の見方としては、１施設当たり年間治療している患者さんが何人いるかを左から100人未満、100人から200人未満、200人から299人というふうに見ていただいて、見ている施設が経年変化でどうなっているのかを見ているわけですが、ここで学会が一番伝えたかったメッセージとしては、年間の新規の放射線治療患者数が200人以下である施設が日本の約半数を占めていることを数字として出しています。

なぜ200人以下であることを強調しているかというと、次のページのさらにもう２つ先のページにいっていただいたらいいと思いますが、学会が試算したものになりますが、やはり放射線装置はとても高額な医療機器であり、メンテナンスも費用がかかるわけですが、年間200人ぐらい治療しないとペイしないと言われている中で、実際に200人も治療していない施設が世の中、放射線治療装置を導入している医療機関の中で半数を占めている状況にあるということです。

これは何を言わんとしているかというと、放射線装置も１回導入したら永遠に使えるものではなくて、10年から15年ぐらいで更新が必要になりますので、最初のときはもっと患者さんが来ると試算して導入されたと思いますが、蓋を開けてみたらあまり患者さんが集まっていなくて、ペイしないような状況のときに、その放射線治療装置を買い替えるか、どち

らかというと放射線治療から撤退していくのか、そういうことを経営者としては判断せざるを得ないシチュエーションがやってくるわけです。そういった状況になり得る施設が全国を見渡すとそれなりの数があることを押さえておく必要があるということです。

最近でも、ある医療機関で放射線治療装置の更新をやめると宣言したところが地方紙などでニュースになったりしているわけですが、急にやめてしまうとそこに通われていた患者さんはどうするんだと、その地域の患者さんの医療需要をどこで支えるんだという問題が発生してしまいますので、放射線治療装置の公開、どこの医療機関がいつ放射線治療装置を導入して、どのぐらいのものが各医療機関で整備されていて、そこに患者さんがどのぐらい集まっているのかは学会がデータを集めていますし、院内がん登録等でも放射線の治療をしている患者さんの数をまとめているわけですので、そういった情報をしっかりと共有しながら、患者さんが困らないように放射線治療装置を導入している施設については、結果的に集約化せざるを得ない一面があるというデータかなと思いますので、ここを患者さんが困らないようにどういう形でソフトランディングしていくのかというのはひとつの大きな論点になるのではないかなと考えているところであります。

そういう中で、2040年を見据えた医療提供体制をどのように検討していくのかを次のスライドで示していますが、基本的に集約化に関しては、医療機器の観点でいえば、いわゆる高度なものや新規であるもの、高額な機器の導入が必要であるもの、こういったものについてはそれぞれの地域ごとに集約化をどうするかという議論が必要になる医療になるのではないかなということを一旦整理させていただいていると。

もう１つは需給の観点ですが、いわゆる希少疾患のように症例数が少ないものや、場合によっては提供者側が少ない、お医者さんの数が少ない医療については、需給の観点から一定の集約化の議論をせざるを得ないものではないかということをまとめさせていただいています。

それを都道府県単位で大学病院や都道府県のがん拠点病院などの単位で集約を目指さないといけないものが一番上で、もう少し緩やかなものが真ん中で、そうではなくて均てん化していったほうがいいがん予防や検診の３段階に分けてスライドを示させていただいていて、そこに該当する医療が何に当たるのかを次の31枚目、32枚目、33枚目で各学会にがん治療学会には外科の処置がどこに相当するのか、JASTROは放射線治療の学会ですけれども、放射線治療に関してはどういった医療がそれに該当するのか。抗がん剤についてはどういったものが該当するのか、31、32、33枚目の３枚になりますけれども、各学会に考えていただ

き、先日の検討会ではプレゼンテーションしていただいたところであります。

どういうものが集約化しないといけないのかということをアカデミアの中で一定程度、埋め合わせをすることができれば各都道府県で議論するときにある程度、行政の立場の方、患者さんの立場の方でも医療のサイドがどういうことを考えているのかということが前もって理解することができるのではないかなと思い、こういった整理の仕方もさせていただいているところではあります。ただ、まだ議論中ではありますので、まだこれがフィックスしたわけではありませんが、各学会の考え方として３枚の資料が提示されていますのでご参考までに見ていただければと思います。

続いて34枚目の資料で、これは先日の検討会で今後議論を整理してまとめていくと宣言させていただいた資料をつけさせていただいていますが、次のページにありますように、まだ検討会を重ねたいと思っていますので、夏にまとめられるように引き続き議論は深めていきたいと考えているところであります。

繰り返しになりますが、特に喫緊の課題は、やはり手術に関しては医療提供体制を確保するためにはどうするか、大きな課題だと思っていますし、これはさらに外科の先生や大学の教授や医師を派遣する立場にある先生方にお話を聞くと、若手の外科医が入ってきている中で、今までと同じように、今まで言われていた病院にそっくりそのままお医者さんを派遣することは、頭数がいれば同じようなことはできますけれども、若手が減っている中で同じように派遣するのは難しいという声をよく聞くところであります。

また、若手医師もある程度経験が積める、多くの手術が経験できる、そういった医療機関での勤務を希望される方もいらっしゃるわけですので、限られた数でお医者さんのニーズも踏まえながらどうやって配置していくのか、医療政策上は非常に大事なポイントになると思いますし、また学会からはある程度、患者さんの数が集まった医療機関のほうが医療の治療成績がいいというデータもお示しをしていただいているところですので、そういった中で各都道府県、各地域でどのように話し合いをしながら、結果的に必然的に集約化せざるを得ない、外科医療のところをどう段階的に考えていくかは大きな課題なのではないかと思っているところであります。

放射線治療装置は先ほど申し上げましたように、10年から15年の更新のある中で、患者が少ないところは医療経営的にペイしない中で、どういう形でソフトランディングしていくかも非常に大事だと思いますので、ここも議論するポイントかなと思います。

化学療法については、次のゲノム医療の話を簡単にさせていただければと思いますが、現

状、ゲノム医療は、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、がん医療連携病院と３つの類型があり、次のページを見ていただくと、中核は13か所、拠点は32か所、医療連携病院は235か所ということで、確実に提供体制は広がっていますが、がん拠点病院は全部で460ぐらいありますので、それと比べるとまだ広がっていないという課題もありますので、ゲノム医療についてはもう少し近くで出来るようにしたほうがいいのではないかという声をいただいているのが現状かなと思っています。

他方で、先ほどの資料の中にもありましたが、患者さんの数が少ない希少がんや小児がん、ある意味、血液のがんもそうだと思いますが、患者さんの数の少ないがん種に関しては、一定集約化が必要だよねということが学会からも提案されているところではあります。

後ろに簡単につけさせていただいていますが、ゲノム医療でよく言われる課題について、この機会なので簡単にご説明させていただければと思いますが、39枚目のスライドです。固形がんに対して遺伝子パネル検査については、標準治療が終了した後、もしくは標準治療の終了が見込まれるものが対象になっていますが、標準治療の終了が見込まれるものをどのように判断するのかについては、下の赤字にありますが、医学的判断に基づき主治医が標準治療の終了が見込まれたと判断したものとあるわけです。これだけだとえいやと判断してしまった後で保険の返還の請求をされてはかなわんということで、なかなか判断がしづらいみたいなお声もいただいているところであります。

次のページにありますように、ちょうど３月にゲノム医療のエキスパートの方々から構成される診療ワーキングで一定の見解が示されていて、下の下線のところになりますけれども、局所進行や遠隔転移により切除不能とされる進行固形がんと診断された場合、主治医が一次治療開始後の適切なタイミングで標準治療終了が見込まれる場合も含むと臨床的に判断し、がん遺伝子パネル検査によるゲノムプロファイル検査を実施する必要があるということで、ある意味、一次治療が導入された後も適切なタイミングで個別にお医者さんが判断してもよいですよということで、エキスパートの意見としてまとめられていますので、こういったことも参考にしながら遺伝子パネルの検査時期を適切にご判断していただければなと思っているところです。

ついでに41ページ目に、診療報酬の請求上の運用のポイントみたいなものも書いていますので、またご参考にしていただければと思いますが、ここは各論になりすぎてしまっているので、本日のこの場でいっぱい話してもあれかなと思いますので後ほど見ていただければなと思います。

最後の43枚目のスライドでクロージングとさせていただければと思いますが、がん対策の基本計画は、厚労省で基本計画の案をつくりますが、協議会で意見を聞くと。協議会には患者さんの方々も参画することが明記されているわけですので、患者さんのために何ができるかを考えながらがん対策をやることが大事だと思っていますので、患者のために何ができるのかを、それが企業であれどアカデミアの立場であれど医療現場の立場であれど我々行政の立場であれど患者のために何ができるのかのは同じ思いで同じベクトルで仕事ができるのではないかなと思いますので、私自身はオールアクティビティ、オールペイシェントというスピリットで仕事をすることが皆さんと同じ思いでできるとすてきだなと思っていることを最後に言ってまとめさせていただければと思います。ご清聴をありがとうございました。

○大屋祐輔座長

鶴田先生、最新の我が国の施策動向についてご説明をいただきつつも、最後には非常に元気が出る言葉をいただきましてどうもありがとうございます。

せっかくの機会です。５分程度遅く始まっておりますので、ご質問を５分程度受けられると思います。いかがでしょうか。玉城先生、お願いします。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

ありがとうございました。沖縄県医師会の玉城でございます。

非常に勉強になって、まずは９ページ、１つは要望になるのですが、がん医療の集約化、均てん化は相反することをやっていかないといけなくて、沖縄県は東西1,000㎞の広大な医療圏を有していて、遠隔地の皆さんが集約ということで本島のど真ん中に来るのはなかなか難しいような状況です。

その中でいろいろＩＣＴ、ＤＸ等を駆使しながら離島の先生方と専門家と連携して同じ患者さんを診ていく体制が必要になってくるんだろうと思うのですが、Ｄ　to　Ｐ、Doctor to Patientに関してはオンライン診療等で診療報酬はついていますが、今後はＤ　to　Ｄのコンサルタントに対しても診療報酬をつけないと、私が長らくやっていた東北地方の新幹線沿いの沿岸部ががん医療の過疎というと言いすぎですが、なかなかうまくいかない状況ですので、ぜひこの辺はご検討を賜りたいと思います。Doctor to Doctorのコンサルタントに対してもマネタイズできるような体制がひとつ必要だと沖縄県では特に考えています。

それからもう１つお話があった学会の意見は非常に重要だと思っていますが、今はもう化学療法も含めてエビデンスがどんどんブラッシュアップされていて、５年先、10年先の医療提供を、がん医療に関してなかなか読めない状況もあるかなと思います。その中で、もちろん数値的な予測もいいのですが、フレキシビリティも非常に重要となってきますので、ある程度のいろんなシミュレーションをしていって、こんなだったらこんなとすごく回転をできるようなシステムを１つ作っておいたほうがいいのかなと思いました。

いかがでしょうかというのもおかしいのですが、ぜひコメントお願いします。

○鶴田真也先生

ご意見をありがとうございます。ＤＸをがん医療の分野でどのように実現していくかは本当に大事なポイントだと思います。いろんな試行錯誤はされていると思いますので、その中でエビデンスが出てくれば学会要望等を通じて中医協などでも診療報酬に関しては議論されるものと思っていますので、これに関しては現場の先生方、学会の先生方としっかり対話しながら、どのようなＤＸの活用が効果的なのか、それについては私どもも非常に関心を高くもちながら見ていきたいし、議論していきたいですし、具現化していきたいなと思っているところです。

２つ目のご質問ですが、これもまた答えらいいかな。ポイントだけもう１回言ってもらっていいですか。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

２点目のエビデンスがどんどんブラッシュアップ…。

○鶴田真也先生

エビデンスの話は、これは国として都道府県が議論しやすいようにデータを提供することが、これは第４期の基本計画の中でも規定されていますので、これは大事なところだと思っていますし、また使えるデータ自体も全国がんにしても院内がんについても毎年毎年新しいデータが出てきますので、その新しいデータをちゃんと取り込みながら下を微修正しながらまた数字を提供していくことが大事だと思っています。そういったことを国がんともよく相談しながら、どのような形でデータ分析の支援ができるかを検討しているところですので、そこは先生のご指摘をしっかりと踏まえながら対応していきたいと思っている

ところです。

○大屋祐輔座長

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。集約化と均てん化は特に沖縄県にとっては重要な課題ですので、鈴木先生をはじめ、これから現役の先生方に頑張って取り組んでいただきたいなと思っていますが、ほかにいかがでしょうか。

玉城先生が言われたポイントは、これはがん対策に限らず、今後の患者数の動向、推測の面に関して、各都道府県ごと、また二次医療圏ごとにしっかりと分析していかないといけないのですが、それを担う人材が必ずしも地方にはいない。沖縄県にもいないと言って正しいぐらいの感じなので、そういう面で、厚生労働省に先ほど支援という形なんですが、全国でもできているところがそう多くないような気がしているので、ぜひサポートをよろしくお願いしたいと思っています。我々も人探しをしているところです。

いかがでしょうか。データをそろえるまではいいのですが、解析の仕方によっては間違った結果を出したりすることもありますので、ぜひそこはよろしくお願いしたいと思っています。

ほかにいかがでしょうか。せっかくの機会です。患者団体のほうからでも、急に言われて困りますか。どうぞ。

○島袋希美委員（若年性がん患者会Be Style）

若年性がん患者会から来ました島袋と申します。

集約化ですが、私は先生方から説明をしていただける機会があって、それは私たち患者にとってよい動きであることは理解しているのですが、それを知る機会がない患者さんは集約化で、例えば自分で病院を決められないのではないかとか、この先生に手術してもらいたいのにできないんじゃないかとか、そういう不安が、十分な説明がないと誤解が生じてしまうのではないかと思うんですが、そのあたりはどのようにお考えでしょうか。

○鶴田真也先生

とても貴重なご意見だと思っています。繰り返しになってしまうのですが、特に外科医療は需要に比して若手の外科の先生のなり手がない中で、どうやって生産性を高めて効率を高めていくかみたいなことをやっていかないといけないわけです。そういったことを患者

さんの方々にどうわかりやすく伝えていくのかがとても大事だと思っています。

今ある外科医療がちゃんと受けられるようにするために、必然的にやらざるを得ない側面もあると思っていますので、そういうコミュニケーションは正面からとっていかないといけないのではないかなと思っています。そういうことを国としてもちゃんと情報を出していかないといけないです。ある意味、考え方をちゃんとまとめることがひとつ大事なポイントだと思っていますし、考え方をまとめることによって、それが都道府県の方々、医療関係者の方々、患者会の方々、皆さんと同じ思い、同じ考え方、ある意味、ワンボイスで伝えていくことが多くの方々の理解を得るためには大事なステップではないかなと思っているところです。

お答えになったかどうかはまたコメントをいただければと思いますが、私自身はそう思うところです。

○大屋祐輔座長

いかがですか。よろしいですか。

○島袋希美委員

ありがとうございます。私にとっても課題なのですが、例えばいい制度があったり、いい支援があっても、それが患者さんに結構伝わっていないことがあるように感じることが多くて、こちらも伝えていく方法なども一緒に考えていただければと要望いたします。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔座長

ありがとうございます。ご検討をいただくということで。

それでは最後に高槻先生、沖縄県でも外科医は非常に不足していると実感していますがいかがでしょうか。

○高槻光寿委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会　センター長）

琉球大学病院の消化器外科の高槻です。この会で運営委員会の委員長を務めさせていただいていますが、かなり外科医不足を強調していただいたので、そのとおりなのですが、特に消化器外科医、私は消化器外科医ですが、学会が声明出すぐらいの状況になっていますし、

どうすればいいのかも私も悩みながらやっているのですが、我々も自分で自分の首を絞めているというのはおかしいですが、消化器外科医に渡したデータの中に、自分の子供に外科医になるか勧めるかというデータがあって、相当低いですよ。結構ショッキングなデータがあったりして、我々はそもそも元気を出してやりがいを主張しながらやって、ネガティブなイメージを持たれることが基本ですが、やらずにやりがいが実際にあってということを伝えながら、沖縄も確かに外科医不足は深刻ではあるのですが、もっと厳しい県がたくさんあるのを知っていますので、私自身はそれほど悲観的ではないというか、とにかく頑張って、沖縄は拠点というか、特定機能病院は大学だけなのですが、連携してやれる体制には少しずつなってきていると思っていますので、それほど悲観的ではないです。

ただ先生もおっしゃられたとおりの状況なので、国としてもなんとか支援をいただけるような体制をとは思いますが、ありがとうございます。

○大屋祐輔座長

どうもありがとうございました。いろいろご意見もあるかと思いますが、時間はちょっとオーバーしていますのでここで終えたいと思います。鶴田先生、どうもありがとうございました。

○鈴木幹男議長

それでは、審議に先立ちまして、今年度から新しく委員となられた皆さんがいらっしゃいますので簡単な自己紹介をお願いしたいと思います。お名前をお呼びしますのでよろしくお願いいたします。

天願俊穂先生。

○天願俊穂委員（沖縄県立中部病院　病院長）

４月から沖縄県県立中部病院の病院長になりました天願と申します。３月までは副院長として幹事会等々に参加させていただいておりました。今後ともよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

田仲斉先生。

○田仲斉委員（沖縄県立八重山病院　病院長）

皆様、こんにちは。沖縄県立八重山病院の院長の田仲と申します。昨年度は宮古病院におりました。今年からまた院長１年生ということと八重山１年生です。どうかよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

高槻光寿先生。

○高槻光寿委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会　委員長）

高槻です。先ほど紹介させていただいたとおりですが、琉球大学病院は移転もしましたし、これから外科医としても頑張っていきたいと思います。運営委員会の委員長も務めさせていただいておりますのでどうぞご指導のほどよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

市川修さん。

○市川修委員（琉球大学西普天間キャンパス事務部　事務部長）

西普天間キャンパス事務部長になりました市川と申します。３月までは同じ琉球大学の財務部長をしておりまして、４月からこちらに異動しております。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

神里敬子先生。

○神里敬子委員（沖縄県立中部病院　副院長）

こんにちは。県立中部病院の看護職副院長の神里と申します。今年度より幹事会のほうに参加させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

山本孝夫先生、ウェブでご参加です。

○山本孝夫委員（沖縄県立八重山病院　医学部長兼外科部長）

山本です。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

砂川綾子先生。

○砂川綾子委員（沖縄県立八重山病院　副院長）

こんにちは。今年度から看護職の副院長をしています砂川です。またよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。

また、本日は会議傍聴に関して委員の皆様へご案内がございます。当協議会はもともとどなたでも自由に傍聴できますが、今回は北海道がんセンターの皆様がご来場をいただいております。せっかくの機会ですので、院長の平賀博明先生からひと言ご挨拶をお願いいたします。

○平賀博明先生（北海道がんセンター　院長）

北海道から参りました平賀と申します。私は１年前から協議会の運営をしておりますけれども、考えることが多く、増田先生に教えを請うために勉強に参りました。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

平賀先生、ありがとうございます。

また、本日はオンラインでも傍聴を許可しており、厚生労働省健康・生活衛生局がん疾病対策課の皆様と国立研究開発法人国立がん研究センターの皆様もご参加をいただいております。国立がんセンターからは、がん対策研究所長の松岡豊先生もご参加をいただいております。松岡先生からもひと言ご挨拶をいただきます。松岡先生、どうぞよろしくお願いいた

します。

○松岡豊先生（国立がんセンター　がん対策研究所長）

国立がんセンターがん対策研究所長の松岡でございます。本日は傍聴の機会を賜りまして誠にありがとうございます。我々は本日、沖縄県で行われている協議会の議論において、特に院内がん登録とデータを用いた議論によって、今後のがん医療提供体制を考える場、議論が進んでいると伺っておりますので、本日、我々の研究所からは都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の事務局を務めているがん医療支援部、それから研究部のメンバー等が併せて傍聴させていただいております。

今日の議論を我々も勉強させていただきまして、ここで得られる気づき等を今後、がん医療分野における政策提言等につなげていき、厚生労働省とも共有しながら誰一人取り残さないがん対策の推進に資するようなアクティビティを我々からも引き続き進めてまいりたいと思います。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

松岡先生、ありがとうございます。

それでは、これから協議会を開催したいと思います。まず資料の確認になります。増田委員からお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

では、資料の確認をさせていただきます。１枚紙のもので、上に令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事次第という裏表のものがあります。こちらに資料番号と備考のページが入っているかと思います。

もう１枚が資料一覧です。あとは当日資料としましてＡ３の大きな紙が入っています。右上に資料９、沖縄県がん診療連携協議会、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）とあります。それ以外にＡ４の紙が幾つかあります。１つは、右上の資料11-4、「選定要件　食道がん」と、これは６枚入っていまして、今日は審議事項の３番で使う選定要件の６種のがんについて入っておりますので、それぞれご確認をいただけますでしょうか。

もし足りないようであればお手を挙げていただきますと事務の担当の者が参りますので、補充いたしますのでよろしくお願いいたします。以上です。

○鈴木幹男議長

よろしいでしょうか。過不足はございませんか。

これから進めていきたいと思います。まず資料１～３の議事要旨の確認、資料４の委員一覧について、資料５の令和７年度の協議会・幹事会開催日程について、増田先生より報告をお願いいたします。

議事要旨・委員一覧

１．令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（4月7日開催）

２．令和６年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月7日開催）

３．令和６年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月7日開催）

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について

○増田昌人委員

確認させていただきます。資料１が本協議会に先だって行われる本年度第１回の幹事会の議事要旨となっています。５ページからになります。

また資料２としまして、昨年、令和６年度の第４回の本協議会の議事要旨が７ページから。その議事録が11ページから50ページほどあります。

なので、まずは皆さん、７ページの本協議会の前回の議事要旨をご覧いただければと思います。資料２になりますが、議事要旨をご覧になられていますでしょうか。７ページにはメンバー表が書いてあるかと思います。

１枚めくっていただきまして、前回の審議事項は、１番として、「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針についてということで、医療部会とベンチマーク部会からの提案がありました。実際に基本的な方針についての確認とおおよそ20のがん種について選定していくことが決まったかと思います。

２番目が、市町村のがん検診担当者の研修修了率向上についてということで、これは大腸がん死激減プロジェクトの連絡会議のほうから提案がありまして、市町村のがん検診担当者の研修の修了率が悪いということで、それに対して市町村長及び沖縄県保健医療介護部へ要望書を提出することになって、実際に提出しております。

３番目が、沖縄県の病弱教育における高校生支援について、小児・ＡＹＡ部会からの提案

で、こちらのほうが沖縄県教育庁より特別支援学校に要望書を出しております。

４番目が、本協議会版のがん計画の進捗状況について話し合いをさせていただきました。

時間の関係上、報告はそれぞれありましたが割愛させていただきます。

また、幹事会の議事要旨、本協議会の前回の議事録に関しましては、それぞれ皆様、ご確認をいただき、もし間違い等がございましたら事務局のほうに連絡をお願いいたします。

資料４、64ページまで飛んでいただけますでしょうか。今日の幹事会の委員の名簿です。赤字で書いてあるところが今日の新規委員となっています。

また次のページをめくっていただきますと幹事会の委員の変更が赤字で書いてありますのでご確認ください。

その次のページは各ワーキンググループの名簿になっていますので、それぞれ変更がありますので、それを確認していただければと思います。

次は71ページまで進んでいただきまして資料５、今年度の協議会の日程と幹事会の日程の確認をお願いいたします。協議会に関しては、次回は８月１日、第３回が11月７日、第４回が２月６日になっております。基本的に第１回目を除きましては８月、11月、２月の第１金曜日となっておりますのでそれぞれご確認をお願いいたします。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについては何かございますか。コメントはよろしいでしょうか。

それでは有識者からの報告説明事項に入ります。資料６を埴岡委員より報告をお願いいたします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。それでは資料６、72ページをお開きください。手短にご紹介したいと思います。

タイトルは「沖縄県におけるがん診療病院の再構築に関する１考察」としております。ちょうど今日、いわゆる集約化等についての議論があるということで、それとも少し関連したお話かと思っております。

めくっていただいて背景ですけれども、さらにめくっていただいて沖縄県の背景ですが、

沖縄県ではがん診療病院の要件を決めてがん診療病院を指名し、公表・掲載をしてまいりました。一方で全離島別のガイドを作成するなど、地元でできる治療、移動してする治療について情報提供も行ってきたところです。また、患者団体、患者関係者からの要望等もあり、一部の地域では離島から本島への旅費補助などもまだまだ不十分とはいえ、一部、発達してきたところだと思っております。

それから第４期がん対策推進計画、沖縄県のものを連携協議会のほうでロジックモデルをつくって、その医療提供体制分野においても指標を見て、医療の質もアクセスも十分にモニタリングしていこうとしていたんだと思います。その指標も患者さんに聞いた患者体験調査や医療現場に聞いた医療提供者調査も活用していたところです。

この後、行われます審議で「がん診療を行う医療機関」選定要件の改訂が進んでいくところなんですけども、沖縄県ではこれまでも連携協議会で患者参画の形になっておりますし、適宜、タウンミーティングで意見聴取することなども行ってきたということを振り返っておきたいと思います。

次のページですが、これが現行の沖縄県庁の「がん診療を行う施設」、今日は掲載施設と呼ぶことにしたいと思うんですけども、掲載施設を告知しているページです。

そして、76ページはその掲載要件を掲載しているところで、共通的な体制と部位別の要件が書かれています。

77ページですが、それを決めるのみならず、県庁のホームページでも開示し、また県内で新たにがんと診断された患者さんにできるだけ漏れなく配布しようとしております「おきなわがんサポートハンドブック」でも掲載しているところでございまして、例えばこのページ、がんの部位ごとに見ていただければ結構ですけども、例えば食道がんですと○が付いているところが１つ２つというような形で、限定的な数にしたものを皆さんが閲覧できる形にしておりました。

78ページ、一方で先ほども触れましたが、離島・へき地の方々の不安が抑えられるように、各地区の状況のガイドもつくっておりました。

次のページはがん拠点病院のカバー率ですけども、カバー率は全国がん登録で推定される、その地域の全患者数に対して拠点病院等が参加する院内がん登録で捕捉されているものを分子として、分母分子を計算したものです。このグラフを見ますと、一番右端が沖縄でグラフが低くなっており、全国で２番目に低い。つまり大腸がん、沖縄で行われているもののうち、大体、グラフを読み取ると３割ぐらいが拠点病院で、院内がん登録で捕捉されてい

るという形であったわけです。

次のページが肺がんで、その次のページをめくっていただくと３つのグラフが並んでおりますけれども、一番左は拠点病院で診ているがんと、拠点病院以外だけども、院内がん登録で捕捉されている合計値です。合計値で沖縄を、一番下のところを見ると全国でベスト２ぐらいの85％ぐらいになっています。真ん中は拠点病院だけの部分ですが、これは35％ぐらいです。右側が50％ぐらいがあって、これは拠点病院じゃないけど、拠点病院以外のところも院内がん登録に登録してもらって捕捉をしたと。真ん中足す右で左端になっているということで、真ん中のままだとワースト２なんですが、右が、足す分をベストに頑張って、左側の合計値を全国ベスト２まで持ってきたということで、これはひとえにこの協議会で意思決定したことを現場の作業者の方が熱心に取り組まれた結果で、沖縄のがんがある程度、カバー、捕捉されて、把握がされているということだと認識しております。

また、次のページは先ほど述べたロジックモデルによる進捗管理のところからですけれども、今日の資料にも付いているロジックモデルだと思いますが、そこの抜粋ですが、医療提供体制に関して患者さんの状態、それからサービスの状態がこのようにずっとモニタリングしていく体制、仕組みになっております。

また次のページは離島なども含めて医療スタッフがどのように配置されているかを見るようになっているということで、沖縄ではずっと患者さんに対して医療がどうなっているかを見る体制も並行して行ってきたと再確認したものでございます。

次のページですが、こちらは国の話なので、先ほども話がございましたし、できるだけ割愛したいと思いますけれども、84ページですか。国のほうでも各方面から集約の話が進んできています。

85ページは新たな地域医療構想で、前大屋院長も委員をされて、まとめられたペーパー。ここにも「集約化」という文字が含まれておりますし、がん対策で進められている検討のまとめられたペーパー。86ページ、87ページ、88ページでもそのような流れが出ている。そして、89ページに先ほどご紹介がありましたが、国のほうでは３階建てというイメージで考えているというところです。

90ページになりますけれども、背景としては、沖縄県のがん診療連携協議会でがんを診療する病院の要件をできるだけ絞っていこうと。質の高いところを目指していこうというところは全国から見て先進モデルであったんだなということと、今日を含めて、これをさらに改訂していこうということなんですけども、そこで決めたことを今後は実行していくとい

う流れになっているんだなと、改めての振り返りでございました。

91ページ、課題、92ページ、課題ですけれども、今日はそういう文脈の中で、現状が施設別の診療件数がどうなっているのか。仮に集約が実際に進んだら、どんな感じになるのかということ。それが意外とイメージされていないかもしれないので、それを見てみようという趣旨でございます。

93ページからがようやく本番で、前置きが長過ぎて恐縮ですが、94ページ、これから現状を把握してみようということと、移行をするときに何かを犠牲にして何かをしようということがこの連携協議会の考えではなくて、沖縄連携協議会ではやはりできることは全てきっちりやっていこうという方針だったということを確認しつつ見ていきたいと思っております。

95ページ、96ページなんですけども、多分、沖縄の連携協議会がやってきたことは何かを犠牲にして何かをやるということではなくて、基本的には全てよしの精神で「患者・住民よし、提供者よし、社会よし」。すみません、文字の脱落があって恐縮ですけれども、そういう精神でやってきたのではないかと思っております。

97ページ、またよく医療の質とアクセスとコストは相反するといわれるんですが、沖縄はあんまり精神ではなくて、医療の質も上げるし、アクセスも上げるよねということだったんじゃないかなと理解しております。質に関しても向上させるということで、集約するのは質を上げるということがありますし、それによってアクセスを犠牲にしようと思っているのではないと理解しておりまして、人口稠密地ではアクセスは維持するし、集約をしてもアクセスはそんなに悪くはならないという理解。それから、離島・へき地ではこれまで巡回や遠隔による、特に巡回医療などもされておりましたし、そういうことに関してはますます強化していこうと考えていらっしゃるので、基本的には最適化で両立していこうという考えではないかなと理解しているところですし、そこのところはぜひ維持していただきたいと思っております。

98ページ、モニタリングも、ちょうどロジックモデルもほぼ完成し、指標が集まってきたところで、体制が変わっても患者さんのアウトカムやサービス状況は向上していることをちゃんと確認もされていくんだなと理解しております。

ここから作業をご披露するんですが、99ページから100ページ。データソースは院内がん登録を加工したものです。症例数が１～３というのは、マスキングされているところは２とか置き換えで処理をしております。

101ページを見ていただくと、ここのデータを入手できる病院が縦に並んでおり、横にがんの部位ごとの症例数が出ております。確か初回治療の浸潤がんで作成したと記憶しております。これを地図で見るとわかりやすいかなと思って、地図上に配置をしてみました。掲載病院が赤、非掲載病院は青色表示にするという作業をひとつしました。

もう１つ、作業２ですけども、これは現行の掲載要件を適用して、掲載施設だけに仮に症例が全部移管したと。これは全く機械的な試算であって、そうあるべきと言っているわけではないんですけども、機械的計算としてやって、その症例が全部移管されたという仮定で、非掲載施設から掲載施設までの患者移動が発生した場合の距離も計算をしてみた。その２つを今からご紹介いたします。

105ページですけれども、この表は縦側に大腸がんの診療病院と、現に今、診ている症例数がございます。太字が掲載病院になりますので機械的計算に過ぎませんけれども、それが移動したことを仮定していくわけです。

106ページは現行の症例数を単にグラフにしたものでございます。

107ページは作業①としてマッピングしたものですけれども、大腸がんの病院に対してオレンジ色のところが掲載病院で、青のところが非掲載病院です。

クローズアップしますと、まず八重山医療圏や宮古医療圏、北部医療圏ではもう既に病院が限定されていることが認識されます。中部医療圏では108ページのような図になりますが、掲載病院３つに対して非掲載病院１つ、症例数がそちらに表記されているような形になります。

めくっていただいて南部医療圏では今、たくさんの病院がありますけども、オレンジ色の病院が４つぐらいとそれ以外の６つぐらいの青マークの病院が見えております。これを見ると、仮にオレンジ色のところだけになっても、青いところからオレンジ色のところへの患者さんの移動数はそんなに大きく発生しないことが見て取れます。

そこで110ページですけれども、その症例が移動した場合、患者さんが移動する距離も測ってみたところ、大腸がんの場合は移動距離が2.9㎞や3.8㎞、このような形で比較的短めであり、かつ元々、自動車で移動していたのであれば大きな影響は割と少ないことが想像されました。これは機械的に元の病院と非掲載病院から最寄りの掲載病院への距離を測っておりますので、場合によってはむしろ掲載病院のほうが近くなったということもあろうかと思いますので、１つの試算に過ぎません。

同様に肺がんでもやってみたものが112ページです。現行の症例数をまず把握していただ

いて、そのうち掲載病院が太字のところであるという認識をした上で可視化、地図化をしたところ、113ページのような形になります。

こちらも同様に、八重山医療圏は１つ、宮古医療圏は２つ、北部医療圏も２つということで、やはり焦点として見られるのは114ページの中部医療圏と南部医療圏のところ。そして、また比較的、南部医療圏、中部医療圏、あるいは一帯の医療圏としても捉えられるような部分もあると思われます。中部医療圏の場合はオレンジ色のものが１つで青が３つですけども、これが移管された場合、どれぐらいの移動距離になるのか。

115ページですが、また南部医療圏ではたくさん症例を分け合っておりますけれども、それが仮に掲載病院だけに集約された場合、どれぐらいの地理的配置になるかということが見て取れるということでございます。

116ページはそれの移動距離計算をつけたものでございます。

118ページは考察なんですけれども、こうして見ますと、主にではございますけども、都市部、中部医療圏と南部医療圏の問題に見えるなということと、中部医療圏と南部医療圏において、掲載施設への実際の集約が名目的な掲載にとどまらず、実際の集約がどのようなプロセスで起こっていくのかなということが念頭に浮かびます。

あくまで私どもとしては「三方よし」「３点よし」でモニタリングがしっかりしていて、結果的におかしなことにならないことがしっかり担保されてほしいなと思っているところです。

中部医療圏、南部医療圏で掲載施設への集約が進むと、もちろん医師の働き方改革の効果や離島・へき地への支援余力の捻出が生まれるのではないかということで、また2040年、最適な医療提供体制の転換への好機となる可能性もあるのではないかと個人的には今回、この作業をして思ったところでございます。

都市部の集約による効果をへき地・離島のサポートに配分するという発想もあるのではないかと思っており、また患者・住民参画の会議もそうですが、共に議論するという素地が沖縄県にはあると思っております。ということであとは読んでいただければいいかなと思いますけども、このような考察をしてみたということで何か参考の一助になればと思います。

それから、120ページからは患者さんの移動のみならず、医療従事者の異動、専門職の異動もそれに伴ってどう起こるのかが関心事になると思いますので、専門職に関しての一覧表をつくってみたんですが、これは18施設のベースではなくて、本当に限られた６つぐらい

の施設ですので、これだけでは何とも言えないんですけれども、こういうことも見ておく必要があるかなということで付けたものでございます。

また、123ページからは脳卒中や心疾患の症例数を見ておりますけれども、総合病院、がん専門病院だけではない病院の今後の展開を見るにはほかの主な疾患も同時に見ておく必要があろうということで、あくまでご参考に付けたものでございます。

以上、１つの可視化の試みをご紹介した次第でございます。長くなって恐縮です。ありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。非常に衝撃的なご発表だと思いますが、いかがでしょうか。ご意見、ご質問はどうでしょうか。

やはり集約化は避けて通れないところだと思います。先ほどご質問があった選ぶというところもあるんですけれども、できるだけ安全な医療を提供するとなるとある程度の集約化。今、集約されてもさほど大きな影響がないような、そういった形でご提示いただけたと思いますが、いかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

ありがとうございます。集約化はすごく重要だと思うんですが、今の沖縄県全体の医療経営状況を見ていますと、もちろん集約化は重要なんですが、一概にそれに向かうのもなかなか難しいのではないかと思っているんですね。なので、この辺を今後、もちろんここで協議するべきかどうかはわからないですが、もしかすると県行政と医師会側でそこをもう少し協議する必要もあるかもしれないですが、こういうものを今後、加味していくような見せ方というんですか。それをロジックモデルに組み込むのは可能なのかなというのを埴岡先生にお伺いしたいんですが、いかがですか。

もちろんがんにフォーカスを当てると集約化はすごく重要だというのはわかるんです。ただ一方で「拠点病院に全部、集約をしましょう」と言うと、ほかの医療機関の経営状況にかなり大きな問題が起こってくるだろうと思うんですが、この辺を加味したような見せ方はできますか。そして、それを課題にするためのロードマップをわれわれはつくっていかないといけないんですよね。

○埴岡健一委員

それを全てロジックモデルに負わせることはなかなか難しいと思うんですけども、今あるロジックモデルの下側に人材資源、ロジックモデルに人材資源はもう入っているんですよね。ですので、欄外注記として、医療コストと医療機関の収益表をロジックモデルに参考指標として付けて、それを両方見ることによって。

それからもう１つ、将来患者需要数と需給ギャップをロジックモデルの下側に欄外注記として付けて、両方見ることによって、皆さんが2040年を見据えながら、どれだけの医療資源でどれだけのアウトカムとプロセスを生んでいくのかということを動態的に見て確認することができると思います。

○鈴木幹男議長

今、言われたように、一番最初、埴岡先生が言われたように「三方よし」ですよね。患者さんもよくて、それから提供者、病院とかそういうところもよくて、社会もいいというところで、その辺の落としどころを探っていくことになるかと思います。いかがでしょうか。

○増田昌人委員

拠点病院に集約化するという考えは毛頭ないので、そこは誤解のないようにしていただければよいと思います。

今日の段階で言うと、後で議論になるメジャーな６がん種なんですが、琉球大学病院は半分落ちていますので、そういった意味では既に会議の段階で県拠点である琉球大学病院がメジャーながんで半分落ちているという事実は一応、ここで強調しておきたいなと思います。そういったことはなしに公平に、皆さん、各委員が選定会議のほうでお話をされていますし、実は拠点病院以外だけ選定がされているがん種も幾つかありますので、そこのところは強調したいと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

１つの試案として、いろいろ出していただいて、今後はさらに検討していって、やはり「三方よし」が一番よくて、大学だけに症例を集めるとか、そういうことでは全然ないと思いますのでよろしくお願いいたします。埴岡先生、ありがとうございました。

それでは続きまして天野委員よりご報告をお願いいたします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

私からは高額療養費の引き上げに関して説明をさせていただきたいと思います。iPadの資料で133ページから始まりますのでご参照いただければと思います。資料の右下にページ番号を振っていますので、そのページ番号に従って説明させていただきます。

１ページ目に表紙がございまして、１ページめくって２ページ目です。まず今回、要望活動を行った全国がん患者団体連合会については、がん医療の向上とがんになっても安心して暮らせる社会の構築に寄与することを目的とした患者団体の連合組織でございまして、現在52の加盟団体、加盟団体の会員総数はおよそ２万人の団体となります。

３ページ目です。発端は、昨年末、厚生労働省の社会保障審議会の医療保険部会での４回での議論を経て、厚生労働大臣と財務大臣が合意する形で高額療養費の引き上げが決まったということがございました。それに対して、私たち、全国がん患者団体連合会並びに日本難病・疾病団体協議会からその引き上げについて再考を求める要望書を出させていただいたのが発端でした。ただ、当初はなかなかメディアの方々、また国会議員の方々にも関心を持っていただけない部分がございましたので、どうしたら関心を持ってもらえるだろうかということで、やはり患者や家族の声を届けることだろうと考えました。

４ページになります。１月17日から急遽、緊急のアンケートを実施いたしました。３日間でしたが、3,000名を超える方々から非常に切実な声をいただくことができました。

５ページ目です。3,623名のさまざまな年代の方からアンケートの回答をいただきましたが、非常に切実なものが多くございまして、例えば一番上、女性・20代のがん患者さんですね。「スキルス胃がん患者です。小さな子どもがおり、この子を遺して死ねません。高額療養費制度を使っていますが、支払いは苦しいです。家族に申し訳ないです。引き上げされることを知り泣きました。スキルス胃がんは治らないみたいです。私はいずれ死ぬのでしょうが、子どものために少しでも長く生きたい。毎月さらに多くの医療費を支払うことはできません。死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残すほうがいいのか、追い詰められています」。こういった切実な声がたくさん寄せられました。

この頃、もし仮に政府の当初案どおりに引き上げが行われた場合、患者さんやご家族にどういった支援ができるだろうかということを、がん相談支援センターの私が信頼申し上げ

ている複数の相談員の方々と相談したんですが、結論は生活保護を受給していただくしかないだろうというのが、当時、結論だったのを覚えています。なかなか生活保護も受給が難しいので、どうしても受給する場合には、例えば結婚されている場合には世帯を分けていただくとか、そういった相談対応をしなければいけなくなるのではないかということを当時、相談支援センターの相談員の方々と語ったのを覚えています。

６ページ目になります。このアンケートを公開したところ、与野党各党が関心を持ってくれて、党としてヒアリングをしていただきました。最初、立憲民主党から始まりまして、共産党、公明党、国民民主党、そして日本維新の会、それぞれがヒアリングしていただいて、ようやく各政党がこの問題に関心を持っていただくことができました。

７ページ目です。国会が開会しまして、国会の冒頭の代表質問で、立憲民主党と共産党からそれぞれ総理に対して代表質問で「高額療養費の引き上げを見直すべきではないか」という質問をしていただきました。それに対して総理から「既に十分、配慮をしているので、引き続き説明を尽くしてまいります」という趣旨のご説明があって、少なくとも引き上げに関しては特に修正する予定はない、いわゆるゼロ回答だということが示されました。

それに対して、われわれ患者団体、全国がん患者団体連合会、日本難病・疾病団体協議会、いずみの会では、８ページになりますが、今度は緊急署名を開始しまして、こちらについては多くの方々のご賛同、またがんを患っていらっしゃる有名人・著名人の方々も賛同人になってくださいまして、13万筆を超える署名が10日間程度で集まりました。この署名、あるいはアンケートを基に国会でも質問を相次いでしていただきました。

９ページ目です。衆議院予算委員会で立憲民主党の酒井なつみ衆議院議員が最初に質問してくださったんですが、酒井議員は看護師であり、ご自身も20代のときに子宮頸がんを経験されたがんサバイバーの方ですが、涙ながらに質問していただきまして、それに対して総理が答弁していただきまして、「一番苦しんでおられる方々の声を聴かずに、このような制度を決めてよいとは思いません。厚生労働省において、そういう方々のご意見をどういう形で聴くのが一番適切か。検討させます」というご答弁をいただきまして、厚生労働省の大臣との面談が実現することになります。

10ページ目です。並行しまして、与野党の国会議員の皆さまに、われわれ全がん連並びに難病団体で要望してまいりました。上から後藤茂之・元厚生労働大臣、田村憲久・元厚生労働大臣、また公明党の斉藤代表、立憲民主党の野田代表、国民民主党の玉木代表、社民党の福島党首ですね。それぞれの方々にお会いしまして、これ以外にもたくさんの議員の方々に

お会いしたんですけども、高額療養費の引き上げを見直すように要望してまいりました。

11ページ目になります。２月７日と10日に厚生労働省保険局長と保険課長と面談の機会をいただきまして、２回にわたり面談させていただきました。われわれからはとにかくいったん凍結、立ち止まっていただきたいということを要望させていただきました。

12ページ目になります。このときに特に議論になっていたのが多数回該当という制度です。ご存じの方が多いかと思いますが、現在の多数回該当の制度になりますが、例えば年収650万の場合、自己負担の上限額が現在８万100円＋１％になっているわけですが、それに３回、上限額に達すると引き下がって４万4,000円になる。これが多数回該当という制度でございまして、これがこのとき、特に議論になっていました。

13ページになります。２月12日、またその後、２回目ですね。２回の面談を厚生労働大臣としていただきまして、このときにわれわれからはいったん凍結を重ねて要望いたしましたが、厚生労働大臣からは「多数回該当については引き上げを行わない」という回答をいただきました。

14ページになります。政府の当初の引き上げ案はどうなっていたかといいますと、年収約650万円の場合ですが、現在の自己負担上限額が８万100円であるのに対して厚生労働省の当初案では13万8,600円に引き上げを行うと。また、多数回該当についても現在の上限額は４万4,000円であるところ、７万6,800円に引き上げるということで、これが政府の当初の引き上げ案だったわけでございます。

15ページを見ていただきますと、政府のこのとき、厚生労働大臣から示された１回目の修正案では13万8,600円という自己負担上限額の引き上げは行いますが、多数回該当については引き上げを行わずに４万4,000円のままにするというのが福岡厚生労働大臣からお示しいただいた修正案でした。

ページをめくっていただきまして、ただ、これでも実は救われない患者さんがいらっしゃいます。と申しますのは、例えば現在、８万100円の上限額が13万8,600円に上がりますと、毎月10万円程度の医療費を支払っている患者さんが結構いらっしゃいます。たまたまなんですけども、乳がん、子宮頸がん、卵巣がんといった女性特有のがんの患者さまのレジメンが自己負担の大体３割負担の金額が10万円前後という方が結構いらっしゃるんですが、仮に年収650万円程度のところが13万8,600円に引き上がると、上限額に達しなくなります。その結果、今までであれば３回支払ったら４万4,000円に引き上げされていたのが13万に引き上げられてしまうことによって、毎月、永遠にずっと10万円程度、支払い続けるという患者

さんが出てくることが懸念されるようになりました。

17ページです。つまり、制度では「短期は何とか頑張ってください、高額であっても。ただ、長期に及ぶ場合は緩和してあげましょう」というのが制度の想定している自己負担の軽減だったんですが、引き上げされてしまうことによって、実際はぎりぎり上限額に達しない金額をずっと支払い続ける患者さんが出ることが懸念されました。

18ページです。でも、こういった声を受ける形で、２月28日に衆議院の予算委員会で石破総理から「今年度、2025年の引き上げだけは行うけども、それ以降の引き上げについては凍結をする。再考する」ということがありまして、また多数回該当についても「新たな基準を設ける」というご回答をいただけました。これは２回目の修正になりました。この時点で衆議院から参議院に渡ったわけでございます。

19ページです。この頃になると、さまざまな医療経済系あるいは医療政策の学者の方々から今回の引き上げについての考察が出てまいりました。例えばこちらは立教大学の安藤教授の考察ですが、縦軸が自己負担の上限額、横軸が年収になってくるわけですが、オレンジ色が現在の高額療養費制度の自己負担上限額、青色が今回の政府の当初案の自己負担上限額になっています。

政府の説明どおり、特に所得の低い方については引き上げ幅はほとんどない、かなり抑えられている。これは政府の説明どおりになっていたわけです。

20ページを見ていただきますと、別の見方で、例えば手取り所得です。手取り所得というのは、この場合、額面の年収から所得税と保険料を引いた額ということで、特にこの場合は45歳の単身世帯という非常にシンプルなモデルで計算しているんですが、手取り所得に対して高額療養費を支払い続けた場合、どの程度の負担になるのかということを計算した場合、これで見るとわかるように、実は低所得の方が既に３割から４割以上の負担になっていると。しかも、引き上げを行う前のオレンジ色の部分でも既にもうかなりの負担になっていることが可視化されたということがあります。やはりこうなってくると、一番最初から考えていただかないと困ると。

特に先ほど私たちの患者会のアンケートでも「現時点でも既に支払いを断念している方々がいらっしゃる」ということが医療者の方々からもかなりコメントを寄せられていたわけですが、その理由はまさにこれに表れているわけでして、特に所得が低い方においては既に過重な負担になっていることが示唆されました。

21ページです。また加えて参議院で新たに参考人招致をしていただいて、私たち全がん連

は轟理事が「治療をやめて、子どものランドセルや成人式の着物を用意して亡くなっている方々がいらっしゃる」ということなど改めて切実なことを訴えたところ、参議院議員の方々、与野党の先生方が特に「引き上げをやめるべきだ」と声を上げてくださいました。

22ページ、３月７日にわれわれ患者団体と石破総理、福岡厚生労働大臣との面談が実現しまして、全てを凍結する、いったん凍結することになりました。

ただ、一応、今年の秋までに改めて検討し直すことになっておりますので、23ページですが、われわれ患者団体から与野党の先生方に要請を行いまして、超党派の議員連盟として「高額療養費と社会保障を考える議員連盟」をつくっていただきました。こちらは最高顧問が尾辻秀久・前参議院議長で、会長が武見・前厚生労働大臣、事務局長が立憲民主党の中島克仁議員ということになっていまして、現在100名を超える与野党の衆参議員の方々に加入していただいていますが、こちらの超党派の議連でしっかり高額療養費の議論を見守っていただきたいということを考えております。

また、24ページ、最後になりますが、４月16日、私は衆議院厚生労働委員会に参考人として招かれまして、いわゆる薬機法の改正と高額療養費について意見を申し述べましたが、その結果……。失礼しました。私が参考人として招かれたのは４月８日だったのですが、それを受ける形で４月16日に衆議院予算委員会で決議が出まして「特に家計に与える影響を十分に考慮しなければいけない。また、高額療養費の議論に関しては、実際に支払う者とか、あるいはその他関係者の意見を聴かなければいけない」ということが言われまして、つい先日、厚生労働省に新たに高額療養費について検討する専門委員会が立ち上がりまして、今後はその専門委員会で議論が行われていく見込みになっております。私からは以上でございます。

○鈴木幹男議長

ご説明をありがとうございました。高額療養費制度についてのご活動をご報告いただきました。せっかくの機会ですのでご質問はいかがでしょうか。

先生、議員のほうからは、なぜこれをしたいというあれはあったんでしょうか、国会ですね。

○天野慎介委員

率直なことを申し上げますと、私たちも与野党の国会議員の方々にお会いしたんですけ

れども、この引き上げについて正確に理解されている方々はあまりいらっしゃらなかったと、与野党の議員の方々も、本心かどうかはわかりませんけども、私たちが説明していくと「こんなに引き上げるのか」といったお声をいただいた方もいらっしゃった。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。

医療のいろんな形態が変わってきて、いろんな高いお薬なども今後も次々に導入されていくと思いますので、やはりこういうのはなかなか削れないところですし、きちんとした対策が国のほうでなされていくべきだと思います。

ほかはよろしいでしょうか。天野先生、ありがとうございました。

その他の報告はございませんね。これからいったん休憩を挟みたいと思います。休憩は10分間とさせていただきますので、再開は13時55分でお願いいたします。それでは休憩に入ります。

（休 憩）

○鈴木幹男議長

それではお時間になりましたので、これから審議事項に入りたいと思います。審議事項の第１号議案の提案をベンチマーク部会長の増田委員、お願いいたします。

審議事項

１.「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について

（ベンチマーク部会）

○増田昌人　ベンチマーク部会長

iPadの中にも入っているんですが、すごく字が小さくなりますので、別個に資料９としてＡ３で沖縄県がん診療連携協議会の第４次がん計画（協議会版）のほうを。

本来であれば、新しく入った指標のお話を少しさせていただいて、それぞれ進捗状況をお話しするところではありますが、本日は議題が多くありますので、特別に今日は私のほうから申し上げませんが、今回は新たに患者体験調査、これまでは全国値だけが出ていたんですが、それぞれ各病院ごとの値が参加した病院に返されています。

ここの中には患者体験調査がかなりあちこちに入っていますが、今回まではまだほかの病院からのデータを後日、琉球大学病院のほうで皆さまから頂戴して、一括して沖縄県のデ

ータということで国がんのほうから頂戴して掲載する予定なんですが、現状としては琉球大学病院がもらったばっかりなものですから、ここの中には琉球大学病院のデータだけ入れてありますので、それぞれご確認いただき、次回には恐らく沖縄県のデータとして県全体の平均データがここに入る予定となっておりますので、そこが大きな変更点となっております。

また、各学会のほうから過去10年分のデータをいただいておりますので、それにつきましては当協議会のホームページで、「うちな～がんネットがんじゅう」のがん計画をウェブ版で公開しています。そこでは使い勝手が少し良くなって、全てではないんですが、一部ではありますが、そこの部分にカーソルを合わせてクリックをすると10年分のデータが別画面でグラフと表で出るようにしてありますので、それぞれお使いいただくと同時に、そこの画面上で水色の画面は全て根拠となるデータないしはホームページのほうに飛ぶようにしてあります。それぞれ試していただければと思います。

GoogleでもYahoo!のところでも「がんじゅう」と入れていただくと多分１番目か２番目に当協議会のホームページが出ますので、ぜひお使いになっていただければと思います。協議事項ではなくて報告でした。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。資料の内容はもうこれでよろしいですか。これは認めてもらうかどうか。もうよろしいですか。

それでは次の審議事項、第２号議案の提案を離島・へき地部会長の赤松先生、お願いいたします。

２．北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について

（離島・へき地部会）

○赤松道成　離島・へき地部会長

医師会病院の赤松です。よろしくお願いします。179ページ、資料10です。「北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における分野別のがん医療の短期目標（案）」ということで出させていただきます。

第４次がん対策推進計画では、第２「分野別施策と個別目標」の中の２「患者本位で持続可能ながん医療の提供」の中の(3)「個別のがん対策」の⑥で「離島・へき地」の部分で個

別施策「診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う」に該当する施策を出させていただきます。

離島・へき地部会で協議して、以下の短期・中期的目標を立てましたので、協議会での審議をお願いします。これらを実現するために、協議会として琉球大学病院をはじめ各拠点病院や、場合よってはそれ以外の医療機関に対して働きかけを行っていくことをお願いします。また、必要が生じた場合は、協議会として沖縄県病院事業局、沖縄県保健医療介護部等に要望を出すことをお願いします。

180ページをお願いします。まずA「我が国に多いがん」ということで、大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん、肝・胆・膵がありますけれども、まず１番、胃がん・大腸がんの2025年４月の現状は、北部で現在、消化器内科医が５名、うち消化器病専門医が２名です。消化器外科医が８名で、うち専門医が５名。宮古で消化器内科医が３名、うち消化器病専門医が１名、消化器外科医が６名、うち専門医が２名。八重山で内科医３名、うち専門医１名、外科４名、うち専門医１名となっています。今後の方針として、まず３地域とも消化器病専門医を３名以上確保することを挙げています。また、３地域とも消化器外科専門医１名以上を維持する。また、現在、手術ができていますので、各地域での手術が可能な現在の状況を維持することを今後の方針として挙げています。

２番、肝・胆・膵のがんについては、内科医、外科医の数は先ほど挙げたとおりなのですが、北部・宮古・八重山とも肝胆膵外科高度技能専門医が０名となっています。今後の方針としては、この領域については３地域とも消化器病専門医を３名以上確保すること、手術と放射線治療に関しては本島の集約後の施設に紹介するという方針を挙げています。また、宮古病院または八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築することを挙げています。

181ページをお願いします。肺がんは、2025年４月現在で、北部は呼吸器内科医が４名、うち専門医が１名、呼吸器外科は０となっています。宮古は呼吸器内科医が１名、専門医は０、呼吸器外科が０で、現在、非常勤で呼吸器外科専門医が来てくれています。八重山も呼吸器内科３名、うち呼吸器専門医が３名、呼吸器外科医は常勤０で、非常勤が１名、専門医となっています。今後の方針ですけれども、３地域とも呼吸器専門医を１名以上確保すること。手術と放射線治療に関しては本島の集約化後の施設に紹介する。宮古病院また八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築するとしています。

４番の乳がんは、現状、北部・宮古・八重山とも乳腺専門医は０となっていて、宮古は非常勤で月に２回、乳腺の専門医が外来を、八重山では月に１回、乳腺の専門医が非常勤で外来をしています。今後の方針ですけれども、３地域とも非常勤で乳腺専門医を１名以上確保し、月に１回以上、外来を行う。手術と放射線治療に関しては、本島の集約化後の施設に紹介する。宮古病院または八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築するとしています。

５番の前立腺がんは、北部は泌尿器科医０、宮古が専門医を持つ泌尿器科医が１名、八重山も専門医を持つ泌尿器科医が１名となっています。今後の方針として、北部は2026年度中に月に１回は外来を専門医によりできるようにする。28年度中に常勤の泌尿器科専門医を１名確保するとしています。宮古・八重山は引き続き泌尿器科専門医１名を維持する。手術と放射線治療に関しては本島の集約後の施設に紹介するとしています。

182ページをお願いします。Ｂで「我が国に多いがん」以外のがんについては、本島の集約化後の施設に紹介して、確定診断とその後の治療を行っていただくとしています。

また、Ｃとして、患者会から特に要望の高かった３つの専門外来の整備については、まず１番で腫瘍内科外来（がん薬物療法専門医による外来）についてでは、４月現在、北部は外来がありません。宮古・八重山は月に１回、非常勤の先生によって外来をやっています。今後の方針としては、北部は月に１回の外来をまず開設し、それを今後、維持していく。宮古・八重山は月１回の外来を維持するとしています。

現在の沖縄県内のがん薬物療法専門医が全体で７名、拠点病院勤務が５名の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の３つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりも必要なときにコンサルトができて速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えています。そのため、システムができている宮古病院と八重山病院は現在のシステムを維持していくこと。システムがない北部地区医師会病院は構築できるように、グループ指定をしている琉球大学病院と検討を始めていきます。

183ページです。２番で血液内科外来（血液専門医による外来）です。これも４月の状況ですけれども、北部は血液専門医による外来がありません。宮古・八重山は非常勤の先生により月１回、外来を施行しています。今後の方針として、北部も月１回の外来を開設し、維持すること。宮古・八重山は現在の状態を維持することを挙げています。

現在の沖縄県内の血液専門医が27名、うち中部病院が１名、那覇市立が２名、琉大が９名

の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の３つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりは必要なときにコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えています。そのため、宮古病院、八重山病院は現在のシステムを維持し、医師会病院はそれを構築できるように琉球大学病院と検討を始めていきます。

３番の放射線治療外来です。これも北部は現在、外来がありません。宮古病院、八重山病院は月に１回、外来を開かれています。今後の方針は、北部も月１回の外来を開設し、それを維持していくこと。また宮古・八重山は月１回の外来を維持することを挙げています。

現在の沖縄県内の放射線治療専門医が14名、中部病院が１名、那覇市立が１名、琉大病院が３名の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の３つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりも必要なときにコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えます。そのため、宮古病院、八重山病院は現在のシステムを維持し、北部地区医師会病院でもそれを構築できるように琉大病院と検討を始めていきたいと思います。

以上となっています。よろしくお願いします。

○鈴木幹男議長

赤松先生、ありがとうございました。離島・へき地部会からの診療目標ですね。各種、いろんながん種についてご発言がございました。これについてはいかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

度々申し訳ございません。玉城でございます。今、必要な際にするコンサルトできるシステムはすごく重要なのですが、これはボランティアでしょうか。コンサルトをすることは何かそこに金銭の授受はあるのですか。

○赤松道成　離島・へき地部会長

現在、外来に来ていただくのは金銭の授受がもちろんある。県立はないですね。医師会は来ていただく場合にはあるのですけれども、コンサルトを速やかにやったときには今のところ難しいかなと考えていますが。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

いや、恐らくこれをボランティアでいつまで、サステナブルなのかなというのがいつも疑問に思うところで、これは厚労省にもぜひ考えていただきたいんですが、ここにやはりお金をつけるというところが、今後、こういう遠隔地医療には重要ではないかなと常々思うところです。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。私も全く同感で、先ほどからいろいろ議論されていますけれども、やはりコンサルトしやすいというか、相談しやすいのは一番基本にあると思いますので、そういうものを進めていきたいということで要望なりを挙げていく形になると思います。

天野さん。

○天野慎介委員

２点ございます。まず１点目が、まず先ほど来、出ていますけれども、特に地域で実際に医療を受ける患者さん、ご家族の方の理解を得ていただくことが重要なので、本日は２名の患者会の方がいらっしゃっていますけれども、加えて今日、欠席されている離島の患者会の方には個別にぜひ説明の機会を設けていただいたほうがいいと感じています。

２点目が、181ページで乳がんについて、外科の先生方の状況について書いていただいています。外科の先生方も薬物療法を行う場合、当然あると思うんですが、ご承知のとおり、乳がんは外科手術が重要なのは言うまでもないんですが、近年、薬物療法の進歩が著しくて、特に薬物療法がしっかり行えるかが生命予後に非常に大きな影響を与えている状況があると思うんですけども、例えば薬物療法についてはどういった体制になっているのか、議論があるのか、そのあたりについて教えていただくことは可能でしょうか。

○鈴木幹男議長

赤松先生、いかがでしょうか。

○赤松道成　離島・へき地部会長

僕の知る範囲でよろしければ。北部は、現状は乳腺の専門医は持っていないんですが、乳

腺をずっと続けてくださっている先生がいるので、その先生が一手に手術もしていますし、年間50弱ぐらいは手術をして、ただ、radiationはないので、もちろん中南部に行っていただいている状態で、その先生が化学療法も施行しています。

宮古・八重山についても非常勤の先生が来ていますので、化学療法についてはその先生に相談しながら、メニューも含めてアドバイスをいただきながらやっているのが現状です。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

乳腺の専門家として。本当に困ったときは、われわれのところに連絡はいただくようにしています。

あともう１つは、どうしても宮古・八重山の先生方にご負担をおかけしますので、その際にはレジメンも「かくかくしかじかでやっていただきたい」ということで、グラム数までできるだけ書くようにしてお願いをさせていただいているところであります。

ただ、システムの構築は重要でして、いわゆるファクスなどでやっているとタイムラグが生じますので、ダイレクトにコンサルトできるようなシステムをもっと利活用していくことが今後の課題かなとも思っております。

○鈴木幹男議長

乳がんの領域は日進月歩で、どんどん新しいことが入ってきますので、専門の先生からいろいろ教えていただくのは非常に有効かなという気がします。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。赤松先生、ありがとうございました。

それでは審議事項の第３号議案の提案を医療部会長の伊江先生、お願いいたします。

３．「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて

（医療部会、ベンチマーク部会）

（１）要件見直しの基本的な方針について

○伊江将史　医療部会長

私からは審議事項を４項目、挙げさせていただきます。(1)～(3)を私が担当して、(4)番の20がん種分野の個別要件に関しては増田先生から挙げさせていただきます。

まず資料は184ページです。資料11-１となっております。「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについてです。

確認ですけども、第４次がん対策推進計画では、第２「分野別施策と個別目標」、２「患者本位で持続可能ながん医療の提供」、(1)「がん医療提供体制」、⑥「医療提供全般」の個別施策３として「沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う」。これに該当する施策となっております。

これに関しては、まず審議項目の１番ですが、こちらは資料11-２、187ページです。こちらは要件見直しの基本的な方針についてです。前回の令和６年度第４回協議会からの継続審議の案件です。その後、医療部会、ベンチマーク部会、幹事会で協議を行い、修正を行いました。協議会での審議をお願いします。

こちらに関しては187ページです。要件見直しの基本的な方針について（案）となっております。協議会として、分野ごとに沖縄県内のがん医療の状況を見極めて、集約化と分散化のバランスをとり、離島やへき地に住む県民に配慮し、沖縄県民全体の利益となるような選定要件の改正を目指す。

具体的には以下を基本方針とします。１．各分野共通の条件を設定し、それらをすべて満たすこと。２．分野ごとに個別の条件を設定し、それらをすべて満たすこと。３．分野ごとの個別条件の設定の際には、(1)厚生労働省健康・生活衛生局が実施しているがん診療提供体制のあり方に関する検討会における「2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について」の基本方針を十分に意識して議論を進める。(2)分野ごとに集約化に伴う利点と問題点に関する科学的根拠を意識して議論を進める。(3)沖縄県の全国がん登録、院内がん登録データの分析結果に基づいて議論を進める。

以上を基本方針としております。これについて審議のほうをお願いいたします。

○鈴木幹男議長

提示をありがとうございました。これについてご意見はいかがでしょうか。先ほど来から少しデータも出ておりましたが、よろしいでしょうか。そしたらお認めするという形でお願いします。

○伊江将史　医療部会長

ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

それでは次、２番目をお願いいたします。

（２）「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について

○伊江将史　医療部会長

２番目です。資料は11-３、188ページとなっております。まず２番ですが、「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件についてです。前回の令和６年度第４回協議会からの継続審議の案件です。その後、医療部会、ベンチマーク部会で審議を行いましたので、協議会での審議をお願いします。

11-３の資料を見ていただきたいんですが、こちらのほうですね。「がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目すべてを満たす施設とする」となっております。全部で大項目は７つあるんですが、情報量が多いので、大項目の文言だけ読ませていただきます。

まず１番、医療法等に基づく医療安全にかかる適切な体制を有すること。２番、緩和ケアを提供する体制を有すること。３番、がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催する体制を有すること。４番、標準的な薬物療法を提供できる体制を有すること。５番、がんゲノム医療を提供できる体制を有すること。６番、セカンドオピニオンに関する体制を有すること。７番、院内がん登録を行う体制を有すること。以上の７項目となっております。

ちなみに前回の2018年に設定されたものとしての大きな変化は、５番のがんゲノム医療を提供できる体制を有すること、こちらのほうが加わっています。こちらに関して、審議のほうをよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。これについてはいかがでしょうか。天野さん。

○天野慎介委員

２点、意見申し上げます。まず１点目が「セカンドオピニオンに関する体制を有すること」の(1)のところで文章を書いていただいていて、この(1)の文章については厚労省が出している拠点病院の整備指針の文言と全く同じなのですが、ただ、厚労省の文言では、この後に「その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること」という文言が入ってい

るので、そちらもあえて入れていただきたいと思います。

この文言の意図するところは、検討会で議論したときに、ありていに言うと、残念ながら一部の医師の方がセカンドオピニオンを求めると不快感を表したり、あるいは怒鳴ったりするドクターがいるので、本来であれば「不快感を表したり怒鳴ったりするな」と書いてほしかったんですけれども、「それは行政の文章としていかがなものか」ということが言われまして、当時の課長補佐と話し合って「心理的な障壁を取り除く」という行政的な文言にしていただいたんですが、それはそういう趣旨で入っている文言なので、そちらのほうはぜひ入れていただきたいです。

２点目が、新たに入れていただいたゲノム医療の提供体制については、遺伝子パネル検査を行うことは非常に重要なんですが、その際に重要なのが、検査をやりっぱなしになってしまっていて、そのフォローができていない病院がかなり多いことがかなり問題になっていると思います。

具体的には、遺伝カウンセリングの体制があることが望ましいと思うのですが、もちろん全ての病院で遺伝カウンセラー、あるいは遺伝カウンセリングを行うことができる医療者を充足することは現実的ではないので、例えば５番のところに、これに加えて「遺伝カウンセリングを行う体制を有すること。それが難しい場合はほかの遺伝カウンセリングを有する医療機関と連携する体制を整えること」などの文言を入れていただいたほうが望ましいと思います。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてはいかがでしょうか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、ちょっと補足を。５番の今の遺伝カウンセリングの件はとても重要な指摘だと思います。琉球大学病院で外部から紹介された患者は私が外来で全て診ているわけなんですが、外部から紹介された患者さんは全て、事前に検査を出した後、検査結果が戻ってくるまでに１か月から２～３か月あるんですけど、その間に必ず私どもの遺伝の専門医のプレ遺伝カウンセリングを受けていただくシステムが確立されていますので、プレ遺伝カウンセリングを受けないと結果をお返ししないことになっております。

あと、そこで二次的な所見、いわゆる遺伝性腫瘍の遺伝子があった場合は必ず私どもの本

物の遺伝カウンセリングを受けるシステムが確立されているので、多分、中部病院も同じ方式でやっていらっしゃるのではないかと思いますので、沖縄県の場合は紹介元ではなくて、紹介を受けたほうのゲノムの連携病院でそういう対応をしているのでちょっとここは省かせていただいたんですが、文言としては天野委員のおっしゃったような形で、患者さんが不利益を受けないような文言をまた担当部署と相談して入れたいと思います。一応、今、沖縄県では、紹介患者さんに関しましてはそういうシステムで、多分、院内患者さんも全てプレ遺伝カウンセリングに入れていますので、「そこまでやるのはどうか」という議論も逆にあるんですが、沖縄県は全てそういうことをやっているということです。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。まず１つ目の「心理的な障壁を取り除いて」というのは、これはよろしいでしょうね。

遺伝カウンセリング、がんゲノム医療に関しては少し文言を考えていただいて、ちょっと付け加えたほうがしっかりやっているという形になりますので、それはやっていただいたほうがいいと思いますのでよろしくお願いいたします。

これはよろしいでしょうか。そうしたらお認めするということでいきたいと思います。

それでは３番目をお願いいたします。

（３）「がん診療を行う医療施設一覧」の（特に医療者への）周知について

○伊江将史　医療部会長

３番目は、「がん診療を行う医療施設一覧」の周知についてです。こちらは資料はございません。

医療部会では、今回の要件などについて決まったことを県民のみならず医療機関及び医療者に周知することが重要であると考えており、幹事会でも同様の議論があったと伺っております。そのため、医療機関へ具体的な周知の方法について協議会で審議を行い、協議会として責任を持って取り組むべきだと考えております。この件につきまして、次回の第２回協議会で原案を出したいと考えております。具体的な原案を出すことに関しまして、協議会での審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。これについてご意見はいかがでしょうか。今まで積み重ねていただいたものにさらにしっかりと提示していただく形になると思います。よろしいでしょうか。また次回に出していただけるということですね。

○伊江将史　医療部会長

はい。よろしいですか。

○鈴木幹男議長

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

○伊江将史　医療部会長

ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

それでは４番目、５番目を増田先生のほうからお願いいたします。

（４）20がん種・分野の個別要件について

①食道

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、事前に説明させていただきます。555ページまで飛ばしていただけますでしょうか。６種類ぐらい資料が入っております。時間の関係上、その中で今回の選定をするためのワーキングで一番重要視したことだけに集中してお話ししたいと思います。

まず１枚めくって、ここにはがん診療提供体制のあり方に関する検討会で、先ほど鶴田課長からもご講演がありましたように、今回、第17回のがん診療提供体制のあり方に関する検討会では、日本癌治療学会と、この後に続きます日本放射線腫瘍学会と日本臨床腫瘍学会の３学会のほうからステートメントが出ておりまして、このうち、今日は癌治療学会の説明だけを確認させていただいた上で、私のほうから提案をさせていただくことになります。

１枚めくっていただきますと、癌治療学会からは手術療法、特に消化器・呼吸器・乳腺・婦人科・泌尿器につきまして方針が出されております。字が小さくて恐縮なんですが、ちょっと拡大していただきますと、都道府県で……。同じように厚労省が大方針の中で、左のほ

うに薄い水色、普通の水色、濃い水色、青色ということで３段階に分けておりまして、左の一番三角のところのトップは「都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療」ということ。真ん中ががん医療圏、ニアリーイコール二次医療圏かと思うんですけど、ないしは複数のがん医療圏での集約化の検討、ないしはそこで自己完結するもの。あとは「均てん化が望ましい医療」ということで、患者にとって身近な診療所等を想定しております。

このうち、右のほうにより具体的な臓器別の方針が書いてあります。一番左の列が消化器、その次が呼吸器、乳腺となっておりますが、消化器ですと県ないし県をまたいでということでありますが、食道切除術、膵頭十二指腸切除術、膵全摘術、高難度な肝切除、食道がんに対する光線力学療法と書いておりまして、あとはその下には二次医療圏内である程度、完結するものということで胃全摘、直腸低位前方切除術等々が書いてあるかと思います。

飛ばしまして婦人科のところですと広汎子宮全摘、下のほうは卵巣がん、子宮頸・体がん手術となっております。こういうふうに大まかに出ております。

３枚ほど進めていただきますと「欧米諸国による消化器外科領域の集約化の現状とその効果」ということで小さなグラフが入っておりまして、これは消化器外科の集約化に向けてのコンセンサス形成を目的に、欧米22か国が集まりまして議論をしたと。そのうち、15か国ではハイボリュームセンターということで、集約化に向けて規定する症例数を決定したということで、その一覧表が出ております。一番上がオーストリア、ベルギー、チェコ、デンマークと書いてありますが、それぞれ各国についての数字はかなり違いがあるかと思いますが、例えばオーストリアですと食道10、膵臓10，肝臓10、直腸10となっています。オーストリアはだいぶ人口が少ないので、こういう形なのかなと思いますし、一番下の22番目はアメリカになっております。それぞれご確認いただければと思います。

わが国のことで言いますと、もう４枚ほど進めていただきますと563ページなんですが、「胃がんと直腸がんに対する胃全摘・低位前方切除術における術後短期成績とhospital volumeに関するエビデンス」ということで、左のブロックが、胃を全部取る手術においては年間12例と11例未満のところで分けると術後死亡率が12例以上の施設のほうが低かったですよという論文、エビデンスが書いてあります。右は直腸がんの手術のほうで、腹腔鏡でやった場合は56症例と55では差が出ましたよということで出ております。

もう１枚めくっていただきますと、564ページなんですが「集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠」ということで、「高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 ―集約化によって見込まれる短期成績の向上―」と

いうことが青文字で書いておりますが、ここは胃を取る手術、胃切除の手術なんですが、ここに10例刻みでありますと、10例未満、20例未満、30例未満、40例未満、50例以上の５つに分けますと、これは術後死亡率が縦軸になっているので、術後死亡率がだんだん下がっていくのがわかるかと思います。なので、たくさん手術をしたほうが術後の死亡率は低くなることが出されています。

また、左下には、それぞれここに、ちょっと字が小さくて大変なんですが、「重点化対象となりうるハイボリュームセンターの基準成績の向上が見える症例数」ということで、もう１つ、プラス「地域分布からみた設定」ということで、消化器外科学会から出ているものとしては食道がんで、食道がんに対する切除・再建が年間20例以上、胃がんの切除が年間30例以上、結腸・直腸がん、大腸がんですね。大腸がんの手術が50例以上、肝臓と胆のう、胆管と膵臓のがんですね、肝・胆・膵がん。これが、ただの手術ではなくて高難度手術30例以上が１つ、日本の基準になるのではないかということが提案されているかと思います。

少し進めて568ページをご覧ください。それでまとめますと、日本癌治療学会としては、現状におけるハイボリュームセンター、たくさん手術をしている、たくさん患者さんを診ているという意味だと思いますが、そのイメージとしては、食道がんは10例以上、胃がんが30例以上、大腸がんが50例以上、肝・胆・膵がんが30例以上ということで提案がされているということです。

今日は婦人科がんのお話もするので、ずっと進めていただいて574ページになります。日本婦人科腫瘍学会からの提案を加味してだと思うんですが、癌治療学会から都道府県で集約化、ないしは都道府県を越えて集約化したほうがいいのは、高度な手術療法として広汎子宮全摘術と書いています。また、二次医療圏で完結するものとしては卵巣がん、子宮頸がんの手術、子宮体がんの手術と書いてあります。

１枚めくっていただいて、赤い囲みの中に「婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する」ということを一応書いております。なので、小さなところで言いますと、浸潤がんの手術症例数で差が出てくるのではないかというのがちょっと読めるかと思います。こういうことが日本癌治療学会から、特に手術件数に注目して、こういうお話があるということです。

それを受けまして、４月から５月にかけまして６つの会議を開きました。それが本日、紙資料でお配りしている資料11-4で、紙資料３枚つづりで「選定要件 食道がん」と書いた表になっているものになります。先ほどのところを見比べながら聞いていただけるとありが

たいです。

まず食道がんに関しましては、これの見方は一番左が項目になっております。最初の12年前及び６年前、そして今回も学会の認定があるかないかはとても大事な要件なので、大きな項目として置いております。あとは外科的治療、手術ですね。あと内視鏡の治療、放射線療法、薬物療法、抗がん剤の治療、あと特記事項という形で、このような形で項目をつくりまして、それぞれ選定要件を考えております。

一番右の列が現行要件、６年前に決めたものでして、６年前はここに書いてありますように、消化器病学会と消化器外科学会の認定施設だったんですが、今回の食道がんと胃のワーキングを一緒に行ったんですが、ここで提案されたのは、この２つは現状維持、それにプラス内視鏡学会の、これは内科系ですね。内視鏡学会の指導ないしは指導連携施設であること。また内視鏡外科学会の、これは施設認定がないので、技術認定を取得している人が１名以上いること。

もう１つは、今回は規定しないんですが、ここの※のところは次回、今の現行ですと６年後ということになるんですが、そのときにはぜひ検討していただきたい、ないしはそのときまでにはこういうことを条件として付け加えたほうがいいのではないかというのを今回、新しい試みとして方向性を示すつもりで各選定要件ごとに入れたんですが、日本食道学会というのがあるんですが、食道学会の認定医ないしは専門医または認定施設を追加することを検討する。

次は放射線ですが、放射線腫瘍学会の認定施設Ｃは必須のものとして、次の機会にはより厳しいＡまたはＢにするかを検討する。また、常勤の技師及び看護師、資格のある看護師と技師ですね。それの条件を検討する。

あと抗がん剤に関しましては、現在ないんですが、次回、改訂時には日本臨床腫瘍学会の専門医が１名または認定施設を追加することを検討するとあります。

外科的治療に関しましては、右のほうでは手術及び内視鏡的粘膜下層剥離術が年６例以上ということだったんですが、今回は手術及び胸腔鏡による手術を合わせて、何らかの手術を年８例以上とちょっと条件を厳しくしました。

放射線治療は前と症例数は一緒なんですが、前はほかの施設に紹介してもＯＫ、あとは緩和的照射でもＯＫなんですが、今回は治療のためで、かつ自施設で放射線治療ができないと選定はされないことにしております。

薬物療法に関しましては、症例数は同じなんですが、今、薬物療法専門医が整備できてい

ないのですが、さらに加えて資格のある薬剤師、資格のある看護師が１名以上、これはほとんどの項目で入れていることなんですが、薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に組織上、明確に位置づけられた各臓器の専門医に加えて、多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合はほかの医療機関と連携して対応が迅速に行えることが、組織上、明確に規定されていることとあります。

特記事項は、症例数に関しましては直近３年間の平均値で表しましょうということで、それは維持します。ただ、先ほども申し上げましたように、緩和的放射線治療と紹介してもＯＫという項目はなくそうということです。

以上が食道がんになります。これはまだ審議途中ではあります。いったん決めた後はその後もメール審議を行っておりまして、既にこの数日で10件以上の意見がワーキングのメンバーからは出ておりますが、いったんここの方針等も含めて皆さまのご意見を頂戴した上でまた議論を深めていきたいなと考えております。

ちなみに、この分野におきますと、まとめのところでいうと、568ページを手元に置きながらお話を聞いていただけるといいのかもしれません。食道がんにつきまして、皆さまのご意見をいただければと思います。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

これは食道がんだけでよろしいですか。その後、ずっと……。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

はい、続けて。

○鈴木幹男議長

こういうふうな形で検討していくということですね。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

はい。それぞれのがん種ごとにご意見を頂戴したいと思います。承認は８月のときに改めて最終案をお出ししますので、そこでと思っております。

○鈴木幹男議長

現行要件が書かれておりまして、改訂の選定要件の提示がされておりますので、これについてご意見はいかがでしょうか。部会のほうでも今後、もう少しもんでいただく形になると思いますけれども、よろしいでしょうか。

そうしたら、それをご検討をいただいて、８月にまた報告いただければと思います。

②胃

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、次に１枚めくっていただきまして胃がんなんですが、裏が胃がんになっております。胃がんは、現行要件は先ほどの消化器病学会、消化器病学会というのは内科系の消化器内科の先生の勉強する学会でして、下が消化器外科学会になります。それの認定施設に加えまして、内視鏡学会の指導施設または連携施設、あと内視鏡外科学会の認定を取っている人が１人以上いること。将来的には、次回改訂時には日本胃癌学会の認定施設を追加することを検討する。あとは日本医学放射線学会の修練機関であること。

あと、抗がん剤は規定がなくて、次回改訂時には先ほどと同じような条件です。外科的治療に関しましては、現行は10例だったものを今回は12例にしております。内視鏡治療は、前は３例だったのが今回は６例。放射線治療の規定は、胃がんの場合はさほど重要ではないので、規定はありません。薬物療法は年６例ということで、ほかの②③④は食道がんと一緒ということで、特記事項は、症例数は３年の平均値にしております。ご意見を頂戴できればと思います。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。どうぞ。

○松永勝利委員（琉球新報社　総務企画局局付局長）

琉球新報の松永といいます。先ほどの568ページのハイボリュームセンターのイメージのところで、胃がんは30例以上となっていましたけれども、外科的治療を今回、10例以上から12例以上にされていますけれども、563ページの中で胃がんに対する胃全摘の解析の中で年間12例以上のところと11例未満で比べると死亡率が低かったと。多分、このぎりぎりのところが12例以上あったほうがいいかなということで、こう決まっていると思うのですけれど

も、実際には568ページを見ると30例となっていますが、その辺の整合性というか、妥当性は、県内の医療施設の中で症例があまりないからということなのかもしれませんけれども、その辺はどうなのでしょうか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうですね。今日は細かいデータは持ってきていないんですが、30例以上やっているところがさほどないということで、エビデンスのある最低ラインで12としていたんですが、ここのところは確かにワーキングでも議論になっておりまして、特に沖縄の場合は、細かい話になりますが、肥満の方がとても多くて、胃がんの手術に関しましては、痩せている方に比べれば難易度がかなり高くなりますし、沖縄はその比率がすごく高いと。

「本土でトレーニングをしてきて沖縄に来たらびっくりするぐらいだった」というコメントもありましたので、やはりある程度の集約化は必要で、そこでまとめてトレーニングをする必要があるだろうという議論になったのですが、症例数に関しましては「どうする？」ということで、今回は12になったと思います。ただ、20にする、30にするという議論は一応あったことはあったということになりましたが、ここのところは確かにおっしゃるとおりで、ワーキングでもここはなかなか微妙なところではあったということも実際にあったということです。

○鈴木幹男議長

沖縄は胃がんがかなり少ないこともあって、ちょっとばらけているところもあるかと思います。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうですね。そういう事情もあります。元々、ほかのがん種に比べて、一番分散しているのが沖縄の胃がんの治療じゃないのかなと思っております。そういうご意見があったということなので、ワーキングのほうで差し戻しをして、30ということに関して実現可能かどうかについてはまた議論をしたいなと思っておりますので、今、メールでやりとりはしていますけども、１回、集まって会議をすることは検討したいと考えます。以上です。

○鈴木幹男議長

ほかにご意見はございますか。よろしいですか。

増田先生、次。

③大腸

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、３枚目、大腸がんです。大腸がんは右上にありますように、学会認定は、前回はこのような状況で、今回は胃がんとほぼ同じようなことになっております。

外科的な治療に関しましては、前回は結腸がんと直腸がんを分けて、24と12例に分けたんですが、今回は合わせて50例ということと、腹腔鏡による治療を入れたということです。

放射線治療に関しましては、症例は減らしたんですが、具体的には、前は単純に放射線治療ということだったんですが、今回は強度変調の放射線治療を提供できることと低位放射線照射による治療を提供できること。もしそれらが提供できない場合は適切に連携を行うことによることということを、②③④を加えております。

薬物療法に関しましても症例数は一緒なんですが、②③④を加えています。

○鈴木幹男議長

これについてはいかがでしょうか。放射線の事項と、あと手術の症例が若干、変更になったということですね。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうですね。ここは癌治療学会の書いてあるハイボリュームセンターの50症例に合わせたということです。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしたら、次、お願いします。

④肝・胆・膵

○増田昌人　ベンチマーク部会長

次が４番目で肝・胆・膵がんです。前回はそれぞればらばらだったのが、今回は肝・胆・

膵でひとまとめにして条件を設定することになりました。それは治療をしている内科系、外科系のメンバーが同時だということと、なかなか細かくするとそこまでの症例数がないので、かえって何かアンバランスになるということがありましたので、今回は医療部会の話し合いで肝・胆・膵をまとめることにいたしました。

それで、現行要件は２つに加えまして、肝臓学会専門医が１名以上のところは、新しいのは肝臓学会の認定施設。あとは内科系の認定を少し入れたほうがいいのではないかということで、きちんと早期に診断がつくということが最終的に治癒に結び付くということもあったので、そういう意見が強かったものですから、内科系の胆道学会と膵臓学会の認定指導医を１名以上、あとは肝胆膵外科学会の高度技能専門医または指導医が１名以上いることを新たに規定しました。

あとは医学放射線学会の修練機関という、これは同じで、あとは抗がん剤のほうは同じという、なしです。

外科的治療に関しましては、前回は単純に肝臓がんに対する手術が６例以上、あと局所療法が６例以上、胆道がん、膵臓がんに対する手術の合計が10例以上とありましたが、今回は癌治療学会の規定に基づきまして、高難度の肝・胆・膵の外科手術ということで規定をしまして、ただ20例以上で切っております。ただ、これは元々のハイボリュームセンターのイメージからすると30例のところを20に落としていることは一応お話ししたいと思います。

あと、放射線治療に関しましては年１例以上で、同じようにＩＭＲＴとＳＢＲＴを提供できて、かつ提供できない場合は④番のほかの施設にきちんと紹介すること。

さらに⑤番目が加わりまして、放射線治療用の吸収性組織スペーサを、きちんとそこに当てるためというか、幅を取って無用の副作用が出ないように調整をするんですが、それを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。またはそれが難しい場合は可能な施設へ紹介できる体制を整えているということを新たに加えています。

薬物療法は年12例以上ということと、増やしたということと、②③④は一緒で、あと特記事項は直近３年間の平均値ということに決めておりますのでご審議をお願いいたします。ここの表からいいますと30のところを20に減らしてしまっているところはもしかしたらご指摘があるのかもしれません。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。かなり細かい内容になりますので。よろしいでしょうか。

30がちょっと20に減ったということと、あと、いろんな放射線関連のところも少し詳しく状況に合わせて修正されているということです。よろしいでしょうか。

そうしたら、引き続きご検討ください。それでは肺がんですね。お願いします。

⑤肺

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、５番目、肺がん、資料11-８です。肺がんに関しましては、一番右の列をご覧ください。

現行要件は呼吸器内科の先生が入っている呼吸器学会の認定施設と、外科の先生が入っている場合、これは呼吸器外科専門医合同委員会というのがありまして、そこの認定施設であることが旧来の現行要件でした。今回はそこに加えまして、気管支鏡の専門医を１名以上、及び日本放射線腫瘍学会の認定施設Ｃを条件としました。抗がん剤のほうはありません。あと外科的治療のところは、前回が年24例以上だったところ、今回は50にしております。

また放射線療法に関しましては前回と症例数は一緒なんですが、自分の施設でかけられない施設は認めないということにしております。あとは認定施設Ｃの条件なんですが、実際には、ここにちょっと書きましたが、全てのがんでいうと年間150例以上の縛りがあり、また定位放射線照射による治療、ＳＢＲＴができなくちゃいけないということが既に認定施設であることがそういうことの条件になっております。

薬物療法は18を24としたことと、②③④の細かい規定を入れたということになります。新規治療を前回は入れていたんですが、今回は削除しております。特記事項は一緒ということになっております。ご審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これは最終案ということですか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうです。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。

こういうものは１回決めて、その後、いろんな社会情勢によって、また変わってくるとは思うんですけど、見直しとかは何年ごとに行うとか、そういうのはどうですか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

最後に申し上げようと思っていたんですが、このワーキングの中で、医療計画が今、６年ごとなので、沖縄県ではその６年の更新時期に合わせてやっているんですが、６年は長過ぎるということが全部のワーキングから出まして、「次回の第２回の本協議会において、３年ごとにできないかということを県のほうに申し出たほうがいいんじゃないか」という意見が続出しているので、次回はそれを正式に提案したいと考えております。ですから、３年ごとに見直しをすると少し時代の要請に応えられるのかなということはあります。

○鈴木幹男議長

ご意見はいかがでしょうか。

○戸板孝文委員（沖縄県立中部病院　放射線治療科部長）

県立中部病院放射線科治療科の戸板です。肺がんに関して最終案ということですので、１点、指摘、意見をさせていただきます。

学会の認定のところで「日本放射線腫瘍学会認定施設Ｃ」と書かれていますけども、こちらは認定施設、ここまでも説明がありましたように、Ａ、Ｂ、Ｃと分かれておりますけども、上位のＢ施設、Ａ施設はもちろん大丈夫という理解だと思いますので、あえてＣというのはつけずに「腫瘍学会認定施設」というところでまとめる案にしたほうがいいのではないかと思って意見をさせていただきました。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、そのように変更したいと思います。

○鈴木幹男議長

Ｃと入ったら、もうＡもＢも入るということですね。そうしたら、そういうふうに変更していただくということで。

ほかにご意見はございますか。よろしいでしょうか。そうしたら、これは最終案として、

そこのところを変更していただく形になると思います。

それでは婦人科がんをお願いします。

⑥婦人科（議事次第に項目なし）

○増田昌人　ベンチマーク部会長

婦人科がんに関しましては、旧のところが日本産科婦人科学会の専攻医指導施設と、あと常勤の婦人科腫瘍専門医または常勤の産婦人科専門医のいる施設という条件でありましたが、今回はより上位の日本婦人科腫瘍学会の指定修練施設ということで、より専門的な学会の修練施設であることを条件にしております。そうしますと日本放射線腫瘍学会の認定施設に修正を口頭でしたいと思います。

あと抗がん剤はないんですが、次回はこのように変えた中で検討するということで。外科的治療に関しましては、子宮の浸潤がん症例に対する手術が年６例以上を今回は12例。放射線療法に関しましては、旧は３例で、あと紹介してもいいということだったんですが、今回は年12にして、結果的に腫瘍学会の認定施設になっているものですから、必然的に自分のところでかけられない症例はなしということになっております。薬物療法は、前回は年６例以上だったのが今回12にしておりまして、②③④は同じような条件です。特記事項は３年平均でいくことになっております。ご審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。外科的治療の浸潤がん症例は何か定義がもうひとつ曖昧なような気がするんですけど、広汎子宮全摘という意味ですか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

いえ、違いまして、広汎子宮全摘はかなり症例が限られておりまして、場合によっては年数例の年もあるようなので、それよりむしろ浸潤がん症例に対する手術のほうがより現実的だというご意見を頂戴したということと……。

○鈴木幹男議長

具体的にステージをはっきり書いたほうがよくないんですか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

私は専門じゃないんですが、婦人科の先生方の書きぶりとしては、これが最適ということで、そういうふうに……。確かにここのところは議論になりまして、元々は広汎子宮全摘術ということを置いていたんですが、それだと年、場合によってはもうほんとに数例のときが出てくるらしいので、それよりは、実力を証明するという意味ではむしろ浸潤がんという書きぶりのほうがいいということなんですが、これの場合はもう１回、差し戻しますので、ワーキングで皆さんに確認をしていきたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

広汎子宮全摘の場合も、それをするよりも放射線でされるような施設も多分、だいぶあると思うので、手術にしては、はっきり浸潤がんと言われるとちょっと何か違うような気がするので、少しはっきり決めていただいたほうが多分いいと思います。

ほかはいかがでしょうか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

そうですね。今日は専門の先生が１人もいらっしゃらないんですが、何でも婦人科の先生方はそちらのほうがなじむというか、共通理解だそうで、先生のおっしゃるようにステージの問題と「ここで元々、広汎子宮全摘が書いてある。それでどうですか」というお話は再三したんですけど、そうではなかったと。もう１回、ワーキングのほうで差し戻して会議をしたいと思います。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ここのところは今、中間報告みたいな形ですね。ということで、また次回に出していただけるということになります。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

次回、15がん種につきまして、ご審議を８月にはお願いをすることになるのと、あと先ほど口頭で述べましたが、６年ごとではなくて３年ごとでやることを県のほうに申し入れたいと考えています。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。

それでは４号議案にいきたいと思います。小児・ＡＹＡ部会長の浜田先生、お願いします。

４．各市町村に対する「若者がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて

（小児・ＡＹＡ部会、離島・へき地部会）

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

ＡＹＡ部会より各市町村長に対する要望ということで、ここにありますように、若年がん患者等支援事業への参加の働きかけについて、要望書となります。資料12の317ページをご覧ください。

第４次がん対策推進計画でも「緩和・支持療法」「在宅医療」として「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる」、２つ目が「在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる」、「個別のがん対策」として「ＡＹＡ世代のがん」に該当する施策となります。

がん患者施策では、０歳から20歳未満の末期がん患者さんは、小児慢性特定疾病医療費助成制度により、大体もう医療費はほとんどかからないような国からの助成を受けております。40歳以上の末期がん患者さんは公的介護保険制度により１割から３割の自己負担で介護サービスを受けながら在宅療養ができる状況です。しかしながら、そのはざま、20歳から39歳の末期がん患者さんにおいては今まで公的支援がありませんでした。

そこで、沖縄県では昨年度より若年がん患者等支援事業としての助成を開始しました。具体的には訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具購入、福祉用具レンタルなどの費用の一部、月上限としては５万4,000円を助成していただけるという、とても有用な内容となっています。

しかしながら、次のページを見てもらいますと、沖縄県の41市町村中、今、この助成に手挙げしている市町村は５市町村にとどまっている状況でして、その理由としまして320ページをご覧いただけますといいんですが、県のほうで全て負担ではなくて補助率は２分の１となりまして、残りは自治体のほうで負担するということで、体力がない自治体では手挙げするのはなかなか難しいところもあるかと思われます。

資料はありませんが、実際、2019年の沖縄県のがんの患者さんは１万116名おりまして、このＡＹＡ世代の患者さんは478名とたった５％のポピュレーションですので、この支援に

手挙げすることにあまり躊躇しなくてもいいのではないかということで、その旨を織り込んで各市町村長にこの協議会より要望をいたしたいと思っております。以上となります。

○鈴木幹男議長

これについてはいかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

ただ、手紙を送りつけてもスルーされると思うんですね。なので、例えばメディアを入れて大々的に発信をしていくのが１ついいのかなと思いますけど、いかがでしょうか。

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

そうですね。また増田先生とご相談してやっていきたいと思います。

○鈴木幹男議長

そうですね。ポンチ絵を見ると、半額は市町村が出して、半分は県が出してくれるというスキームですね。またこの辺を広報的にどうするかというところは増田先生と一緒に検討したいと思います。

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

ありがとうございます。

○増田昌人委員

付け加えますと、ＡＹＡ世代のがんでいうと478人、さっきありましたけど、2019年のデータですとありますけど、亡くなった方は25名なんですね。ということは、いわゆるこれは末期がん患者さん、残り６か月ということで対象にしているということであれば、沖縄県で年間25人亡くなるということは、恐らく補助対象の患者さんは25名程度ということと、41市町村で割りますと各市町村、そこまで負担にはならないかというデータも添えてお願いをするといいのかなと思います。

あと、また玉城委員のほうからありましたように、メディアを入れてのアピールに関してはちょっと検討させていただいて、また何らかの形でやりたいと思います。もしかしたら皆

さんにはメールで審議ないしはご報告できるかと思いますので、またお知恵をお借りできればと思いますのでよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これについてはちょっと検討していただいて、実際のデータ等も少し入れていただくということね。よろしいでしょうか。

それでは、その他、ご審議はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは時間がだいぶきておりますけれども……。

○又吉賢弘委員（がん経験者）

ちょっと質問がございます。がんサポートハンドブックを読みましたけれども、がん診療を行う医療・施設というコメントがこの中にあるんですが、この掲載条件の前提にはがん種ごとに県内を代表する医師が集まって検討しています。まさにこの場だと思うんですが、専門家の検討を経て決定された掲載要件を満たした医療です。ですから「一定の質を担保していると考えられます」という文言があって、その上に「掲載されていない医療施設においてもがん診療を行っている場合があります」。じゃ、私が面倒を見てもらっている病院はこの中にないけど、この疑問はどんなふうに解決したらいいんでしょうかという、そういうことに対する体制というのはあるんでしょうか。

○鈴木幹男議長

これは増田先生ですか。

○増田昌人委員

今のご質問は、今、「がんサポートハンドブック」を皆さんにお配りしていて、昨年度の調査結果に基づいて県が選定した病院、医療機関を○で表しているかと思います。そこに選ばれた場合は６年前の条件にかなった病院、医療機関ということで、協議会として、ないしは県として提案しているということだと思います。

それになかった医療機関だからということに関しましては、まず１つは強制力がありません。ただ、できましたら患者さん側としてはここの選ばれたところを受診していただけると間違いがないのかなと、より良い選択なのかなと考えておりますが、それ以外のところで

も、この条件を満たさなくても多くの施設ではきちんとした医療をしてくれていると思いますが、協議会ないしは県として認定するということになりますと、どうしても条件付けをして、そこをクリアした施設ということになりますので、そこのところは患者会の方々に丁寧に説明をするしかないのかなと考えている次第です。ちょっと答えになっていないかもしれませんが。

○又吉賢弘委員

例えば私が診ていただいている先生に「こういうものがあるけど、これはどうなんだ」という質問をしても答えは返ってこないと思うんですね。そういう疑問を持った場合に、例えばがんサポートセンターに行って相談するとか、何かそういう仕組みがあるのかということをお聞きしたいんですよ。

○増田昌人委員

ありがとうございます。まず１つは、担当の先生にお話をしたときに、残念ながら私どもの力が足りずに、沖縄県の全てのがんを診ている先生方がこの「がんサポートハンドブック」の存在と、この認定条件をして選定したという事実を知らない方も中にはいらっしゃるということがあるので、１つはこのことを全てのがん医療に携わっている医師に啓発することが必要だと思います。

２つ目は、それを聞かれた場合は、もうほんとに素直に事実を語っていただくようにお願いをする必要が今後、協議会としてはあるのかなと思います。

もう１つは、もし６か所のがん相談支援センターに連絡をいただいて相談した場合は、基本的にがん相談支援センターでは、１つの例として、ここの「がんサポートハンドブック」に載っている、○が付いている施設を、「どこがいいですか」と言われたら「こういう施設があります」ということで推薦はしています。

ただ、残念ながら、この「がんサポートハンドブック」は一応、２万5,000部、沖縄県で今、上皮がんを入れるとちょうど１万人の方が毎年がんになっているんですが、全ての方に行き渡っているわけではない。診療所も含めて全ての医療機関にお配りはしていますし、全ての病院の窓口で無料で取っていただけるように制度上はしているんですが、まだまだ患者の方には「知らなかった」と言われることもありますので、そこのことを今後、もっと頑張って、皆さんのお手元に早く届くようにして、そういうことが必要なんだろうと思ってお

ります。

もう１つは県の拠点病院には義務付けられている治療の開始前までにがん相談支援センターを受診するということは、今のところ、県拠点だけが義務になっていて、でも、沖縄の場合はほかの５つの拠点病院、診療病院にもお願いしていて、皆さん、努力していっているところなんですが、それ以外のところを受診していただいた患者さんにはそのことが伝わっていないところもありますので、本来であれば、受診の前までにがん相談支援センターにちょっとでも寄っていただくとこういう推薦ができるので、病院の選択にはプラスになるのかなと思っています。

ですから、まだまだ不十分な状況が、幾つも条件があって、皆さんのところにきちんと情報が行き着いていない状況があるのかと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

こういったパンフレットも随分刷られて、活動はしているんですけれども、なかなか皆さん全てご存じというわけではないので、そういう支援病院のほうではこういった活動も十分されていると思いますので、またそちらのほうでも相談されたらいいかと思います。よろしいでしょうか。

時間がだいぶきておりますけれども、報告事項のほうに入ります。増田先生から報告事項１をお願いします。

報告事項

１．前年度協議会の審議事項のその後について

○増田昌人委員

321ページ、資料13-１をご覧ください。昨年度は４回あったわけですが、その各会で審議されたことがその後、どうなっているかにつきまして報告をいたします。もちろん毎回報告していることではあるんですが。

まず審議事項１番の医療者調査の中間解析結果につきましては、特に変化はありませんで、実際には実現率が低い５項目に関しては報告して対策を提案し、その後、このことに関しましては県知事や市町村の各方面に対して提案書を出したということです。ただ、変化はありません。

審議事項２の赤のところが今後のことなんですが、まずＤＰＣ－ＱＩに参加することに

関しましては、沖縄県で院内がん登録をしている全ての施設がＤＰＣ－ＱＩに参加していただけることになりました。これは報告したとおりです。ただ、県民性や経済の問題により治療が難しい症例があり、これらを協議会でどこまで対応していくのかということに関しましては医療部会の審議事項になっているんですが、まだ本協議会に出せるほどのものがないものですから、できましたら８月をめどにまた提案ができるといいかと思いますが、これは進行がありませんので、赤で書いております。

第２回協議会の審議事項の１番、めくっていただいて322ページなんですが、第２回協議会での審議事項の１番はLINEを使用したがん対策につきましては、協議会としては提案に取り組むことにはならなかったと思います。

審議事項２番の医科歯科連携で周術期の口腔清掃等につきましては、医療部会が引き取ったわけですが、具体的な方策につきましてはもうちょっともんでから再審議ということだったと思いますが、ただ残念ながら、医療部会でまだ協議しておりませんので、次回の医療部会で協議をする予定であります。なので、これも実現が未対応ということになります。

協議事項の３番が今年度の沖縄県がん登録事業報告に対する要望で、これは部長宛てに議長から要望書を送付しましたが、県の医療保険介護課からは議長に対して返書が届き、この要望は残念ながら認められませんでした。

審議事項４が院内がん登録をしている18施設がＤＰＣ－ＱＩに参加することに対する要望についてで、最終的には議長名で各病院長宛てに対して要望書を送付して、送付した全ての病院から「参加します」ということを得られました。

審議事項５は専門的な資格を持った医療者が少ないことについて、現在、沖縄県では３つの県立病院群とＲｙｕＭＩＣ群と群星沖縄県集群の３つの研修群があるので、責任者及び県内の主要26病院の施設長宛てに対して要望書を出しておりますが、その後、特に反応はないので、また機を見て、要望書がその後、どういうふうに取り扱われたかに関しましては、またここでご報告したいと思います。

前回、第３回の協議会におきましては、審議事項の１番としましては、医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出ということで都合５つの問題点が抽出されて、それぞれ対象の26施設の施設長宛てに議長名で要望書を出したんですが、その後、反応がないので、しかるべき時期にまた要望書に対してどういう対応をとられたのかに関しまして確認をしていきたいと思います。

第４回協議会、２月ですね。審議事項の１番は「がん診療を行う医療機関」の選定要件改

訂会議の基本的な方針ですが、今日も審議していただいたとおり、これは少し書きぶりがちょっと悪いんですが、認められましたので、今日、最終案を出させていただいたと。

審議事項２の市町村のがん検診担当者の研修修了率向上につきましては、県の糸数部長と各市町村長宛てに要望書を発送して、最終的にここは今、研修率がちょっと向上したというが報告はいただいております。

あと審議事項３、沖縄県の病弱教育における高校生支援につきましては、それぞれ県教育委員会と県立中部病院と南部医療センターの院長宛てに要望書を提出しまして、これに関しましては、直近５月２日付で、資料が間に合わなかったんですが、県の教育庁の県立学校教育課長から議長宛てに返書が来ておりまして、要望書のその後ということで、「森川特別支援学校になって、今、改善策を検討している」ということが文書で届いておりますので、次の協議会で正式に報告をしていきたいと思います。

ということで、前回、これまでの審議事項の進捗状況について報告をいたしました。以上です。

○鈴木幹男議長

これについてご質問はございますか。まだまだのところと進捗がだいぶ進んでいるところとあるということです。よろしいでしょうか。

それでは報告事項２は患者会からのご報告ですけれども、田盛委員と与儀委員が急遽欠席となりましたので紙面報告としたいと思います。

紙面報告

２．患者会よりの報告

（１）田盛委員報告「やいまゆんたく会活動報告」

（２）与儀委員報告「ＮＰＯ法人乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告」

○鈴木幹男議長

続きまして島袋委員よりご報告をお願いいたします。

（３）島袋委員報告「若年性がん患者会　Be style　活動報告」

○島袋希美委員（若年性がん患者会「Be style」）

島袋と申します。若年性がん患者会「Be style」の活動報告をさせていただきます。350ページ、資料14-３をご覧ください。

「Be style」の活動といたしましては、主に患者会の開催、インスタグラム、フェイスブック、LINEなどからの情報提供、イベントの参加などがありますが、３月の患者会では民泊施設のキッチンをお借りして、ワッフルの食べ放題を開催いたしました。治療中の方は不安やつらいことも多々あると思いますが、悩みや不安などを共有しながらも楽しく過ごしていただけたのではないかと思っています。

また「がんサポートハンドブック」にも載っております医療施設の一覧など、患者会の皆さんやインスタグラムを見てくださっている方にもお伝えしたく、動画の編集をしているところです。「がんサポートハンドブック」を活用する利点やがん相談支援センターを利用するメリット、また協議会で得た情報などを伝え続けていきたいと思っております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご活動を引き続きお願いいたします。

それでは又吉委員から報告を受けたいと思います。よろしくお願いします。

（４）又吉委員報告「ハイリスクアプローチについて（第３回)」

○又吉賢弘委員

次のページ、351ページをお願いします。沖縄県の働き盛りはがん検診の受診率が低いため、早期がんの発見が遅れ、がんによる死亡を増やす原因になっていないだろうか。今年もこのタイトルが私の課題です。

次のスライド１をお願いします。沖縄県の報告で、2016年までの20年間におけるがん全部位の75歳未満年齢調整死亡率です。男女とも沖縄が低率で「瀕死の長寿県・沖縄」などの最近の評価とは違う状況です。

しかし、全国値での差はあまり、2015年、女のデータでは逆転が見られます。出典元には2023年までの報告があり、男は2019年から、女は2018年から逆転し、差は広がる傾向で、いよいよハイリスクグループによる影響が明確になりつつあります。

次のスライド２をお願いします。同じく県の報告ですが、40～64歳のがんによる死亡は全国値より明らかに高く、プラスの報告が同一の対象から得られた結果には見えません。

次のスライド３をお願いします。都道府県生命表は全ての死因による１歳ごとの死亡率を報告しています。2000年から2020年までの沖縄の男の死亡率の全国値に対する比率を求めると、70歳以上の年齢では1.0以下ですが、65歳以下は全国値を上回っていて明らかに高い。

次のスライド４をお願いします。女性も同じです。

次のスライド５をお願いします。５年ごとの都道府県生命表は、特定死因を除去した場合の平均寿命の延びを報告しています。がんを除去すると、男が3.45歳、女は2.88歳と寿命が延びることになります。健康おきなわ21で「取り戻そう、健康長寿おきなわ！」とうたうなら、がん対策が最優先の課題です。

次のスライド６をお願いします。人口動態統計でがんの死亡率を見ても、当然ですが、同じ結果になります。

次のスライド７をお願いします。女性も同じです。長寿県・沖縄を取り戻すには、がんを退治すればよいのです。対策型がん検診は全体の死亡率減少を目的として実施するといいます。その受診率を上げれば良いのです。簡単な話だと思うんですが、しかし、受診率は低迷しています。なぜでしょうか。

次のスライド８をお願いします。

次のスライド９をお願いします。がん検診の受診率について、民間の保険会社が年代別のがん検診受診率を報告しています。

次のスライド10をお願いします。左右の数字をよく見てください。全国の男が41.3、女は58.2です。

次のスライド11をお願いします。沖縄はどうでしょう。男は35.4、女は52.2で、６％ほど低いです。

スライド12をお願いします。未受診の理由についても調査していますが、経済的な理由を示しています。

スライド13をお願いします。平成30年の職域におけるがん検診に関するマニュアルは、職域におけるがん検診は法的根拠がなく、実態を把握できていないと白状しています。

次のスライド14をお願いします。数年前から市町村がん検診報告で国保以外の受診率を把握できるようになりました。残念ながら５％程度の受診率です。なぜ伸びないのでしょうか。

スライド15をお願いします。改めて沖縄県がん登録事業報告です。せっかく年齢に着目し

たのですが、次のスライド16をお願いします。残念ですが、下の調査項目については年齢を忘れています。

スライド17をお願いします。こちらも同じです。年齢に着目した集計を徹底し、その結果をアピールすれば成果はついてくるはずですが、どこに問題があるのでしょうか。

スライド18をお願いします。沖縄の事業所のほとんどは協会けんぽだと推測できます。長者番付に掲載される事業では、周囲からの啓発がなくても、それなりの受診率を稼げるでしょう。職場でのがん検診が実施されず、市町村で受診するためには、１日分の給与を諦めなければ、がん検診を受けることができません。

スライドは以上です。私の後の報告資料15-１、ロジックモデルについて「年齢」の２文字を単語検索すると「75歳未満年齢調整死亡率」がヒットしましたが、年齢あるいは年代を視点にした作業は確認できません。

がん対策について、県とこちらのがんの協議会があります。がん患者会の報告や要望について、これまでの歴史でどのように内容が加えられてきたのかわかりませんが、「瀕死の長寿県」は現実であり、２つの協議会の使命を改めて検討すべきではないでしょうか。

今年度も同じテーマについて報告したいと思います。成果につながらなければ意味がないかもしれませんが、「やるしかない」が結論です。以上です。どうもありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ご報告をありがとうございました。いかがでしょうか。ご質問はございますか。よろしいでしょうか。貴重なご提言をありがとうございました。

それでは次に報告事項３に移りたいと思います。各施設の委員から報告をお願いいたします。資料15ですね。各拠点病院が取り組もうとしているがん対策についてということで、これは増田先生のほうからですか。

３．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

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

（２）各病院の状況

①琉球大学病院

○増田昌人委員

まず最初に資料15-１、370ページをご覧ください。お配りしている協議会版なんですが、めくっていただきますと、ちょっと見やすく色をつけておりまして大きく広げていただきますと、１ページ目は「がんの予防」ということで、「生活習慣（喫煙）」という項目ですと、個別施策の１-１は「喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える」ということなんですが、これは現在、協議会とは別に病院独自の取り組みとして、今は字が全部、青になっていないんですが、八重山病院と北部地区医師会病院と宮古病院のほうで取り組まれているという形で、このような形で各病院が取り組んでいることにつきまして、ロジックモデルのがん計画上のどこに当たるにするかを赤文字で個別施策のところに印を付けておりますので、後でまた皆さん、それぞれご確認をいただければと思います。しおりで言うと、時間の関係上、１か所だけの説明で終えたいと思います。

具体的には次、資料15-２-１で、琉球大学が取り組んでいるものがこのようにありますので、またそれぞれご確認いただければと思います。琉球大学病院、増田からは以上になります。

○鈴木幹男議長

これについて、何かわからない点、ご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは各病院の状況について、琉球大学病院のほうからお願い……。

○増田昌人委員

今、まとめてお話しさせていただいたので、次は……。

○鈴木幹男議長

北部地区医師会病院、お願いいたします。

②北部地区医師会病院

○柴山順子委員（北部地区医師会病院　副院長）

北部地区医師会病院です。柴山のほうで報告させていただきます。資料15-２-２、391ページをご覧ください。

2025年度と書いてありますが、これは書いてあるのが前年度に実際に取り組んだことの

評価で出させてもらっていまして、今年度の取り組みについてはこれからまた確認をさせていただきますが、継続的に取り組むべきこと、それから今年度、ロジックモデルを改めて確認をしながら、次回、また正式に報告させていただきたいと思います。ちょっと変更、前年度で申し訳ありませんでした。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ほかに何かございますか。よろしいでしょうか。

それでは県立中部病院からお願いします。

③県立中部病院

○神里敬子委員（沖縄県立中部病院　副院長）

中部病院です。神里が報告いたします。資料15-２-３、393ページをお願いします。

２点、報告いたします。まず赤字のほうです。３番の「がん医療提供体制」のところですが、④「放射線治療機器更新のために」とあるんですけれども、こちらに関しては、機器の更新と建屋の改築が終了いたしました。それで来週から新しい外部照射のTrueBeamという装置が入ったんですけれども、その治療が開始されます。ちょうど来週から開始予定です。加えて、内部照射、県内で２台目ということでＲＡＬＳ装置が入りましたので、それが６月から開始されるということです。

次のページをめくっていただいて５番の「個別のがん対策」のところですが、がん遺伝子パネル検査に関して、昨年から宮古・八重山にもお声掛けをして患者さんに受けていただいています。その際に説明のための渡航費用が、経済的に負担があるということでこちらから応援医師が、腫瘍内科医が行った際に宮古・八重山で説明を受けていただけるように運用を整えました。

発表は以上ですが、加えて１点、造血器がんのパネル検査が３月から保険適用になっております。それに関しては連携病院である慶應大学病院と調整いたしまして、できれば今年度中に当院でも造血器がんのパネル検査ができるように調整をしたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは那覇市立病院、お願いいたします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の宮里が報告します。資料15-２-４、395ページになります。うちのほうは新しいことだけお話しします。

３番の「がん医療提供体制」ですけれども、昨年からロボット支援下手術を導入しているんですが、対象疾患を増やしてきて、今年の７月からは婦人科、それから肺がんもやる予定になっています。

それからがんゲノム医療提供体制の整備・強化を目指して、がんゲノム医療コーディネーターの養成研修を２名、受講させて、今後、そこを充実させていく予定です。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは県立宮古病院、お願いいたします。

⑤県立宮古病院

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院外科の西原です。

細かいことは、今年度もがん対策は記載のとおり行っていこうかなと思うんですが、それよりも今年の重点目標として、乳がんと大腸がんの早期発見を重点的に行いたいと考えておりまして、具体的には、乳がんに対しては専門家を招いて市民公開講座を開いて、自己検診を含めて乳がんの正しい知識を島民に広げていきたいということと。

大腸がんに関しては大腸がん死激減プロジェクトが今、進められているんですけれども、詳細はそこで報告したいと思うんですが、具体的に宮古モデルをつくって、検診カーや検便のあれを患者さんのところまで行ってすぐに検査できるような体制をつくって、それで陽性患者にはすぐに精密検査を受けられるような体制ですね。要するに今、検診の受診率が低いので、それを上げるための方策をいろいろ考えていまして、それはもう医師会を含め、市、役所と保健所を含めて、今、考えている思案中ですので、でき次第、また報告させていただきたいと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは県立八重山病院からお願いいたします。

⑥県立八重山病院

○砂川綾子委員（沖縄県立八重山病院　副院長）

八重山病院の砂川が報告します。資料は15-２-６、400ページになります。抜粋して報告します。

「がん検診」に関しては令和６年度の沖縄県の胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんの検診精密検査協力医療機関として名簿を登録して、関係機関に周知を図りました。

ページをめくっていただいて、７番の「基盤」に関しては、③番の「がん教育及びがんに関する知識の普及啓発」に関して、八重山高校の生徒にがんについての勉強会を実施して、がんの患者さんたちに、この２月にタオルで帽子をつくっていただいて、それを患者さんたちに還元させていただいています。それを新聞にも掲載してアピールして、市民のほうにも啓蒙を図っております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。全体、各病院の取り組みをご報告いただきましたけれども、何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

報告事項の４～６及び部会報告につきましては、時間の都合上、紙面報告とさせていただきます。それぞれご確認をお願いいたします。

紙面報告

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第31回厚生科学審議会がん登録部会

（２）第25回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（３）第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

７．その他

部会報告事項

１．医療部会

２．緩和ケア・在宅医療部会

３．小児・ＡＹＡ部会

４．離島・へき地部会

５．情報提供・相談支援部会

６．ベンチマーク部会

〇鈴木幹男議長

これで令和７年度の第１回沖縄県がん診療連携協議会を終了したいと思います。iPadは要回収となっておりますので、委員の方々はテーブルに置いたままにしておいてください。それではお疲れさまでした。

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和6度名簿 （任期：令和6年4月1日～令和8年3月31日）

No.	要項条項	氏名	異動・変更	ふりがな	所属	役職	要項での位置づけ
1	1	鈴木　幹男	変更	すずき　みきお	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	天願　俊穂	変更	てんがん　としほ	沖縄県立中部病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
3	2	外間　浩	継続	ほかま　ひろし	那覇市立病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
4	3	川満　博昭	継続	かわみつ　ひろあき	沖縄県立宮古病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
5	3	田仲　斉	変更	たなか　ひとし	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	田名　毅	継続	たな　たけし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	糸数　公	継続	いとかず　とおる	沖縄県保健医療介護部	保健医療介護部長	沖縄県保健医療介護部長
13	10	増田　昌人	継続	ますだ　まさと	琉球大学病院がんセンター	センター長	琉大病院のがんセンター長
14	11	高槻　光寿	変更	たかつき　みつひさ	琉球大学病院がんセンター運営委員会	委員長	琉大病院のがんセンター運営委員会委員長
15	12	平田　哲生	継続	ひらた　てつお	琉球大学病院医療福祉支援センター	センター長	琉大病院の医療福祉支援センター長
16	13	中村　克徳	継続	なかむら　かつのり	琉球大学病院薬剤部	薬剤部長	琉大病院の薬剤部長
17	14	眞栄城　智子	継続	まえしろ　ともこ	琉球大学病院看護部	看護部長	琉大病院の看護部長
18	15	市川　修	変更	いちかわ　おさむ	琉球大学西普天間キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	神里　敬子	変更	かみざと　けいこ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より2名
21	16	宮里　浩	継続	みやざと　ひろし	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
22	16	東恩納　貴子	継続	ひがおんな　たかこ	那覇市立病院	がん看護専門看護師	地域がん診療連携拠点病院より2名
23	17	西原　政好	継続	にしはら　まさよし	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2名
24	17	下地　千里	変更	しもじ　ちさと	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院から2名
25	17	山本　孝夫	変更	やまもと　たかお	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	砂川　綾子	変更	すながわ　りょうこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	継続	うえち　かよ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	与儀　淑恵	継続	よぎ　よしえ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係の立場の者
30	18	田盛　亜紀子	継続	たもり　あきこ	やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）	会長	患者関係の立場の者
31	18	又吉　賢弘	変更	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	変更	しまぶくろ　のぞみ	若年性がん患者会 Be Style	–	患者関係の立場の者
33	19	天野　慎介	継続	あまの　しんすけ	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン	理事長	有識者
34	19	埴岡　健一	継続	はにおか　けんいち	国際医療福祉大学大学院	教授	有識者
35	19	松永　勝利	変更	まつなが　かつとし	琉球新報社	総務企画局局付局長	有識者
36	20	和田　直樹	継続	わだ　なおき	琉球大学病院病理部	病理部長	琉大の病院長が必要と認める者
37	20	戸板　孝文	継続	といた　たかふみ	沖縄県立中部病院	放射線治療科部長	琉大の病院長が必要と認める者

令和7年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

申合わせ条項	要項条項	氏名	所属	役職	備考
1	10	増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんｾﾝﾀｰ	センター長	琉大病院のがんセンター長
2	16	神里　敬子	県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
2	16	宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
3	17	西原　政好	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	山本　孝夫	県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	山内　昌満	沖縄県保健医療介護部	医療介護統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者
4	その他協議会議長が必要と認めた者	大城　光雄	琉球大学西普天間キャンパス事務部総務課	課長	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2025/6月時点

人事異動等による委員変更は随時更新します。

医療部会

氏名	所属	役職	備考
宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
調整中	琉球大学病院		
金城　達也	琉球大学大学院医学研究科	准教授	
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

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

医療部会　薬物療法ワーキング

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

緩和ケア・在宅医療部会

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
中島　信久	琉球大学病院	地域医療部　診療教授	都道府県がん診療連携拠点病院
砂川　華	琉球大学病院	緩和ケアセンターGM	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	地域診療科医師	地域がん診療連携拠点病院
桑江　周子	沖縄県立中部病院	緩和ケアチーム専従看護師	地域がん診療連携拠点病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会南部病院
川田　聡	沖縄県南部医療センター・こども医療センタ	精神科部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
名嘉眞　久美	キャンサー・グリーフおきな和	事務局	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	緩和ケア・地域診療科	地域がん診療連携拠点病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
久志　一朗	国立病院機構沖縄病院	緩和医療科医長	緩和ケア研修会開催病院
新里　誠一郎	浦添総合病院	緩和ケアセンター長	緩和ケア研修会開催病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	麻酔科部長	緩和ケア研修会開催病院
国吉　史雄	ハートライフ病院	外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
林　正樹	中頭病院	血液腫瘍内科部長	緩和ケア研修会開催病院
友利　健彦	沖縄赤十字病院	第二外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	一般社団法人OHS沖縄往診サポート	代表理事	
神山　佳之	南部医療センター・こども医療センター	地域医療科副部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
中川　裕	豊見城中央病院	外科医師	緩和ケア研修会開催病院
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	いきがい在宅クリニック	院長	
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
深澤　裕美子	沖縄県立宮古病院	緩和ケア専従看護師	**地域がん診療病院**
嵩原　まゆみ	沖縄県立八重山病院	地域連携センター　緩和ケア認定看護師	地域がん診療病院
嶺井　朝美	北部地区医師会病院	緩和ケア専従看護師	地域がん診療病院
与那覇　涼	株式会社　けあんちゅ	代表取締役	浦添介護福祉士会　会長
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会豊見城中央病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
城間　忍	訪問看護ステーションはえばる	管理者	
新屋　洋平	西崎病院	総合診療科　在宅・緩和ケア	
高江洲　あやこ	那覇市医師会	ＭＳＷ	
調整中			
仲門　文子	沖縄県介護支援専門員協会	理事	
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会

氏名	所属	役職	備考
浜田　聡	琉球大学病院	小児科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
北村　紗希子	琉球大学病院	第二内科　特命助教	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形学科学講座准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
喜納　綾乃	琉球大学病院	小児科看護師長	都道府県がん診療連携拠点病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療連携拠点病院
林　絹子	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科　医員	地域がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
伊良波 史朗	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	放射線科副部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
屋 宜 孟	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児血液・腫瘍内科　医長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
親富祖　しのぶ	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	化学療法認定看護師	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
遠越　学	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
呉屋　光広	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校

古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	代表	患者関係者
宮平　有希子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	副代表	患者関係者
徳元　亮太	沖縄がん教育サポートセンター	理事長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長・外科外来医長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産婦人科　副部長	地域がん診療連携拠点病院
池宮城　梢	那覇市立病院	産婦人科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中上　弘茂	沖縄県立八重山病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科 医長	地域がん診療病院
野坂　舞子	友愛医療センター	不妊センター長	友愛医療センター
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
平敷　千晶	琉球大学病院	産婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	南部医療センター・こども医療センター	小児科　部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　医長	中頭病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形外科講座　准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
長嶺　英樹	琉球大学病院	脳神経外科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院		都道府県がん診療連携拠点病院
浜田　聡	琉球大学病院	小児科　講師	都道府県がん診療連携拠点病院
伊差川　サヤカ	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
大嶺　菜	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

離島・へき地部会

氏名	所属	役職	備考
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	
戸板　孝文	沖縄県立中部病院	放射線科副部長	地域がん診療連携拠点病院
吉田　幸生	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科	
友利　寛文	那覇市立病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
西原　政好	沖縄県立宮古病院	外科部長	**地域がん診療病院**
下地　千里	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
砂川　綾子	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院
赤松　道成	北部地区医師会病院	外科科長	地域がん診療病院
有銘　みどり	北部地区医師会病院	看護師長	地域がん診療病院
調整中	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
真栄里　隆代	ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会）		患者関係者（宮古医療圏）
田盛　亜紀子	やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)	会長	患者関係者（八重山医療圏）
江藤　甚之助	やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)	副会長	患者関係者（八重山医療圏）
調整中	琉球大学病院		
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

情報提供・相談支援部会

氏名	所属	役職	備考
大久保　礼子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	
奥平　藤也	沖縄県立中部病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数　真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
伊禮　智則	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
横田　美佐	沖縄県立宮古病院	地域連携室看護師	**地域がん診療病院**
岩崎　奈々子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
仲村渠　美奈子	北部地区医師会病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療病院
上原　弘美	友愛医療センター	相談員	友愛医療センター
調整中	南部医療センター・こども医療センター	社会福祉士	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
田場　純子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
間島　奈央子	一般社団法人キャンサーフィットネス	キャンサーフィットネス認定インストラクター	患者関係者
西村　克敏	沖縄県地域統括支援センター	ピアサポーター	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会

氏名	所属	役職	備考
井岡　亜希子	まるレディースクリニック	院長	
伊藤　ゆり	大阪医科薬科大学 医学部 予防・社会医学講座 医療統計学室	特別職務担当教員（教授）	
埴岡　健一	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科	教授	
東　尚弘	東京大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学分野	教授	
山里　紘美	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主任技師	沖縄県
平田　哲生	琉球大学病院 診療情報管理センター	センター長・特命教授	都道府県がん診療連携拠点病院
伊佐　奈々	琉球大学病院 がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院 がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

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

●令和７年度の沖縄県がん診療連携協議会および幹事会の開催日時

■協議会　開催日程　（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和７年５月９日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第２回	令和７年８月１日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第３回	令和７年 11 月７日（金）14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第４回	令和８年２月６日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	

■幹事会　開催日程　（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和７年４月７日（月）　14:00～17:00	管理・研修棟 ３階小会議室	
第２回	令和７年７月７日（月）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階小会議室	
第３回	令和７年 10 月６日（月）14:00～17:00	管理・研修棟 ４階小会議室	
第４回	令和８年１月 19 日（月）14:00～17:00	管理・研修棟 ３階小会議室	

第91回がん対策推進協議会	資料２－３
令和７年７月28日	

2025年7月28日
厚生労働省
第91回がん対策推進協議会

「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。

094

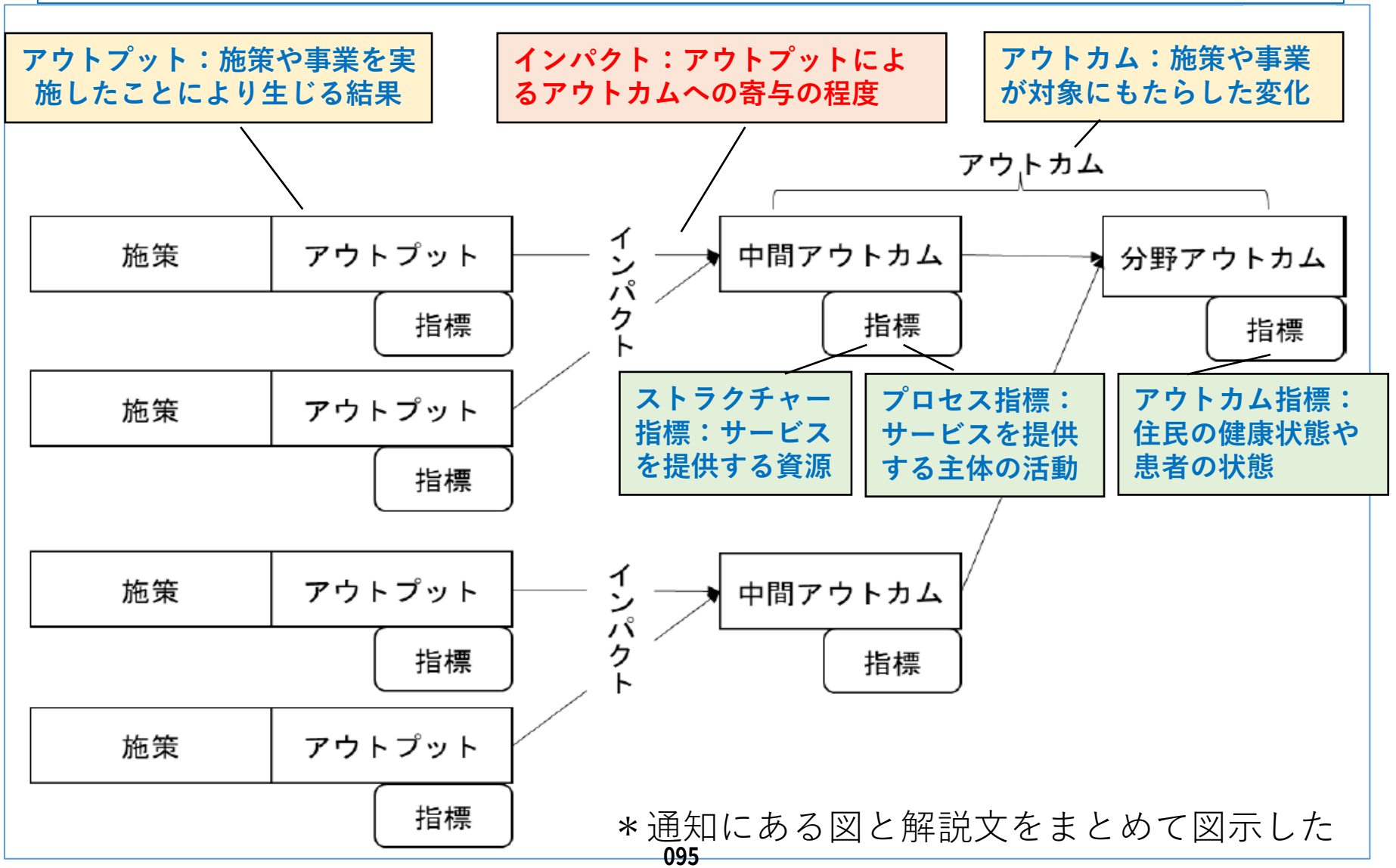
出典：医療計画について（令和5年3月31日厚生労働省通知）

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

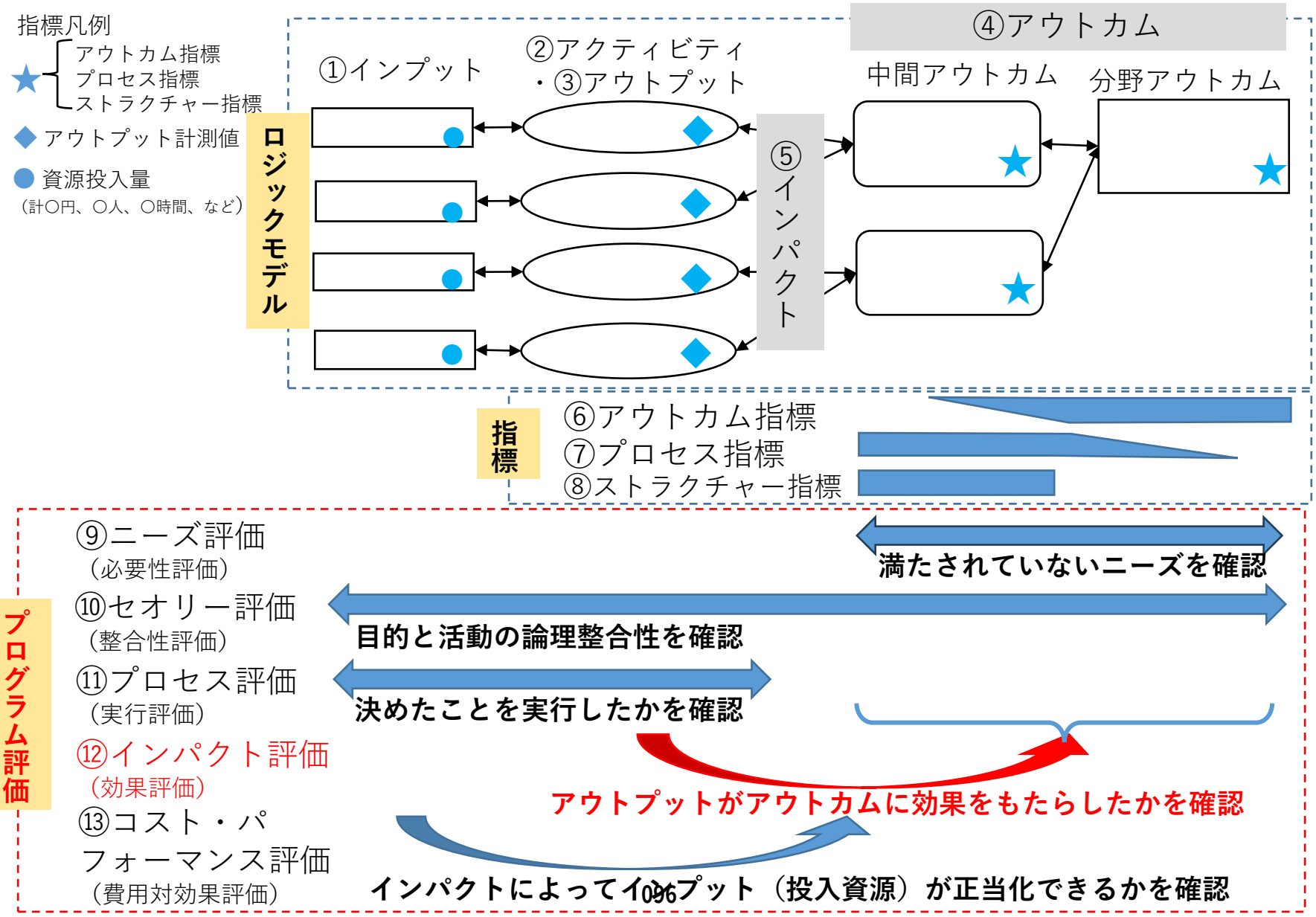


＊通知にある図と解説文をまとめて図示した

095

出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省通知）

ロジックモデルとプログラム評価

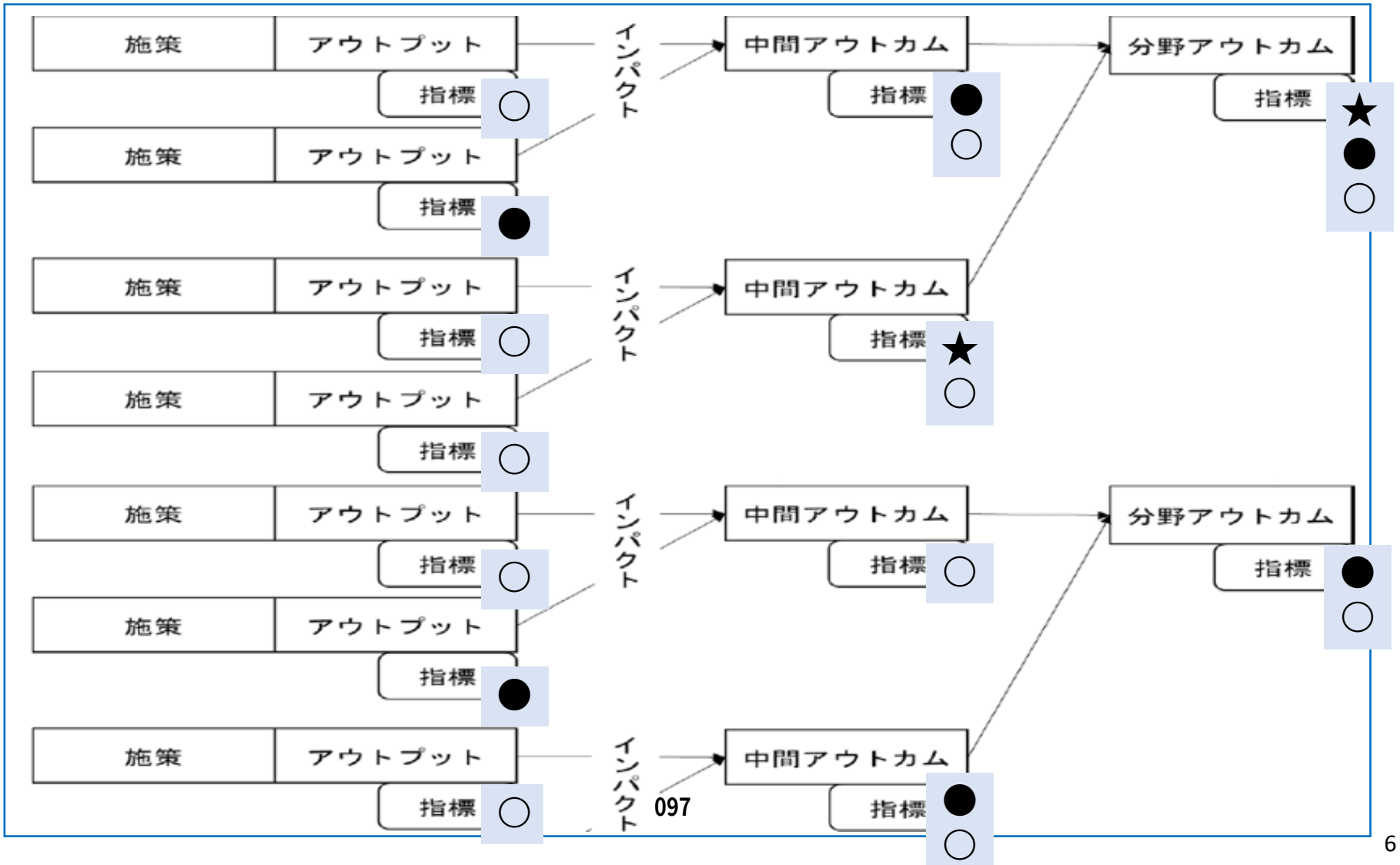


出典：地域医療計画評価・改定マニュアル　改変

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★

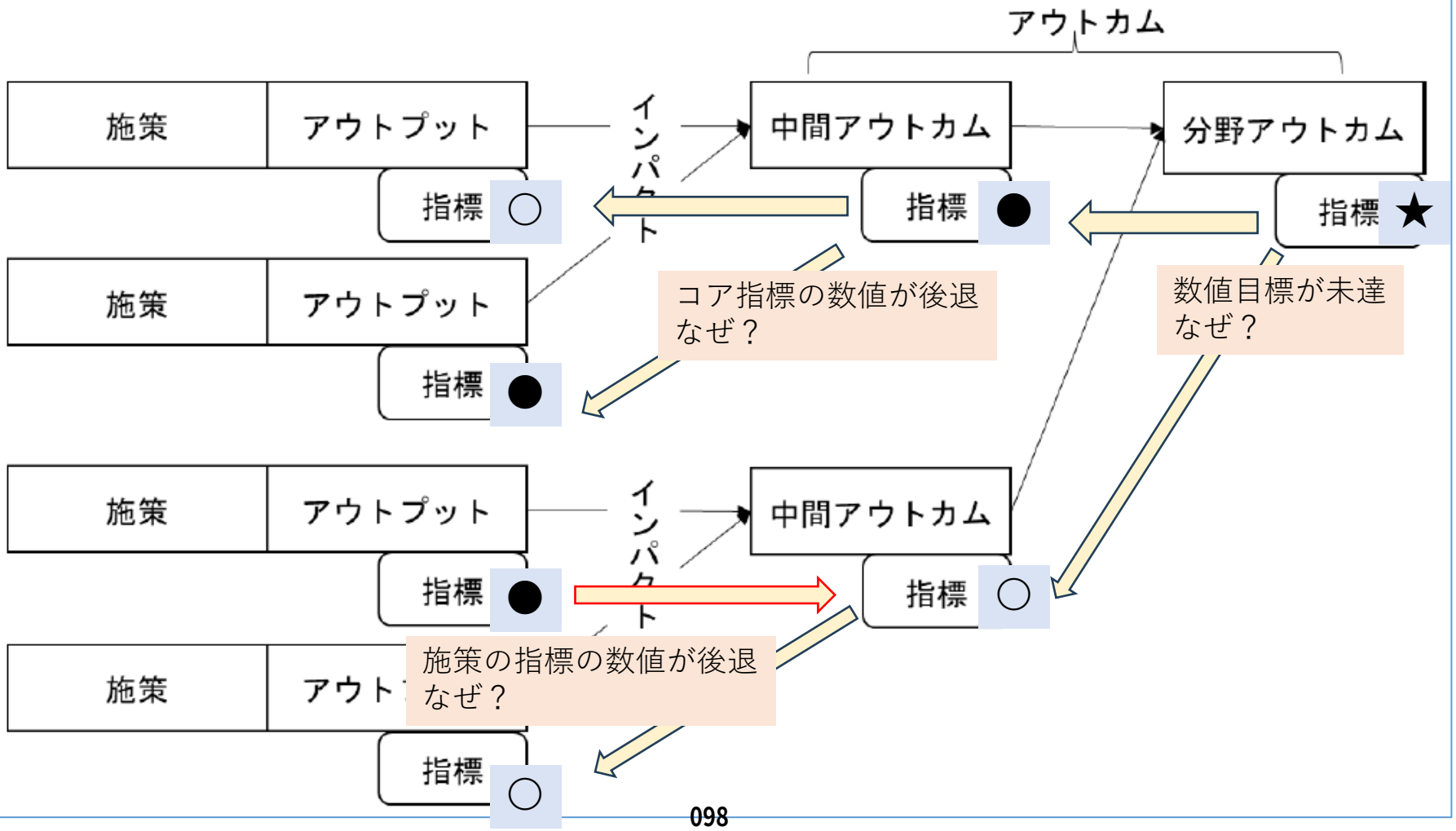
指標＝数値目標と解釈するような混乱が見られる。指標の階層と用語の定義を再確認し共有しておく必要がある。



指標の読み取り

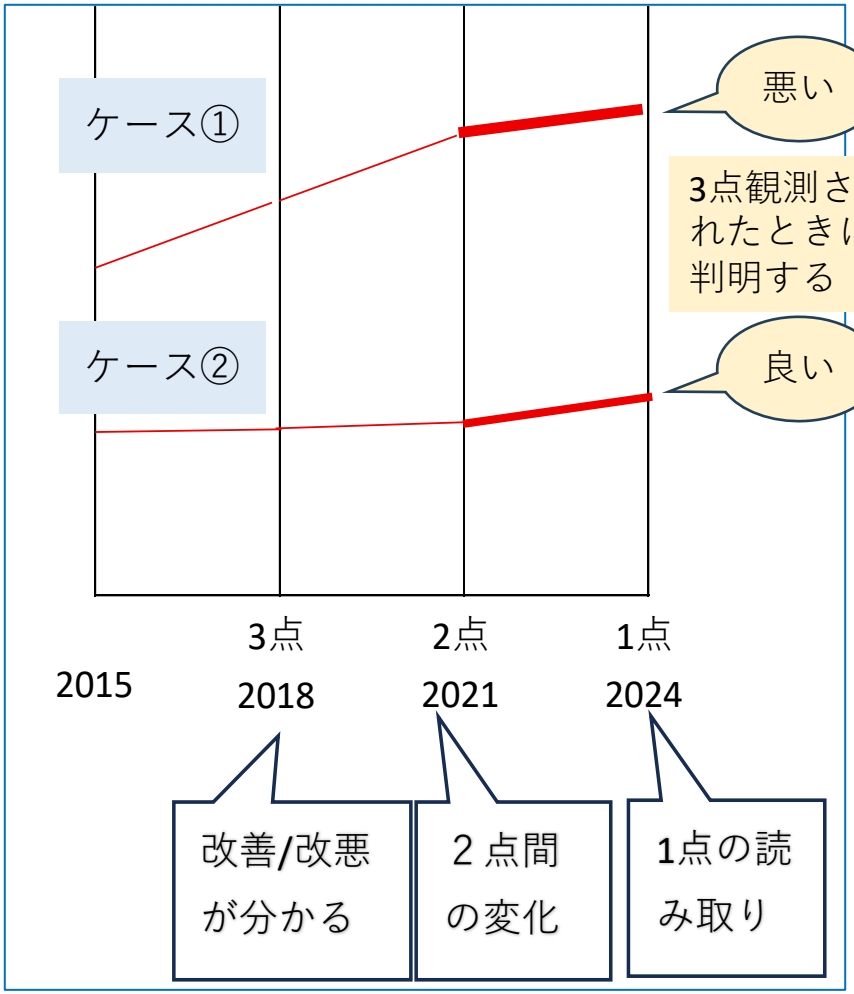
計測指標○
うちコア指標●
うち数値目標設定指標★

指標はつながりで見る。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



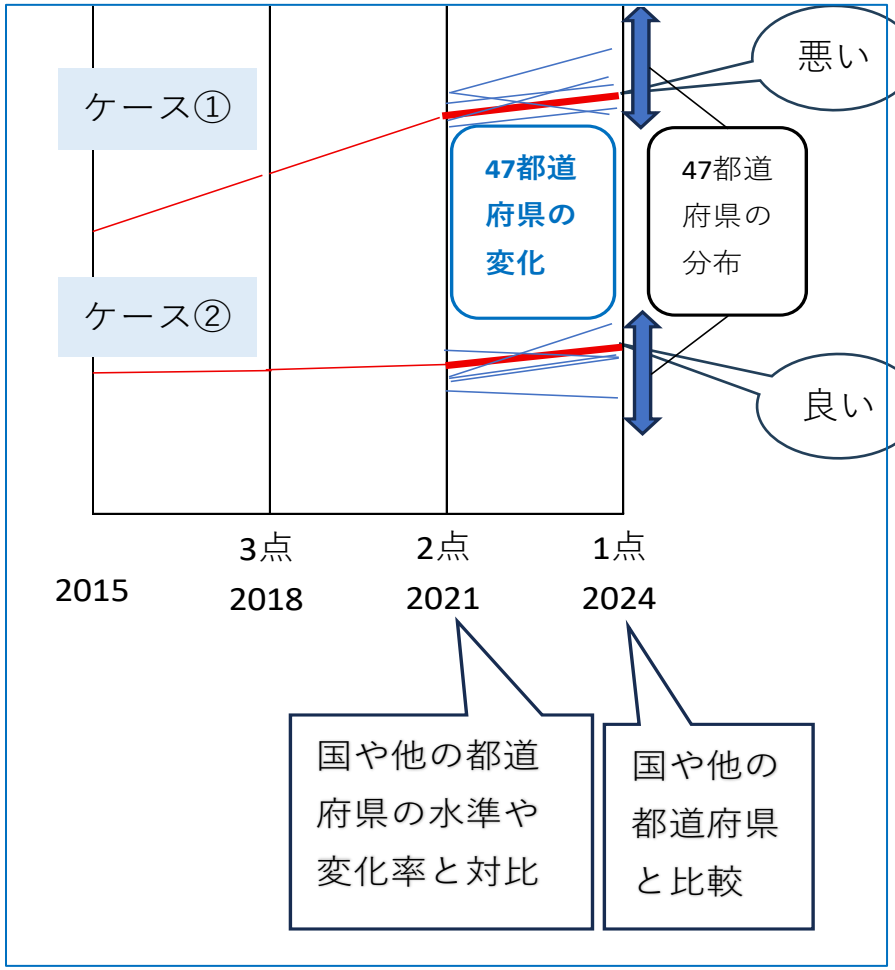
＊数値の上昇が良い方向の場合

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

099

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

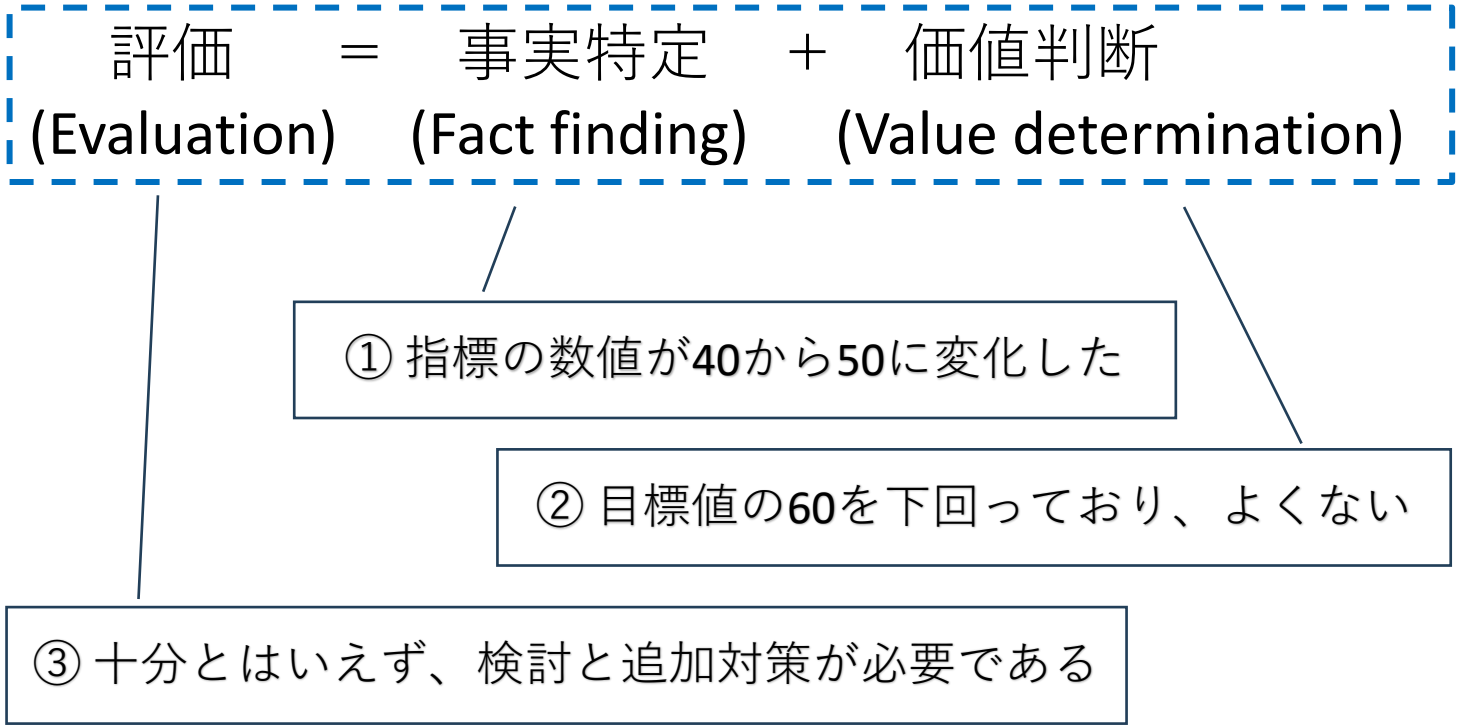


＊数値の上昇が良い方向の場合

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

100

評価とは



101

破線内の出典：佐々木亮著『評価論理：評価学の基礎』

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？）

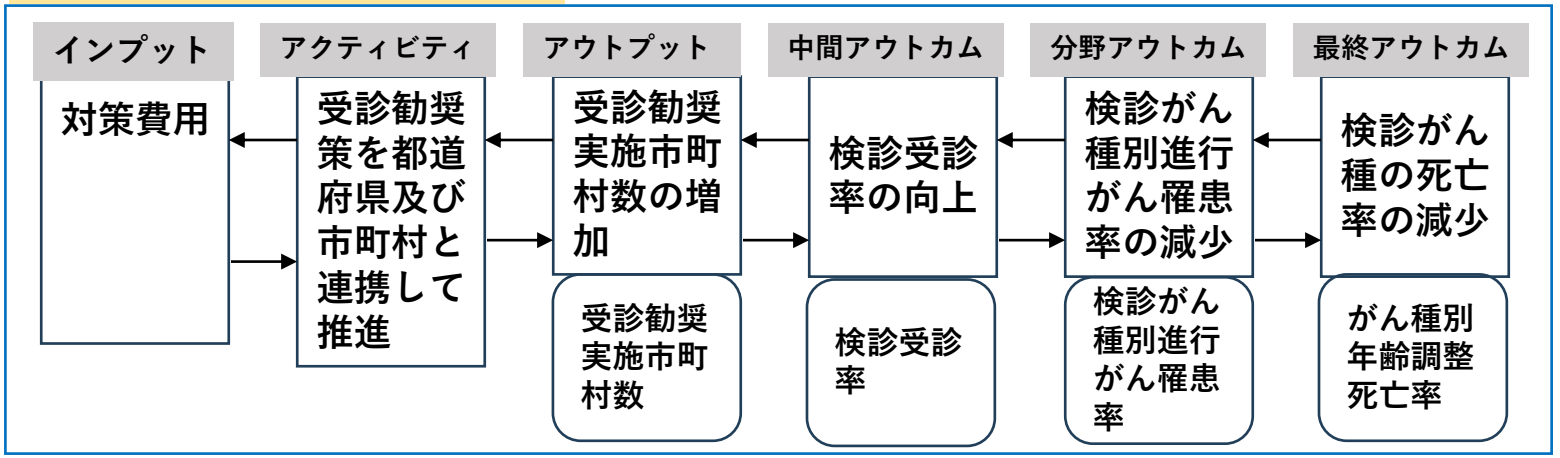
→ロジックモデルのつながりの中で、関連指標をセットで読み取り判断していくことが重要

→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

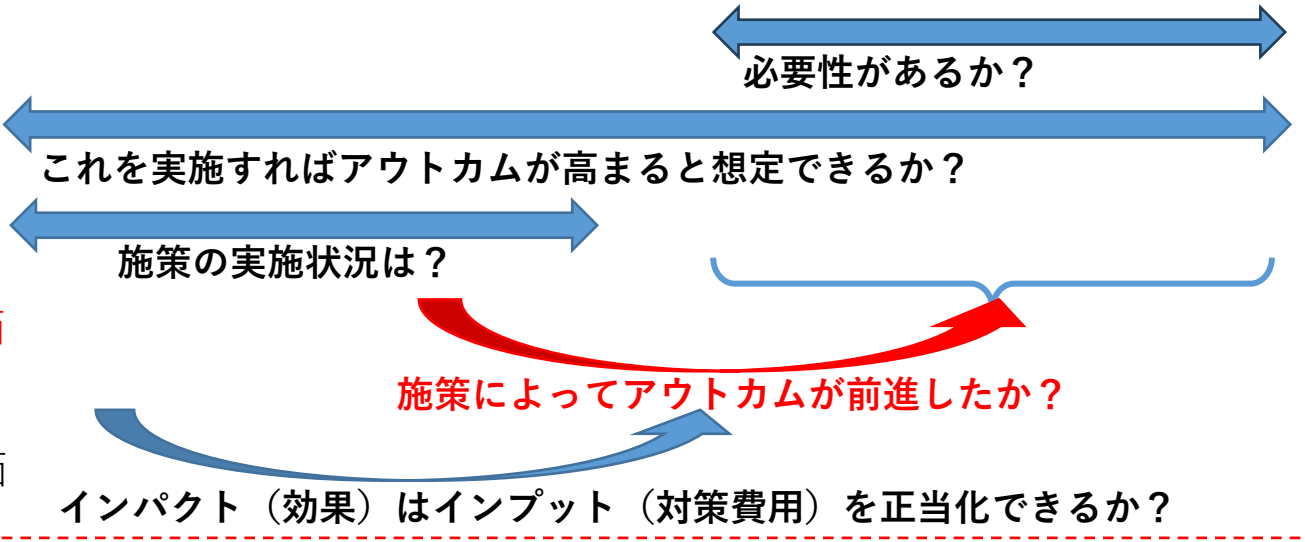
⑨ニーズ評価
（必要性評価）

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）



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？	不便さへの声がまだ多い
	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

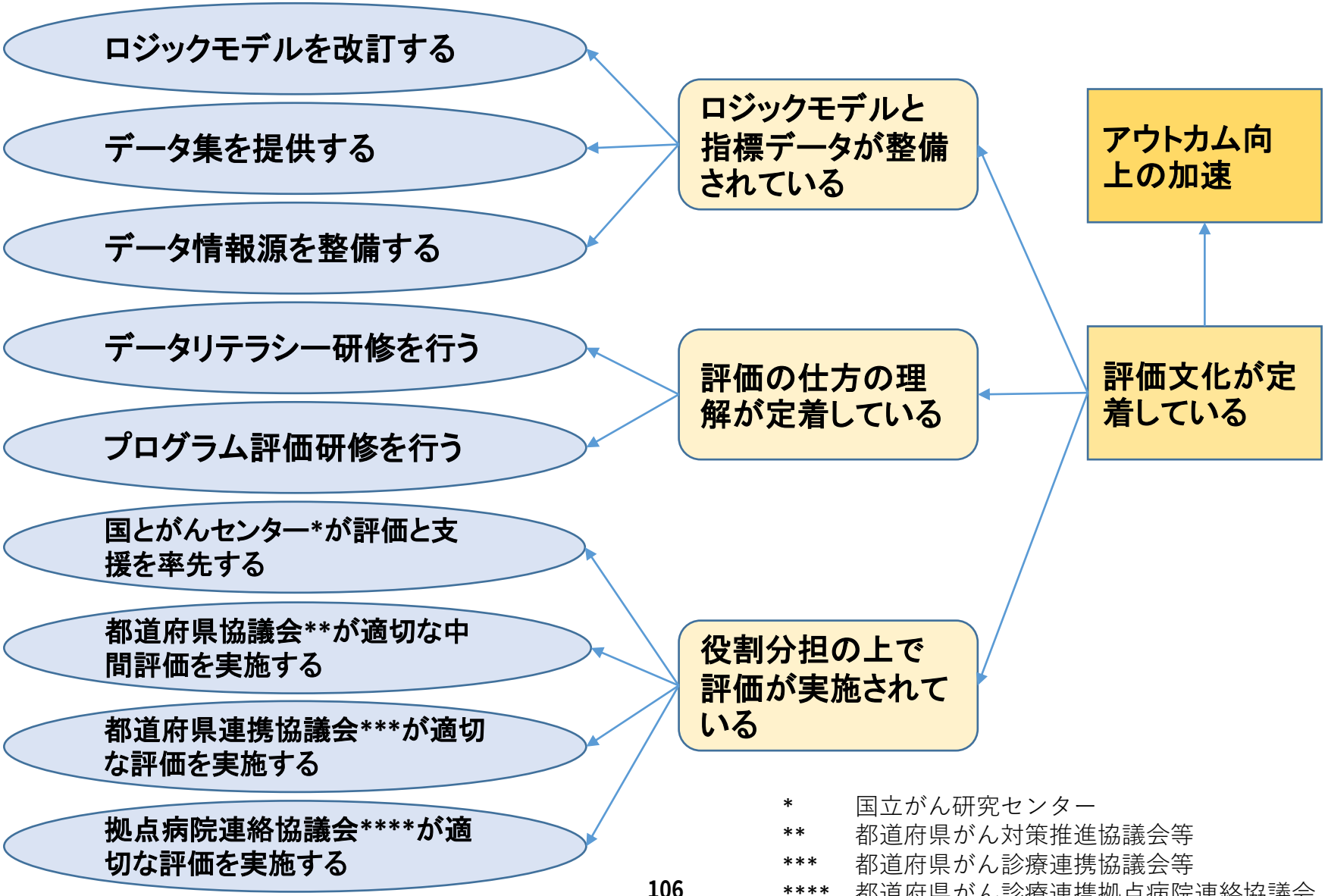
インパクト評価に向けた、評価文化醸成のステップ

〔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



106

*　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. 大島巌, 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―システマ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, 大島巌編著 .『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思われます。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？	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ことが必要です。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。たとえば一つの中間アウトカムが未達のとき、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。各プレー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える場合に、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。

沖縄県がん診療連携協議会
有識者報告提出資料

2025年8月1日

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

患者団体・研究者・企業・行政の協働の例（臨床試験にみんながアクセスしやすい社会を創る会）

共同通信 | 医療健康 | 科学・医療

臨床試験の情報入手を容易に　患者や研究者らが団体設立



記者会見する「臨床試験にみんながアクセスしやすい社会を創る会」のメンバーら＝8日午後、厚労省

共同発起人

- 一般社団法人全国がん患者団体連合会
- 一般社団法人日本難病・疾病団体協議会
- 特定非営利活動法人Asrid
- 順天堂大学医学部附属順天堂医院・齊藤光江氏
- 国立研究開発法人国立がん研究センター・若尾文彦氏

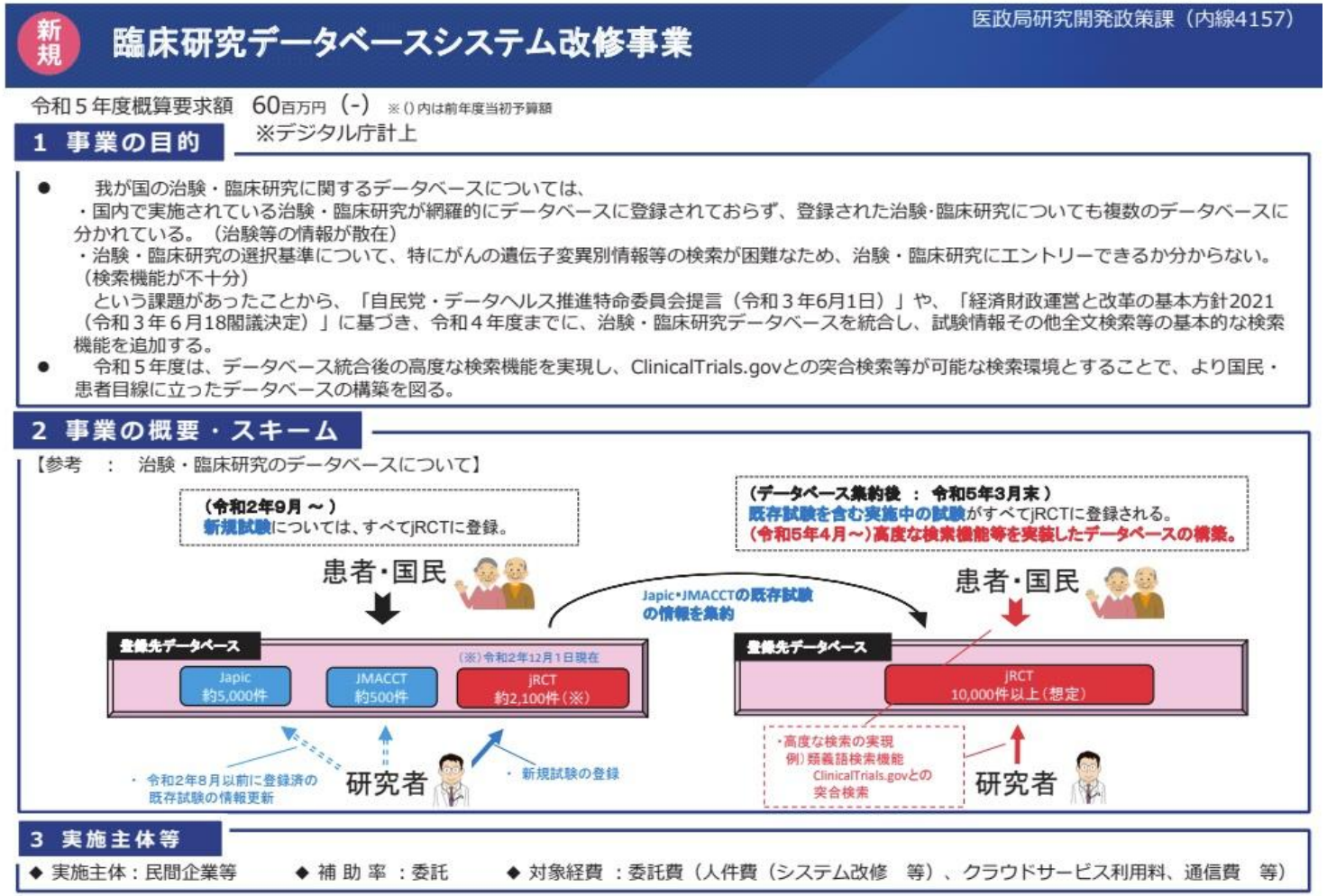
オブザーバー：日本製薬工業協会・森和彦氏
オブザーバー：厚生労働省医政局研究開発政策課治験推進室

共同通信47NEWSホームページ（2023年6月8日報道）より

「臨床試験にみんながアクセスしやすい社会を創る会」の活動（jRCTの改修）



「臨床試験にみんながアクセスしやすい社会を創る会」より
医政局研究開発政策課治験推進室の飯村康夫室長に
「jRCT改修についての要望書」を手交（2023年12月12日）



厚生労働省ホームページ「令和5年度厚生労働省予算概算要求の主要事項」より

臨床研究データベース大規模改修事業（厚生労働省・令和6年度補正予算）

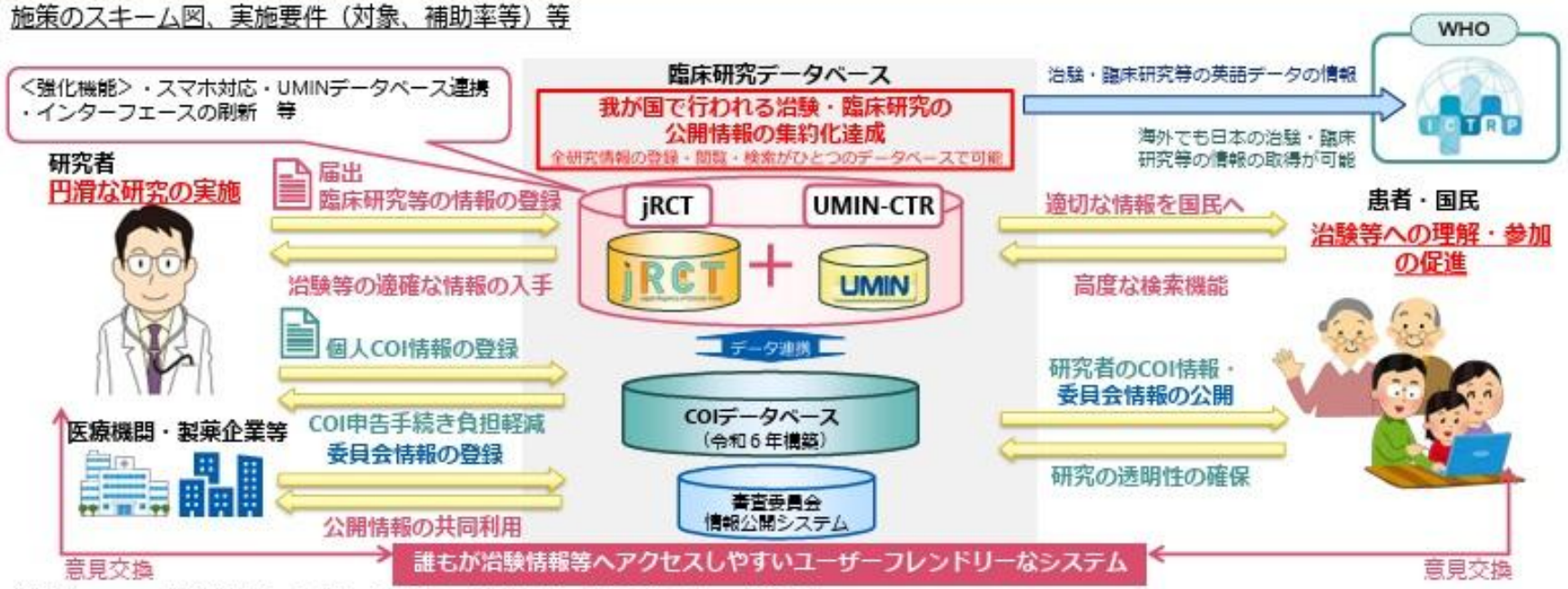
施策の目的

臨床研究データベースについて、患者団体等からの要望を踏まえ、臨床研究等に関する情報へアクセスしやすいユーザーフレンドリーなデータベースとなるよう、大規模改修を行う。

施策の概要

研究者、製薬企業、患者団体等の意見を踏まえ、ユーザーフレンドリーなデータベースとするための仕様変更や、令和６年度に新規構築する利益相反（COI）データベース等との連携による国内の臨床研究情報の一元化を実現するための大規模改修を行う。

施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

データベースに患者、研究者、国民のニーズに適合した機能が実装されることにより、臨床研究等に関する情報へのアクセス性が向上するとともに、国民、患者等に臨床研究等に関する十分な情報が提供されることで、臨床研究等への理解が深まり、更なる参加の促進に繋がる。

36

厚生労働省第43回厚生科学審議会臨床研究部会資料より

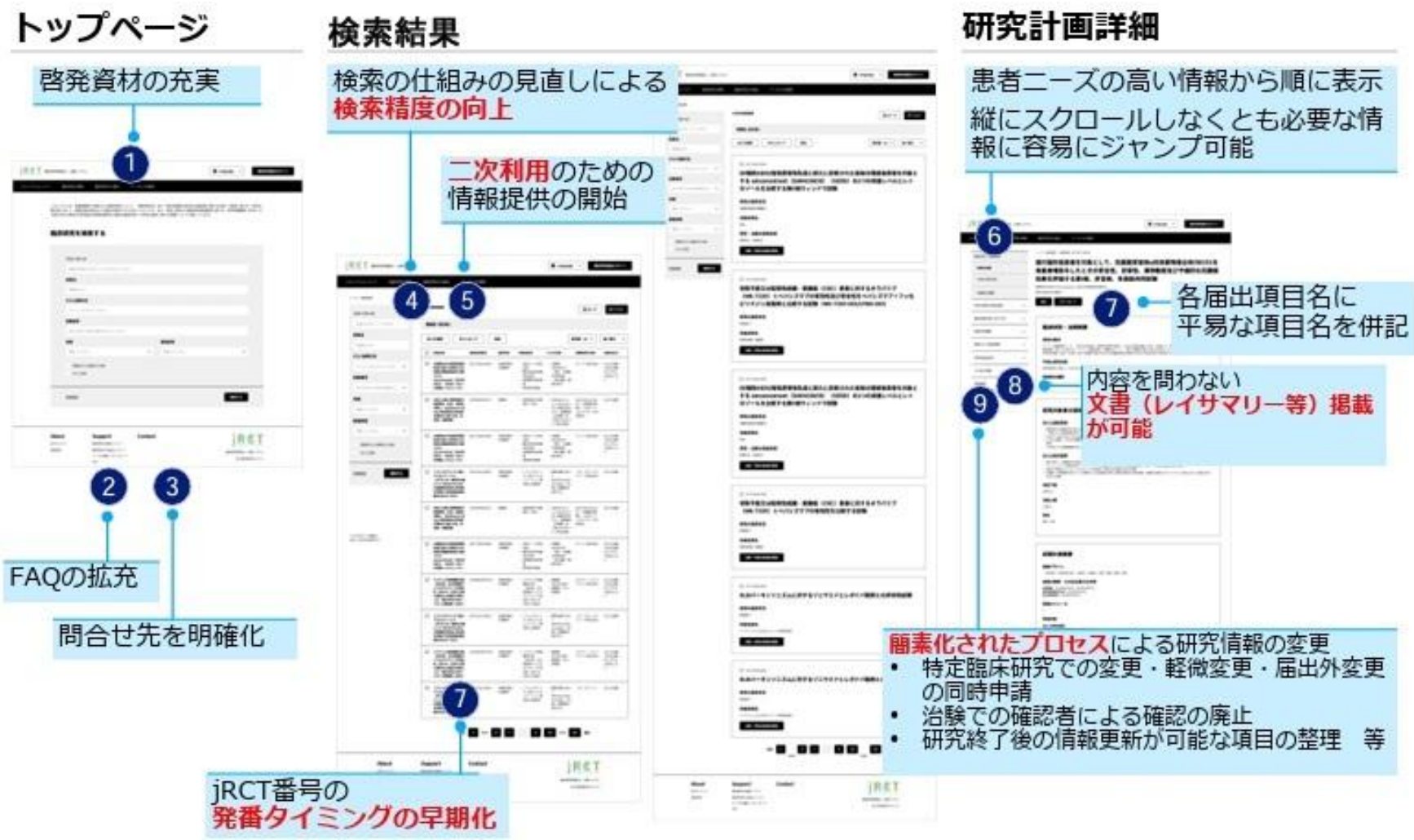
jRCTのユーザーインターフェースの改善

誰もが治験情報等へアクセスしやすいユーザーフレンドリーなシステムとするため、患者・国民の視点を主眼に置いたユーザーインターフェースへの改善を準備中



厚生労働省第43回厚生科学審議会臨床研究部会資料より

jRCTの今後の改修予定（一部）



厚生労働省第43回厚生科学審議会臨床研究部会資料より

衆議院厚生労働委員会での参考人招致(2025年4月8日)



衆議院厚生労働委員会での参考人招致(2025年4月8日)

- 薬機法の第六十八条では、何人も、承認前の医薬品について、その名称、製造方法、効能、効果又は性能に関する広告をしてはならないとされている。
- 令和五年の厚生労働省監視指導・麻薬対策課長通知では、**治験に係る情報提供の取扱いについて、治験情報を求める者のみに対して情報提供を行うことができる**とされている。
- 日本では、jRCT、臨床研究等提出・公開システムにおいて情報公開されてはいるが、例えば米国ではNIH、国立衛生研究所の支援により、**リサーチマッチ、つまり、患者さんと臨床試験のマッチングを行うようなサイト**も出てきている。
- これは、命が限られた患者の中で命の情報格差を生む、極めて不公平な取扱いだと考えられることから、**薬機法第六十八条を改正いただく、あるいは第六十八条の対象から治験や臨床試験に関わる情報を除外するなどの対応が必要**と考える。

2025年4月8日衆議院厚生労働委員会にて

治験に関する広告規制

広告該当性について

- 薬機法第68条では未承認医薬品等の広告が禁止されているところ。治験薬も承認前の医薬品であり、情報を発信する場合に、広告の該当性の三つの要件※を全て満たす場合には未承認医薬品の広告に該当する。
- これまで、令和5年課長通知で、①治験情報を求める者にのみに対して情報提供できるよう他の情報提供と切り分けられていること、②jRCTに当該治験に係る情報が登録されていること、③jRCTに登録された情報の範囲内であることの、いずれも満たして情報提供を行う場合は広告に該当しないことを示してきた。

※ 広告該当性の３要件
1. 顧客誘引性（顧客を誘引する（顧客の購入意欲を昂進させる）意図が明確であること）
2. 特定性（特定医薬品等の商品名が明らかにされていること）
3. 一般認知性（ 一般人が認知できる状態であること）

背景・課題

- 治験において参加者の確保は、成功のための重要な要素の一つと指摘されている。治験の参加者を募集するための情報提供（いわゆる「治験広告」）について、現状、製薬企業等から情報を積極的に発信しようとする場合には、薬機法上の広告に該当しないよう、治験薬の名称、治験記号等の表示ができない。
- また、治験に関する患者・市民参画（Patients and Public Involvement; PPI）の重要性が指摘される中で、治験の情報（治験の結果や海外の情報、レイサマリー※などを含む。）に対する関心が高まっているが、そういった情報を製薬企業から直接提供する場合に、広告の３要件に該当し、未承認医薬品の広告に当たるおそれがある。

※ レイサマリー（Lay summary）…治験の内容や結果を患者等が読んで理解できるように作成されたもの

- 以上の状況を踏まえ、患者が治験に関する情報によりアクセスしやすくなるよう、治験の参加者を募集するための情報提供や、治験の結果等を含む情報の提供について、薬機法における広告としての取扱の整理が必要である。

厚生労働省令和7年度第2回厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会資料より

治験の情報提供に関する通知（令和5年1月24日 薬生監麻発0124 第1号）

治験の情報提供関連の通知の概要

（３）治験に係る情報提供の取扱いについて（令和５年１月24日　薬生監麻発0124 第1 号）

以下のいずれの要件も満たして治験に係る情報提供を行う場合、当該情報提供は「薬事法における医薬品等の広告の該当性について」（平成10 年9 月29 日付け医薬監第148 号厚生省医薬安全局監視指導課長通知）で規定する広告に該当しないものとする。

1 治験に係る情報を求める者のみに対して情報提供できるよう製薬企業等のウェブサイトにおいて治験情報専用のウェブページを設ける、治験に係る情報提供を行うための資料及び情報は販売情報提供活動等の他の目的で使用される資料及び情報とは別に用意する等、他の情報提供と切り分けられていること。

2 「治験の実施状況等の登録について」（令和２年８月31 日付け薬生薬審発0831 第９号厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長通知）、「機械器具等に係る治験の計画等の届出の取扱い等について」（令和２年８月31日付け薬生機審発0831 第８号）及び「加工細胞等に係る治験の計画等の届出の取扱い等について」（令和２年８月31 日付け薬生機審発0831 第９号）に基づき、国内の臨床試験情報登録センター（Japan Registry of ClinicalTrials。以下「jRCT」という。）に当該治験に係る情報が登録されていること。ただし、令和２年８月31 日以前に、jRCT 以外の国内の治験情報登録センター（UMIN 臨床試験登録システム、Japic-CTI、日本医師会臨床試験登録システム。以下「jRCT 以外の登録センター」という。）において登録されていた治験については、jRCT 以外の登録センターに登録されていることでも差し支えない。

3 提供する情報が、jRCT 又はjRCT 以外の登録センターに登録された情報の範囲内であること。なお、提供する情報については、登録された情報と同義であれば、より平易な表現とすることは差し支えない。

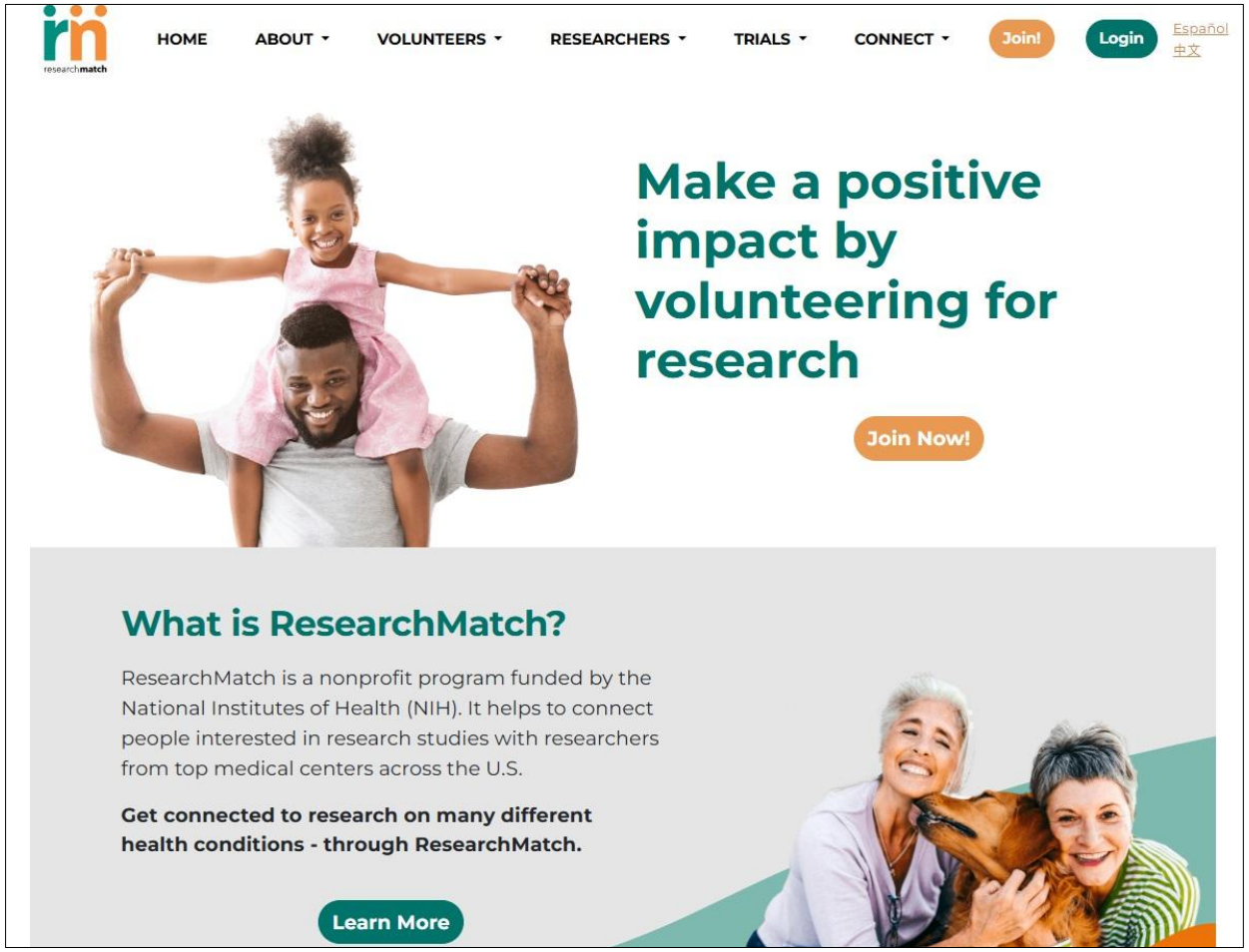
⇒　製薬企業等が以下のいずれの要件も満たして情報提供を行う場合は、広告に該当しない。

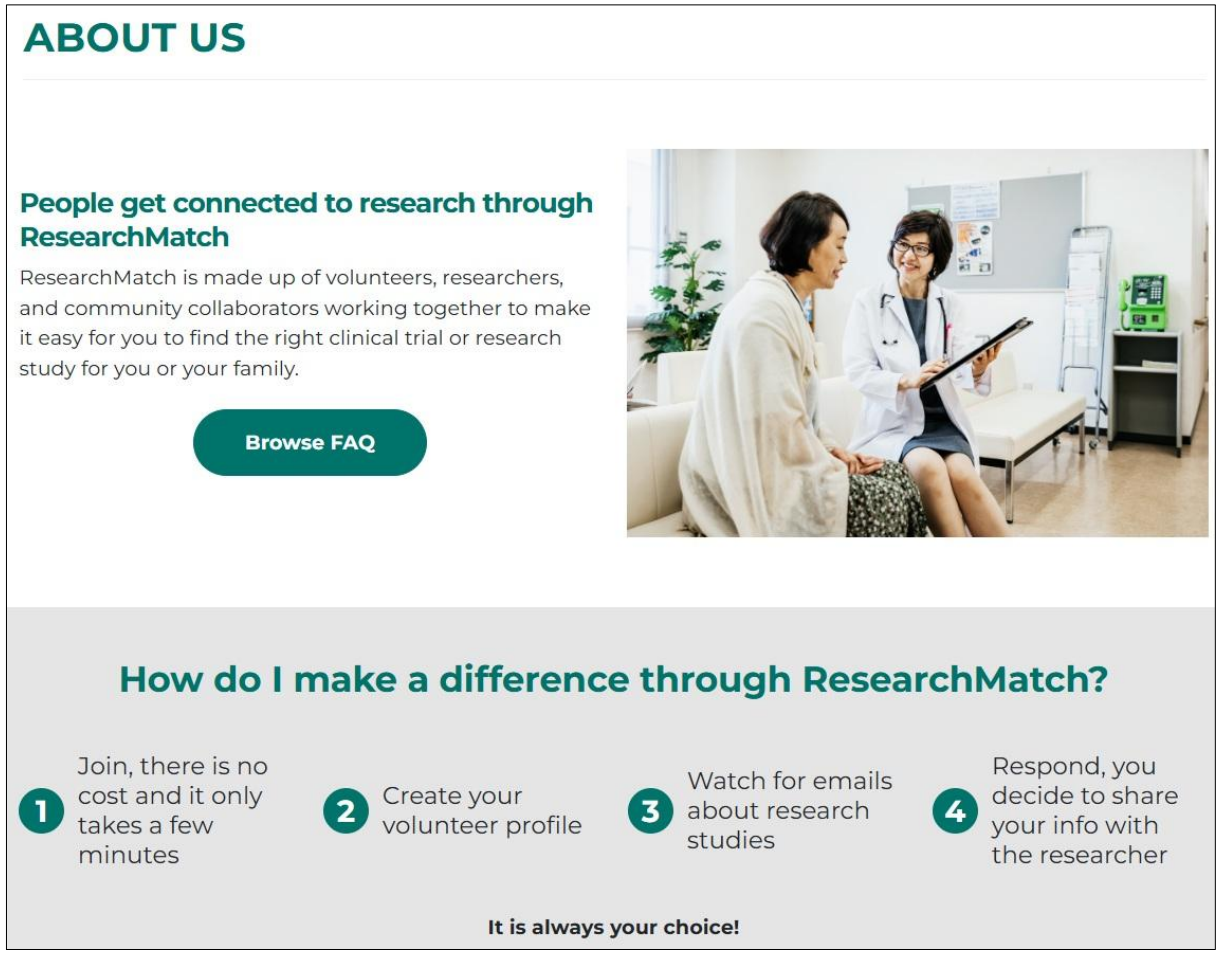
① 治験情報を求める者のみに対して情報提供できるよう、製薬企業等のウェブサイトにおいて治験情報専用のウェブページを設ける、治験に係る情報提供を行うための資料及び情報は販売情報提供活動等の目的で使用される資料及び情報とは別に用意する等、他の情報提供と切り分けるられていること
② jRCT（臨床試験情報登録センター）に登録されていること
③ jRCTに登録された情報の範囲内であること

5

薬生監麻発0124第1号令和5年1月24日厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長通知／内閣府第1回健康・医療・介護ワーキング・グループ厚生労働省提出資料より

ResearchMatch（リサーチマッチ、米国）





https://www.researchmatch.org/より

治験に関する広告規制の今後の検討の方向性

第１回制度部会でいただいたご意見

- 企業の開発中の医薬品パイプラインの状況は分からないので、治験情報へのアクセスの改善は賛成だが、開発中の医薬品に期待を持たせるような情報提供は問題となる。薬機法第68条は重要な条文であり、これを軽んじることのない整理が必要。
- 国内の患者さんには、jRCTに適切なアクセスが可能な環境かなど、治験情報へのアクセスが限られた状況にあるのではないか。海外でのみ治験が始まっている場合の情報にアクセスできないことも問題。
- 患者側は、治験の情報にアクセスしづらい方、自ら情報を取りに行くのが難しい方がいらっしゃる。過剰な広告ということではなく、適切な情報が適切に伝わるよう注意した上で、ぜひ検討すべき。

検討の方向性（案）

＜対応① 治験の参加者募集のための情報提供＞

- **参加者募集の目的であれば**、これを担保するための一定の条件の下（参加者募集に必要な情報に限る、治験の実施期間中に限るなど）で、治験薬の名称、治験記号等を含む**情報の積極的な発信が可能となるよう、薬機法上の広告の該当性について明確化**してはどうか。
  （例えば、製薬企業や患者団体等がHP、QRコードでのリンク、Web動画、SNS等で情報発信することを想定。）

＜対応② 結果などを含む治験の情報提供＞

- 治験の情報を求めている方に対して情報提供ができるよう情報が切り分けられていることを前提とした上で、**治験の結果や海外の情報、レイサマリーなどの情報提供が可能となるよう、薬機法上の広告の該当性について明確化**してはどうか。
  （例えば、製薬企業の治験情報専用のWebページ等での情報提供を想定。）
- このほか、例えば、患者団体等が会員に対応②の情報を案内する場合などは、一般的には広告行為には当たらないと考えられる。今後、患者団体等の場合を想定し、広告に該当しない事例を例示することを検討してはどうか。

- 以上の方向性で、提供可能な情報の範囲など、詳細を検討することとしてはどうか。また、提供する情報の内容は、過度に患者の期待を煽る表現とならないなど、一定の留意が必要ではないか。

厚生労働省令和7年度第2回厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会資料より

JCOGリンパ腫グループによるレイサマリー（JCOG1305）

JCOG
Japan Clinical Oncology Group

JCOG1305

初発進行期ホジキンリンパ腫治療の非ランダム化検証的試験

結果のまとめ

JCOG1305 試験へのご参加ありがとうございました！

ホジキンリンパ腫に対する治療に関する臨床試験（JCOG1305）にご参加いただき、誠にありがとうございました。

このたび、データ解析を行い、試験の主要な結果を 2022 年 12 月に開催された国際学会（米国血液学会）で発表しました。試験にご参加いただいた皆さまにご報告します。

1. この臨床試験の経緯について

この臨床試験は、「ホジキンリンパ腫」と診断された方を対象として、有効性が高い治療法を調べることを目的としています。具体的には以下の治療選択の効果を調べました。

① ABVD（エービーブディ）療法を 2 コース行った後に PET（ペット）検査（中間 PET）を行います。
- ABVD 療法が十分に効いている場合は ABVD 療法を 4 コース行います。
- 十分に効いていない場合は別の治療（増量 BEACOPP（ビーコップ）療法）に切り替えます。

② それぞれの治療後にリンパ腫病変が残っている場合には放射線療法を行います。



※治療後に効果判定を行い、病変が残っている場合には放射線療法を行います
（放射線療法を受けた患者さんは、増量 BEACOPP 療法では 1 人、追加 ABVD 療法では 2 人でした）

治療名	使用薬剤
ABVD 療法	ドキソルビシン、ブレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン
増量 BEACOPP 療法	ブレオマイシン、エトポシド、ドキソルビシン、シクロホスファミド ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾロン

2. 結果について

2022 年 6 月のデータ解析では、2015 年 11 月 20 日から 2020 年 2 月 1 日に登録された 93 人の患者さんを対象として解析しました。

解析(1)すべての登録患者さんを対象として集計する **2 年無増悪生存割合**※

解析(2)中間 PET が陽性の患者さんを対象として集計する **2 年無増悪生存割合**※

※2 年無増悪生存割合（登録から 2 年後に病気が悪化することなく生存している人の割合）

すべての登録患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 75%を上回ること、中間 PET が陽性の患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 35%を上回ることを調べる設定で、105 人の患者さんの登録を目標としました。

主な結果（1）無増悪生存割合 すべての患者さん（92人）



2年無増悪生存割合	84.8%
80% 信頼区間	79.2-88.9
95% 信頼区間	75.7-90.7

主な結果（2）無増悪生存割合 中間PET陽性患者さん（19人）



2年無増悪生存割合	84.2%
80% 信頼区間	69.7-92.1
95% 信頼区間	58.7-94.6

主な結果（1）登録患者さん全体の 2 年無増悪生存割合が 75%を上回りました

解析の結果「すべての登録患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 75%を上回る」が満たされ、**「ABVD 療法 2 コース後の中間 PET 検査の結果、効果が十分でない場合に強い治療に切り替える」という治療が有効である**ことが示されました。

主な結果（2）中間 PET 検査陽性患者さんの 2 年無増悪生存割合が 35%を上回りました

解析の結果、「中間 PET 検査が陽性であった患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 35%を上回る」が満たされ、**「中間 PET 検査の結果、効果が十分でない時に行う増量 BEACOPP 療法」も有効である**ことが示されました。

2. 結果について

2022 年 6 月のデータ解析では、2015 年 11 月 20 日から 2020 年 2 月 1 日に登録された 93 人の患者さんを対象として解析しました。

解析(1)すべての登録患者さんを対象として集計する **2 年無増悪生存割合**※

解析(2)中間 PET が陽性の患者さんを対象として集計する **2 年無増悪生存割合**※

※2 年無増悪生存割合（登録から 2 年後に病気が悪化することなく生存している人の割合）

すべての登録患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 75%を上回ること、中間 PET が陽性の患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 35%を上回ることを調べる設定で、105 人の患者さんの登録を目標としました。

主な結果（1）無増悪生存割合 すべての患者さん（92人）



2年無増悪生存割合	84.8%
80% 信頼区間	79.2-88.9
95% 信頼区間	75.7-90.7

主な結果（2）無増悪生存割合 中間PET陽性患者さん（19人）



2年無増悪生存割合	84.2%
80% 信頼区間	69.7-92.1
95% 信頼区間	58.7-94.6

主な結果（1）登録患者さん全体の 2 年無増悪生存割合が 75%を上回りました

解析の結果「すべての登録患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 75%を上回る」が満たされ、**「ABVD 療法 2 コース後の中間 PET 検査の結果、効果が十分でない場合に強い治療に切り替える」という治療が有効である**ことが示されました。

主な結果（2）中間 PET 検査陽性患者さんの 2 年無増悪生存割合が 35%を上回りました

解析の結果、「中間 PET 検査が陽性であった患者さんを対象として集計した 2 年無増悪生存割合が 35%を上回る」が満たされ、**「中間 PET 検査の結果、効果が十分でない時に行う増量 BEACOPP 療法」も有効である**ことが示されました。

JCOG1305 試験に参加されたみなさまへ 2023 年 3 月 10 日 JCOG リンパ腫グループ 2 / 4

JCOGリンパ腫グループホームページより

資料8－1

がん診療提供体制のあり方に関する検討会のまとめ

1. がん患者の減少と需要の変化
2. 消化器外科医の減少
3. 放射線照射装置の採算性の課題
4. がん医療の質の担保
5. 今後の方針
6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

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

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

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

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

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

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

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

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

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第４期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 全国どこにいても質の高い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整備が進められてきた。
- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進することとされており、今後のがん診療提供体制について検討中。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化について 参考人として増田が、沖縄県の集約化を発表
第17回	令和7年3月21日	• がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について • 3大療法について(関係学会より発表) • がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理(骨子案)について
第18回	令和7年6月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書(案)について
第19回	令和7年7月25日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○:座長

浅香　えみ子 公益社団法人日本看護協会　常任理事
※令和7年7月10日付けで橋本美穂氏から交代

天野　慎介　一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長

家保　英隆　高知県理事(保健医療担当)兼健康政策部医監

岡　俊明　一般社団法人日本病院会　副会長
※令和7年6月10日付けで泉並木氏から交代

川上　純一　公益社団法人日本薬剤師会　副会長

佐野　武　公益財団法人がん研究会有明病院　病院長

茂松　茂人　公益社団法人日本医師会　副会長

藤　也寸志　独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長

○ 土岐　祐一郎　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科
外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学教授

野田　龍也　学校法人関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座
主任教授

東　尚弘　国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授

松本　公一　国立研究開発法人国立成育医療研究センター
小児がんセンター センター長

間野　博行　国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
※令和7年5月23日付けで中釜斉氏から交代

村松　圭司　千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

4. がん医療の質の担保

5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

がん罹患者数の推計※1について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数(全国)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)

- がん罹患者数(都道府県単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)※2

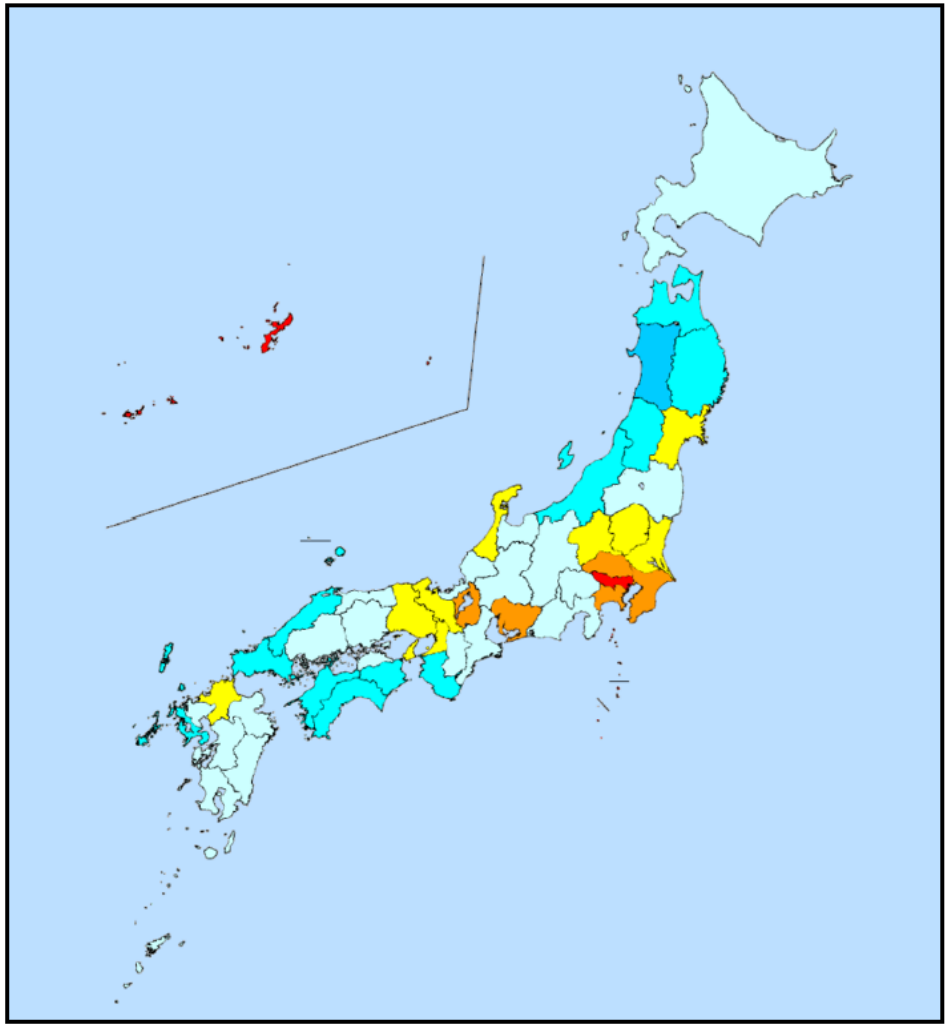
- がん罹患者数(二次医療圏単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)

※1 全国がん登録における2017年～2021年の年齢階級別がん罹患率の平均値が2021年以降も一定であると仮定した推計であるということに留意が必要
※2 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年～2021年)を用いてがん・疾病対策課で算出

がん罹患者数の変化率（都道府県単位）

- 2040年に向けて、がん罹患者数は我が国全体では3%程度増加すると推計されるが、都道府県単位で見ると、がん罹患者数は都市部を中心に16都府県で増加する一方で、31道県では減少が見込まれるなど地域性がある。

2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都道府県単位）



+10%以上
- 沖縄県、東京都

+5%～+10%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県

+0%～+5%
- 宮城県、福岡県、兵庫県、大阪府、栃木県、茨城県、群馬県、京都府、石川県

-5%～0%
- 静岡県、山梨県、長野県、三重県、佐賀県、広島県、福井県、岡山県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、鹿児島県、富山県、宮崎県、香川県、鳥取県、大分県

-10%～-5%
- 愛媛県、新潟県、長崎県、和歌山県、山形県、徳島県、岩手県、島根県、青森県、山口県、高知県

-10%以下
- 秋田県

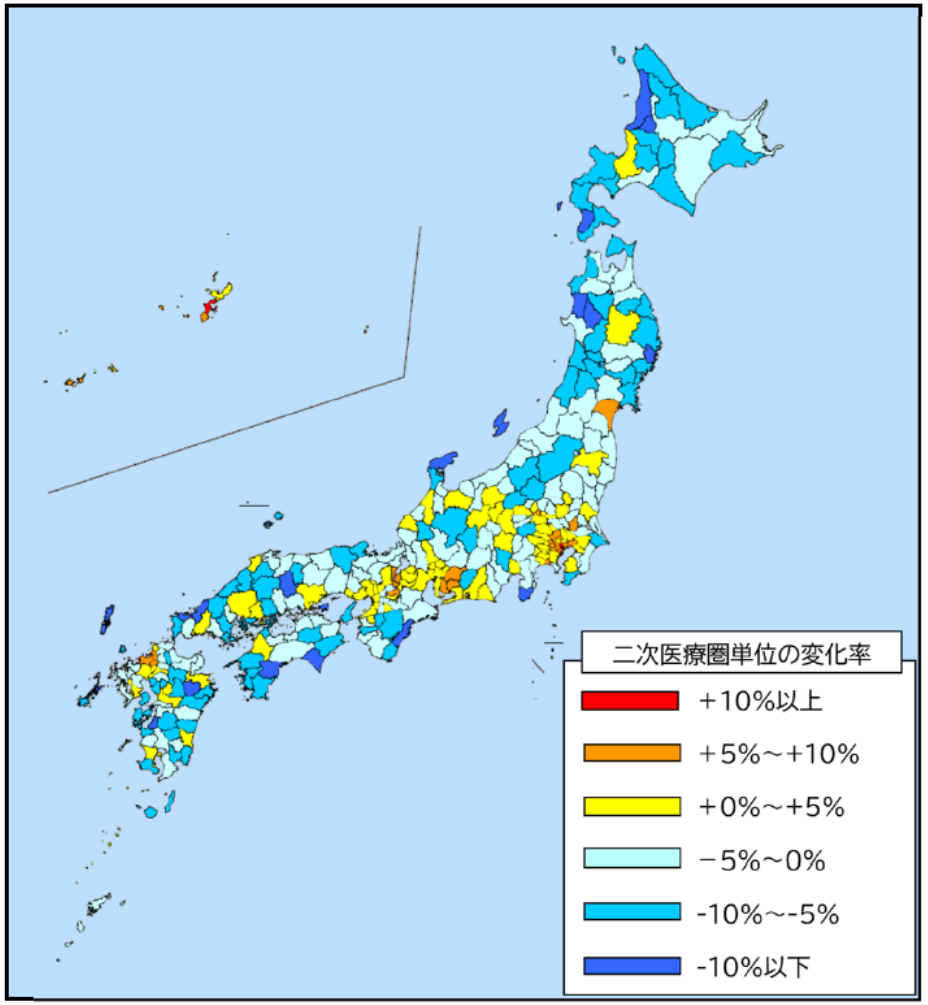
128

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成

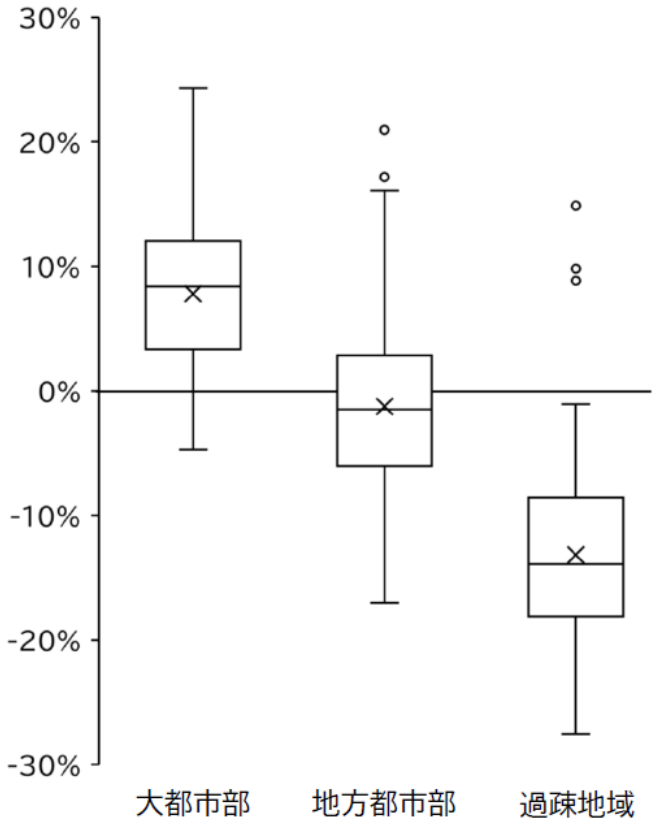
がん罹患者数の変化率（二次医療圏単位）

- 2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の59%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年のがん罹患者数の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

三大療法需要の推計※について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数に対する三大療法需要（全国）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（全国）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（全国）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合
- がん罹患者数に対する三大療法需要（都道府県単位）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（都道府県単位）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（都道府県単位）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合
- がん罹患者数に対する三大療法需要（二次医療圏単位）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（二次医療圏単位）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（都道府県単位）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合

※将来推計にあたり院内がん登録は近年の数値まで収集されているため、院内がん登録の数値を採用した。初回治療とは腫瘍の縮小・切除を意図した組織に対する治療のうち、最初の診断に引き続き行われた治療計画等に記載された治療とする。なお、この範囲が不明確な場合は、病状が進行・再発したりするまでに施行されたか、あるいはおよそ4か月以内に施行されたものとする。

手術療法には、肉眼的視野下の外科的手技による病巣切除術（外科的治療）及び皮膚切開など等により口腔や鼻腔等の自然開口部以外から挿入された光学機器の視野下で行われる病巣切除術（鏡視下治療）が含まれる。なお、自然開口部から挿入された光学機器を用いた病巣の切除等の観血的治療（内視鏡治療）は含まれない。

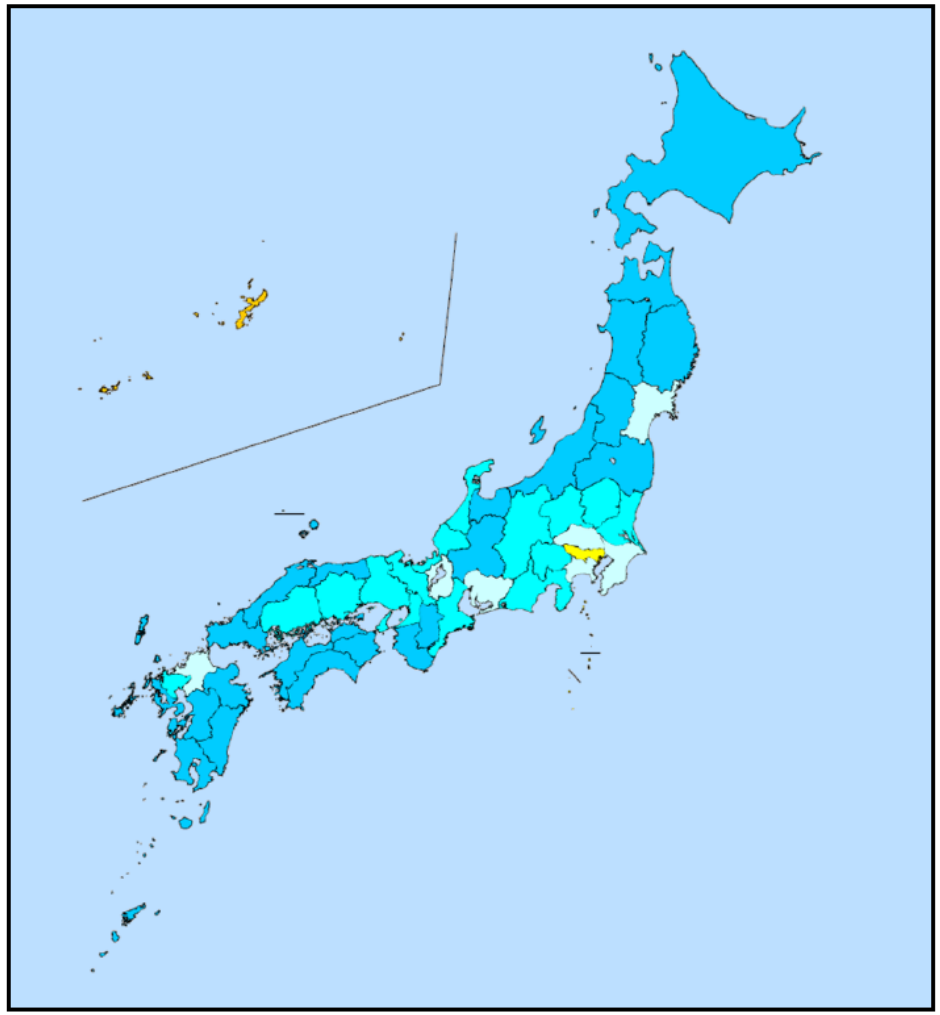
放射線療法には、X線やγ線等の電磁放射線、陽子線や重イオン線等の粒子放射線、医療用ラジオアイソトープ等を用いた内照射療法による腫瘍縮小あるいは消失を目的とした治療が含まれる。腫瘍に対する照射が行われた場合は、緩和的な照射も含まれる。

薬物療法には、抗悪性腫瘍薬や分子標的薬等による細胞毒性や増殖阻害によって、腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（化学療法）が、その投与経路は問わず含まれる。なお、特定のホルモン分泌の抑制により腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（内分泌療法）については、手術療法と薬物療法を区分できないため含まれない。

がん患者における手術療法の需要推計（都道府県単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、2都県で増加する一方で、45道府県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における手術療法需要の変化率（都道府県単位）



+5%～+10%
- 沖縄県

+0%～+5%
- 東京都

-5%～0%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県、宮城県、福岡県

-10%～-5%
- 大阪府、兵庫県、京都府、栃木県、群馬県、茨城県、石川県、長野県、静岡県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、佐賀県、福井県

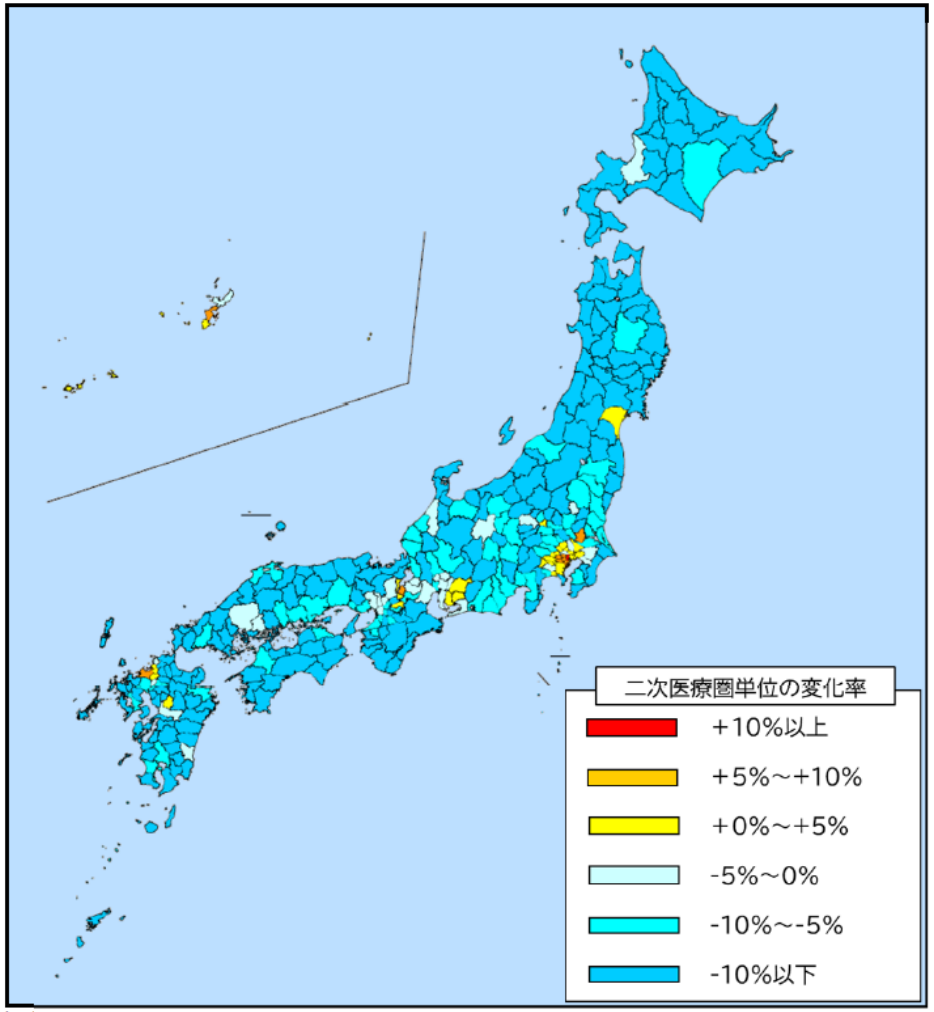
-10%以下
- 岐阜県、熊本県、北海道、福島県、奈良県、香川県、富山県、鹿児島県、鳥取県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、島根県、山形県、和歌山県、長崎県、徳島県、岩手県、青森県、山口県、高知県、秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

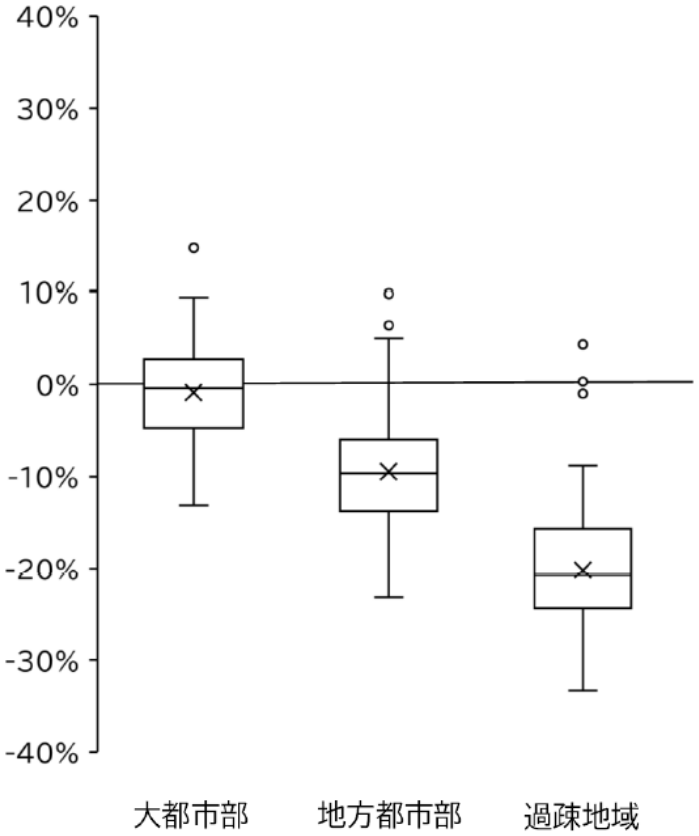
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の54%、地方都市部の92%、過疎地域の98%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における手術療法需要変化率（都市型分類別※）



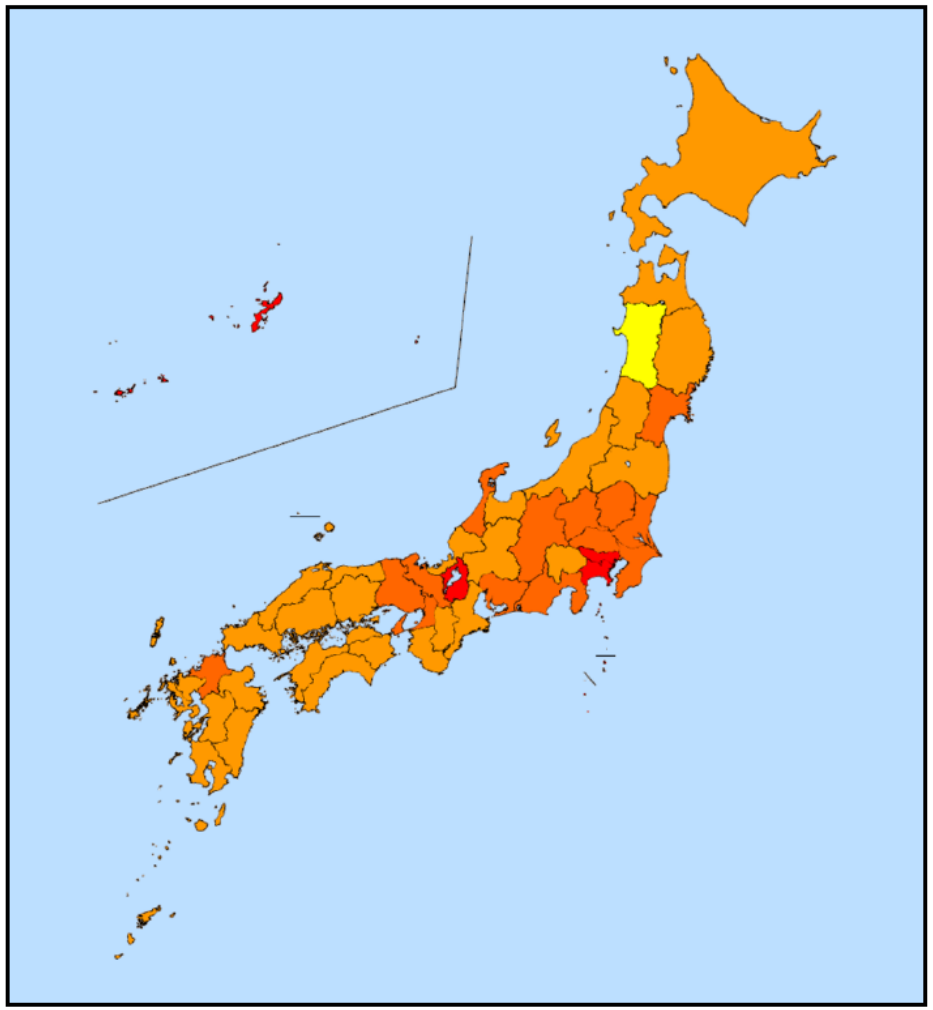
※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外

出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における放射線療法の需要推計（都道府県単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における放射線療法需要の変化率（都道府県単位）



＋30%以上
- 沖縄県、東京都、滋賀県、神奈川県

＋20%～＋30%
- 愛知県、埼玉県、千葉県、福岡県、宮城県、兵庫県、大阪府、京都府、栃木県、群馬県、石川県、茨城県、長野県、静岡県

+10%～+20%
- 佐賀県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、福井県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、富山県、鹿児島県、宮崎県、鳥取県、香川県、大分県、愛媛県、新潟県、長崎県、山形県、和歌山県、島根県、徳島県、岩手県、山口県、青森県、高知県

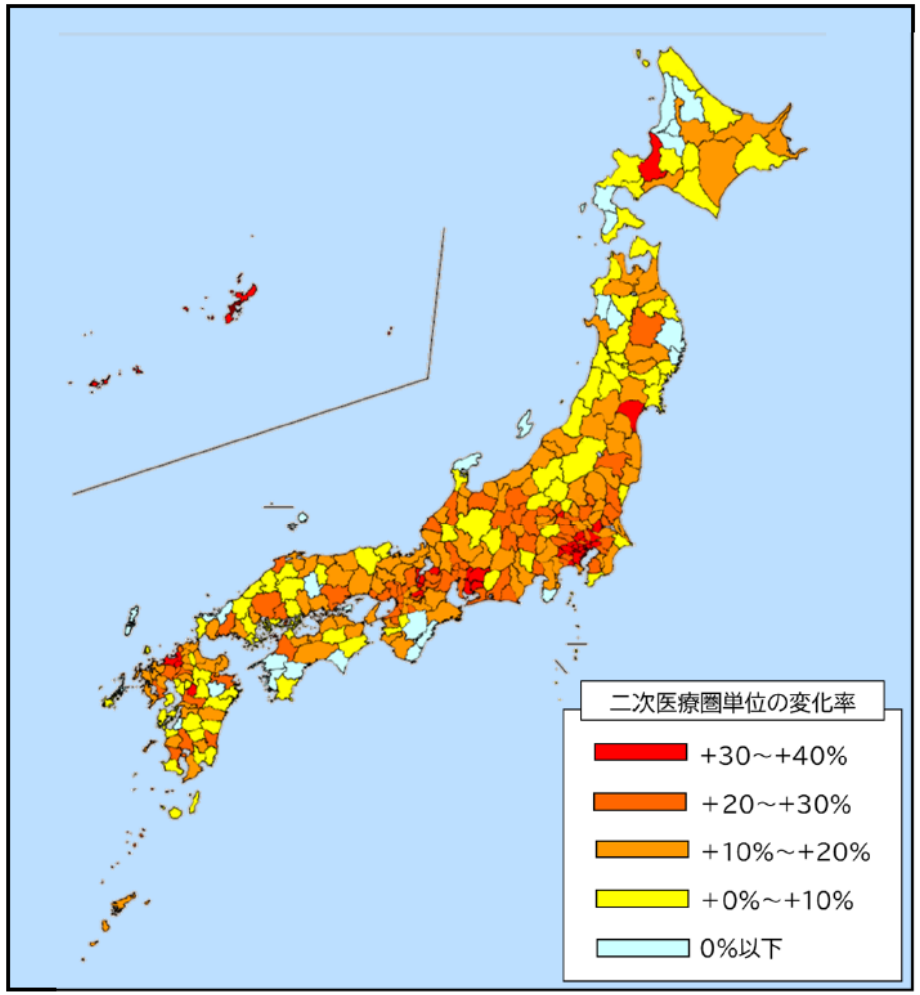
+0%～+10%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

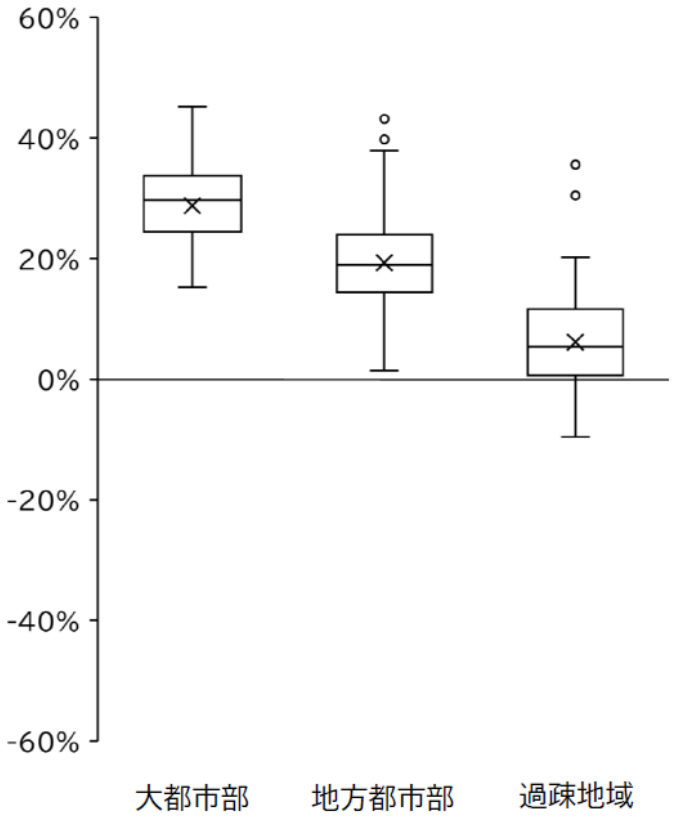
がん患者における放射線療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、過疎地域の22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の放射線療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における放射線療法需要変化率（都市型分類別※）

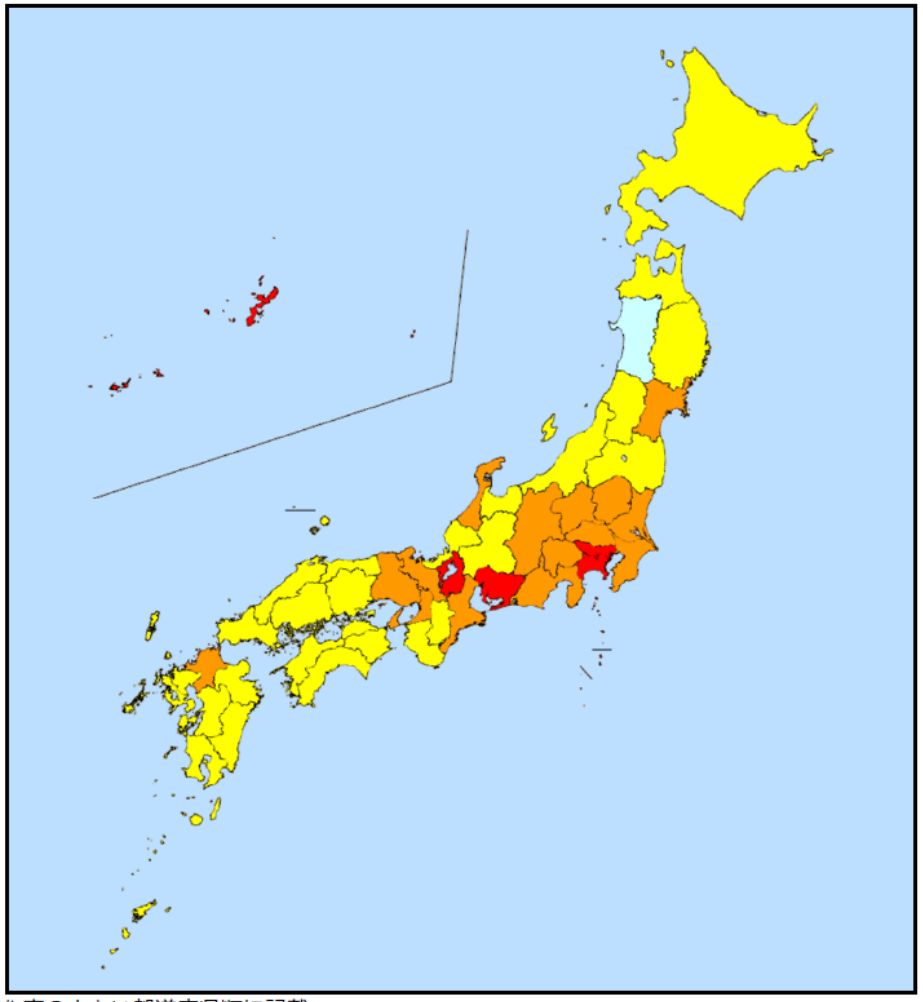


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における薬物療法の需要推計（都道府県単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、46都道府県で増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における薬物療法需要の変化率（都道府県単位）



+20%以上
- 東京都、沖縄県、神奈川県、愛知県、滋賀県

+10%～+20%
- 埼玉県、千葉県、宮城県、大阪府、福岡県、兵庫県、京都府、群馬県、長野県、石川県、静岡県、栃木県、茨城県、三重県、山梨県

0%～+10%
- 広島県、岡山県、福井県、岐阜県、佐賀県、北海道、奈良県、熊本県、富山県、福島県、香川県、鳥取県、鹿児島県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、和歌山県、島根県、山形県、岩手県、長崎県、徳島県、青森県、山口県、高知県

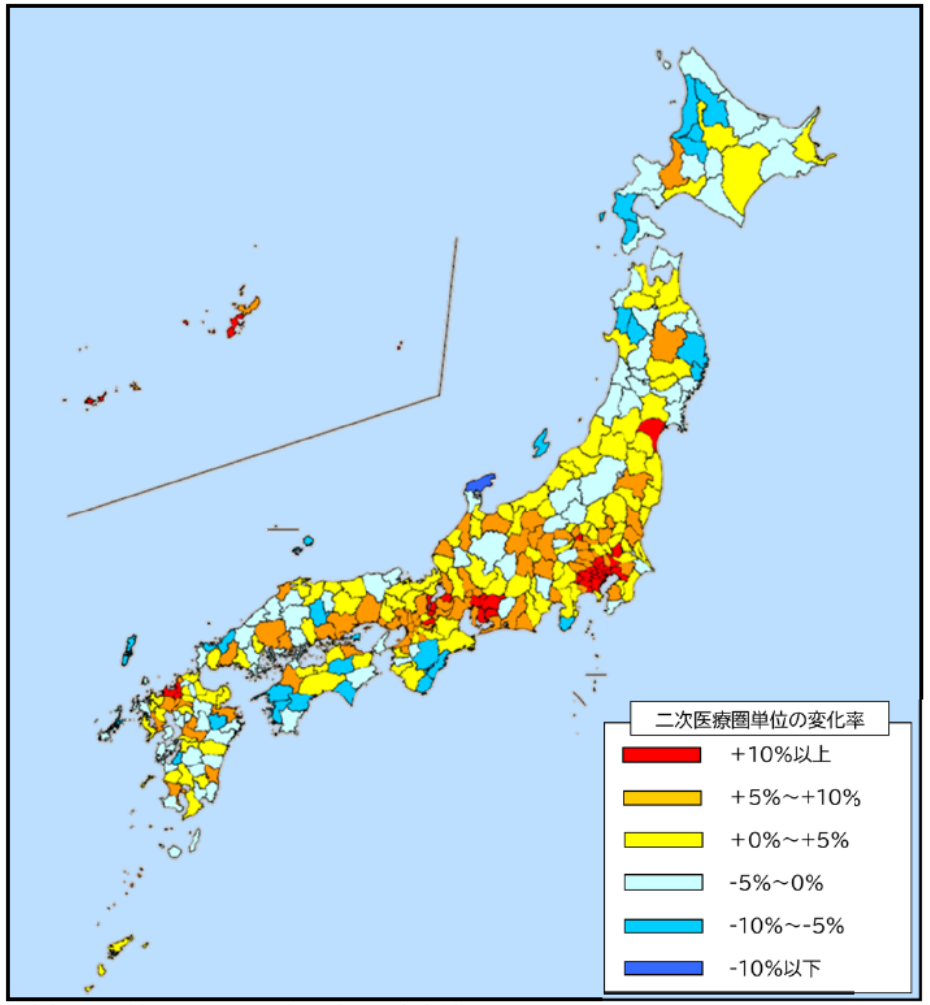
-10%～0%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

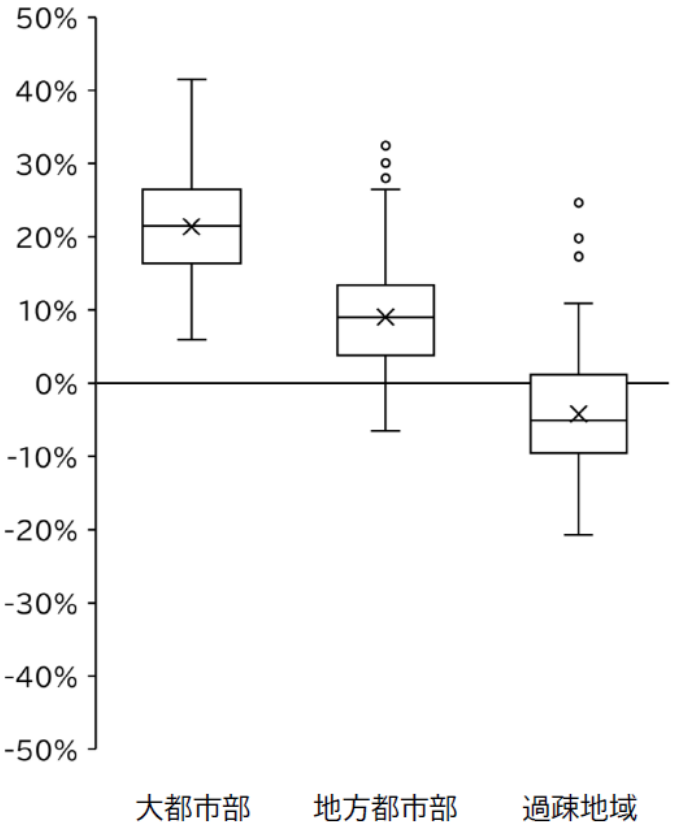
がん患者における薬物療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の88%で需要が増加する一方で、過疎地域の70%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の薬物療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における薬物療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

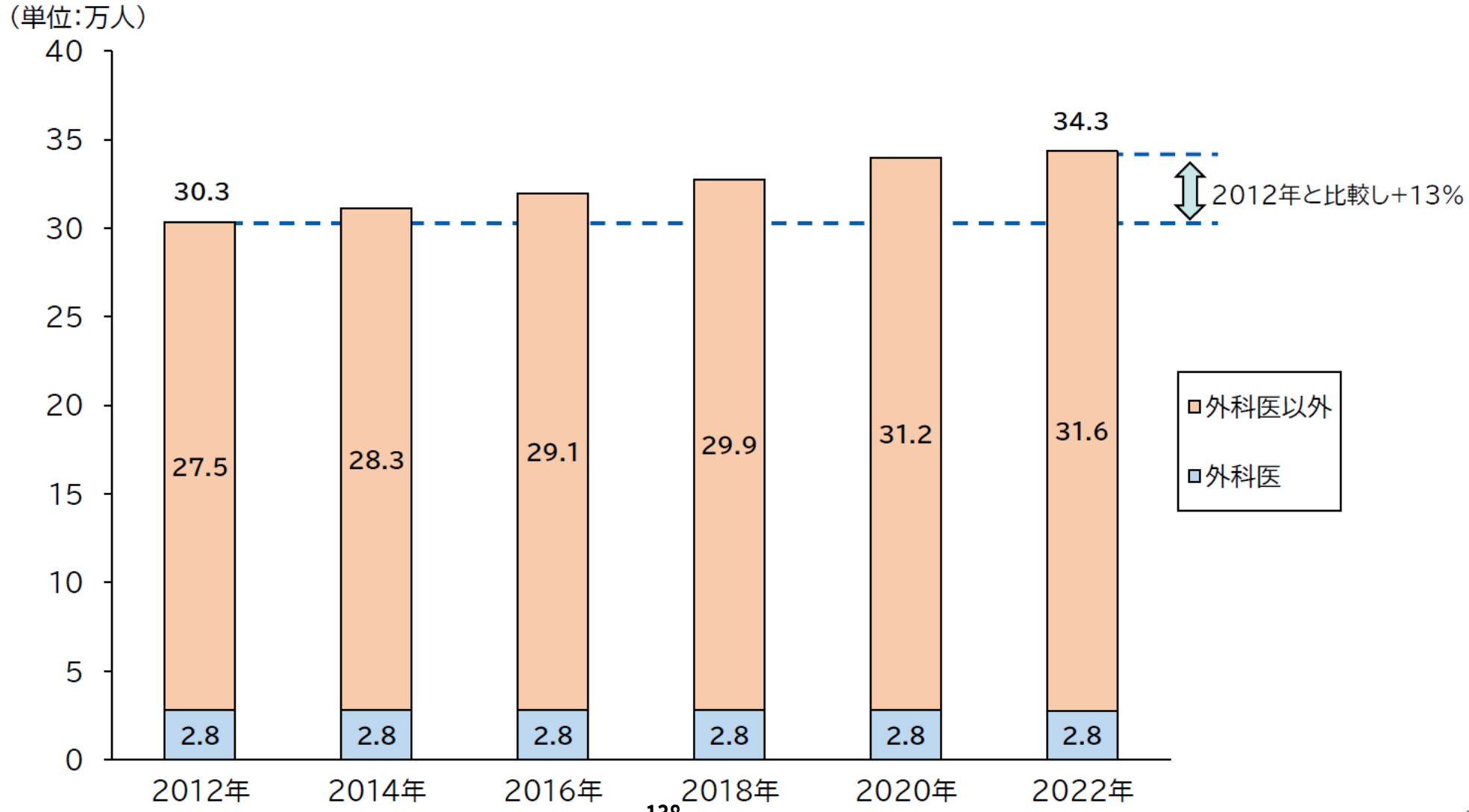
4. がん医療の質の担保

5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

医師数の推移

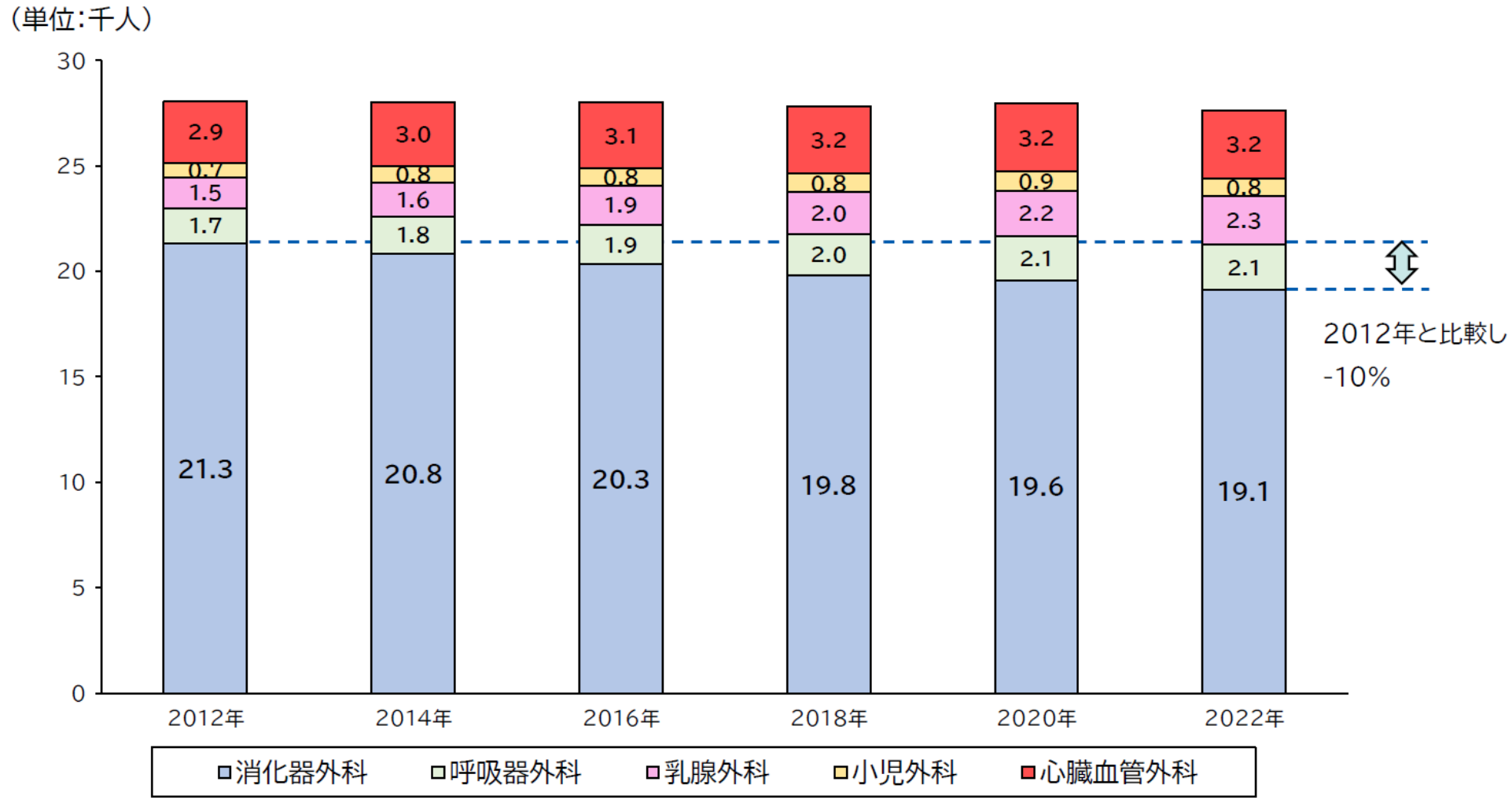
- 医師の総数が2022年時点で34.3万人（2012年時点で30.3万人）と、過去10年間に13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去10年間ほぼ変わっていない。



※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 外科のうち、消化器外科医数※は、2022年時点で約1.9万人（2012年時点で約2.1万人）と、過去10年間で10%減少している。

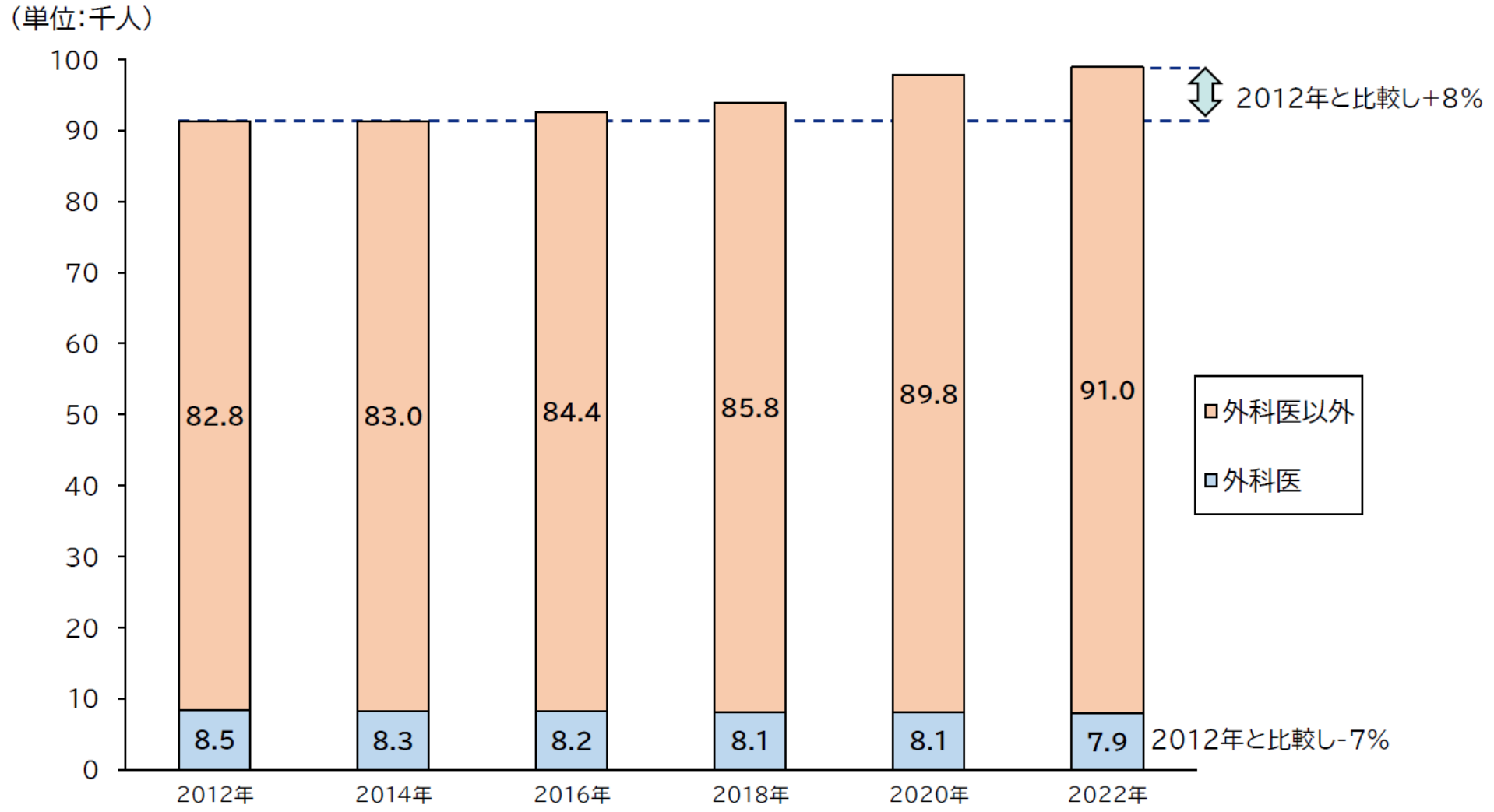


※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

40歳未満の医師数の推移

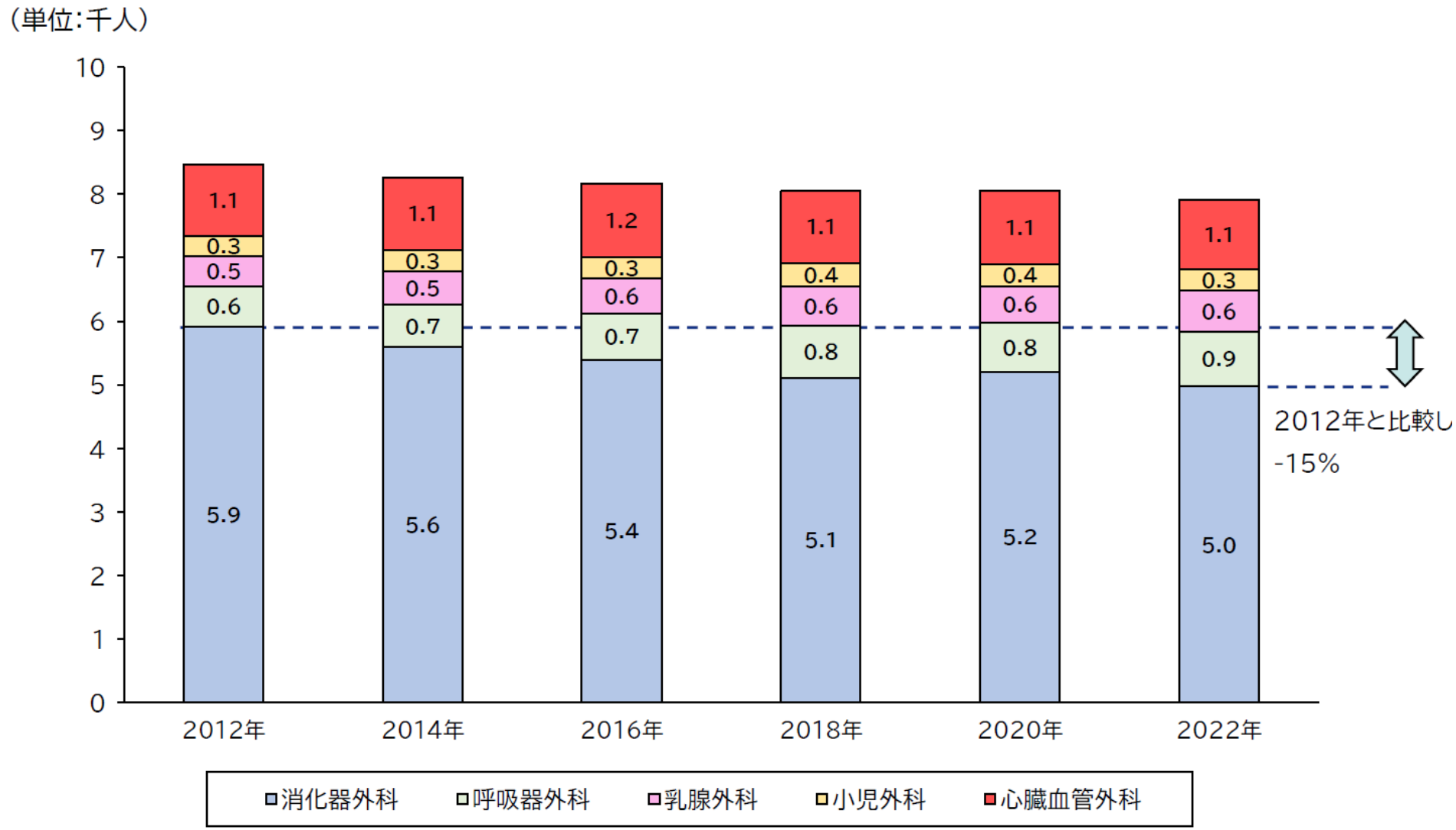
- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。



※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

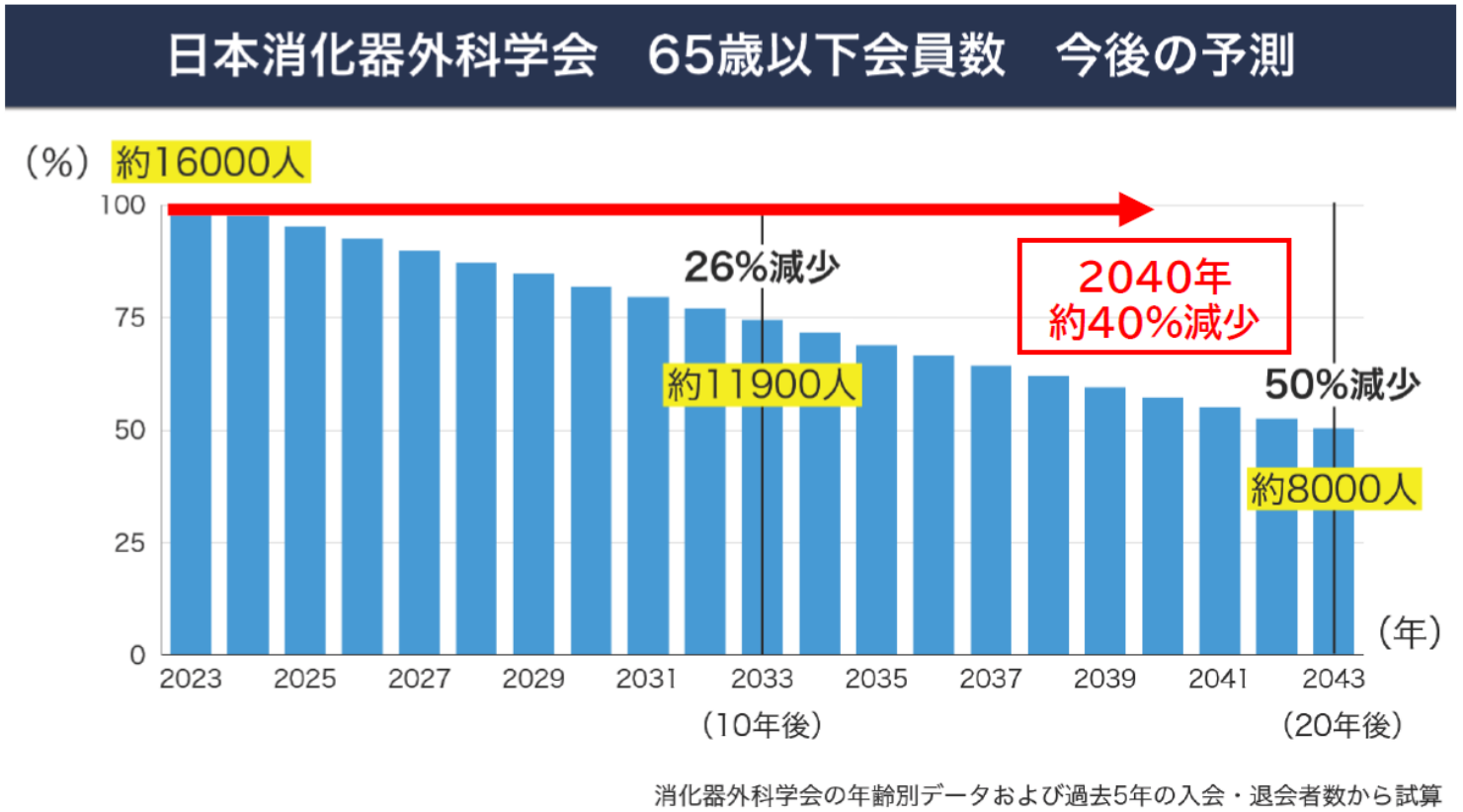
- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。



※消化器外科医は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1　2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。
※2　2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

4. がん医療の質の担保

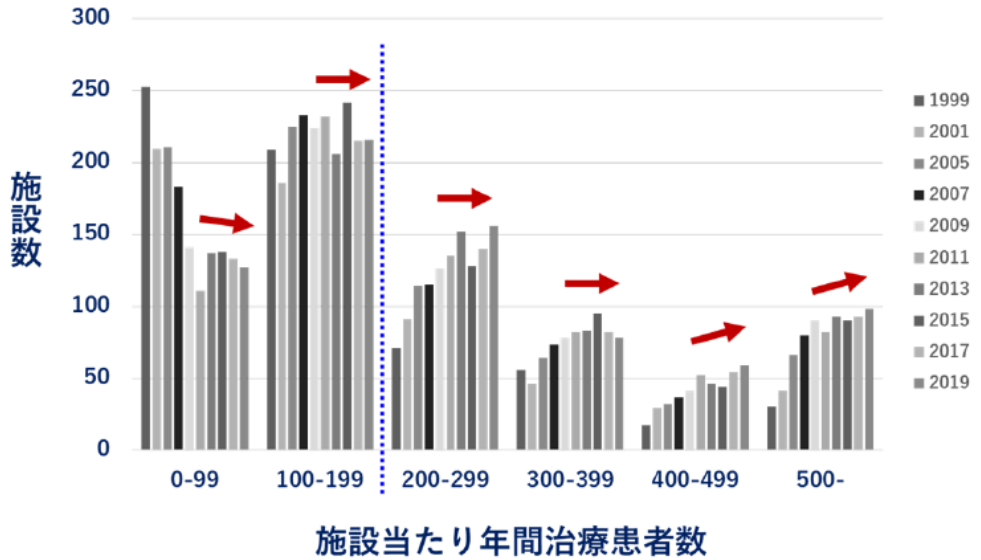
5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

放射線療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、放射線療法の需要は2025年比で124%に増加することが見込まれる中、日本放射線腫瘍学会によると、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040年に0.2万人まで増加（2025年比で43%増加）することが見込まれている。
- 一方で、放射線治療装置は、2019年時点で、全国で約1,100台配置されているが、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置1台あたりの患者数にばらつきが大きい。
- 日本放射線腫瘍学会によると、放射線治療装置1台あたりの年間治療可能数250～300人をもとにすると、2040年に向け、1,190～1,428台（対2019年で8～30%増加）の放射線治療装置数が必要と見込まれる。
- このため、地域毎に放射線療法の需要を予測し、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討することが必要。

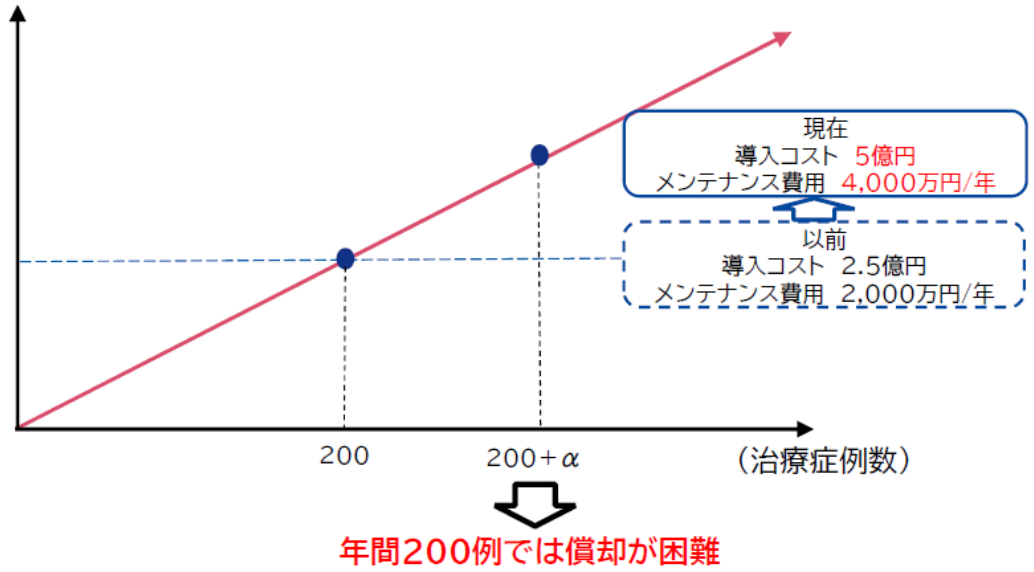
日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数



日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新規放射線治療患者数は200名以下である。

放射線治療患者数と収益性の関係

外照射の治療患者数と収益性（導入コストに対する損益分岐点症例数）



以前は人件費を除けば年間200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰により収支が悪化しており、現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある。

144

日本放射線腫瘍学会　全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告　より

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

4. がん医療の質の担保

5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

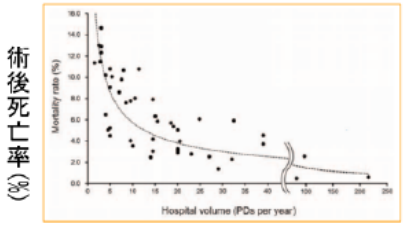
集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3 改変

日本消化器外科学会　※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



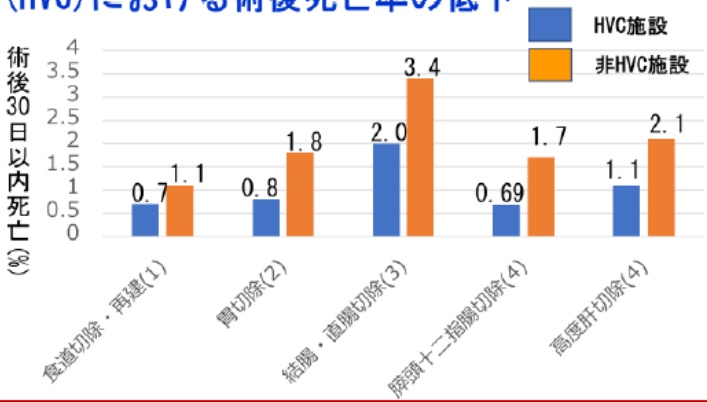
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

49

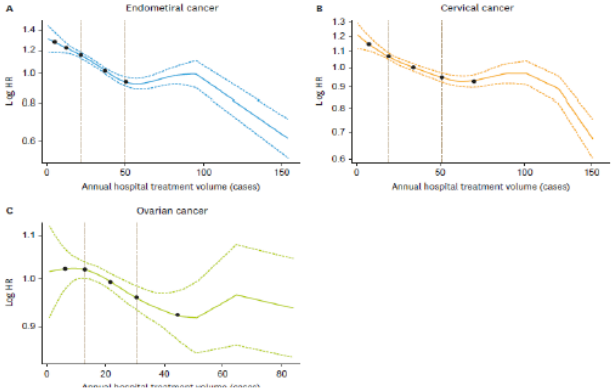
出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

婦人科の手術に関する集約化と均てん化

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

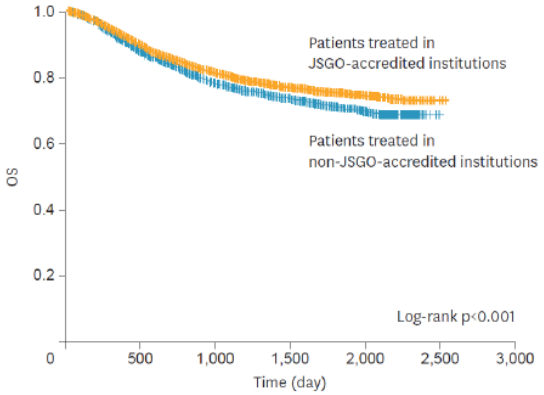
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会
令和7年3月21日	発表資料 資料3

代表的な婦人科がんの成績と施設規模



Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3

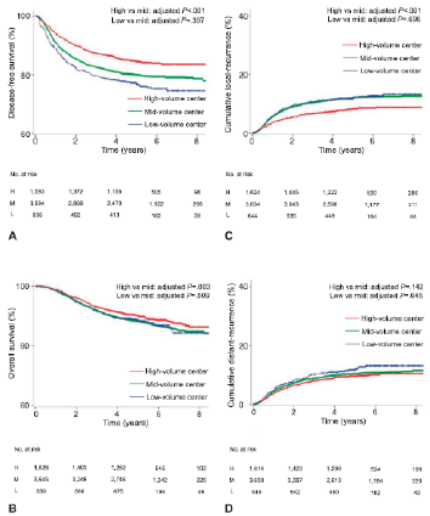
学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



Mikami M, et al. J Gynecol Oncol 2018; 29:e22

婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する。
しかしながら、産婦人科医はがんの手術のみならず、出産や多数の子宮筋腫の手術など、がん診療に加えて、多岐にわたる診療に関わっているため、がんの手術の集約化にはがん診療以外の診療に与える影響をも検討する必要がある。

高難度手術の成績と施設規模



Matsuo K, et al. Obstet Gynecol. 2019;133:1086-98.

- **子宮体癌・子宮頸癌・卵巣癌のいずれも、施設の規模が大きくなるほど治療成績は良くなる。（日本産科婦人科学会の全国レジストリー研究）**
- **高難度手術である広汎子宮全摘術後の予後は、施設の規模が大きく影響し、規模の大きい施設程有意に良好。**
- **子宮頸癌の予後は、日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設では、非認定施設に比べて有意に良好。**

日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設は全国２９７施設が認定されており、各都道府県に最低１つは配置されている。婦人科浸潤がん症例の手術症例数（過去3 年間の平均症例数が年40 症例程度）の他、婦人科腫瘍指導医や放射線治療専門医、病理専門医の配置など集学的治療が行える体制が整っている施設が認定されている。

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

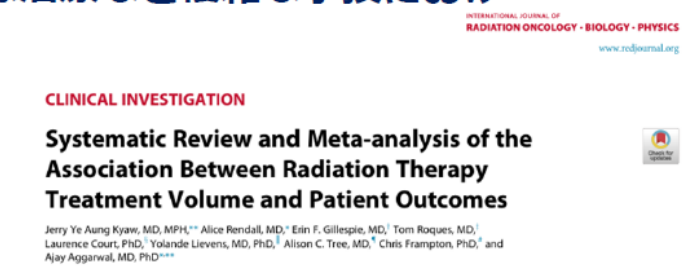
症例数の多い施設(HVRF)と少ない施設(LVRF)で根治的放射線治療を受けた患者のアウトカムを比較した研究を系統的レビューとメタアナリシスで分析

対象疾患：頭頸部がん(HNC)の7研究、子宮頸がん4研究、前立腺がん4研究、膀胱がん3研究、肺がん2研究、肛門がん2研究、食道がん、脳腫瘍、肝臓がん、膵臓がんが各1研究

結果：メタアナリシスにより、HVRFはLVRFと比較して**死亡リスクが低いことが示された(HR, 0.90**; 95% CI, 0.87-0.94)。
頭頸部がんと前立腺がんにおいて、ボリュームとアウトカムの関連性が最も強く示された。

結論：**ほとんどのがん種において、放射線治療ボリュームと患者アウトカムの間に関連性が認められた。**ボリュームとアウトカムの関連性が強いがん種については、**放射線治療の集約化**を検討する必要があるが、公平なアクセスへの影響も考慮する必要がある。

考察： high-volume施設の**高精度治療における臓器輪郭設定や小線源治療など複雑な手技における高い専門性が良好なアウトカムに**つながっている


INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS
www.redjournal.org

CLINICAL INVESTIGATION

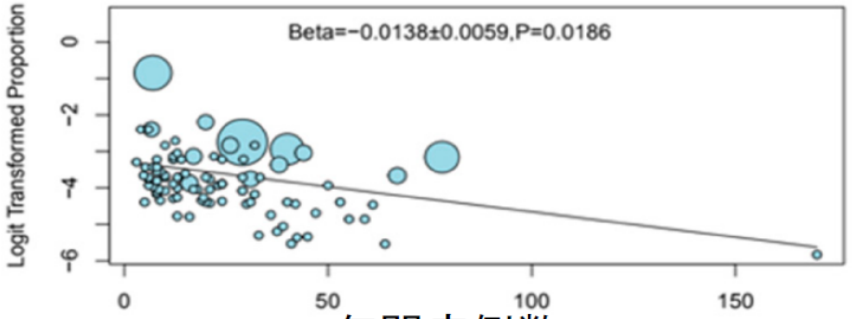
Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes

Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,* Alice Rendall, MD,* Erin F. Gillespie, MD,† Tom Roques, MD,‡ Laurence Court, PhD,§ Yolande Lievens, MD, PhD,‖ Alison C. Tree, MD,¶ Chris Frampton, PhD,# and Ajay Aggarwal, MD, PhD*,**

集約化による副作用の軽減

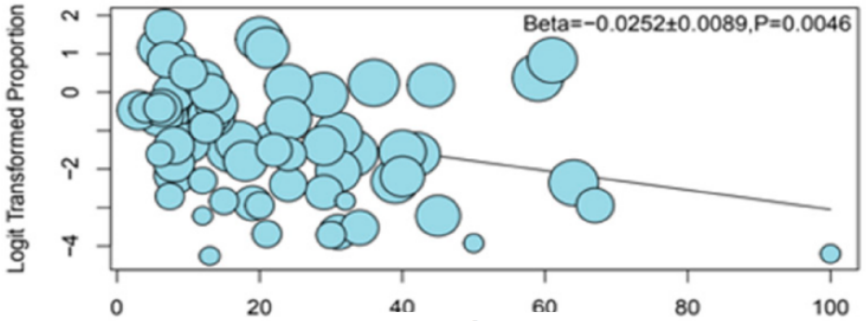
病院の規模と免疫チェックポイント害薬による免疫関連有害事象（irAE）

有害事象による死亡



年間症例数

重篤な有害事象（グレード≥3）



年間症例数

Rahouma M, et al. Cancers 16, 1136, 2024

病院の規模と急性骨髄性白血病（AML）の治療成績（Matched Cohort Study）

- 米国データベース（NIS）
- 2009–2011年
- 年齢、性、合併症、保険加入状況、収入、地域、入院日等で調整

AML治療に伴う死亡率は小規模病院で高い

	大規模施設	小規模施設	P
死亡率	1.59%	4.07%	<0.001
入院期間	14.2日	14.6日	
入院費	$102,653	$101,945	

Giri S, et al. Blood 125:3359-3360, 2015

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

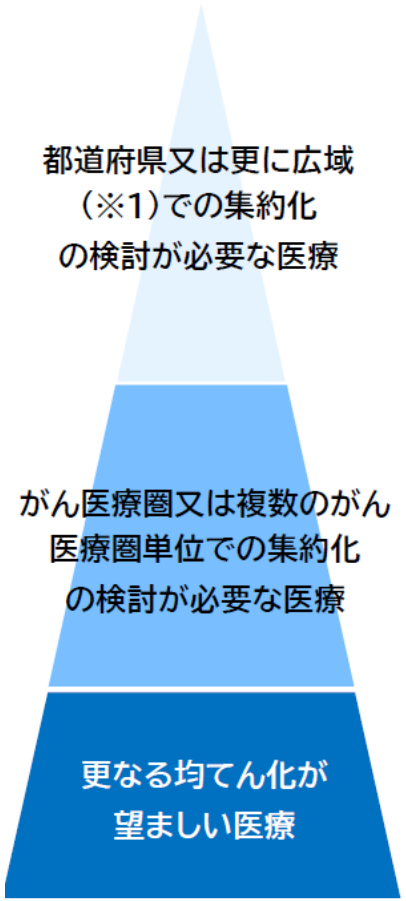
4. がん医療の質の担保

5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例（案）

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
	・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術			
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
	・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	・乳がんに対する標準的な手術	・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術			
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。

（監修）一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県がん診療連携協議会の体制

- 都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。
- 都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体の参画を必須とし、主体的に協議に参加できるよう運営すること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得られるよう対応すること。

都道府県がん診療連携協議会における協議事項

- 国及び国立がん研究センターから提供されるデータや、院内がん登録のデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。
- がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。
- 都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。
- がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。
- 2040年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。

1. がん患者の減少と需要の変化

2. 消化器外科医の減少

3. 放射線照射装置の採算性の課題

4. がん医療の質の担保

5. 今後の方針

6. 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（案）

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ(案)

第 19 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料 2
令和７年７月 25 日	

2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（案）

令和７年７月●日
がん診療提供体制のあり方に関する検討会

目次

１．はじめに

２．今後のがん医療の需給について
１）がん医療の需要について
① 日本の将来人口推計
② がん罹患者数の見込み
③ がん罹患者の地域特性
④ 入院・外来治療の需要動向
⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み
２）がん医療の供給について
① 三大療法別の供給見込み
（ⅰ）手術療法
（ⅱ）放射線療法
（ⅲ）薬物療法
３)がん医療の需給バランスを維持するための方策について
① 三大療法別の方策
（ⅰ）手術療法
（ⅱ）放射線療法
（ⅲ）薬物療法
② 集学的治療

３．高度な医療技術を伴うがん医療について
１）手術療法
２）放射線療法
３）薬物療法

４．今後の方向性について
１）基本的な考え方
２）特に集約化の検討が必要な医療についての考え方
３）更なる均てん化が望ましい医療についての考え方
４）2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

５．都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について
１）都道府県協議会の体制
２）都道府県協議会での協議事項
３）都道府県協議会事務局の役割
４）都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項

６．国が取り組む事項

７．総括

資料８－２

2025 年 8 月 1 日

沖縄がん診療連携協議会

委員各位

医療部会長

伊江将史

（県立中部病院外科部長）

医療部会及び幹事会において、2040 年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関して協議を行い、以下のように意見が収束しましたので、協議会において、審議をお願いします。

2040 年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関する今後の協議会の方針

＜総論＞

１　2040 年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関しては、厚生労働省のこれまでの「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での審議に準じて、当協議会が中心となって、今後も議論を進めていくこと

２　今後の集約化と分散化を円滑に進めるためにロジックモデルを用いて計画を立てること

３　上記ロジックモデルの指標を経時的に測定し、協議会で評価を行うこと

＜各論＞

１　集約化と分散化を図るための選定条件の見直し期間を現行の 6 年ごとから、3 年ごとにすることを、沖縄県に提案する（別紙資料９－３参照）

２　集約化と分散化を遂行するために、県内医療機関、医療者、県民に対して啓発活動を、協議会として行うこと（別紙資料９－４参照）

資料８－３

2025 年８月１日

沖縄県保健医療介護部長

糸数　公殿

沖縄がん診療連携協議会議長

（琉球大学病院長）

鈴木　幹男

集約化と分散化を図るための選定条件の見直し期間の短縮について（提案）

集約化と分散化を図るための選定条件の見直し期間を、現行の 6 年ごとから、3 年ごとにすることを提案します。

理由

第６次沖縄県医療計画及び第７次沖縄県医療計画に基づいて、6 年ごとに、選定条件を取り決め、また見直しを行ってきました。しかし、がん医療を取り巻く環境の変化が速くなっていることから、よりきめ細かな条件の見直しをする必要があると思われます。

つきましては、今後は 3 年ごと（各期の医療計画の期間中に 2 回）の見直しを提案します。

例）第 8 次医療計画（2024 年 4 月～2030 年 3 月）

第 1 回目（現在進行中）

2024 年 12 月 26 日に沖縄県保健医療介護部から連携協議会議長に協力依頼

→本年 11 月 7 日の第 3 回連携協議会後に議長から、原案提出予定

第 2 回目（提案）

2027 年度初めに協力依頼

→同年度中に原案提出

資料８－４

2025 年 8 月 1 日

沖縄がん診療連携協議会

議長殿

医療部会長

伊江将史

（県立中部病院外科部長）

選定された医療機関に患者を集約するために行うこと（提案）

１ 検診後の精密検査等を行っている医療機関に対して

（1）「がんと診断した場合は、選定された医療機関へ紹介を促す」依頼文書を連携協議会議長から、検診後の精密検査を行っている医療機関へ送り、協力を依頼する

（2）その他

２ 県内のすべての医療機関に対して

（1）「がん医療においては選定された医療機関がある」という説明文書を連携協議会議長から、県内のすべての医療機関へ送り、啓発を行う

（2）その他

３ 県内医療機関でがんの相談支援を行っている部署に対して

（1）「がん医療においては選定された医療機関がある」ということを理解してもらえるように、年に数回ある研修会において、研修に組み込んでもらう

（2）その他

4 沖縄県民に対して

（1）毎年発行している「おきなわ　がんサポート　ハンドブック」において、選定された医療機関への受診を促すような文言修正を行い、受診を促す

（2）各地の患者会に対して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う

（3）リレー・フォー・ライフ・ジャパンの開催時に出店して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う

（4）その他

資料８－５

2025 年 8 月 1 日

協議会 委員各位

医療部会部会長

伊江　将史

（県立中部病院外科部長）

以下の「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件については、前回の令和７年度第１回沖縄県がん診療連携協議会において決定しているが、一部修正案を今回示したので、審議をお願いしたい。（＊加筆個所は赤字、削除個所は青字）

「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について**（修正案）**

「がん診療を行う医療施設」の選定要件として、がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目をすべて満たす施設とする

１　医療法等に基づく医療安全にかかる適切な体制を有すること

医療安全に関する委員会を設置し、年２回以上開催していること

２　院内がん登録を行い、その分析や情報公開を行う体制を有すること

（１）院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施していること

（２）毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供していること

（３）院内がん登録に関する委員会を設置し、年１回以上開催していること

（４）自院の院内がん登録データを沖縄県がん診療連携協議会において分析し、県民に広く

公開すること

3 セカンドオピニオンを積極的に患者に勧めるとともに、セカンドオピニオンを提供する体制を有すること

（1）すべてのがん患者とその家族に対して、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明する~~体制が整っている~~こと。その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること。

（2）セカンドオピニオンを受けられることを院内の見やすい場所で~~の~~掲示していること

（3）セカンドオピニオンを受けられることをホームページ上で公開していること

（4）他施設でセカンドオピニオンを受けた患者が年 1 名以上いること

4 レジメン審査管理登録等を行い、~~標準的な~~薬物療法（免疫療法も含む）において標準治療を提供できる体制を有すること

（1）薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、年 2 回以上開催していること

（2）上記レジメンには、制吐薬も組み込んだレジメンとしていること

5 緩和ケアチームが活動し、適切な緩和ケアを提供する体制を有すること

（1）組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームが設置されていること

（2）全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っていること

（3）定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行っていること

（4）新規介入患者数が年間 20 人以上いること

（5）緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行っていること

6　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催する体制を有すること

（1）手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた等による、がん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスを年２回以上開催していること

（2）臨床倫理的、社会的な問題を解決するための、具体的な事例に則した、患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンスを年１回以上開催していること

（3）上記のカンファレンスで検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有していること

7　「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有すること

（1）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を、必要な患者に対して積極的に行うこと

（2）上記の検査結果を適切に評価し、必要に応じてがんゲノム医療を行うこと

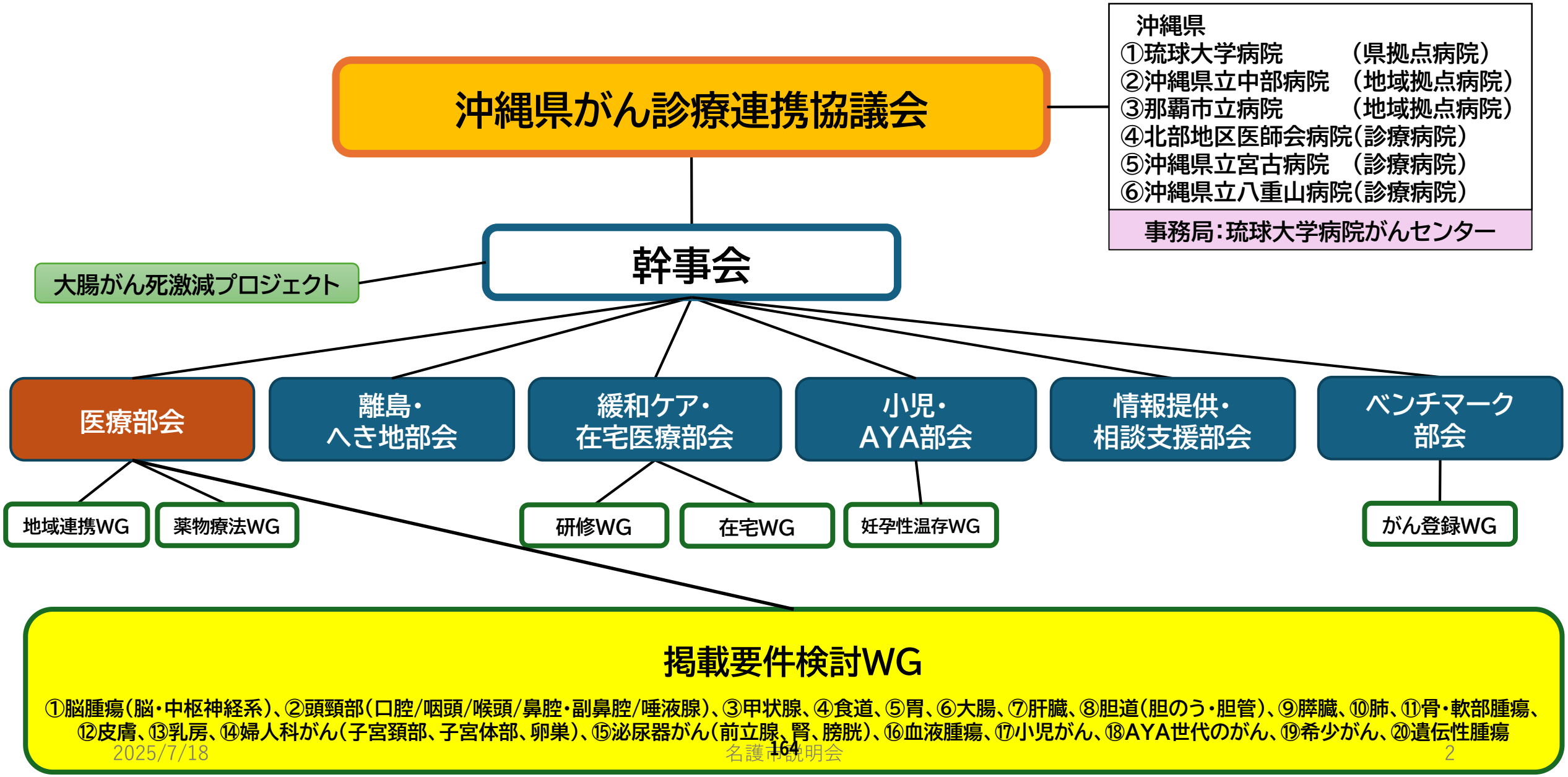
（3）遺伝性腫瘍専門医または臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングを行う体制を有すること。それが難しい場合は、遺伝カウンセリングを行う体制を有する医療機関と連携する体制を整えること。

（3）がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を受けた患者が年 1 名以上いること

資料8－6

2040年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関する選定要件（20のがん種・分野）

沖縄県がん診療連携協議会　組織図



選定要件一覧

①脳腫瘍（脳・中枢神経系）
②頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）
③甲状腺
④食道
⑤胃
⑥大腸
⑦肝臓
⑧胆道（胆のう・胆管）
⑨膵臓
⑩肺
⑪骨・軟部腫瘍
⑫難治性皮膚がん
⑬乳房
⑭婦人科がん（子宮頸部、子宮体部、卵巣）
⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）
⑯血液腫瘍
⑰小児がん
⑱AYA世代のがん
⑲希少がん
⑳遺伝性腫瘍

①脳腫瘍の選定要件（案）

	選定要件
学会の認定	日本脳神経外科学会基幹施設または関連施設
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討する。
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する
外科的治療	手術が年12例以上
放射線療法	①年6例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SRT）を提供できること
薬物療法	①年3例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。
特記事項	症例数は直近3年間の平均値

②頭頸部がんの選定要件（改定案）

	新	旧
学会の認定	（一社）日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定施設、または（公社）日本口腔外科学会認定研修施設 ＊次回改定時には、NPO法人日本頭頸部外科学会認定施設または準認定施設にすることを検討する ＊次回改定時には、（一社）日本口腔腫瘍学会口腔がん専門医1名以上、または研修施設を追加することを検討する	（一社）日本内分泌外科学会認定施設、またはNPO法人日本頭頸部外科学会指定研修施設
	（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設 ＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討する。	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術が年6例以上	手術が年6例以上
放射線療法	①年6例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること	規定なし
薬物療法	①年6例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年1例以上
特記事項	症例数は直近3年間の平均値	症例数は直近3年間の平均値

③甲状腺がんの選定要件（改定案）

項目	新	旧
学会の認定	（一社）日本内分泌外科学会認定施設または関連施設	（一社）日本内分泌外科学会認定施設、またはNPO法人日本頭頸部外科学会指定研修施設
	規定なし ＊次回改定時には、（一社）日本甲状腺学会専門医1名以上、または認定専門医施設を追加することを検討する	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、腫瘍・免疫核医学研究会甲状腺癌受け入れ可能施設を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術が年12例以上	手術が年6例以上
放射線療法	①アブレーションが年1例以上 ②自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、①が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること	規定なし
薬物療法	①年6例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年1例以上
特記事項	同右	症例数は直近3年間の平均値

④食道がんの選定要件（改定案）

項目	新	旧
学会の認定	同右	（一財）日本消化器病学会認定施設
	同右	（一社）日本消化器外科学会認定施設
	（一社）日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設	規定なし
	（一社）日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で1名以上いること	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、NPO法人日本食道学会学会食道科認定医または食道外科専門医1名以上、または食道外科専門医認定施設を追加することを検討する	規定なし
	（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設 ＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討する。	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術または鏡視下治療が年8例以上	手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年6例以上
内視鏡治療	削除	手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年6例以上
放射線療法	年6例以上	化学放射線治療または放射線治療の合計が年6例以上ある施設または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年6例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）
薬物療法	①年3例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年3例以上
特記事項	①同右 ②削除 ③削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ③化学放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年6例以上の施設も可とする

⑤胃がんの選定要件（改定案）

項目	新	旧
学会の認定	同右	（一財）日本消化器病学会認定施設
	同右	（一社）日本消化器外科学会認定施設
	（一社）日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設	規定なし
	（一社）日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で1名以上いること	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（一社）日本胃癌学会認定施設を追加することを検討する	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術または鏡視下治療が年12例以上	手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年6例以上
内視鏡治療	年6例以上	手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年6例以上
放射線療法	規定なし	規定なし
薬物療法	①年6例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年3例以上
特記事項	同右	症例数は直近3年間の平均値

⑥大腸がんの選定要件（改定案）

項目	新	旧
学会の認定	同右	（一財）日本消化器病学会認定施設
	同右	（一社）日本消化器外科学会認定施設
	（一社）日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設	規定なし
	（一社）日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で1名以上いること	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、日本大腸癌研究会会員施設を追加することを検討する	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術または鏡視下治療が年50例以上	①結腸がんに対する手術が年24例以上 ②直腸がんに対する手術が年12例以上
放射線療法	①年1例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること	①年2例以上 ②または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年2例以上
薬物療法	①年24例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年24例以上
特記事項	①同右 ②削除 ③削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ③化学放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年2例以上の施設も可とする

⑦肝臓、⑧胆道(胆のう・胆管)、⑨膵臓がんの選定要件(改定案)

項 目	新	旧
学会の認定	同右	(一財)日本消化器病学会認定施設
	同右	(一社)日本消化器外科学会認定施設
	(一社)日本肝臓学会認定施設	(一社)日本肝臓学会専門医1名以上
	(一社)日本胆道学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本膵臓学会認定指導医1名以上 ＊次回改定時には、指導施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(一社)日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上 ＊次回改定時には、修練施設に差し替えることを検討する	規定なし
	(公社)日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、(公社)日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、(公社)日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	高難度肝胆膵外科手術が年20例以上	①肝臓がんに対する手術が年6例以上 ②肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈(化学)塞栓療法の合計が年6例以上
		肝道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年10例以上
放射線療法	①年1例以上 ②強度変調放射線治療(IMRT)を提供できること ③定位放射線照射による治療(SBRT)を提供できること ④自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること ⑤放射線治療用吸収性組織スペーサを、消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。	胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設
薬物療法	①年12例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④組織上明確に位置付けられた、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、神経内科、代謝内分泌内科、リウマチ膠原病内科、循環器内科、腎臓内科の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	肝臓がんに対する薬物療法が年1例以上
		胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年6例以上
特記事項	①同右 ②削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む

⑩肺がんの選定要件（案）

項目	新	旧
学会の認定	同右	（一社）日本呼吸器学会認定施設
	同右 ＊次回改定時には、呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設のみ）に差し替えることを検討する	呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）または（関連施設）
	気管支鏡専門医1名以上 ＊次回改定時には、日本呼吸器内視鏡学会認定施設または関連認定施設に差し替えることを検討する	規定なし
	（一社）日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で1名以上いること	規定なし
	（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設 ＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討する。	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	手術が年50例以上	手術が年24例以上
放射線療法	年12例以上	化学放射線治療または放射線治療の合計が年12例以上 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年 12 例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）
薬物療法	①年24例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	年18例以上
新規治療	削除	治療方法を問わず年50例以上
特記事項	①同右 ②削除 ③削除	①症例数は直近3年間の平均値 ②放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ③化学放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年12例以上の施設も可とする

⑪骨・軟部腫瘍の選定要件（案）

	選定要件
学会の認定	（公社）日本整形外科学会　骨・軟部腫瘍認定医が常勤で1名以上
	①（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設。 ②常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、 ③常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上 **＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。**
	（公社）日本臨床腫瘍学会基幹施設
外科的治療	手術が年24例以上
放射線療法	①年6例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること
薬物療法	①年12例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。
特記事項	症例数は直近3年間の平均値

⑫難治性皮膚がんの選定要件（案）

	選定要件
学会の認定	（公社）日本皮膚科学会主研修施設
	①（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設。 ②常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、 ③常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上 **＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。**
	（公社）日本臨床腫瘍学会基幹施設
外科的治療	手術が年50例以上
放射線療法	①年6例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること
薬物療法	①年6例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。
特記事項	症例数は直近3年間の平均値

⑭婦人科がん（子宮頸部、子宮体部、卵巣）の選定要件（改定案）

項目	新(	旧
学会の認定	（公社）日本婦人科腫瘍学会指定修練施設 ＊次回改定時には、指定修練施設Aのみとするかを検討する	（公社）日本産婦人科学会専攻医指導施設
	削除	常勤の婦人科腫瘍専門医、または常勤の産婦人科専門医のいる施設
	（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設C ＊次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討する。	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	子宮の浸潤がん症例に対する手術が年12例以上	子宮の浸潤がん症例に対する手術が年6例以上
放射線療法	年12例以上	子宮がんに対する放射線治療が年3例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年3例以上ある施設
薬物療法	①年12例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	子宮がんに対する薬物療法が年6例以上ある施設
特記事項	①同右 ②削除 ③削除	①症例数は、直近3年間の平均値とする ②放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む ③」放射線治療の症例数には、自施設での治療と他施設での治療の合計が年3例以上の施設も可とする。

⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）の選定要件（改定案）

項目	改訂選定要件のたたき台	現行要件
学会の認定	（一社）日本泌尿器科学会専門医教育施設（名称の変更）	（一社）日本泌尿器科学会専門医拠点教育施設または関連教育施設
	（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会取得者が常勤で1名以上 ＊次回改定時には、（一社）日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器ロボット支援手術プロクター認定制度による認定取得者が常勤で1名以上	規定なし
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する	規定なし
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する	規定なし
外科的治療	ロボット手術＋腹腔鏡による手術＋開腹手術の合計が40例以上	前立腺がんに対する手術が年6例以上ある施設。 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して手術を実施していて、その手術が年6例以上ある施設
放射線療法	①年12例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること ④放射線治療用吸収性組織スペーサを、泌尿器科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。 ⑤自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年12例以上を満たしていること	前立腺がんに対する放射線治療が年6例以上ある施設 または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年6例以上ある施設
薬物療法	①年24例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。	前立腺がんに対する薬物療法が年6例以上ある施設
特記事項	①削除 ②同右 ③削除 ④削除	①前立腺がんに対する新規治療（手術、放射線療法、薬物療法などすべて含む）が年20 例以上ある施設 ②症例数は直近3年間の平均値 ③放射線治療の症例数には緩和的放射線治療を含む ④放射線治療は自施設での治療と他施設での治療の合計が年6例以上の施設も可とする

⑰小児がん分野の選定要件（案）

	選定要件のたたき台
学会の認定	小児がん連携病院
	（一社）日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医研修施設群の関連施設
	（一社）日本小児外科学会認定施設または教育関連施設A ＊次回改定時には、認定施設のみにすることを検討する
	（公社）日本医学放射線学会修練機関 ＊次回改定時には、（公社）日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師1名以上の条件を追加することを検討する
	規定なし ＊次回改定時には、（公社）日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討する
外科的治療	手術が年6例以上
放射線療法	①年3例以上 ②強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること ③定位放射線治療（SRT/SBRT）を提供できること ④適切に紹介　粒子線治療に対して
薬物療法	①年12例以上 ②がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上 ③がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上 ④薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。
特記事項	症例数は直近3年間の平均値

⑱AYA世代のがんの選定要件（案）

	選定要件のたたき台
総合的な支援	就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備していること ＊次回改定時には、多職種からなるAYA世代支援チームを設置していることを検討する
妊孕性温存	がん・生殖医療ネットワークに加入していること
	「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画していること
	妊孕性の温存について、患者や家族には必ず治療開始前に情報提供をしていること
就労支援	産業保健総合支援センターと連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること
	沖縄県社会保険労務士会と連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること
症例数	AYA世代のがんの治療件数が年24例以上
特記事項	症例数は直近3年間の平均値

資料9

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える	指標	禁煙希望割合	男性	31.4% (2021) 58.9% (2016)	19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				女性	57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
		指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合※1		92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
		指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合		33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

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

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

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合※2	家庭	5.2% (2021) 6.3% (2016)	5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
				飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※2「受動喫煙の機会を有する者」とは、現在喫煙者を除く、家庭:毎日受動喫煙の機会を有する者、その他の場所:月1回以上受動喫煙の機会を有する者。(行かなかった者を除く。)

②生活習慣(飲酒)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 山口県12.4% 石川県13.9% 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 山口県5.9% 石川県7.5% 香川県9.0% 高知県9.6% 徳島県8.4% (2022)	

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】山形県(55.8%)・新潟県(64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」3項 ASK調べ(2023年9月)

③感染症対策(HPV)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する	指標	HPVワクチンの接種率		1回目 25.3% 2回目 14.3% 3回目 9.1% (2023) 1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 62.1% 2回目 40.1% 3回目 24.9% (2023) 1回目 42.1% 2回目 38.6% 3回目 29.0% (2022)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県HP「沖縄県におけるHPVワクチンの接種状況」保健医療介護部感染症対策課(2024年7月1日更新) 全国値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPV ワクチンの実施状況について」(2025年1月24日)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合			【参考値】 協力医療機関 新規受診患者数 146人 (2023) 137人 (2022)	比較可能 データなし	参考値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」HPVワクチン接種後に症状を呈した患者のサーベイランス受診患者数(2025年1月24日)

B 中間アウトカム

				喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	20歳以上の者の喫煙率		男性	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス 5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年(2025年1月31日公開)
				女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合		中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書 2021 年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査 ＊「中高生の飲酒・喫煙状況等の全国学校調査(2024年度)」2025年夏公表予定
				高校生	男子2.5% 女子0.8% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	
	指標	妊婦の喫煙率			2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 富山県0.8% (2022)	こども家庭庁育成局 母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(2025年3月27日公開)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合		家庭	5.2% (2021) 6.3% (2016)	5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
				飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	
	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料		(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
				(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
				(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

				生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)		男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 石川県13.9% 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 石川県7.5% 香川県9.0% 高知県9.6% 徳島県8.4% (2022)	

				HPV感染率の低下ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	指標	HPVワクチンの接種率			1回目 25.3% 2回目 14.3% 3回目 9.1% (2023) 1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 62.1% 2回目 40.1% 3回目 24.9% (2023) 1回目 42.1% 2回目 38.6% 3回目 29.0% (2022)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県HP「沖縄県におけるHPVワクチンの接種状況」保健医療介護部感染症対策課(2024年7月1日更新) 全国値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPV ワクチンの実施状況について」(2025年1月24日)

A 分野アウトカム

				がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	がん種別年齢調整死亡率		全部位	男86.5 女57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男 長野県 60.5 女 滋賀県 42.2 (2023) 男 長野県 65.2 女 徳島県 47.1 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ部位別75歳未満年齢調整死亡率(2024年12月13日公開)
				胃	男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 男 熊本県 5.8 女 大分県 2.4 (2022)	
				大腸	男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
				肝(肝細胞・肝内胆管)	男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男 滋賀県 3.1 女 秋田県 0.7 (2023) 男 石川県 3.3 女 石川県 0.5 (2022)	
				肺	男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
				女性乳房	女11.5 (2023)女10.3 (2022)	女10.0 (2023)女10.4 (2022)	女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
				子宮頸部	女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 石川県 2.9 (2023) 女 徳島県 3.0 (2022)	
				成人T細胞白血病リンパ腫	男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男 山形県 1.1 女 香川県 0.3 (2023) 男 島根県 1.8 女 鳥取県他 0.6 (2022)	

				がん種別罹患率が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	がん種別年齢調整罹患率		全部位	男373.4 女314.5 (2020) 男405.0 女335.6 (2019)	男416.0 女325.4 (2020) 男445.7 女346.7 (2019)	男 沖縄県373.4 女 徳島県297.8 (2020) 男 長野県400.5 女 滋賀県311.2 (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」1)全国がん登録 2. 罹患 都道府県別がん罹患データ 上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用 *＊2025年3月末にNPO疾病対策センターで計測予定。*
				胃	男32.7 女10.4 (2020) 男30.3 女13.8 (2019)	男54.9 女19.9 (2020) 男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県32.7 女 沖縄県10.4 (2020) 男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
				大腸	男77.5 女44.8 (2020) 男80.5 女41.4 (2019)	男68.2 女42.1 (2020) 男73.2 女44.9 (2019)	男 大分県57.9 女 熊本県35.1 (2020) 男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2 (2019)	
				肝(肝細胞・肝内胆管)	男15.6 女 5.2 (2020) 男18.2 女 4.9 (2019)	男17.5 女 5.5 (2020) 男19.0 女 6.0 (2019)	男 山形県12.6 女 山形県 4.0 (2020) 男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
				肺	男50.2 女14.4 (2020) 男53.6 女21.4 (2019)	男58.9 女24.0 (2020) 男61.9 女26.1 (2019)	男 長野県46.6 女 沖縄県14.4 (2020) 男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
				女性乳房	女104.8 (2020) 女112.1 (2019)	女95.0 (2020) 女100.5 (2019)	女 島根県76.3 (2020) 女 福井県80.6 (2019)	
				子宮頸部	女13.6 (2020) 女19.3 (2019)	女13.1 (2020) 女13.9 (2019)	女 富山県8.6 (2020) 女 島根県 8.8 (2019)	
				成人T細胞白血病リンパ腫	男9.5 女7.8 (2020) 男14.0 女7.5 (2019)	男8.8 女5.7 (2020) 男8.9 女5.7 (2019)	男 青森県5.8 女 福井県3.6 (2020) 男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

④感染症対策(肝炎)

4-1	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型肝炎定期予防接種実施率		1回目 95.6% 2回目 96.0% 3回目 88.2% (2022)	1回目 96.0% 2回目 96.4% 3回目 94.3% (2022) 1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん対策推進計画(21項)より、ワクチン・検査推進課調べ (2024年5月15日) 全国値:厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」または「予防接種自治体向け説明会」資料予防接種の実施状況について(2024年12月19日)

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 対人口100万人 8.8施設 (2023) 13施設 対人口100万人 8.8施設 (2022)	3,249施設 対人口100万人 26.1施設 (2023) 3,255施設 対人口100万人 26.2施設 (2022)	高知県67施設 対人口100万人 100.8施設 (2023) 高知県69施設 対人口100万人 103.8施設 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝疾患診療連携拠点病院と専門医療機関の選定状況 (2025年3月7日)
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,368 対人口10万人 365.3人 (2022)	786,219 対人口10万人 632.6人 (2022)	山梨県19,764 対人口10万人 2488.5人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数 (2025年3月7日)
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,970 対人口10万人 338.2人 (2022)	776,202 対人口10万人 624.6人 (2022)	山梨県19,689 対人口10万人 2479.1人 (2022)	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		19人 (2023) 0人 (2022) 0人 (2021)	5,833人 (2023) 5,628人 (2022) 4,397人 (2021)	大阪府805人 (2023) 大阪府871人 (2022) 大阪府954人 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策に関する調査」厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室調べ(2025年3月7日)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	752人 (2023) 745人 (2022)	88,920人 (2023) 89,121人 (2022)	東京都7,302人 (2023) 北海道7,177人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成(都道府県別受給件数)(2025年3月7日)
			C型肝炎	38人 (2023) 47人 (2022)	7,904人 (2023) 9,221人 (2022)	東京都643人 (2023) 大阪府756人 (2022)	

⑤感染症対策(HTLV-1)

5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		97.6% (2024) 100% (2023) 100% (2022)	91.9% (2024) 91.1% (2023) 86.3% (2022)	青森県他100% (2024) 青森県他100% (2023) 青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」(2025年4月15日公表)

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数					

代替指標:妊婦検診での検査数

4-1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	0.47% (2022) 0.37% (2021)	比較可能 データなし	山梨県2.93% (2022) 山梨県3.05% (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」B型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数の対20歳以上人口比(2025年3月7日)
			C型肝炎	0.43% (2022) 0.39% (2021)	比較可能 データなし	山梨県2.92% (2022) 山梨県2.69% (2021)	
		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数(代替指標:陽性率)	B型肝炎	比較可能 データなし	陽性率0.55% (2021) 陽性率0.53% (2020)	比較可能 データなし	全国値:肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」地方自治体の肝炎ウイルス検査の陽性率の推移 (2025年3月7日)
			C型肝炎	比較可能 データなし	陽性率0.21% (2021) 陽性率0.23% (2020)	比較可能 データなし	

5-1	HTLV-1 感染者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1感染率					沖縄県値:沖縄赤十字血液センターに問合せ中 (2025年4月30日)

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

番号							
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

番号							
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査　1. がん検診の実施状況(住民検診)②がん検診実施状況(集団 個別)
			大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
			肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
			女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
			子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)	51.5% (2024) 17.5% (2023)	【参考値】 研修終了者数 1,139名(2023) 1,553名(2024)	【参考値】 研修終了者数 93名(2023) 121名(2024) ※都道府県名非公開	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
			従事者研修(実務)	10.3% (2024) 6.3% (2023)	【参考値】 研修終了者数 669名(2023) 741名(2024)	【参考値】 研修終了者数 52名(2023) 69名(2024) ※都道府県名非公開	参考値:国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
			指導者研修	5.9% (2024) 0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年6月実施中)

2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数		40/68人 (2023) 25/63人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合※1		0% (2018～2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県健康長寿課からのデータ提供

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

2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2		41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県健康長寿課からのデータ提供

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

指標	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
		国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	胃(エックス線)	64.1% (2023) 68.1% (2022)	83.6% (2023) 82.5% (2022)	福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	国立がん研究センター がん情報サービス 2-2. 市区町村用チェックリスト実施率(住民検診)「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」集団検診(2024年06月11日更新)
				胃(内視鏡)	55.8% (2023) 50.0% (2022)	78.6% (2023) 74.2% (2022)	香川県94.2% (2023) 三重県94.2% (2022)	
				大腸	62.6% (2023) 65.6% (2022)	83.0% (2023) 81.8% (2022)	新潟県・福井県98.5% (2023) 石川県98.6% (2022)	
				肺	62.6% (2023) 66.9% (2022)	83.1% (2023) 82.0% (2022)	福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	
				女性乳房	66.3% (2023) 65.6% (2022)	83.7% (2023) 82.4% (2022)	福井県98.8% (2023) 石川県99.2% (2022)	
				子宮頸部	62.6% (2023) 63.5% (2022)	83.1% (2023) 82.2% (2022)	福井県98.7% (2023) 福井県98.5% (2022)	
			検診実施機関	胃(エックス線)	79.7% (2023) 75.9% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)(2025年1月公表)
				胃(内視鏡)	81.9% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				大腸	87.1% (2023) 86.1% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				肺	79.9% (2023) 78.7% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				女性乳房	88.7% (2023) 87.0% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				子宮頸部	88.8% (2023) 87.6% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

B 中間アウトカム

番号							
1-1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針の遵守市町村の割合	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	要精検率	胃(エックス線)	男7.42% 女5.60% (2020)	男7.99% 女5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男5.42% 女3.71% (2020)	男8.95% 女6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
			大腸	男8.44% 女6.04% (2020)	男9.39% 女6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
			肺	男2.15% 女1.61% (2020)	男2.42% 女1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
			女性乳房	女7.64% (2020)	女5.86% (2020)	女 山口県9.96% (2020)	
			子宮頸部	女2.17% (2020)	女2.20% (2020)	女 宮城県1.35% (2020)	
		精検受診率	胃(エックス線)	男56.77% 女66.52% (2020)	男79.45% 女84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男58.45% 女65.81% (2020)	男92.93% 女93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
			大腸	男54.47% 女58.29% (2020)	男67.06% 女70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
			肺	男60.78% 女70.75% (2020)	男80.50% 女84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
			女性乳房	女78.00% (2020)	女90.13% (2020)	女 宮城県97.54% (2020)	
			子宮頸部	女71.29% (2020)	女76.59% (2020)	女 宮城県96.02% (2020)	
		精検未受診率	胃(エックス線)	男11.32% 女12.42% (2020)	男8.99% 女5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男13.93% 女9.25% (2020)	男1.53% 女1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
			大腸	男18.11% 女15.35% (2020)	男14.92% 女13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
			肺	男12.03% 女7.63% (2020)	男7.00% 女5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
			女性乳房	女5.29% (2020)	女2.77% (2020)	女 福井県0.31% (2020)	
			子宮頸部	女6.93% (2020)	女5.82% (2020)	女 福井県0.00% (2020)	
		精検未把握率	胃(エックス線)	男31.91% 女21.06% (2020)	男11.56% 女9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男27.63% 女24.94% (2020)	男5.54% 女5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
			大腸	男27.42% 女26.36% (2020)	男18.02% 女16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
			肺	男27.19% 女21.62% (2020)	男12.50% 女10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
			女性乳房	女16.70% (2020)	女7.10% (2020)	女 新潟県0.15% (2020)	
			子宮頸部	女21.78% (2020)	女17.59% (2020)	女 宮城県0.39% (2020)	
			胃(エックス線)	男0.08% 女0.02% (2020)	男0.20% 女0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
			胃(内視鏡)	男0.17% 女0.04% (2020)	男0.61% 女0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	

A 分野アウトカム

番号							
1-1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率	胃	男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 男 熊本県 5.8 女 大分県 2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)1. 死亡　都道府県別がん死亡データ　部位別 75歳未満年齢調整死亡率(2024年12月13日公開)
			大腸	男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
			肺	男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
			女性乳房	女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
			子宮頸部	女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 石川県 2.9 (2023) 女 徳島県 3.0 (2022)	

1-2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率	胃				NPO疾病対策センター計測依頼
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

参考データ

1-3			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	54.2 (2021) 53.8 (2020)	58.8 (2021) 57.4 (2020)	宮城県67.3 (2021) 宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率　25-1-B 上皮内がん含む 進展度・総合(%)(上皮内+限局) ※25-1-A-4 上皮内がん除く:進展度・総合(%)(限局) 2025年3月27日公開
			大腸	55.2 (2021) 56.4 (2020)	58.3 (2021) 57.9 (2020)	宮城県63.2 (2022) 広島県63.1 (2020)	
			肺	31.6 (2021) 29.08 (2020)	37.7 (2021) 36.4 (2020)	広島県44.9 (2021) 島根県45.1 (2020)	
			女性乳房	70.0 (2021) 70.0 (2020)	65.4 (2021) 64.3 (2020)	滋賀県71.3 (2021) 香川県72.8 (2020)	
			子宮頸部	82.3 (2021) 80.7 (2020)	80.5 (2021) 79.9 (2020)	高知県88.1 (2021) 熊本県87.4 (2020)	

2-5	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	市町村	100% （2023） 100% （2022） 100% （2021）	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% （2023）	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果（集団・個別）（2025年1月公表） 参考値：各都道府県のWebサイト
			検診実施機関 胃（エックス線）	94.7% 回答17/19機関 （2023） 93.2% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 （2024）	
			検診実施機関 胃（内視鏡）	89.7% 回答61/68機関 （2023） 89.3% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 （2024）	
			検診実施機関 大腸	85.5% 回答136/159機関 （2023） 89.4% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 （2024）	
			検診実施機関 肺	84.4% 回答92/109機関 （2023） 89.1% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 （2024）	
			検診実施機関 女性乳房	90.2% 回答37/41機関 （2023） 97.7% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 （2024）	
			検診実施機関 子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 （2023） 91.2% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 （2024）	
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃（XP+内視鏡）	86.5% 32/37市町村 （2022）			沖縄県値：沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会各分科会取り纏め（2025年4月1日更新）
			大腸	57.5% 23/40市町村 （2022）			
			肺	82.1% 32/39市町村 （2022）			
			女性乳房	92.5% 37/40市町村 （2022）			
			子宮頸部	39.0% 16/41市町村 （2022）			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃（XP+内視鏡）	27.3%(9/33)			
			大腸	2.4%(1/41)			
			肺	6.9%(2/29)			
			女性乳房	23.7%(9/38)			
			子宮頸部	17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃	30.3%(10/33)			
			大腸	14.6%(6/41)			
			肺	17.2%(5/29)			
			女性乳房	26.3%(10/38)			
			子宮頸部	33.3%(13/39)			
	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃	60% 21/35市町村 （2020）			
			大腸	41.5% 17/41市町村 （2020）			
			肺	31.3% 9/29市町村 （2020）			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 （2020）			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 （2020）			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	【参考値】 近い将来把握する予定がある市町村 12.2% （2024） 9.8% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）
			検診実施機関				

2-1	指標	がん発見率	大腸	男0.20% 女0.10% （2020）	男0.32% 女0.18% （2020）	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% （2020）	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2024年4月4日公表
			肺	男0.05% 女0.01% （2020）	男0.08% 女0.04% （2020）	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% （2020）	
			女性乳房	女0.35% （2020）	女0.34% （2020）	女 山口県0.57% （2020）	
			子宮頸部	女0.04% （2019）	女0.03% （2019）	女 長崎県0.06% （2019）	
	指標	陽性反応適中度	胃（エックス線）	男1.11% 女0.44% （2020）	男2.48% 女1.16% （2020）	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% （2020）	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2024年4月4日公表
			胃（内視鏡）	男3.20% 女1.03% （2020）	男6.82% 女3.24% （2020）	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% （2020）	
			大腸	男2.32% 女1.62% （2020）	男3.39% 女2.73% （2020）	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% （2020）	
			肺	男2.50% 女0.64% （2020）	男3.40% 女1.97% （2020）	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% （2020）	
			女性乳房	女4.59% （2020）	女5.84% （2020）	女 岩手県15.69% （2020）	
			子宮頸部	女1.24% （2019）	女1.18% （2019）	女 愛媛県2.96% （2019）	
	指標	感度	胃（エックス線）				データなし
			胃（内視鏡）				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃（エックス線）				データなし
			胃（内視鏡）				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率（子宮頸がんのみ）		女0.15% （2020）	女0.14% （2020）	女 長崎県0.29% （2020）	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2024年04月04日公開
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）※	女性乳房	女9.7% （2023） 女11.4% （2022） 女12.3% （2021）	女17.0% （2023） 女17.6% （2022） 女15.5% （2021）	女 栃木県54.7% （2023） 女 栃木県54.7% （2022） 女 鹿児島県46.5% （2021）	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開
			子宮頸部	女12.4% （2023） 女13.1% （2022） 女12.7% （2021）	女25.9% （2023） 女26.4% （2022） 女24.54% （2021）	女 鳥取県61.8% （2023） 女 鳥取県61.4% （2022） 女 鳥取県58.7% （2021）	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開

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

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃（エックス線）	78.9% （2023） 83.8% （2022）	81.1% （2023） 78.6% （2022）	青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	国立がん研究センター がん情報サービス 全国がん検診実施状況データブック 都道府県別表3～5「市区町村用がん検診チェックリスト実施率」表4【3】受診者への説明「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診 2024年4月4日更新
			胃（内視鏡）	100% （2023） 66.7% （2022）	75.7% （2023） 67.1% （2022）	秋田県他100.0% （2023） 宮城県他100.0% （2022）	
			大腸	77.5 （2023） 82.5% （2022）	80.1% （2023） 77.4% （2022）	青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	
			肺	77.5 （2023） 82.5% （2022）	78.3% （2023） 76.0% （2022）	青森県他100.0% （2023） 青森県他100.0% （2022）	
			女性乳房	76.5 （2023） 87.1% （2022）	80.8% （2023） 78.5% （2022）	宮城県他100.0% （2023） 山形県他100.0% （2022）	
			子宮頸部	74.3% （2023） 82.4% （2022）	81.4% （2023） 78.8% （2022）	秋田県他100.0% （2023） 山形県他100.0% （2022）	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検討を行っている市町村の割合		31.7% (2024) 34.1% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策（コール・リコールなど）を推進し検診受診率を増加する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況（住民検診）①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	61.0% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.9% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2023) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章 市区町村表 がん検診「20-1肺がん検診及び大腸がん検診受診率」「20-2胃がん検診受診率」「20-3子宮頸がん検診受診率」「20-4乳がん検診受診率」2025年3月25日公開
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	東京都 1.6% 1/62市町村 (2023) 該当なし (2022)	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2023) 該当なし (2022)	
			女性乳房	0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.12% 2/1737市町村 (2023) 0.23% 4/1737市町村 (2022)	岩手県 3.0% 1/33市町村 (2023) 宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2023) 0.17% 3/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2023) 沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況（住民検診）厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」②がん検診実施状況（集団 個別）休日（土日・祝日）、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数		28/41市町村 (2023) 22/41市町村 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率（国民生活基礎調査）	胃 （50～69歳/過去2年間）	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率（国民生活基礎調査）がん検診受診率
			大腸 （40～69歳/過去1年間）	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1% (2022)	
			肺 （40～69歳/過去1年間）	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6% (2022)	
			女性乳房 （40～69歳/過去2年間）	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7% (2022)	
			子宮頸部 （20～69歳/過去2年間）	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5% (2022)	

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般<医療部会>

1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）		12 （2018） 7 （2013）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」（2024年6月時点）
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）		25施設 （2024） 26施設 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						医療部会で検討中

1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						医療部会で検討中

1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数		琉球大学病院は、がん疑いを含むがん約48件、非がん約16件 （2024） 25施設385件（2023） ※そのうち、琉球大学病院は、がん・非がん比率7：3のため、がん疑い含むがん約97件、非がん約42件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合		72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

②病理診断<医療部会>

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合		56.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

③がんゲノム医療<医療部会>

3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数			126人 内訳：琉大病院82人、中部病院44人 （2023）	93,340 2019年06月01日～2025年02月15日累計 （2025年4月15日C-CAT閲覧）	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施） 全国値：がんゲノム情報管理センターC-CAT調査結果 統計情報C-CATに登録された検査件数
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数			7人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日（年度集計）
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医		12人 対人口100万人 8.2人 （2024）	1，850人 対人口100万人 14.9人 （2024）	東京都436人 対人口100万人 30.9人 （2024）	臨床遺伝専門医制度委員会 （2024年4月17日現在）
			②認定遺伝カウンセラー		1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	387人 対人口100万人 3.1人 （2024）	東京都91人 対人口100万人 6.5人 （2024）	認定遺伝カウンセラー制度委員会（2024年3月現在）
			③がんゲノム医療コーディネーター（受講者数）		6人 対人口100万人 4.0人 （2022）	2,360人 対人口100万人 18.74人 （2022）	島根県30人 対人口100万人 45.02人 （2022）	がん対策推進協議会資料「人材育成」（2022年10月13日開催）

④手術療法<医療部会>

4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	85人 対人口100万人 57.8人 （2024） 81人 対人口100万人 55.1人 （2023）	9,183人 対人口100万人 73.9人 （2024） 8,897人 対人口100万人 71.6人 （2023）	鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 （2024） 京都府258人 対人口100万人 101.8人 （2023）	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供（2024年9月17日）
			②呼吸器外科専門医	17人 対人口100万人 11.6人 （2024） 16人 対人口100万人 10.9人 （2023）	1,647人 対人口100万人 13.3人 （2024） 1,662人 対人口100万人 13.4人 （2023）	徳島県16人 対人口100万人 23.1人 （2024） 徳島県16人 対人口100万人 23.1人 （2023）	呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医名簿（2024年12月4日閲覧）
			③乳腺外科専門医（乳腺専門医）	18人 対人口100万人 12.2人 （2024）	2,034人 対人口100万人 16.4人 （2024）	京都府69人 対人口100万人 27.2人 （2024）	日本乳癌学会 乳腺専門医・指導医一覧閲覧（2024年6月現在）
			④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 （2024）	753人 対人口100万人 6.1人 （2024）	京都府33人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本小児外科学会 小児外科専門医名簿閲覧（2024年1月現在）※年1回更新
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	667人 対人口100万人 5.4人 （2024） 586人 対人口100万人 4.7人 （2023）	滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 （2024） 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 （2023）	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供（2024年11月14日）
			⑥脳神経外科専門医	74人 対人口100万人 50.4人 （2023）	7，899人 対人口100万人 63.6人 （2023）	高知県67人 対人口100万人 100.8人 （2023）	日本脳神経外科学会 地域別専門医リスト閲覧（2023年9月現在）
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	185人 対人口100万人 1.5人 （2024）	徳島県3人 対人口100万人 4.3人 （2024）	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿閲覧（2024年4月30日）※サイトへの掲載に同意した骨・軟部腫瘍医だけです。このほかにも日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医がいることをご承知おきください。

B 中間アウトカム

1-1

患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合			90.4% （2023）	89.8% （2023）	島根県96.0% （2023）	患者体験調査報告書【問27】（2025年7月3日公表）
指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合			79.2% （2023） 71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県92.4% （2023） 長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査報告書【問15】（2025年7月3日公表）
指標	「施設」における治療開始のカバー率						ベンチマーク部会で検討中
指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」		入院	127.3 （2022） 134.2 （2021）	100.0	大分県430.2 （2022） 大分県356.8 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B001-00-23（コード113015210）
			外来	106.7 （2022） 98.7 （2021）	100.0	鳥取県261.7 （2022） 鳥取県255.3 （2021）	
			入院+外来	110.1 （2022） 105.3 （2021）	100.0	鳥取県251.7 （2022） 鳥取県245.5 （2021）	
指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）		入院	85.5 （2022） 100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.9 （2022） 東京都193.0 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B010-00-00（コード113009510）
			外来	66.1 （2022） 69.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都244 （2022） 三重県323.0 （2021）	
			入院+外来	67.2 （2022） 71.0 （2021）	100.0 （2021）	東京都241.3 （2022） 三重県308.5 （2021）	
指標	医療者調査 問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。			68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% （2023） 63.03% （2020）	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
指標	医療者調査 問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。			マイナス2.5スコア （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」問8の集計結果

2-1

患者が、速やかな病理診断を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		76.9% （2023） 72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	鹿児島県79.6% （2023） 山口県80.3% （2018）	患者体験調査報告書【問11】（2025年7月3日公表）

3-1

患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2.4% 患者数3人（琉大病院2人、中部病院1人） （2023）	調査中（がんゲノム情報管理センターC-CAT）	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
指標	DPC-QI lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
指標	DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
指標	医療者調査 問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

4-1

必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	DPC-QI 15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
指標	医療者調査 問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

A 分野アウトカム

1-1

がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	がん種別5年生存率	全部位		男58.1% 女66.8%	男62.0% 女66.9%		沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
		胃		男60.2% 女58.0%	男67.5% 女64.6%		
		大腸		男67.4% 女67.7%	男72.4% 女70.1%		
		肝および肝内胆管		男28.6% 女23.9%	男36.2% 女35.1%		
		胆のう・胆管		男25.1% 女20.8%	男26.8% 女22.1%		
		膵臓		男18.9% 女8.8%	男8.9% 女8.1%		
		肺		男26.1% 女40.2%	男29.5% 女46.8%		
		女性乳房		男50.7% 女90.6%	女92.3%		
		前立腺		男94.1%	男99.1%		
	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価			8.3点 （2023） 8.4点 （2018）	8.2点 （2023） 8.0点 （2018）	島根県8.6点 （2023） 愛媛県8.5点 （2018）	患者体験調査報告書【問31】（2025年7月3日公表）
指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合			87.2% （2018）	79.0% （2018）	東京都88.3% （2018）	患者体験調査【問20-8】（2020年11月11日公表）
指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合			85.4% （2018） 80.2% （2014）	77.4% （2018） 88.1% （2014）	愛媛県89.5% （2018） 福島県93.8% （2014）	患者体験調査【問20-10】（2020年11月11日公表）

4-1			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1，224人 対人口100万人 9.8人 （2024）	東京都218人 対人口100万人 15.5人 （2024）	日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧閲覧（2024年5月1日更新）
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	91人 対人口100万人 0.7人 （2024）	福井県2人 対人口100万人 2.7人 （2024）	日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP閲覧（2024年4月3日現在）
			⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 （2024） 63人 対人口100万人 42.9人 （2023）	7,190人 対人口100万人 57.9人 （2024） 7,132人 対人口100万人 57.4人 （2023）	高知県63人 対人口100万人 94.8人 （2024） 高知県61人 対人口100万人 91.8人 （2023）	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供（2024年10月30日）
			⑪頭頸部がん専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2024）	563人 対人口100万人 4.5人 （2024）	京都89人 対人口100万人 35.1人 （2024）	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧閲覧（2024年4月3日）
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 （2024）	2，240人 対人口100万人 18.0人 （2024）	鳥取県19人 対人口100万人 35.4人 （2024）	日本口腔外科学会　勤務地都道府県別名簿閲覧 （2024年5月13日現在）
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
			②呼吸器外科専門医	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医 （乳腺専門医）	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	56.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医	36.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録している「施設」の割合	64.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

⑤放射線療法<医療部会>

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		36.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024）	1，437人 対人口100万人 11.6人 （2024）	京都府57人 対人口100万人 22.5人 （2024）	日本放射線腫瘍学会　放射線治療専門医リスト閲覧 （2024年4月1日現在）
			②放射線治療専門放射線技師	11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1，847人 対人口100万人 14.9人 （2023）	大分県62人 対人口100万人 56.7人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧（2023年10月1日現在）
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1，461人 対人口100万人 11.8人 （2023）	福井県18人 対人口100万人 24.2人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（20231118）
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」 （2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合	66.7% 6/9施設 （2025） 30.0% 3/10施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院放射線科からの情報提供 （2025年6月18日）

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数		※9人 （2024） ※集計不可（友愛医療センター）、患者数不明（南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院）の施設を除く。	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　b35 乳房温存術後の放射線療法		100.0%	73.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法		25.0%	62.1%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI　lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療		66.7%	47.4%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

⑥薬物療法<医療部会>

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2025） 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	1，796人 対人口100万人 14.5人 （2025） 1，682人 対人口100万人 13.5人 （2024）	岡山県52人 対人口100万人 28.2人 （2025） 岡山県50人 対人口100万人 27.1人 （2024）	日本臨床腫瘍学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1，019人 対人口100万人 8.2人 （2023）	島根県13人 対人口100万人 20.1人 （2023）	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧 （2023年10月1日現在）
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	956人 対人口100万人 7.7人 （2023）	福岡県58人 対人口100万人 11.4人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧 （2024年10月1日現在）
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」 （2024年12月25日現在）
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法（74歳以下）術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	中間アウトカムの指標と同じ				

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合	88.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

⑦チーム医療の推進＜医療部会＞

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中
	指標					医療部会で検討中

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合	96.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値医療機関調査 （2024年9月実施）

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合	76.0% 19/25施設 （2025） 76.0% 19/25施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）受理番号：栄養チ 2025年4月1日現在（※毎月上旬更新予定）

⑧医療実装＜医療部会＞

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数		比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	2/3施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
	指標	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床試験の数	14 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分と感じた患者の割合	82.4% （2023） 77.3% （2018）	80.1% （2023） 68.8% （2018）	島根県90.5% （2023） 東京都78.0% （2018）	患者体験調査報告書【問23-7】（2025年7月3日公表）
	指標	患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	68.3% （2023） 53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	島根県69.9% （2023） 佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査報告書【問23-6】（2025年7月3日公表）
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算	158.2 （2022） 190.1 （2021）	100.0	高知県188.0 （2022） 沖縄県190.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-233-02-00（コード190136810）
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料				
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料（I）（II）（III）				
	指標	医療者調査 問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。	13.9% （2023） 61.9% （2015）	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62.0% （2023） 秋田県62.1% （2020）	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。	63.9% （2023） 97.9% （2015）	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97.0% （2023） 秋田県97.4% （2020）	参考値：秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」問25の集計結果

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数	※298人 （2023） ※患者数不明（南部医療センター・こども医療センター）、患者数が多く集計困難（友愛医療センター）を除く			沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。	64.4%（なかったとの回答） （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

番号	C 個別施策					
1-1	①緩和ケア<緩和ケア・在宅医療部会>					
	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	93.3% （2023） 80.1% （2018）	90.2% （2023） 74.1% （2018）	島根県96.9% （2023） 愛媛県86.3% （2018）	患者体験調査報告書【問23-3】（2025年7月3日公表）
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	96.5% （2023） 78.6% （2018）	90.3% （2023） 71.7% （2018）	高知県97.1% （2023） 愛媛県79.8% （2018）	患者体験調査報告書【問23-4】（2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査　問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合	なし （2023） 70.4% （2018） 62.0% （2014）	なし （2023） 69.5% （2018） 61.5% （2014）	なし （2023） 岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査【問36-5】（2020年11月11日公表）
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合	37.0% （2023） 43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	大分県42.1% （2023） 山口県55.2% （2018）	患者体験調査報告書【問64】（2025年7月3日公表）
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	78.6% （2023） 78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	三重県87.3% （2023） 徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）

1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合	緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	68.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数	1,125件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数	389件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	626件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	356人 対人口100万人 2.9人 （2024）	鳥取県4人 対人口100万人 7.5人 （2024）	日本緩和医療学会認定名簿閲覧（2024年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県9人 対人口100万人 16.8人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	183人 対人口100万人 1.5人 （2024）	京都府9人 対人口100万人 3.6人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト閲覧（2024年4月現在）
			③ペインクリニック専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,642人 対人口100万人 13.2人 （2024） 1,619人 対人口100万人 13.0人 （2023）	栃木県54人 対人口100万人 28.5人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 29.1人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2024年12月24日）
			④放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024）	1,437人 対人口100万人 11.6人 （2024）	京都府57人 対人口100万人 22.5人 （2024）	日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医リスト閲覧（2024年4月1日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1,303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1,264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター　⑧登録者数の状況閲覧（2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会　都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表閲覧（2023年6月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			①緩和医療学会認定医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率				
	指標					緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	51.0 （2022） 39.3 （2021）	100.0	福井県221.8 （2022） 福井県211.7 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-226-02-01（コード190110070）
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	78.8 （2022） 84.3 （2021）	100.0	長野県226.8 （2022） 長野県230.2 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-100-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）	78.1 （2022） 68.0 （2021）	100.0	鹿児島県899.7 （2022） 岐阜県296.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-101-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数：M001-3（直線加速器による放射線治療）の2	138.0 （2022） 141.9 （2021）	100.0	山形県240.7 （2022） 山形県214.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）M-001-03-02入院+外来（コード180035310）

②在宅医療<緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング>

2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	拠点病院等（医師、看護師、MSW）	解析中 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年2月実施）
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		3人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 （2024）	3,348人 対人口100万人 26.9人 （2024）	東京都679人 対人口100万人 48.1人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年12月）
			②訪問看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	549人 対人口100万人 4.4人 （2024）	愛知県83人 対人口100万人 11.1人 （2024）	日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索　※非公開に設定された項目および関連項目は、検索条件で指定されても検索対象になりません。 （2024年4月30日閲覧）
			③介護支援専門員	7,024人 対人口100万人 4,779.4人 （2023）	751,059人 対人口100万人 6043.2人 （2023）	徳島県7,111人 対人口100万人 10,259.9人 （2023）	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について閲覧（2024年5月16日）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	382人 対人口100万人 3.1人 （2024）	沖縄県13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年6月17日）
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	①在宅療養支援診療所	96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023） 98施設 対人口100万人 66.7施設 （2022）	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 （2023） 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 （2022）	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 （2023） 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 （2022）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			②強化機能型在宅療養支援診療所	36施設 対人口100万人 24.5施設 （2023） 33施設 対人口100万人 22.5施設 （2022）	4,005施設 対人口100万人 32.2施設 （2023） 3,796施設 対人口100万人 30.5施設 （2022）	大阪府454施設 対人口100万人 51.8施設 （2023） 和歌山県44施設 対人口100万人 49.5施設 （2022）	
			③在宅療養支援病院	20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023） 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2022）	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 （2023） 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 （2022）	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 （2023） 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 （2022）	
			④訪問看護ステーション	234施設 対人口100万人 159.2施設 （2023） 201施設 対人口100万人 136.8施設 （2022）	16,423施設 対人口100万人 132.1施設 （2023） 14,829施設 対人口100万人 119.3施設 （2022）	和歌山県193施設 対人口100万人 217.0施設 （2023） 和歌山県178施設 対人口100万人 200.1施設 （2022）	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0.0施設 （2025） 1施設 対人口100万人 0.7施設 （2024）	208施設 対人口100万人 1.7施設 （2025） 191施設 対人口100万人 1.5施設 （2024）	滋賀県6施設 対人口100万人 4.3施設 （2025） 長崎県5施設 対人口100万人 4.0施設 （2024）	厚生労働省　地域連携薬局・専門医療機関連携薬局の件数閲覧（2025年3月31日時点）
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設 （2024）			沖縄県値：沖縄県薬剤師会　沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧（2024年11月8日）
			無菌製剤処理（共同利用含む）	114/383施設 （2024）			
			⑦介護サービス事業所	2,715施設 （2025） 2,638施設 （2024） 2,504施設 （2023）			沖縄県値：沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧（2025年4月1日現在）※状態区分「指定」のみ
			⑧訪問リハビリテーション事業所	45施設 対人口100万人 30.6施設 （2024） 37施設 対人口100万人 25.2施設 （2023）	4,941施設 対人口100万人 39.8施設 （2024） 4,909施設 対人口100万人 39.5施設 （2023）	徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 （2024） 徳島県96施設 対人口100万人 138.5施設 （2023）	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ「140訪問リハビリテーション」閲覧（2024年6月末時点）

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	【参考値】全体 69.5% （2019-2020）	がん在宅74.9% （2023） がん在宅79.1% （2019-2020） がん在宅78.8% （2019） がん在宅78.7% （2018）	【参考値】全体 鹿児島県78.0% （2019-2020）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	【参考値】全体 42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	がん在宅41.3% （2023） がん在宅40.2% （2019-2020） がん在宅41.7% （2019） がん在宅40.2% （2018）	【参考値】全体 佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	103.9 （2022） 84 （2021）	100.0	神奈川県188.5 （2022） 神奈川県192.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-05
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	107.6 （2022） 90.3 （2021）	100.0	神奈川県188.1 （2022） 神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-06
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）	242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-004-00-01
	指標	医療者調査　問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

③リハビリテーション<医療部会>

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）受理番号：がんリハ　令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

3-1	「施設」では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	【参考値】 1,282人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.1 （2022） 116.6 （2021）	100	福井県190.5 （2022） 福井県191.4 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-02-00
	指標	医療者調査　問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。	57.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

④支持療法<医療部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する						
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数（修了者数）		3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	350人 対人口100万人 2.8人 （2023）	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 （2023）	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供（2024年8月15日）
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合		32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合		48.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-2	「施設」では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する						
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合		60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う						
	指標	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数※		6件 （2023） 6件 （2022） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-01.妊孕性、生殖機能

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する						
	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数		54例 （2023）	1089例 【内訳】男性569例、女性520例 （2023）		沖縄県値・全国値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2024年6月21日）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する						
	指標	がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数		40例 内訳：院内26例、院外14例 ※琉大に紹介された患者14例 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2024年6月21日）

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	「施設」では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている							
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合			74.7% （2023） 70.5% （2018）	75.5% （2023） 63.0% （2018）	島根県83.3% （2023） 大分県70.8% （2018）	患者体験調査報告書【問23-2】（2025年7月3日公表）
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合						医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	（重症）		なし （2022） なし （2021）	100	鳥取県693.7 （2022） 岩手県459.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-01
			（1以外）		なし （2022） なし （2021）	100	高知県330.6 （2022） 東京都299.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-02
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料			70.7 （2022） 69.4 （2021）	100	佐賀県144.6 （2022） 鹿児島県138.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-001-07-00
	指標	医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。			79.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている							
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数			1例 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2024年6月21日）
	指標	患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合			60.7% （2023） 51.6% （2018） 65.7% （2014）	71.5% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	島根県100.0% （2023） 秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	患者体験調査報告書【問16】（2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。			49.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

個別のがん対策

番号	C 個別施策					
①希少がん<医療部会>						
1-1	希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合		比較可能データなし	比較可能データなし	
1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数※	述べ65件（2023）医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）
1-3	希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等（琉球大学病院と県立中部病院）で治療を受けた希少がん患者の割合		比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：院内がん登録
1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数	5件（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数	22人（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位71.希少がん

番号	B 中間アウトカム					
1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間（1か月未満）	76.9%（2023）72.7%（2018）	70.0%（2023）70.2%（2018）	鹿児島県79.6%（2023）山口県80.3%（2018）	患者体験調査報告書【問11】（2025年7月3日公表）
		診断から治療開始までの時間（1か月未満）	50.8%（2023）	57.5%（2023）67.8%（2018）	島根県72.1%（2023）	患者体験調査報告書【問12】（2025年7月3日公表）
1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		比較可能データなし	92.4%（2023）75.7%（2018）	比較可能データなし	患者体験調査報告書【問23-1】（2025年7月3日公表）
	指標 医療者調査 問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8%（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標 医療者調査 問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		自宅が遠いから、患者の希望、情報提供の不足、専門医がいないため、受け入れ体制が不十分 等（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

番号	A 分野アウトカム					
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんの5年生存率	現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定				NPO疾病対策センター計測依頼

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんの5年生存率	喉頭	男83.2% 女33.4%	男81.8% 女81.7%		沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
		卵巣	女60.8%	女60.0%		
		膀胱	男66.3% 女 44.1%	男76.5% 女63.0%		
		甲状腺	男77.0% 女87.1%	男91.3% 女95.8%		
		多発性骨髄腫	男56.4% 女48.4%	男41.9% 女43.6%		

2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数※	原発不明がん 述べ24件（2023）医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）
2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数		比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：院内がん登録
2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数	0件（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数	0人（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	

2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率（再掲）	食道	男32.7% 女48.6%	男40.6% 女45.9%		沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
		肝および肝内胆管	男28.6% 女23.9%	男36.2% 女35.1%		
		胆のう・胆管	男25.1% 女20.8%	男26.8% 女22.1%		
		膵臓	男18.9% 女8.8%	男8.9% 女8.1%		
		肺	男26.1% 女40.2%	男29.5% 女46.8%		
		多発性骨髄腫	男56.4% 女48.4%	男41.9% 女43.6%		
		白血病	男45.9% 女37.0%	男43.4% 女44.9%		
		成人T細胞白血病リンパ腫				

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）	37.6%（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。	知識不足、患者が高齢のため、患者や家族が希望しなかったため、タイミングが合わなかった 等（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	食道	男32.7% 女48.6%	男40.6% 女45.9%		沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
			肝および肝内胆管	男28.6% 女23.9%	男36.2% 女35.1%		
			胆のう・胆管	男25.1% 女20.8%	男26.8% 女22.1%		
			膵臓	男18.9% 女8.8%	男8.9% 女8.1%		
			肺	男26.1% 女40.2%	男29.5% 女46.8%		
			多発性骨髄腫	男56.4% 女48.4%	男41.9% 女43.6%		
			白血病	男45.9% 女37.0%	男43.4% 女44.9%		
			成人T細胞白血病リンパ腫				

※全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ+成人T細胞白血病リンパ腫

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
			神経芽腫				
			白血病	男45.9% 女37.0%	男43.4% 女44.9%		
			リンパ腫	男67.3% 女64.3%	男66.4% 女68.6%		
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸	男67.4% 女67.7%	男72.4% 女70.1%		沖縄県値：令和6年度沖縄県がん登録事業報告書（2020年の罹患集計） 全国値：地域がん登録によるがん生存率データ（1993年～2011年診断例） （NPO疾病対策センター計測依頼）
			女性乳房	男50.7% 女90.6%	女92.3%		
			子宮頸部	女71.0%	女76.5%		
			卵巣	女60.8%	女60.0%		
			甲状腺	男77.0% 女87.1%	男91.3% 女95.8%		
	指標	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				

③小児がん<小児・AYA部会>

3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					小児・AYA部会で検討中
3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人（2023）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2024年12月2日）
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数	述べ7件（2023）医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					小児・AYA部会で検討中

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考値】※35.8%（2023）※52.6%（2018）	報告書まち（2024）小児39.7%（2019）【参考値】AYA40.6% 成人44.3%（2023）AYA39.5% 成人48.0%（2018）	【参考値】※岡山県57.0%（2018）	小児患者体験調査【問40-2】11項（2021年10月6日公表） 参考値：患者体験調査報告書【問43】（2025年7月3日公表）※全体結果（希少がん患者・AYA・成人）
	指標	小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合	比較可能データなし	報告書まち（2024）60.1%（2019）	比較可能データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項（2021年10月6日公表）

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合	93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:院内がん登録

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数	琉球大学病院　15件 こども医療センター　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数	琉球大学病院　5名 こども医療センター　治療13人 診断 31人			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	383人 対人口100万人 3.1人 (2024)	京都府23人 対人口100万人 9.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧(更新日2024年4月5日)
			②小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 (2024)	753人 対人口100万人 6.1人 (2024)	京都府33人 対人口100万人 13.0人 (2024)	日本小児外科学会小児外科専門医名簿閲覧(2024年1月現在)※年1回更新
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	128人 対人口100万人 1.0人 (2024)	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医名簿閲覧(更新日2024年9月13日)
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 (2023)	4,673人 対人口100万人 37.6人 (2024)	京都府193人 対人口100万人 76.2人 (2023)	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供 (2024年11月27日)
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	321人 対人口100万人 2.6人 (2024)	高知県8人 対人口100万人 12.0人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 (2024)	1,951人 対人口100万人 15.7人 (2024)	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 (2024)	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	295人 対人口100万人 2.4人 (2024)	富山県9人 対人口100万人 9.0人 (2024)	
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　○(1人) こども医療センター　○(1人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
			②小児外科専門医	琉球大学病院　○(2人) こども医療センター　○(2人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　× こども医療センター　×	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④血液専門医	琉球大学病院　○(5人) こども医療センター　○(2人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院　× こども医療センター　○(3人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院　○(4人) こども医療センター　○(1人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院　○(3人) こども医療センター　×	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院　○(2人) こども医療センター　○(2人)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設 (2023)			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年5月30日)
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数	琉球大学病院　9人 こども医療センター　0人			沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の教育に関する相談件数	就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数	※46件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4団体 (2024)			がんの子どもを守る会沖縄支部からの情報提供(2024年5月16日)

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					小児・AYA部会で検討中

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	述べ200件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	AYA世代のがんの5年生存率(再掲)	大腸	男67.4% 女67.7%	男72.4% 女70.1%		沖縄県値:令和6年度沖縄県がん登録事業報告書(2020年の罹患集計) 全国値:地域がん登録によるがん生存率データ(1993年～2011年診断例) (NPO疾病対策センター計測依頼)
			女性乳房	男50.7% 女90.6%	女92.3%		
			子宮頸部	女71.0%	女76.5%		
			卵巣	女60.8%	女60.0%		
			甲状腺	男77.0% 女87.1%	男91.3% 女95.8%		

1-1	がん種別5年生存率(再掲)	指標	胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝および肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう・胆管	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵臓	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肺	県平均			
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)に紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合		59.80%			沖縄県値:拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 269

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数		0 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数		0 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数		3施設 (2023)			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年5月30日)
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数		琉球大学病院　問合せ中 こども医療センター　0人			沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者		琉球大学病院　問合せ中 こども医療センター　0人			

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数		※0件 (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数		※0件 (2023)			

※相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし(琉球大学病院がん相談支援センター)

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数		0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

⑤高齢者のがん<医療部会>

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	96施設 対人口100万人 66.7施設 (2023) 98施設 対人口100万人 66.7施設 (2022)	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 (2023) 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 (2022)	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 (2023) 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 (2022)	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧(2025年4月17日)
			在宅療養支援病院数	20施設 対人口100万人 13.6施設 (2023) 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2022)	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 (2023) 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 (2022)	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 (2023) 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 (2022)	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		32.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合(再掲)		42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査(2025年7月3日公表)

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞ 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合		比較可能 データなし	57.7% (2023) 54.9% (2018)	比較可能 データなし	患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査　問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院(県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院)または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		35.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		患者の希望、当院で治療が可能な場合もあるため、紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため、詳しい医師がいない等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合		37.6% (2019-2020) 38.1% (2019)	52.9% (2023) 35.7% (2019-2020) 36.5% (2019) 65.8% (2018)	京都府 40.5% (2019-2020) 山形県 44.8% (2019)	遺族調査 (2025年7月3日公表)
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合		42.1% (2019-2020) 53.1% (2019)	38.0% (2023) 38.9% (2019-2020) 40.9% (2019) がん42.1% (2018)	佐賀県33.3% (2019-2020) 福岡県31.0% (2019)	遺族調査 (2025年7月3日公表)
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数(がん患者に限定)		107.7 (2022) 99.0 (2021)	100.0	秋田県243.5 (2022) 秋田県258.1 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為項番) B-005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数(がん患者に限定)		242.6 (2022) 236.3 (2021)	100.0	岐阜県305.6 (2022) 岐阜県319.5 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為項番) B-004-00-01
	指標	医療者調査　問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。		26.1% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

前立腺			県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		比較可能 データなし	75.5% (2023) 69.2% (2018)	比較可能 データなし	患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		比較可能 データなし	75.7% (2023) 66.8% (2018)	比較可能 データなし	患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価(平均点又は評価が高い人の割合)		【参考値】 ※8.3点 (2023) ※8.4点 (2018)	報告書まち (2024) 小児8.4点 (2019) 【参考値】 AYA8.2点 成人8.2点 (2023) AYA7.8点 成人7.9点 (2018)	【参考値】 ※島根県8.6点 (2023) ※愛媛県8.5点 (2018)	小児患者体験調査【問25】10項 (2021年10月6日公表) 参考値:患者体験調査報告書【問31】 (2025年7月3日公表) ※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業（琉球大学病院がんセンター内）からの情報提供

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					離島・へき地部会で検討中

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②乳腺外科専門医（乳腺専門医）	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし
			④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか	北部地区医師会病院　2人 宮古病院　0人 八重山病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院　3人 宮古病院　1人 八重山病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　非常勤1人（月1回）	比較可能 データなし	比較可能 データなし
			③血液専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　非常勤1人（月1回）	比較可能 データなし	比較可能 データなし

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合	94% 17/18市町村 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧（更新日2024年8月2日）
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,117件 （2023） 【参考値】離島のがん罹患数 1,070（2019年）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率（再掲）	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015年 5年生存率集計 （NPO疾病対策センター計測依頼）
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝および肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう・胆管	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵臓	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肺	県平均				
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。	70.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。	47.0% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。	67.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

共生

番号	C 個別施策

①相談支援<情報提供・相談支援部会>

1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合	31.6% 6/19施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2024年9月実施)

1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合※	18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」現在の治療状況02治療前(診断後精査中含む)

1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	①認定がん相談支援センターの数	0施設 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧 2025年1月時点 (更新日2024年12月20日)
	指標	②認定がん専門相談員数	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト(更新日2025年4月1日)
	指標	③相談員指導者研修修了者数	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リスト(更新・確認日:2024年10月15日)
	指標	④相談員基礎研修(3)修了者数	26人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施) 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)

1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座 114人 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センター(琉球大学病院がんセンター内)がんピアサポート相談室からの情報提供(2024年5月22日)
			フォローアップ研修会 231人 (2023)			
	指標	ピアサポーターとして活動している人数	27人 (2023)			

1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	各拠点病院等のピアサポート件数	35件 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センター(琉球大学病院がんセンター内)がんピアサポート相談室からの情報提供(2024年5月22日)
	指標	患者サロンの開催回数	44回 (2023)			

②情報提供<情報提供・相談支援部会>

2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料 資料を作成していない (2024)			沖縄県:沖縄県健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年8月29日)
			②点字資料 資料を作成していない (2024)			
			③外国語資料の種類 資料を作成していない (2024)			

2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の検索数	沖縄県Webサイト「がん診療を行う県内医療施設」の閲覧数は把握していない (2024)			沖縄県:沖縄県健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年6月14日)

番号	B 中間アウトカム

1-1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人	なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査 都道府県別調査結果【問20-3】15項 (2020年11月11日公表)
	指標	患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人	48.7% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	山形県65.4% (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査報告書【問45】(2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。	31.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)

1-2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	93.6% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	秋田県他100% (2023)	患者体験調査報告書【問51】(2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 ピアサポートを知っている人	26.0% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県26.0% (2023) 沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査報告書【問49】(2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。	22.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)

2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人	79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査報告書【問15】(2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人	98.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.5% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	沖縄県98.7% (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査報告書【問23-1】 (2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	69.6% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	47.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人	35.8% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	石川県52.7% (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	患者体験調査報告書【問43】(2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人	60.4% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	熊本県78.2% (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	患者体験調査報告書【問28】(2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人	4.8% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	石川県他0.0% (2023) 神奈川県 0.2% (2018) 秋田県0.0% (2014)	患者体験調査報告書【問20】(2025年7月3日公表)

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する						
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				
			②組織されている専門チームの情報				
			③診断できるがん種の情報				
			④治療できるがん種の情報				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する						
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	24.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する						
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する						
	指標	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合		68.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する						
	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合		28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合		8.0% 【参考値】相談人数 琉球大学病院　0名 （2024） 琉球大学病院　0名 八重山病院　1名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている						
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数		琉球大学病院：0 中部病院： 那覇市立病院： （2023）			中部病院、那覇市立病院に問い合わせ予定

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている						
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

④就労支援（医療機関側）<情報提供・相談支援部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する						
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する						
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数		126件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う						
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数		3件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数		18人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている						
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		66.1% （2023） 27.2% （2018）	44.0% （2023） 38.6% （2018）	沖縄県66.1% （2023） 神奈川県53.6% （2018）	患者体験調査報告書【問39】（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 （2022） 78.8 （2021）	100.0	愛媛県313.6 （2022） 愛媛県402.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）B-001-09
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

⑤就労支援（職場側）<情報提供・相談支援部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う						
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合		沖縄産業保健総合支援センターからの回答「把握していない」（2024年9月6日）			

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている						
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人		74.0% （2023） 74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	富山県84.2% （2023） 秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	患者体験調査報告書【問38】（2025年7月3日公表）
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人		56.2% （2023） 26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	熊本県85.0% （2023） 島根県51.9% （2018）	患者体験調査報告書【問35】（2025年7月3日公表）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う						
	指標	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数					

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う						
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数					

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う						
	指標	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数※		74件 （2023） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-02.アピアランス

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている						
	指標	患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人		30.6% （2023） 31.6% （2018）	25.8% （2023） 28.5% （2018）	熊本県33.9% （2023） 徳島県42.0%% （2018）	患者体験調査報告書【問30】（2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		37.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合		【参考値】 研修修了者20% 5/25施設 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者向け講習会の開催回数		0回 （2024）			

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	24.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②入院患者用	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数		ベンチマーク部会で協議の上、医療機関調査の調査項目から除外することなっ（2024.8）			

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合		59.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数		5人 （2023）			医療機関調査（2024年9月実施）NPO疾病対策センター計測依頼
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	189.8 （2022） 157.1 （2021）	100.0	栃木県344.5 （2022） 大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）113015310
			外来	106.1 （2022） 126.4 （2021）	100.0	岐阜県272.6 （2022） 栃木県250.9 （2021）	
			入院+外来	122.1 （2022） 132.8 （2021）	100.0	栃木県240.9 （2022） 栃木県234.0 （2021）	

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭<情報提供・相談支援部会>

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数		0回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」（2024年6月14日）
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数		2回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からのデータ提供（2024年6月日14）

8-1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人		23.9% （2023） 18.0% （2018） 29.4% （2014）	23.2% （2023） 12.9% （2018） 30.7% （2014）	香川県13.1% （2023） 島根県 6.1% （2018） 北海道23.4% （2014）	患者体験調査報告書【問55】（2025年7月3日公表）
	指標	患者体験調査 （家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人		6.3% （2023） 3.9% （2018） ※12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	愛媛県2.3% （2023） 熊本県0.6% （2018） ※新潟県1.4% （2014）	患者体験調査報告書【問56】（2025年7月3日公表）※拠点病院のがん患者に限定

基盤

番号	C 個別施策

①研究の推進<協議会>

1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					協議会で検討中

1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					協議会で検討中

②人材育成の強化<協議会>

	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合	56.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2024年9月実施)
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 対人口100万人 8.2人 (2024)	1,850人 対人口100万人 14.9人 (2024)	東京都436人 対人口100万人 30.9人 (2024)	臨床遺伝専門医制度委員会(2024年4月17日現在)
			②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー制度委員会(2024年3月現在)
			③がんゲノム医療コーディネーター	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供 (2024年9月17日)
			②呼吸器外科専門医	17人 対人口100万人 11.6人 (2024) 16人 対人口100万人 10.9人 (2023)	1,647人 対人口100万人 13.3人 (2024) 1,662人 対人口100万人 13.4人 (2023)	徳島県16人 対人口100万人 23.1人 (2024) 徳島県16人 対人口100万人 23.1人 (2023)	呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医名簿(2024年12月4日閲覧)
			③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	18人 対人口100万人 12.2人 (2024)	2,034人 対人口100万人 16.4人 (2024)	京都府69人 対人口100万人 27.2人 (2024)	日本乳癌学会 乳腺専門医・指導医一覧閲覧 (2024年6月現在)
			④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 (2024)	753人 対人口100万人 6.1人 (2024)	京都府33人 対人口100万人 13.0人 (2024)	日本小児外科学会 小児外科専門医名簿閲覧 (2024年1月現在)※年1回更新
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2024年11月14日)
			⑥脳神経外科専門医	74人 対人口100万人 50.4人 (2023)	7,899人 対人口100万人 63.6人 (2023)	高知県67人 対人口100万人 100.8人 (2023)	日本脳神経外科学会 地域別専門医リスト閲覧 (2023年9月現在)
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿閲覧 (2024年4月30日)※ サイトへの掲載に同意した骨・軟部腫瘍医だけです。このほかにも日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医がいることをご承知おきください。
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧閲覧(2024年5月1日更新)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP閲覧 (2024年4月3日現在)
			⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2024年10月30日)
			⑪頭頸部がん専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	563人 対人口100万人 4.5人 (2024)	京都89人 対人口100万人 35.1人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧閲覧(2024年4月3日)
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,240人 対人口100万人 18.0人 (2024)	鳥取県19人 対人口100万人 35.4人 (2024)	日本口腔外科学会 勤務地都道府県別名簿閲覧 (2024年5月13日現在)
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	72.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2024年9月実施)
			②呼吸器外科専門医	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医	60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	56.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医	8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医	36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士	①放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2024)	1,437人 対人口100万人 11.6人 (2024)	京都府57人 対人口100万人 22.5人 (2024)	日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医リスト閲覧(2024年4月1日現在)
			②放射線治療専門放射線技師	11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,847人 対人口100万人 14.9人 (2023)	大分県62人 対人口100万人 56.7人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧(2023年10月1日現在)
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1,461人 対人口100万人 11.8人 (2023)	福井県18人 対人口100万人 24.2人 (2023)	医学物理士認定機構 在籍医学物理士の都道府県別数閲覧 (20231118)

番号	B 中間アウトカム

1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					協議会で検討中

2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	70.8% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	香川県88.1% (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査報告書【問42】 (2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人	78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査報告書【問59】 (2025年7月3日公表)

		④がん放射線療法看護認定看護師					
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
2-1	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2025） 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	1，796人 対人口100万人 14.5人 （2025） 1，682人 対人口100万人 13.5人 （2024）	岡山県52人 対人口100万人 28.2人 （2025） 岡山県50人 対人口100万人 27.1人 （2024）	日本臨床腫瘍学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1，019人 対人口100万人 8.2人 （2023）	島根県13人 対人口100万人 20.1人 （2023）	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧（2023年10月1日現在）
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	956人 対人口100万人 7.7人 （2023）	福岡県58人 対人口100万人 11.4人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2024年10月1日現在）
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	356人 対人口100万人 2.9人 （2024）	鳥取県4人 対人口100万人 7.5人 （2024）	日本緩和医療学会　認定名簿閲覧（2024年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県9人 対人口100万人 16.8人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	183人 対人口100万人 1.5人 （2024）	京都府9人 対人口100万人 3.6人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト閲覧（2024年4月現在）
			③ペインクリニック専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,642人 対人口100万人 13.2人 （2024） 1,619人 対人口100万人 13.0人 （2023）	栃木県54人 対人口100万人 28.5人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 29.1人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2024年12月24日）
			④放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024）	1，437人 対人口100万人 11.6人 （2024）	京都府57人 対人口100万人 22.5人 （2024）	日本放射線腫瘍学会　放射線治療専門医リスト閲覧（2024年4月1日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター　⑧登録者数の状況閲覧（2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会　都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表閲覧（2023年6月1日現在）
			①緩和医療学会専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			①緩和医療学会認定医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	④放射線治療専門医	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会 認定専門医一覧閲覧 （2024年5月17日）
			②訪問看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	549人 対人口100万人 4.4人 （2024）	愛知県83人 対人口100万人 11.1人 （2024）	日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索　※非公開に設定された項目および関連項目は、検索条件で指定されても検索対象になりません。（2024年4月30日閲覧）
			③介護支援専門員	7,024人 対人口100万人 4,779.4人 （2023）	751,059人 対人口100万人 6043.2人 （2023）	徳島県7,111人 対人口100万人 10,259.9人 （2023）	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について閲覧（2024年5月16日）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	382人 対人口100万人 3.1人 （2024）	沖縄県13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	日本在宅医療連合学会 事務局からのデータ提供 （2024年6月17日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合		100% （2023）			指標の変更

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合		3.3% （2023） 1.9% （2022） 2.9% （2021）	12.5% （2023） 11.4% （2022） 8.4% （2021）	佐賀県32.8% （2023） 東京都31.0% （2022） 佐賀県28.3% （2021）	文部科学省　がん教育実施状況調査　質問2（2024年12月27日）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	県				
			市町村	39.0% （2024） 36.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査 （2025年6月実施中）

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん対策推進企業アクションの参加企業数		41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合					

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合					

④がん登録の利活用の推進<ベンチマーク会>

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	MI比		0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO%（2019年）の罹患集計）
	指標	%DCO		1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

⑤患者・市民参画の推進<協議会>

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合		26.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ（R5）

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数		0人 （2023）			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						協議会で検討中

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						協議会で検討中

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利用件数（総数・年あたり）					院内がん登録

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）		25回 （2024） 35回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧（2025年4月23日）
	指標	タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数		0回 （2023）			
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数					県に確認予定

資料10-1

2025 年 8 月 1 日

沖縄県がん診療連携協議会
委員各位

沖縄県がん診療連携協議会幹事長
（琉球大学病院がんセンター長）
増田昌人

報告事項２　本協議会の前年度審議事項のその後について

＊以下の要約は、議事要旨を参考に報告している。
　第４回協議会までには、議事録まで参照して、資料を作る予定である。

◆第１回協議会(2024.5.10)

審議事項１　医療者調査の中間解析結果について
① 正式な報告はどのように公表されるのか
➡第２回協議会(2024.8.2)で報告した。
② 実現率が低い項目については高める努力を一定程度するべきとの意見が出た。
➡第３回協議会(2024.11.8)の審議事項１として、特に実現率等が低い５項目に関して報告し、対策を提案した。

審議事項２　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」の進捗について
① 均てん化のために QI の評価は重要で、これをどのようにがん対策に組み込むのか
（現在、参加医療機関が少ないことを報告）
➡第２回協議会(2024.8.2)の審議事項４で、院内がん登録を行っている医療機関でかつＤＰＣ参加病院には、「DPC-QI」に参加することを協議会として働きかけることを提案した。
② 県民性や経済面の問題により治療が難しい症例があり、これらを協議会でどこまで対応をしてくのか。
➡未対応　３月の第４回医療部会の審議事項として、協議する予定。
時間の都合上、第４回医療部会では、協議に至らなかったので、４月に開催される令和７年度第１回医療部会で協議予定。

◆第２回協議会(2024.8.2)

審議事項１　LINE®を使用したがん対策について

①協議会として、提案を取り組むことを決議するまでには至らなかった。

審議事項２　周術期の口腔清掃等について（がん医科歯科連携）

①医師から歯科医師へ患者を紹介するタイミングが、手術の直前になるケースが増えているため改善策を立てて、実際に改善をしていく必要がある。

（医療部会で検討することになった）

➡未対応　３月の第４回医療部会の審議事項として、協議する予定。

時間の都合上、第４回医療部会では、協議に至らなかったので、４月に開催される令和７年度第１回医療部会で協議予定。

審議事項３　今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について

①医療部会からの提案は以下の（ア）～（ウ）

（ア）提案以下の①～⑫の項目の詳細部位別、性別データについて、二次医療圏ごとおよび 41 市 町村ごとの集計結果を示すこと

（イ）上記の二次医療圏別、市町村別の進展度等の公開対象疾患に、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんを加える。

（ウ）部位別で公開しているがん種に、「骨・軟部腫瘍」を加える

➡8 月 28 日付で、沖縄県保健医療介護部長宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙2)。

➡沖縄県医療保険介護課から、議長に対して、返書が届いた（別紙3)。要望は認められなかった。

審議事項４　院内がん登録をしている１８施設が DPC-QI に参加することに対する要望について

①医療部会からの提案は以下の（ア)、(イ）

（ア）院内がん登録を行っているが、『 Quality Indicator 研究』事業に参加していない 7 施設に対して、『 Quality Indicator 研究』事業への参加を呼び掛け、かつ 未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することも同時にお願いする

（イ）『 Quality Indicator 研究』事業に参加しているが、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取していない 8 施設に対して、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することをお願いする

➡9 月 6 日付で、対象の病院長宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙4)。
➡対象の 7 施設から、『 Quality Indicator 研究』事業への参加および未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することの了解を得た。また、対象の 8 施設から、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することの了解を得た。

審議事項５　専門的な資格を持った医療者が少ないことについて

① 医療部会からの提案は以下の（ア）と（イ）

（ア）沖縄県は一部の専門知識を持った医師や看護師等が極めて少ない。そこで、 この事実を、がん診療行う医療機関一覧」（26 施設）の長と人材育成の責任者に対して、この事実を知らせて、それぞれの施設で検討するように提案する。

（イ）同様に、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）の事務局および責任者に送付し、それぞれに施設で検討することを提案する。

② 8 月 28 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙5)。
３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）に対しては、送付が未達成であので、１月中に送付する予定である。

③ 2 月 7 日付で研修群へ要望書を発送した(別紙9)。その後は、対象 26 施設と研修群からは、特に反応はない。

◆ 第３回協議会(2024.11.8)

審議事項１　医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について

第２回医療者調査の結果から、特に以下の項目の実現率等が低かった。

① 患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供	実現率 22.2%
②がんゲノム医療に関する十分な情報提供	実現率 23.4%
③高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価	実現率 26.0%
④県内におけるがん医療の集約化と機能分化	平均スコア：－2.5
⑤医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答）	平均スコア：13.9

そのため、ベンチマーク部会として、以下の３つを提案し、協議会でも認められた。

（１）上記①～③の項目については、協議会として、がん診療連携拠点病院等 6 施設と『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』20 施設に対して、要望書を送ることを提案。

➡12 月 12 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙6)。
➡その後は、対象 26 施設からは、特に反応はない。

（２）上記④に関しては、2012 年度（第６次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第７次沖縄県医療計画時）と同様に、今年度も第８次沖縄県医療計画に基づき、いわゆる『掲載要件』を決めるために、沖縄県から琉球大学への委託に関する要望書を協議会として提案する。

➡12 月 12 日付で、沖縄県知事宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙7)。

➡12 月 26 日付で、沖縄県保健医療介護部長から、琉球大学病院長あてに、委託するとの文書が送付された（別紙8)。それを受けて、医療部会とベンチマーク部会で準備を開始した。

（３）上記⑤に関しては、各病院へ医師以外の医療者から医師へ意見が検討を促すための方策を、がん診療連携拠点病院等 6 施設と『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』20 施設に対して、各医療機関で行ってほしい旨の要望書を送ることを提案する。

➡12 月 12 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（別紙6)。その後は、対象 26 施設からは、特に反応はない。

◆第４回協議会(2025.2.7)

審議事項１　「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針について

→審議の結果、選定するかはもう一度検討し、委員の方に途中経過をメール等で報告、また、審議が必要な場合はメール審議を行うこととした。

審議事項２ 市町村のがん検診担当者の研修修了率向上について

→3 月 6 日付で、介護保険医療部の糸数公部長と各市町村長あてに要望書発送済み。

県の担当者より、令和７年１月３１日に県医師会で市町村担当者向け説明会を実施し、各市町村へ「全国がん検診従事者研修」の参加周知を行ったこと、継続して各市町村に研修への参加を促していくとの回答をメールで頂いた。3 月末、沖縄県より、各市町村がん検診担当課宛に、メールで、研修受講及び修了への協力依頼が送付された。

審議事項３ 沖縄県の病弱教育における高校生支援について

→2 月 20 日付で、県教育委員会、県立中部病院、県立南部医療センター・こども医療センター宛に要望書を送付した(別紙10)。５月に、３か所から、現状と今後の対応に関する回答があったとの報告があった。

別紙 2

琉大上総第 415 号
令和 6 年 8 月28日

沖縄県保健医療介護部
糸数 公 部長 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
(公 印 省 略)

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」についての要望書

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望があり、提出いたします。

毎年、沖縄県では「沖縄県がん登録事業報告」を行っていて、沖縄県のがん対策の基本となる資料として、有用であると感謝しております。

この報告をさらに有用なものとするため、二次医療圏ごとおよび 41 市町村ごとの分析を行い、公開することを希望します。

その際に、全国がん登録（含む旧地域がん登録）および院内がん登録データにおける少数例の公開については、個人情報保護の観点から、様々な意見はあるのは承知しております。しかし、全国の患者会の意見を取りまとめて国へ要望している一般社団法人全国がん患者団体連合会では、10 年以上前から、少数例でもむしろ積極的に公開して、がん対策が進展することを公の会議で繰り返し発言しています。そのことからも、がん対策に有効活用をすることにより、少数例の公開については、県民の理解を得られると思います。

また、症例数が少ないことによるデータの不安定については、集計データの対象年を 2 年分や 5 年分等を束ねて解析を行うことで解決可能と考えます。

以上より、少数例も含めた各種がん登録データを、二次医療圏ごとおよび 41 市町村ごとに解析していただき、がん対策により役立つ報告書を作成、公開をお願いいたします。

つきましては、別紙の通り要望いたしますので、ご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

別紙3

保健第452号
令和6年12月24日

沖縄県がん診療連携協議会
議長大屋祐輔殿

保健医療介護部
部長糸数公
（公印省略）

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」についての要望書に関する回答

令和6年8月28日付け琉大上総第415号で要望のありました、みだしのことについて、当部で検討したことを下記のとおりご報告します。

記

ご要望のありました内容について、今年度のがん登録事業報告書への掲載については、6月のがん登録部会において掲載内容の承諾を得て作業を始めており、新たな項目を追加し掲載することはできませんが、次年度に向けて項目毎に掲載の必要性について精査し、部会等で意見を伺い検討してまいります。

沖縄県保健医療介護部健
康長寿課がん対策班担
当：河野・山里
電話：098-866-2209
e-mail： aa030320@巴吐okinawa.lg.jp

別紙4

琉大上総第 432 号
令和 6 年 9 月 6 日

浦添総合病院
病院長　伊志嶺　朝成 先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
(公 印 省 略)

厚生労働省委託事業　都道府県がん診療連携病院連絡協議会がん登録部会『Quality Indicator 研究』への参加のお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

厚生労働省委託事業として都道府県がん診療連携病院連絡協議会がん登録部会が毎年行っている『Quality Indicator 研究』へのご参加をお願いいたします。

本事業は、がん医療の質の評価を計測する数少ない全国レベルの事業です。国内の主要な病院 592 施設が参加しています。沖縄県でも 11 の病院がすでに参加しています。

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、がん対策の進捗を見るために第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の医療提供体制分野の指標として 11 種類を取り入れています。

つきましては、沖縄県のがん医療に重要な役割を果たしている貴院に、この事業への参加をお願いいたします。

具体的には、DPC データの入院及び外来の E、F あるいは EF 統合ファイル（以下、総称して EF ファイル）を国立がん研究センターに提出をすることにより、既に国立がん研究センターに提供している院内がん登録データと連結し、標準治療の実施率(Quality Indicator)を算定することになります。しかも、実際の分析等は、国立がん研究センターが行うので、貴院は新たに EF ファイルのみの提出だけで、この事業に参加することができます。

ぜひ、ご参加をよろしくお願い申し上げます。

＊参加続き等の詳細は、別紙説明書をご覧ください。

敬具

［ここに入力］

別紙5

琉大上総第 416 号
令和 6 年 8 月28日

北部地区医師会病院
病院長　諸喜田　林 先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

がんに関係する専門的な資格をもった医療者が少ないことについての情報提供
と貴院での検討のお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）を策定し、これに従ってがん対策を始めています。この計画では、各分野における対策が進んでいるかを評価するために指標を設定し、自ら評価を行っています。

今回、基盤分野の人材育成の項目において、人口比で、全国の都道府県順位でワースト 10 位以内に入る専門医ががんに関係する領域 8 分野（がん薬物療法専門医、脳神経外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、泌尿器科専門医、認定骨・軟部腫瘍医）、同様に医師以外の専門資格取得者が 6 種類（がん指導薬剤師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん専門薬剤師、乳がん看護認定看護師、外来がん治療認定薬剤師）が判明いたしました。

これらの人材の育成は、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）だけでできることではなく、沖縄県のがん医療に重要な役割を担っている貴院や、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）も含めて、広く協議する必要があると、本協議会では考えています。

そのため、今回、本協議会がまとめた、がんに関する専門資格者の都道府県別人数の資料を送付いたしますので、貴院においても、沖縄県内における人材育成につきまして、ご検討をいただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

別紙6

琉大上総第 678 号
令和 6 年 12月12日

北部地区医師会病院
病院長　諸喜田　林 先生　机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

第２回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）の進捗評価のために、本年２月～３月に沖縄県がん診療連携協議会主催第２回医療者調査を行いました。その際には、貴院に多大なご協力をいただきました。改めて、お礼を申し上げます。

今回、その結果を同封の資料１報告書（海邦総研作成）と資料２（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、貴院内で共有をしていただければと思います。

この結果を受けて本協議会では、第３回協議会で審議を行い、特に達成が不□分な４項目については、その達成に向けて、県内の主要医療機関に特別に要望を行い、ご協力をお願いすることにしました。

以下の項目につき、ぜひ貴院でも担当分野の委員会等で協議の上、医療職の方々に周知、達成を図っていただきますようにお願い申し上げます。

記

以下のことを、貴院全体で取り組んでいただくことをお願いいたします。

1 医師を含む担当職員から患者サロン、ピアサポート、患者会に関する□分な情報提供を、診断がついた初期の段階で患者さんに□分行うこと
2 担当医からがんゲノム医療に関する情報提供を患者さんに□分行うとともに、標準治療がない患者に対しては治療開始前に、標準治療がある患者に対してはその治療修了が見込まれる際に、がん遺伝子パネル検査を行うことを一度は検討すること
3 65 歳以上のがん患者に治療をする際には、全例に□齢者機能評価を行うこと
4 医師以外の医療職が、医師に対して自由に意見が言えるような体制整備を行うこと

以上

別紙7

琉大上総第 679 号
2024年 12 月 12 日

沖縄県知事
玉城デニー殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋祐輔
（公印省略）

第２回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）の進捗評価のために、本年２月～３月に沖縄県がん診療連携協議会主催第２回医療者調査を行いました。対象は、県庁ホームページに掲載されている『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』26 施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー）で、1,267 名から回答が得られました。

今回、その結果を同封の資料１報告書（海邦総研作成）と資料２（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、ご参照ください。

この結果を受けて本協議会では、１１月８日の第３回協議会で審議を行い、特に達成が不□分な項目について行い、対応策を検討いたしました。その中で、県内におけるがん医療の集約化と機能分化については、平均スコアが－2.5 ポイントと特別に低く、これに関しては、沖縄県の担当部署と共同で改善を図る必要があるという意見が出ました。そこで、その解決策の一つとして、以下を要望いたしますので、よろしくお取り計らいをお願い申し上げます。

記

第８次沖縄県医療計画に基づき、『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』の選定のための掲載要件を決めることを、沖縄県から琉球大学への委託していただくこと

＊2012 年度（第６次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第７次沖縄県医療計画時）に、同様の委託事業は行われています。

以上

別紙８

保 健 第 606 号
令和６年 12 月 26 日

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋 祐輔　　殿

沖縄県保健医療介護部長
糸　　数　　公
（ 公　印　省　略 ）

「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しへの協力依頼について

保健医療行政の推進につきましては、日頃より、ご理解、ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、県では、「がん診療を行う医療施設一覧」を作成し、患者が最適な医療機関を受診できるよう県ホームページ等へ掲載している他、「第８次沖縄県医療計画（がん分野）」及び「第４次沖縄県がん対策推進計画」においても、「がん診療を行う医療機関」として、がん医療に関する多くの施策において実施主体として明記し、その自主的な活動、行動を推進しているところです。

今般、現行の掲載要件を設定しておりますが、がん医療を取り巻く環境も変化していると推察されるため、掲載要件の見直しを行います。

掲載要件の見直しにあたっては、沖縄県がん診療連携協議会のご意見を踏まえて、検討する必要があると考えております。

つきましては、別添掲載要件についてご検討いただき、修正案をご提出下さいますようお願いいたします。

〔 担当 〕
〒900-8570　那覇市泉崎 1-2-2
沖縄県保健医療介護部
健康長寿課がん対策班　外間
TEL：098-866-2209

※記載内容は、現行の掲載要件ですので、必要に応じ修正をお願いします。
※現行要件から要件を変更する場合、その理由をお聞かせください。

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

０．医療体制

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目が組織上明確に位置付けられた上で整備され、機能していること

（１）　キャンサーボード*1
（２）　がん薬物療法のレジメン*2 審査・登録・管理委員会
（３）　緩和ケアチーム
（４）　セカンドオピニオン
（５）　院内がん登録に関する委員会
（６）　医療安全管理に関する委員会

*1　キャンサーボード：手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、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のこと

*2　レジメン：治療内容

１．大腸がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　結腸がんに対する手術が年 24 例以上ある施設

（４）　直腸がんに対する手術が年 12 例以上ある施設

（５）　大腸がんに対する放射線治療が年２例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年２例以上ある施設

（６）　大腸がんに対する薬物療法が年 24 例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（５）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年２例以上の施設も可とする。

２．肺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般社団法人日本呼吸器学会認定施設

（２）　呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）または（関連施設）

（３）　肺がんに対する手術が年 24 例以上ある施設

（４）　肺がんに対する化学放射線治療または放射線治療の合計が年 12 例以上ある施設または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年 12 例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）

（５）　肺がんに対する薬物療法が年 18 例以上ある施設

（６）　肺がんに対する新規治療（手術、薬物療法、放射線療法などすべて含む）が年 50 例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年 12 例以上の施設も可とする。

３．胃がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　胃がんに対する手術が年 10 例以上ある施設

（４）　胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術が年３例以上ある施設

（５）　胃がんに対する薬物療法が年３例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

４．乳がん

以下の項目を満たす施設とする

一般社団法人日本乳癌学会認定施設または関連施設であること

５．子宮がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　公益社団法人日本産婦人科学会専攻医指導施設

（２）　常勤の婦人科腫瘍専門医、または常勤の産婦人科専門医のいる施設

（３）　子宮の浸潤がん症例に対する手術が年６例以上ある施設

（４）　子宮がんに対する放射線治療が年３例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年３例以上ある施設

（５）　子宮がんに対する薬物療法が年６例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年３例以上の施設も可とする。

６．肝臓がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　常勤の肝臓専門医が勤務している施設

（３）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（４）　肝臓がんに対する手術が年６例以上ある施設
肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈（化学）塞栓療法の合計が年６例以上ある施設

（５）　肝臓がんに対する薬物療法が年１例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

７．胆道がん　膵臓がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　胆道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年 10 例以上ある施設

（４）　胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設。

（５）　胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年６例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

８．食道がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　食道がんに対する手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年６例以上ある施設

（４）　食道がんに対する化学放射線治療または放射線治療の合計が年６例以上ある施設または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年６例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）

（５）　食道がんに対する薬物療法が年３例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年６例以上の施設も可とする。

９．前立腺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般社団法人日本泌尿器科学会専門医拠点教育施設または関連教育施設

（２）　前立腺がんに対する手術が年６例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して手術を実施していて、その手術が年６例以上ある施設

（３）　前立腺がんに対する放射線治療が年６例以上ある施設
または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年６例以上ある施設

（４）　前立腺がんに対する薬物療法が年６例以上ある施設

（５）　前立腺がんに対する新規治療（手術、放射線療法、薬物療法などすべて含む）が年20例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（２）および（３）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年６例以上の施設も可とする。

１０．甲状腺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般社団法人日本内分泌外科学会認定施設、または特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会指定研修施設

（２）　甲状腺領域に対する手術が年６例以上ある施設

（３）　甲状腺がんに対する薬物療法が年１例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

１１．血液腫瘍

以下の項目を満たす施設とする

血液腫瘍に対する薬物療法を実施している

１２．放射線療法

以下の項目を満たす施設とする

自施設で放射線療法を実施している

１３．緩和ケア

以下の項目を満たす施設とする

緩和ケアチームが整備され機能している

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点

	がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
	「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日付健発第0731第1号）に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	掲載要件を充足している医療機関			
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）			
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）	中頭病院（沖縄市）	県立中部病院（うるま市）
		中頭病院（沖縄市）	中頭病院（沖縄市）	沖縄病院（宜野湾市）	中頭病院（沖縄市）
		中部徳洲会病院（北中城）	ハートライフ病院（中城村）		ハートライフ病院（中城村）
		沖縄病院（宜野湾市）			
		ハートライフ病院（中城村）			
南部	〔都道府県がん診療連携拠点病院 〕琉球大学病院（西原町） 〔地域がん診療連携拠点病院 〕那覇市立病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）		琉球大学病院（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）
		沖縄協同病院（那覇市）	浦添総合病院（浦添市）		浦添総合病院（浦添市）
		沖縄赤十字病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）		友愛医療センター（豊見城市）
		友愛医療センター（豊見城市）			
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）			
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）			

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点

	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん・膵臓がん	食道がん
	掲載要件を充足している医療機関				
北部	北部地区医師会病院（名護市）				
中部	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）				
	中部徳洲会病院（北中城村）				
南部	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）
	那覇市立病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）	浦添総合病院（浦添市）	那覇市立病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）
	浦添総合病院（浦添市）		友愛医療センター（豊見城市）	浦添総合病院（浦添市）	
	沖縄協同病院（那覇市）			友愛医療センター（豊見城市）	
	沖縄赤十字病院（那覇市）				
	友愛医療センター（豊見城市）				
	マンマ家クリニック（浦添市）				
	宮良クリニック（浦添市）				
	那覇西クリニック（那覇市）				
	那覇西クリニックまかび（那覇市）				
宮古					
八重山					

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点

	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍		放射線療法		緩和ケア	
	掲載要件を充足している医療機関		薬物療法を実施している医療機関 〇：常勤の血液専門医在籍		放射線療法を実施している医療機関 〇：常勤の放射線専門医(学会認定)在籍		緩和ケアチームを有している医療機関 〇：緩和ケア研修を修了した医師在籍	
北部			〇	たいら内科クリニック（名護市）			〇	北部地区医師会病院（名護市）
中部	県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）
	中頭病院（沖縄市）		〇	中頭病院（沖縄市）	〇	中頭病院（沖縄市）	〇	中頭病院（沖縄市）
	中部徳洲会病院（北中城村）		〇	中部徳洲会病院（北中城村）※移 植	〇	沖縄病院（宜野湾市）	〇	中部徳洲会病院（北中城村）
							〇	沖縄病院（宜野湾市）
							〇	ハートライフ病院（中城村）
南部	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	〇	琉球大学病院（西原町）※移植	〇	琉球大学病院（西原町）	〇	琉球大学病院（西原町）
	那覇市立病院（那覇市）	浦添総合病院（浦添市）	〇	那覇市立病院（那覇市）	〇	那覇市立病院（那覇市）	〇	那覇市立病院（那覇市）
	友愛医療センター（豊見城市）		〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）
	南部徳洲会病院（八重瀬町）		〇	沖縄赤十字病院（那覇市）	〇	友愛医療センター（豊見城市）	〇	浦添総合病院（浦添市）
				南部徳洲会病院（八重瀬町）	〇	南部徳洲会病院（八重瀬町）	〇	ｱﾄﾞﾍﾞﾝﾁｽﾄﾒﾃﾞｨｶﾙｾﾝﾀｰ（西原町）
						沖縄赤十字病院（那覇市）	〇	大浜第一病院（那覇市）
							〇	沖縄協同病院（那覇市）
							〇	沖縄赤十字病院（那覇市）
							〇	豊見城中央病院（豊見城市）
							〇	友愛医療センター（豊見城市）
							〇	南部徳洲会病院（八重瀬町）
								与那原中央病院（与那原）
							〇	那覇西クリニックまかひ（那覇市）
宮古							〇	県立宮古病院（宮古島市）
八重山				県立八重山病院（石垣市）			〇	県立八重山病院（石垣市）

別紙9

琉大上総第 767 号
令和 7年 2 月 7 日

一般社団法人 群星沖縄臨床研修センター
センター長 徳田 安春 先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
(公 印 省 略)

がんに関係する専門的な資格をもった医療者が少ないことについての
情報提と検討について(依頼)

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）を策定し、これに従ってがん対策を始めています。この計画では、各分野における対策が進んでいるかを評価するために指標を設定し、自ら評価を行っています。

今回、基盤分野の人材育成の項目において、人口比で、全国の都道府県順位でワースト 10 位以内に入る専門医ががんに関係する領域 8 分野（がん薬物療法専門医、脳神経外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、泌尿器科専門医、認定骨・軟部腫瘍医)、同様に医師以外の専門資格取得者が 6 種類（がん指導薬剤師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん専門薬剤師、乳がん看護認定看護師、外来がん治療認定薬剤師）が判明いたしました。

これらの人材の育成は、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）だけでできることではなく、沖縄県のがん医療に重要な役割を担っている医療施設や、３つの研修群（県立病院群、 RyuMIC 群、群星沖縄研修群）も含めて、広く協議する必要があると、本協議会では考えています。

そのため、今回、本協議会がまとめた、がんに関する専門資格者の都道府県別人数の資料を送付いたしますので、沖縄県内における人材育成につきまして、ご検討をいただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

琉大上総第 767 号
令和 7年 2 月 7 日

RyuMic研修群
各医療施設長

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
(公 印 省 略)

がんに関係する専門的な資格をもった医療者が少ないことについての
情報提と検討について(依頼)

拝啓
時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）を策定し、これに従ってがん対策を始めています。この計画では、各分野における対策が進んでいるかを評価するために指標を設定し、自ら評価を行っています。

今回、基盤分野の人材育成の項目において、人口比で、全国の都道府県順位でワースト 10 位以内に入る専門医ががんに関係する領域 8 分野（がん薬物療法専門医、脳神経外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、泌尿器科専門医、認定骨・軟部腫瘍医)、同様に医師以外の専門資格取得者が 6 種類（がん指導薬剤師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん専門薬剤師、乳がん看護認定看護師、外来がん治療認定薬剤師）が判明いたしました。

これらの人材の育成は、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）だけでできることではなく、沖縄県のがん医療に重要な役割を担っている医療施設や、３つの研修群（県立病院群、 RyuMIC 群、群星沖縄研修群）も含めて、広く協議する必要があると、本協議会では考えて います。

そのため、今回、本協議会がまとめた、がんに関する専門資格者の都道府県別人数の資料を送付いたしますので、沖縄県内における人材育成につきまして、ご検討をいただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

琉大上総第 767 号
令和 7年 2 月 7 日

県立病院群
各医療施設長

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
(公 印 省 略)

がんに関係する専門的な資格をもった医療者が少ないことについての
情報提と検討について(依頼)

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）を策定し、これに従ってがん対策を始めています。この計画では、各分野における対策が進んでいるかを評価するために指標を設定し、自ら評価を行っています。

今回、基盤分野の人材育成の項目において、人口比で、全国の都道府県順位でワースト 10 位以内に入る専門医ががんに関係する領域 8 分野（がん薬物療法専門医、脳神経外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、泌尿器科専門医、認定骨・軟部腫瘍医)、同様に医師以外の専門資格取得者が 6 種類（がん指導薬剤師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん専門薬剤師、乳がん看護認定看護師、外来がん治療認定薬剤師）が判明いたしました。

これらの人材の育成は、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）だけでできることではなく、沖縄県のがん医療に重要な役割を担っている貴院や、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）も含めて、広く協議する必要があると、本協議会では考えています。

そのため、今回、本協議会がまとめた、がんに関する専門資格者の都道府県別人数の資料を送付いたしますので、沖縄県内における人材育成につきまして、ご検討をいただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

別紙10

琉大上総第 781 号
令和 7 年 2 月 18 日

沖縄県教育委員会
教育長　半嶺　満　殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔
（公印省略）

森川特別支援学校病院内学級に関する要望書

沖縄県がん診療連携協議会では、病院内に開設している沖縄県立森川特別支援学校の院内学級の課題について協議を行いました。つきましては下記にその要望をまとめましたので、お取りはからいくださいますようお願い申し上げます。

記

1　高校生支援における医教連携コーディネーターの配置を要望します。
治療のプロトコールの変化と文部科学省が遠隔授業の条件を緩和したことにより、生徒のニーズによっては、これまでとは異なり、森川特別支援学校に転籍しない選択も可能となっている。各県立高校に在籍する生徒が病気で長期の入院や在宅治療を余儀なくされる場合、県教育庁の中に窓口（県立学校教育課）を設け、病院側と連携し（医教連携コーディネーターが新規に 1 名程度必要)、生徒本人や保護者のニーズを聞き取った上で、生徒と保護者が院内学級での学習を希望するなら森川特別支援学校に繋ぎ（学習期間が 3 週間以上の入院で転籍、3 週間未満であれば学習支援)、生徒と保護者が在籍する学校での学習の継続を希望するなら在籍する学校での遠隔授業（ オンラインやオンデマンド）を支援し、3 年生であれば就職や進学に関しても対応することになる。

2　高校生支援における遠隔授業に必要な ICT 機器の貸し出しを要望します。
上記の県教育庁（県立学校教育課）に設けた窓口は、遠隔授業に必要な機器（Wi- Fi ルーターやテレプレゼンスロボット等々）の貸し出しにも対応する必要がある。

3　小中学生の自宅での通信環境の安定確保を要望します。
児童生徒がベットサイドで授業を受ける場合、ポケット Wi- Fi が必要である。また入院期間が短く、在宅治療の場合は在宅で学習をすすめることになるが、自宅の通信状態が
不安定な場合もある。

4　市町村立の小中学校における病気療養中の児童生徒の遠隔授業の推進を要望します。
市町村によってギガスクールで配布された個人のデジタル端末を病院に持ち込めないケースもある。

お問い合わせ先：琉球大学病院がんセンター 事務担当 石川 電
話:098-894-1528 mail:hk209555@jim.u-ryukyu.ac.jp

琉大上総第 781 号
令和 7 年 2 月 18 日

沖縄県立南部医療センター
こども医療センター
院長　殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔
（公印省略）

森川特別支援学校病院内学級に関する要望書

沖縄県がん診療連携協議会では、病院内に開設している沖縄県立森川特別支援学校の院内学級の課題について協議を行いました。つきましては下記にその要望をまとめましたので、お取りはからいくださいますようお願い申し上げます。

記

1　児童生徒の学習保障のために学習スペースの環境改善を要望します。

小児病棟に隣接した、児童生徒が利用する教室が 1 カ所ということで、利用できる人数や机・椅子などの持ち込みに制限がかかる。知的障がいのある児童生徒が入院した場合は同室での授業が厳しいこともある。また教室が狭いので、対面授業の時は、近くの席の授業が聞こえて集中できず、オンライン授業でも教室内の音声が混ざる状況がある。さらに点滴や車椅子が複数重なると配線が多くなり、教師や他児童生徒の移動も困難になり、安全性に不安がある。加えて教材を保管するスペースも不足している。

2　病院内のスタッフと学校職員の円滑な連携を要望します。

病院スタッフに院内学級のことが周知伝達されてなく、案内受付スタッフが交代するため 1 ヶ月近く（児童生徒が退院するまで）毎日院内学級のことを説明する必要がある。

＜問い合わせ先＞
琉球大学病院がんセンター 事務担当 石川
℡：098-894-1528　mail：hk209555@jim.u-ryukyu.ac.jp

琉大上総第 781 号
令和 7 年 2 月 18 日

沖縄県立中部病院
院長　殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔
（公印省略）

森川特別支援学校病院内学級に関する要望書

沖縄県がん診療連携協議会では、病院内に開設している沖縄県立森川特別支援学校の院内学級の課題について協議を行いました。つきましては下記にその要望をまとめましたので、お取りはからいくださいますようお願い申し上げます。

記

1　院内教室を開設できない状況の改善を要望します。
　現在は院内教室の場所が確保できておらず、県立学校の教育情報ネットワークの終端機器も引き上げており、設置できていない。児童生徒が入院した場合に学習保障できるように、小児病棟に隣接した場所に安全性に配慮された十分なスペースが必要である。また入院した児童生徒に通信を利用した学習環境を整備する必要がある。

2　病院内のスタッフと学校職員の円滑な連携を要望します。
　齟齬が発生しないように、病院スタッフが院内学級のことを熟知しておく必要がある。

＜問い合わせ先＞
琉球大学病院　がんセンター
事務担当：石川
TEL：098-894-1528
メール：hk209555@jim.u-ryukyu.ac.jp

資料１０－２

令和 7 年度第 1 回連携協議会

審議事項１　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について（ベンチマーク部会）

➡特になし

審議事項２　北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について（離島・へき地部会）

天野委員より、特に地域で実際に医療を受ける患者さん、ご家族の方の理解を得ていただくことが重要、患者会には個別に説明が必要。

➡７月１８日、19 日にかけて、北部医療圏に対して、①名護市の渡具知市長、健康増進課長ら 4 名に対して、北部医療圏における診療目標を説明し、理解を得た、②オストミー協会やんばる友の会の会長以下 3 名に対して、同様に説明を行った、③一般市民向け講演会を行い、北部医療圏における診療目標を説明した。（別紙 1）

８月 22 日、23 日には宮古医療圏において、同様に宮古市長に対する説明を行い、患者会への説明、一般市民向け講演会を行う予定である。

さらに、９月には石垣市でも同様の説明会を予定している。

審議事項３　「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて（医療部会、ベンチマーク部会）

（１）資料１１－３について、天野委員より、厚労省の文言にならい、6（1）に「心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること」を追記していただきたい、また、5 に「遺伝カウンセリングを行う体制を有すること。それが難しい場合は、他の遺伝カウンセリングを有する医療 機関と連携する体制を整えること。」の文言を追記していただきたいとの意見があった。

➡修正、追記を加えた『「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件』を、本日の連携協議会審議事項１（５）で審議を行う予定である。

（２）資料１１－５について、松永委員より、胃がんの外科的治療は 12 例以上ということだが、ハイ ボリュームセンターの件数は、30 例以上(※P568 参照)となっていることについて指摘があったため、件数について、ワーキングの方で再検討することとなった。

➡胃がん WG で改めて検討する予定である

（３）資料１１－８について、戸板委員より日本放射線腫瘍学会認定施設 C とあるが、A と B も条件 を満たしているので、C の文言は記載なしで良いのではとの意見があり、そのように修正する こととなった。

➡修正を行ったものを、本日の連携協議会審議事項１（６）で審議を行う予定である。

審議事項４　各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて

（小児・AYA 部会、離島・へき地部会）

（１）原案通り、承認された

➡現在、この制度を導入していない３４市町村に対して、依頼文書を送付した（別紙 3）

（２）玉城先生よりメディアをいれて発信した方が良いのではとの意見があり、発信方法について検討することとした。

➡小児・AYA 部会において検討予定である。

別紙 1

北部医療圏におけるがん種ごとの診療目標についての説明会

１　名護市に対する説明会

日時：令和７年７月 18 日（金）１４：００～１４：４５

場所：名護市役所

内容：渡具知名護市長、市民部健康増進課長、市民部健康増進課地域保健係長、市民部健康増進課健康づくり係長に対して、北部医療圏におけるがん種ごとの診療目標についての説明を行い、理解を得た。

２　地元患者会に対する説明会

日時：令和７年７月 18 日（金）１６：００～１７：００

場所：北部地区医師会病院

内容：オストミー協会やんばる友の会の会長はじめ３名の方に、北部医療圏におけるがん種ごとの診療目標についての説明を行った。

３　一般市民向け講演会

日時：令和７年７月 19 日（土）１４：００～１６：００

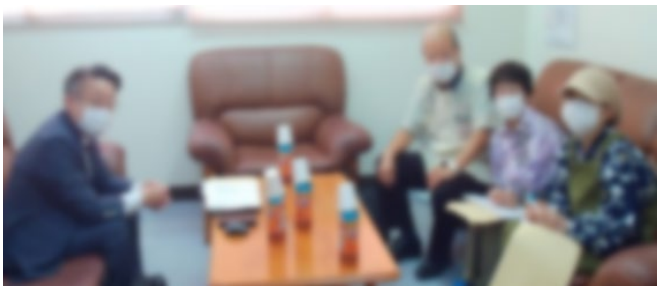
場所：北部地区医師会病院２階会議室

内容：一般市民に対して、北部医療圏におけるがん種ごとの診療目標についての説明を行った。

参加者：21 名

＜7 月 18 日の様子＞





＜7 月 19 日の様子＞





北部医療圏におけるがん医療

ー我が国でこれから始まる
がん医療における医療機関の集約化
との関係を伝えるためにー

琉球大学病院がんセンター
増田昌人

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？

1. 我が国におけるがん医療の集約化について

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部

- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？
1. 我が国におけるがん医療の集約化について
（1）がん患者の減少と需要の変化
（2）消化器外科医の減少
（3）放射線照射装置の採算性の課題
（4）がん医療の質の担保
（5）今後の方針

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部
- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

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

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

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

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

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

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

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

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

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第４期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 全国どこにいても質の高い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整備が進められてきた。
- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進することとされており、今後のがん診療提供体制について検討中。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化について **参考人として増田が、沖縄県の集約化を発表**
第17回	令和7年3月21日	• がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について • 3大療法について（関係学会より発表） • がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について
第18回	令和7年6月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書（案）について
第19回	令和7年7月25日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○：座長

天野　慎介　一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長
家保　英隆　高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監
岡　俊明　一般社団法人日本病院会　副会長
川上　純一　公益社団法人日本薬剤師会　副会長
佐野　武　公益財団法人がん研究会有明病院　病院長
茂松　茂人　公益社団法人日本医師会　副会長
藤　也寸志　独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
○ 土岐　祐一郎　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科 外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学教授
野田　龍也　公立大学法人奈良県立医科大学公衆衛生学講座　准教授
橋本　美穂　公益社団法人日本看護協会　常任理事
東　尚弘　国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授
松本　公一　国立研究開発法人国立成育医療研究センター 小児がんセンター センター長
間野　博行　国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
村松　圭司　千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュール（案）

- 2040年を見据えたがん医療提供体制について議論を引き続き行い、第19回の検討会において報告書を取り纏めることとしてはどうか。

令和6年12月23日　第16回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

令和7年3月21日　第17回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について
- 3大療法について（関係学会より発表）
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について

令和7年6月23日　第18回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書（案）について議論

令和7年夏頃　第19回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

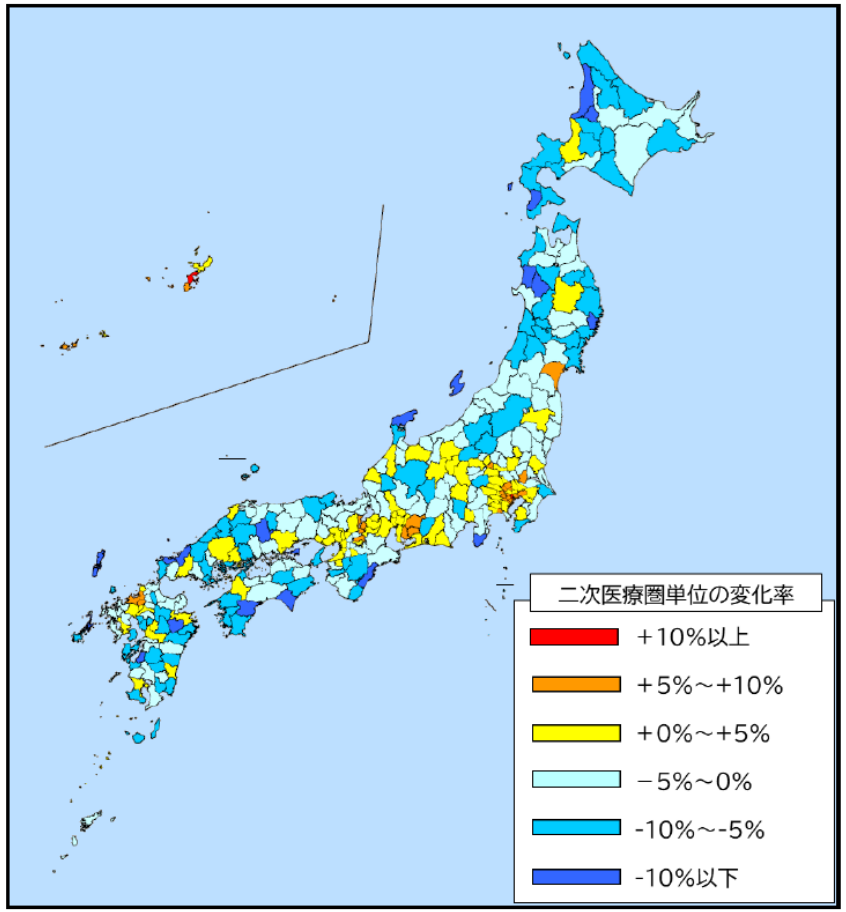
（その後の想定スケジュール）

報告書のとりまとめ後　がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する通知を都道府県に発出

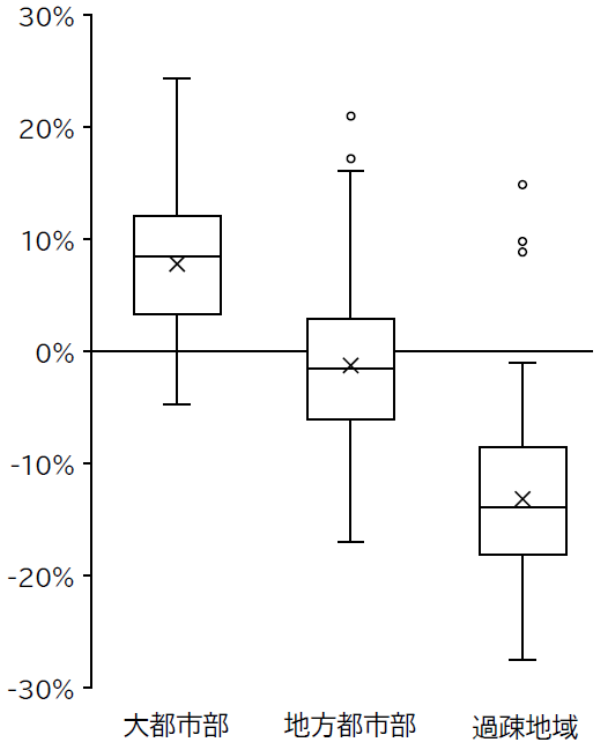
がん罹患者数の変化率（二次医療圏単位）

- 2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の59%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年のがん罹患者数の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）

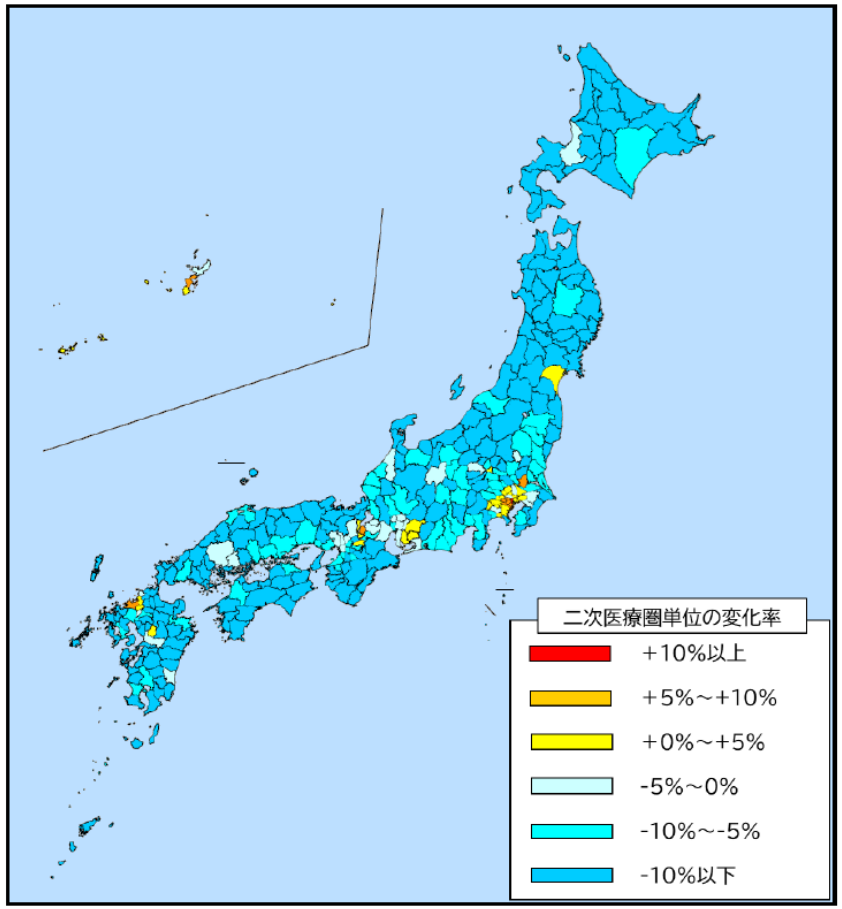


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

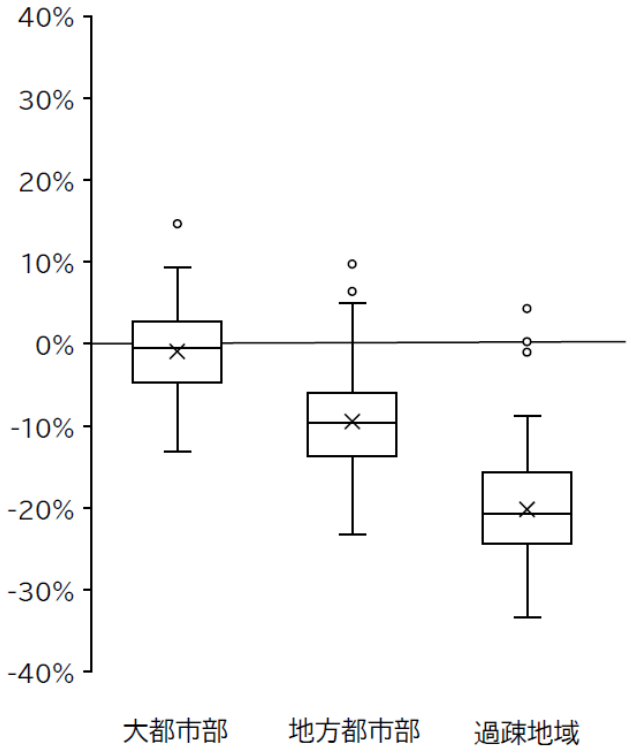
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の54%、地方都市部の92%、過疎地域の98%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における手術療法需要変化率（都市型分類別※）

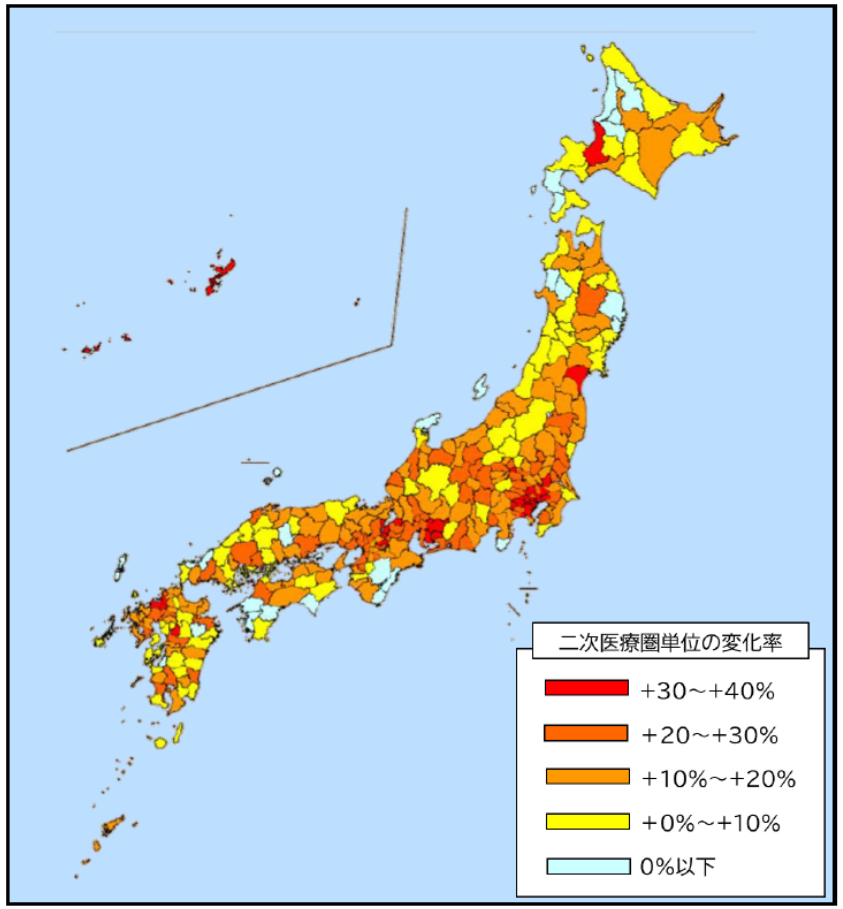


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

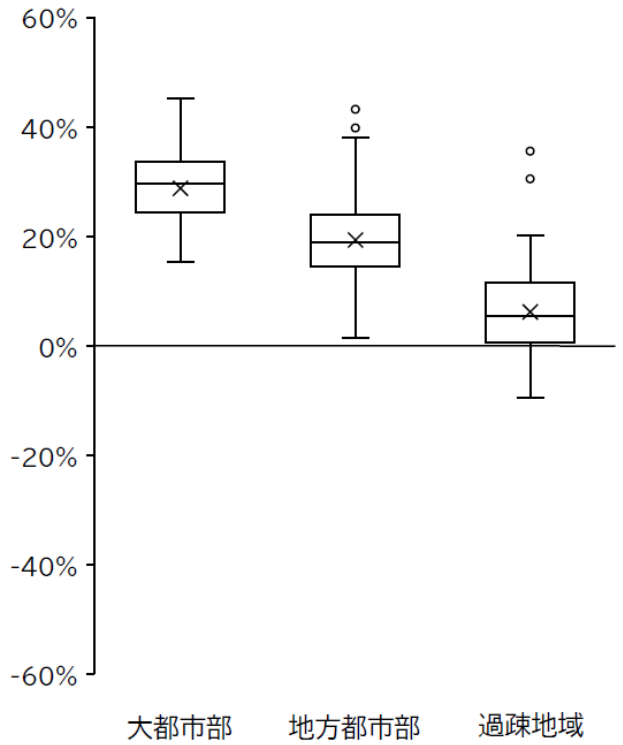
がん患者における放射線療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、過疎地域の22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の放射線療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における放射線療法需要変化率（都市型分類別※）

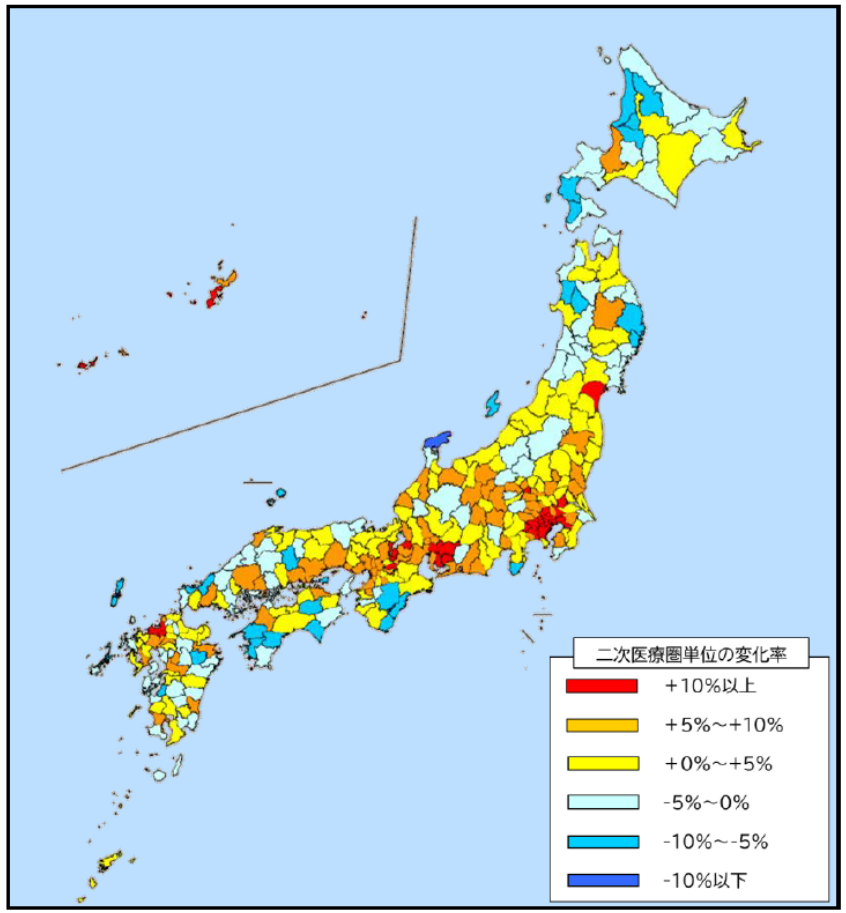


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

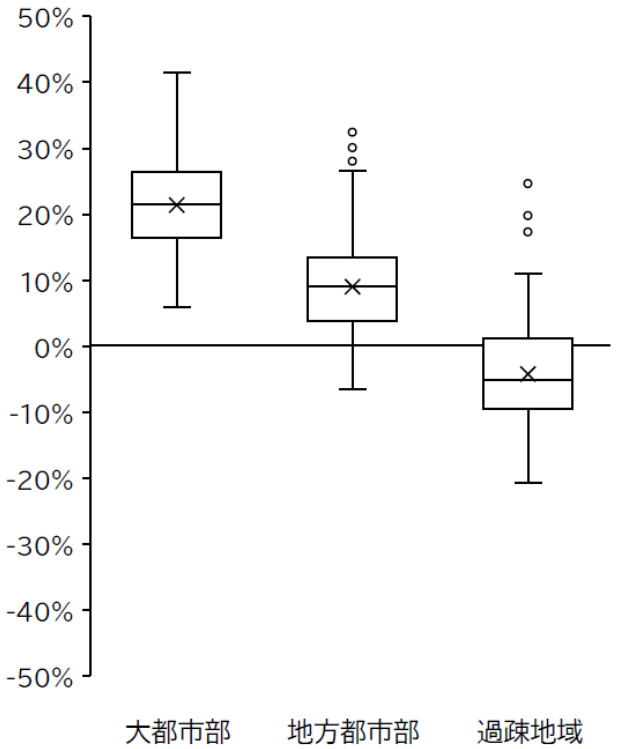
がん患者における薬物療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の88%で需要が増加する一方で、過疎地域の70%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の薬物療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における薬物療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？

1. 我が国におけるがん医療の集約化について

（1）がん患者の減少と需要の変化

（2）消化器外科医の減少

（3）放射線照射装置の採算性の課題

（4）がん医療の質の担保

（5）今後の方針

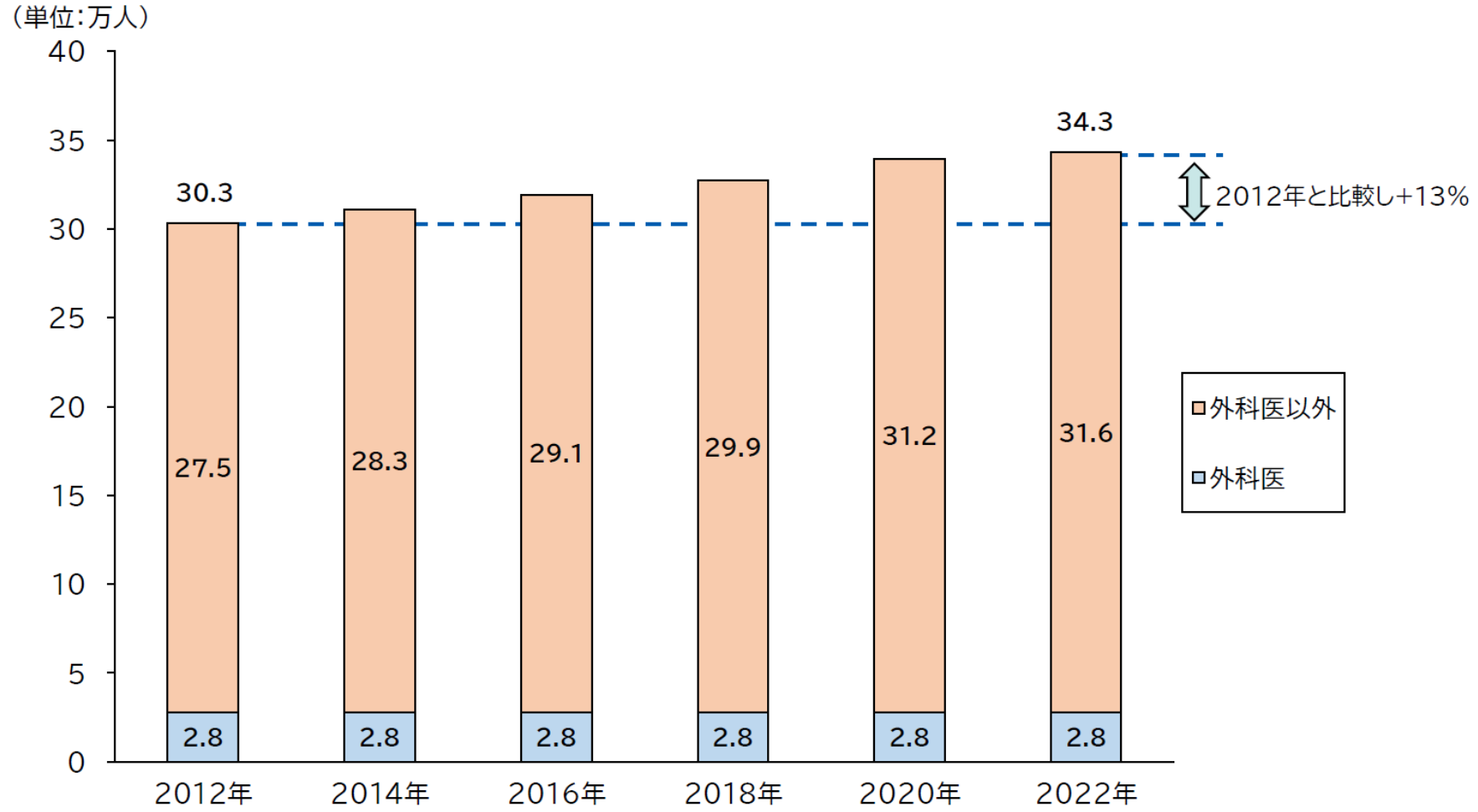
2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部

- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

医師数の推移

- 医師の総数が2022年時点で34.3万人（2012年時点で30.3万人）と、過去10年間に13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去10年間ほぼ変化していない。

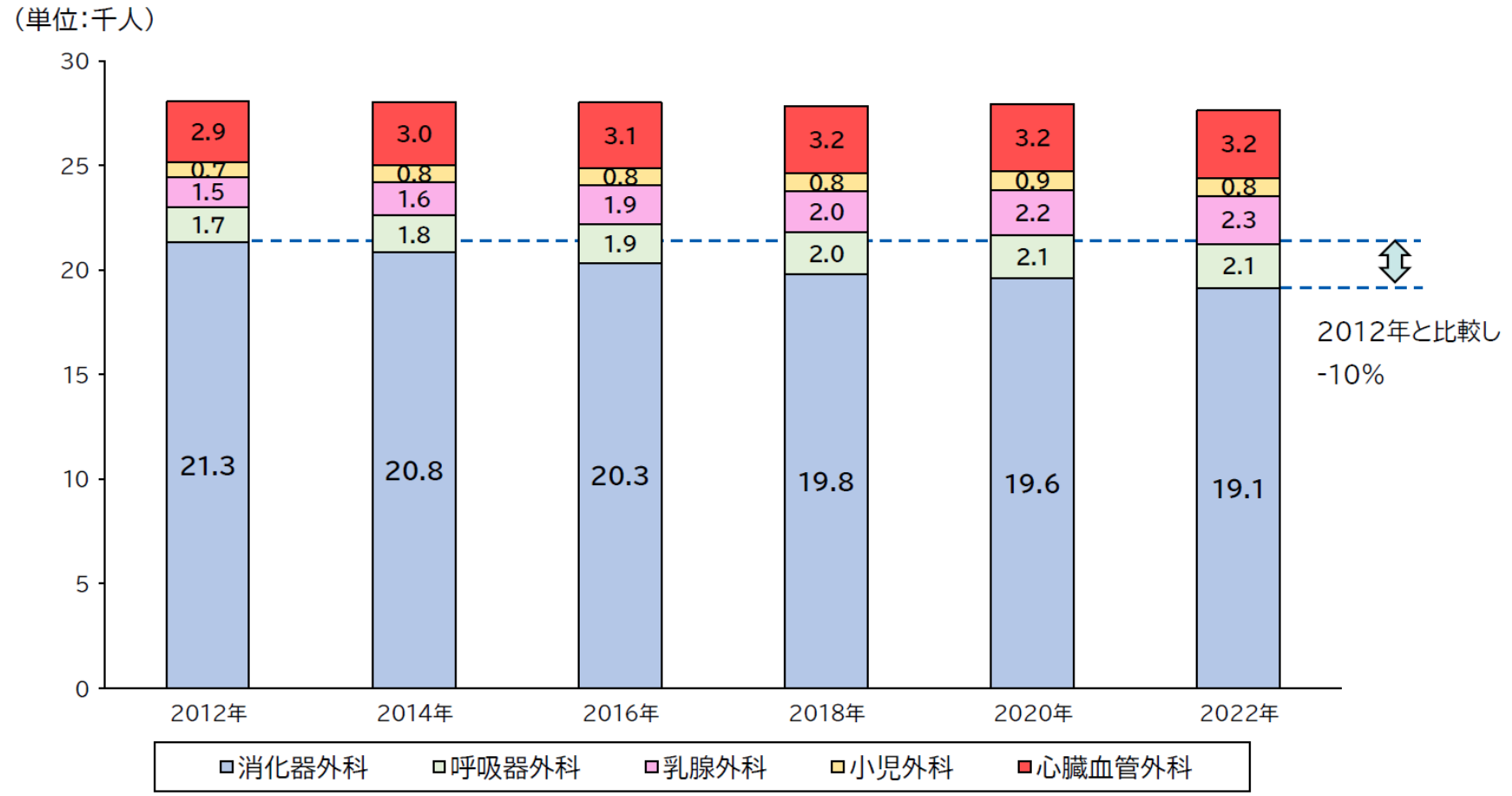


※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

17

外科医数の推移（外科領域別内訳）

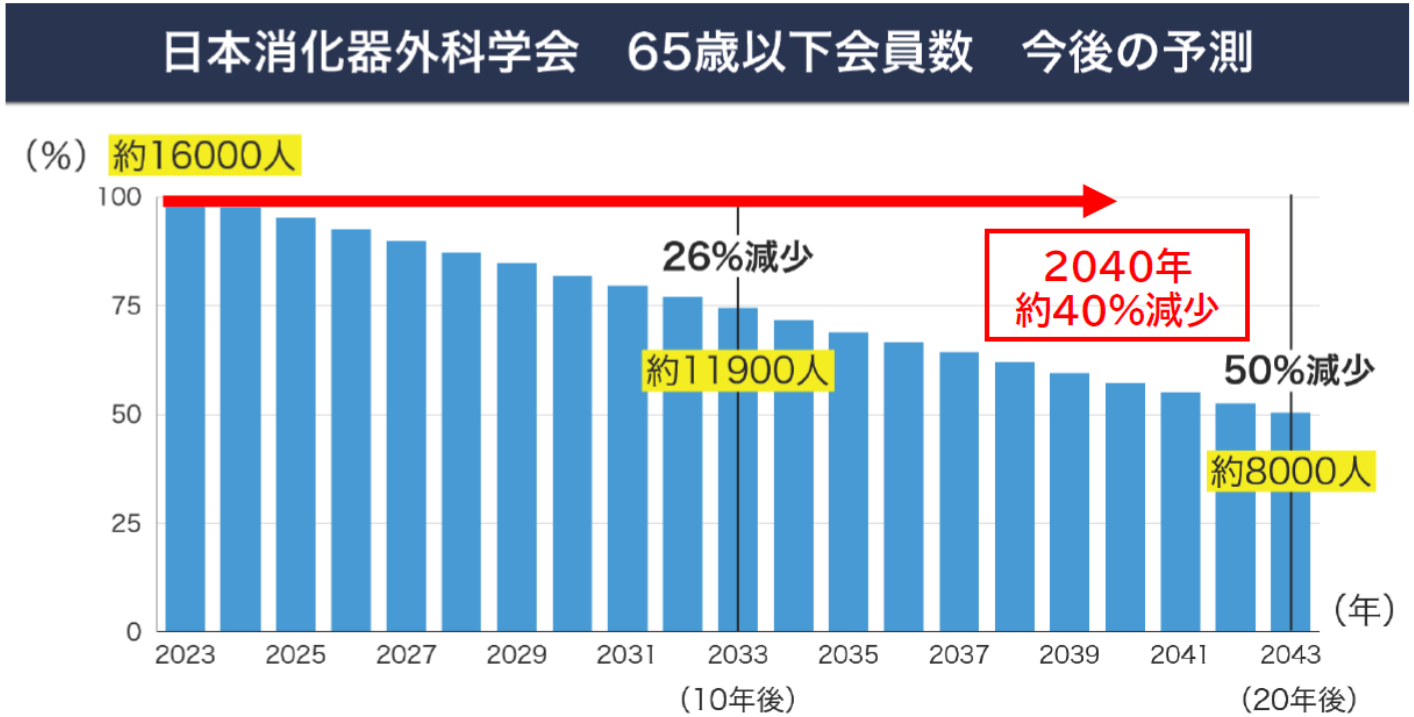
- 外科のうち、消化器外科医数※は、2022年時点で約1.9万人（2012年時点で約2.1万人）と、過去10年間で10%減少している。



※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

18

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1　2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。
※2　2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？

1. 我が国におけるがん医療の集約化について

（1）がん患者の減少と需要の変化

（2）消化器外科医の減少

（3）放射線照射装置の採算性の課題

（4）がん医療の質の担保

（5）今後の方針

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

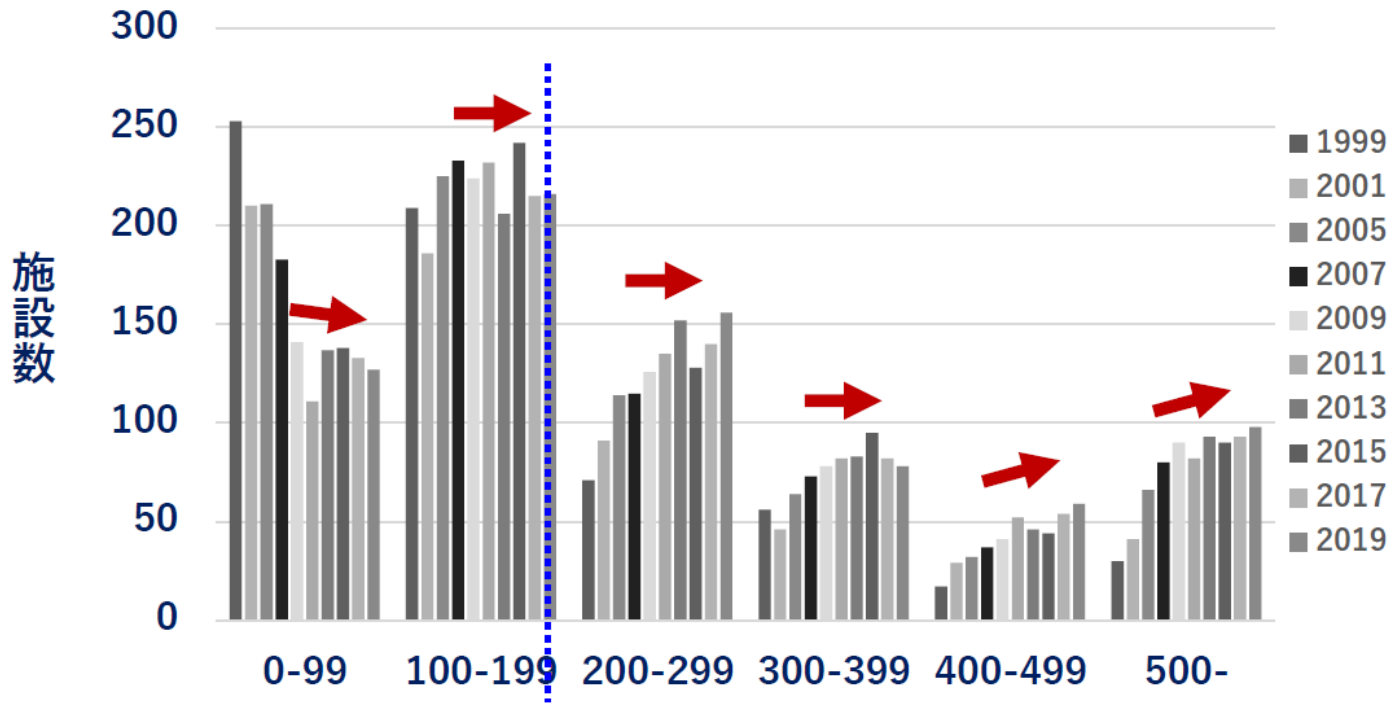
第2部

- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

①　日本の施設当たり新患患者数の推移

日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新患放射線治療患者数は200名以下である。

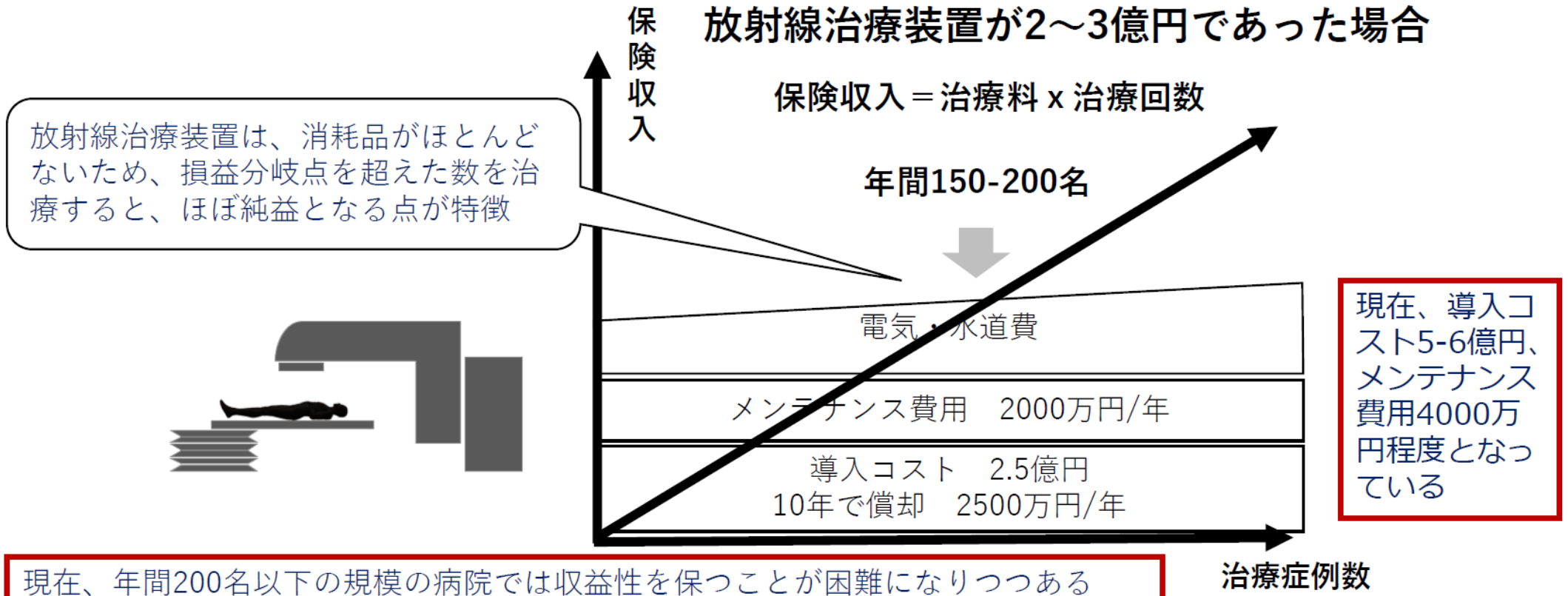


JASTRO構造調査より

高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

③　外照射の治療患者数と収益性

以前は**人件費を除けば**年間150－200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰によりきわめて収支が悪化している。



現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある

放射線治療患者数・放射線治療装置数の将来推計

放射線治療患者数の推計

- 放射線治療患者数は2025年には28.8万人と推計される※1。
- 2025年から2040年に向けて放射線療法の需要が1.24倍に増加すると放射線治療患者数は28.8万人×1.24倍＝35.7万人と推計される。

放射線治療装置数の推計

- 放射線治療装置1台あたりの年間照射患者数の適正数※2は250名～300名と報告されており、この当時の基準を用いた場合、2040年に必要となる放射線治療装置数は1190台～1428台となる。2019年時点の放射線治療装置配置数1100台※3と比較して8%～30%増となる。

放射線治療の提供体制について

- 国内の放射線治療施設は734施設あり、このうち、年間治療患者数が100人未満が127施設、100～200人が216施設となっている※4。現状のように１施設あたりの治療患者数が少ない放射線治療施設が分散していると、より多くの放射線治療専門医が必要となる。このため、放射線療法の需要動向を踏まえながら、放射線治療施設の一定の集約化の検討が必要となる。
- なお、放射線治療医と患者数の需給のミスマッチが生じる放射線治療施設においては放射線治療医による遠隔放射線治療（放射線治療計画の作成等）支援の取り組みも併せて実施することが有効であると考えられる。

※１　放射線治療患者総数が日本放射線腫瘍学会の構造調査よりがん罹患者数の28%を占めるため、2025年も同様の割合と仮定した場合、2025年のがん罹患者数推計103万×28%=28.8（万人）と推計。
※２　厚生労働省がん研究助成金計画研究班　「がんの集学治療における放射線腫瘍学　医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる基準構造」（2009年）。
※３　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告より、回答施設の放射線治療装置台数の合計960台÷回答率87%=約1103台と推計。
※４　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告「Table 3 Number of radiation oncology institutions by annual patient load and category」

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？
1. 我が国におけるがん医療の集約化について
（1）がん患者の減少と需要の変化
（2）消化器外科医の減少
（3）放射線照射装置の採算性の課題
（4）がん医療の質の担保
（5）今後の方針

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部
- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

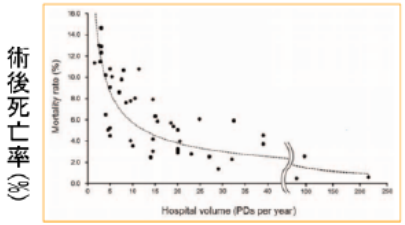
集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3 改変

日本消化器外科学会　※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



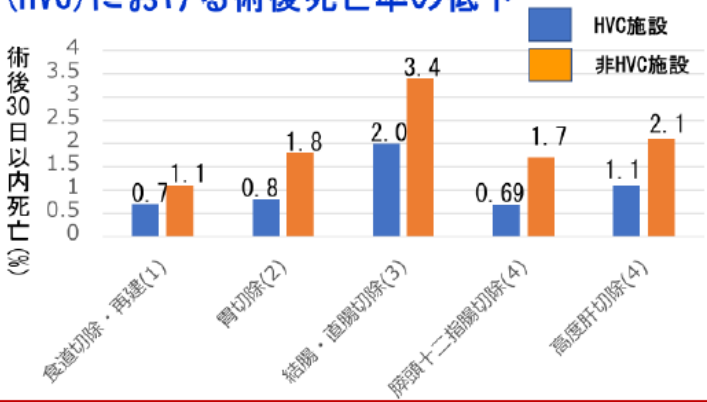
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

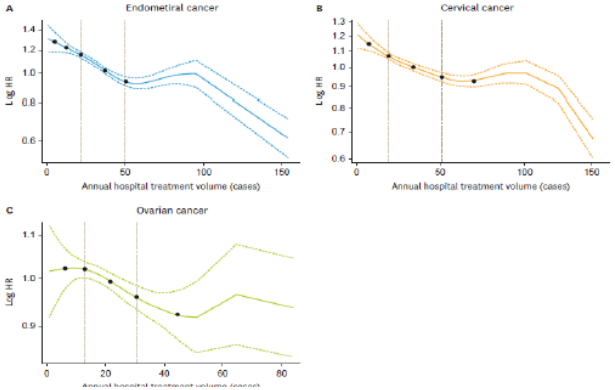
49

出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

43

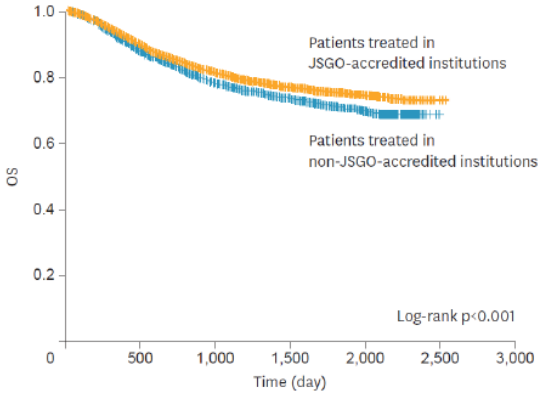
婦人科の手術に関する集約化と均てん化

代表的な婦人科がんの成績と施設規模



Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3

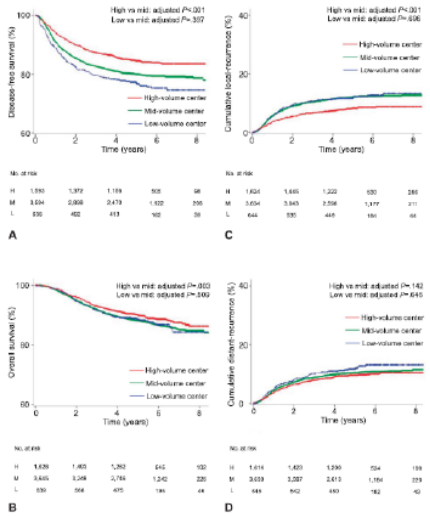
学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



Mikami M, et al. J Gynecol Oncol 2018; 29:e22

婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する。
しかしながら、産婦人科医はがんの手術のみならず、出産や多数の子宮筋腫の手術など、がん診療に加えて、多岐にわたる診療に関わっているため、がんの手術の集約化にはがん診療以外の診療に与える影響をも検討する必要がある。

高難度手術の成績と施設規模



Matsuo K, et al. Obstet Gynecol. 2019;133:1086-98.

- **子宮体癌・子宮頸癌・卵巣癌のいずれも、施設の規模が大きくなるほど治療成績は良くなる。（日本産科婦人科学会の全国レジストリー研究）**
- **高難度手術である広汎子宮全摘術後の予後は、施設の規模が大きく影響し、規模の大きい施設程有意に良好。**
- **子宮頸癌の予後は、日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設では、非認定施設に比べて有意に良好。**

日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設は全国２９７施設が認定されており、各都道府県に最低１つは配置されている。婦人科浸潤がん症例の手術症例数（過去3 年間の平均症例数が年40 症例程度）の他、婦人科腫瘍指導医や放射線治療専門医、病理専門医の配置など集学的治療が行える体制が整っている施設が認定されている。

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

症例数の多い施設(HVRF)と少ない施設(LVRF)で根治的放射線治療を受けた患者のアウトカムを比較した研究を系統的レビューとメタアナリシスで分析

対象疾患：頭頸部がん(HNC)の7研究、子宮頸がん4研究、前立腺がん4研究、膀胱がん3研究、肺がん2研究、肛門がん2研究、食道がん、脳腫瘍、肝臓がん、膵臓がんが各1研究

結果：メタアナリシスにより、HVRFはLVRFと比較して**死亡リスクが低いことが示された(HR, 0.90**; 95% CI, 0.87-0.94)。
頭頸部がんと前立腺がんにおいて、ボリュームとアウトカムの関連性が最も強く示された。

結論：**ほとんどのがん種において、放射線治療ボリュームと患者アウトカムの間に関連性が認められた。**ボリュームとアウトカムの関連性が強いがん種については、**放射線治療の集約化**を検討する必要があるが、公平なアクセスへの影響も考慮する必要がある。

考察： high-volume施設の**高精度治療における臓器輪郭設定や小線源治療など複雑な手技における高い専門性が良好なアウトカムに**つながっている


INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS
www.redjournal.org

CLINICAL INVESTIGATION

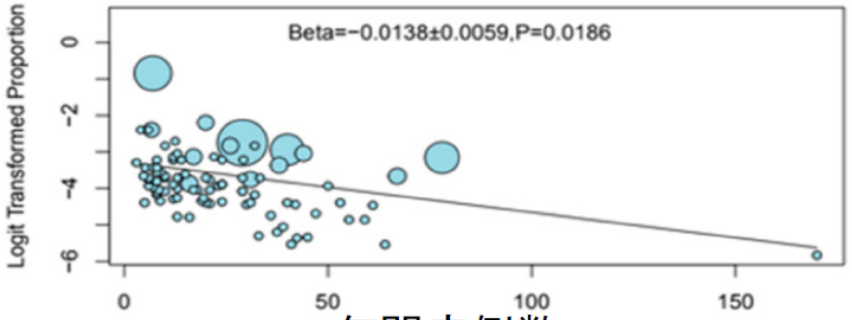
Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes

Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,* Alice Rendall, MD,* Erin F. Gillespie, MD,† Tom Roques, MD,‡ Laurence Court, PhD,§ Yolande Lievens, MD, PhD,‖ Alison C. Tree, MD,¶ Chris Frampton, PhD,# and Ajay Aggarwal, MD, PhD*,**

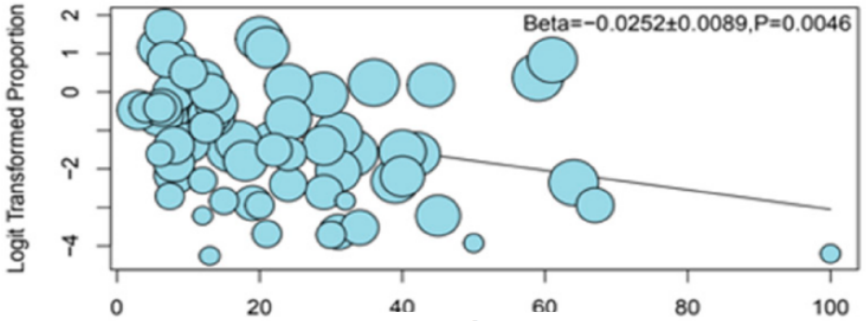
集約化による副作用の軽減

病院の規模と免疫チェックポイント害薬による免疫関連有害事象（irAE）

有害事象による死亡



重篤な有害事象（グレード≥3）



Rahouma M, et al. Cancers 16, 1136, 2024

病院の規模と急性骨髄性白血病（AML）の治療成績（Matched Cohort Study）

- 米国データベース（NIS）
- 2009–2011年
- 年齢、性、合併症、保険加入状況、収入、地域、入院日等で調整

AML治療に伴う死亡率は小規模病院で高い

	大規模施設	小規模施設	P
死亡率	1.59%	4.07%	<0.001
入院期間	14.2日	14.6日	
入院費	$102,653	$101,945	

47

Giri S, et al. Blood 125:3359-3360, 2015

本日の内容

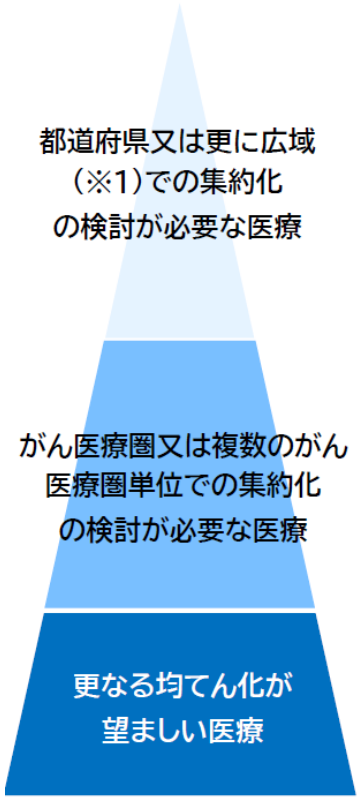
第1部：なぜ集約化なのか？
1. 我が国におけるがん医療の集約化について
（1）がん患者の減少と需要の変化
（2）消化器外科医の減少
（3）放射線照射装置の採算性の課題
（4）がん医療の質の担保
（5）今後の方針

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部
- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例（案）

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	
	・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がんに対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がんに対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術			
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・妊孕性温存療法
	・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	・乳がんに対する標準的な手術	・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術			
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。
（監修）一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県がん診療連携協議会における協議事項

（均てん化・集約化して提供する医療・医療機関を整理）

- 国から提供するデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。
- がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。

（今後を見据えた都道府県内の放射線治療提供体制について検討）

- 都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。

（医療機関ごとの診療実績の一元的な発信について検討）

- がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。

（がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討）

- 2040年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？

1. 我が国におけるがん医療の集約化について

2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

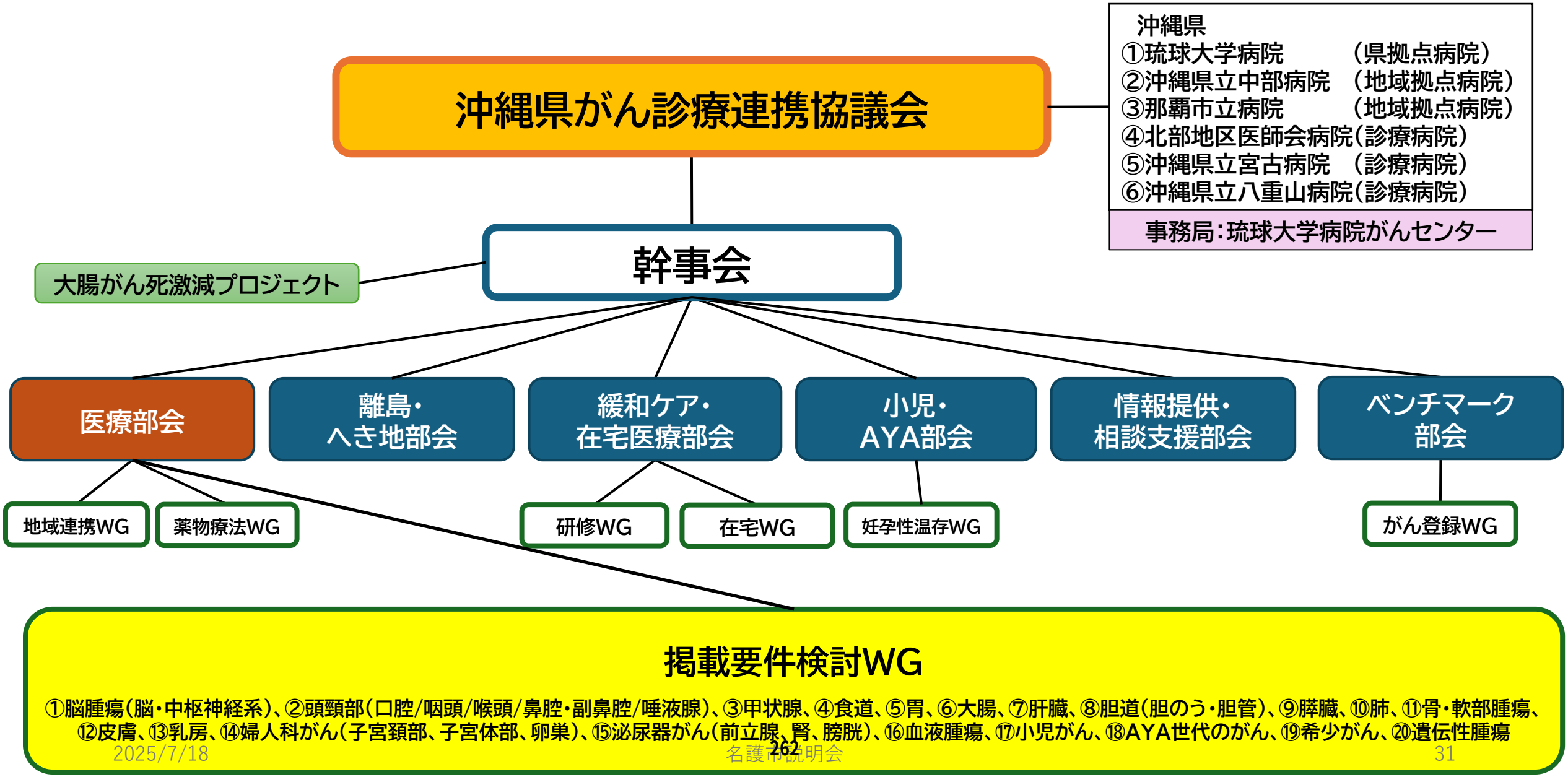
第2部

- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか

沖縄県における集約化の取り組み

- 沖縄県では2008年から協議が始まり、実際の集約化のための会議は2012年、2018年、今年と3回を数える
- 他の都道府県よりも15年以上先行している
- 県内のがん診療連携拠点病院等だけではなく、最初から沖縄県、沖縄県医師会、拠点病院以外の医療機関が協力しているのが特徴
- 逆に、厚生労働省は沖縄県を唯一先行している先進県として、モデルとしている

沖縄県がん診療連携協議会　組織図



がん種ごとの専門医療機関の選定（沖縄県委託事業：第7次沖縄県医療計画）

沖縄県医療計画に基づき、沖縄県が琉球大学に委託。具体的には、琉球大学病院がんセンターが事務局となり、沖縄県がん診療連携協議会の組織を用いて、選定条件を決定した。
2012年第6次沖縄県医療計画：6つのがん種の選定条件を決定
2018年第7次沖縄県医療計画：12のがん種の選定条件を決定
現在は、毎年の医療機能調査の結果に基づき、条件に合った医療機関を毎年選定し直している
①食道、②胃、③大腸、④肝、⑤胆道、⑥膵、⑦肺、⑧乳房、⑨子宮、⑩前立腺、⑪甲状腺、⑫血液

県庁ホームページで公開



https://www.pref.okinawa.lg.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1006327.html
（2024年5月17日参照）

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
令和4年度に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和5年9月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和5年9月時点）

	がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
	「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日付健発第0731第1号)に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	掲載要件を充足している医療機関			
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）			
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） 中頭病院（沖縄市） 中部徳洲会病院（北中城）	県立中部病院（うるま市） 中頭病院（沖縄市） ハートライフ病院（中城村）	中頭病院（沖縄市） 沖縄病院（宜野湾市）	県立中部病院（うるま市） 中頭病院（沖縄市） ハートライフ病院（中城村）
南部	〔都道府県がん診療連携拠点病院〕 琉球大学病院（西原町） 〔地域がん診療連携拠点病院〕 那覇市立病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 沖縄赤十字病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 浦添総合病院（浦添市） 友愛医療センター（豊見城市）		琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 浦添総合病院（浦添市） 友愛医療センター（豊見城市）
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）			
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）			

検討WGの様子

1. 肺、胃、肝臓、大腸、乳房、子宮、胆道、膵臓、食道、前立腺、甲状腺、血液の12がん種のWGを設置した
2. 12がん種ごとに、院内がん登録症例数の多い上位6施設から副院長または部長などの現場の責任者を構成員とした。各WGに共通してがん薬物療法専門医と放射線治療専門医を追加した。

胃がんWG



肝胆膵がんWG



血液腫瘍WG



院内がん登録の施設別情報

専門的がん診療機関選定要件（肺がん）

第7次医療計画	
施設 必須基準	1. キャンサーボード 2. がん薬物療法のレジメン審査・登録・管理委員会 3. 緩和ケアチーム 4. セカンドオピニオン 5. 院内がん登録に関する委員会 6. 医療安全管理に関する委員会
認定基準	1. 一般社団法人日本呼吸器学会認定施設 2. 呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）または（関連施設） 3. 肺がんに対する**手術が年24例以上**ある施設 4. 肺がんに対する**化学放射線治療または放射線治療が年12例以上**ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療が年12 例以上ある施設 5. 肺がんに対する**薬物療法が年18例以上**ある施設 6. 肺がんに対する**新規治療**（手術、薬物療法、放射線療法などすべて含む）**が年50例以上**ある施設

沖縄県における「がん診療を行う医療施設」おきなわがんサポートハンドブックでも公開



毎年2.5万部無料配布
累計34万部配布

(4)がん診療を行う医療施設の一覧

病院名	大腸がん	肺がん	胃がん	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん	膵臓がん	食道がん	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍	放射線療法
県がん診療連携拠点病院													
琉球大学病院	○	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
地域がん診療連携拠点病院													
沖縄県立中部病院	○	—	○	○	○	—	—	—	—	○	○	○	○
那覇市立病院	○	—	○	○	—	—	○	○	—	○	—	○	○
地域がん診療病院													
北部地区医師会病院	上記のがん診療連携拠点病院と連携して すべてのがんに対応しています。												
沖縄県立宮古病院													
沖縄県立八重山病院													
その他の医療機関													
たいら内科クリニック	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	—
中頭病院	○	○	○	○	—	○	○	○	—	○	—	○	○
中部徳洲会病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	○	—	○	—
ハートライフ病院	○	—	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
国立病院機構 沖縄病院	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○
浦添総合病院	○	—	○	○	—	○	○	○	—	—	○	—	—
宮良クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マンマ家クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—

病院名	大腸がん	肺がん	胃がん	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん	膵臓がん	食道がん	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍	放射線療法
沖縄赤十字病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	○	○
沖縄協同病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
那覇西クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
那覇西クリニック まかび	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
南部医療センター ・こども医療センター	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○
南部徳洲会病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	—	○	○
友愛医療センター	○	—	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	○

(2024年6月時点)

■がん診療を行う医療施設

沖縄県が 2023 年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答した県内医療施設のうち、掲載要件を満たすことが確認された医療施設です。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。

この掲載要件の選定には、がん種ごとに県内を代表する医師が集まって検討しています。専門家の検討を経て決定された掲載要件を満たした医療施設ですから、一定の質を確保していると考えられます。

出典：沖縄県公式ホームページ（保健医療介護部健康長寿課）
がん診療を行う県内医療施設

医師の異動等で対応できるがん種や治療の範囲が変わる可能性もあります。詳しくは各病院にお問い合わせください。

セカンドオピニオンおよび実施施設の連絡先 ➔P15
がん診療を行う医療施設の連絡先一覧 ➔P26

集約化に伴う問題点

- 集約化を行うと、人口の多い地域の規模の大きい病院が選定されることになる
- 人口の少ない地域の医療機関が選ばれないことが多い
- 地域の医療の衰退につながる可能性がある
- その地域のがん医療の質の低下につながる恐れがある

➡連携協議会では、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における最低限担保するべきがん医療を決議し、それを維持するために、がん診療連携拠点病院が協力することになっている

北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における分野別のがん医療の短期目標

- 沖縄県がん診療連携協議会（以下、連携協議会）では、沖縄県におけるがん医療の在り方について協議をしている。
- 2012年からは、がん医療の集約化と分散化について検討を重ねてきた。本年5月の連携協議会で、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における分野別のがん医療の短期目標を取りまとめた。
- 本日は、北部医療圏、特に北部地区医師会病院におけるがん医療について報告する。

A　我が国に多いがん

- 胃、大腸、肝・胆・膵、肺、乳、前立腺がんの医療

B　我が国に多いがん以外のがん

- 上記の8つのがん以外のがんの医療

C　がん薬物療法専門医による外来

D　血液内科専門医による外来

E　放射線治療専門医による外来

本日の内容

第1部：なぜ集約化なのか？

1. 我が国におけるがん医療の集約化について
2. 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組み

第2部

- **北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのか**

A　我が国に多いがん

1　胃がん、大腸がん

(1)2025年4月の状況(北部地区医師会病院)
- 消化器内科医5名(うち消化器病専門医2名)、
- 消化器外科医8名(うち消化器外科専門医5名)

(2)今後の方針(北部地区医師会病院)
- 消化器病専門医3名以上を確保する
- 消化器外科専門医1名以上を維持する
- 手術が可能な現在の状況を維持する

➡**胃がんまたは大腸がんになった場合は、北部地区医師会病院で治療を受ける**

＊我が国に多いがん:胃がん、大腸がん、肝・胆・膵のがん、肺がん、乳がん、前立腺がん

A　我が国に多いがん

２　肝・胆・膵のがん

1）2025年4月の状況

- 消化器内科医5名（うち消化器病専門医2名）
- 消化器外科医8名（うち消化器外科専門医5名、肝胆膵外科高度技能専門医0名）

（2）今後の方針

- 消化器病専門医3名以上を確保する
- 手術と放射線治療に関しては、中部医療圏または南部医療圏の集約化後の施設に紹介する

➡**肝・胆・膵のがんになったら、中部または南部医療圏の選定された病院で治療を受ける**

３　肺がん

（1）2025年4月の状況

- 呼吸器内科医4名（うち呼吸器専門医1名）
- 呼吸器外科医0名

（2）今後の方針

- 呼吸器専門医1名以上を確保する
- 手術と放射線治療に関しては、中部医療圏または南部医療圏の集約化後の施設に紹介する

➡**肺がんになったら、中部または南部医療圏の選定された病院で治療を受ける**

A　我が国に多いがん

４　乳がん

（１）2025年4月の状況

- 外科医8名(うち乳腺専門医0名)

（２）今後の方針

- 非常勤で乳腺専門医1名以上を確保し、月に1回以上外来を行う
- 手術と放射線治療に関しては、中部医療圏または南部医療圏の集約化後の施設に紹介する

➡**乳がんになったら、中部または南部医療圏の選定された医療機関で治療を受ける**

５　前立腺がん

（１）2025年4月の状況

- 泌尿器科医０名(うち泌尿器科専門医０名)

（２）今後の方針

- 2026年度中に外来を月に1回以上できるようにする
- 2028年度中に常勤の泌尿器科専門医１名を確保する
- 手術と放射線治療に関しては、中部医療圏または南部医療圏の集約化後の施設に紹介する

➡**前立腺がんになったら、中部または南部医療圏の選定された病院で治療を受ける**

B　我が国に多いがん以外のがん

胃、大腸、肝、胆、膵、肺、乳、前立腺以外のがん

＜今後の方針＞

- 中部医療圏または南部医療圏の集約化後の施設に施設に紹介して、確定診断とその後の治療を行う

➡**これらのがんになった場合は、中部または南部医療圏の選定された病院で治療を受ける**

＊我が国に多いがん：大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがん

選定された専門医療機関の公開:おきなわがんサポートハンドブック



第15版(2025年4月発行)
毎年2.5万部無料配布
累計34万部配布

第1部 納得して治療を受ける

4 県内の医療体制

(4)がん診療を行う医療施設の一覧

病院名	大腸がん	肺がん	胃がん	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん	膵臓がん	食道がん	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍	放射線療法
県がん診療連携拠点病院													
琉球大学病院	○	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
地域がん診療連携拠点病院													
沖縄県立中部病院	○	—	○	○	○	—	—	—	—	○	○	○	○
那覇市立病院	○	—	○	○	—	—	○	○	—	○	—	○	○
地域がん診療病院													
北部地区医師会病院	上記のがん診療連携拠点病院と連携して すべてのがんに対応しています。												
沖縄県立宮古病院													
沖縄県立八重山病院													
その他の医療機関													
たいら内科クリニック	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	—	
中頭病院	○	○	○	○	—	○	○	○	—	○	—	○	○
中部徳洲会病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	○	—	○	—
ハートライフ病院	○	—	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
国立病院機構 沖縄病院	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○
浦添総合病院	○	—	○	○	—	○	○	○	—	—	○	—	—
宮良クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
マンマ家クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—

24

納得して治療を受ける 第1部

4 県内の医療体制

病院名	大腸がん	肺がん	胃がん	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん	膵臓がん	食道がん	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍	放射線療法
沖縄赤十字病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	○	○
沖縄協同病院	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
那覇西クリニック	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
那覇西クリニック まかび	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—
南部医療センター・こども医療センター	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○
南部徳洲会病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	—	○	○
友愛医療センター	○	—	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	○

(2024年6月時点)

■がん診療を行う医療施設

沖縄県が 2023 年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答した県内医療施設のうち、掲載要件を満たすことが確認された医療施設です。掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。

この掲載要件の選定には、がん種ごとに県内を代表する医師が集まって検討しています。専門家の検討を経て決定された掲載要件を満たした医療施設ですから、一定の質を確保していると考えられます。

出典：沖縄県公式ホームページ（保健医療介護部健康長寿課）
がん診療を行う県内医療施設

医師の異動等で対応できるがん種や治療の範囲が変わる可能性もあります。詳しくは各病院にお問い合わせください。

セカンドオピニオンおよび実施施設の連絡先 ➔P15
がん診療を行う医療施設の連絡先一覧 ➔P26

25

選定された専門医療機関の公開：沖縄県庁ホームページ



https://www.pref.okinawa.lg.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1006327.html（2025年6月12日参照）



がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点）

	がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
	「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日付健発第0731第1号）に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	掲載要件を充足している医療機関			
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）			
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）	中頭病院（沖縄市）	県立中部病院（うるま市）
		中頭病院（沖縄市）	中頭病院（沖縄市）	沖縄病院（宜野湾市）	中頭病院（沖縄市）
		中部徳洲会病院（北中城）	ハートライフ病院（中城村）		ハートライフ病院（中城村）
		沖縄病院（宜野湾市）			
		ハートライフ病院（中城村）			
南部	〔都道府県がん診療連携拠点病院〕 琉球大学病院（西原町） 〔地域がん診療連携拠点病院〕 那覇市立病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）		琉球大学病院（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）
		沖縄協同病院（那覇市）	浦添総合病院（浦添市）		浦添総合病院（浦添市）
		沖縄赤十字病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）		友愛医療センター（豊見城市）
		友愛医療センター（豊見城市）			
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）			
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）			

https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/006/327/ganitiran_2025.01.pdf（2025年6月12日参照）

C　がん薬物療法専門医による外来

(1)2025年4月の状況

- 外来なし

(2)今後の方針

- 外来　月1回を開設し、維持する
- 現在の沖縄県内のがん薬物療法専門医が7名(うち拠点病院勤務が5名)の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いている。
- 現在の対象となる患者数、治療件数から、必要な時にコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要である。
- システムができていない北部地区医師会病院は、構築できるように、グループ指定をしている琉球大学病院と検討を始める。

➡**9月に、外来および院内コンサルト開設予定**

D　血液専門医による外来

(1)2025年4月の状況

- 外来なし

(2)今後の方針

- 外来　月1回を開設し、維持する
- 現在の沖縄県内の血液専門医が27名(うち中部病院1名、那覇市立病院2名、琉球大学病院が9名)の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いている。
- 現在の対象となる患者数、治療件数から、必要な時にコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要である。
- 　システムができていない北部地区医師会病院は、構築できるように、グループ指定をしている琉球大学病院と検討を始める。

➡**年度内に、外来および院内コンサルト開設予定**

E　放射線治療専門医による外来

(1)2025年4月の状況

- 外来なし

(2)今後の方針

- 外来　月1回を開設し、維持する
- 現在の沖縄県内の放射線治療専門医が14名(うち中部病院1名、那覇市立病院1名、琉球大学病院が3名)の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いている。
- 現在の対象となる患者数、治療件数から、必要な時にコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要である。
- 　システムができていない北部地区医師会病院は、構築できるように、グループ指定をしている琉球大学病院と検討を始める。

➡**年度内に、外来および院内コンサルト開設予定**

ま と め

- 我が国におけるがん医療の集約化の動きについて説明した
- 日本で最初にがん医療の集約化を行っている沖縄県の取り組みについて説明した
- 北部医療圏でがんになったときに、最初の治療は、どの医療機関に行けばよいのかを説明した

別紙3

琉大西総第103 号
令和 7 年6 月2 日

各市町村長　殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
鈴木　幹男
（公 印 省 略）

「若年がん患者在宅療養生活支援事業」への参加依頼について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在の制度では、0～20歳未満の末期がん患者は、「小児慢性特定疾病医療費助成制度」により医療費助成や福祉用具の給付支援を受けることができます。また、40歳以上の末期がん患者は、公的介護保険制度により１割～3割の自己負担で介護サービスを受けながら、在宅療養することができます。しかし、その間の世代（20～39歳）の末期がん患者については、これまでは公的支援がなかった状況でした。

当協議会としても、このことについて憂慮しておりましたが、令和6年度より沖縄県が「若年がん患者在宅療養生活支援事業」としての助成を開始しました。具体的には、訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具購入、福祉用具レンタルなどの費用の一部が助成されます。がん患者やご家族にとって大変有益な内容となっていますが、令和７年４月の時点では、県内の参加状況は、わずか７市町村に留まっている状況です。

当協議会としましては、対象となる全てのがん患者やご家族に、この支援をご利用頂けることを切に願っております。

つきましては、本事業へのご参加をご検討いただきますよう、何卒お願いを申し上げます。

尚、支援対象となる人数は、各市町村あたり、年間0～数名程度と見込まれ、多額の予算は必要ないことを申し添えます。（※別添「沖縄県全体のAYA世代のがんの死亡数（2019年度）」を参照ください。）

敬具

＜この依頼文に関するお問い合わせ先＞
琉球大学病院がんセンター
事務担当 石川
℡：098-894-1528
mail：hk209555@jim.u-ryukyu.ac.jp

若年がん患者等支援事業の概要　②【若年がん患者在宅療養生活支援事業】

現状・課題

40歳以上の末期がん患者は、本来65歳以上でないと利用できない公的介護保険を利用し、１割の自己負担で介護サービスを受けながら在宅療養することができる。また、18歳未満の末期がん患者は、小児慢性特定疾病医療費助成制度により、医療費助成や福祉用具の給付支援を受けることができる。一方、上記世代の「はざま」にある、18歳～39歳の末期がん患者については、公的支援がなく、がん末期の最期の時間を自宅で療養する費用について、経済的負担が大きい状況である。

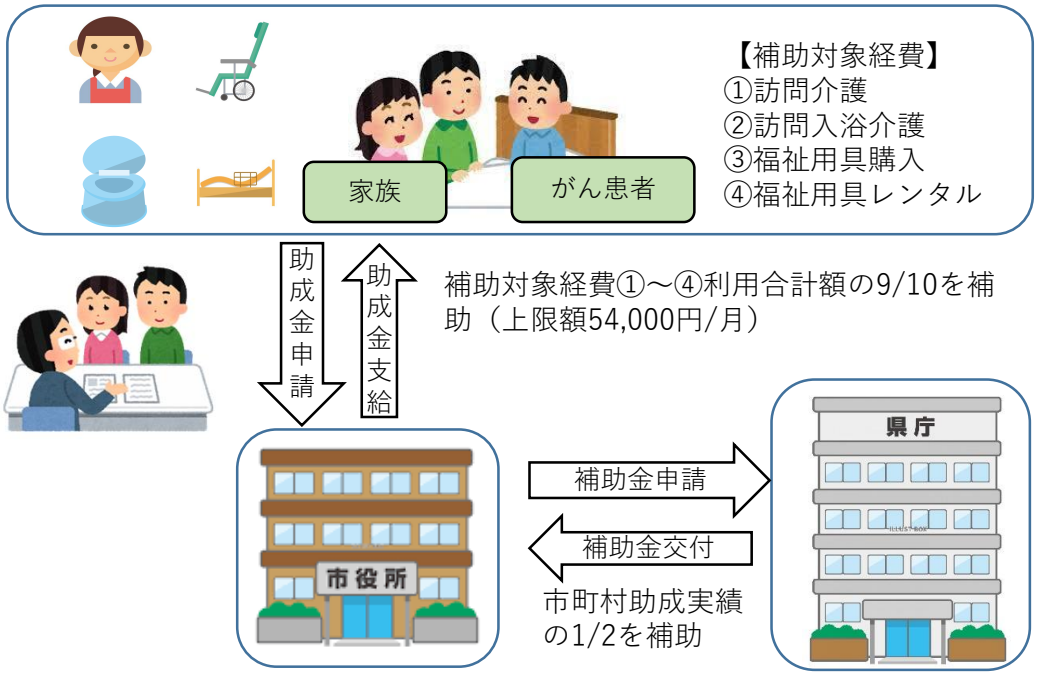
事業目的

若年がん患者が最期まで住み慣れた自宅で自分らしく過ごす選択ができるよう、経済的に支援を行い、がん患者のQOL向上につなげる。

事業内容

1　実施主体
　市町村
2　対象市町村
　「若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領」に基づき、若年がん患者に対し在宅療養生活支援事業を実施した市町村
3　対象者
　沖縄県内に住所を有する20歳以上40歳未満の者であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断した者（年齢が18歳又は19歳であって、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けていない者を含む）
4　対象経費
　訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与、福祉用具購入
5　補助率
　2分の1

事業フロー



≪実施市町村（R7.4.1時点）≫　７市町村
恩納村・北谷町・宮古島市・北中城村・石垣市・嘉手納町・糸満市

	男性	女性	合計
沖縄県内における AYA世代の年間死亡数	14	11	25

※AYA世代　16～39歳
※沖縄県作成　2019年
※参考　(参考)表2-2 .罹患数、部位割合（%）：性別、年齢階級別(小児･AYA世代再掲)
※(参考)表10-2.年齢階級別死亡数､部位割合:部位別､性別(小児･AYA世代再掲)

沖縄県全国がん登録報告書（沖縄県健康長寿課Web）
https://www.pref.okinawa.lg.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1024870/1005231.html

令和７年８月１日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　鈴木　幹男　殿

（八重山のがん患者を支援する会）
やいまゆんたく会
会長　　田盛亜紀子
（公印省略）

記

令和７年度６月期の患者会活動について（報告）

・開催日時　６月 14 日（土）　10：00～14：00
・場　所　伊原間在の会員宅
・活動内容　料理教室

八重山のがん患者を支援する会「やいまゆんたく会」では、毎月第２土曜日に定例会を開催しており、令和７年度活動の第一弾として、６月はパパイヤの佃煮作り教室を開催しました。出来上がった佃煮を各自が持ち寄った容器に分配した後、近場の海岸で弁当を食べながら定例会を開催出来たことで会員同士の楽しく有意義な交流が図れ、幸先の良いスタートを図ることが出来ました。

以上

若年性がん患者会

Be style



ＹＯＧＡ×お茶会

2025
in
Summer

■Ｂｅ ｓｔｙｌｅ 夏の患者会企画

レンタルスペースをお借りして、がんの罹患者であり、治療をしながらヨガの講師をされている方にご協力頂き、『リラックスヨガを楽しむお茶会』を企画致しました。
身体を整えながら、患者さん同志で交流して頂き、また、自然な流れで、有益な情報を伝えていきたいと思います。

・患者会
・FB/insta更新

2025 年 8月 1日

令和 7 年度沖縄県がん診療連携協議会

NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告

ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスでの活動

毎月第 2 火曜日…ウィッグ相談日

毎月第 3 水曜日…ぴーち会(20～30 代のメンバー)ユンタク会

IT 講座の開催

With you～OKINAWA2025 の開催

日　　時：5 月 24 日(土)11：30～17：50

会　　場：沖縄コンベンションセンター　会議棟 B

【特別講演】

テーマ「不安を味方にして生きる」

講　　師：清水　研先生

（がん研有明病院　腫瘍精神科　部長）

参 加 者：当日申込含め、県内各地から 127 名参加

【分 科 会】

8 つのテーマに分かれてセッション



13 くらし　2025年(令和7年) 6月2日月曜日

清水医師「不安を味方に」

宜野湾で乳がん患者・医療者の集い

患者を理解する姿勢が大切

乳がん患者と家族、医療者が集う「With you OKINAWA2025 あなたとプレストケアを考える会」が5月24日、宜野湾市の沖縄コンベンションセンターで開かれた。がん研有明病院腫瘍精神科部長の清水研医師が「不安を味方にして生きる」をタイトルに講演した。

清水医師は、がん専門の精神科医としてこれまで約5千人の患者の相談に応じ、心のケアに携わってきた。告知後の患者は価値観の崩壊や生きる意味の喪失に陥るとし「怒りや悲しみなど負の感情にふたをせず我慢せずに泣いていい」と話す。その上で、人には喪失と向き合い、乗り越えていく力「レジリエンス」があることを事例や自殺率のデータを基に示した。

治療後、安堵より再発の不安に襲われる患者の心理状態には「不安は危険を伝えてくれる本能で、消すことはできない。不安にとらわれない工夫が大事だ」と呼びかけた。生活のどの部分に不安を感じるのか記録することで、理由や対応が分かり「不安を味方にできる」と述べた。

患者に向き合う医療者には「患者の気持ちを全て理解できるとは思わないこと。分かりたい、理解したいと思う姿勢が必要」とアドバイスした。理解には会話が欠かせず、「その気持ちは分かります」など安易な声掛けだけでは患者の思いは引き出せないと指摘した。

講演後は「リンパ浮腫対策&予防」「パートナー（患者の夫）の会」など八つの分科会があった。乳がん手術で失った乳房のふくらみを元の形に戻す「乳房再建」では、琉球大学病院形成外科の永塚大樹医師が、再建は乳がん手術と同時に行うのか、ふくらみに用いるのはおなかや背中などの自家組織を使うかシリコンなど人工物を用いるのかをメリット・デメリットを示しながら説明。日本の乳房再建率は韓国（50%）やアメリカ（40%）に比べ12・5%と低い一方、都道府県別で沖縄は18・8%と全国平均を上回っているなどのデータも紹介した。

永塚医師は「再建を行うのも行わないのも等しく尊重される患者の判断。再建という選択肢を患者が持っておくだけでもいい」と語った。（社会部・村井規儀）

清水研医師＝5月24日、宜野湾市の沖縄コンベンションセンター会議棟

【患者同士の集い（懇親会）】

・医療者も含め、120 名以上が参加

・宮古の患者会「まんま宮古」
　石垣の患者会「ナネーズスロウ」より活動報告

・スライドショーでぴんく・ぱんさぁの活動を紹介後
　今年 10 月でぴんく・ぱんさぁリボンズハウスを閉めることをお知らせ

・約 1960 日オープンし、のべ 3,000 名が訪れたました。

・サロンの運営にあたっては多くの方々からご支援をいただき、本当に感謝しています。

・10 年目頃から、今後の活動の方向性について考えていましたが、コロナ禍をきっかけに、これからはネットも活用し、皆が集まりやすい場所で活動ができることが大事ではないか。そして乳がんを経験した女性もそうでない女性も、さらに周りの社会全体が乳がんについて正しい知識や情報をもって、皆で身近な人に乳がん検診の大切さを伝えることができる環境が大事だと思い、認定 NPO 法人乳房健康研究会が認定するピンクリボンアドバーザーサテライト試験を実施しました。

・この 5 年、5 回開催したサテライト試験で、宮古、石垣の離島を含む県内各地に 160 名以上の初級、中級、上級のピンクリボンアドバイザーが誕生しました。

・乳がんサバイバーのピンクリボンアドバイザーにはピアサポーターになってもらうよう勧めていますが、養成講座の開催が年 1 回では日程調整が難しい場合もあり、開催回数を増やしていただけないか、ご検討いただきたいと思います。

今年計画している活動

・乳がん検診啓発活動

「ピンクリボンカーニバル IN イオン那覇」の開催

イオン那覇と開催日程の調整中

・ピンクリボンアドバイザー認定試験に向けた勉強会の開催

（その他）

・ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスには、乳がん以外のがん患者さん(女性)が来られたり、お話したいと電話があります。

ピアサポーターフォロアップ講座などで他の患者会の方々と交流する中で、男性がいると話しにくいので、女性だけのユンタク会もほしいという声がありました。今後、院内患者サロンで「女性だけのユンタク会」を開催していただけないか、ご検討いただきたいと思います。

沖縄県のご長寿は、健在です！

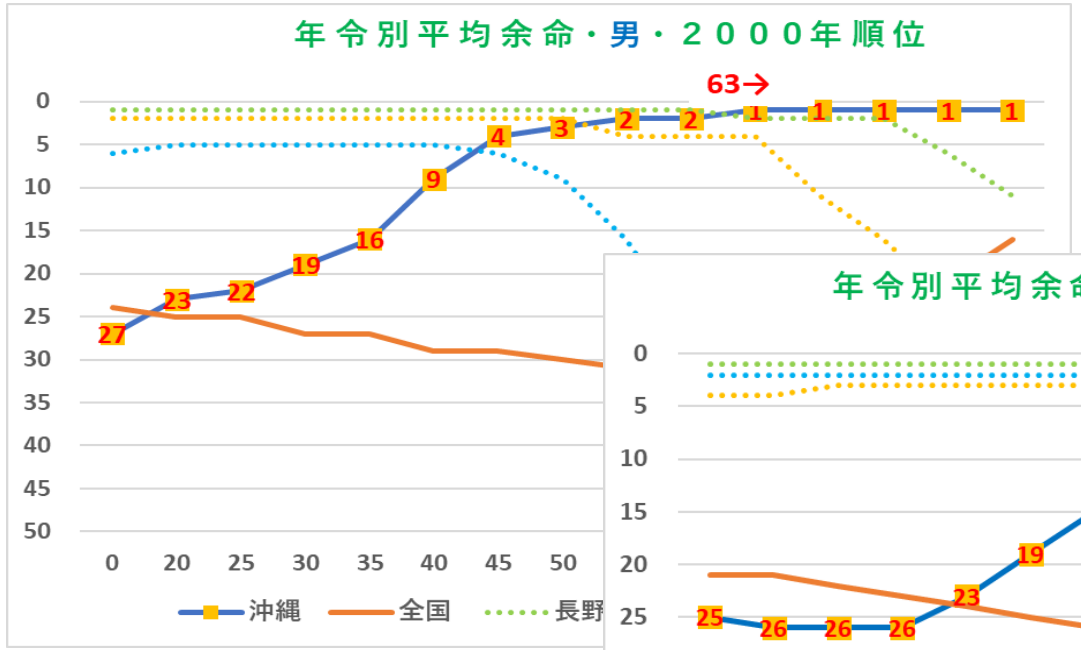
必要なのは
ハイリスクアプローチ

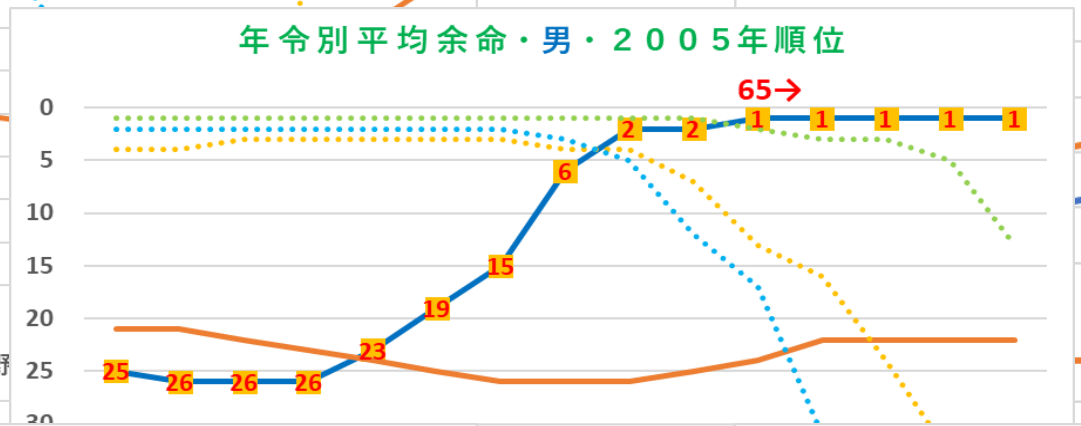
沖縄県の「働き盛り」は、
がん検診の受診率が低いため
早期がんの発見が遅れ、
がんによる死亡を増やす
原因になっていないだろか？

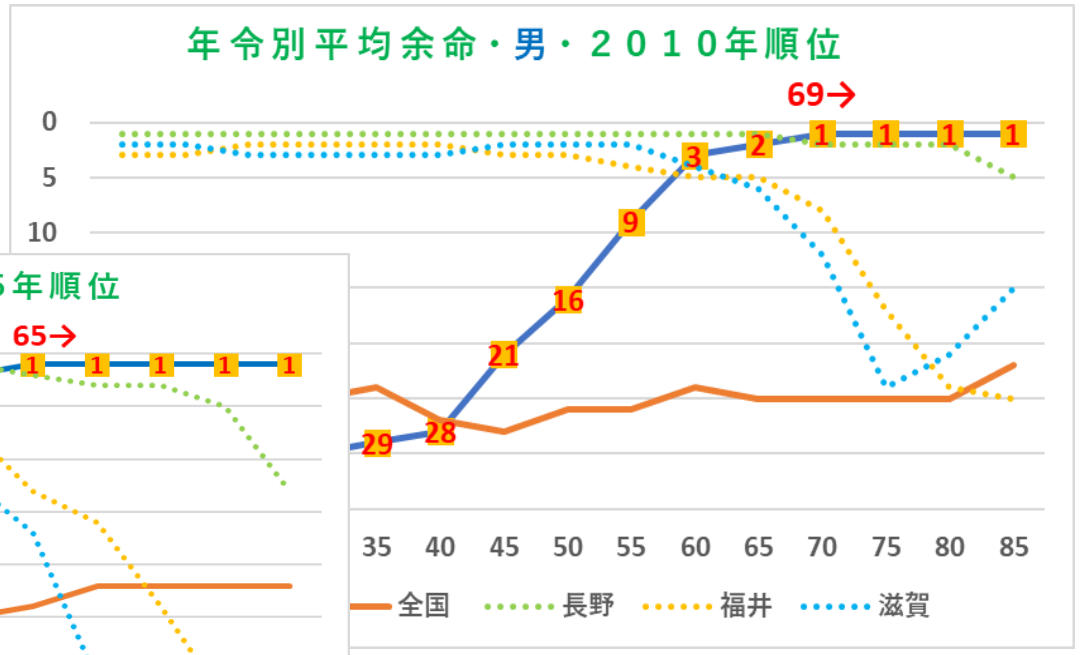
音声 by 動画制作会社VIDWEB（https://vidweb.co.jp/）、**音声データは非公開です。**

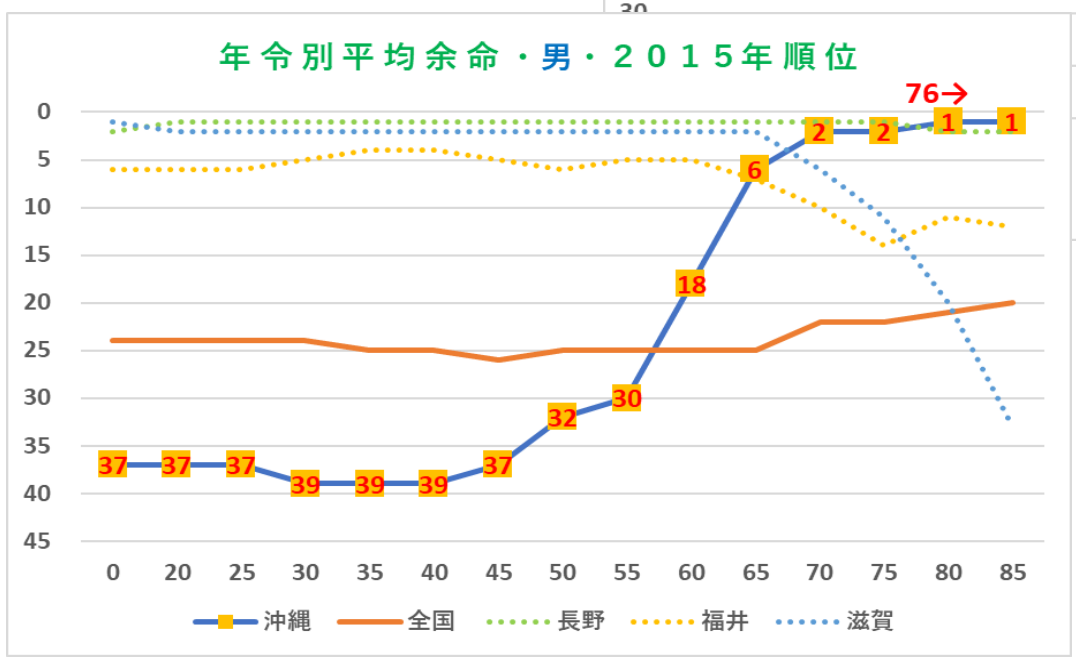
がん経験者の会：又 吉　賢 弘

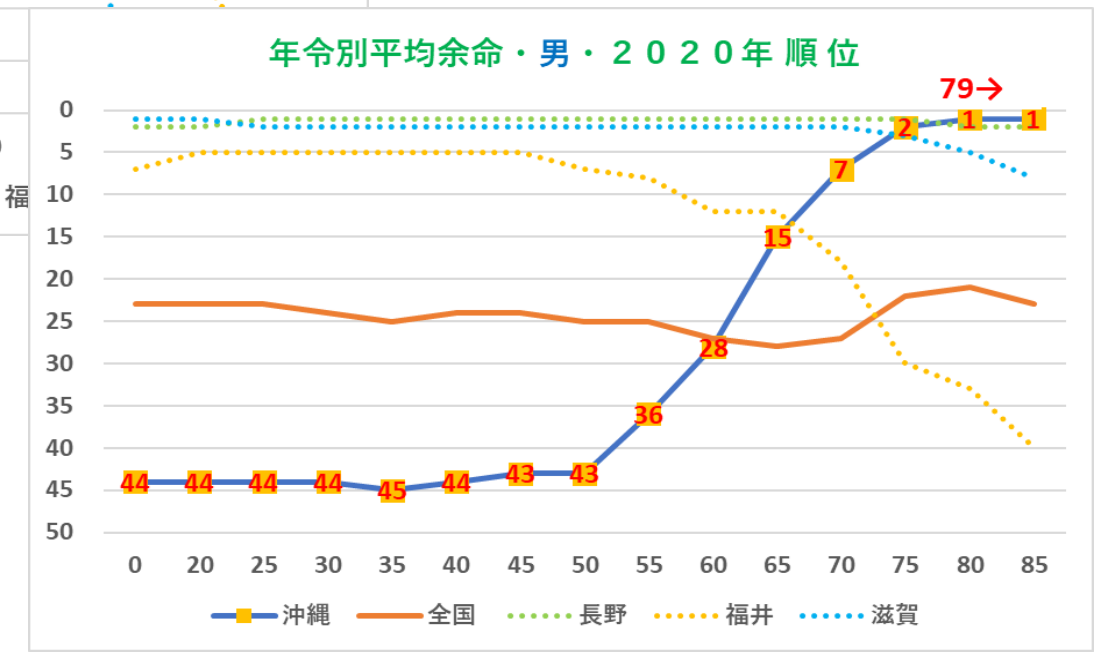
1





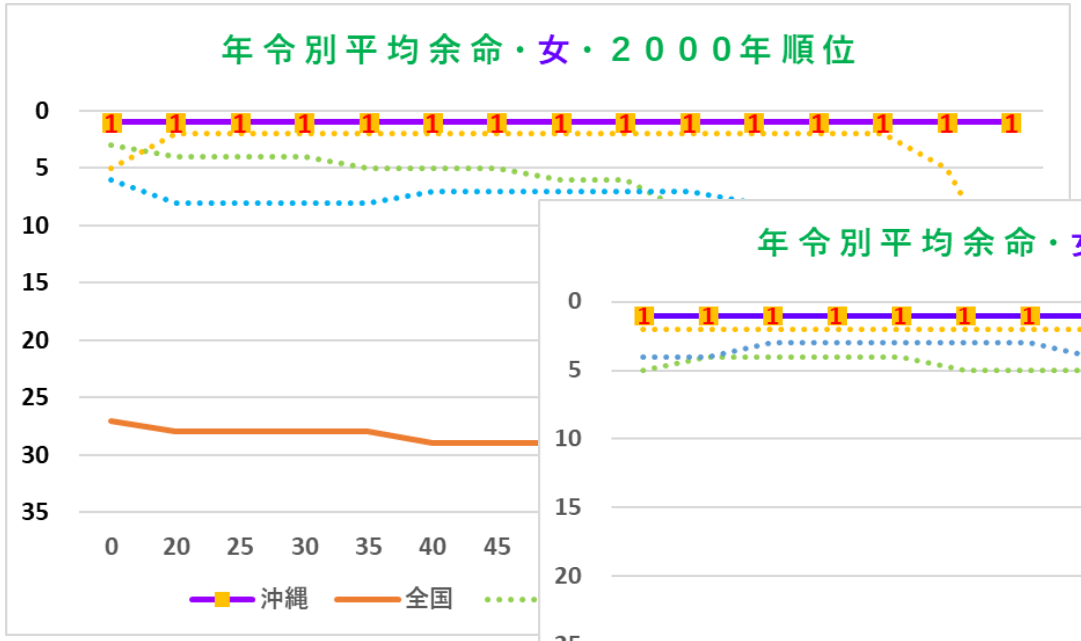


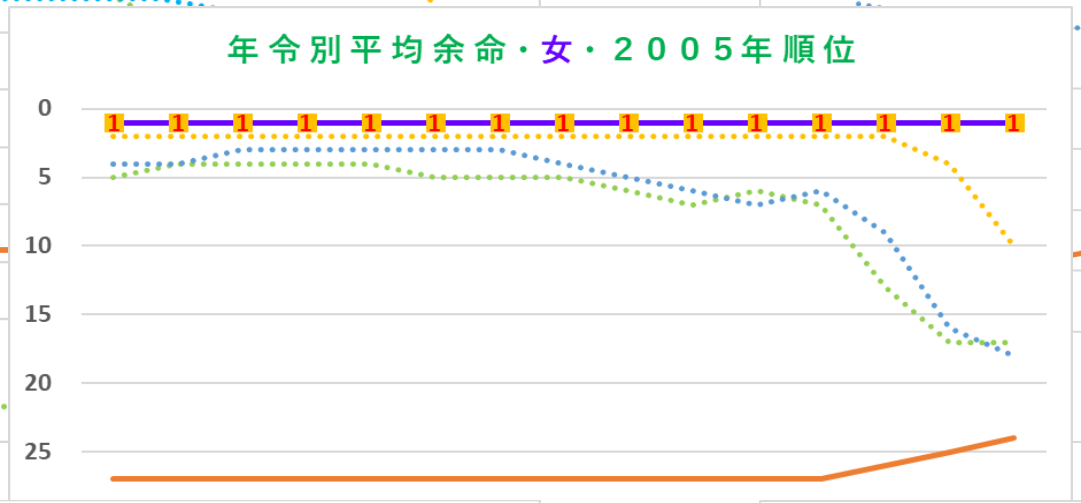


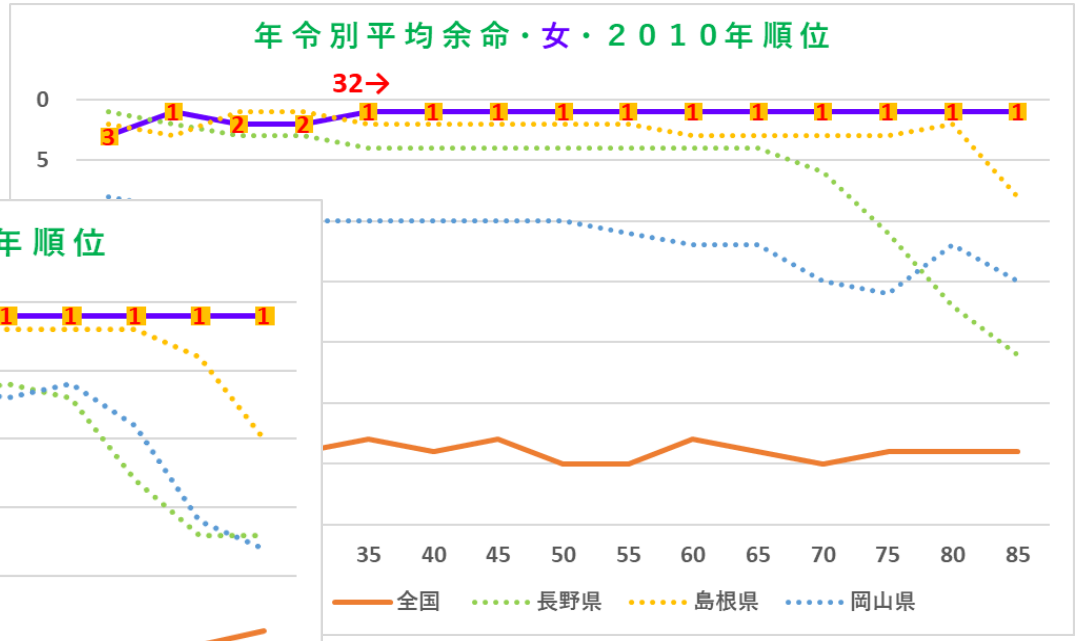


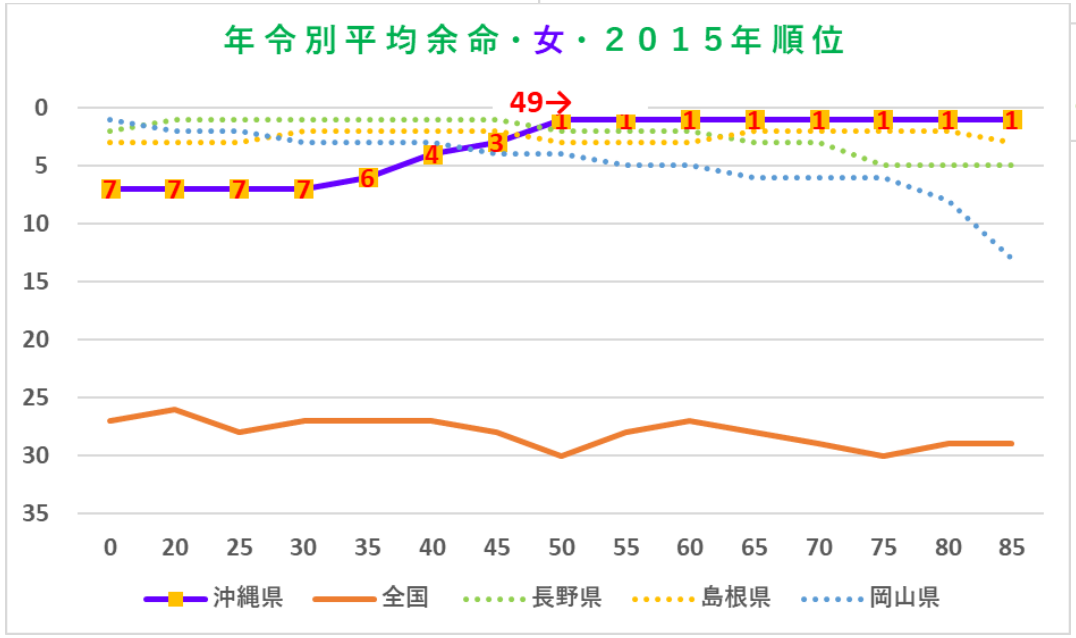
出典：e-Stat「都道府県別生命表」

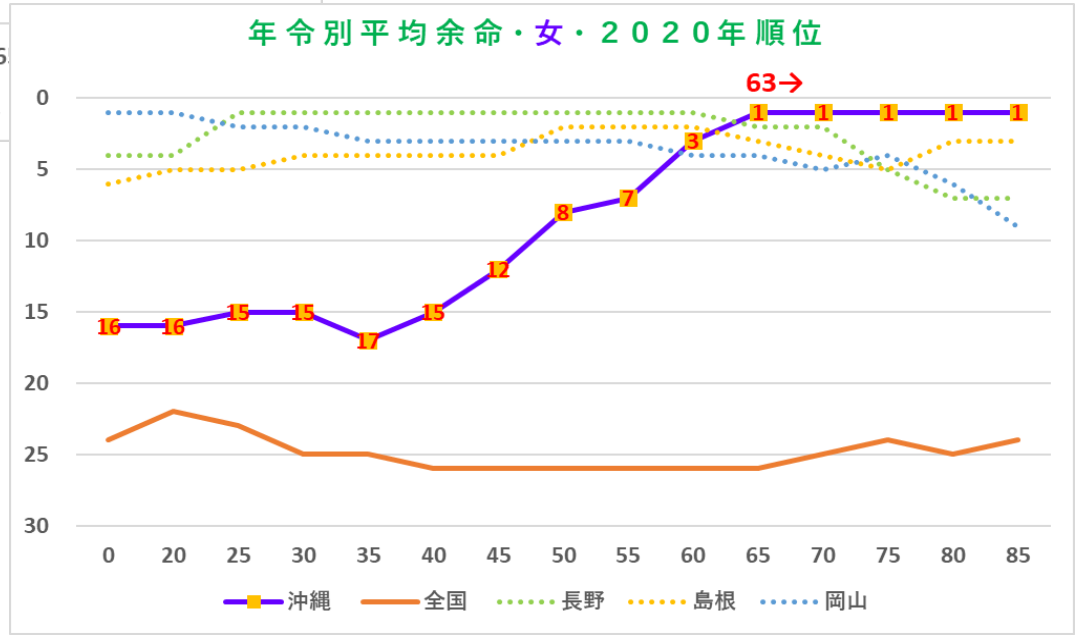
2











出典：e-Stat「都道府県別生命表」

3

沖縄県衛生環境研究報 第44号（2010）

沖縄県における性・年齢・死因別死亡率の推移
—1973年から2009年における沖縄県と全国との比較—

桑江なおみ

Trends in the Death Rates by Sex, Age and Leading Causes of Death in Okinawa Prefecture
— Comparisons between Okinawa and Japan from 1973 to 2009 —

Naomi KUWAE

要旨：沖縄県において「健康おきなわ21」の全体目標項目指標値として設定された20−64歳の年齢調整死亡率を中心に県民の死亡状況について，1973−2009年の沖縄県と全国の年次推移について比較した．早世の状況を把握するための20−64歳年齢調整死亡率は，沖縄県では1990年代以降で横ばいとなって，男女とも全国値を上回った．とくに男性では，一貫して減少傾向を示す全国値との格差が2000年以降で拡大してきた．死因別にみると，多くの主要死因で男女とも全国値を上回っており，とくに肝疾患，急性心筋梗塞，脳出血，糖尿病などで増加傾向が顕著に認められた．また，期間別にみた全国値を1とした年齢階級別死亡率比は中高年期で増加傾向を示し，1990年代まで全国より低かった65歳以上の高齢者の年齢階級別死亡率比は格差が縮小した．

Key words: 年齢階級別死亡率比，年齢調整死亡率，20−64歳の年齢調整死亡率，死因，沖縄県，全国との比較

I　はじめに

沖縄県では，壮年期死亡の減少，健康寿命の延伸，QOL（生活の質）の向上の実現に向けた健康づくり実施計画

歳以上）の年齢調整死亡率についても算出した，また，1973−2003年までの死亡状況について分析した「26ショック！沖縄県の平均寿命と死亡状況」[1]に準じて2004

これまで沖縄県の長寿を支えてきた戦前生まれの高齢者の減少と戦後生まれの高齢者の増加は，今後の沖縄県民の平均寿命，年齢調整死亡率に大きく影響することが予想され，沖縄県の長寿は，今や最も深刻な危機に直面している．

沖縄県は全国で最も肥満者の割合が高い県である．高栄養，低運動，多飲など生活習慣病リスクの増加が，20−64歳年齢調整死亡率の増加をもたらしていることは明白であり，今後この世代が老年期に移行すると，全国値より低い水準を保っている65歳以上高齢者の年齢調整死亡率も全国値を上回ることが予想され，（残念ながら「がん検診」の４文字は確認できない。）

出典：沖縄県衛生環境研究報 第44号（2010） p 71～82

第69巻第13号「厚生の指標」2022年11月

投稿

沖縄長寿の神話
−戦前・戦後を通じた沖縄県民死亡率のコホート分析−

岡本（オカモト）　悦司（エツジ）*

目的　沖縄県男性の平均寿命は1980～85年に全国一となり「健康長寿県」のイメージが定着したが，その後は急落し，最新の2015年生命表では36位である。戦前においても沖縄県は決して長寿県ではなく，沖縄県男性の長寿化は戦後35～40年の一時的な現象であった。その原因として，1945年の沖縄戦による選択的生存仮説すなわち「戦争による犠牲の大きかった世代ほど，戦後の生存率がよかったのではないか」という仮説をたて，戦前戦後の人口統計や生命表を用いて検証した。

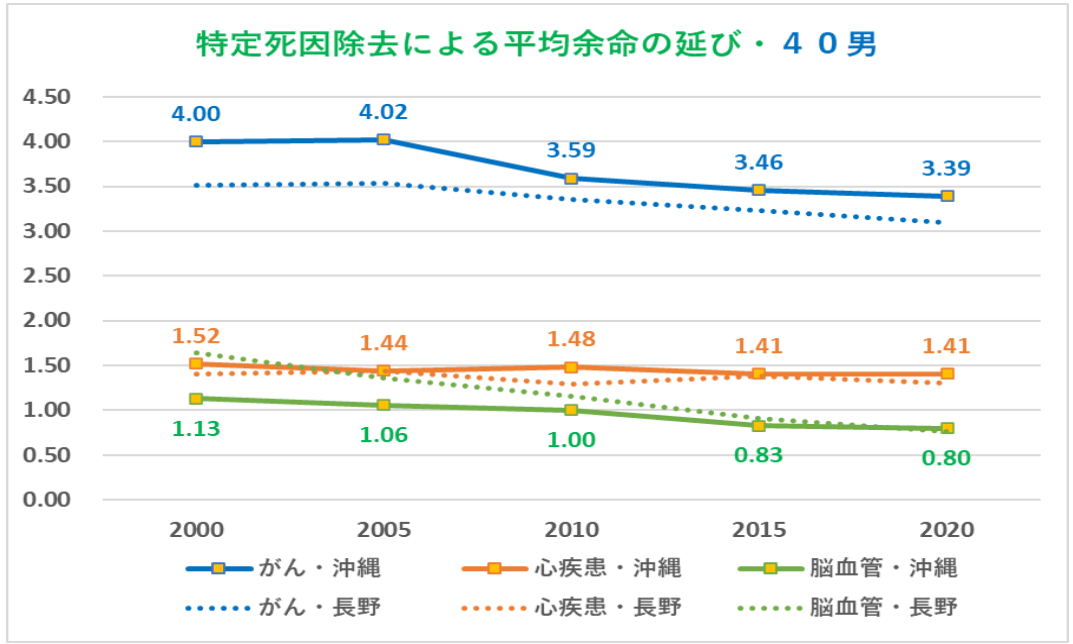
方法　戦前と戦後に琉球政府によって実施された国勢調査ならびに生命表より沖縄戦前後の相対生存率を出生コホート別に推計し，コホート別の戦後の標準化死亡比（SMR）との相関を評価する。

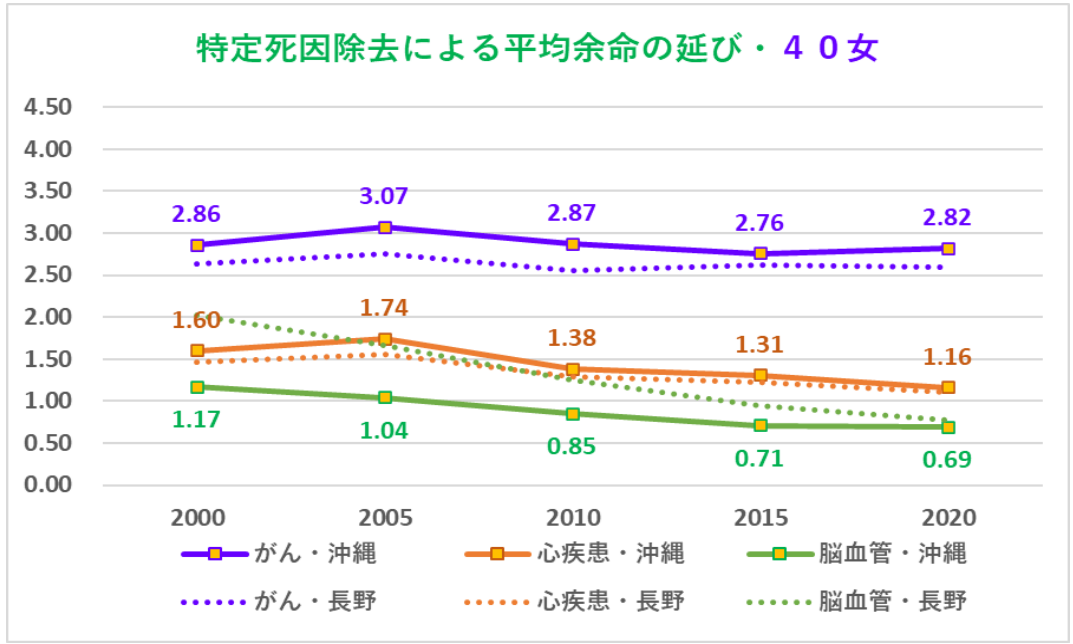
結果　沖縄県男性について沖縄戦前後の相対生存率と戦後の標準化死亡比とを出生コホートごとに比較したところ，正相関（$R^2=0.34$）がみられた。すなわち，沖縄戦前後で相対生存率の低い（＝戦争による犠牲が大きい）世代ほど，戦後の標準化死亡比が低い（＝死亡率が低い）傾向がみられた。女性についてはそのような正相関はみられなかった。

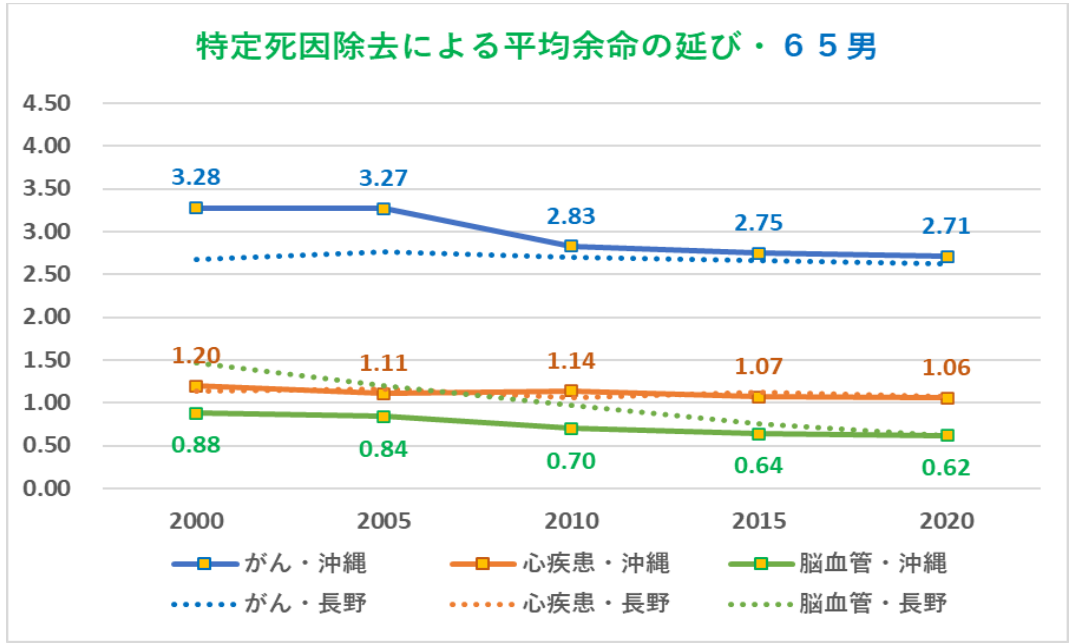
戦争による犠牲の多い世代ほど，生き残った者の戦後の死亡率は低い傾向がみられた。沖縄戦は３カ月以上に及ぶ過酷な戦闘であり，強い生命力を有する者だけしか生存できない，いわゆる「選択的淘汰」が働いたと考えられる。戦後35～40年に沖縄県男性の平均寿命が一時的に全国１になったのは，食生活やライフスタイルの影響ではなく，沖縄戦による一時的な効果であったと考えられる。

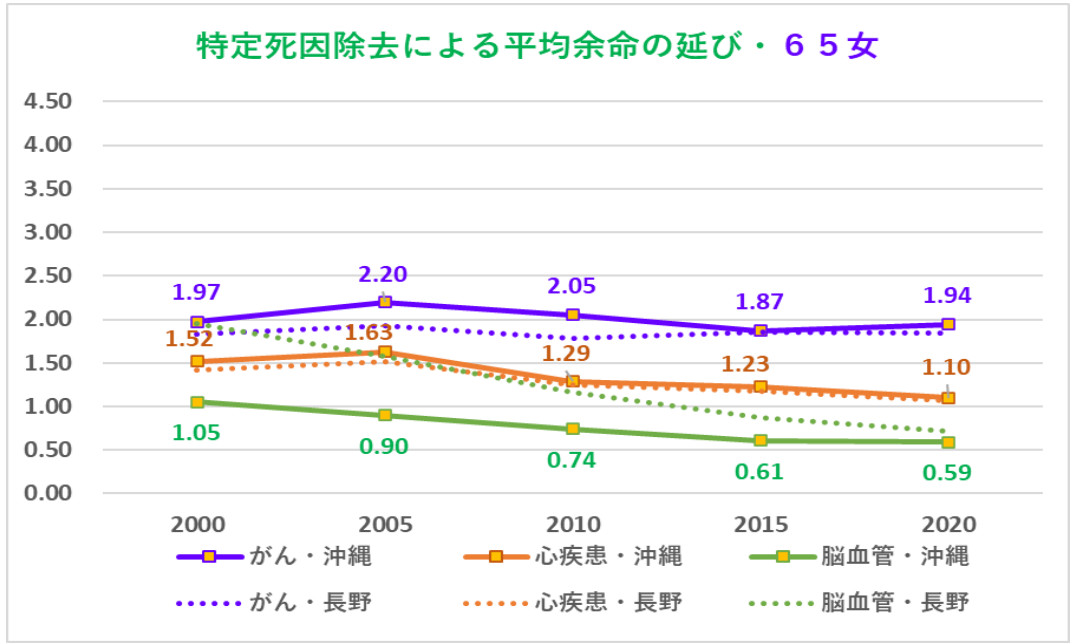
出典：厚生の指標 2022年11月号(第69巻第13号)　P7～12

4



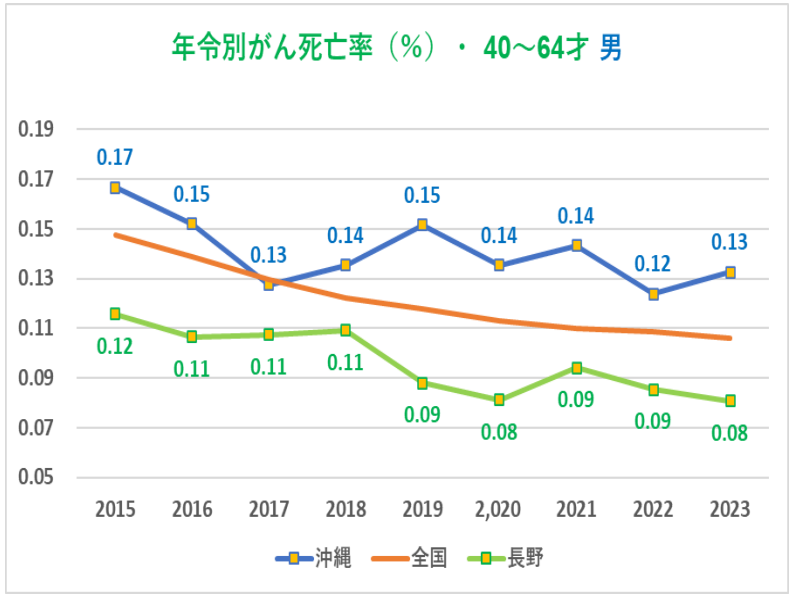


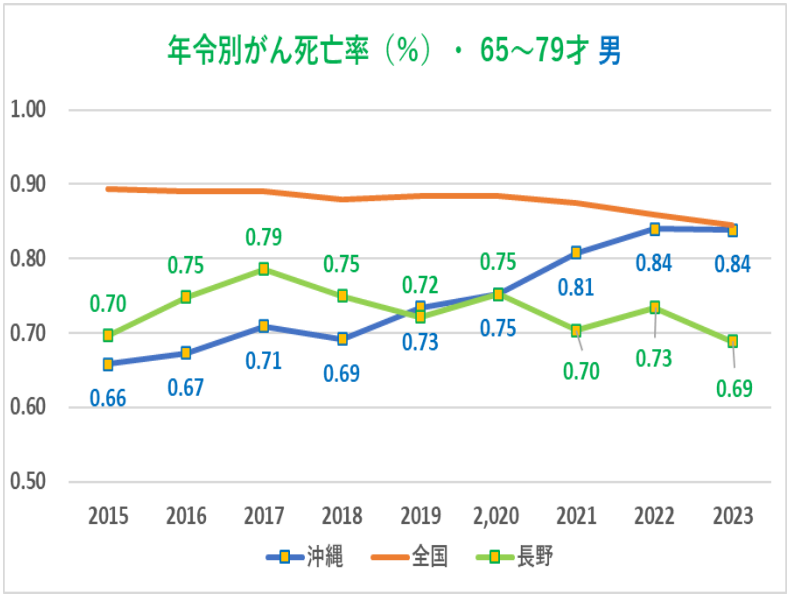


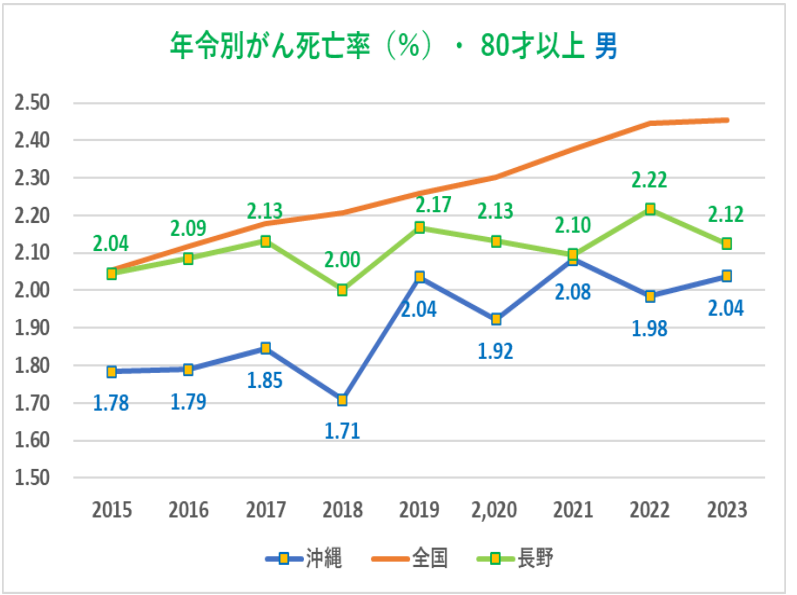


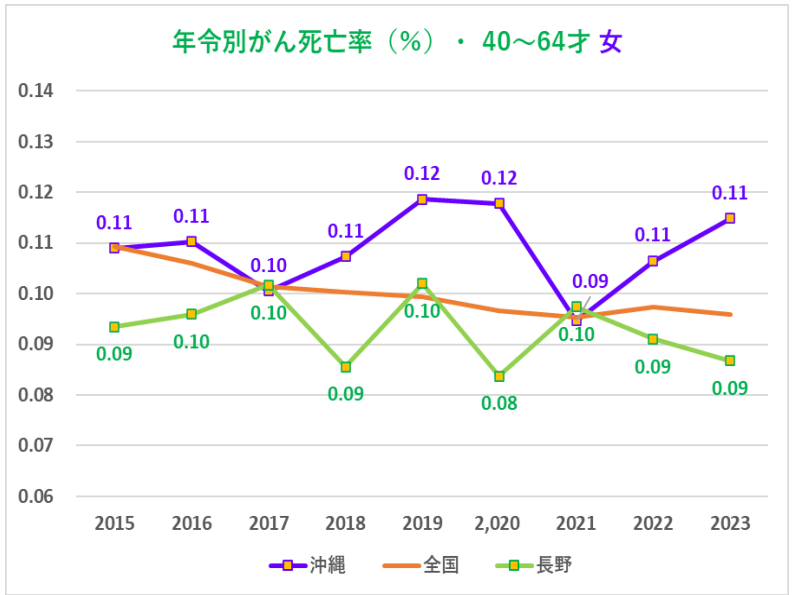
出典：e-Stat「都道府県別生命表」

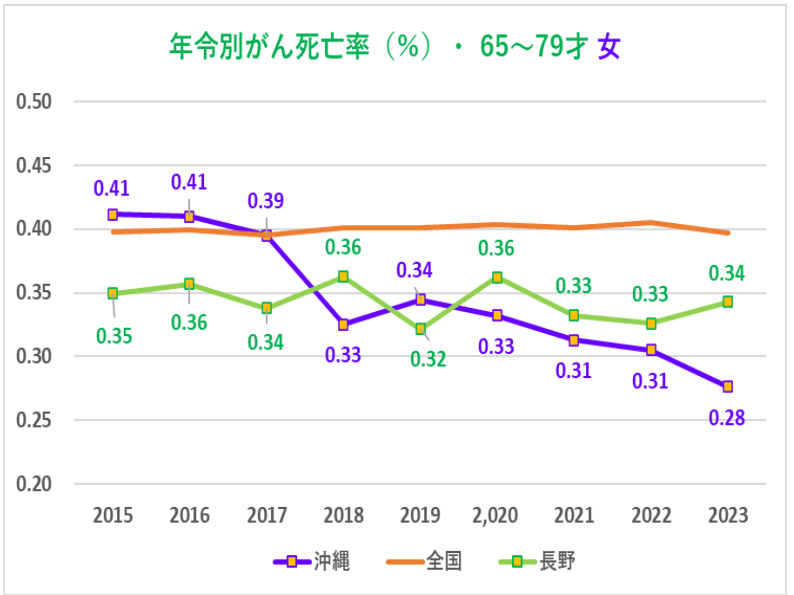
5

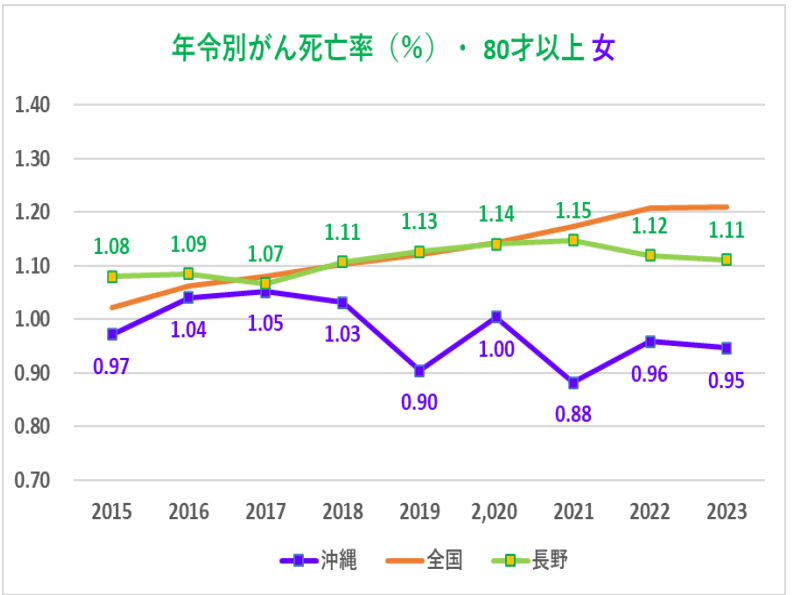




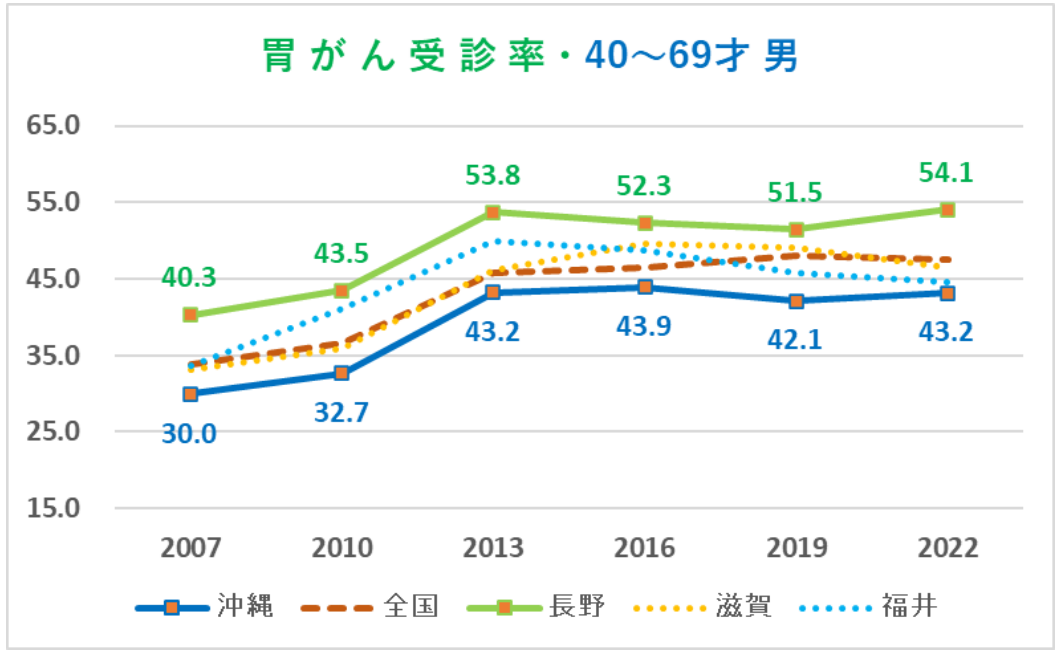


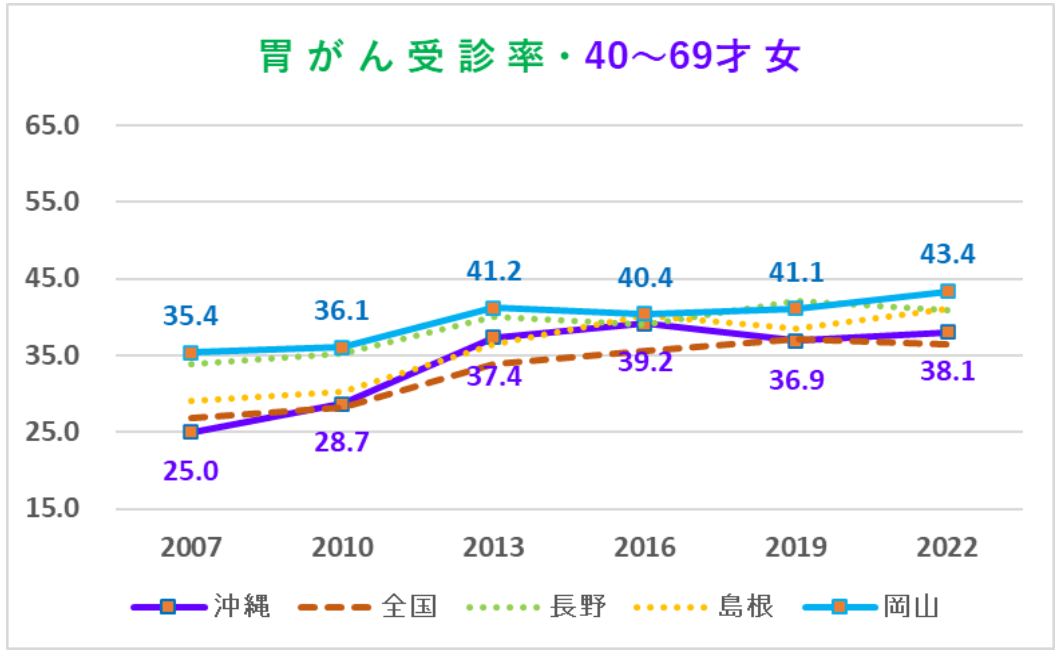


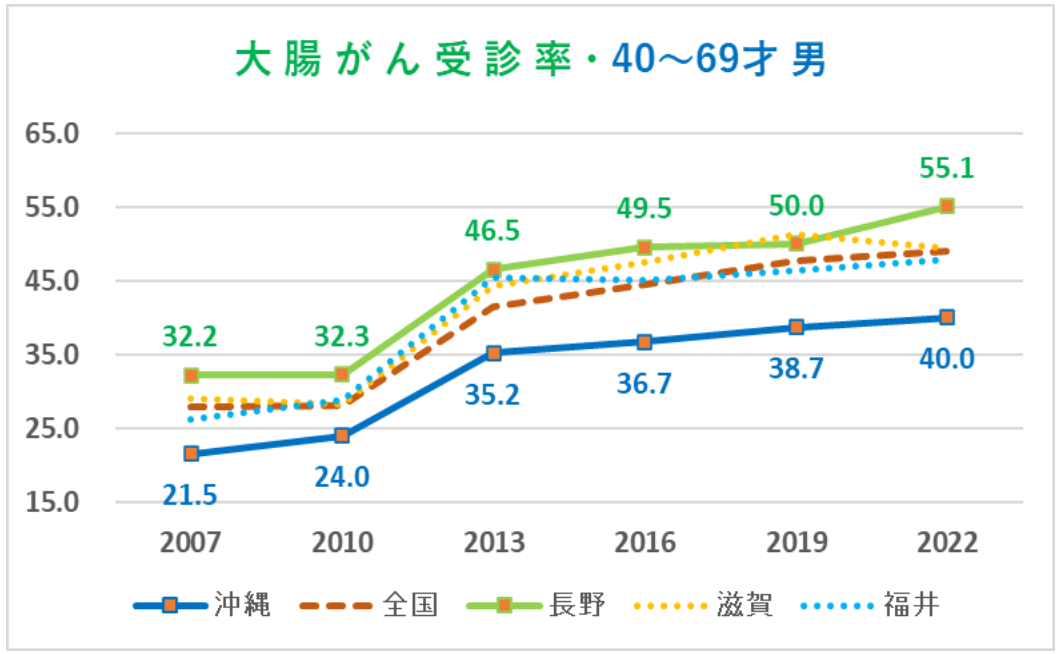


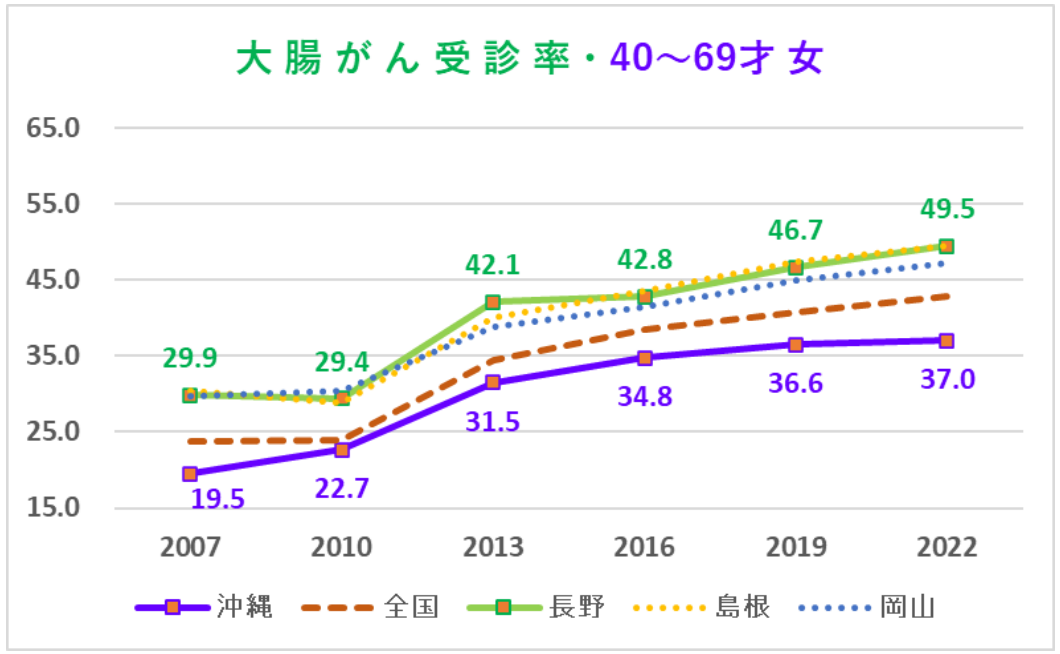


出典：e-Stat「人口動態統計、都道府県・死因・性・年令(５才階級)別 死亡数」／分母「令和２年国勢調査に関する不詳補完結果、性・年齢(５歳階級)別 日本人人口」

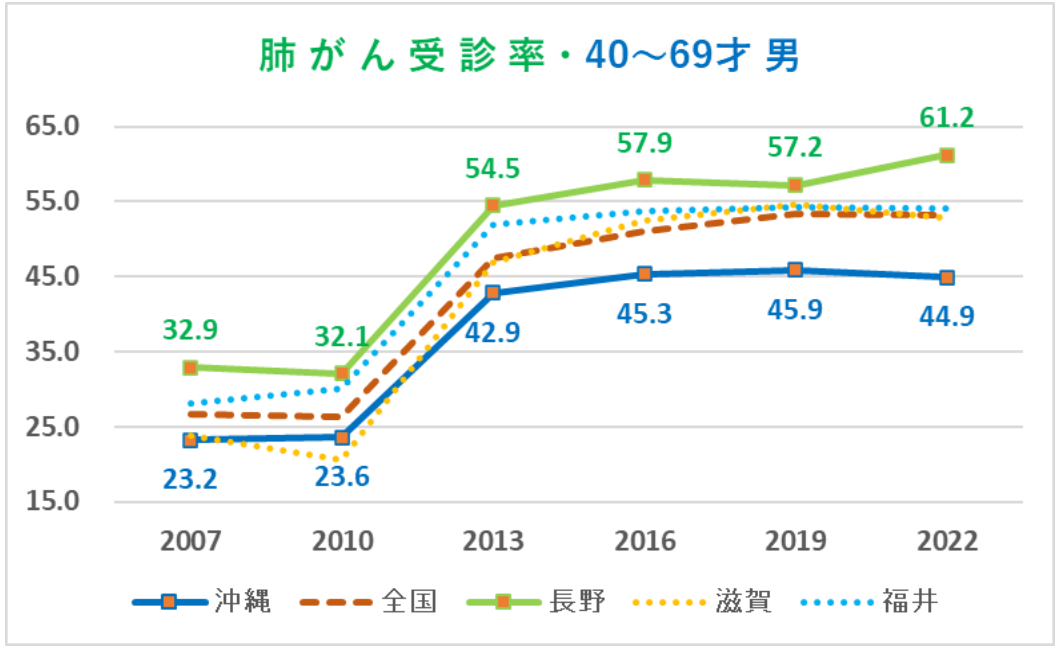


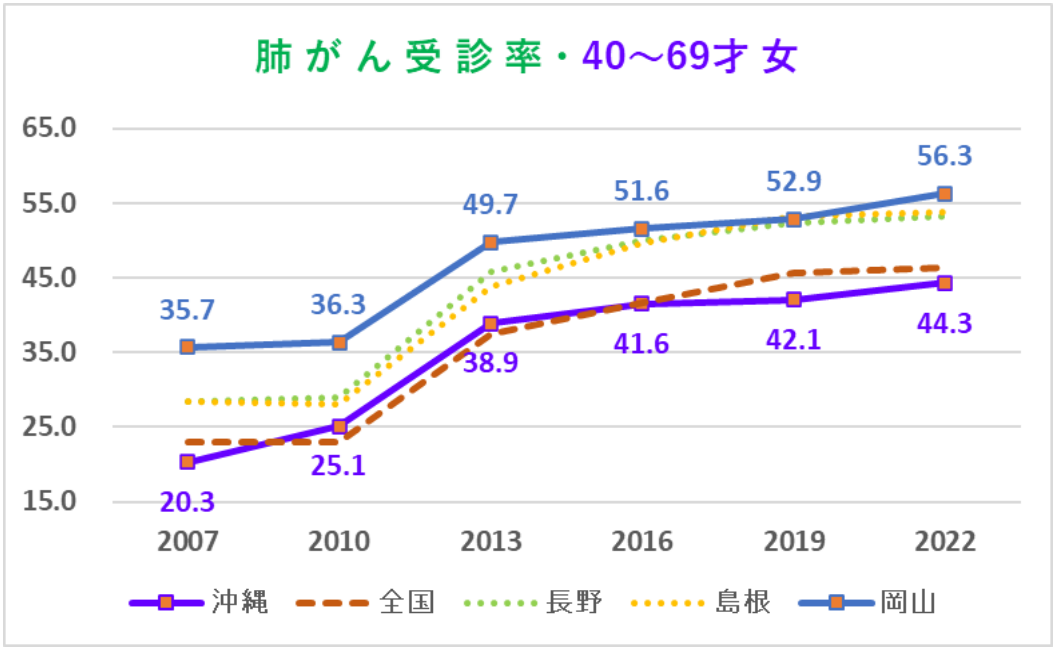


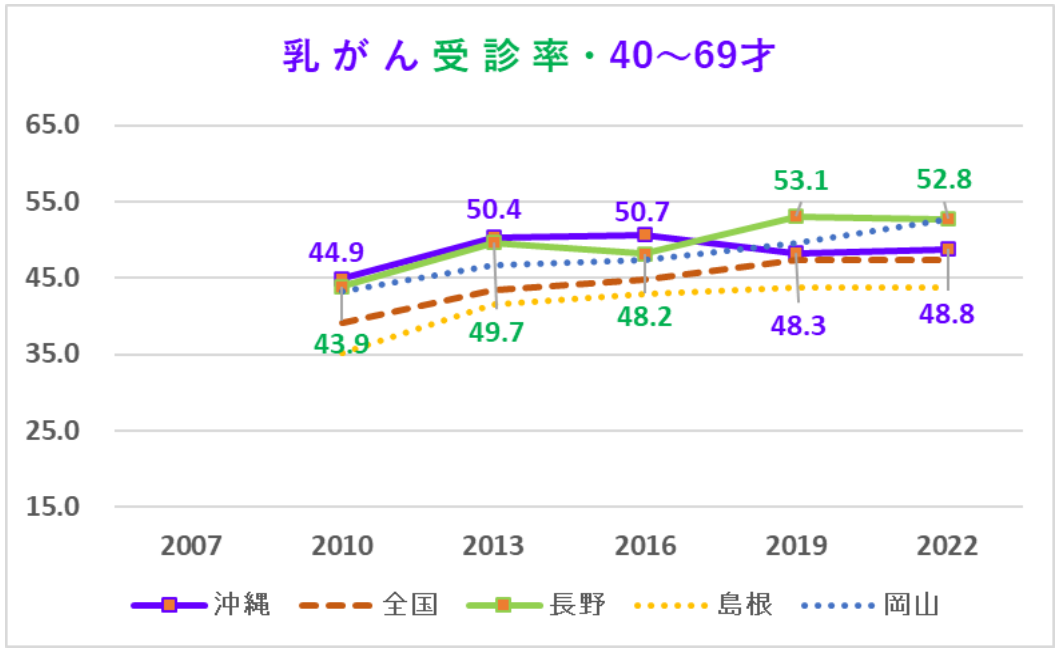


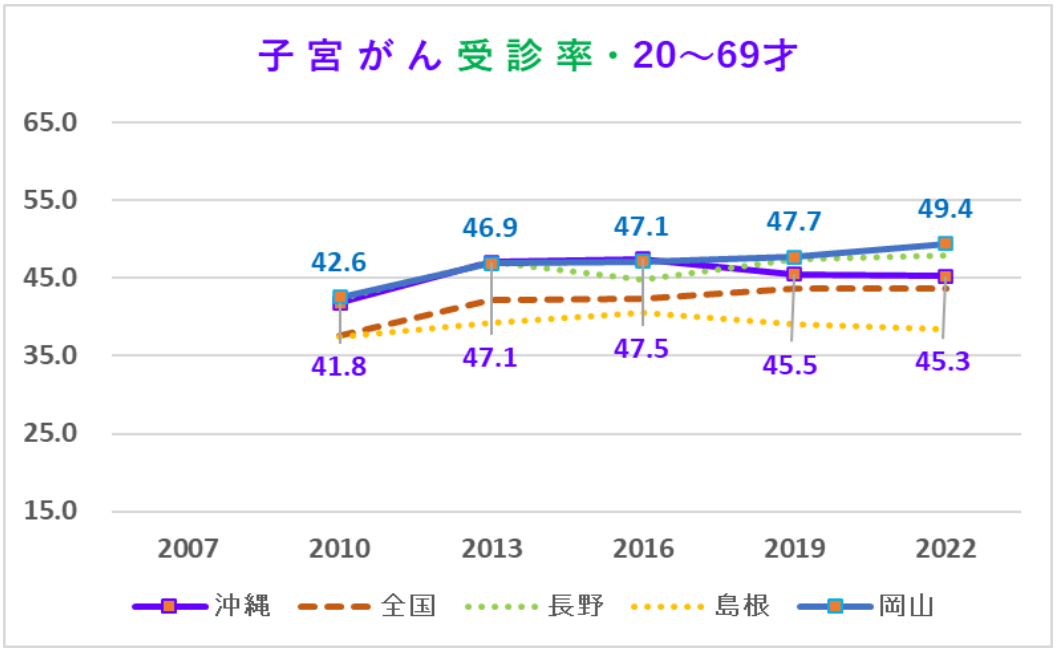


出典：e-Stat「 国民生活基礎調査 健康 都道府県編、世帯人員（20歳以上）性・年齢（５歳階級）別 がん検診受診状況 」



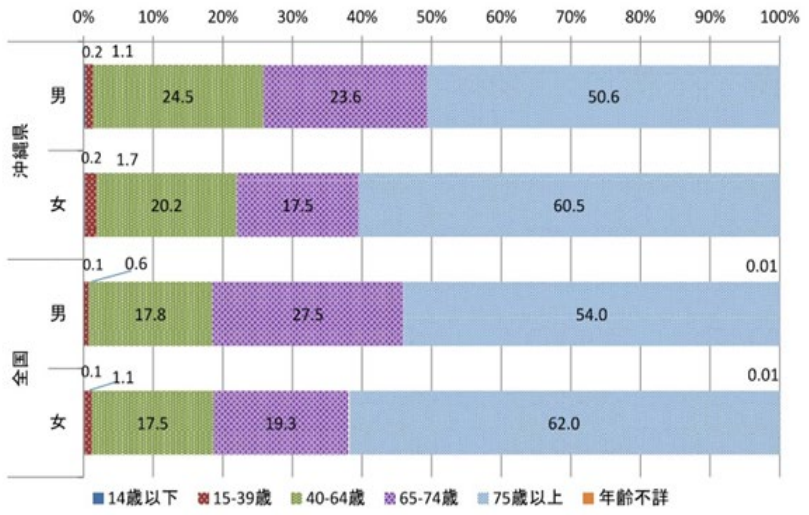






出典：e-Stat「国民生活基礎調査 健康 都道府県編、世帯人員（20歳以上）性・年齢（５歳階級）別 がん検診受診状況」

2012年



9年間同じコメント

「男女ともに沖縄が高くなっている」

2020年

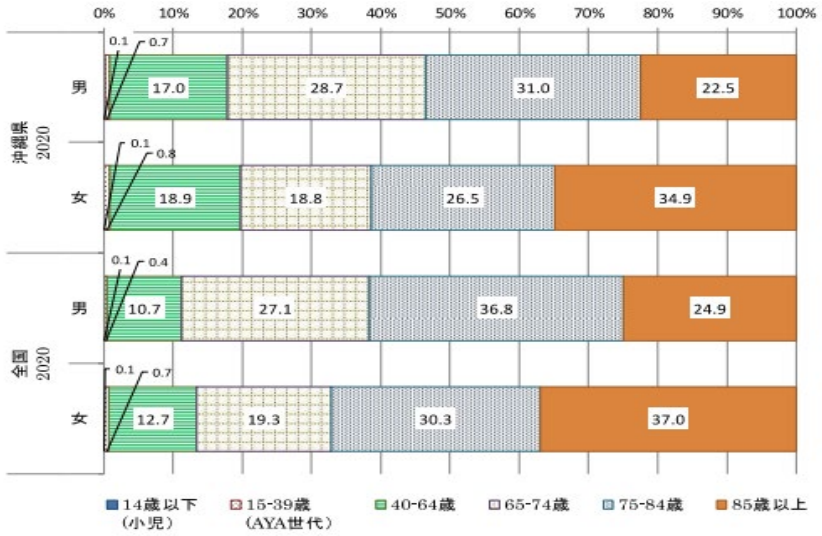
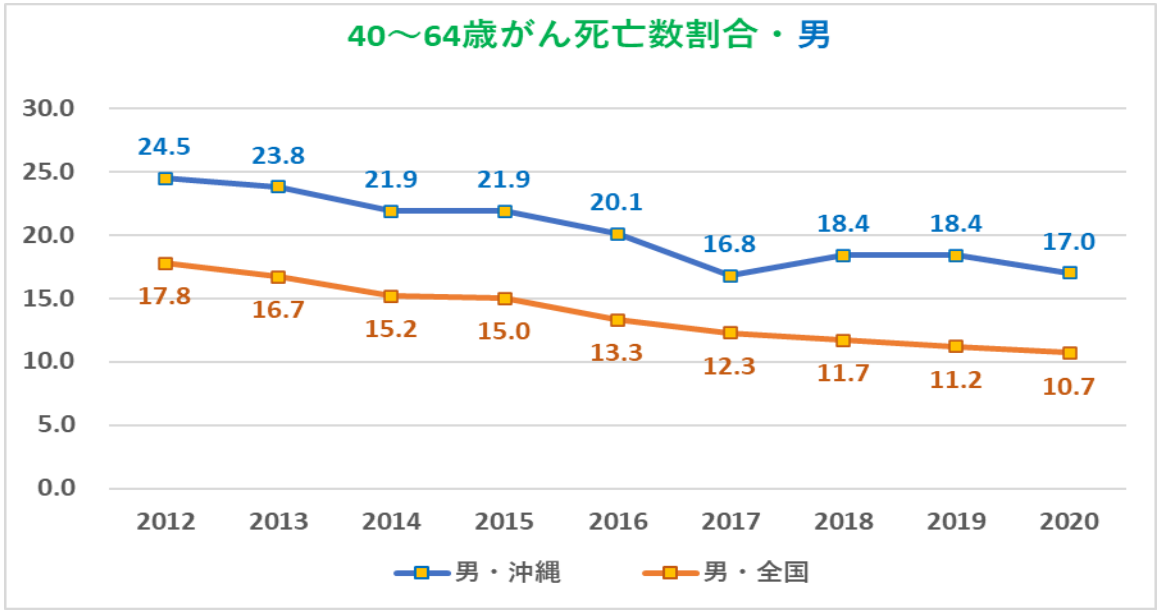
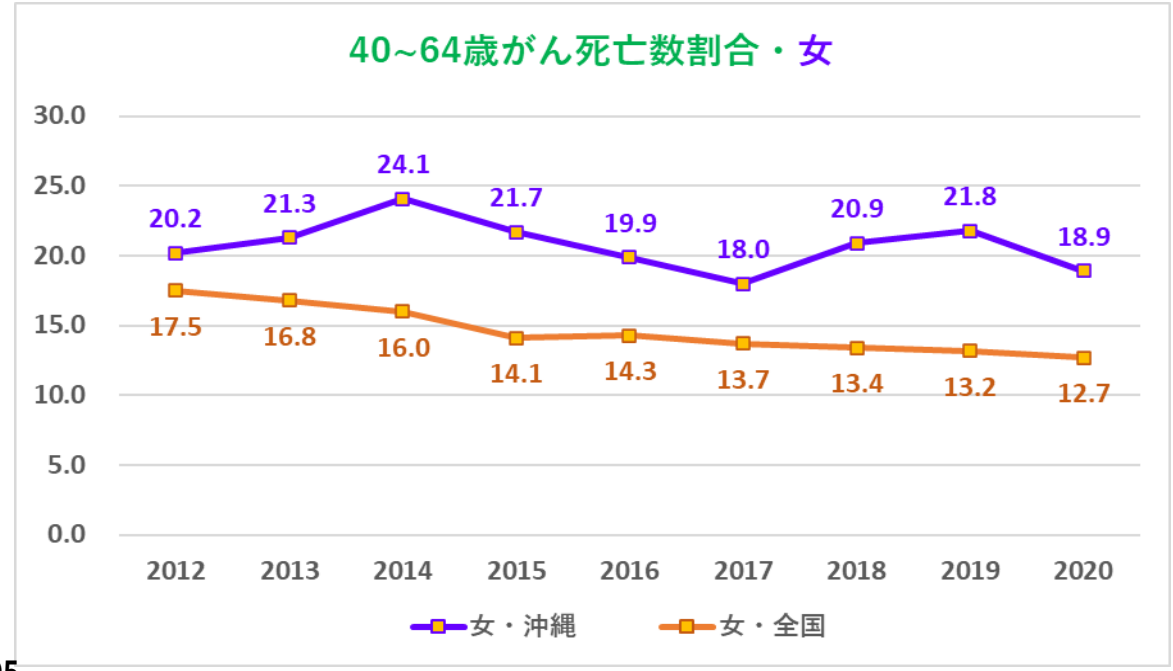


図 12 年齢階級別死亡数割合(%)(表 10 から作成。年齢不詳を除く。)





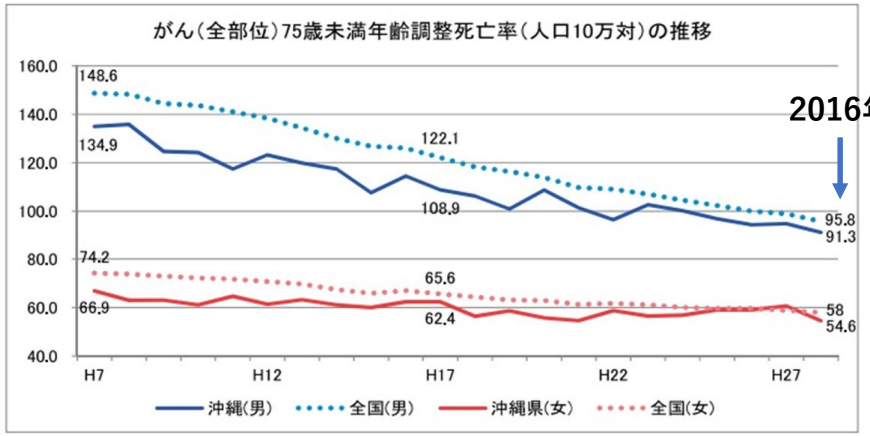
出典：沖縄県がん登録事業報告書（2012～2020年罹患集計）

第8次沖縄県医療計画（令和6年3月）・第 2 章 沖縄県の医療の現状

県のがんを取り巻く状況

75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万人対）

がん死亡（全部位）の 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の年次推移は、平成 7（1995）年から平成 28（2016）年の約 20 年間で、男女ともに減少傾向にあります。



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」

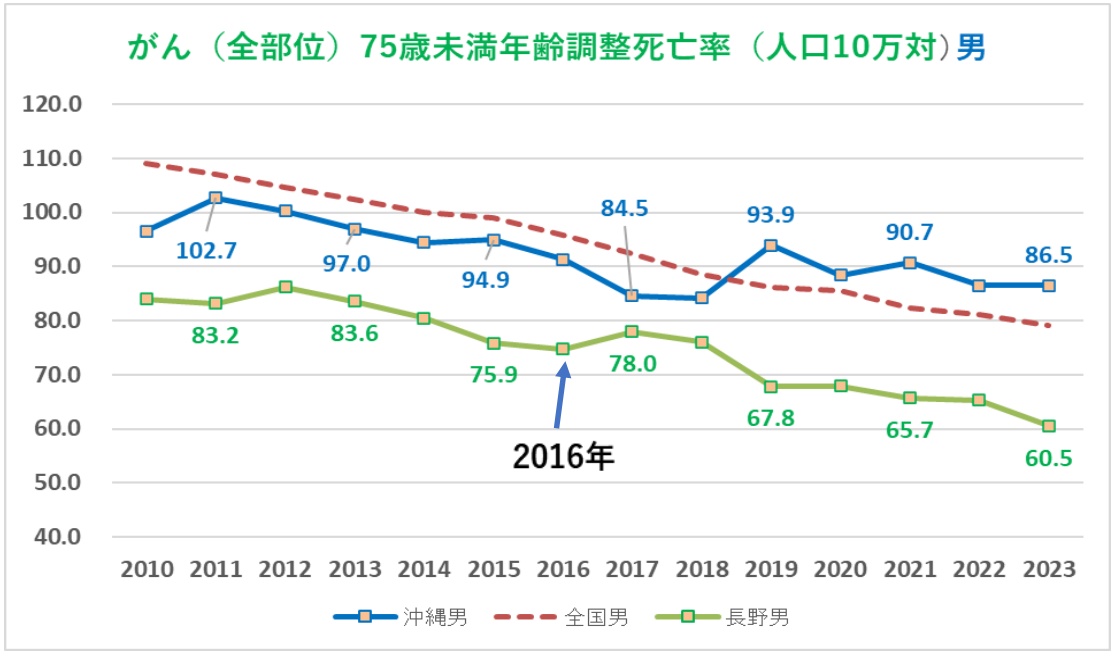
沖縄県がん対策推進計画（第３次）中間評価

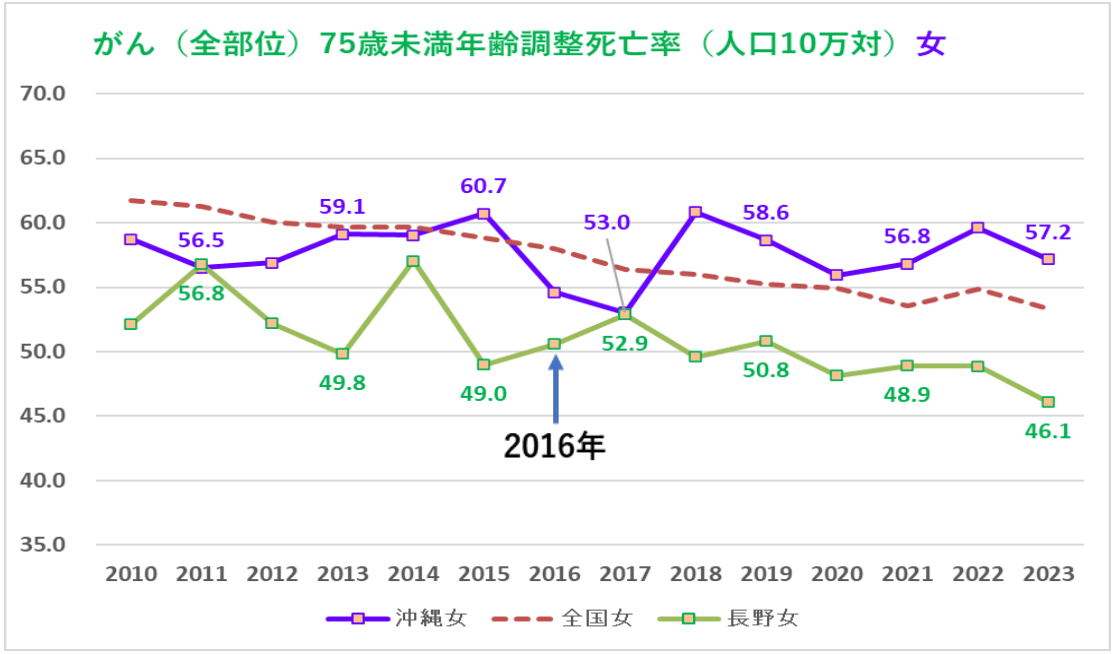
令和4年 10 月
沖縄県保健医療部健康長寿課

（b）指標の進捗状況

		基準年	H30	R1	R2	直近	目標値	進捗状況
③がん検診受診率(%)	肺	43.6 (H28)	更新なし	更新なし	43.9 (R1)	更新なし	50.0	改善 (↗)
	大腸	35.6 (H28)	更新なし	更新なし	37.4 (R1)	更新なし		改善 (↗)
	胃	41.4 (H28)	更新なし	更新なし	39.6 (R1)	更新なし		後退 (↘)
	乳	50.7 (H28)	更新なし	更新なし	48.3 (R1)	更新なし		後退 (↘)
	子宮頸	47.5 (H28)	更新なし	更新なし	45.5 (R1)	更新なし		後退 (↘)

（出典：国民生活基礎調査）





出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える・八重山病院 ・北部地区医師会病院・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	禁煙希望割合	男性	31.4% (2021) 58.9% (2016)	19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			女性	57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合※1		92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合		33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2024年9月実施)

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

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

1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合※2	家庭	5.2% (2021) 6.3% (2016)	5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※2「受動喫煙の機会を有する者」とは、現在喫煙者を除く、家庭:毎日受動喫煙の機会を有する者、その他の場所:月1回以上受動喫煙の機会を有する者。(行かなかった者を除く。)

②生活習慣(飲酒)

2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う・宮古病院 ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 山口県12.4% 石川県13.9% 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 山口県5.9% 石川県7.5% 香川県9.0% 高知県9.6% 徳島県8.4% (2022)	

2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】山形県(55.8%)・新潟県(64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」3項 ASK調べ(2023年9月)

③感染症対策(HPV)

3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの接種率		1回目 25.3% 2回目 14.3% 3回目 9.1% (2023) 1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 62.1% 2回目 40.1% 3回目 24.9% (2023) 1回目 42.1% 2回目 38.6% 3回目 29.0% (2022)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県HP「沖縄県におけるHPVワクチンの接種状況」保健医療介護部感染症対策課(2024年7月1日更新) 全国値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPV ワクチンの実施状況について」(2025年1月24日)

3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合			【参考値】 協力医療機関新規受診患者数 146人 (2023) 137人 (2022)	比較可能 データなし	参考値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」HPVワクチン接種後に症状を呈した患者のサーベイランス受診患者数(2025年1月24日)

B 中間アウトカム

1-1	喫煙率と受動喫煙が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	20歳以上の者の喫煙率	男性	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス 5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年(2025年1月31日公開)
			女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書 2021 年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査 ＊「中高生の飲酒・喫煙状況等の全国学校調査(2024年度)」2025年夏公表予定
			高校生	男子2.5% 女子0.8% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	
	指標	妊婦の喫煙率		2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 富山県0.8% (2022)	こども家庭庁育成局 母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(2025年3月27日公開)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	5.2% (2021) 6.3% (2016)	5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	
	指標	NDB-SCR/NDBニコチン依存症管理料	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
			(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

2-1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 石川県13.9% 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:国民健康・栄養調査報告(2024年11月25日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 石川県7.5% 香川県9.0% 高知県9.6% 徳島県8.4% (2022)	

3-1	HPV感染率の低下ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの接種率		1回目 25.3% 2回目 14.3% 3回目 9.1% (2023) 1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 62.1% 2回目 40.1% 3回目 24.9% (2023) 1回目 42.1% 2回目 38.6% 3回目 29.0% (2022)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県HP「沖縄県におけるHPVワクチンの接種状況」保健医療介護部感染症対策課(2024年7月1日更新) 全国値:厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料「HPV ワクチンの実施状況について」(2025年1月24日)

A 分野アウトカム

1-1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男 長野県 60.5 女 滋賀県 42.2 (2023) 男 長野県 65.2 女 徳島県 47.1 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計) 1. 死亡 都道府県別がん死亡データ 部位別75歳未満年齢調整死亡率 (2024年12月13日公開)
			胃	男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 男 熊本県 5.8 女 大分県 2.4 (2022)	
			大腸	男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男 滋賀県 3.1 女 秋田県 0.7 (2023) 男 石川県 3.3 女 石川県 0.5 (2022)	
			肺	男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
			女性乳房	女11.5 (2023)女10.3 (2022)	女10.0 (2023)女10.4 (2022)	女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
			子宮頸部	女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 石川県 2.9 (2023) 女 徳島県 3.0 (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男 山形県 1.1 女 香川県 0.3 (2023) 男 島根県 1.8 女 鳥取県他 0.6 (2022)	

1-2	がん種別罹患率が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整罹患率	全部位	男373.4 女314.5 (2020) 男405.0 女335.6 (2019)	男416.0 女325.4 (2020) 男445.7 女346.7 (2019)	男 沖縄県373.4 女 徳島県297.8 (2020) 男 長野県400.5 女 滋賀県311.2 (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 1)全国がん登録 2. 罹患 都道府県別がん罹患データ 上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用 ＊2025年3月末にNPO疾病対策センターで計測予定。
			胃	男32.7 女10.4 (2020) 男30.3 女13.8 (2019)	男54.9 女19.9 (2020) 男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県32.7 女 沖縄県10.4 (2020) 男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
			大腸	男77.5 女44.8 (2020) 男80.5 女41.4 (2019)	男68.2 女42.1 (2020) 男73.2 女44.9 (2019)	男 大分県57.9 女 熊本県35.1 (2020) 男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2 (2019)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男15.6 女 5.2 (2020) 男18.2 女 4.9 (2019)	男17.5 女 5.5 (2020) 男19.0 女 6.0 (2019)	男 山形県12.6 女 山形県 4.0 (2020) 男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
			肺	男50.2 女14.4 (2020) 男53.6 女21.4 (2019)	男58.9 女24.0 (2020) 男61.9 女26.1 (2019)	男 長野県46.6 女 沖縄県14.4 (2020) 男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
			女性乳房	女104.8 (2020) 女112.1 (2019)	女95.0 (2020) 女100.5 (2019)	女 島根県76.3 (2020) 女 福井県80.6 (2019)	
			子宮頸部	女13.6 (2020) 女19.3 (2019)	女13.1 (2020) 女13.9 (2019)	女 富山県8.6 (2020) 女 島根県 8.8 (2019)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男9.5 女7.8 (2020) 男14.0 女7.5 (2019)	男8.8 女5.7 (2020) 男8.9 女5.7 (2019)	男 青森県5.8 女 福井県3.6 (2020) 男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

④感染症対策(肝炎)

4-1	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型肝炎定期予防接種実施率		1回目 95.6% 2回目 96.0% 3回目 88.2% (2022)	1回目 96.0% 2回目 96.4% 3回目 94.3% (2022) 1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん対策推進計画(21項)より、ワクチン・検査推進課調べ (2024年5月15日) 全国値:厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」または「予防接種自治体向け説明会」資料予防接種の実施状況について(2024年12月19日)

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる・北部地区医師会病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 対人口100万人 8.8施設 (2023) 13施設 対人口100万人 8.8施設 (2022)	3,249施設 対人口100万人 26.1施設 (2023) 3,255施設 対人口100万人 26.2施設 (2022)	高知県67施設 対人口100万人 100.8施設 (2023) 高知県69施設 対人口100万人 103.8施設 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝疾患診療連携拠点病院と専門医療機関の選定状況 (2025年3月7日)
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,368 対人口10万人 365.3人 (2022)	786,219 対人口10万人 632.6人 (2022)	山梨県19,764 対人口10万人 2488.5人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数 (2025年3月7日)
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,970 対人口10万人 338.2人 (2022)	776,202 対人口10万人 624.6人 (2022)	山梨県19,689 対人口10万人 2479.1人 (2022)	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		19人 (2023) 0人 (2022) 0人 (2021)	5,833人 (2023) 5,628人 (2022) 4,397人 (2021)	大阪府805人 (2023) 大阪府871人 (2022) 大阪府954人 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策に関する調査」厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室調べ(2025年3月7日)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	752人 (2023) 745人 (2022)	88,920人 (2023) 89,121人 (2022)	東京都7,302人 (2023) 北海道7,177人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成(都道府県別受給件数)(2025年3月7日)
			C型肝炎	38人 (2023) 47人 (2022)	7,904人 (2023) 9,221人 (2022)	東京都643人 (2023) 大阪府756人 (2022)	

4-1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	0.47% (2022) 0.37% (2021)	比較可能 データなし	山梨県2.93% (2022) 山梨県3.05% (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」B型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数の対20歳以上人口比(2025年3月7日)
			C型肝炎	0.43% (2022) 0.39% (2021)	比較可能 データなし	山梨県2.92% (2022) 山梨県2.69% (2021)	
		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数(代替指標:陽性率)	B型肝炎	比較可能 データなし	陽性率0.55% (2021) 陽性率0.53% (2020)	比較可能 データなし	全国値:肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」地方自治体の肝炎ウイルス検査の陽性率の推移 (2025年3月7日)
			C型肝炎	比較可能 データなし	陽性率0.21% (2021) 陽性率0.23% (2020)	比較可能 データなし	

⑤感染症対策(HTLV-1)

5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		97.6% (2024) 100% (2023) 100% (2022)	91.9% (2024) 91.1% (2023) 86.3% (2022)	青森県他100% (2024) 青森県他100% (2023) 青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」(2025年4月15日公表)

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数					

代替指標:妊婦検診での検査数

5-1	HTLV-1 感染者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1感染率					沖縄県値:沖縄赤十字血液センターに問合せ中 (2025年4月30日)

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

番号			指針に基づいたがん検診のみを行う ・宮古病院 ・八重山病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	指針の遵守市町村の割合（再掲）		胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

番号			指針に基づかないがん検診を中止する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合		胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査 1. がん検診の実施状況(住民検診)②がん検診実施状況(集団_個別)
				大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
				肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
				女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
				子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

			行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	全国がん検診従事者研修（基礎）（実務）および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合		従事者研修（基礎）	17.5% (2023)	【参考値】 研修終了者数 1,139名(2023) 1,553名(2024)	【参考値】 研修終了者数 93名(2023) 121名(2024) ※都道府県名非公開	沖縄県値：市町村調査(2024年9月実施)
				従事者研修（実務）	6.3% (2023)	【参考値】 研修終了者数 669名(2023) 741名(2024)	【参考値】 研修終了者数 52名(2023) 69名(2024) ※都道府県名非公開	参考値：国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
				指導者研修	0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2024年9月実施)

			県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数			25人 (2023) 【参考値】がん検診事業担当63人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2024年9月実施)

			県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合※1			0% (2018～2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供

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

			県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2			41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供

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

			市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合			市町村				
					検診実施機関				
	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合		検診実施機関	市町村	100% (2023) 100% (2022) 100% (2021)	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% (2023)	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)沖縄県健康長寿課調査(2025年1月公表)検診機関別の詳細結果あり 参考値：各都道府県のWebサイト
					胃(エックス線)	94.7% 回答17/19機関 (2023) 93.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 (2024)	
					胃(内視鏡)	89.7% 回答61/68機関 (2023) 89.3% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 (2024)	
					大腸	85.5% 回答136/159機関 (2023) 89.4% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 (2024)	
					肺	84.4% 回答92/109機関 (2023) 89.1% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 (2024)	
					女性乳房	90.2% 回答37/41機関 (2023) 97.7% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 (2024)	

B 中間アウトカム

番号			科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	指針の遵守市町村の割合		胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	要精検率		胃(エックス線)	男7.42% 女5.60% (2020)	男7.99% 女5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計 データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
				胃(内視鏡)	男5.42% 女3.71% (2020)	男8.95% 女6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男8.44% 女6.04% (2020)	男9.39% 女6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
				肺	男2.15% 女1.61% (2020)	男2.42% 女1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	女7.64% (2020)	女5.86% (2020)	女 山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	女2.17% (2020)	女2.20% (2020)	女 宮城県1.35% (2020)	
	指標	精検受診率		胃(エックス線)	男56.77% 女66.52% (2020)	男79.45% 女84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計 データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
				胃(内視鏡)	男58.45% 女65.81% (2020)	男92.93% 女93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
				大腸	男54.47% 女58.29% (2020)	男67.06% 女70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
				肺	男60.78% 女70.75% (2020)	男80.50% 女84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
				女性乳房	女78.00% (2020)	女90.13% (2020)	女 宮城県97.54% (2020)	
				子宮頸部	女71.29% (2020)	女76.59% (2020)	女 宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率		胃(エックス線)	男11.32% 女12.42% (2020)	男8.99% 女5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計 データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
				胃(内視鏡)	男13.93% 女9.25% (2020)	男1.53% 女1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
				大腸	男18.11% 女15.35% (2020)	男14.92% 女13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
				肺	男12.03% 女7.63% (2020)	男7.00% 女5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
				女性乳房	女5.29% (2020)	女2.77% (2020)	女 福井県0.31% (2020)	
				子宮頸部	女6.93% (2020)	女5.82% (2020)	女 福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率		胃(エックス線)	男31.91% 女21.06% (2020)	男11.56% 女9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計 データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
				胃(内視鏡)	男27.63% 女24.94% (2020)	男5.54% 女5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
				大腸	男27.42% 女26.36% (2020)	男18.02% 女16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
				肺	男27.19% 女21.62% (2020)	男12.50% 女10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	

A 分野アウトカム

番号			有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	検診がん種別（胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸）年齢調整死亡率		胃	男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 男 熊本県 5.8 女 大分県 2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ部位別75歳未満年齢調整死亡率 (2024年12月13日公開)
				大腸	男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
				肺	男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
				女性乳房	女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
				子宮頸部	女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 石川県 2.9 (2023) 女 徳島県 3.0 (2022)	

番号			有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	検診がん種別（胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸）進行がん罹患率		胃				NPO疾病対策センター計測依頼
				大腸				
				肺				
				女性乳房				
				子宮頸部				

参考データ

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	指標	検診がん種別早期がん割合		胃※	54.2 (2021) 53.8 (2020)	58.8 (2021) 57.4 (2020)	宮城県67.3 (2021) 宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率 25-1-B 上皮内がん含む進展度・総合(%)(上皮内+限局) ※25-1-A-4 上皮内がん除く：進展度・総合(%)(限局) 2025年3月27日公開
				大腸	55.2 (2021) 56.4 (2020)	58.3 (2021) 57.9 (2020)	宮城県63.2 (2022) 広島県63.1 (2020)	
				肺	31.6 (2021) 29.08 (2020)	37.7 (2021) 36.4 (2020)	広島県44.9 (2021) 島根県45.1 (2020)	
				女性乳房	70.0 (2021) 70.0 (2020)	65.4 (2021) 64.3 (2020)	滋賀県71.3 (2021) 香川県72.8 (2020)	
				子宮頸部	82.3 (2021) 80.7 (2020)	80.5 (2021) 79.9 (2020)	高知県88.1 (2021) 熊本県87.4 (2020)	

			子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 (2023) 91.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 (2024)	
2-5	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)	86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県値：沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会　各分科会取り纏め (2025年4月1日更新)
			大腸	57.5% 23/40市町村 (2022)			
			肺	82.1% 32/39市町村 (2022)			
			女性乳房	92.5% 37/40市町村 (2022)			
			子宮頸部	39.0% 16/41市町村 (2022)			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)	27.3%(9/33)			
			大腸	2.4%(1/41)			
			肺	6.9%(2/29)			
			女性乳房	23.7%(9/38)			
			子宮頸部	17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃	30.3%(10/33)			
			大腸	14.6%(6/41)			
			肺	17.2%(5/29)			
			女性乳房	26.3%(10/38)			
			子宮頸部	33.3%(13/39)			
	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃	60% 21/35市町村 (2020)			
			大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	9.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2024年9月実施)
			検診実施機関				

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2023) 83.8% (2022)	81.1% (2023) 78.6% (2022)	青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	国立がん研究センター がん情報サービス 全国がん検診実施状況データブック 都道府県別表3～5「市区町村別がん検診チェックリスト実施率」表4【3】受診者への説明「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診 2024年4月4日更新
			胃(内視鏡)	100% (2023) 66.7% (2022)	75.7% (2023) 67.1% (2022)	秋田県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022)	
			大腸	77.5 (2023) 82.5% (2022)	80.1% (2023) 77.4% (2022)	青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			肺	77.5 (2023) 82.5% (2022)	78.3% (2023) 76.0% (2022)	青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			女性乳房	76.5 (2023) 87.1% (2022)	80.8% (2023) 78.5% (2022)	宮城県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	74.3% (2023) 82.4% (2022)	81.4% (2023) 78.8% (2022)	秋田県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	

2-1			女性乳房	女16.70% (2020)	女7.10% (2020)	女 新潟県0.15% (2020)	
			子宮頸部	女21.78% (2020)	女17.59% (2020)	女 宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率	胃(エックス線)	男0.08% 女0.02% (2020)	男0.20% 女0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3.がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男0.17% 女0.04% (2020)	男0.61% 女0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
			大腸	男0.20% 女0.10% (2020)	男0.32% 女0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
			肺	男0.05% 女0.01% (2020)	男0.08% 女0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
			女性乳房	女0.35% (2020)	女0.34% (2020)	女 山口県0.57% (2020)	
			子宮頸部	女0.04% (2019)	女0.03% (2019)	女 長崎県0.06% (2019)	
	指標	陽性反応適中度	胃(エックス線)	男1.11% 女0.44% (2020)	男2.48% 女1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3.がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年4月4日公表
			胃(内視鏡)	男3.20% 女1.03% (2020)	男6.82% 女3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
			大腸	男2.32% 女1.62% (2020)	男3.39% 女2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
			肺	男2.50% 女0.64% (2020)	男3.40% 女1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
			女性乳房	女4.59% (2020)	女5.84% (2020)	女 岩手県15.69% (2020)	
			子宮頸部	女1.24% (2019)	女1.18% (2019)	女 愛媛県2.96% (2019)	
	指標	感度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率 (子宮頸がんのみ)		女0.15% (2020)	女0.14% (2020)	女 長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」がん検診に関する統計データのダウンロード 3.がん検診のプロセス指標(住民検診) 2024年04月04日公開
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)※	女性乳房	女9.7% (2023) 女11.4% (2022) 女12.3% (2021)	女17.0% (2023) 女17.6% (2022) 女15.5% (2021)	女 栃木県54.7% (2023) 女 栃木県54.7% (2022) 女 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開
			子宮頸部	女12.4% (2023) 女13.1% (2022) 女12.7% (2021)	女25.9% (2023) 女26.4% (2022) 女24.54% (2021)	女 鳥取県61.8% (2023) 女 鳥取県61.4% (2022) 女 鳥取県58.7% (2021)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開

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

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検討を行っている市町村の割合		34.1% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2024年9月実施)

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1.がん検診の実施状況(住民検診) ①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	61.0% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.9% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			胃	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2023) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4.がん検診受診率(国民生活基礎調査)がん検診受診率
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1% (2022)	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6% (2022)	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7% (2022)	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5% (2022)	

	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	大腸	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	東京都 1.6% 1/62市町村 (2023) 該当なし (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表 がん検診「20-1肺がん検診及び大腸がん検診受診率」「20-2胃がん検診受診率」「20-3子宮頸がん検診受診率」「20-4乳がん検診受診率」2025年3月25日公開
			肺	0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2023) 該当なし (2022)	
			女性乳房	0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.12% 2/1737市町村 (2023) 0.23% 4/1737市町村 (2022)	岩手県 3.0% 1/33市町村 (2023) 宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2023) 0.17% 3/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2023) 沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」1.がん検診の実施状況(住民検診) 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」②がん検診実施状況(集団 個別) 休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数		22/41市町村 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2024年9月実施）

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般＜医療部会＞

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う ・宮古病院						
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）		12 （2018） 7 （2013）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」閲覧
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）		25施設 （2024） 26施設 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う ・北部地区医師会病院・宮古病院・八重山病院						
	指標						医療部会で検討中

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する ・北部地区医師会病院・宮古病院						
	指標						医療部会で検討中

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する　・北部地区医師会病院・宮古病院						
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数		琉球大学病院は、がん疑いを含むがん約48件、非がん約16件 （2024） 25施設385件（2023） ※そのうち、琉球大学病院は、がん：非がん比率7：3のため、がん疑い含むがん約97件、非がん約42件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する ・北部地区医師会病院　・琉球大学病院						
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する						
	指標	BCPを整備している「施設」の割合		72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

②病理診断＜医療部会＞

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う ・北部地区医師会病院・中部病院・那覇市立病院						
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合		56.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

③がんゲノム医療＜医療部会＞

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う ・北部地区医師会病院・中部病院・宮古病院・八重山病院・琉球大学病院・那覇市立病院						
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数		126人 内訳：琉大病院82人、中部病院44人 （2023）	93,340 2019年06月01日～2025年02月15日累計 （2025年4月15日C-CAT閲覧）	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施） 全国値：がんゲノム情報管理センターC-CAT調査結果 統計情報C-CATに登録された検査件数
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数		7人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日（年度集計）
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 対人口100万人 8.2人 （2024）	1，850人 対人口100万人 14.9人 （2024）	東京都436人 対人口100万人 30.9人 （2024）	臨床遺伝専門医制度委員会 （2024年4月17日現在）
			②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	387人 対人口100万人 3.1人 （2024）	東京都91人 対人口100万人 6.5人 （2024）	認定遺伝カウンセラー制度委員会（2024年3月現在）
			③がんゲノム医療コーディネーター（受講者数）	6人 対人口100万人 4.0人 （2022）	2,360人 対人口100万人 18.74人 （2022）	島根県30人 対人口100万人 45.02人 （2022）	がん対策推進協議会資料「人材育成」（2022年10月13日開催）

④手術療法＜医療部会＞

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する・宮古病院　・八重山病院・那覇市立病院						
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	85人 対人口100万人 57.8人 （2024） 81人 対人口100万人 55.1人 （2023）	9,183人 対人口100万人 73.9人 （2024） 8,897人 対人口100万人 71.6人 （2023）	鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 （2024） 京都府258人 対人口100万人 101.8人 （2023）	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供（2024年9月17日）
			②呼吸器外科専門医	17人 対人口100万人 11.6人 （2024） 16人 対人口100万人 10.9人 （2023）	1,647人 対人口100万人 13.3人 （2024） 1,662人 対人口100万人 13.4人 （2023）	徳島県16人 対人口100万人 23.1人 （2024） 徳島県16人 対人口100万人 23.1人 （2023）	呼吸器外科専門医合同委員会　呼吸器外科専門医名簿（2024年12月4日閲覧）
			③乳腺外科専門医（乳腺専門医）	18人 対人口100万人 12.2人 （2024）	2,034人 対人口100万人 16.4人 （2024）	京都府69人 対人口100万人 27.2人 （2024）	日本乳癌学会　乳腺専門医・指導医一覧閲覧（2024年6月現在）
			④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 （2024）	753人 対人口100万人 6.1人 （2024）	京都府33人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本小児外科学会　小児外科専門医名簿閲覧（2024年1月現在）※年1回更新
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	667人 対人口100万人 5.4人 （2024） 586人 対人口100万人 4.7人 （2023）	滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 （2024） 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 （2023）	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供（2024年11月14日）
			⑥脳神経外科専門医	74人 対人口100万人 50.4人 （2023）	7，899人 対人口100万人 63.6人 （2023）	高知県67人 対人口100万人 100.8人 （2023）	日本脳神経外科学会　地域別専門医リスト閲覧（2023年9月現在）
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	185人 対人口100万人 1.5人 （2024）	徳島県3人 対人口100万人 4.3人 （2024）	日本整形外科学会　日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿閲覧（2024年4月30日）※サイトへの掲載に同意した骨・軟部腫瘍医だけです。このほかにも日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医がいることをご承知おきください。

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通した質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている						
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合		琉大病院84.6% （2023）	89.8% （2023）	最終版 報告書まち （2023）	患者体験調査【問27】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合		琉大病院100% （2023） 71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	最終版 報告書まち （2023） 長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査【問15】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					ベンチマーク部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	127.3 （2022） 134.2 （2021）	100.0	大分県430.2 （2022） 大分県356.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）B001-00-23（コード113015210）
			外来	106.7 （2022） 98.7 （2021）	100.0	鳥取県261.7 （2022） 鳥取県255.3 （2021）	
			入院+外来	110.1 （2022） 105.3 （2021）	100.0	鳥取県251.7 （2022） 鳥取県245.5 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	85.5 （2022） 100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.9 （2022） 東京都193.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）B010-00-00（コード113009510）
			外来	66.1 （2022） 69.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都244 （2022） 三重県323.0 （2021）	
			入院+外来	67.2 （2022） 71.0 （2021）	100.0 （2021）	東京都241.3 （2022） 三重県308.5 （2021）	
	指標	医療者調査　問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。		68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% （2023） 63.03% （2020）	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。		マイナス2.5スコア （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」問8の集計結果

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている						
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		琉大病院64.3% （2023） 72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 山口県80.3% （2018）	患者体験調査【問11】施設別集計結果（2025年3月26日公表）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている						
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2.4% 患者数3人（琉大病院2人、中部病院1人） （2023）	調査中（がんゲノム情報管理センターC-CAT）	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	DPC-QI　lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている						
	指標	DPC-QI　15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査　問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている						
	指標	がん種別5年生存率	全部位				NPO疾病対策センター計測依頼
			胃				
			大腸				
			肝細胞				
			肝内胆管				
			胆のう				
			膵				
			小細胞肺				
			非小細胞肺				
			女性乳房				
			前立腺				
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		琉大病院8.3点 （2023） 8.4点 （2018）	8.2点 （2023） 8.0点 （2018）	最終版 報告書まち （2023） 愛媛県8.5点 （2018）	患者体験調査【問31】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% （2018）	79.0% （2018）	東京都88.3% （2018）	患者体験調査【問20-8】（2020年11月11日公表）
	指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% （2018） 80.2% （2014）	77.4% （2018） 88.1% （2014）	愛媛県89.5% （2018） 福島県93.8% （2014）	患者体験調査【問20-10】（2020年11月11日公表）

4-1			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1，224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧閲覧(2024年5月1日更新)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP閲覧(2024年4月3日現在)
			⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供(2024年10月30日)
			⑪頭頸部がん専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	563人 対人口100万人 4.5人 (2024)	京都89人 対人口100万人 35.1人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧閲覧(2024年4月3日)
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2，240人 対人口100万人 18.0人 (2024)	鳥取県19人 対人口100万人 35.4人 (2024)	日本口腔外科学会　勤務地都道府県別名簿閲覧 (2024年5月13日現在)
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	72.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)
			②呼吸器外科専門医	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医 (乳腺専門医)	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医	60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	56.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医	8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医	36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する　・那覇市立病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している「施設」の割合	64.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

⑤放射線療法＜医療部会＞

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する・中部病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2024)	1，437人 対人口100万人 11.6人 (2024)	京都府57人 対人口100万人 22.5人 (2024)	日本放射線腫瘍学会　放射線治療専門医リスト閲覧 (2024年4月1日現在)
			②放射線治療専門放射線技師	11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1，847人 対人口100万人 14.9人 (2023)	大分県62人 対人口100万人 56.7人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧(2023年10月1日現在)
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1，461人 対人口100万人 11.8人 (2023)	福井県18人 対人口100万人 24.2人 (2023)	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧(20231118)
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2024)	360人 対人口100万人 2.9人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」 (2024年12月25日現在)
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	50人 対人口100万人 0.4人 (2024)	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 (2024)	
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上	20.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合	27.3% 3/11施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：有賀先生に問い合わせ(2024年7月26日)

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数	※9人 (2024) ※集計不可(友愛医療センター)、患者数不明(南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院)の施設を除く。	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　b35 乳房温存術後の放射線療法		100.0%	73.7%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法		25.0%	62.1%	100.0% (複数)	
	指標	DPC-QI　lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療		66.7%	47.4%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査　問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)

⑥薬物療法＜医療部会＞

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する・北部病院・宮古病院・琉球大学病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2024年9月実施)
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2025) 6人 対人口100万人 4.1人 (2024)	1，796人 対人口100万人 14.5人 (2025) 1，682人 対人口100万人 13.5人 (2024)	岡山県52人 対人口100万人 28.2人 (2025) 岡山県50人 対人口100万人 27.1人 (2024)	日本臨床腫瘍学会事務局からのデータ提供(2025年4月1日現在)
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 (2025) 0人 対人口100万人 0.0人 (2024) 0人 対人口100万人 0.0人 (2023)	415人 対人口100万人 3.3人 (2025) 385人 対人口100万人 3.1人 (2024) 351人 対人口100万人 2.8人 (2023)	石川県12人 対人口100万人 10.8人 (2025) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2024) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2023)	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 4人 対人口100万人 2.7人 (2023)	845人 対人口100万人 6.8人 (2025) 827人 対人口100万人 6.7人 (2024) 786人 対人口100万人 6.3人 (2023)	石川県22人 対人口100万人 19.9人 (2025) 石川県21人 対人口100万人 19.0人 (2024) 石川県20人 対人口100万人 18.1人 (2023)	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 対人口100万人 8.2人 (2023)	1，019人 対人口100万人 8.2人 (2023)	島根県13人 対人口100万人 20.1人 (2023)	日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧 (2023年10月1日現在)
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 対人口100万人 4.1人 (2023)	956人 対人口100万人 7.7人 (2023)	福岡県58人 対人口100万人 11.4人 (2023)	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC)一覧閲覧 (2024年10月1日現在)
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」 (2024年12月25日現在)
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法(74歳以下)術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% (複数)	
	指標	DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査　問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)

			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	中間アウトカムの指標と同じ				

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する・宮古病院・八重山病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合	88.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

⑦チーム医療の推進＜医療部会＞

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う・中部病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中
	指標					医療部会で検討中

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合	96.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値医療機関調査（2024年9月実施）

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合	76.0% 19/25施設 （2025） 76.0% 19/25施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) 受理番号：栄養チ 2025年4月1日現在（※毎月上旬更新予定）

⑧医療実装＜医療部会＞

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数		比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	2/3施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床研究の数	14 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分と感じた患者の割合	琉大病院84.6% （2023） 77.3% （2018）	79.8% （2023） 68.8% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 東京都78.0% （2018）	患者体験調査【問23-7】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	琉大病院84.6% （2023） 53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査【問23-6】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算	158.2 （2022） 190.1 （2021）	100.0	高知県188.0 （2022） 沖縄県190.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-233-02-00(コード190136810)
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料				
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)				
	指標	医療者調査 問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。	13.9% （2023） 61.9% （2015）	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62% （2023） 秋田県62% （2020）	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。	63.9% （2023） 97.9% （2015）	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97% （2023） 秋田県97% （2020）	参考値：秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」問25の集計結果

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数	※298人 （2023） ※患者数不明（南部医療センター・こども医療センター）、患者数が多く集計困難（友愛医療センター）を除く			沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。	64.4%（なかったとの回答） （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

緩和・支持療法

C 個別施策

①緩和ケア＜緩和ケア・在宅医療部会＞

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う・北部地区医師会病院・中部病院・宮古病院・八重山病院・那覇市立病院						
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院						
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合		68.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する・北部地区医師会病院・中部病院・那覇市立病院						
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数		1,125件（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数		389件（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数		626件（2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	356人 対人口100万人 2.9人 （2024）	鳥取県4人 対人口100万人 7.5人 （2024）	日本緩和医療学会 認定名簿閲覧（2024年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県9人 対人口100万人 16.8人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	183人 対人口100万人 1.5人 （2024）	京都府9人 対人口100万人 3.6人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会 登録医リスト閲覧（2024年4月現在）
			③ペインクリニック専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,642人 対人口100万人 13.2人 （2024） 1,619人 対人口100万人 13.0人 （2023）	栃木県54人 対人口100万人 28.5人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 29.1人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2024年12月24日）
			④放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024）	1,437人 対人口100万人 11.6人 （2024）	京都府57人 対人口100万人 22.5人 （2024）	日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医リスト閲覧（2024年4月1日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1,847人 対人口100万人 14.9人 （2023）	大分県62人 対人口100万人 56.7人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧（2023年10月1日現在）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター ⑧登録者数の状況閲覧（2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会 都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表閲覧（2023年6月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			①緩和医療学会認定医	28.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			③ペインクリニック専門医	28.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			④放射線治療専門医	32.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			⑧公認心理師	44.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	
			⑧臨床心理士	44.0%（2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている						
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合		琉大病院 91.6% （2023） 80.1% （2018）	90.1% （2023） 74.1% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 愛媛県86.3% （2018）	患者体験調査【問23-3】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合		琉大病院100% （2023） 78.6% （2018）	90.1% （2023） 71.7% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 愛媛県79.8% （2018）	患者体験調査【問23-4】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	医療者調査　問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。		75.2% （2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。		71.4% （2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。		59.4% （2023）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	緩和ケアの質の向上ができている						
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率					
	指標						緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数		51.0 （2022） 39.3 （2021）	100.0	福井県221.8 （2022） 福井県211.7 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-226-02-01（コード190110070）
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）		78.8 （2022） 84.3 （2021）	100.0	長野県226.8 （2022） 長野県230.2 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-100-00入院＋外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）		78.1 （2022） 68.0 （2021）	100.0	鹿児島県899.7 （2022） 岐阜県296.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-101-00入院＋外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数：M001-3（直線加速器による放射線治療）の2		138.0 （2022） 141.9 （2021）	100.0	山形県240.7 （2022） 山形県214.8 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）M-001-03-02入院＋外来（コード180035310）

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合		なし （2023） 70.4% （2018） 62.0% （2014）	なし （2023） 69.5% （2018） 61.5% （2014）	なし （2023） 岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査【問36-5】（2020年11月11日公表）
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合		琉大病院 30.7% （2023） 43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	最終版 報告書まち （2023） 山口県55.2% （2018）	患者体験調査【問64】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合		琉大病院 76.9% （2023） 78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	最終版 報告書まち （2023） 徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	患者体験調査【問59】施設別集計結果（2025年3月26日公表）

②在宅医療<緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング>

2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院・中部病院・宮古病院・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	拠点病院等(医師、看護師、MSW)	解析中 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年2月実施)
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション(医師、看護師)	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:2025年8月アンケート施行予定

2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:2025年8月アンケート施行予定

2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		3人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 対人口100万人 6.8人 (2024)	461人 対人口100万人 3.7人 (2024)	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 (2024)	日本在宅医療連合学会認定専門医一覧閲覧 (2024年5月17日)
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 (2024)	3,348人 対人口100万人 26.9人 (2024)	東京都679人 対人口100万人 48.1人 (2024)	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供(2024年12月)
			②訪問看護師	3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	549人 対人口100万人 4.4人 (2024)	愛知県83人 対人口100万人 11.1人 (2024)	日本看護協会 分野別都道府県別登録者検索 ※非公開に設定された項目および関連項目は、検索条件で指定されても検索対象になりません。(2024年4月30日閲覧)
			③介護支援専門員	7,024人 対人口100万人 4,779.4人 (2023)	751,059人 対人口100万人 6043.2人 (2023)	徳島県7,111人 対人口100万人 10,259.9人 (2023)	厚生労働省 介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について閲覧(2024年5月16日)
			④在宅医療インテグレーター(養成講座修了者数)	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	382人 対人口100万人 3.1人 (2024)	沖縄県13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供(2024年6月17日)
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	①在宅療養支援診療所	96施設 対人口100万人 66.7施設 (2023) 98施設 対人口100万人 66.7施設 (2022)	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 (2023) 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 (2022)	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 (2023) 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 (2022)	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集閲覧(2025年4月17日)
			②強化機能型在宅療養支援診療所	36施設 対人口100万人 24.5施設 (2023) 33施設 対人口100万人 22.5施設 (2022)	4,005施設 対人口100万人 32.2施設 (2023) 3,796施設 対人口100万人 30.5施設 (2022)	大阪府454施設 対人口100万人 51.8施設 (2023) 和歌山県44施設 対人口100万人 49.5施設 (2022)	
			③在宅療養支援病院	20施設 対人口100万人 13.6施設 (2023) 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2022)	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 (2023) 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 (2022)	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 (2023) 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 (2022)	
			④訪問看護ステーション	234施設 対人口100万人 159.2施設 (2023) 201施設 対人口100万人 136.8施設 (2022)	16,423施設 対人口100万人 132.1施設 (2023) 14,829施設 対人口100万人 119.3施設 (2022)	和歌山県193施設 対人口100万人 217.0施設 (2023) 和歌山県178施設 対人口100万人 200.1施設 (2022)	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0.0施設 (2025) 1施設 対人口100万人 0.7施設 (2024)	208施設 対人口100万人 1.7施設 (2025) 191施設 対人口100万人 1.5施設 (2024)	滋賀県6施設 対人口100万人 4.3施設 (2025) 長崎県5施設 対人口100万人 4.0施設 (2024)	厚生労働省 地域連携薬局・専門医療機関連携薬局の件数閲覧 (2025年3月31日時点)
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設 (2024)			沖縄県値:沖縄県薬剤師会 沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧(2024年11月8日)
			無菌製剤処理 (共同利用含む)	114/383施設 (2024)			
			⑦介護サービス事業所	2,715施設 (2025) 2,638施設 (2024) 2,504施設 (2023)			沖縄県値:沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧(2025年4月1日現在)※状態区分「指定」のみ
			⑧訪問リハビリテーション事業所	45施設 対人口100万人 30.6施設 (2024) 37施設 対人口100万人 25.2施設 (2023)	4,941施設 対人口100万人 39.8施設 (2024) 4,909施設 対人口100万人 39.5施設 (2023)	徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 (2024) 徳島県96施設 対人口100万人 138.5施設 (2023)	厚生労働省 介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ「140訪問リハビリテーション」閲覧 (2024年6月末時点)

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:各地区医師会にて調査予定

③リハビリテーション<医療部会>

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する・北部地区医師会病院・中部病院・宮古病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合		65.4% 17/26施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:九州厚生局届出受理医療機関名簿(全体版)受理番号:がんリハ 令和6年8月1日現在(※毎月上旬更新予定)

④支持療法<医療部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する・北部地区医師会病院・中部病院・宮古病院・琉球大学病院・那覇市立病院						
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数（修了者数）		3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	350人 対人口100万人 2.8人 （2023）	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 （2023）	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供（2024年8月15日）
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合		32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合		48.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-2	［施設］では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する・中部病院・那覇市立病院						
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合		60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う・北部地区医師会病院・中部病院・那覇市立病院・八重山病院・琉球大学病院						
	指標	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数※		6件 （2023） 6件 （2022） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-01.妊孕性、生殖機能

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する・琉球大学病院						
	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数		54例 （2023）	1089例 【内訳】男性569例、女性520例 （2023）		沖縄県値・全国値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2024年6月21日）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する						
	指標	がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数		40例 内訳：院内26例、院外14例 ※琉大に紹介された患者14例 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供 （2024年6月21日）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	［施設］では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている						
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合		琉大病院 83.3% （2023） 70.5% （2018）	75.6% （2023） 63.0% （2018）	最終版報告書まち（2023） 大分県70.8% （2018）	患者体験調査【問23-2】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合					医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	（重症）	なし （2022） なし （2021）	100	鳥取県693.7 （2022） 岩手県459.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-01
			（1以外）	なし （2022） なし （2021）	100	高知県330.6 （2022） 東京都299.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-02
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料		70.7 （2022） 69.4 （2021）	100	佐賀県144.6 （2022） 鹿児島県138.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-001-07-00
	指標	医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		79.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている						
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数		1例 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2024年6月21日）
	指標	患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合		琉大病院 21.4% （2023） 51.6% （2018） 65.7% （2014）	63.9% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	最終版報告書まち（2023） 秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	患者体験調査【問16】施設別集計結果（2025年3月26日公表）
	指標	医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		49.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん<医療部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する・中部病院						
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合			比較可能 データなし	比較可能 データなし	
1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する ・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数※		述べ65件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
1-3	希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する ・北部地区医師会病院・中部病院・那覇市立病院・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等(琉球大学病院と県立中部病院)で治療を受けた希少がん患者の割合			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録
1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		5件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数		22人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

②難治性がん<医療部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する ・中部病院						
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数※		原発不明がん　述べ24件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う　・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録
2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数		0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

③小児がん<小児・AYA部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する						
	指標						小児・AYA部会で検討中
3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 (2024年12月2日)
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数		述べ7件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

B 中間アウトカム

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている						
	指標	患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間(1か月未満)	琉大病院64.3% (2023)	61.4% (2023) 60.6% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査【問11】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
			診断から治療開始までの時間(1か月未満)	琉大病院50.0% (2023)	62.4% (2023) 67.8% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査【問12】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		琉大病院91.7% (2023)	92.3% (2023) 75.7% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査【問23-1】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	医療者調査　問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査　問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		自宅が遠いから、患者の希望、情報提供の不足、専門医がいないため、受け入れ体制が不十分 等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率(再掲)	食道				NPO疾病対策センター計測依頼
			肝(肝細胞がん・肝内胆管がん)				
			胆(胆のうがん・胆管がん)				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				
2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。(自施設が施設一覧に記載されている場合も含む)		37.6% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査　問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		知識不足、患者が高齢のため、患者や家族が希望しなかったため、タイミングが合わなかった 等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					小児・AYA部会で検討中
3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考値】 成人52.6% (2018)	報告書まち (2024) 小児39.7% (2019) 【参考値】 報告書まち (2023) AYA39.5% 成人48.0% (2018)	【参考値】 成人　岡山県 57.0% (2018)	小児患者体験調査【問40-2】11項(2021年10月6日公表) 参考値：患者体験調査【問43】(2024年5月1日公表)
	指標	小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合		比較可能 データなし	報告書まち (2024) 60.1% (2019)	比較可能 データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項(2021年10月6日公表)

A 分野アウトカム

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	希少がんの5年生存率	現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定				NPO疾病対策センター計測依頼

参考データ

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭				NPO疾病対策センター計測依頼
			卵巣				
			膀胱				
			甲状腺				
			多発性骨髄腫				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率	食道				NPO疾病対策センター計測依頼
			肝(肝細胞がん・肝内胆管がん)				
			胆(胆のうがん・胆管がん)				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

※全国がん罹患モニタリング集計　2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ+成人T細胞白血病リンパ腫

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				NPO疾病対策センター計測依頼
			神経芽腫				
			白血病				
			リンパ腫				
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸				NPO疾病対策センター計測依頼
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				
			全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する ・宮古病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合	93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院　15件 こども医療センター　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 （2024年12月2日）
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院　5名 こども医療センター　治療13人　診断 31人			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	383人 対人口100万人 3.1人 （2024）	京都府23人 対人口100万人 9.1人 （2024）	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧（更新日2024年4月5日）
			②小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 （2024）	753人 対人口100万人 6.1人 （2024）	京都府33人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本小児外科学会　小児外科専門医名簿閲覧（2024年1月現在） ※年1回更新
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	128人 対人口100万人 1.0人 （2024）	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 （2024）	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医名簿閲覧（更新日2024年9月13日）
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 （2023）	4,673人 対人口100万人 37.6人 （2024）	京都府193人 対人口100万人 76.2人 （2023）	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供（2024年11月27日）
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	321人 対人口100万人 2.6人 （2024）	高知県8人 対人口100万人 12.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　○（1人） こども医療センター　○（1人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②小児外科専門医	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　× こども医療センター　×	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④血液専門医	琉球大学病院　○（5人） こども医療センター　○（2人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院　× こども医療センター　○（3人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院　○（4人） こども医療センター　○（1人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院　○（3人） こども医療センター　×	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供（2024年5月30日）
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数	琉球大学病院　9人 こども医療センター　0人			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 （2024年12月2日）

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の教育に関する相談件数	就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数	※46件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4団体 （2024）			がんの子どもを守る会沖縄支部からの情報提供（2024年5月16日）

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する ・中部病院　・八重山病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					小児・AYA部会で検討中

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	述べ200件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸				NPO疾病対策センター計測依頼
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

1-1	指標	がん種別5年生存率	胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

院内がん登録2014-2015年5年生存率集計
NPO疾病対策センター計測依頼

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)に紹介する・八重山病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合		59.80%			沖縄県値:拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数(2019) 478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 269

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数		0 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数		0 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数		3施設 (2023)			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年5月30日)
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数		琉球大学病院 問合せ中 こども医療センター 0人			沖縄県値:琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供(2024年12月2日)
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者		琉球大学病院 問合せ中 こども医療センター 0人			

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数		※0件 (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数		※0件 (2023)			

※相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし(琉球大学病院がん相談支援センター)

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数		0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

⑤高齢者のがん<医療部会>

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する・北部地区医師会病院・中部病院・琉球大学病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	96施設 対人口100万人 66.7施設 (2023) 98施設 対人口100万人 66.7施設 (2022)	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 (2023) 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 (2022)	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 (2023) 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 (2022)	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集閲覧(2025年4月17日)
			在宅療養支援病院数	20施設 対人口100万人 13.6施設 (2023) 20施設 対人口100万人 13.6施設 (2022)	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 (2023) 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 (2022)	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 (2023) 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 (2022)	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う・北部地区医師会病院・八重山病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する・中部病院・那覇市立病院・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合		32.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合(再掲)		53.1% (2019)	40.9% (2019)	福岡県31.0% (2019)	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」92項(2020年10月)

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査<若年がん患者のみ> 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合		琉大病院57.1% (2023) 27.2% (2018)	57.7% (2023) 44.0% (2018)	最終版 報告書まち (2023) 神奈川県 53.6% (2018)	患者体験調査【問39】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	医療者調査 問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院(県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院)または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		35.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		患者の希望、当院で治療が可能な場合もあるため、紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため、詳しい医師がいない 等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合		報告書まち (2024) 38.1% (2019)	報告書まち (2024) 36.5% (2019) 37.0% (2018)	報告書まち (2024) 山形県44.8% (2019)	国立がん研究センター「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査」88項(2020年10月)
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合		報告書まち (2024) 53.1% (2019)	報告書まち (2024) 40.9% (2019) 42.0% (2018)	報告書まち (2024) 福岡県31.0% (2019)	国立がん研究センター「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査」92項(2020年10月)
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数(がん患者に限定)		107.7 (2022) 99.0 (2021)	100.0	秋田県243.5 (2022) 秋田県258.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数(がん患者に限定)		242.6 (2022) 236.3 (2021)	100.0	岐阜県305.6 (2022) 岐阜県319.5 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)B-004-00-01
	指標	医療者調査 問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。		26.1% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		最終版 報告書まち (2023)	75.5% (2023) 69.2% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査 令和5年度調査速報版【問59】13項 (2024年5月1日公表)
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		最終版 報告書まち (2023)	75.7% (2023) 66.8% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査 令和5年度調査速報版【問59】13項 (2024年5月1日公表)
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価(平均点又は評価が高い人の割合)		【参考値】 成人 琉大病院 8.3点 (2018)	報告書まち (2024) 小児8.4 (2019) 【参考値】 AYA8.2 成人8.2 (2023) AYA7.8 成人7.9 (2018)	【参考値】 成人 愛媛県 8.5 (2018)	小児患者体験調査【問25】10項(2021年10月6日公表) 参考値:患者体験調査【問31】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業（琉球大学病院がんセンター内）からの情報提供

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う・北部地区医師会病院・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						離島・へき地部会で検討中

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医	北部地区医師会病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
				宮古病院　0人			
				八重山病院　0人			
			②乳腺外科専門医（乳腺専門医）	北部地区医師会病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　0人			
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか	北部地区医師会病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　1人			
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか	北部地区医師会病院　1人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　1人			
			④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか	北部地区医師会病院　2人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　0人			
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院　3人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　1人			
				八重山病院　1人			
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
				宮古病院　0人			
				八重山病院　0人			
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　非常勤1人（月1回）			
			③血液専門医	北部地区医師会病院　0人	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院　0人			
				八重山病院　非常勤1人（月1回）			

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合		94% 17/18市町村 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧（更新日2024年8月2日）
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合		利用件数2,117件 （2023） 【参考値】離島のがん罹患数 1,070（2019年）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

【参考値】
令和4年度沖縄県がん登録事業報告書（令和元年の罹患集計）p132
表42．市区町村別罹患数：部位別、性別

石垣市	395
宮古島市	430
伊江村	47
渡嘉敷村	5
座間味村	3
粟国村	8
渡名喜村	8
南大東村	8
北大東村	2
伊平屋村	4
伊是名村	13
久米島町	86
多良間村	13
竹富町	37
与那国町	11
計	1,070

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率（再掲）	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015年 5年生存率集計 NPO疾病対策センター計測依頼
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。		70.2% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。		47.0% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査　問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。		67.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

共生

番号	C 個別施策					
①相談支援<情報提供・相談支援部会>						
1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う ・中部病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合		31.6% 6/19施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2024年9月実施)
1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する ・琉球大学病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合※		18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ①認定がん相談支援センターの数		0施設 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧 2025年1月時点 (更新日2024年12月20日)
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト(更新日2025年4月1日)
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リスト(更新・確認日:2024年10月15日)
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数		26人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施) 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)
1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センター(琉球大学病院がんセンター内)がんピアサポート相談室からの情報提供(2024年5月22日)
		フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			
1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する ・中部病院・北部地区医師会病院・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センター(琉球大学病院がんセンター内)がんピアサポート相談室からの情報提供(2024年5月22日)
	指標 患者サロンの開催回数		44回 (2023)			
②情報提供<情報提供・相談支援部会>						
2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料	資料を 作成していない (2024)			沖縄県:沖縄県健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年8月29日)
		②点字資料	資料を 作成していない (2024)			
		③外国語資料の種類	資料を 作成していない (2024)			
2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」の検索数		沖縄県Webサイト「がん診療を行う県内医療施設」の閲覧数は把握していない (2024)			沖縄県:沖縄県健康長寿課がん対策班からの情報提供(2024年6月14日)

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人		なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査都道府県別調査結果【問20-3】15項 (2020年11月11日公表)
	指標 患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人		琉大病院 50% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査【問45】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 医療者調査 問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		31.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
1-2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合		琉大病院 100% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	最終版 報告書まち (2023)	患者体験調査【問51】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		琉大病院 7.1% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	最終版 報告書まち (2023) 沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査【問49】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 医療者調査 問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		22.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人		琉大病院 100% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査【問15】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		琉大病院 91.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査【問23-1】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人		琉大病院 50.0% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	患者体験調査【問43】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人		琉大病院 76.9% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	患者体験調査【問28】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標 患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人		琉大病院 0% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 群馬県11.7% (2018) 秋田県0.0% (2014)	患者体験調査【問20】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)

※「相談記入シート」現在の治療状況02治療前(診断後精査中含む)

2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する・中部病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				
			②組織されている専門チームの情報				
			③診断できるがん種の情報				
			④治療できるがん種の情報				

2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報	40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	24.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合		68.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する・八重山病院・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合		28.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合		8.0% 【参考値】相談人数 琉球大学病院　0名 (2024) 琉球大学病院　0名 八重山病院　1名 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2024年9月実施)

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている・宮古病院・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数		琉球大学病院：0 中部病院： 那覇市立病院： (2023)			中部病院、那覇市立病院に問い合わせ予定

④就労支援（医療機関側）<情報提供・相談支援部会>

4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する・宮古病院　・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数		126件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2024年9月実施)

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う・北部地区医師会病院・中部病院・琉球大学病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数		3件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数		18人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2024年9月実施)

⑤就労支援（職場側）<情報提供・相談支援部会>

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合		沖縄産業保健総合支援センターからの回答「把握していない」(2024年9月6日)			

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数					

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数					

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院・宮古病院・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数※		74件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-02.アピアランス

3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		琉大病院 57.1% (2023) 27.2% (2018)	44.0% (2023) 38.6% (2018)	最終版 報告書まち (2023) 神奈川県53.6% (2018)	患者体験調査【問39】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 (2022) 78.8 (2021)	100.0	愛媛県313.6 (2022) 愛媛県402.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)B-001-09
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人		琉大病院 71.4% (2023) 74.4% (2018) 55.9% (2014)	74.5% (2023) 65.1% (2018) 68.3% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 秋田県86.1% (2018) 島根県82.5% (2014)	患者体験調査【問38】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人		琉大病院 66.7% (2023) 26.1% (2018)	70.6% (2023) 35.6% (2018)	最終版 報告書まち (2023) 島根県51.9% (2018)	患者体験調査【問35】施設別集計結果(2025年3月26日公表)

6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人		琉大病院 46.2% (2023) 31.6% (2018)	25.8% (2023) 28.5% (2018)	0.0%	患者体験調査【問30】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		37.9% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う・北部地区医師会病院・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合		【参考値】 研修修了者20% 5/25施設 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子(またはウィッグ)に対する経済的援助を行う・宮古病院 ・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数		0回 (2024)			

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	24.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
			②入院患者用	28.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数		ベンチマーク部会で協議の上、医療機関調査の調査項目から除外することなっ(2024.8)			

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合		59.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭<情報提供・相談支援部会>

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする・八重山病院・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数		0回 (2023)			沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」(2024年6月14日)
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数		2回 (2023)			沖縄県値:健康長寿課がん対策班からのデータ提供(2024年6月日14)

7-1

	がん患者の自殺を減らすことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数		5人 (2023)			医療機関調査(2024年9月実施) NPO疾病対策センター計測依頼
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料口	入院	189.8 (2022) 157.1 (2021)	100.0	栃木県344.5 (2022) 大分県271.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)113015310
			外来	106.1 (2022) 126.4 (2021)	100.0	岐阜県272.6 (2022) 栃木県250.9 (2021)	
			入院+外来	122.1 (2022) 132.8 (2021)	100.0	栃木県240.9 (2022) 栃木県234.0 (2021)	

8-1

	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人		琉大病院 38.5% (2023) 18.0% (2018) 29.4% (2014)	23.2% (2023) 12.9% (2018) 30.7% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 大分県22.7% (2018) 岡山県18.7% (2014)	患者体験調査【問55】施設別集計結果(2025年3月26日公表)
	指標	患者体験調査 (家族以外の)周囲の人からがんに対する偏見を感じる人		琉大病院 0% (2023) 3.9% (2018) 12.5% (2014)	7.4% (2023) 5.2% (2018) 10.3% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 滋賀県11.1% (2018) 大阪府3.1% (2014)	患者体験調査【問56】施設別集計結果(2025年3月26日公表)

基盤

C 個別施策

①研究の推進<協議会>

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する						
	指標						協議会で検討中

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。・那覇市立病院						
	指標						協議会で検討中

②人材育成の強化<協議会>

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う・北部地区医師会病院・那覇市立病院・宮古病院・八重山病院							
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合			56.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2024年9月実施)
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医		12人 対人口100万人 8.2人 (2024)	1,850人 対人口100万人 14.9人 (2024)	東京都436人 対人口100万人 30.9人 (2024)	臨床遺伝専門医制度委員会(2024年4月17日現在)
			②認定遺伝カウンセラー		1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー制度委員会(2024年3月現在)
			③がんゲノム医療コーディネーター		6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)
					85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医		85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供(2024年9月17日)
			②呼吸器外科専門医		17人 対人口100万人 11.6人 (2024) 16人 対人口100万人 10.9人 (2023)	1,647人 対人口100万人 13.3人 (2024) 1,662人 対人口100万人 13.4人 (2023)	徳島県16人 対人口100万人 23.1人 (2024) 徳島県16人 対人口100万人 23.1人 (2023)	呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医名簿(2024年12月4日閲覧)
			③乳腺外科専門医(乳腺専門医)		18人 対人口100万人 12.2人 (2024)	2,034人 対人口100万人 16.4人 (2024)	京都府69人 対人口100万人 27.2人 (2024)	日本乳癌学会 乳腺専門医・指導医一覧閲覧 (2024年6月現在)
			④小児外科専門医		5人 対人口100万人 3.4人 (2024)	753人 対人口100万人 6.1人 (2024)	京都府33人 対人口100万人 13.0人 (2024)	日本小児外科学会 小児外科専門医名簿閲覧 (2024年1月現在)※年1回更新
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医		4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2024年11月14日)
			⑥脳神経外科専門医		74人 対人口100万人 50.4人 (2023)	7,899人 対人口100万人 63.6人 (2023)	高知県67人 対人口100万人 100.8人 (2023)	日本脳神経外科学会 地域別専門医リスト閲覧 (2023年9月現在)
			⑦認定骨・軟部腫瘍医		1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	日本整形外科学会 日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿閲覧 (2024年4月30日)※サイトへの掲載に同意した骨・軟部腫瘍医だけです。このほかにも日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医がいることをご承知おきください。
			⑧婦人科腫瘍専門医		14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧閲覧(2024年5月1日更新)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医		2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP閲覧 (2024年4月3日現在)
			⑩泌尿器科専門医		67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2024年10月30日)
			⑪頭頸部がん専門医		7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	563人 対人口100万人 4.5人 (2024)	京都89人 対人口100万人 35.1人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧閲覧(2024年4月3日)
			⑫口腔外科専門医		26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,240人 対人口100万人 18.0人 (2024)	鳥取県19人 対人口100万人 35.4人 (2024)	日本口腔外科学会 勤務地都道府県別名簿閲覧 (2024年5月13日現在)
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医		72.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2024年9月実施)
			②呼吸器外科専門医		40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医		40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医		8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医		12.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医		60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医		0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医		28.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医		4.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医		56.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医		8.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医		36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合			36.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士	①放射線治療専門医		15人 対人口100万人 10.2人 (2024)	1,437人 対人口100万人 11.6人 (2024)	京都府57人 対人口100万人 22.5人 (2024)	日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医リスト閲覧(2024年4月1日現在)
			②放射線治療専門放射線技師		11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,847人 対人口100万人 14.9人 (2023)	大分県62人 対人口100万人 56.7人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧(2023年10月1日現在)
			③医学物理士		9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1,461人 対人口100万人 11.8人 (2023)	福井県18人 対人口100万人 24.2人 (2023)	医学物理士認定機構 在籍医学物理士の都道府県別数閲覧 (20231118)

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている						
	指標						協議会で検討中

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている						
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。		30.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合		琉大病院 84.6% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	最終版報告書まち (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査【問42】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人		琉大病院 76.9% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	最終版 報告書まち (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査【問59】施設別集計結果 (2025年3月26日公表)

		④がん放射線療法看護認定看護師	④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
2-1	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2025） 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	1，796人 対人口100万人 14.5人 （2025） 1，682人 対人口100万人 13.5人 （2024）	岡山県52人 対人口100万人 28.2人 （2025） 岡山県50人 対人口100万人 27.1人 （2024）	日本臨床腫瘍学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会 がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会 がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1，019人 対人口100万人 8.2人 （2023）	島根県13人 対人口100万人 20.1人 （2023）	日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について閲覧（2023年10月1日現在）
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	956人 対人口100万人 7.7人 （2023）	福岡県58人 対人口100万人 11.4人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2024年10月1日現在）
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	356人 対人口100万人 2.9人 （2024）	鳥取県4人 対人口100万人 7.5人 （2024）	日本緩和医療学会 認定名簿閲覧（2024年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県9人 対人口100万人 16.8人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	183人 対人口100万人 1.5人 （2024）	京都府9人 対人口100万人 3.6人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会 登録医リスト閲覧（2024年4月現在）
			③ペインクリニック専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,642人 対人口100万人 13.2人 （2024） 1,619人 対人口100万人 13.0人 （2023）	栃木県54人 対人口100万人 28.5人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 29.1人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2024年12月24日）
			④放射線治療専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2024）	1，437人 対人口100万人 11.6人 （2024）	京都府57人 対人口100万人 22.5人 （2024）	日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医リスト閲覧（2024年4月1日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1，847人 対人口100万人 14.9人 （2023）	大分県62人 対人口100万人 56.7人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構 認定者名簿閲覧（2023年10月1日現在）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター ⑧登録者数の状況閲覧（2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	日本臨床心理士資格認定協会 都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数一覧表閲覧（2023年6月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施）
			①緩和医療学会認定医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	28.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	32.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	44.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会 認定専門医一覧閲覧 （2024年5月17日）
			②訪問看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	549人 対人口100万人 4.4人 （2024）	愛知県83人 対人口100万人 11.1人 （2024）	日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索　※非公開に設定された項目および関連項目は、検索条件で指定されても検索対象になりません。（2024年4月30日閲覧）
			③介護支援専門員	7,024人 対人口100万人 4,779.4人 （2023）	751,059人 対人口100万人 6043.2人 （2023）	徳島県7,111人 対人口100万人 10,259.9人 （2023）	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について閲覧（2024年5月16日）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	382人 対人口100万人 3.1人 （2024）	沖縄県13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	日本在宅医療連合学会 事務局からのデータ提供 （2024年6月17日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合		100% （2023）			指標の変更

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						協議会で検討中

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合		3.3% （2023） 1.9% （2022） 2.9% （2021）	12.5% （2023） 11.4% （2022） 8.4% （2021）	佐賀県32.8% （2023） 東京都31.0% （2022） 佐賀県28.3% （2021）	文部科学省　がん教育実施状況調査　質問2（2024年12月27日）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	県				
			市町村	36.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査 （2024年9月実施）

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん対策推進企業アクションの参加企業数		41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合					

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合					

④がん登録の利活用の推進<ベンチマーク会>

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる　・中部病院・那覇市立病院・八重山病院・琉球大学病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	MI比		0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO%（2019年）の罹患集計）
	指標	%DCO		1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利用件数（総数・年あたり）					院内がん登録

⑤患者・市民参画の推進<協議会>

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合		26.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ（R5）

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）		25回 （2024） 35回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧（2025年4月23日）
	指標	タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数		0回 （2023）			
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数					県に確認予定

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う・宮古病院・那覇市立病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数		0人 （2023）			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2024年9月実施）

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					協議会で検討中

沖縄県がん診療連携協議会の所掌外

がんの予防

番号	B 中間アウトカム
	①生活習慣（喫煙）
1	中間アウトカム
1	喫煙率と受動喫煙が減少できている
	②生活習慣（飲酒）
2	中間アウトカム
1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている
	③感染症対策（HPV）
3	中間アウトカム
1	HPV感染率の低下ができている
	④感染症対策（肝炎）
4	中間アウトカム
1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている
	⑤感染症対策（HTLV-1）
5	中間アウトカム
1	HTLV-1 感染者数の減少ができている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）が減少できている
2	がん種別罹患率が減少できている

がん検診

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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている
2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている

がん医療提供体制

医療部会

番号	B 中間アウトカム
	①医療提供全般
1	中間アウトカム
1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている
	②病理診断
2	中間アウトカム
1	患者が、速やかな病理診断を受けられている
	③がんゲノム医療
3	中間アウトカム
1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている
	④手術療法
4	中間アウトカム
1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている
	⑤放射線療法
5	中間アウトカム
1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている
	⑥薬物療法
6	中間アウトカム
1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている
	⑦チーム医療の推進
7	中間アウトカム
1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている
	⑧医療実装
8	中間アウトカム
1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている

緩和・支持療法

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている
2	緩和ケアの質の向上ができている
2	中間アウトカム
1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている
3	中間アウトカム
1	[施設]では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている
4	中間アウトカム
1	[施設]では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている
1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている

緩和ケア・在宅医療部会：①緩和ケア、②在宅医療
医療部会：③リハビリテーション、④支持療法
小児・AYA部会：⑤妊孕性温存療法

個別のがん対策

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
1	希少がん患者の生存率の改善ができている
2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている
2	中間アウトカム
1	難治性がん患者の生存率の改善ができている
2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている
3	中間アウトカム
1	小児がん患者の生存率の改善ができている
2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている
4	中間アウトカム
1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている
2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている
5	中間アウトカム
1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている
6	中間アウトカム
1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている
2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている
2	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている

医療部会：①希少がん、②難治性がん
小児・AYA部会：③小児がん、④AYA世代のがん
医療部会：⑤高齢者のがん
離島・へき地部会：⑥離島・へき地

共生

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

情報提供・相談支援部会

①相談支援

1	中間アウトカム
1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている

2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている

②情報提供

2	中間アウトカム
1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている

③デジタル化

3	中間アウトカム
1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている

④就労支援（医療機関側）

4	中間アウトカム
1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている

⑤就労支援（職場側）

5	中間アウトカム
1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている

⑥アピアランスケア

6	中間アウトカム
1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている

緩和ケア・在宅医療部会

⑦自殺対策

7	中間アウトカム
1	がん患者の自殺を減らすことができている

情報提供・相談支援部会

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8	中間アウトカム
1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている

1	分野アウトカム
1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている

基盤

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

協議会

①研究の推進

1	中間アウトカム
1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている

②人材育成の強化

2	中間アウトカム
1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3	中間アウトカム
1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている

ベンチマーク部会

④がん登録の利活用の推進

4	中間アウトカム
1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている

協議会

⑤患者・市民参画の推進

5	中間アウトカム
1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている

1	分野アウトカム
1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度実績、25年予定)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－ 1)

2024年度：特別な実績なし
2025年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

2024年度：特別な実績なし
2025年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

2024年度：
①高齢者機能評価の手引き、がん免疫チェックポイント阻害薬治療管理マニュアル、がん薬物療法暴露対策マニュアル、制吐薬適正使用マニュアル、HBV再活性化対策マニュアル、がんレジメン審査登録管理マニュアル、外来化学療法室利用マニュアルなど、がんに関係する院内マニュアルをすべて改訂した
②各がんに関わる全ての院内委員会において、パネル検査に関する説明を行い、対象患者には積極的に行うように説明した。新規に保険収載されたパネル検査が、すべて院内できるようにした。

2025年度：
①必要な患者に適切なタイミングで適切なACPが行われているかを検証する
②医師に十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させる
③DPC-QIの結果を組織的にフィードバックする
④臨床倫理的、社会的な問題を解決するためのカンファランスで検討する症例を増加させる
⑤病院として、ドラッグラグ、デバイスラグを最小限の期間にする
⑥院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2024年度：
①がん薬物療法暴露対策マニュアル、制吐薬適正使用マニュアル、HBV再活性化対策マニュアル、などがんに関係する院内マニュアルをすべて改訂した
②がんに関わる全ての院内委員会において、妊孕性温存に関する説明を対象患者には必ず行うように説明した

2025年度：
①必要な患者に在宅医療に関する説明が必要十分にされているかを検証する
②必要な患者にリハビリテーションが必要十分に行われているかを検証する
③必要な患者に適切なタイミングで適切な妊孕性に関わる説明と、実際に妊孕性温存療法が行われているかを検証する
④必要な患者に適切なタイミングで適切ながん治療後の生殖医療に関わる説明と、実際にがん治療後の生殖医療が行われているかを検証する

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024年度：
①高齢者機能評価の手引き、などがんに関係する院内マニュアルをすべて改訂した
②がんに関わる全ての院内委員会において、妊孕性温存に関するレクチャーを行い、対象患者には必ず情報提供をするように説明した
③がんに関わる全ての院内委員会において、高齢者機能評価に関するレクチャーを行い、75歳以上の患者には必ず高齢者機能評価を行うように説明した

2025年度：
①院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる
②小児がんの長期フォローアップ外来を拡充させる
③高齢者機能評価が確実に行われるように啓発を行う
④妊孕性温存についての情報提供が確実に行われるように啓発を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年度：
①がんに関わる全ての院内委員会において、外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することが義務となっていること及び予約の方法についてのレクチャーを行い、対象患者には必ずがん相談支援センターの予約を取るように説明した
②アピアランスケアに関する紹介方法の院内フローチャートを制定した

2025年度：
①外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することが 100%になるように、体制を改善する
②ピアサポーターが、院内で常時ピアサポートをできるようにする
③WEBでのセカンドオピニオンや相談支援の件数を増やす
④社会労務士や就職ナビゲータが昨年度以上に介入できる件数を増やす
⑤自殺対策マニュアル（外来用、入院用ともに）の改訂を2年ぶりに行う

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進 ⑤患者・市民参画の推進
2024年度： ①がん対策の進捗状況がリアルタイムでわかるようなシステムを作っているが、その改良を行った ②全国がん登録に関する沖縄県の報告書では足りないところを分析し、報告書にまとめた 2025年度： ①各講座が、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏の医療機関に医師を派遣しているかを調査する ②琉球大学病院作成の全国がん登録報告書を作成する

各拠点病院が重点的に取り組んでいるがん対策（2025年度）

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

（2024年度より継続）
①健康管理センターにて医師及び保健師より、禁煙や適正飲酒、生活習慣病予防に関して指導、健康サポートの実施
②術前検査で肝炎ウィルス検査を行い、必要時、肝炎コーディネーターより内科医受診をすすめている

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

（2024年度より継続）
①健康管理センターより、住民健診・企業検診・人間ドックなどの受診勧奨、
⇒健康管理センターや病院外来の廊下に受診勧奨のポスターを掲示
②健診後、必要な方への二次検診への誘導の強化
⇒受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ受診確認及び未受診者への受診勧奨を実施
③健康管理センターの待合に、リーフレットをおいている
④日曜検診、ナイト検診の実施
⑤指針に基づいたがん検診のみを行っている。がん検診の精度管理は定期的に行っている。

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

（2024年度より継続）
①内視鏡下食道がんの手術の実施。
②当院でできない肺がん手術、放射線治療については、琉球大学病院、県立中部病院、沖縄病院等へ紹介
③患者及びその家族に対し適切なICを行うとともに、セカンドオピニオンについても提示
④ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
⑤必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査及びその結果を踏まえた治療を行う
⑥院内多職種チームとの連携強化（NST、RST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①がん性疼痛のアセスメントと評価：NRSで評価し、経過表に記録、対応をコメントで記載する（外来受診時、入院患者は毎日）
②苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームの介入を強化：生活に関する質問票を作成・運用する
③緩和ケア介入依頼スクリーニングシート運用中。緩和ケアチーム介入を必要とする患者へは、CN2名でSTAS-Jで評価する
④緩和ケア担当医による訪問診療にて、在宅療養への移行をしやすくした。
⇒退院前・後訪問（看護・リハビリ）で自宅の療養環境を確認、CNを含めた退院カンファレンスの実施
⇒在宅療養、在宅看取りに向けて関係者とのカンファレンス・連携の強化
⑤地域の医療従事者向けにがん患者の在宅療養に関する研修会を企画・実施。地域でも見取りができるよう、介護施設職員へ の研修会を企画する。（2024年度、訪問看護師向けの緩和ケア研修会は実施した。）
⑥がんリハビリテーション研修会を多職種のチームで受講修了（2024）、がん患者のリハビリの継続に取り組んでいる。
⑤患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症など、苦痛や外見上の変化が生じた際の相談窓口は、がん相談支援センターとした
⑥必要な患者に対し、妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介が行えるよう電子カルテシステムの中に書式を組み入れた。
⑧2025.11.22 緩和ケア研修会予定（2024.11/23に緩和ケア研修会実施）

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

①希少がん患者、難治性がん、小児がん、AYA世代のがん患者およびその家族については、対応可能な拠点病院へ紹介する
②在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援、ACPを行う　⇒高齢がん患者の退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援の強化
③入院中のがん患者の意思決定支援、ACPの強化
④高齢者機能評価の結果と患者の意向を十分に配慮したうえで種々の治療を行う。
⑥サポート体制が希薄な方（独居・認知症・家族と疎遠な方など）に対する地域との協力体制強化
⑦離島のがん患者が入院した場合、退院後の治療継続における調整、多職種カンファレンスにて問題点の抽出と連携の強化
⑧離島において本島での治療が必要な患者さんへの渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

①がん相談支援センターの地域への広報・周知を拡大（病院HP,ポスター掲示）
　⇒告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、相談支援センターの説明を実施
　　がん相談対応のモニタリング（初回対応数の把握）とがん相談対応評価表を用いた定期的な自己評価
　⇒定期的な患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）、ぴあサポーターを活用する
②ホームページで当院で対応可能ながん種及び治療法について情報提供している
③治療と仕事の両立支援の院内外への広報・周知　⇒就労支援について、産業支援センターの紹介、橋渡し
④アピアランスケアの充実　⇒　研修修了者による必要な方への指導強化
⑤がん患者の自殺防止対策の強化：フローの見直しや院内研修の実施
　　⇒告知時の同席と自殺リスク因子の確認、マニュアルの整備（2024年度済）2025年度マニュアルの周知と活用

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

①がん登録実務者間の情報共有の強化
②名護市産業保健センターで、琉大がんセンター主催の「もしも北部でがんになったら」の研修会へ共催（2024年度）
　2025.7.19当院2階会議室にて「北部医療圏でできるがん医療について」研修会開催予定
③地域住民や介護施設等へ向けたがん教育の企画・実施　⇒地域向け緩和ケア研修会の実施
　⇒地域の薬剤師向けの緩和ケア研修会の実施（薬薬連携の強化）
④がん化学療法看護認定看護師教育課程の受講希望者の育成
⑤がん専門薬剤師の増員
⑥地区医師会、市町村との共催で、「人生会議」について住民向けのミニレクチャー計画（映画「ピア」上映会等）

各拠点病院が重点的に取り組んでいるがん対策(2025年度)

1．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2024年度:特別な実績なし
2025年度：大腸がん激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

2．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024年度：特別な実績なし
①大腸がん激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う
当院からも委員を選出しプロジェクトに参加している。

3．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024年度
①がん遺伝子パネル検査の院外からの受け入れを開始した。
②ロボット手術を導入した。
③放射線治療機器更新のために放射線治療休止期間に周辺施設との連携を図り放射線治療が適切な施設で滞りなく行えるように支援した。
④遺伝診療部を開設した。遺伝カウンセラーを雇用した。
⑤薬物療法専門医3人体制で県内全域から化学療法の適応となる患者の紹介を受けた。
2025年度
①造血器腫瘍の遺伝子パネル検査の準備を行う。
②放射線治療機器の更新が終了し、小線源治療も含め放射線治療を再開する。

4．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024年度
①がんリハビリテーション研修に理学療法士を派遣し、県内のがんリハビリテーションの質の向上に努めた。
②グループ指定の八重山病院と宮古病院と共催で1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を開催した。
2025年
①irAE対策チームを立ち上げる
②グループ指定の八重山病院と宮古病院と共催で1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を開催する。

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024年度
①①希少がんや難治がん患者の診療において、国立がん研究センターの希少がんセンター等へのセカンドオピニオンやがん遺伝子パネル検査を有効に活用した。
②石垣・宮古地区のグループ指定のがん診療病院との連携を図り、北部地区の県立北部病院を加えた3病院に専門医をした。各がん診療病院での腫瘍内科の外来を活用しがん遺伝子パネル検査において家族の渡航費などの経済的な負担を軽減する運用を開始した。
2025年度
①希少がんや難治性がんの紹介患者を増やす

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年
①がん相談支援室の人員を増やし、依頼方法を簡略化する事でより多くのがん患者にがん相談支援室が関わる体制を構築した。
②アピアランス支援事業の周知の推進を行った。
2025年度
①がんと診断された患者が必ず1度はがん相談支援センターを訪問する体制を整える。
②アピアランス支援事業の利用者を増やす。

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度
①コメディカルの専門資格取得を奨励した。
②医療従事者を対象としたがん診療についての講演会を増やした。
2025年度
①琉球大学と連携し臨床腫瘍学会専門医を育成する体制を整える。

各拠点病院が重点的に取り組んでいるがん対策(2025年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

・ 院内でのC型肝炎抗体陽性者のスクリーニング

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

・ 内視鏡検査による胃がん検診数の増加と内視鏡検査結果のWチェックによる精度管理

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

・ ロボット支援下手術の対象がん腫の拡大（2024年度 大腸がん、前立腺がん、肝臓がん、膵臓がん 導入）
　2025年7月～ 肺がん手術開始 、婦人科手術準備中
・ がんゲノム医療連携病院指定に向けて院内体制の整備・強化
　がんゲノム医療コーディネーター養成研修受講（2名）
・ 病理検査室の適切な人員配置と体制の維持・強化、精度管理（ISO15189）取得
・ 低栄養患者に対する栄養サポートチームとの連携
・ 周術期管理（口腔外科・栄養等）の強化
・ がん薬物療法体制加算の取得に向けて体制作り
・ 新機器導入（True Beam)に伴い高精度なIMRT・定位放射線治療件数増数を図る

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

・ 妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・ DXを利用した有害事象（irAE/CRS等）の自己管理に向けた整備
・ 緩和ケア診療の一貫として個別栄養食事管理の実施（栄養科）
・ 院内職員向け緩和ケア講習会を年１～３回実施（2025年度：「最新のブロック治療」「ACPを根付かせるために」予定）
・ 入院時　入院後に毎日の痛みスクリーニング実施と対応
・ オピオイド使用患者の抽出（毎週）と適切な服薬指導の実施
・ 緩和ケアチームカンファレンスへの参加によるリハビリ-他職種の連携を図っている
・ がんリハ研修会への参加により、対応できるスタッフ(PT・OT・ST)の充実

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

・ 高齢者総合機能評価に基づくがん医療提供のための院内体制整備（共通ツールによる評価と連携体制の強化）
・ 高齢者のがん患者に対する積極的な訪問診療や訪問看護等の在宅医療の導入

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

・転院先や在宅医療に対する栄養に関連する情報提供の実施
・転居などに伴いがん治療が継続できる県外の通院先の案内及び受診調整
・対面相談、電話相談、オンライン相談など、相談者の希望に合わせた相談対応の継続
・患者家族へ情報が行き渡り、相談窓口につながるような院内職員への広報と周知によるスムーズな連携の強化
・新病院移転後の患者サロン、患者会活動の支援による継続開催のための院内外との連携強化

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

・院内外の患者や地域の相談に対応出来るがん専門相談員の育成
・がんフォーラム（①市民対象：がん医療に関すること、②企業・事業所対象：就労・両立支援）の継続開催

各拠点病院が重点的に取り組んでいるがん対策(2025年度)

1．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2025:
①宮古島の喫煙率の集計を行い、禁煙の啓蒙活動を継続して行っている。入院患者には禁煙指導を積極的に行っている。 ②
飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧める。
③婦人科にて9価HPVワクチンの接種率を調査し、今後も子宮頸がんの罹患率を下げるために積極的にワクチン接種を推奨する。近医にワクチン接種の啓蒙活動を依頼し、ワクチン接種数の報告をお願いしている。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う

2．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2025:
①指針に基づいたがん検診のみを行う（胃癌、大腸癌、肺がん、乳がん、子宮頸がん）。検診受診率を把握し、受診率を上げていく活動を行う。
③受診率対策について、大腸癌の検診受診率を上げるために、講演会、新聞、宮古TVを通じて検診の必要性などを発信している。2024年11月より職員のがん検診を宮古で行える体制を作り、今後は島民にも広げる予定である。大腸がん検診の受診率向上を目的とした巡回型「検診キャラバンプロジェクト」を立案し進めている。

3．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2025:
①宮古病院はグループ指定病院である県立中部病院と密に連携を行い標準治療を実践している。
②常勤の病理専門医が配置されていないため、質の高い病理診断のために常勤病理医の獲得を目指す。
③必要な患者に対して中部病院の医師に相談を行い、遺伝子パネル検査を行い、治療に応用している。今後は患者の渡航の負担軽減のために遺伝子パネル検査の報告はZOOMで行える体制を構築中である。
④外科専門医3名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践している。
⑤月に1回放射線治療医の外来を開設し、本島での放射線治療の橋渡しを行っている。
⑥月に1回腫瘍内科医による症例カンファレンスを開催し、適切な薬物療法を実践しており、今後はZOOMによるカンファレンスを行う予定である。
⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行っている。抗がん剤の副作用対策として6月17日は好中球減少時の対応、18日は口腔粘膜障害への対応ついて2夜にわたり院内勉強会を開催した。

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2025:

①がん患者の説明の際には原則緩和ケアチーム（看護師など）の1名を同席させ、がん患者の身体、精神状態のケアを行っていく。緩和ケア認定看護師の退職に伴い、現在新たな人材を育成中である。

②積極的に在宅医療へ移行させ、がん患者が自宅で療養可能になる体制を構築する。在宅医療医師とも顔の見える連携を行う。

③リハビリ専門医が1名配置されており質の高いリハビリ療法を実践している。がん患者支援リハビリカンファレンスも継続して行っている。

④がん患者が何時でも相談し、支援できる体制を緩和チームが中心となり構築している。

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2025:

①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介している。

⑤高齢者機能評価を今後は導入し、患者の病状に応じて速やかに対処する方針である。

⑥がん治療に対する治療法を速やかに、分かりやすく提示し、当院で治療を受けられる患者は治療を行う。セカンドオピニオンなどを希望される場合はZOOMでの相談や直接当該施設に速やかに紹介する。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行う。

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア　⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2025:

①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行っている。

③ZOOMによるセカンドオピニオンのシステムを外来に構築する。

④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行っている。

⑥緩和チームが介入して説明を行っている

⑦主治医、緩和チームが連携し自殺企図のあるような患者は精神科医を介入させその予防に努めている。

⑧患者の会などで相談できるような体制を構築している。

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進　⑤患者・市民参画の推進

2025:

②外科においては本土の病院と外科専門研修プログラムを共有し、今年度は前半4名、後半3名の専攻医が宮古病院へ赴任している。

③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングを開催し、がん教育を市民に行っている。昨年は３回開催し今年も同程度開催予定である。
③2024年より外科専攻医の教育目的に外科各領域のエキスパートによるZoom勉強会を不定期に行っており、今年も継続する。
⑤6月頃に乳がん予防の市民公開講座を宮古島医師会と共催の予定である。8月に宮古病院が行っているがん医療を島民に伝えるための公開講座を開催予定である。

各拠点病院が重点的に取り組んでいるがん対策(2025年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

①喫煙と肺がんに関する勉強会を開催する（個別施策①1-1）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

①検診事業は実施していないが、指針に基づいたがん検診のみを行う。
令和６年度の沖縄県の胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん検診精密検査協力医療機関として名簿に登載し、関係機関に周知を図った。
また、子宮がん検診について、那覇市医師会 生活習慣病検診センターの精密検査医療機関名簿に登録を希望した。（個別施策①1-1）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

①中部病院から月に１～２回診察に訪れる内科医（腫瘍内科、血液・腫瘍科、放射線科）と連携している（個別施策①1-2）
③中部病院から月に１回来院するがん遺伝子パネル検査外来担当医と協力し、パネル検査結果を踏まえた治療を行う。中部病院腫瘍内科医によるゲノム医療勉強会を開催する。（個別施策③3-1）
④乳がん専門医を招聘し、月１回程度の専門外来を設ける（個別施策④4-1）
⑥呼吸器内科、薬剤師及びがん化学療法認定看護師でirAE委員会を月に１回開催している（個別施策⑥6-3）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①問診票に痛みの項目を設け、スクリーニングを行う（個別施策①1-1）
②在宅療養を希望する患者に対して支援方法の情報を提供する（個別施策②2-1）
②訪問看護ステーションとの交流および研修会を定期的に実施する（個別施策②2-4）
③がんリハビリテーション研修に参加（③３－１）
⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

③当院CLSとも連携し、琉球大学病院または県立南部医療センター・こども医療センターに紹介する（個別施策③3-3）
④妊孕性温存療法の案内を含め、琉球大学病院に紹介する（個別施策④4-1、④4-3）
⑤療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に適切な意思決定支援及びACPを行う（個別施策⑤5-2）
⑥最新版の「療養場所ガイド」が刊行された場合は配布する（個別施策⑥6-1）

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

③病室にインターネット環境を整備した（個別施策③3-1）
⑥沖縄県アピアランスケア研修会に参加する(⑥６－１)
⑥琉球大学病院との共催で、患者向けアピアランスケア教室を開催する（個別施策⑥6-3）
⑥石垣市及び琉球大学病院と連携して、８月１日から開始した「石垣市アピアランスケア支援事業」に関する相談支援を行っている（個別施策⑥6-3）
⑧ぬちぐくーるやいま会（がん患者会）の定期的な開催を実施している（個別施策⑧8-1）
⑧ピアサポート活動に対する支援を行う、琉大病院との共催で出張ピアサポート相談会を実施する（個別施策⑧8-1）
⑥アピアランスケア手編みパッド作り体験

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続している（個別施策②2-1）
③八重山高校の生徒に「がんについての勉強会」「タオル帽子作り交流会」を実施する
③10月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた院内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄産業保健総合支援センター、石垣島の社労士及び当院の地域連携室のスタッフで勉強会を開催する（個別施策③3-7）
④がん登録の初級認定者職員の中級認定者取得を目指す（個別施策④4-1）
③訪問看護師を招いて院内スタッフへの勉強会開催

令和７年度 第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和 7 年 6 月 30 日（月）19:00～20:15
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：9 名
浅野 志麻（沖縄県立宮古病院）、有賀 拓郎（中頭病院）、
金城 達也（琉球大学大学院）、金城 徹（琉球大学病院）、
佐村 博範（浦添総合病院）、本部 卓也（中部病院）、宮城 政剛（新川クリニック）、
山本 孝夫（沖縄県立八重山病院）、増田 昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：5 名
糸数 公（沖縄県保健医療介護部）、玉城 研太朗（那覇西クリニック）、
仲宗根 正（那覇市保健所）、仲地 厚（友愛医療センター）、宮里 浩（那覇市立病院）
陪　　席：4 名
上原 健司（沖縄県保健医療介護部）、姫岩 翔子（沖縄県立宮古病院）
山里 紘美（沖縄県保健医療介護部）、西 佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】

１．令和６年度 第４回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき、議事要旨について報告があった。

２．今年度の委員について
増田委員より、資料２に基づき、今年度の委員について報告があった。

３．大腸がん対策を推進するための「大腸がんファクトシート」
増田委員より、資料３に基づき、大腸がんファクトシートの紹介があった。時間の関係上、特に「第６章 今後の方策」に注目して内容が共有された。

４．大腸がんロジックモデルの修正案について
増田委員より、資料４に基づき、大腸がんロジックモデルの修正案が示された。「大腸がんファクトシート」（第６章 今後の方策）を受けて指標の追加を行ったが、特に異議はないと思われるため、後ほど内容をご確認いただきたいとのことだった。

５．県または市町村における大腸がんの予防検診対策について
沖縄県保健医療介護部・上原様より、資料５に基づき、県が取り組んでいる大腸がんの予防検診対策①がん検診充実強化促進事業、②タバコ対策事業、③飲酒対策事業、④生活習慣病予防事業について、報告があった。

６．第 98 回日本産業衛生学会 産業(職域)保健分野での取組について

仲宗根委員に代わって増田委員より、資料 6 に基づき、産業(職域)保健分野での取組についての報告があった。今後、具体的に検討したいとのことだった。

７．宮古島大腸がん検診キャラバンについての提案について

浅野委員より、資料 6 に基づき、宮古島で検討している大腸がん検診キャラバンについて報告があった。それを受けて、各委員より意見や提案があった。

ある市町村では、便潜血の容器を配布したものの、実際に検査を受ける人と受けない人が存在し、予算に負担がかかっている。また、住民検診を受ける人と職域検診も受ける人がおり、二重の手間や無駄な予算が生じている点が課題となっており、その点について宮古島市との連携について質問があった。

次に、がん検診に関するニーズ調査が行われているかの確認があった。沖縄本島で検査を受ける人も多いため、検査を受けない理由を把握することは難しい。また、症状があるにもかかわらず受診しない理由としては、不安感や対処法がわからず、見て見ぬふりをすることが多いことがあげられる。また、病気を他人に知られたくないといった場合も含めて、その選択肢として相談窓口の設置が提案された。

続けて、検査を受けない人に検査を受けてもらうためには、より住民に近いという意味で、公民館の区長さんの力を借りて行うと効果的であるとの意見があった。

最後に、便潜血の検査は、事前に容器を渡さないと当日には便を出すことが難しく、二度訪問することになる。また、便を持参できなかった場合でも、当日その場で検査できるオプションの提示が可能であるとして、検査を希望する方に選択肢を提供する提案がなされた。

【協議事項】

１．大腸がん相談室利用方法の改善について

佐村委員より、前回から進捗がなく、新たな相談は発生していないとの報告があった。今後は進行症例以外の相談も増やしていきたいとのことだった。これを受けて、県外科会などで、相談室を利用された方に相談後の経過を定期的にプレゼンしてもらうなどの提案がされた。

２．その他

佐村委員より、便潜血陽性を伝えた後に精密検査に行ってもらう方策があれば、共有していただきたいとの依頼があった。

がん相談業務
（院内におけるピア・サポート）

相談記録シート集計報告

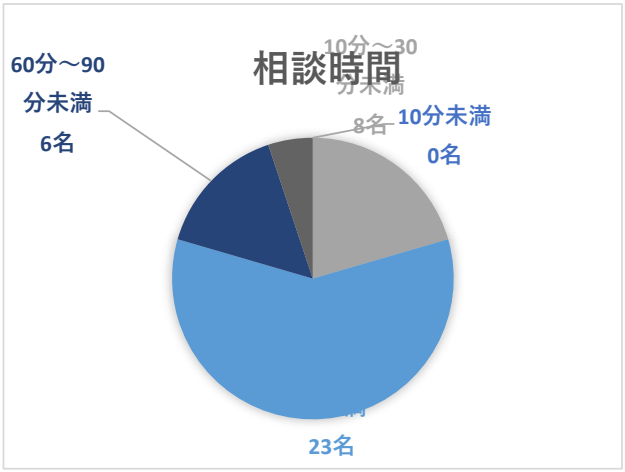
実施期間：令和7年4月1日～令和7年6月30日

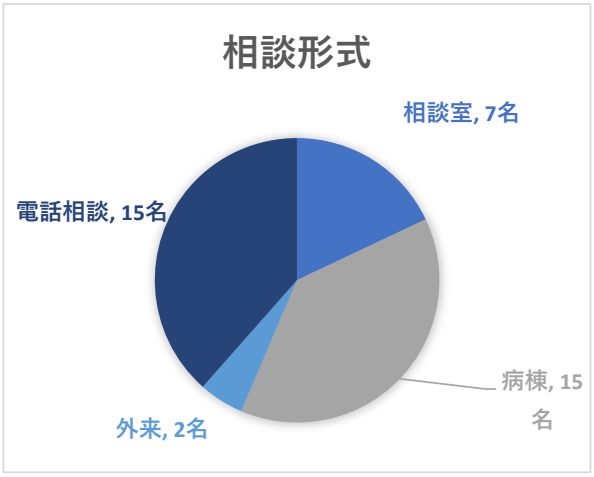
沖縄県地域統括相談支援センター

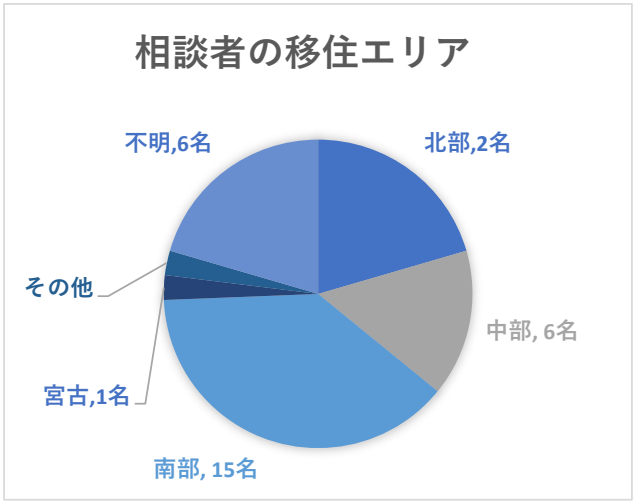
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

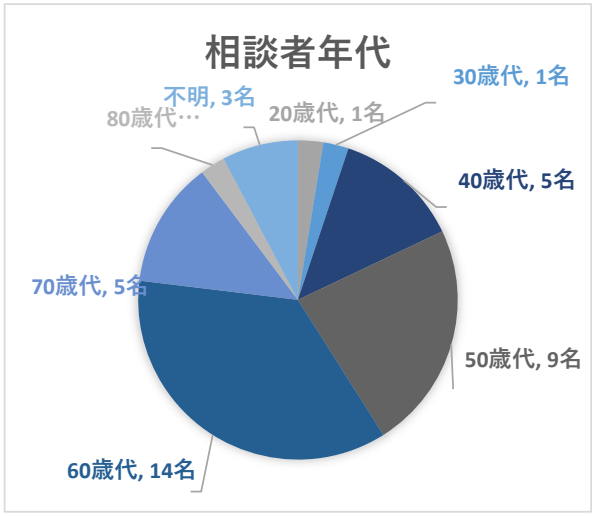
■ 調査対象期間　　令和7年4月1日～令和7年6月30日
■ 調査件数　　39件

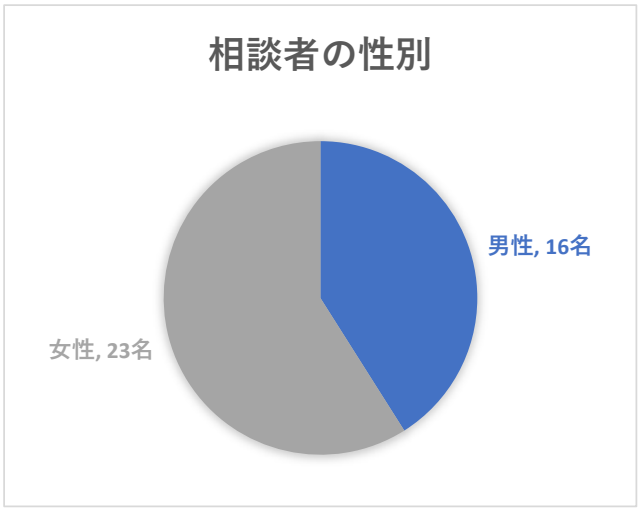
相談月	件　数
4月	8
5月	17
6月	14
合　計	39

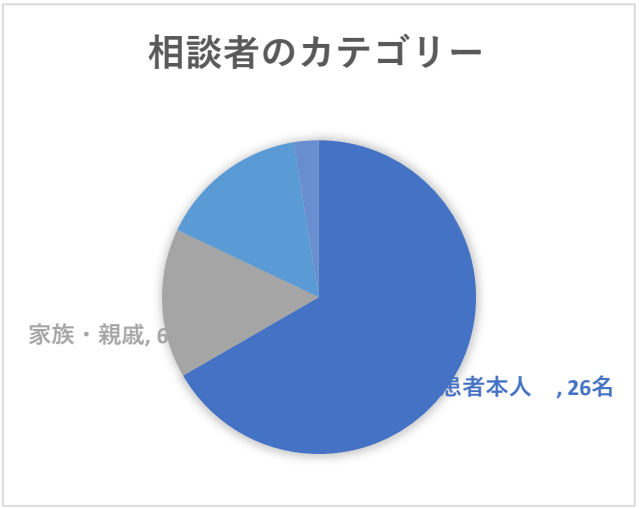


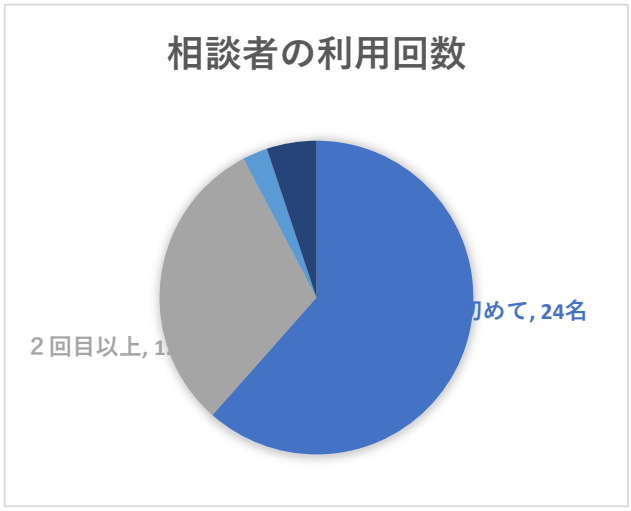


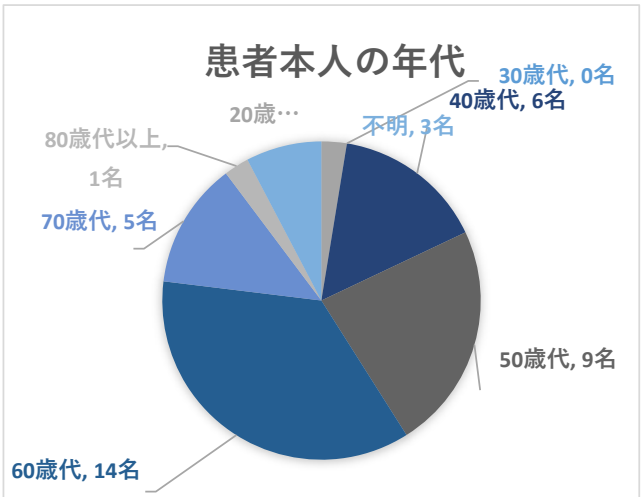


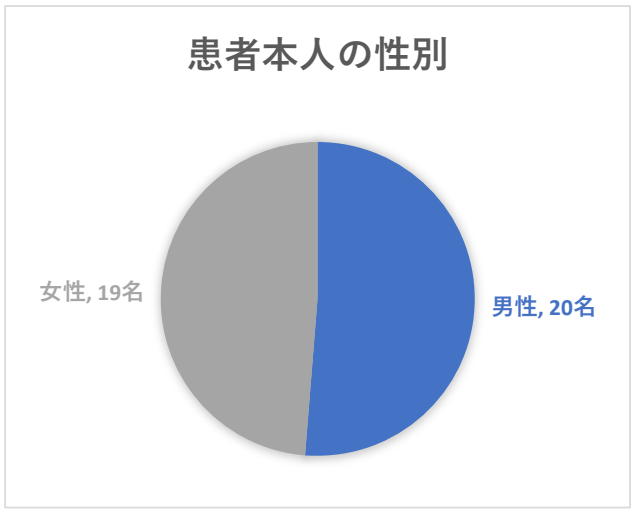


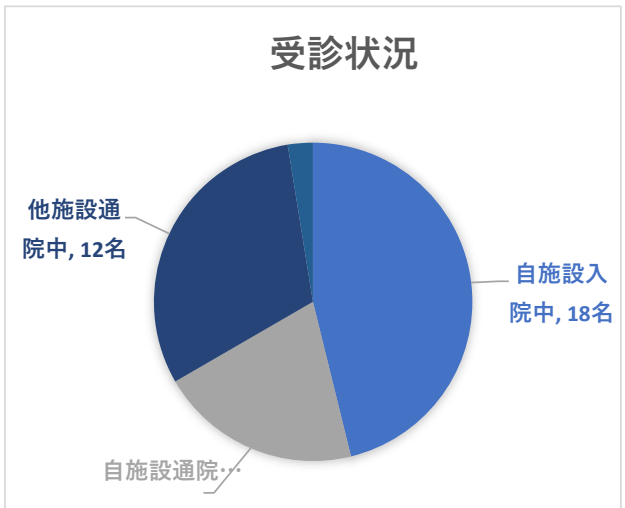

相談者の性別
男性, 16名
女性, 23名

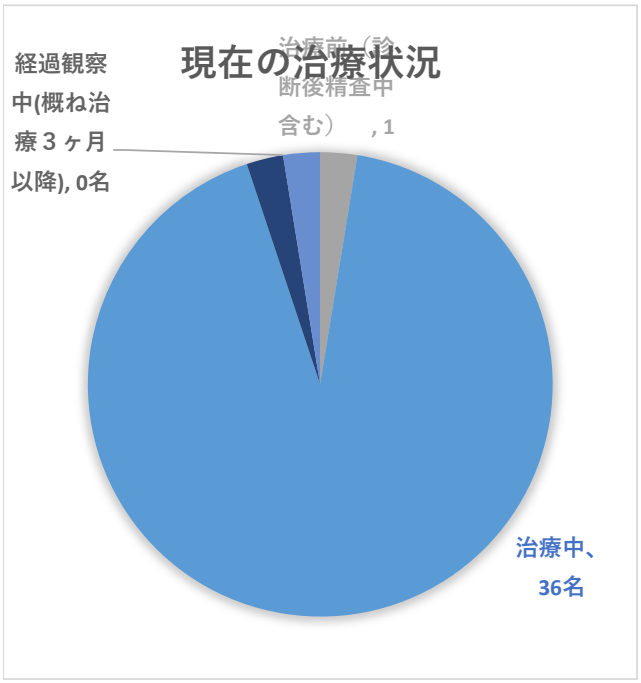

相談者のカテゴリー
家族・親戚, 6
, 26名

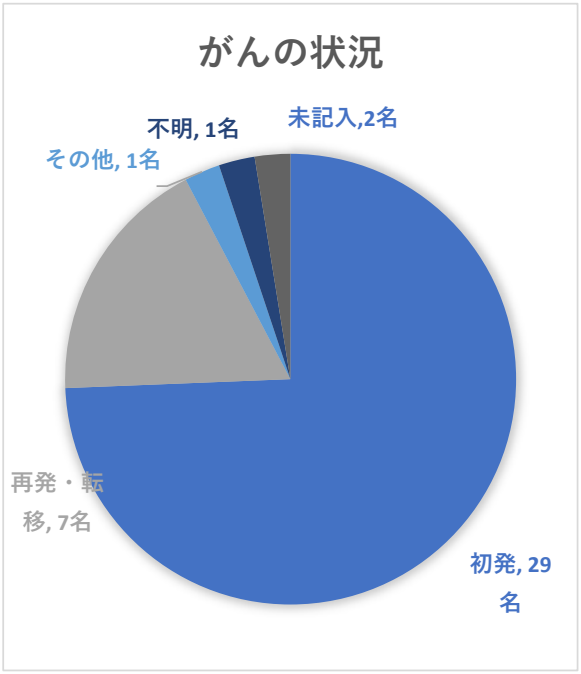

相談者の利用回数
2 回目以上, 1
, 24名

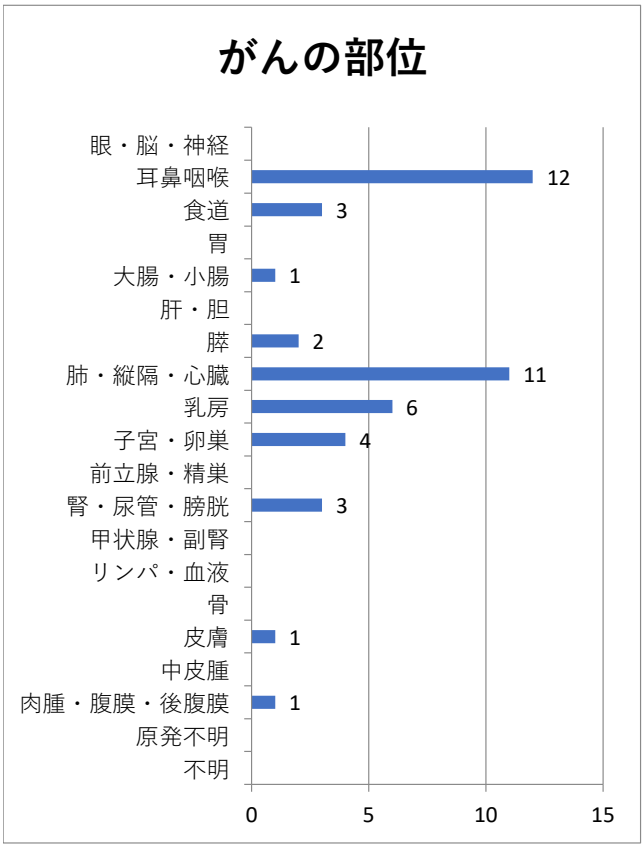

患者本人の年代
30歳代, 0名
40歳代, 6名
20歳…
不明, 3名
80歳代以上,
1名
70歳代, 5名
50歳代, 9名
60歳代, 14名

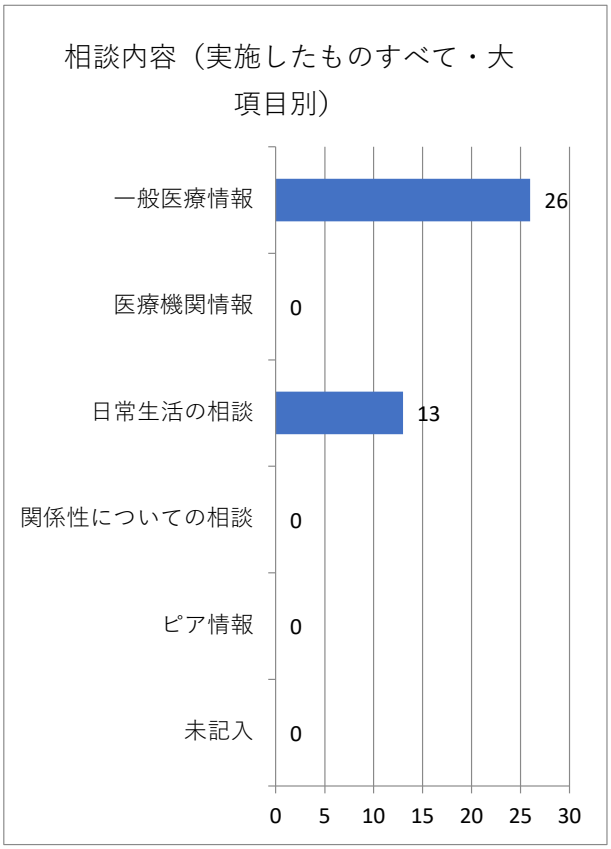

患者本人の性別
女性, 19名
男性, 20名

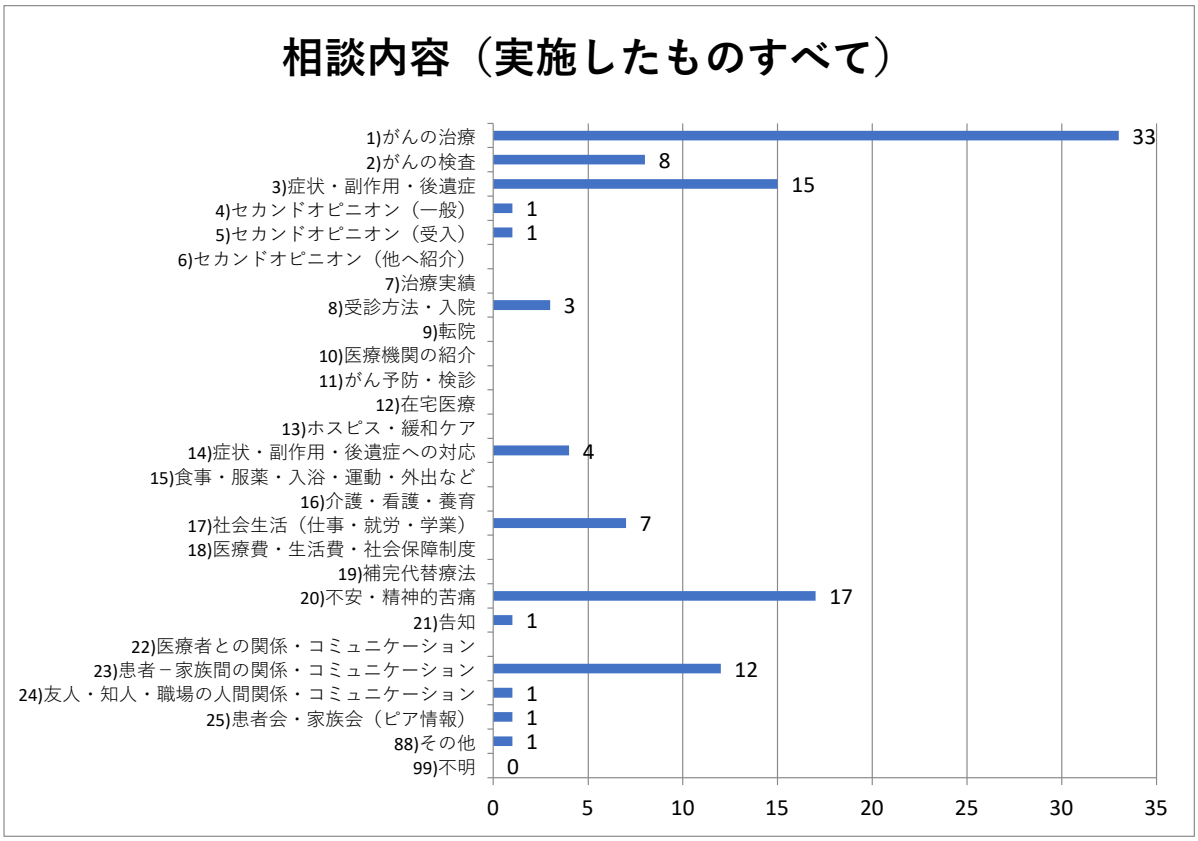

受診状況
他施設通
院中, 12名
自施設入
院中, 18名
自施設通院…

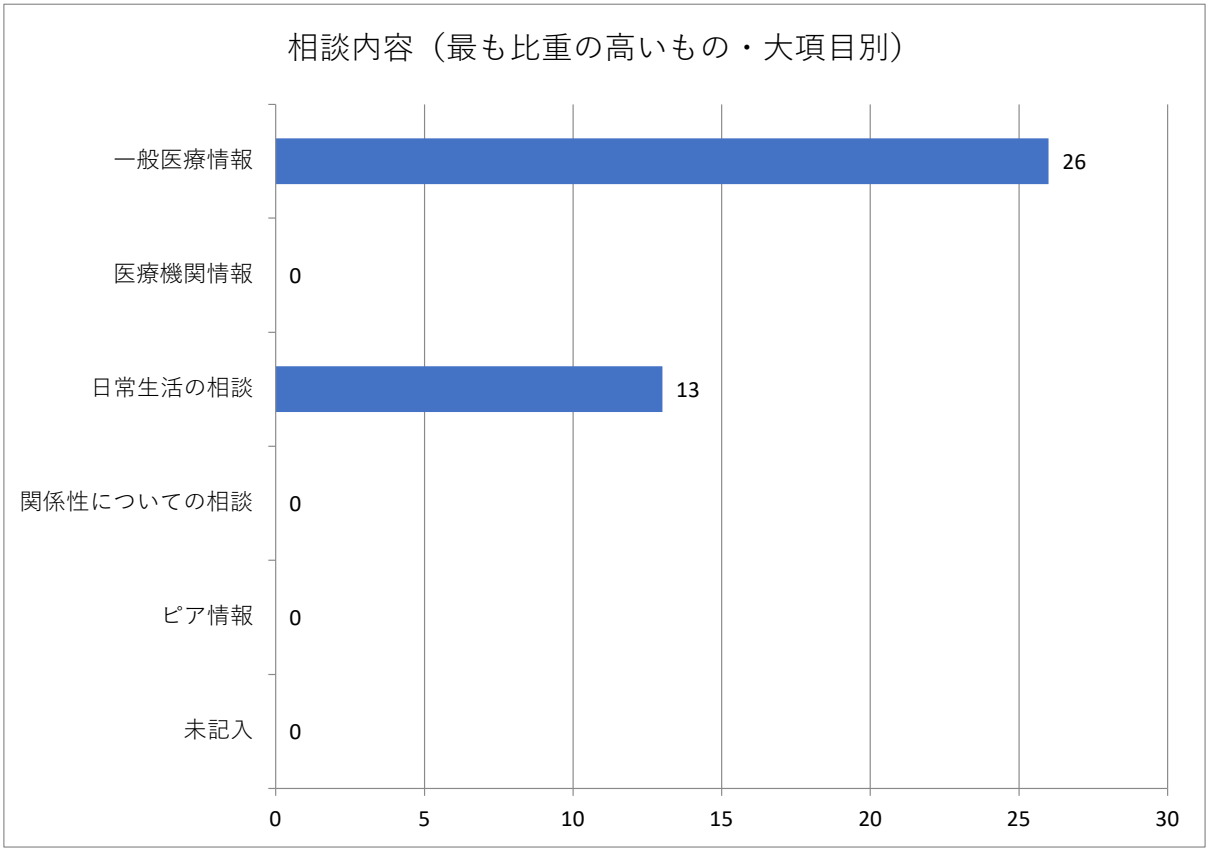

現在の治療状況
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降), 0名
治療前（診断後精査中含む）, 1
治療中、36名


がんの状況
不明, 1名
未記入,2名
その他, 1名
再発・転移, 7名
初発, 29名

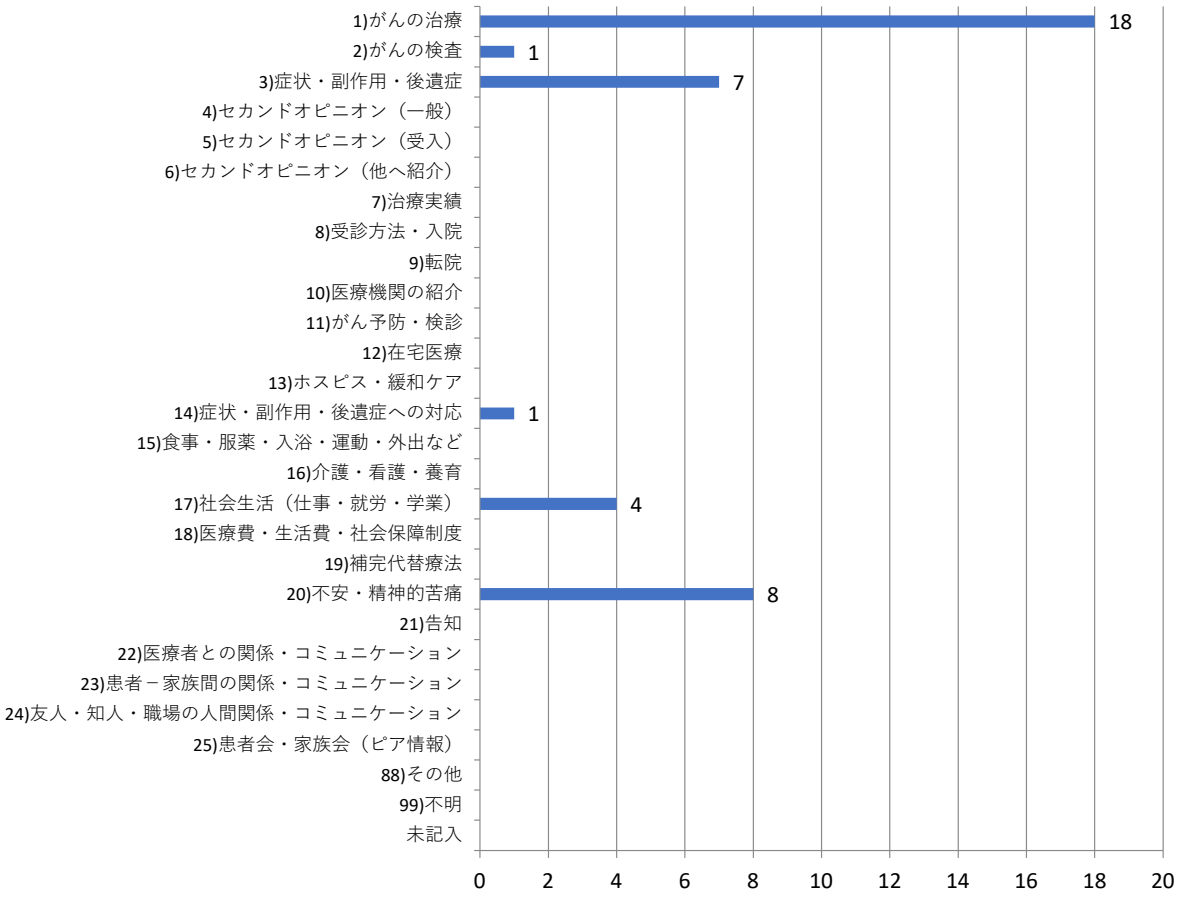

がんの部位
眼・脳・神経
耳鼻咽喉 12
食道 3
胃
大腸・小腸 1
肝・胆
膵 2
肺・縦隔・心臓 11
乳房 6
子宮・卵巣 4
前立腺・精巣
腎・尿管・膀胱 3
甲状腺・副腎
リンパ・血液
骨
皮膚 1
中皮腫
肉腫・腹膜・後腹膜 1
原発不明
不明
0 5 10 15


相談内容（実施したものすべて・大項目別）
一般医療情報 26
医療機関情報 0
日常生活の相談 13
関係性についての相談 0
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25 30

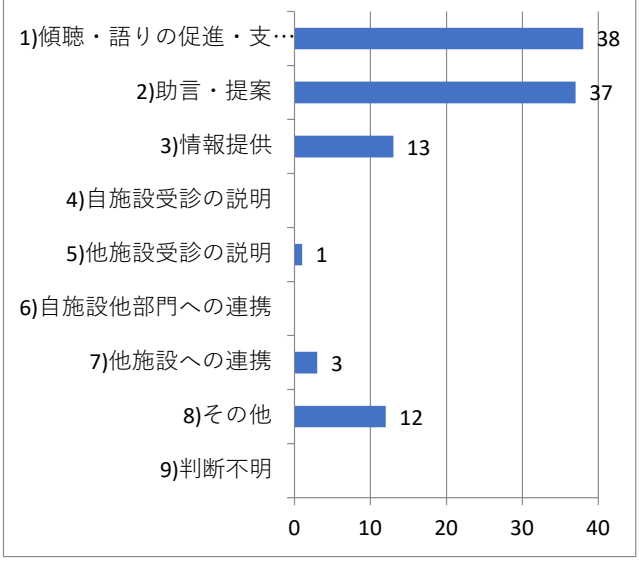

相談内容（実施したものすべて）
1)がんの治療
2)がんの検査
3)症状・副作用・後遺症
4)セカンドオピニオン（一般）
5)セカンドオピニオン（受入）
6)セカンドオピニオン（他へ紹介）
7)治療実績
8)受診方法・入院
9)転院
10)医療機関の紹介
11)がん予防・検診
12)在宅医療
13)ホスピス・緩和ケア
14)症状・副作用・後遺症への対応
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など
16)介護・看護・養育
17)社会生活（仕事・就労・学業）
18)医療費・生活費・社会保障制度
19)補完代替療法
20)不安・精神的苦痛
21)告知
22)医療者との関係・コミュニケーション
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション
25)患者会・家族会（ピア情報）
88)その他
99)不明
33
8
15
1
1
3
4
7
17
1
12
1
1
1
0
0
5
10
15
20
25
30
35


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
一般医療情報
医療機関情報
日常生活の相談
関係性についての相談
ピア情報
未記入
26
0
13
0
0
0
0
5
10
15
20
25
30

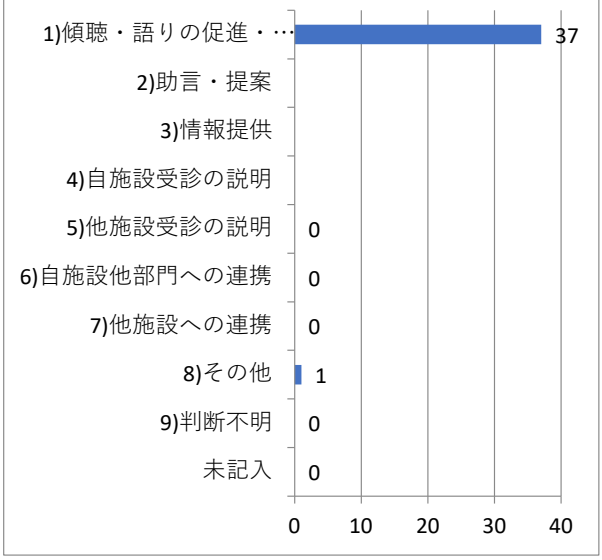
相談内容（最も比重の高いもの）

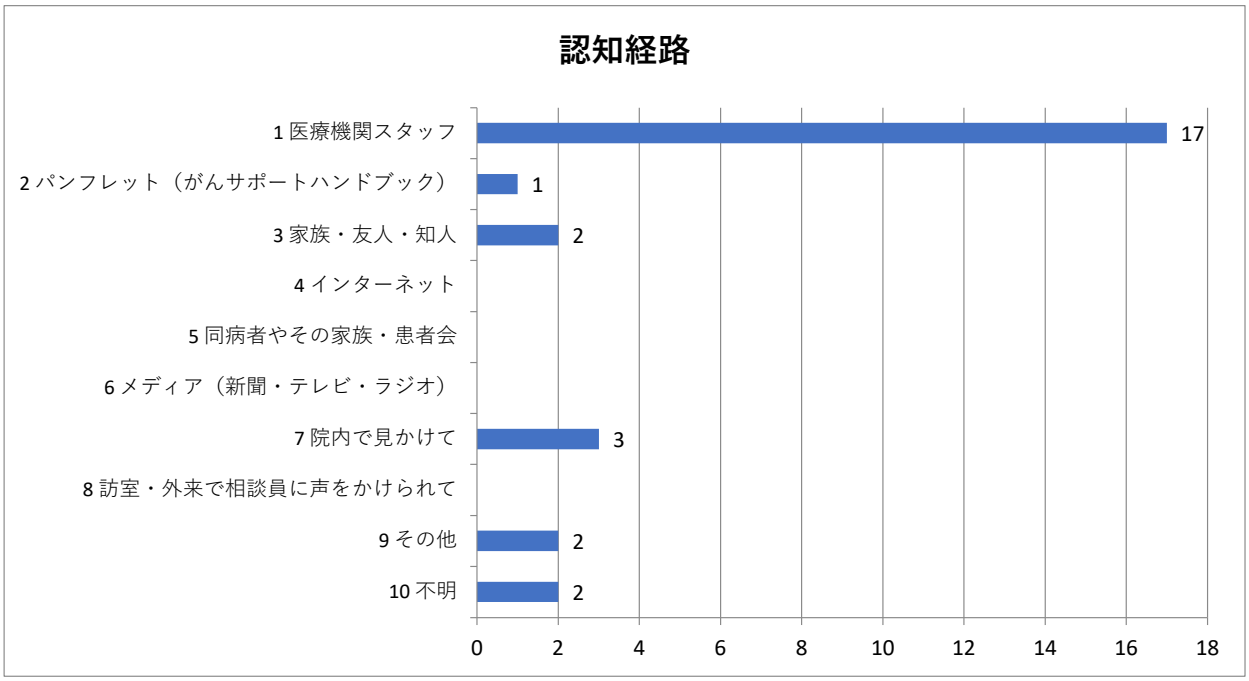


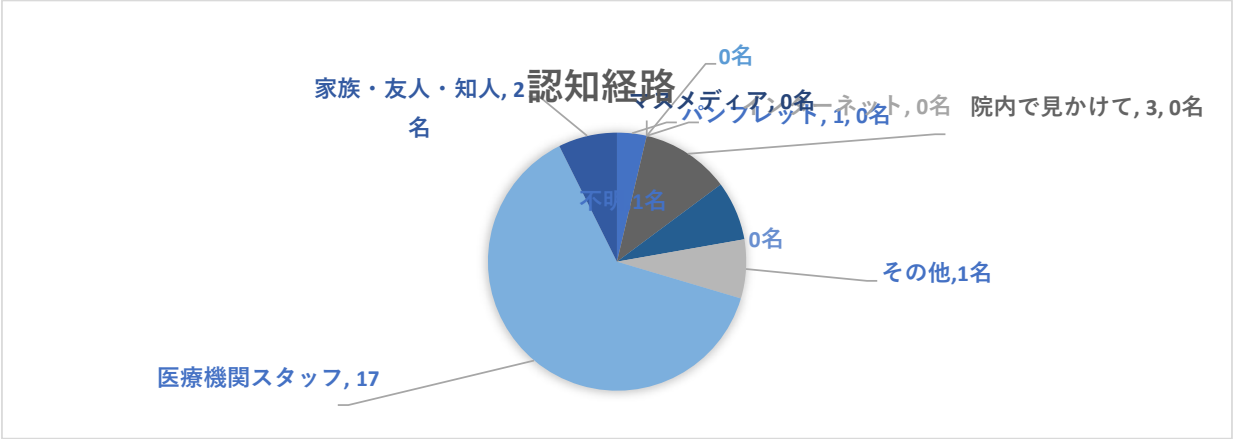
対応内容（実施したものすべて）



対応内容（最も比重の高いもの）




認知経路
1 医療機関スタッフ
2 パンフレット（がんサポートハンドブック）
3 家族・友人・知人
4 インターネット
5 同病者やその家族・患者会
6 メディア（新聞・テレビ・ラジオ）
7 院内で見かけて
8 訪室・外来で相談員に声をかけられて
9 その他
10 不明
17
1
2
2
3
2
0
2
4
6
8
10
12
14
16
18


認知経路
家族・友人・知人, 2名
0名
院内で見かけて, 3, 0名
パンフレット, 1, 0名
0名
その他,1名
医療機関スタッフ, 17

令和７年度４月～６月
沖縄県地域統括相談支援センター　院内患者サロン参加報告

1. 各拠点病院内　患者サロン

(1)　琉大ゆんたく会

日　時　①令和７年５月８日（木）14：00～15：00
②令和７年６月４日（水）14：00～16：00

場　所　琉球大学病院　７階

派遣者　①ピア・サポーター　２名
②ピア・サポーター　４名

(2)　中部ゆんたく会

日　時　令和７年４月24日（木）16：00～17：00

場　所　中部病院　７Ｆレストラン

派遣者　ピア・サポーター　１名

(3)　ぬちぐく～るやいま会

日　時　令和７年５月16日（金）14：10～15：30

場　所　八重山病院　２階　会議室

派遣者　ピア・サポーター　１名

(4)　オンラインゆんたく会

日　時　①令和７年４月15日（火）14：30～15：30
②令和７年５月20日（火）14：30～15：30
③令和７年６月17日（火）14：30～15：30

場　所　オンライン（Zoom）

派遣者　①ピア・サポーター　２名
②ピア・サポーター　３名
③ピア・サポーター　１名

令和７年５月８日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和７年度　第２回　琉大ゆんたく会

場所　琉球大学病院　７階

日時　令和７年　５月　８日（木）　14：00　～　15：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　２名

内容　事務とピア・サポーター2 人で院内患者サロンへ参加。初めての患者さんもいたので自己紹介をし、みんなの体験談を傾聴し寄り添う事ができた。

各部位のがんの治療の違い、手術、抗がん剤のことで質問があり、皆それぞれの思いを伝えた。予定通り終了した。

令和７年６月４日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和７年度　第３回　琉大ゆんたく会

場所　琉球大学病院　７階

日時　令和７年　６月　４日（水）　14：00　～　16：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　４名

内容　・「がん治療とお薬」講義を受ける。

・フリートークでは主に薬物治療に関する関する質疑応答。

※原発巣からの転移はどのようにして発見されるのか、現主治医は必ず見つけてくれる

※転移が見つかった場合に治療はどのように行われるのか。

※薬を飲むときの水はどのような水が良いか、還元水、シリカ。。。等

※自由診療（免疫療法等)、代替療法をやってみたいが医師の見解がはっきりしない。

主催側からの返答もあったが参加者のピアサポーターによる経験談もあり、意見・情報のシェアが活発に行われた。予定通り終了。

令和 7 年 7 月 10 日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和 7 年度　第 159 回　中部地区ゆんたく会

場所　中部病院

日時　令和 7 年　4 月　24 日（木）　16：00　～　17：15

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　1 名

内容　新年度初開催のため、事務とピア・サポーターで院内患者サロンへ参加。以前通っていた方などリピーターの参加者が多くいた。懐かしい話しから、深刻な話題などが上がり話し込む。会は予定通り終了したが、参加者の患者さんよりピアサポーターへ相談依頼があり 15 分程相談対応し終了となる。

令和７年５月16日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和７年度　第１回　ぬちぐく～るやいま会

場所　八重山病院　２階　講堂３

日時　令和７年　５月　16日（金）　14：00　～　15：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　１名

内容　・今年の目標を漢字１文字で書き、各自説明と自己紹介をした。

・今年度のテーマについて話し合った。

・参加したピア・サポーターから、今年度初めての会という事で相談という会ではなかったが皆さんの話を傾聴し、困った事も特になく、対応も良く出来たと報告を受けました。いい会になったようで良かったです。予定通り終了。

令和７年４月 15 日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和７年度　第１回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

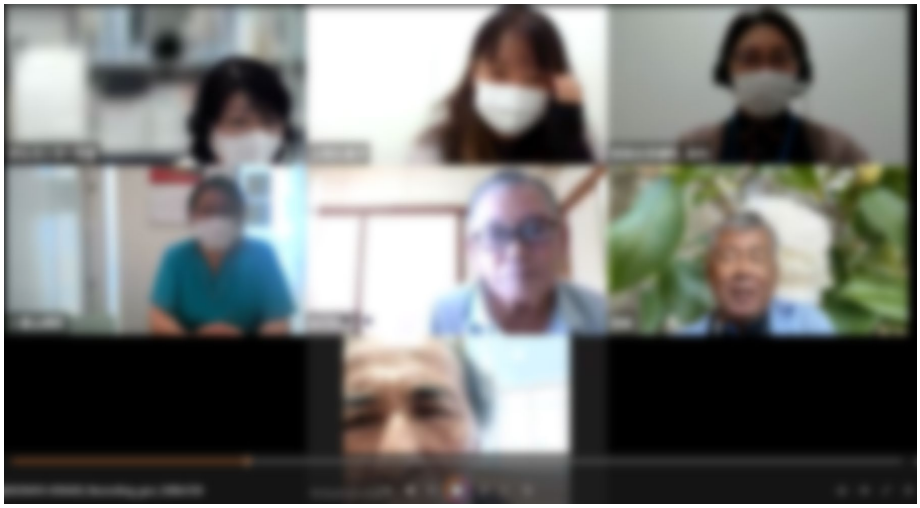
日時　令和７年　４月　15 日（火）　14：30　～　15：30

派遣者　がんピアサポーター（上地 久美子、有銘 宏司）　２名

参加者　その他参加者　５名

参加者それぞれ自己紹介を行い、近況報告される。笑顔も見られ和やかな雰囲気で治療について忘れるような時間をピア・サポーターと共に過ごした。琉球大学病院の相談員１名、八重山病院の相談員２名参加。

一般参加者より定期検査にて再発無しと言われ安心した事や定期検査の日までの３ヶ月は不安があった事にみんなで寄り添うことができた。



令和７年５月 20 日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和７年度　第２回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

日時　令和７年　５月　20 日（火）　14：30　～　15：30

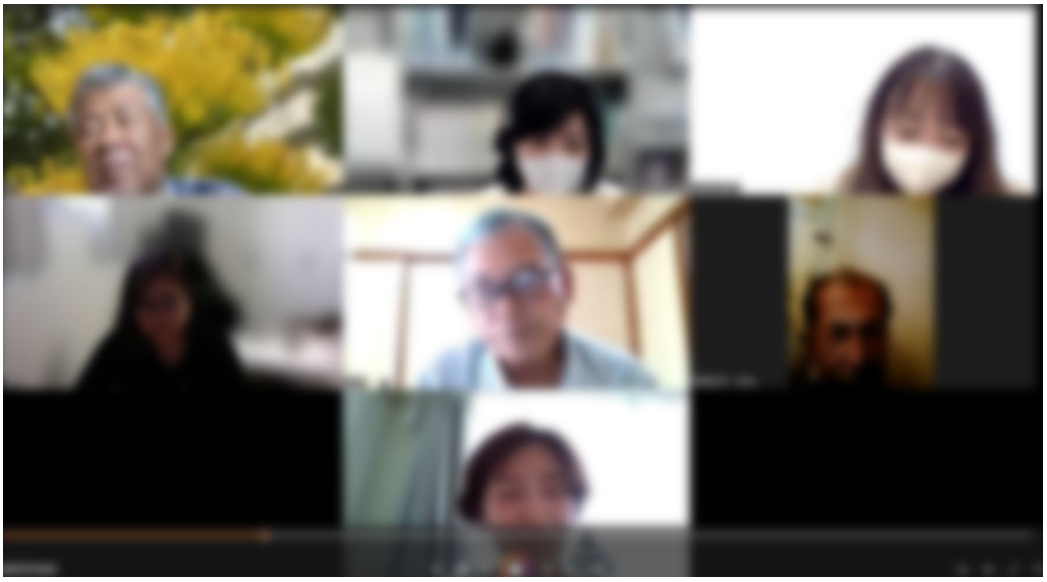
派遣者　がんピアサポーター（上地 久美子、有銘 宏司､大嶺ひとみ）　３名

参加者　一般参加者　４名

・参加者それぞれ自己紹介(初参加２名)を行い、近況報告される。

・家族側の対応の質問に、皆さんの気持ちを言葉で伝えあい励ます。

がん患者が周りにいないので、この回がとても参考になりましたと感謝を頂く。



令和７年６月17日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
平良　恵都子（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和７年度　第３回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

日時　令和７年　６月　17日（火）　14：30　～　15：30

派遣者　がんピアサポーター（上地　久美子）　１名

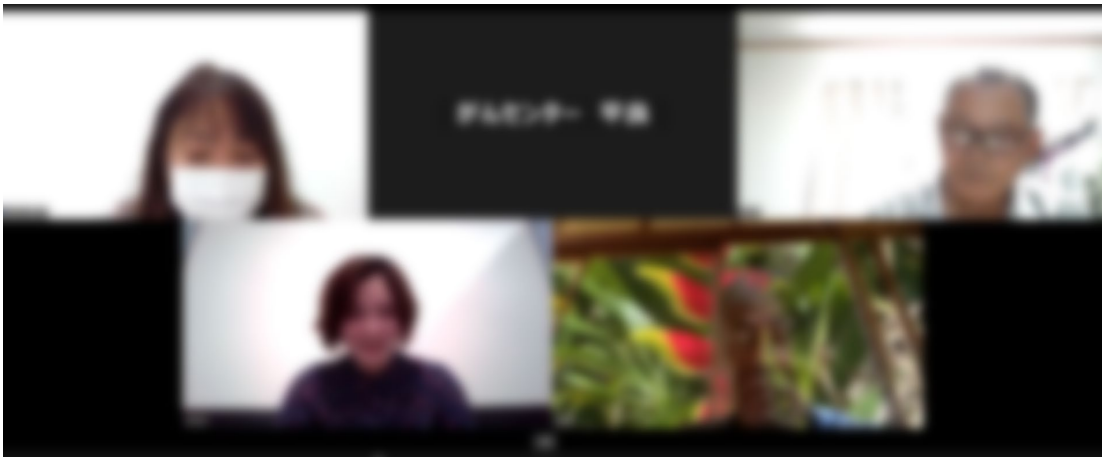
参加者　一般参加者　４名

通常通りオンラインゆんたく会の約束ごとを読み上げ共通認識を図る。

参加者皆さん前回からのリピーターであった。皆さんの近況報告がされる。

笑顔も見られ和やかな雰囲気でピア・サポーターと共に過ごした。

ご家族の方より食事制限などの質問が出て、皆さんが病院で言われた事など体験談を話し、共有した。



令和７年度 沖縄県委託事業

がん ピア・サポーター フォローアップ研修会

開催報告

実施日：令和７年６月 21 日（土）

主催　沖縄県地域統括相談支援センター

【イベントの名称】

がん　ピア・サポーター　フォローアップ研修会

【目的】

がん ピア・サポーター（がんに罹患した経験を持つ相談員）の資質向上を図るため、効果的なピアサポートの活用法を学び、今後のピアサポートの活動へ役立てられるよう、基礎知識の再確認及びコミュニケーション技術の復習を目的に開催する。

【概要】

１．日時　　令和 7 年 6 月 21 日（土）10：30～17：00（10：00 受付）

２．場所　　おきなわクリニカルシミュレーションセンター
　　オーディトリアム 1,2,3

３．対象　　ピアサポーター養成講座修了生もしくはピアサポート活動者

４．主催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 7 年度 沖縄県委託事業）

５．プログラム

講義動画・講義動画　確認テスト提供（研修会前に動画を視聴し研修会へ参加）
一般財団法人日本サイコオンコロジー学会　厚生労働省委託事業
がん総合相談に携わる者に対する研修事業

＜研修会＞　10：30～17：00

◆がん医療の基礎知識
　がん・感染症センター都立駒込病院
　精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長　秋月　伸哉　先生

◆自分の体験を語る
　NPO 法人　支えあう会「α」副理事長　野田　真由美　様

◆ストレスマネジメント
　がん・感染症センター都立駒込病院
　精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長　秋月　伸哉　先生

◆ロールプレイ（4 グループ編成）

第11回　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会

日時：令和7年6月21日（土）10：30～17：00　　（受講生用）

開始時間	終了時間	所要時間	内容	担当	備考
10:00	10:30	30分	受付開始		
10:30			開会		
10:30	10:33	3分	開会のあいさつ	増田　昌人	
10:33	10:40	7分	講師およびスタッフ紹介	講師・相談員・スタッフ	
10:40	10:50	10分	受講生自己紹介	受講生各自	
10:50	11:20	30分	がん医療の基礎知識	秋月　伸哉先生	
11:20	11:50	30分	自分の体験を語る	野田　真由美さん 秋月　伸哉先生	受講生参加型
11:50	12:40	50分	お昼休憩		
12:40	13:00	20分	オリエンテーション（ロールプレイ）	野田　真由美さん	
13:00	13:20	20分	ロールプレイ第1セッション		
13:20	13:40	20分	ロールプレイ第2セッション		
13:40	14:00	20分	ロールプレイ第3セッション		
14:00	14:10	10分	休憩		
14:10	14:40	30分	ストレスマネジメント	秋月　伸哉先生	
14:40	15:00	20分	ロールプレイ第4セッション		
15:00	15:20	20分	ロールプレイ第5セッション		
15:20	15:40	20分	ロールプレイ第6セッション		
15:40	15:45	5分	休憩		
15:45	15:55	10分	グループ振り返り	各グループ	
15:55	16:15	20分	全体振り返りロールプレイの講評	野田　真由美さん	各グループの発表
16:15	16:35	20分	質疑応答と意見交換	野田　真由美さん 秋月　伸哉先生 増田　昌人	
16:35	16:40	5分	アンケート記入	受講生各自	紙面記入
16:40	16:50	10分	受講修了書	増田　昌人	1人ひとり授与
16:50	16:55	5分	記念撮影	全員	
16:55	17:00	5分	閉会のあいさつ	増田　昌人	
17:00			閉会		研修会　終了

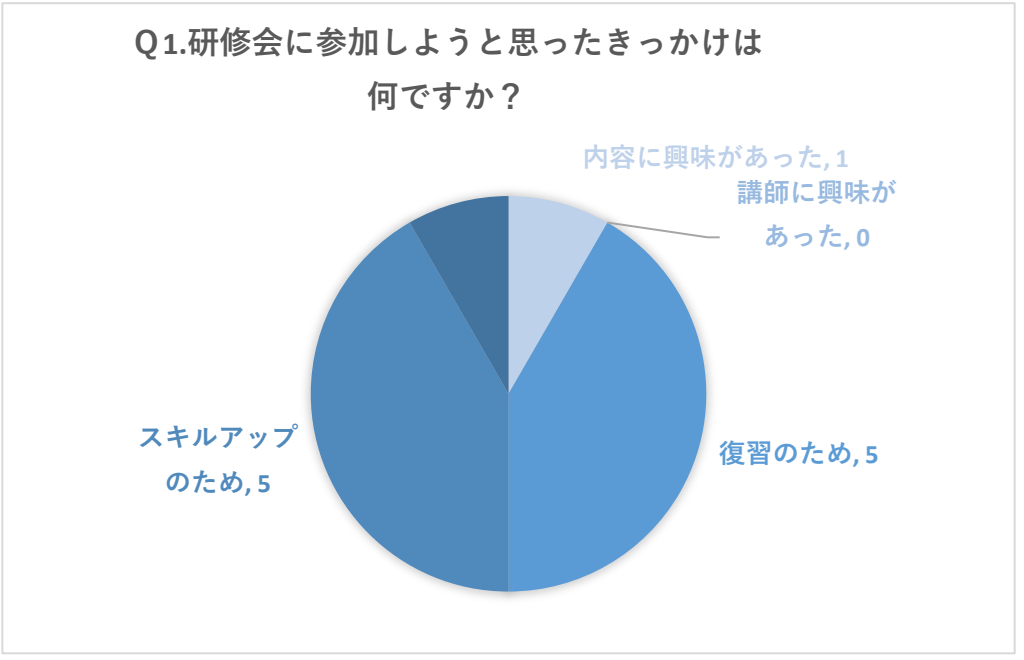
令和7年度　フォローアップ研修会　講師・スタッフ紹介

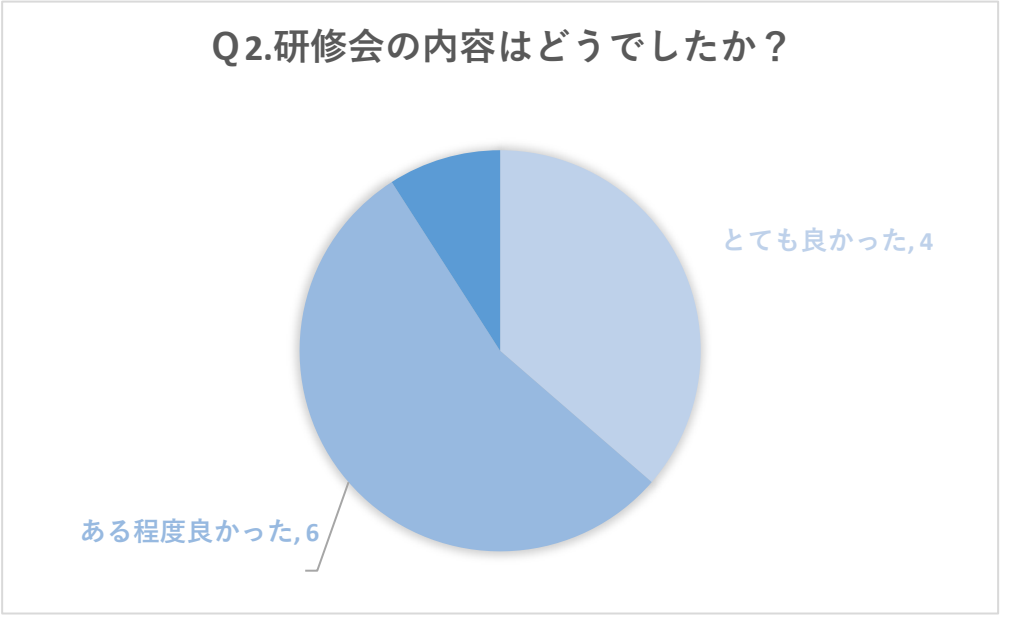
	名前	所属	役割
1	秋月（あきづき）　伸哉（のぶや）	がん・感染症センター　都立駒込病院 精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長 一般社団法人　日本サイコオンコロジー学会 代表理事	講師 ファシリテーター
2	野田（のだ）　真由美（まゆみ）	NPO法人支えあう会「α」副理事長	ファシリテーター
3	仲田（なかだ）　ひろ子（こ）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
4	中山（なかやま）　富美（ふみ）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
5	与儀（よぎ）　淑恵（よしえ）	ぴんく・ぱんさぁ代表	ファシリテーター
6	島袋（しまぶくろ）　百代（ももよ）	パンキャンジャパン沖縄支部　代表	ファシリテーター
7	友利（ともり）　晃子（あきこ）	琉球大学病院　がんセンター　MSW	ファシリテーター
8	増田（ますだ）　昌人（まさと）	琉球大学病院　がんセンター　センター長	責任者
9	伊佐（いさ）　奈々（なな）	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
10	伊佐（いさ）　順子（じゅんこ）	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
11	城間（しろま）　久美子（くみこ）	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
12	西（にし）　佐和子（さわこ）	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
13	平良（たいら）　恵都子（えつこ）	琉球大学病院　がんセンター （沖縄県地域統括相談支援センター）	スタッフ

令和7年度　フォローアップ研修会　受講者名簿

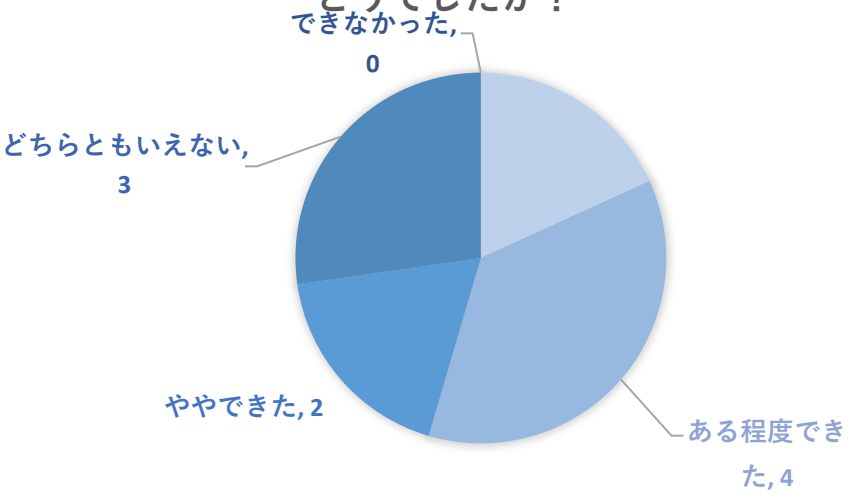
	性別	立場	患者会名	市町村	養成講座修了年度	備考
1	女性	本人	NPO乳がん患者の会ぴんくぱんさぁ	宜野湾市	令和6年度	
2	女性	本人	NPO乳がん患者の会ぴんくぱんさぁ	浦添市		R3,R4,R5年度　フォローアップ研修会修了生
3	女性	本人		糸満市	令和6年度	
4	男性	本人	PSA北海道	糸満市	令和5年度	R6年度フォローアップ研修会修了生
5	男性	本人	ー	那覇市	令和5年度	R6年度フォローアップ研修会修了生
6	女性	本人	NPO乳がん患者の会ぴんくぱんさぁ	那覇市	令和6年度	
7	男性	本人		中城村	令和6年度	R6年度　養成講座修了生
8	女性	本人	ー	宜野湾市	令和元年度	R5,R6フォローアップ研修会
9	女性	家族	がんの子どもを守る会顔晴れの会代表	浦添市	令和4年度	R5フォローアップ研修会
10	男性	本人	日本オストメイト協会 沖縄県支部	那覇市	令和6年度	
11	女性	本人	婦人科がん患者会 美ら清らcafé　代表	西原町		R4年度　フォローアップ研修会修了生
12	女性	本人	NPO乳がん患者の会ぴんくぱんさぁ	那覇市		R4,R5、R6年度　フォローアップ研修会修了生
13	女性	本人	ー	八重瀬町	平成28年度	R5フォローアップ研修会
14	男性	本人	日本オストミー協会　沖縄県副支部長 オストミーやんばる友の会　代表	名護市	初級編 (試行版)	R6フォローアップ研修会
15	女性	本人	ー	宜野湾市	令和3年度	R4フォローアップ研修会、 R6フォローアップ研修会

令和7年度　がん　ピア・サポーターフォロ－アップ研修会
アンケート集計（11名分）

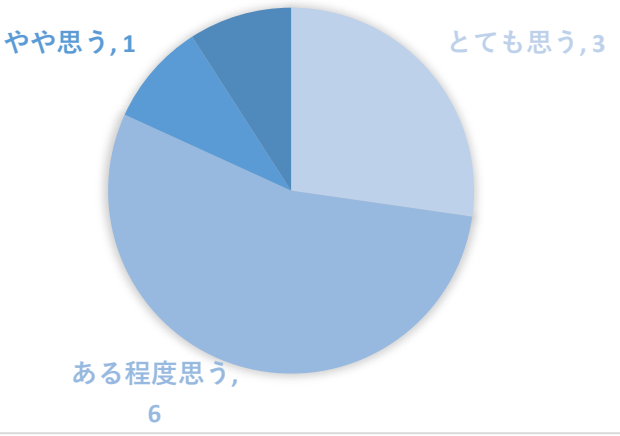




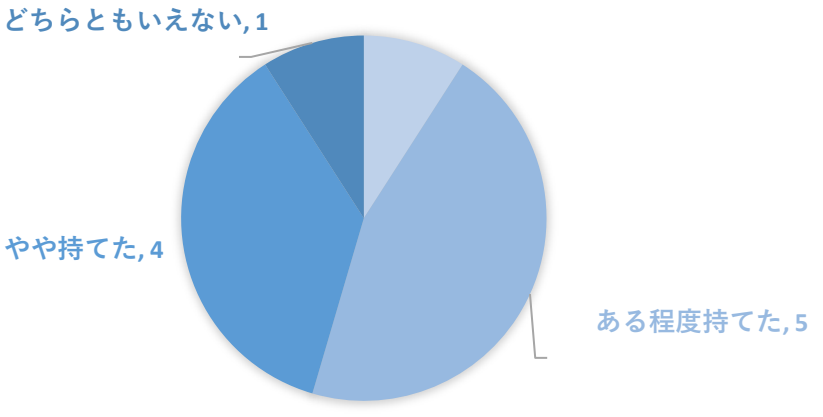
Q3.模擬相談演習（ロールプレイ）はどうでしたか？

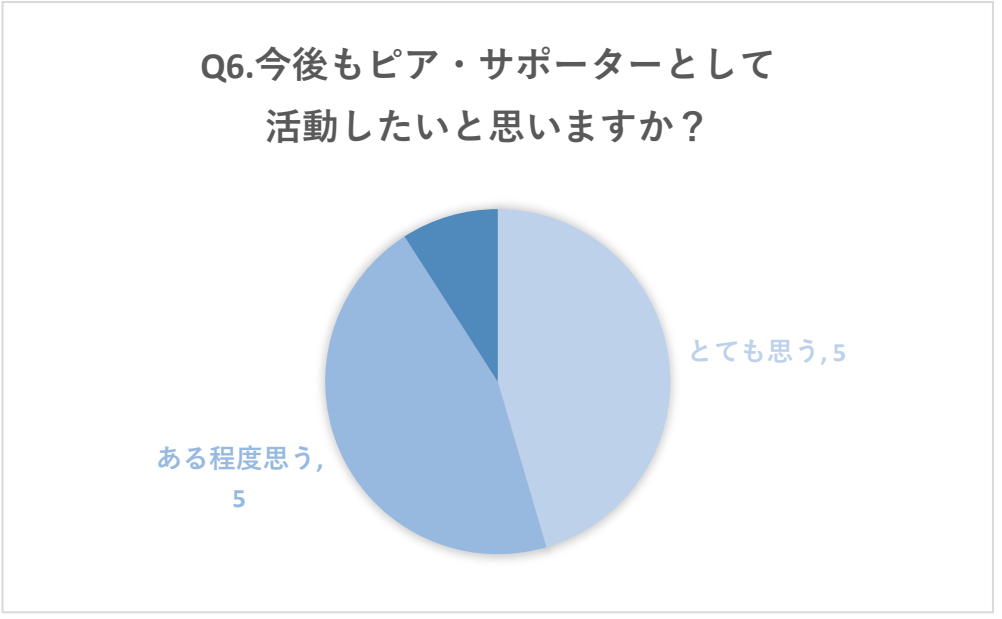


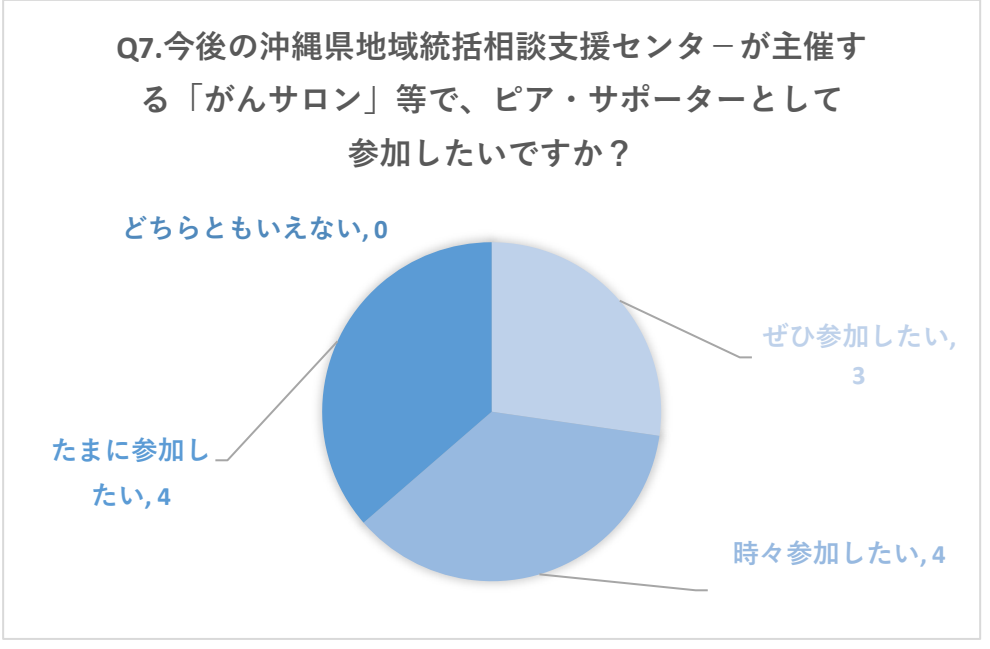
Q4.今回の研修はご自分のスキルアップになったと思いますか？



Q5.今回の研修でピア・サポート活動に自信が持てましたか？







Q8.今後の研修会等で何を学びたいですか？

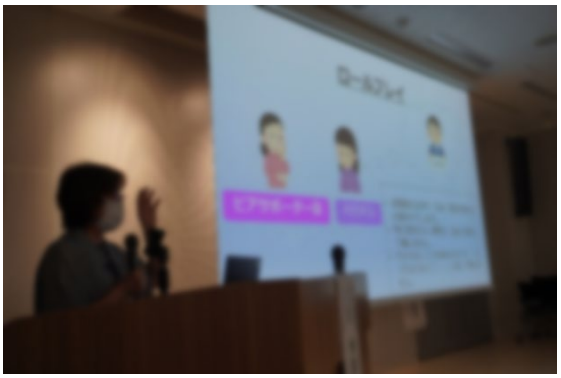
・バウンダリーをもっと学びたいと思いました。
・がんに関する社会保障制度や支援、相談施設などの詳細について
・皆さんのピア活動（ロールプレイ含めて）事業を知りたい。
　困ったこと、感じたこと等。
・役立てるサポートが出来るようにしたい
・ロールプレイのような、Q＆A的な質問や相談に対しての答え方など
・ピアサポーターとして活動してこられた方々のいろいろな事例も聞きたい
・ピアサポーターの使命というか、いのちの大切さを知り、サポーターとしての
　スキルを高めていきたい。常に初心に戻り、学び続けたいと思います。
・活動運営等について。活動場所や資金作りについて。

Q9.ご意見、ご感想をお願いします。

・毎回、新たな発見があり、スキルアップに繋がった様に思います。自分が経験していない事に対して、どのような対応をするべきか難しいところですが、相談者やピアの話を聞きながら経験値を上げていきたいと思いました。
・勉強になりました。ありがとうございました。これからも研修会があったら参加したいと思いました。
・今回も様々な経験をされた方とピアサポート活動について学ぶことができ、とても有意義な時間でした。ありがとうございました。
・1人でピア活動することが多く、知らず知らずに手一杯になっていたことに気づき、ストレスマネジメントの話を聞いて私はバウンダリーを大切にしていなかったことに気がつき、最近のモヤモヤの原因が分かりすっきりしました！ストレスマネジメントの講話は自分のピアサポート活動の状況を知るためにも続けて欲しいです。
・意見出てましたが同じく２回目のロールはシャッフルした方が良いと思う。
出逢いもあるし？
・ロールプレイは苦手ですがとても勉強になりました。
・同じ事でもいい復習になり、話す人が違うだけで考えが広がりました。
・知っている人が沢山いて話し易く、ロールプレイもやりやすかった。
時間を短くして欲しい。
・今回はスケジュールがとれ、全日程参加できてよかったです。仕事上、なかなか参加できないことが多いと思いますができるだけ学んでいきたいと考えています。
・１日研修をするなら弁当を出したらどうですか？注文を取って支払いは当日でも良いのでは？

【申し込み者数：15 名　/　当日参加：11 名】
【振り返り】
・前日から搬入会場設営ができ余裕をもって準備ができた。当日は受講者の案内でばたばたしたが受付も問題なく開会。
・1 日通して多少の時間のずれもあったが修正し、スムーズにプログラムが進み良かったのではないか。
・自分の体験を語るでは、積極的に発表しコンパクトに自分の経験を語ることを学べた。1 人 1 回は発表できたのは良かった。
・ロールプレイでは、受講生の状況を見てセッションをどこまでやるか決めることになっていたが、プログラム通り 6 セッションまで行えた。
・全体で 2 回ロールプレイをすることで、1 回目は思うように上手くできなかったところが 2 回目には 1 回目の学びを活かすことができているように感じた。
・各グループで慣れもでてきて、会場が一体となっていた様子が伺えた。
・
【反省点】
・お昼休憩が 35 分とタイトなスケジュールとなった点。受講生及び講師にとって十分に休憩する時間が取れなかった。
・ロールプレイのはじめに、自己紹介の時間が上手く組み込めなかったこと。ロールプレイを始める際に段取りをもう一度確認が必要。
・今何をするべきかアナウンスがあまり聞こえず、ファシリテーターが段取りに慣れるまでに時間がかかった。
・ロールプレイ中に自分の話が長くなってしまう受講生に対して、研修会ですとまとめることができない場面もあった。

【今後の課題】
・休憩時間は最低でも 45 分は必要。
（ロールプレイ打合せも午後開始時間の 5 分前には終了するように予定を組む）
・ロールプレイで後半はメンバーの入替えをしてはどうかと意見が出たので検討したい。
・プログラムに傾聴の大切さを学ぶ講義をロールプレイ前に組み込むのはどうか。
・多くの養成講座修了生に参加していただくために周知とご案内を早めに行いたい。
・開催場所が分かりにくいとの声があったので、案内をもっと工夫をしたい。








▲研修会の様子

令和7年度　沖縄県委託事業



参加無料
要申込み

2025
6.21/土
10：30-17：00
（受付10：00）

第11回 がん ピア・サポーター フォローアップ研修会

会　場　おきなわクリニカルシミュレーションセンター
〒901-2725　宜野湾市字喜友名1076番地
（琉球大学病院敷地内　管理・研修棟2F）

対　象　がん ピア・サポーター養成講座　修了生
＊事前学習プログラム（講義動画）を視聴いただきます。
＊離島及び本島北部圏域在住の方を対象に旅費助成あり
詳細については申込み後、ご案内します。

申込み　右記のQRコード、電話、FAX、メール受付可

申込締切：2025.6.5（木）

◆発熱（37.5℃以上）の症状のある方、風邪症状のある方はご遠慮ください。
◆当日は、マスク着用での参加をお願いします。
◆1日通しての研修会となるため、弁当持参をおすすめします。

沖縄県地域統括相談支援センター
電　話: (098) 894-1506　FAX: (098) 894-1519
〒901-2725　沖縄県宜野湾市字喜友名1076番地
琉球大学病院　4階　がんセンター内
メール: info@gansoudan-okinawa.jp
367

研修会の詳しい内容は裏面をご覧ください

第11回　　2025.6.21（土）開催

がん ピア・サポーターフォローアップ研修会

講師紹介

◆秋月　伸哉先生

がん・感染症センター　東京都立駒込病院
精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長

◆野田　真由美さん

NPO法人　支えあう会「α」　副理事長

10：00開場/10：30開始/17：00終了
場所：おきなわクリニカルシミュレーションセンター

プログラム

10：00	受付		
10：30	開会のあいさつ　がんセンター長　増田　昌人		
10：33	講師及びスタッフ紹介		
10：40	受講生自己紹介		
10：50	がん医療の基礎知識	講義1	秋月　伸哉先生
11：20	自分の体験を語る	ワークショップ1	野田　真由美さん
11：50	（50分お昼休憩）		秋月　伸哉先生
12：40	オリエンテーション	野田　真由美さん	
13：00	ロールプレイ（1）～（3）	ワークショップ2	野田　真由美さん
14：00	（10分休憩）		
14：10	ストレスマネジメント	講義2	秋月　伸哉先生
14：40	ロールプレイ（4）～（6）	ワークショップ3	野田　真由美さん
15：40	（5分休憩）		
15：45	グループ振り返り	ワークショップ4	野田　真由美さん
15：55	全体振り返りロールプレイの講評		野田　真由美さん
16：15	質疑応答と意見交換	ワークショップ5	野田　真由美さん
16：35	アンケート記入		秋月　伸哉先生
16：40	受講修了書		増田　昌人
16：50	記念撮影		
16：55	閉会のあいさつ　増田　昌人		
17：00	閉会		

第 43 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和７年４月 23 日（水）13：00～15：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１）　座長の選任について
（２）　がん検診情報の一体的な把握について
（３）　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて
（４）　「がん検診のあり方に関する検討会」の今後の進め方について
（５）　報告事項
・がん予防の情報発信について
（６）　その他

【資　料】
資料１　「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱
資料２　がん検診情報の一体的な把握について
資料３　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて
資料４　「がん検診のあり方に関する検討会」の今後の進め方について
資料５　がん予防の情報発信について

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　被用者保険におけるがん検診の実施状況
参考資料３　令和６年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査

第 43 回がん検診のあり方に関する検討会	資料 1
令和 7 年 4 月 23 日（水）	

「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱

１．　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の別添）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。

２．　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

３．　その他

（１）本検討会は健康・生活衛生局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２）本検討会には、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・生活衛生局がん・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・生活衛生局長と協議の上、定める。

第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和７年４月23日（水）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん検診情報の一体的な把握について

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

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

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

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

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

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

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

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

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

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要
１．がん予防

(1)一次予防

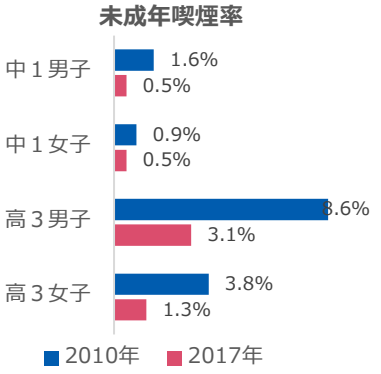
【現状・課題】
- 喫煙、飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣について更なる改善が必要。
- ウイルス（パピローマウイルス（HPV）、肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV－1））や細菌感染（ヘリコバクター・ピロリ）は発がんに寄与するため、感染症対策（教育・啓発やワクチン接種）が重要。

【取り組むべき施策】
- 「第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次））」に沿った健康運動の推進
- がん拠点病院等から地域へのがん予防に関する普及啓発
- HPVワクチンに係る正しい理解の促進及びと接種勧奨やキャッチアップ接種の実施と適切な情報提供、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進

ハイリスク飲酒者の割合（2023年度）		
	男性	14.1%
	女性	9.5%

望まない受動喫煙の機会を有する者の割合　2023年 (2008年)	
行政機関	2.1% (16.9%)
医療機関	2.7% (13.3%)
家庭	5.0% (13.9%)
飲食店	16.0% (62.3%)

出典：国民健康栄養調査



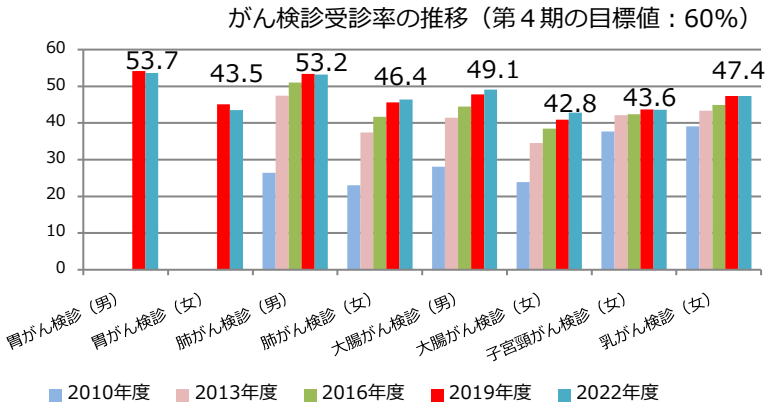
出典：厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

(2)二次予防（がん検診）

【現状・課題】
- 男性の胃・肺がん検診を除いて50%に達していない
- がん検診受診者のうち30～70%程度が受診している職域におけるがん検診は任意であり、受診率を把握する仕組みがない。
- 精密検査受診率は都道府県及びがん種による差が大きく、改善が必要である。
- 十分な検証なしに指針に基づかないがん検診を実施している市町村（特別区含む）は80%と高い状況が続いている。
- より正確、低侵襲、簡便、安価な方法が提案されているが、対策型検診への導入のプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

【取り組むべき施策】
- 正確かつ精緻に個人単位で受診率を把握する仕組みの検討
- 科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進
- 全ての国民が受診しやすい環境の整備
- がん検診の意義及び必要性の普及啓発
- 職域におけるがん検診の実施状況の把握、がん検診全体の制度設計について検討
- 精密検査受診率の低い市町村の実態把握、都道府県による指導・助言等の取組推進
- 指針に基づかないがん検診の効果検証の方法、関係学会や企業等とのマッチングを促進する仕組みの検討、組織型検診（※）の構築

（※）組織型検診：統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する検診



※　グラフ中の数値は2022年度調査。
※　胃がん、子宮頸がん、乳がんは過去2年。
※　胃がん（過去２年）は2019年度調査より新設。

出典：国民生活基礎調査

精密検査受診率（2021年度）（第４期の目標値：90%）	
胃がん	84.4%
肺がん	82.5%
大腸がん	69.9%
子宮頸がん	77.6%
乳がん	89.9%

出典：地域保健健康増進事業報告

第４期がん対策推進基本計画について

- 第４期がん対策推進基本計画では、がん検診について、「国は、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する」「国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する」とされている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

（２） がんの２次予防（がん検診）

①受診率向上対策について

（現状・課題）

また、がん検診を受けた者のうち、30～70%程度は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

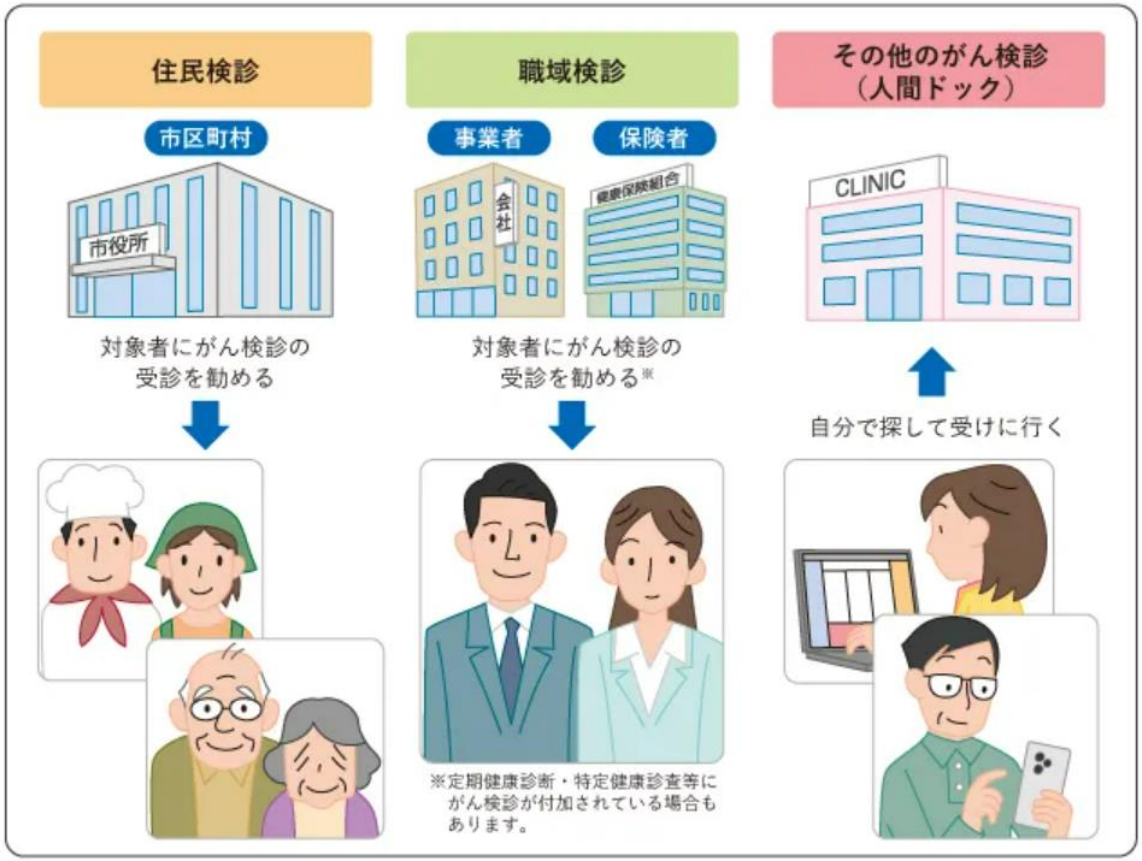
国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。

国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。

がん検診の大まかな分類について

- がん検診には、①住民検診（市町村（特別区を含む。以下同じ。）が健康増進法に基づく健康増進事業として行うがん検診）、②職域検診（保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるがん検診）、③その他のがん検診（人間ドックなど個人が任意で受けるがん検診）がある。

図１　がん検診の大まかな分類



がん情報サービス　https://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr01.html

日本の健診（検診）制度の概要

全体像

○医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査（健康診断）を実施。
○市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。
○**市町村は、健康増進法に基づき、**一定年齢の住民を対象として**がん検診**などの各種検診**を実施**。（**医療保険者や事業主は任意に実施**）

乳幼児等（妊娠～出産後1年・小学校就学前）

母子保健法

【対象者】１歳６か月児、３歳児
【実施主体】市町村 **<義務>**
※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨

児童生徒等

学校保健安全法

【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生　※就学時健診については小学校入学前の児童
【実施主体】学校（幼稚園から大学までを含む。）**<義務>**

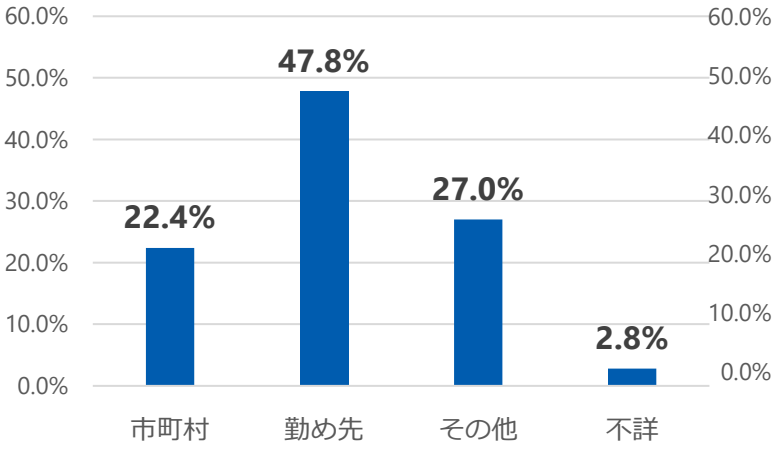
	被保険者・被扶養者	うち労働者	その他
～39歳	**医療保険各法**（健康保険法、国民健康保険法等） 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者＜努力義務＞	**労働安全衛生法** 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者　**<義務>** ※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	**健康増進法** 【対象者】住民（生活保護受給者等を含む） 【実施主体】市町村＜努力義務＞ 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診） ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導
40～74歳	**特定健診** **高齢者医療確保法** 【対象者】加入者 【実施主体】保険者 **<義務>**	※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。	
75歳～	**高齢者医療確保法** 【対象者】　被保険者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合＜努力義務＞		

※上記以外に、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、がん検診について、保険者や事業主が**任意で**実施や助成を行っている。

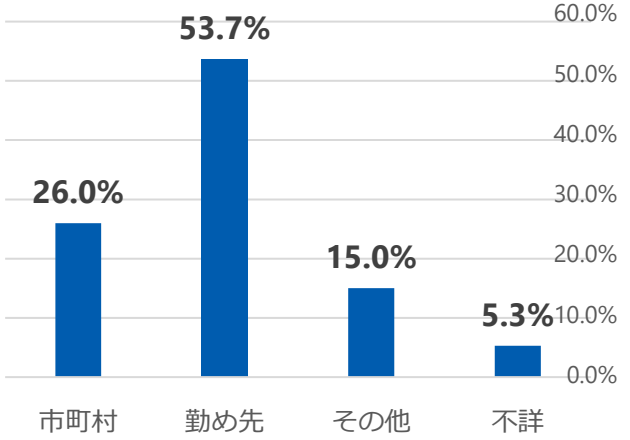
がん検診の受診機会について

- がん検診受診者のうち、住民検診を受診したのは約２～４割であり、残りは職域検診等を受診している。そのため、市町村は、住民のがん検診の受診状況を十分に把握できていない。

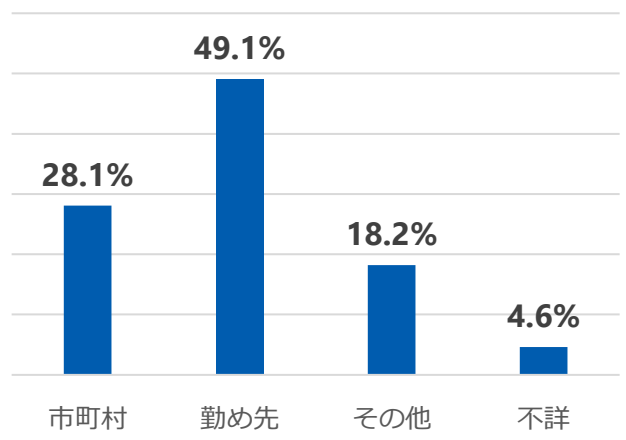
胃がん検診を受けた（過去2年）
（40-69歳）



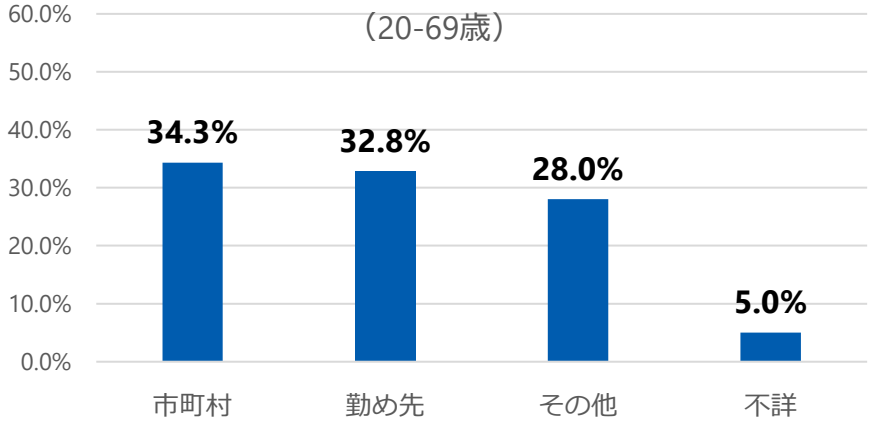
肺がん検診を受けた（40-69歳）



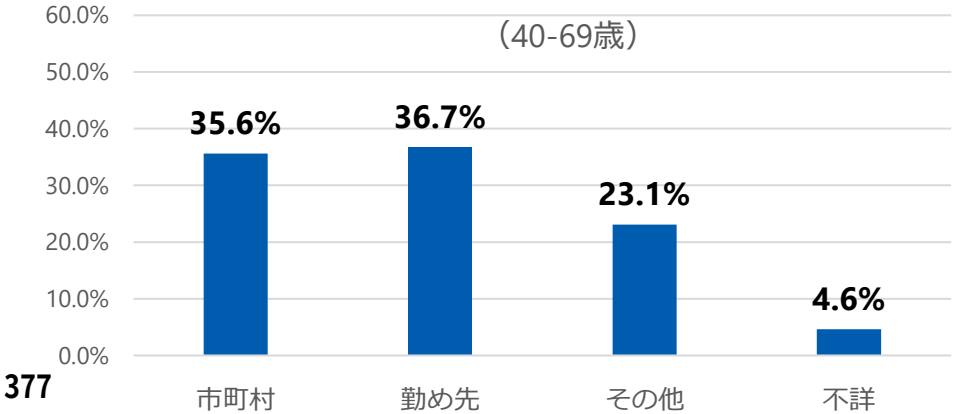
大腸がん検診を受けた（40-69歳）



子宮頸がん検診を受けた（過去2年）
（20-69歳）



乳がん検診を受けた（過去2年）
（40-69歳）



出典：令和４年 国民生活基礎調査

健康増進事業実施要領
（健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく健康増進事業について　別添）

がん検診を含む健康増進事業については、「より適切な指導のため、日常診療、人間ドック、献血等の健康増進事業以外の機会に実施された検査等の結果についても活用することが望ましい。」とされており、市町村は、がん検診の実施に当たり、職域におけるがん検診やその他のがん検診の結果についても、活用することが望ましい。

健康増進事業実施要領（抄）

第３ 健康増進法第１９条の２に基づく健康増進事業

１　総論

（２）健康増進法第１９条の２に基づく健康増進事業（以下「健康診査等」という。）の結果に基づき、必要な指導を行う。特に、医療機関での受診が必要な者又は生活習慣の改善が必要な者に対しては、個別に指導する。なお、より適切な指導のため、日常診療、人間ドック、献血等の健康増進事業以外の機会に実施された検査等の結果についても活用することが望ましい。

がん検診情報の把握に係る自治体の取組について

福井県高浜町

把握の方法

年度当初に、住民検診（特定健診、骨粗鬆症検診を含む）の受診について**希望調査票を**世帯単位で**送付**して、対象者の受診希望日等を確認している（対象者が返信用封筒で返送）。**令和６年度からは二次元コードを用いてWebからの回答も可能としている**。

住民の回答項目

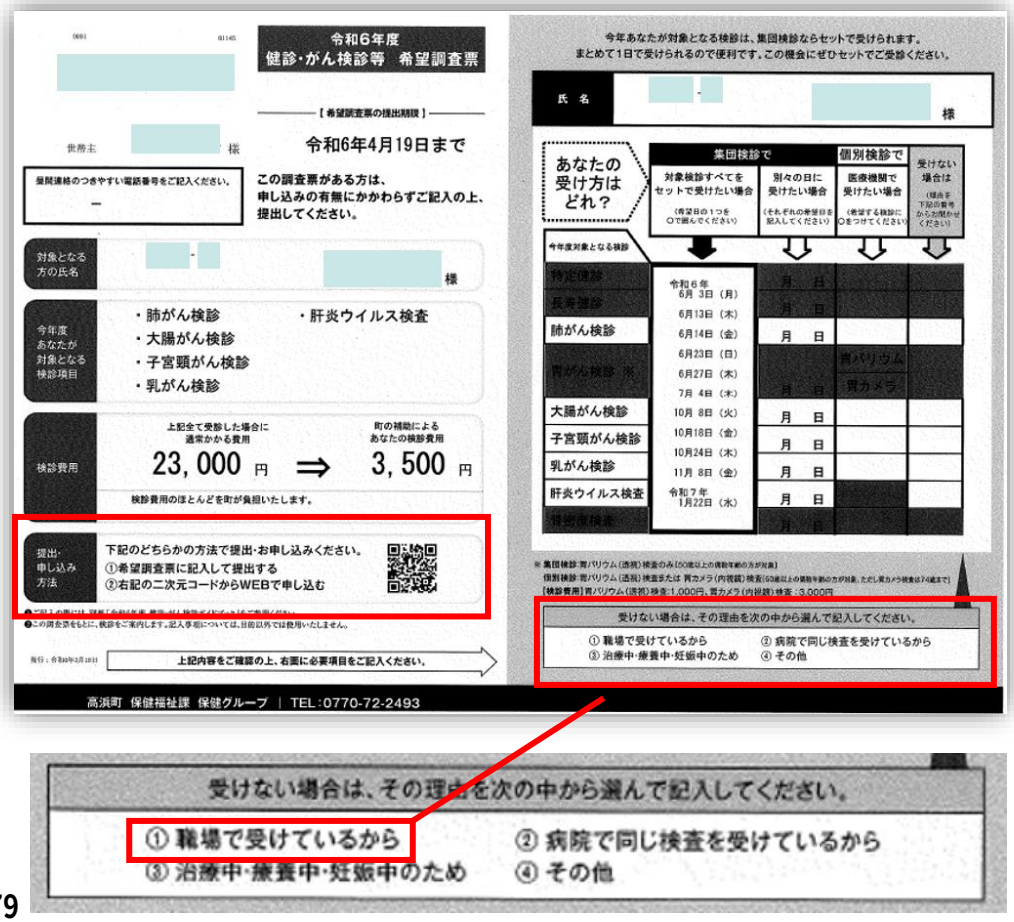
住民検診を受けないと回答した者について、**受けない理由を把握できるように選択式の質問項目を設け、「職場で受けている」という選択肢を定めている。**

また、選択項目の「④その他」の回答者については、過去の受診歴等を考慮し、優先度を決めて受診勧奨を実施している。

収集の状況

コロナ禍前は返信用封筒による回答以外に、町の健康推進委員が直接調査票を回収しており、約8割の回収率であった。コロナ禍以降は、調査票送付及び返信用封筒による対応のみとしたが、**約7～8割の回収率**を保っている。

高浜町の令和６年度健診・がん検診等希望調査票

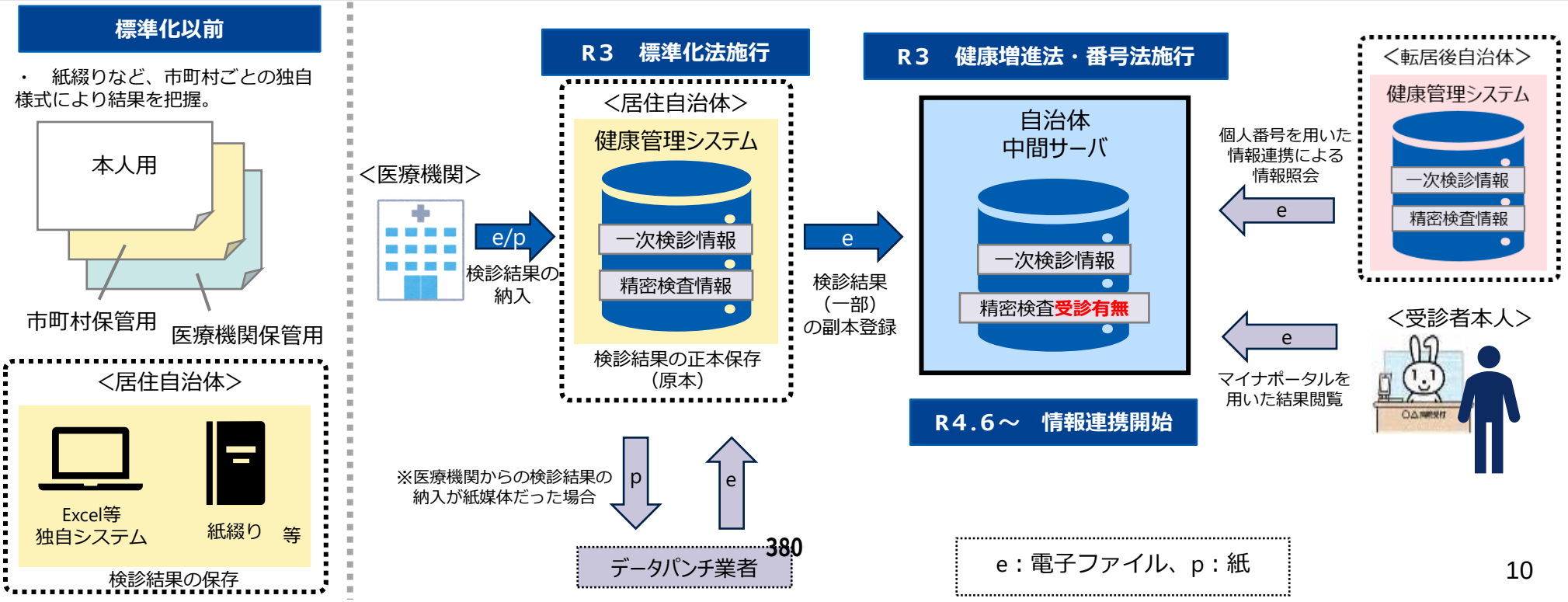


自治体が行うがん検診の情報に係るシステム標準化・情報連携等について

○　住民の利便性の向上及び地方公共団体の行政運営の効率化を目的として、自治体システム標準化（※）が進められており、がん検診情報の管理や受診勧奨等の効率的な実施が可能となる。

（※） 地方公共団体情報システム標準化基本方針（令和６年12月閣議決定）において、令和５年３月末時点で公表された標準仕様書（健康管理システム標準仕様書1.1版）に適合した**標準準拠システムに令和７年度末までに移行することを目指す**とされている。なお、HPV検査単独法に伴うシステム改修については健康管理システム標準仕様書2.0版に記載があり、適合基準日は令和８年４月１日）。

○　また、より適切な検診の受診勧奨等に資するよう、健康増進法において住民の転居に際し自治体間で検診結果等の情報連携を可能とすることが規定されており、令和４年６月から、中間サーバへの副本登録により個人番号を用いた情報連携や検診結果の閲覧が可能となっている。



自治体検診DXの方向性について

第59回　厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
令和６年11月５日
資料１

○　自治体検診は、現状、紙を中心とした運用となっており、住民の手間や事務的なコストが発生している。PMHの仕組みを活用し、自治体検診事務のデジタル化を図ることとしてはどうか。

○　また、PMHを活用した自治体検診事務のデジタル化を図る中で、自治体検診情報について、データベースを構築してはどうか。また、他の公的DB等とも連結することを可能とし、自治体検診情報の政策研究等へ活用することとしてはどうか。

1 自治体検診事務のデジタル化

	現状	将来
住民	・　**紙の問診票記入**に際して、毎回、住所や氏名などを記載する手間。 ・　受診時に、毎回、**紙の受診券**を医療機関に提出する手間。	・　問診票をスマートフォンで入力可能になり、住所や氏名などの情報は自動で入力。 ・　マイナンバーカード１枚で検診を受診可能となる。
自治体	・　紙媒体による、対象者への受診券や実施通知の送付、医療機関への検診票の送付等の必要。 ・　封入作業（人件費）、通信運搬費（**郵送費**）、健康管理システムへの**情報入力**、費用支払に対する**事務コストが発生**。	・　受診券、実施通知の**ペーパーレス化**により、**封入作業や郵送費が不要に**。健康管理システムへの**入力作業が不要**に。 ・　費用支払に対する**事務コストの軽減**（例えば集合契約など事務負担の軽減等に資する他の方策も検討）
医療機関	・　検診結果を手書きにより記入し報告、郵送での費用請求	・　検診結果の報告、費用請求のペーパーレス化

※　PMH導入による効果等を勘案し、費用負担の在り方を検討することが必要。

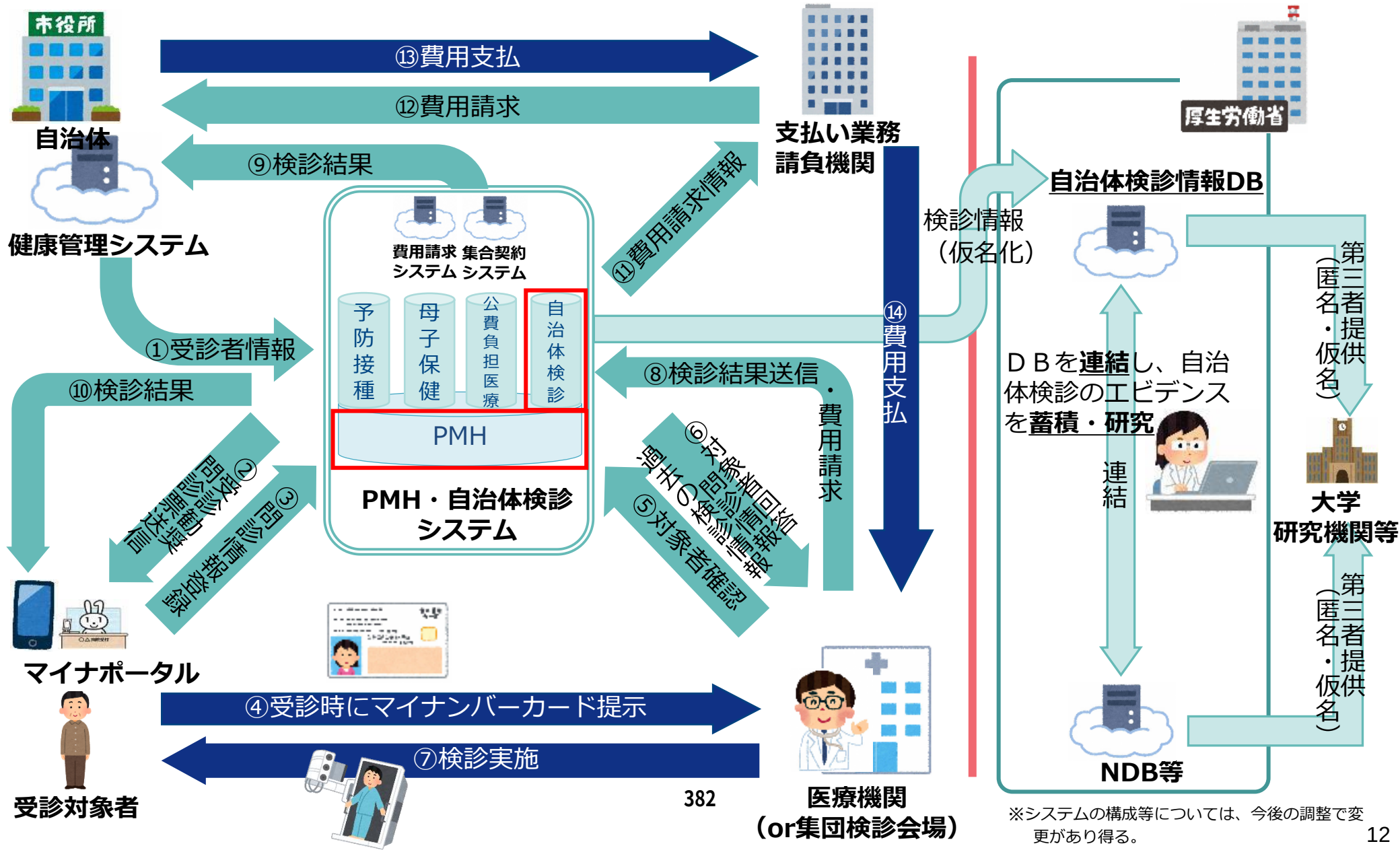
2 自治体検診情報の二次利用

○　他の公的DB等とも連結することを可能とし、例えば以下のような自治体検診情報の政策研究等への利活用が考えられる。

（例）・がん検診受診の有無とがん罹患情報の連結解析による精度管理
・歯周病検診受診の有無と、生活習慣病（罹患状況や医療費）・介護（要介護度）等との関係性の分析
・骨粗鬆症検診受診の有無と、医療（骨折の治療歴）・介護（要介護度）との関係性の分析

自治体検診のデジタル化【将来像（イメージ）

第59回　厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
令和６年11月５日
資料１



※システムの構成等については、今後の調整で変更があり得る。

がん検診情報の一体的な把握について

現状・課題

- がん検診には、①住民検診（市町村が健康増進法に基づく健康増進事業として行うがん検診）、②職域検診（保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるがん検診）、③その他のがん検診（人間ドックなど個人が任意で受けるがん検診）がある。
- がん検診受診者のうち、住民検診を受診したのは約２～４割であり、残りは職域検診や人間ドックにおけるがん検診等を受診している。そのため、市町村は、住民のがん検診の受診状況を十分に把握できていない。
- 第４期がん対策推進基本計画では、がん検診について、「国は、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する」「国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する」とされている。
- 健康増進事業については、「より適切な指導のため、日常診療、人間ドック、献血等の健康増進事業以外の機会に実施された検査等の結果についても活用することが望ましい。」とされており、市町村は、住民検診の実施に当たり、職域におけるがん検診やその他のがん検診の結果についても、活用することが望ましい。
- 一部の市町村では、電子申請フォーム等を活用して、効率的・効果的に職域検診の受診状況等を把握している。
- 住民検診について、住民の利便性の向上及び地方公共団体の行政運営の効率化を目的として、自治体システム標準化が進められており、がん検診情報の管理や受診勧奨等の効率的な実施が可能となる。
- 医療DXの一環として、PMHの仕組みを活用した自治体検診事務のデジタル化（自治体検診DX）が検討されている。

対応（案）

- 受診率向上及び適切な精度管理の実施の観点から、職域検診を含めた住民のがん検診の受診状況等を集約化し、市町村が一体的に管理することを目指してはどうか。
- 具体的な集約方法としては、市町村が受診者に対して受診勧奨を行うに当たり、まず受診者本人からがん検診の受診状況等を市町村に報告することとしてはどうか。
- 報告に当たっては、自治体検診DXを見据えつつ、電子的な方法の活用を検討してはどうか。

報告イメージ（例：胃がん検診（２年に１回の受診を推奨））

設問	選択肢
昨年度又は今年度に胃がん検診を受診しましたか。	１．はい ２．いいえ
受診した胃がん検診は次のいずれに該当しますか。	１．自治体（市区町村）が提供するがん検診 ２．勤め先（保険者・事業主）が提供するがん検診 ３．人間ドック等ご自身で受診した検診
がん検診の受診日はいつですか（複数回答可）。	○年○月○日
○年○月○日に受けたがん検診について、がん検診の種類は何ですか。	１．胃部X線検査 ２．胃内視鏡検査 ３．その他（自由記載欄）
○年○月○日に受けたがん検診について、検診の結果を教えてください。	１．異常認めず ２．要精密検査 ３．わからない/覚えていない
【前の問で２．要精密検査と答えた方】精密検査を受診しましたか。	１．受診した ２．受診していない
【前の問いで１．受診したと答えた方】精密検査の結果を教えてください。	１．異常を認めず ２．異常を認める（がん） ３．異常を認める（がん以外） ４．わからない/覚えていない

受診勧奨の対象者にならない者

自治体への報告のみで終了
※要精密検査未受診者に対しては精密検査の受診勧奨を行う

【２．いいえ】を選択した者

【３．その他】を選択した者

【３．わからない/覚えていない】を選択した者

受診勧奨

報告イメージ（例：大腸がん検診（１年に１回の受診を推奨））

設問	選択肢
昨年度又は今年度に大腸がん検診を受診しましたか。	１．はい ２．いいえ
受診した大腸がん検診は次のいずれに該当しますか。	１．自治体（市区町村）が提供するがん検診 ２．勤め先（保険者・事業主）が提供するがん検診 ３．人間ドック等ご自身で受診した検診
がん検診の受診日はいつですか（複数回答可）。	○年○月○日
○年○月○日に受けたがん検診について、がん検診の種類は何ですか。	１．便潜血検査 ２．その他（自由記載欄）
○年○月○日に受けたがん検診について、検診の結果を教えてください。	１．異常認めず ２．要精密検査 ３．わからない/覚えていない
【前の問で２．要精密検査と答えた方】精密検査を受診しましたか。	１．受診した ２．受診していない
【前の問いで１．受診したと答えた方】精密検査の結果を教えてください。	１．異常を認めず ２．異常を認める（がん） ３．異常を認める（がん以外） ４．わからない/覚えていない

今年度がん検診を受けている者のみ

自治体への報告のみで終了
※要精密検査未受診者に対しては精密検査の受診勧奨を行う

【２．いいえ】を選択した者

昨年度がん検診を受けている者

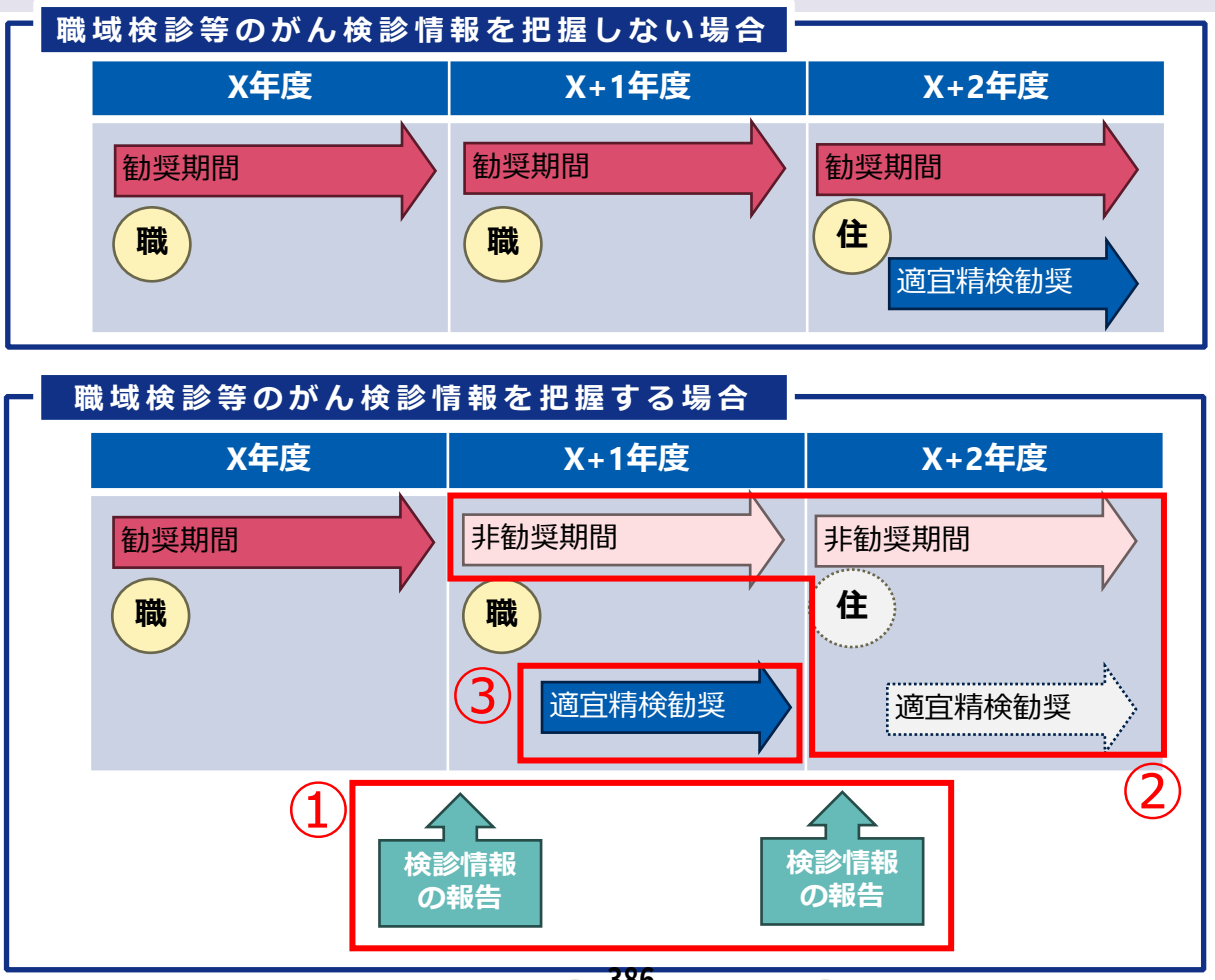
【２．その他】を選択した者

【３．わからない/覚えていない】を選択した者

受診勧奨

職域検診等のがん検診情報の把握によるメリット
（２年に１回の受診が推奨されているがん検診の場合）

① 職域検診等を含めた正確な受診率等の把握により、より適切な**受診率向上の取組や精度管理が可能**になる。
② 適切なタイミング・対象者に対する受診勧奨により**不要な受診を防ぎ、効率的に受診勧奨を行う**ことができる。
③ 職域検診等での要精検未受診者に対する受診勧奨により、**早期発見・早期治療**につながる。



※ 住 は住民検診、 職 は職域検診及び人間ドックの受診を指す。

第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和７年４月23日（水）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

近年の対策型検診の項目の導入過程

- 国立がん研究センターによる有効性評価（※）において、対策型検診として実施することが推奨された検診項目について、がん検診のあり方に関する検討会において導入に向けた検討を行い、自治体が使用する運用マニュアルなどの整備を行った上で、指針改正を行い対策型検診として位置づけている。

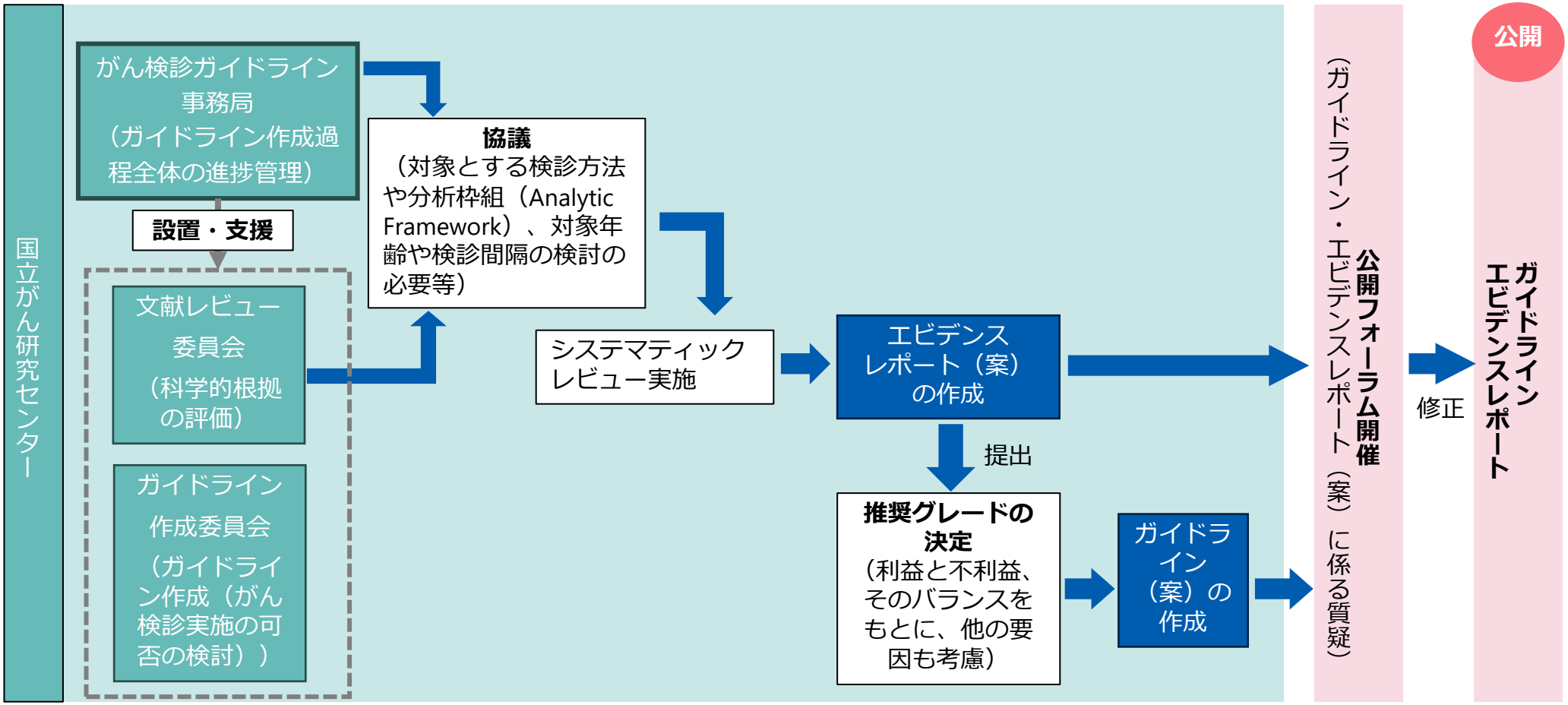
※　死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回るかどうかの評価

導入年	がん種	検診項目	
平成28年	胃がん	胃内視鏡検査	新規の検診項目として導入（50歳以上に対し２年に１回）
	胃がん	胃部エックス線検査	対象年齢・受診間隔の変更　※「当面の間」の規定あり （40歳以上→50歳以上、１年に１回→２年に１回）
令和５年	子宮頸がん	HPV検査単独法	新規の検診項目として導入　※実施体制が整った自治体で選択可能 （30歳以上に対し５年に１回）

	令和５年度　HPV検査単独法		平成28年度　胃内視鏡検査	
有効性評価に基づくがん検診ガイドライン	令和２年３月31日	有効性評価に基づく 子宮頸がん検診ガイドライン 2019年度版公表	平成27年３月31日	有効性評価に基づく 胃がん検診ガイドライン 2014年度版公表
検診検討会における検討	令和３年３月17日 令和４年５月25日	第32・35回検討会 研究班の進捗状況の報告	平成26年９月28日 ～ 平成27年７月30日	第９回～第15回検討会
	令和５年６月２日 ～ 令和５年12月28日	第38～40回検討会 導入に向けた議論		
	令和６年２月９日 （持ち回り）	第41回検討会 指針案、マニュアル案	平成27年９月29日	検診検討会中間報告書
公表	令和６年２月	「対策型検診におけるHPV検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」の公表	平成28年１月	「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」の公表
	令和６年２月14日	指針改正	平成28年２月４日	指針改正

国立がん研究センターにおける有効性評価の手順について

- 国立がん研究センターでは下記の手順で有効性評価を実施し、ガイドライン及びエビデンスレポートを公表している。



※文献レビュー委員会、ガイドライン作成委員会は、臨床医、疫学者等の専門家から構成され、それぞれ独立したメンバーとする。
※作成されたガイドライン案については、関連分野の臨床医を含む専門家の389部評価を実施する。

HPV検査単独法の導入状況と自治体支援について

➢厚生労働省はHPV検査単独法の導入に向けた自治体への支援として、以下の取組等を行っている。

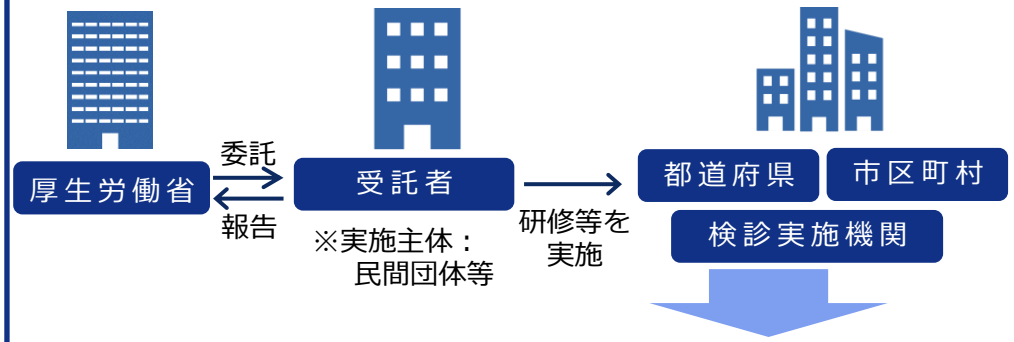
・検診の精度管理に係る研修の実施
・健康管理システムのHPV検査単独法導入に伴う改修費への補助
・自治体向けのQAの公開

➢令和６年度にHPV検査単独法を導入した自治体は、和光市、志木市、横浜市の３自治体と把握している。

➢HPV検査単独法の導入を検討している自治体からは、実際に導入した自治体における具体的な導入方法や運用状況、課題について詳細に把握した上で、自らの自治体への導入を検討したいとの意見が寄せられている。

HPV検査単独法導入に向けた精度管理支援事業

都道府県、市区町村、 HPV検査単独法の実施を市区町村から受託する検診実施機関に対し、アルゴリズム（※）に沿ったHPV検査単独法による子宮頸がん検診の精度管理について研修等を行う。

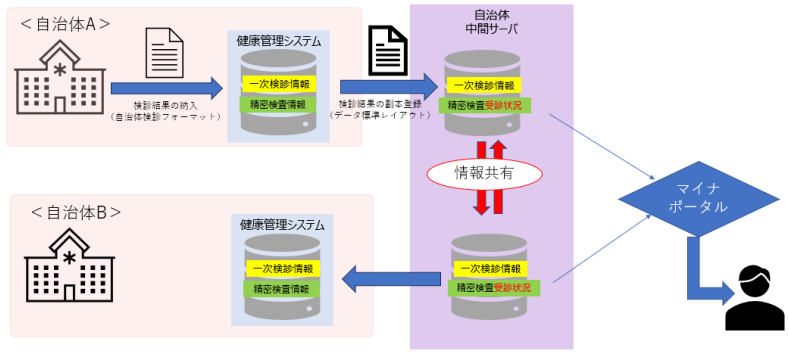


（※）検診結果ごとにどのような検査をいつ行うか等を定めたもの。

子宮頸がん検診におけるHPV検査単独法導入に伴う健康管理システムの改修事業

HPV検査単独法の受診歴はマイナンバー連携の対象となる情報であることから、各市区町村は、マイナンバー連携を可能にするため、健康管理システムを改修する必要があり、システム改修に要する経費について補助するもの。

がん検診における自治体システムの概要



第４期がん対策推進基本計画

➢ 取り組むべき施策において、以下のとおり記載している。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

現状・課題

○ 近年、健康増進法に基づくがん検診（対策型検診）として新たに位置づけられた、胃がん検診における内視鏡検査や、子宮頸がん検診におけるHPV検査単独法の導入プロセスを振り返ると、国立がん研究センターによる有効性評価により、対策型検診として実施することが推奨された検診項目について、がん検診のあり方に関する検討会で検討を行い、運用マニュアルなどの整備を行った上で、対策型検診として導入されている。

○ 子宮頸がん検診におけるHPV検査単独法では、導入から1年が経過後の現在、実際に実施している自治体は３自治体であり、導入を検討している自治体からは、実際に導入した自治体から具体的な導入方法や運用状況、課題を提供して欲しいという声が寄せられている。

○ こうした反省に立ち、科学的に有効性が確認された検診項目を、多くの自治体へ円滑に導入するために、第４期がん対策推進基本計画にあるように、「対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する」ことが重要である。

対応（案）

○　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて、以下を基本としてはどうか。

①国立がん研究センターは、検診項目に関するエビデンスの収集を行い、随時有効性評価を実施

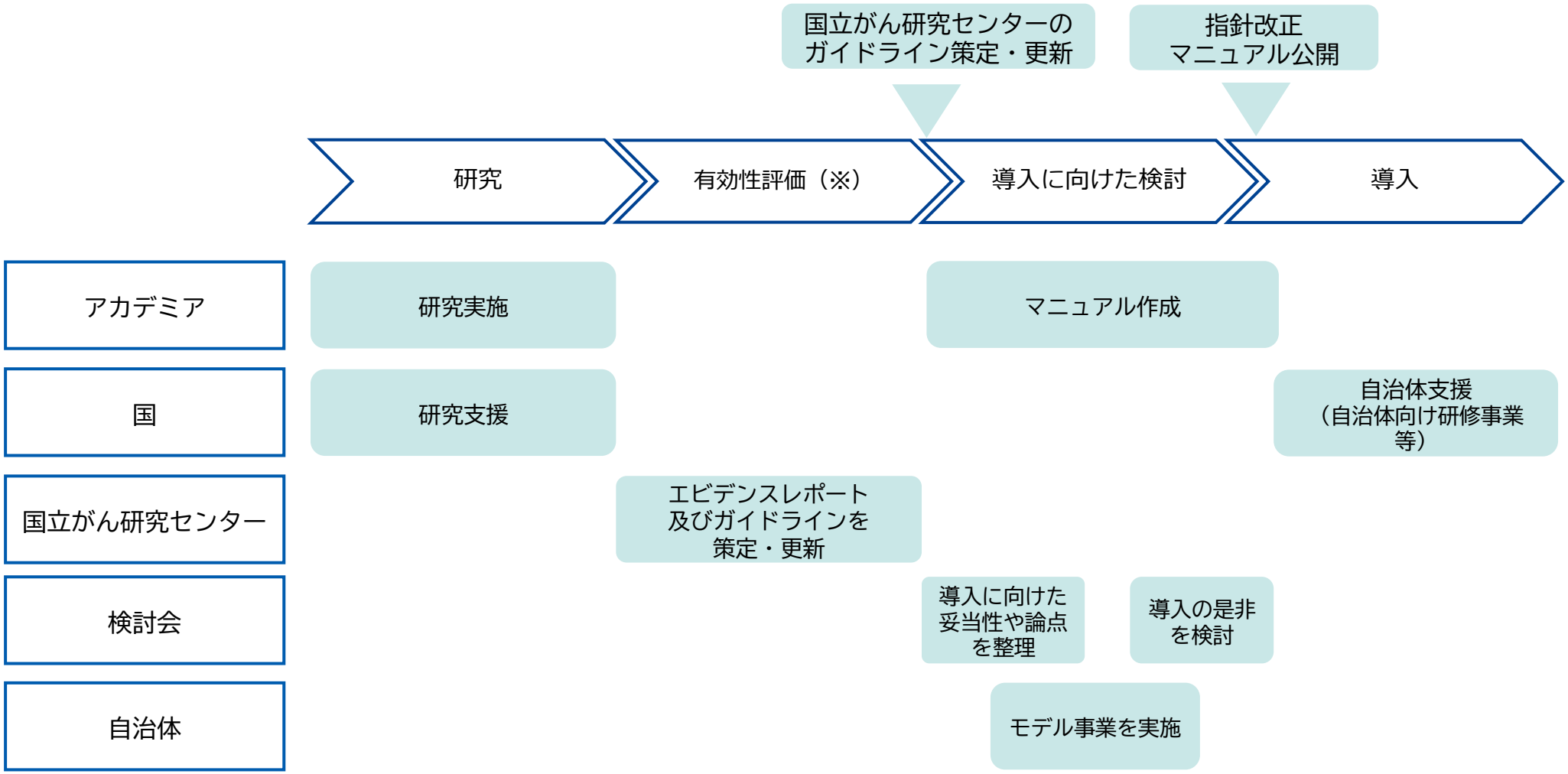
②検討会は、有効性評価の結果、対策型検診として実施が推奨された項目について導入に向けた妥当性や論点を整理

③一部の自治体で試行的に実施（モデル事業）

④モデル事業を踏まえ、検討会において導入の是非を検討

対策型検診の項目の導入に係るプロセス（案）

対策型検診の項目の導入に係るプロセス（案）は以下のとおり。



393

※　死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回るかどうかの評価

「がん検診のあり方に関する検討会」の今後の進め方について

第43回　令和７年４月23日

- がん検診情報の一体的な把握について
- 対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて
- がん予防の情報発信について

第44回　令和７年６月23日

- がん検診情報の一体的な把握について
- 大腸がん検診について
- 子宮頸がん検診について

（その後のスケジュール）

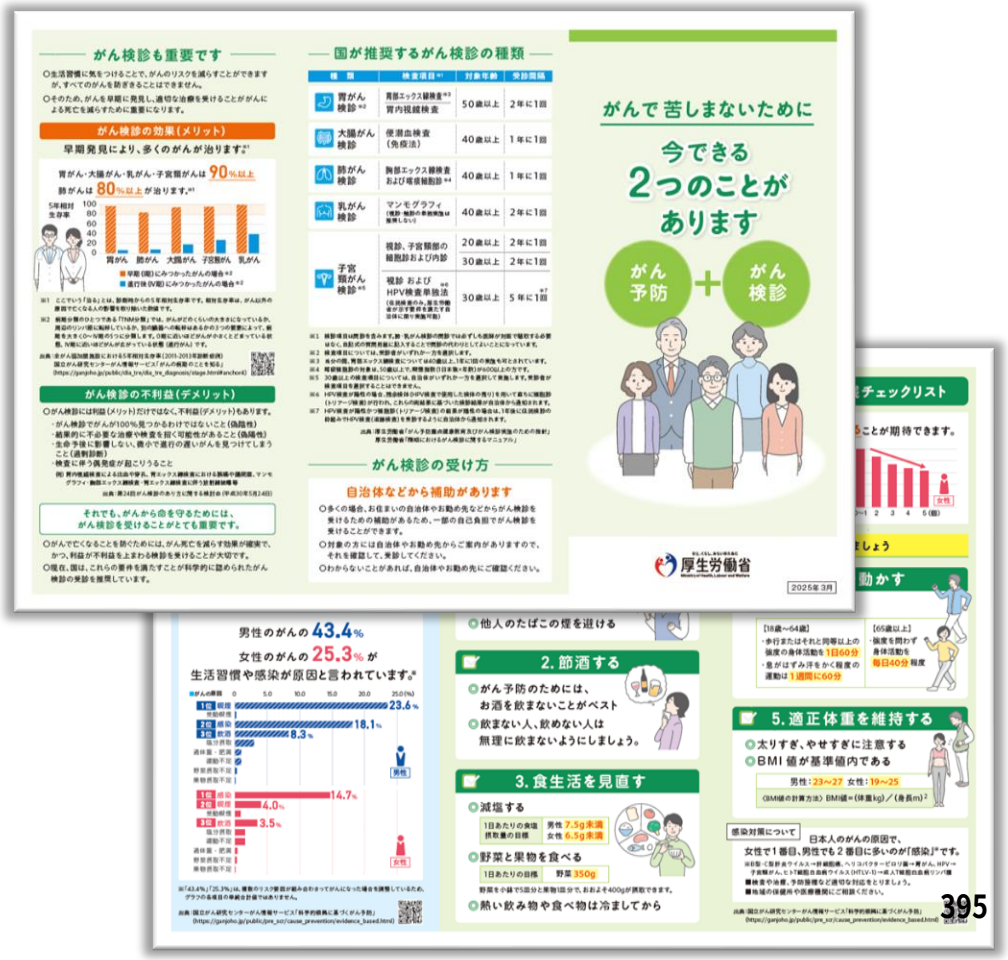
- 以下の検診についても科学的知見の収集状況を踏まえ議論を行う予定。
  - 肺がん検診
  - 乳がん検診
  - 胃がん検診

がん予防の情報発信について

第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料５
令和７年４月23日（水）	

科学的根拠に基づくがん予防について、国民にとってわかりやすい普及啓発を進めるため、ホームページを作成し、リーフレットを公開している。

がん予防に関するリーフレット



がん予防に関するホームページ



※出典：厚生労働省ホームページ

第 44 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和７年６月 23 日（月）15：00～17：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１） がん検診情報の一体的な把握について
（２） 子宮頸がん検診について
（３） その他

【資　料】
資料１　　がん検診情報の一体的な把握について
資料２－１　ＨＰＶ検査単独法の導入状況について
資料２－２　子宮頸がん検診ＨＰＶ検査単独法導入に向けた横浜市の取組（古賀構成員提出資料）
資料３　　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針　新旧対照表（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　「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱
参考資料３　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針
（健発第 0331058 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

第44回がん検診のあり方に関する検討会	資料１
令和７年６月23日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん検診情報の一体的な把握について

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん検診情報の一体的な把握について

第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和７年４月23日（水）	

現状・課題

- がん検診には、①住民検診（市町村が健康増進法に基づく健康増進事業として行うがん検診）、②職域検診（保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるがん検診）、③その他のがん検診（人間ドックなど個人が任意で受けるがん検診）がある。
- がん検診受診者のうち、住民検診を受診したのは約２～４割であり、残りは職域検診や人間ドックにおけるがん検診等を受診している。そのため、市町村は、住民のがん検診の受診状況を十分に把握できていない。
- 第４期がん対策推進基本計画では、がん検診について、「国は、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する」「国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する」とされている。
- 健康増進事業については、「より適切な指導のため、日常診療、人間ドック、献血等の健康増進事業以外の機会に実施された検査等の結果についても活用することが望ましい。」とされており、市町村は、住民検診の実施に当たり、職域におけるがん検診やその他のがん検診の結果についても、活用することが望ましい。
- 一部の市町村では、電子申請フォーム等を活用して、効率的・効果的に職域検診の受診状況等を把握している。
- 住民検診について、住民の利便性の向上及び地方公共団体の行政運営の効率化を目的として、自治体システム標準化が進められており、がん検診情報の管理や受診勧奨等の効率的な実施が可能となる。
- 医療DXの一環として、PMHの仕組みを活用した自治体検診事務のデジタル化（自治体検診DX）が検討されている。

対応（案）

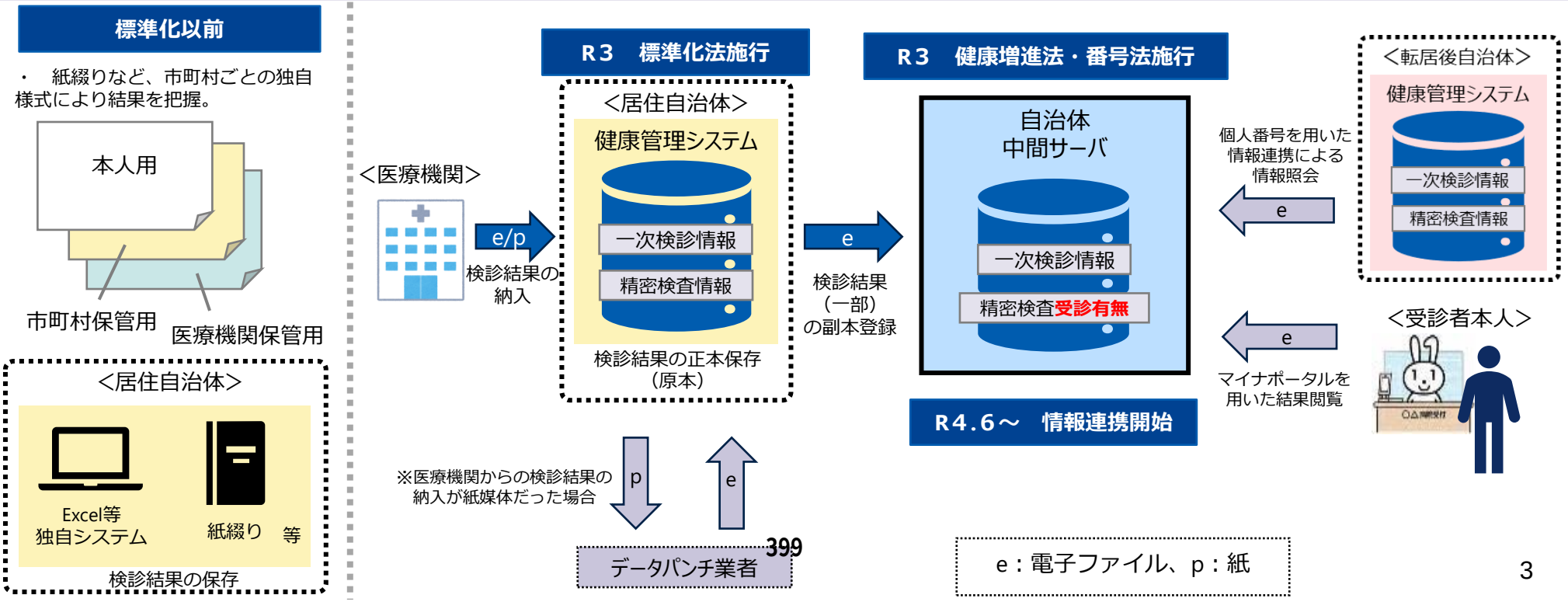
- 受診率向上及び適切な精度管理の実施の観点から、職域検診を含めた住民のがん検診の受診状況等を集約化し、市町村が一体的に管理することを目指してはどうか。
- 具体的な集約方法としては、市町村が受診者に対して受診勧奨を行うに当たり、まず受診者本人からがん検診の受診状況等を市町村に報告することとしてはどうか。
- 報告に当たっては、自治体検診DXを見据えつつ、電子的な方法の活用を検討してはどうか。

自治体が行うがん検診の情報に係るシステム標準化・情報連携等について

○　住民の利便性の向上及び地方公共団体の行政運営の効率化を目的として、自治体システム標準化（※）が進められており、がん検診情報の管理や受診勧奨等の効率的な実施が可能となる。

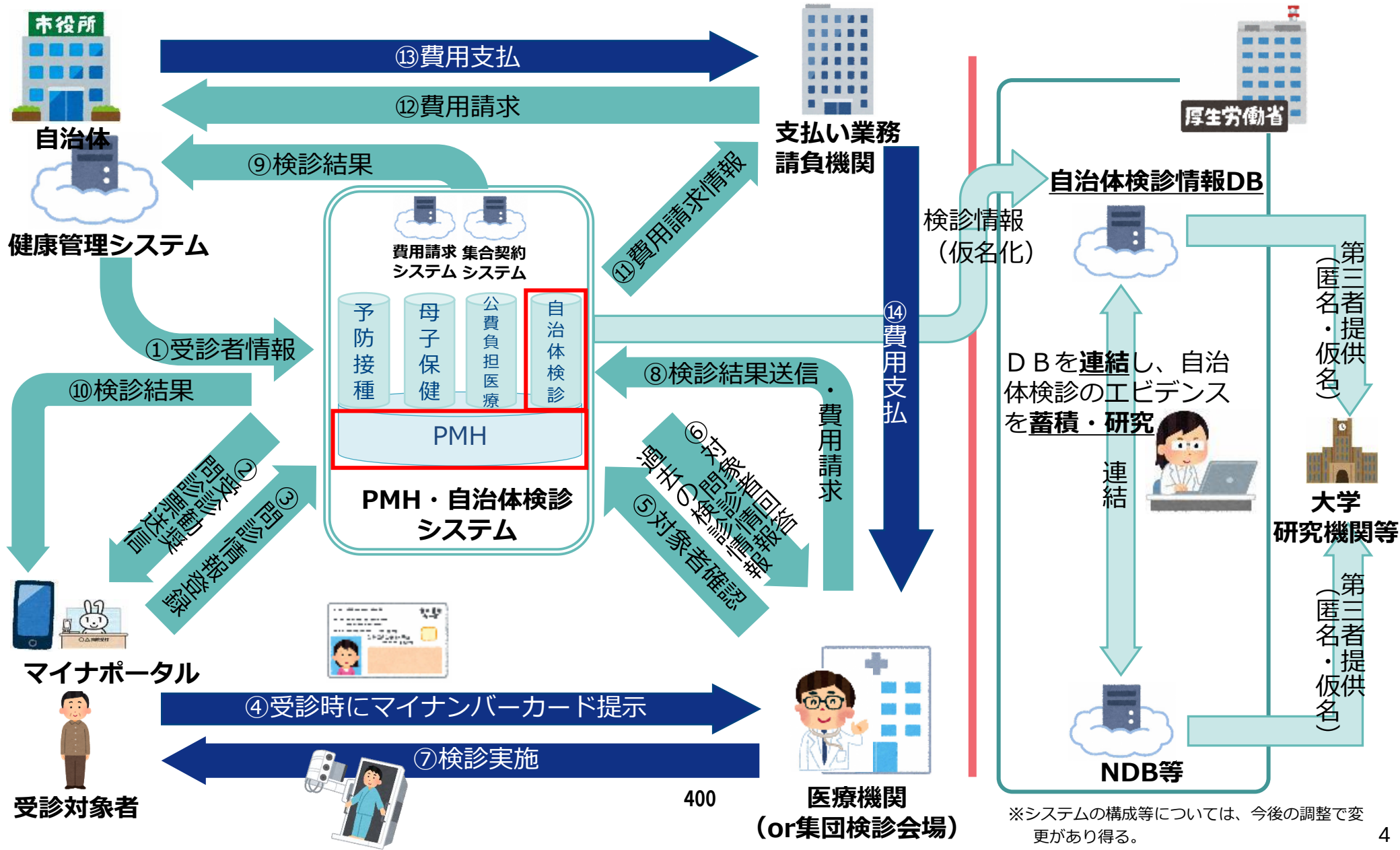
（※）地方公共団体情報システム標準化基本方針（令和６年12月閣議決定）において、令和５年３月末時点で公表された標準仕様書（健康管理システム標準仕様書1.1版）に適合した**標準準拠システムに令和７年度末までに移行することを目指す**とされている。なお、HPV検査単独法に伴うシステム改修については健康管理システム標準仕様書2.0版に記載があり、適合基準日は令和８年４月１日）。

○　また、より適切な検診の受診勧奨等に資するよう、健康増進法において住民の転居に際し自治体間で検診結果等の情報連携を可能とすることが規定されており、令和４年６月から、中間サーバへの副本登録により個人番号を用いた情報連携や検診結果の閲覧が可能となっている。



自治体検診のデジタル化【将来像（イメージ）】

第59回　厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
令和６年11月５日
資料１



※システムの構成等については、今後の調整で変更があり得る。

前回いただいたご意見

＜がん検診情報の把握について＞

- **どのような手法で把握率**をあげていくのか今後検討が必要。
- 今後、住民による自己申告ではなく、**自治体が正確に把握する仕組みの検討**が必要。
- **精密検査の受診状況をどう把握していくのか**検討が必要。
- 住民検診と職域検診を**同列で受診率として並べることは適切ではない**。

＜受診勧奨について＞

- **受診勧奨について、**市町村だけで全てを担うことは難しい部分もあるため、**手法を検討いただきたい**。

＜医療機関との連携について＞

- 必要な精密検査や生活指導につながるよう、受診者本人だけでなく、**かかりつけ医にもしっかりと情報が伝わる仕組みの検討**が重要。

＜医療DXについて＞

- 医療DXを含めた今後の**スケジュール**を示してほしい。
- デジタル化についていけない方もしっかりとサポートしながら、誰もがデジタル化のメリットを享受できるような慎重で丁寧な進め方が必要。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正案

以下のとおり指針を改正することとしてはどうか。

第1・第2　（略）
第3　がん検診
　1　総則
　（1）（略）
　（2）実施体制
　　がん検診の実施体制は、次のとおりとする。
　　①（略）
　　② 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、当該市町村の区域内に居住地を有する者の職域等がん検診（市町村が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診であって、2から7までに規定する検診項目（3に規定するHPV検査単独法を除く。）によるものをいう。以下同じ。）の受診状況（以下「職域等がん検診情報」という。）を把握し、職域等がん検診情報も踏まえた適切な受診勧奨及び精密検査勧奨に努めること。なお、把握する職域等がん検診情報の具体的な項目は様式例1から5までを参照することとし、把握に当たっては電子的な方法を用いる等、市町村の実態に応じて、効率的な実施に努めること。
　　③～⑦（略）
　（3）（略）
　（4）実施回数等
　　①・②（略）
　　③（中略） 各検診の受診率は、職域等がん検診の受診者を含む受診者数又は含まない受診者数のそれぞれについて、以下の算定式により算定する。

　　＜1年に1回の場合＞
　　受診率＝（当該年度の受診者数）／（当該年度の対象者数）×100

　　＜2年に1回の場合＞
　　受診率＝（（前年度の受診者数）＋（当該年度の受診者数）－（前年度及び当該年度における2年連続受診者数））／（当該年度の対象者数＊）×100
　　＊対象者数は、年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

　　＜5年に1回の場合（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）＞
　　受診率＝（当該年度及び過去4か年度の間にHPV検査単独法による子宮頸がん検診を1度以上受診した者の数＊）／（当該年度の対象者数＊＊）×100
　　＊追跡検査のみの受診者は除く。
　　＊＊対象者数は、年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

　　④（略）
　（5）・（6）（略）
　2～8（略）

受診勧奨イメージ（例：胃がん検診（２年に１回の受診を推奨））

受診対象者全員に対して適切な受診間隔でがん検診を受ける必要がある旨を通知し、実施主体によらずがん検診を受けていない者に対して具体的に受診を案内することとする。

受診勧奨における設問例

設問①	選択肢
今年度又は昨年度に胃部エックス線検査（バリウムによるレントゲン撮影）又は胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けましたか（複数回答可）。	１．胃部エックス線検査を受けた ２．胃内視鏡検査を受けた ３．どちらも受けていない ４．わからない

【３・４】を選択した者 → 受診を案内/問診票の記入

【１・２】を選択した者

設問②	選択肢
がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。	１．はい ２．いいえ ３．わからない

【２・３】を選択した者 → （必要に応じて）受診を案内/問診票の記入

【１】を選択した者

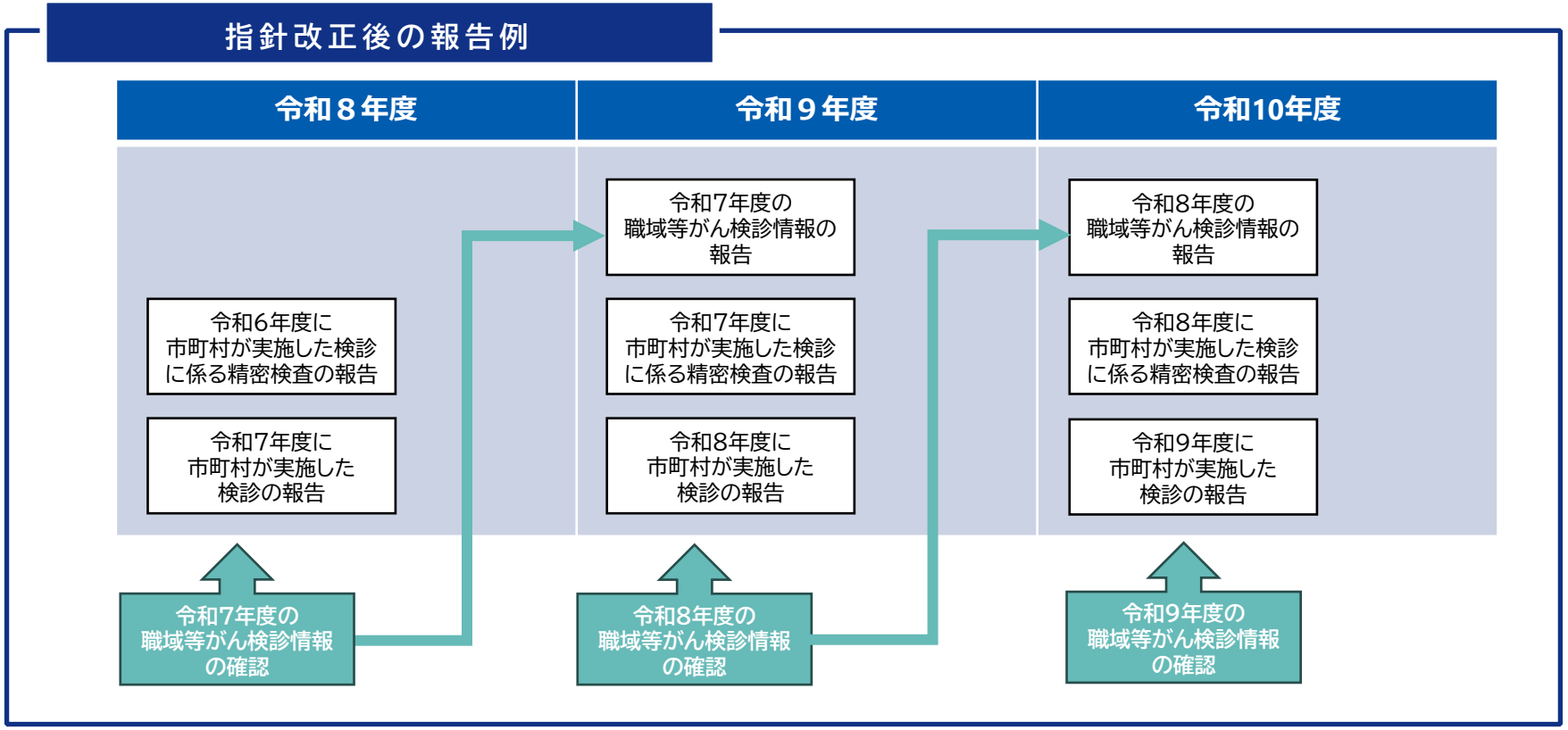
設問③	選択肢
②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。	１．今年度 ２．昨年度

受診を案内しないが
要精検であれば精密検査が必要である旨を通知 **403**

健康増進事業報告（案）

令和９年度以降の健康増進事業報告（※）について、職域等がん検診情報についても報告を求めることとしてはどうか。

（※）市区町村が行う健康増進事業について、都道府県・指定都市・中核市が厚生労働省に対して報告を行う。毎年６月末までに報告することとしている。



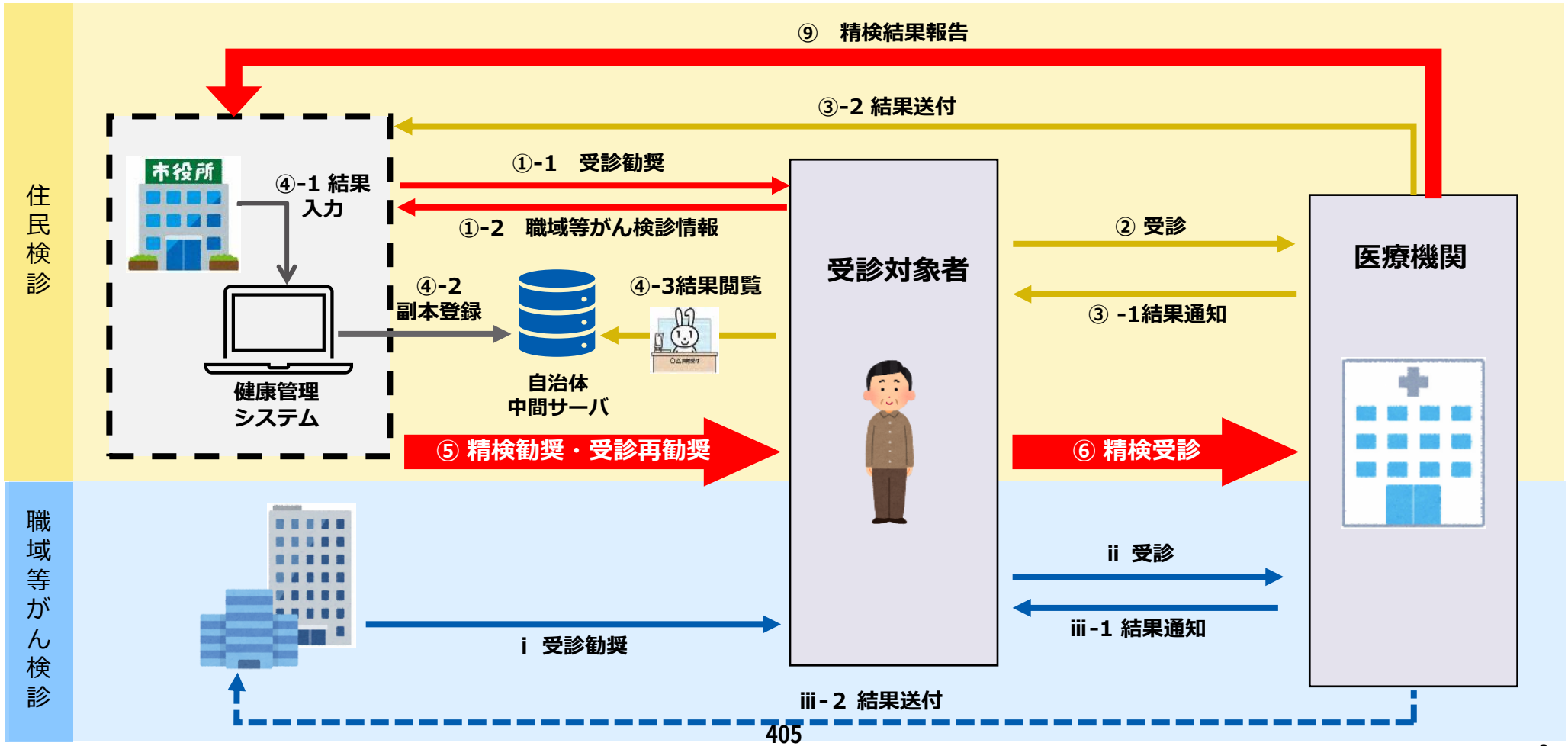
指針改正後のフロー

○　職域等がん検診情報を事前に確認することで、

①　職域等がん検診を含めた正確な受診率等の把握により、より適切な**受診率向上の取組や精度管理が可能**になる。

②　適切なタイミング・対象者に対する受診勧奨により**不要な受診を防ぎ、効率的に受診勧奨を行う**ことができる。

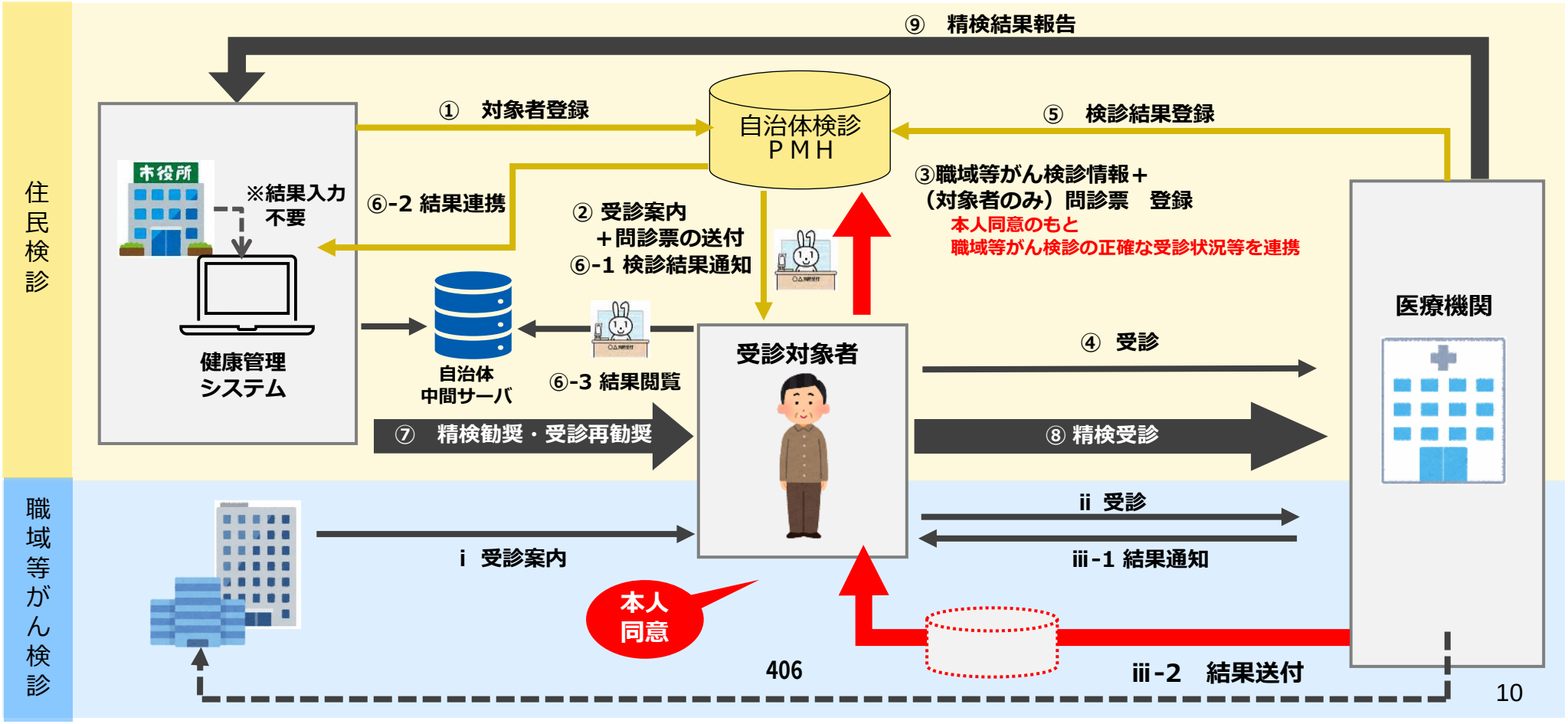
③　職域等がん検診での要精検未受診者に対する受診勧奨により、**早期発見・早期治療**につながる。



がん検診情報の一体的な把握の目指す姿（イメージ）

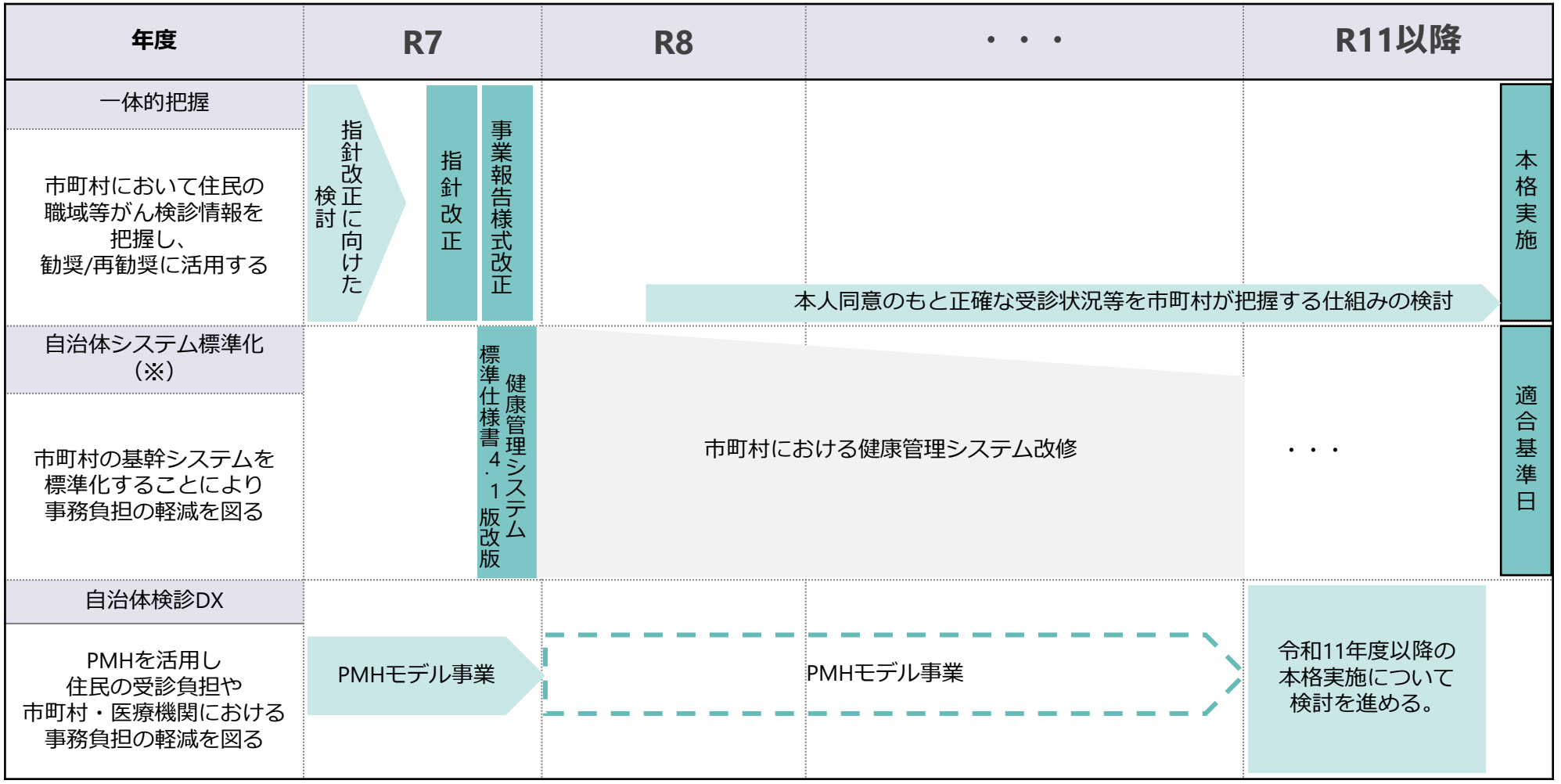
○　職域等がん検診情報について、本人同意のもと正確な受診状況等を市町村が把握する仕組みの構築を検討してはどうか。

○　仕組みの構築に当たって現時点で想定される課題は以下のとおり。
- 医療機関が報告する検診結果について、住民検診における様式と職域等がん検診における様式に差異があり、統一的なデータ処理ができないこと
- 職域等がん検診で実施された検診結果を電子的に本人に送付するための仕組みが必要であること



導入スケジュール（案）

本制度改正については、自治体検診DXの状況も考慮しながら、以下のスケジュールで導入してはどうか。



（※）健康管理システム標準仕様書1.1版に適合した標準準拠システムに令和７年度末までに移行することを目指すとされている。
一部の機能については、移行後の実装等を可能にする経過措置を設ける。

第44回がん検診のあり方に関する検討会	資料２－１
令和７年６月23日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

ＨＰＶ検査単独法の導入状況について

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

市区町村におけるHPV検査単独法の導入状況

準備が整った自治体から順次導入しているが、令和８年度以降、県下一斉導入に向けて動いている自治体が複数ある。

■ 調査方法

厚生労働省が一斉通知・照会システムにより調査
（回答期間：令和７年５月12日～６月19日）

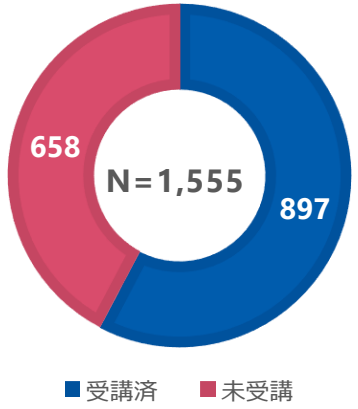
■ 回答数

1741自治体中1555自治体が回答（回答率89.3%）

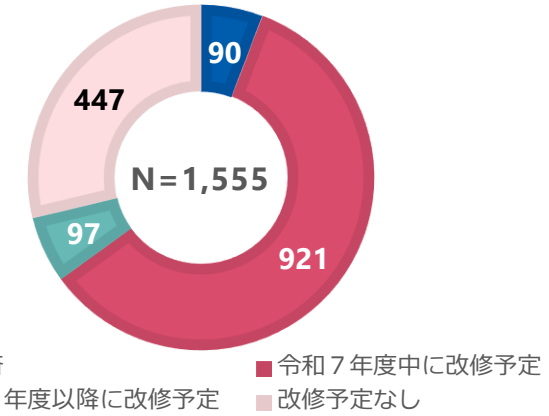
市区町村における導入状況

すでに導入している（回答時点）	４自治体
令和７年度に導入予定	５自治体
令和８年度に導入予定	31自治体
令和９年度以降導入予定	23自治体
導入予定だが時期を検討中	278自治体
導入するかどうかを検討中	737自治体
導入予定なし	477自治体

令和６年度に実施したHPV検査単独法導入に向けた研修受講状況



HPV検査単独法導入に当たっての健康管理システムの改修予定



409

CITY OF YOKOHAMA

第44回がん検診のあり方に関する検討会	資料２－２
令和７年６月23日（月）	

子宮頸がん検診ＨＰＶ検査単独法導入に向けた横浜市の取組

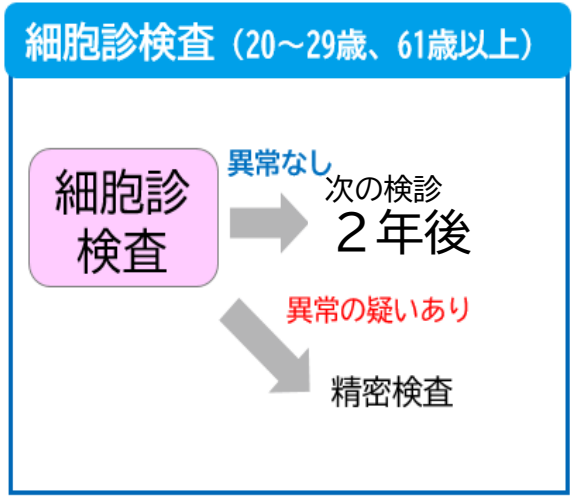
令和７年１月開始までの経過と実施状況

２０２５年６月２３日
横　浜　市　医　療　局

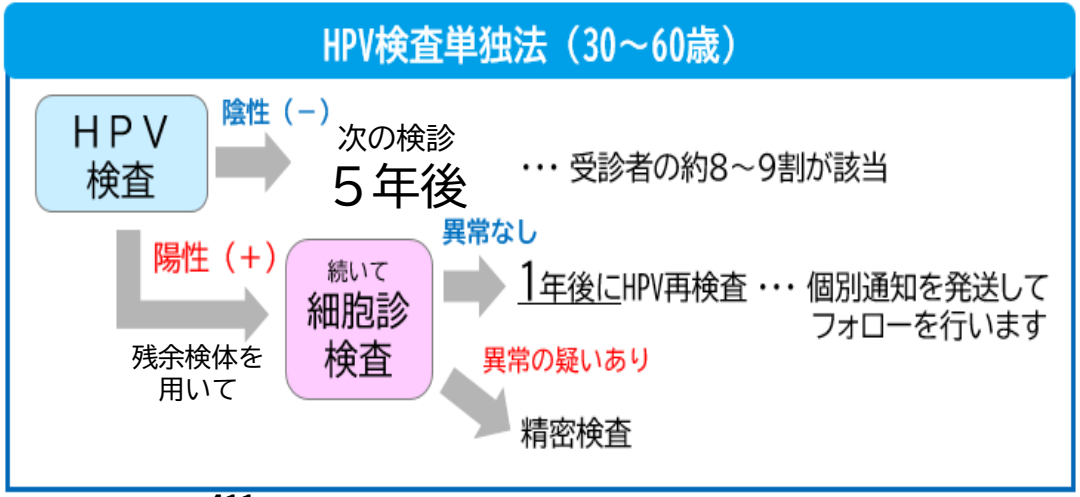
横浜市

子宮頸がん検診へ「ＨＰＶ検査単独法」を導入

・令和７年１月から、30歳から60歳の女性を対象に
　国の指針に基づく　子宮頸がん検診「HPV検査単独法」を開始



自己負担額1,360円



自己負担額：2,000円　※１年後フォローの方も

はじめに①

横浜市

これまでの　横浜市子宮頸がん検診（個別検診）

横浜市子宮頸がん検診（細胞診検査）　※令和６年12月まで 20歳以上の女性｜2年度に1回｜1,370円	
検診実施医療機関数	約190か所
年間受診者数	約11万人
受診率（令和4年国民生活基礎調査）	43.6%
精密検査受診率（健康増進事業報告）	57%

20歳以上女性の人口　約160万人（69歳未満：約118万人、30－60歳：約78万人）

412

はじめに②

- 令和５年度　がん検診のあり方に関する検討会：厚生労働省
  （子宮頸がん検診におけるHPV検査単独法導入について）
  ６月、８月、12月、２月

- ６年１月29日：令和６年度横浜市予算案公表（2月7日上程、3月25日議決）
  「子宮頸がん検診におけるHPV検査の単独法導入」・・・準備が整いしだい開始

- ６年２月14日：がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針一部改正：厚生労働省
  「対策型検診におけるHPV検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」公開

- ６年３月26日：HPV検査単独法による子宮頸がん検診の導入に向けた
  精度管理支援研修会：厚生労働省（受講）

HPV検査単独法を導入する市町村の要件

①指針に沿って実施するとともにマニュアルを活用すること
②HPV検査単独法導入に向けた研修等を導入前に受講していること
③個別の対象者の検診受診状況を長期に追跡するため、受診者の情報と検診結果を保存するデーターベース等を有すること
④HPV検査単独法を導入するにあたっては、新しい検診方法の導入について、都道府県、地域医師会及び検診実施医療機関等の理解と協力が得られていること
⑤HPV検査単独法を導入するにあたっては、新しい検診方法について、住民や対象者への普及啓発を行うこと

目次

１　検診運営委員会
２　検診システムの整備
３　導入に向けた具体的な取組
４　対象者への受診勧奨
５　令和６年度実績
６　令和７年度の主な取組

1　子宮頸がん検診運営委員会（概要）

「対策型検診におけるHPV検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」に基づき準備を進める。

令和６年度：４月**「横浜市子宮頸がん検診運営委員会」**設置

委員13名（産婦人科医、横浜市医師会、行政、学識経験者）

４～９月は毎月１回、（１月のHPV検査導入後）３月に１回、計７回開催

≪主な論点≫
・対象年齢、受診間隔の確認
・初年度対象者の考え方
　妊婦/61歳以降/確定精検後の取扱いについて
・検査機関の対応状況の確認・調整の報告
・液状化検体導入について
・システムの改修状況
・検診票の作成
・子宮頸がん検診HPV検査単独法の手引きについて
・市民向け啓発リーフレット、医療機関向けＱ＆Ａの作成　など

「横浜市子宮頸がん検診運営委員会」　委員13名

6年度　委員

敬称略、50音順、所属・役職は6年度時点

＜有識者＞

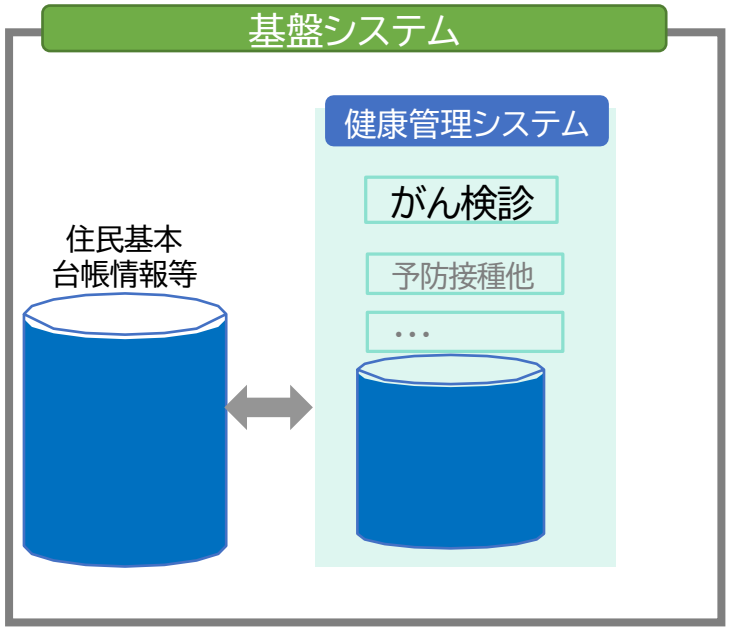
一色　聡一郎（横浜市医師会常任理事）
大久保　一郎（筑波大学名誉教授(横浜市衛生研究所長)）※1
加藤　久盛　（神奈川県予防医学協会　婦人科部長）※1
小関　聡　　（横浜市産婦人科医会会長）
斎藤　博　　（青森県立中央病院　医療顧問）※1
櫻井　明弘　（横浜市産婦人科医会常任幹事）
佐治　晴哉　（神奈川県立がんセンター　婦人科部長）※2
筑丸　志津子（横浜市医師会副会長）
林　　康子　（やすこレディースクリニック）※2
水谷　隆史　（横浜市医師会常任理事）
宮城　悦子　（横浜市立大学附属病院　産婦人科部長）

＜行政＞

修理　淳　　（横浜市保健所長）
船山　和志　（横浜市金沢区福祉保健センター長）

※1　横浜市がん検診協議会委員
※2　横浜市医師会　子宮頸がん検診精度管理委員会委員

2　検診システムの整備



厚生労働省ホームページに
「健康管理システム標準仕様書」が掲載されています

地方公共団体情報システム標準化へ移行予定

○　既存の健康管理システムをＨＰＶ検査単独法の項目に合わせるため、改修を実施

○　検診情報を記録し追跡検査等へ適切なタイミングでお知らせするため、住民情報とがん検診の記録を連動

【主な改修】

・検診対象者固有の番号を付番

・対象者抽出機能の付加

（転入者,年齢抽出,追跡検査対象者抽出）

【課題】

・健康管理システムの標準化に際して、HPV検査単独法の記録も管理できるようにしていく必要

417

３　導入に向けた具体的な取組

（１）HPV検査法単独法の導入に向けた調整

■　検査会社との調整

・がん検診実施医療機関へアンケート調査により、利用している検査会社を確認
→利用の多い検査会社（６社）へアンケート調査、ヒアリングを実施
　　マニュアルに示す５種の検査、４種の液状化検体採取用バイアルへの対応可否、
　　対応可能時期、処理可能件数等を確認

■　がん検診実施医療機関との調整

・直接塗抹法から液状化検体法への移行（移行期間として３か月）
令和元年度から直接塗抹法に加え、液状化検体法、どちらでも可としていた。
→令和６年７月通知：10月からは液状化検体法へ→１月からHPV検査単独法へ

3　導入に向けた具体的な取組

（2）検査方法の周知、説明方法

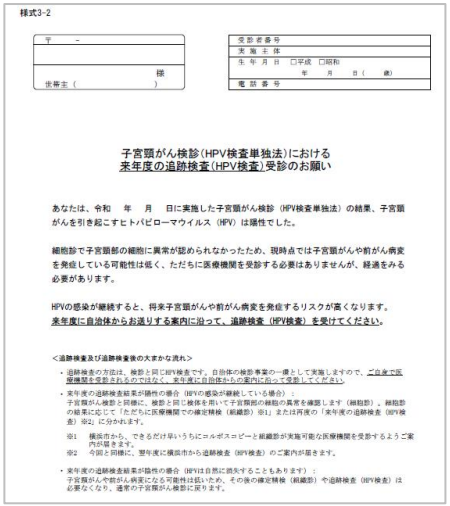
・受診者や市民向けの啓発資料、説明資料について

厚生労働科学研究費補助金「子宮頸がん検診におけるHPV検査導入に向けた実際の運用と課題の検討のための研究」班

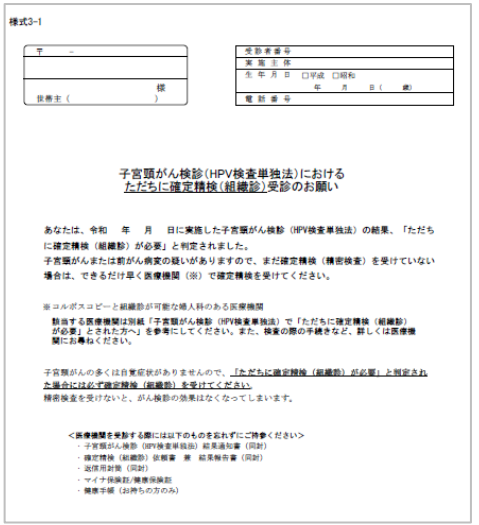
リーフレット



追跡検査受診案内


様式3-2
〒　－
様
住所主（　）
受診者番号
実施主体
生年月日　□平成　□昭和
年　月　日（　歳）
電話番号
子宮頸がん検診（HPV検査単独法）における
来年度の追跡検査（HPV検査）受診のお願い
あなたは、令和　年　月　日に実施した子宮頸がん検診（HPV検査単独法）の結果、子宮頸がんを引き起こすヒトパピローマウイルス（HPV）は陽性でした。
細胞診で子宮頸部の細胞に異常が認められなかったため、現時点では子宮頸がんや前がん病変を発症している可能性は低く、ただちに医療機関を受診する必要はありませんが、経過をみる必要があります。
HPVの感染が継続すると、将来子宮頸がんや前がん病変を発症するリスクが高くなります。
来年度に自治体からお送りする案内に沿って、追跡検査（HPV検査）を受けてください。
<追跡検査及び追跡検査後の大まかな流れ>
・追跡検査の方法は、検診と同じHPV検査です。自治体の検診事業の一環として実施しますので、ご自身で医療機関を受診されるのではなく、来年度に自治体からの案内に沿って受診してください。
・来年度の追跡検査結果が陰性の場合（HPVの感染が継続している場合）：
子宮頸がん検診と同様に、検診と同じ検体を用いて子宮頸部の細胞の異常を確認します（細胞診）。細胞診の結果に応じて「ただちに医療機関での確定精検（組織診）※1」または「来年度の追跡検査（HPV検査）※2」に分かれます。
※1　横浜市から、できるだけ早いうちにコルポスコピーと組織診が実施可能な医療機関を受診するようご案内が届きます。
※2　今回と同様に、翌年度に横浜市から追跡検査（HPV検査）のご案内が届きます。
・来年度の追跡検査結果が陽性の場合（HPVは自然に消失することもあります）：
子宮頸がんや前がん病変になる可能性は低いため、その後の確定精検（組織診）や追跡検査（HPV検査）は必要なくなり、通常の子宮頸がん検診に戻ります。

確定精検受診案内

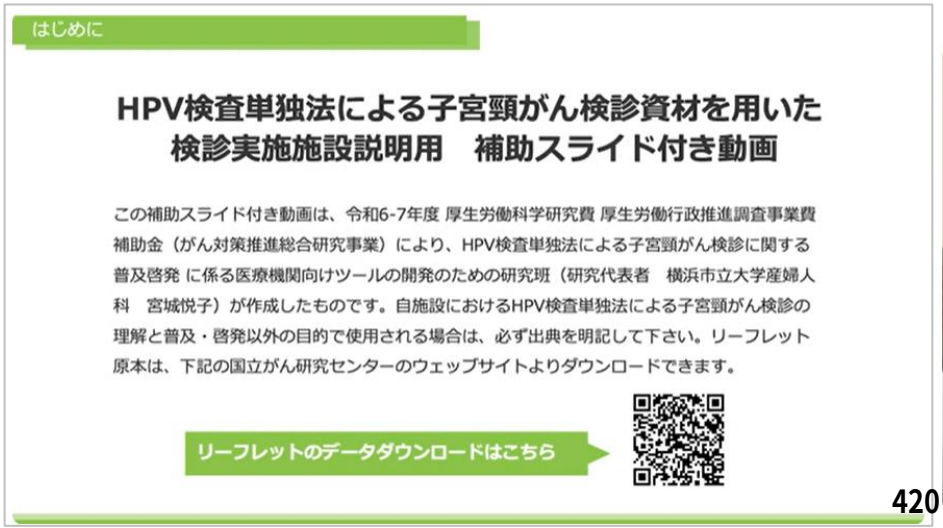

様式3-1
〒　－
様
住所主（　）
受診者番号
実施主体
生年月日　□平成　□昭和
年　月　日（　歳）
電話番号
子宮頸がん検診（HPV検査単独法）における
ただちに確定精検（組織診）受診のお願い
あなたは、令和　年　月　日に実施した子宮頸がん検診（HPV検査単独法）の結果、「ただちに確定精検（組織診）が必要」と判定されました。
子宮頸がんまたは前がん病変の疑いがありますので、まだ確定精検（精密検査）を受けていない場合は、できるだけ早く医療機関（※）で確定精検を受けてください。
※コルポスコピーと組織診が可能な婦人科のある医療機関
該当する医療機関は別紙「子宮頸がん検診（HPV検査単独法）で「ただちに確定精検（組織診）が必要」とされた方へ」を参考にしてください。また、検査の際の手続きなど、詳しくは医療機関にお尋ねください。
子宮頸がんの多くは自覚症状がありませんので、「ただちに確定精検（組織診）が必要」と判定された場合には必ず確定精検（組織診）を受けてください。
精密検査を受けないと、がん検診の効果はなくなってしまいます。
<医療機関を受診する際には以下のものを忘れずにご持参ください>
・子宮頸がん検診（HPV検査単独法）結果通知書（同封）
・確定精検（組織診）依頼書　裏　結果報告書（同封）
・返信用封筒（同封）
・マイナ保険証/健康保険証
・健康手帳（お持ちの方のみ）

419

３　導入に向けた具体的な取組

（２）検査方法の周知、説明方法

・医療機関向けの説明資料、Ｑ＆Ａについて
厚生労働科学研究費補助金
「ＨＰＶ検査単独法による子宮頸がん検診に関する普及啓発に係る医療機関向けツールの開発のための研究」班
HPV検査単独法による子宮頸がん検診資材を用いた検診実施施設説明用_補助スライド付き動画



https://www.youtube.com/watch?v=5pOtRcCGLxw



3　導入に向けた具体的な取組

（3）検診票の作成

マニュアルに定める項目を記録するため、新たな検診票を検診運営委員会で検討

【問診項目】（概要）
1. 月経以外の出血等
2. 月経異常の有無
3. 子宮頸部疾患の罹患歴
4. 子宮頸がんの治療歴
5. 子宮の手術歴
6. 性交渉の経験の有無
7. ワクチン接種の有無
8. 最終月経
9. 妊娠の有無（週数）

【検診項目】（項目のみ）
□視診・内診　□採取器具
□検体採取用バイアル　□HPV検査名
□HPV検査結果判定医療機関　□細胞検査所
□細胞検査士　□細胞診専門医
□報告年月日　□ HPV検査（判定・結果）
（陽性の場合）□標本の適否　□細胞診断

※下線：HPV検査単独法用に新たに追加

記載するのは
検査会社or医療機関？

➡判定　HPV（－）　→精検不要（5年後検診）
HPV（＋）・細胞診NILM　→判定不能（1年後HPV検査）
HPV（＋）・細胞診ASC-US以上　→判定不能（直ちに精密検査へ）
判定不能または不適正　→判定不能（直ちに精密検査へ）

421

３　導入に向けた具体的な取組

（４）実施医療機関に向けた説明会の開催等

〇手引き等の作成
　厚労省のマニュアルに基づき、手引き・Ｑ＆Ａを作成
　運営委員会にて意見をいただいた。

〇説明会の開催
　開催日程：令和６年11月
　対象：実施医療機関、検査機関（７社）
　実施形態：対面とオンラインのハイブリッド　後日オンデマンド配信
　内容：HPV検査単独法の概要【説明者：佐治晴哉先生（検診運営委員会委員 兼 精度管理委員会委員）】
　　横浜市における検討の経過
　　手引きの解説等
　　検診実施にあたっての留意事項
　　事務手続き（対象者への受診のご案内、検診票・請求書の発送等）

有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン作成委員会委員

３　導入に向けた具体的な取組

（５）委託料／自己負担額の設定

- 検診実施医療機関への委託料は、医科診療報酬点数表に基づき積算

【主な項目】
基本診療料（初・再診料）
細胞診（液状化検体）
検体検査実施料（HPV核酸検出）
検体検査判断料
検体採取料　　等



子宮頸がん検診（ＨＰＶ検査単独法）	検診項目		単価	人数	金額
	通常検査分	基本診療料	円	人	円
		ＨＰＶ検査（対面）	円	人	円
		ＨＰＶ検査（郵送）	円	人	円
		トリアージ精検（細胞診）	円	人	円
	再検査分※	再検査（ＨＰＶ検査）	円	人	円
		再検査（トリアージ精検（細胞診））	円	人	円
	計　【A】				円
	消費税相当額（A×消費税率）　【B】				円
	受診者負担額　【C】		2,000円	人	円
	請求額　（A＋B－C）				円

423　※ＨＰＶ検査が判定不能又はトリアージ精検（細胞診）の標本の適否が不適正により、再検査を実施した件数を記入してください。

３　導入に向けた具体的な取組

（６）受診対象者、受診間隔の考え方

令和７年１月からの導入にあたり、２年に１回の子宮頸がん検診の受診機会を確保するため、６年４月以降に子宮頸がん検診を受診した方を除き、対象年齢の方すべてに受診券を送付した。

HPV検査陰性の方は次の検査は５年後となるが、30, 35, 40, 45, 50, 55, 60歳の節目年齢へ統一していくため、次回の受診が５年後にならない方も多い。

＜対応＞

厚生労働省からの助言を受けつつ、
運営委員会において、経過措置の対象となる方については、
５年の間隔をあけずに次の節目年齢で受診することが妥当であることを検討。

	HPV(-)の場合		HPV(-)の場合	
初回受診	受診間隔	次の受診	受診間隔	次の受診
30歳	5年	35歳	5年	40歳
31歳	4年	35歳	5年	40歳
32歳	3年	35歳	5年	40歳
33歳	2年	35歳	5年	40歳
34歳	1年	35歳	5年	40歳

・わかりやすく周知するため、横浜市ＨＰにて年齢別、受診状況別の早見表を作成

４　対象者への受診勧奨

（１）令和７年１月～８年３月末の対象者（①②を満たす方）

① 市内在住の30歳以上60歳以下の女性　約78万人

② 令和６年４月から12月末までに横浜市子宮頸がん検診を受診していない方

（令和６年４月から12月末までに受診した方は、令和８年度に受診できます。）

発送	対象者
12月20日	国民健康保険加入の　30歳～60歳女性
１月10日	他の健康保険に加入の　30歳～45歳女性
１月24日	他の健康保険に加入の　46歳～60歳女性

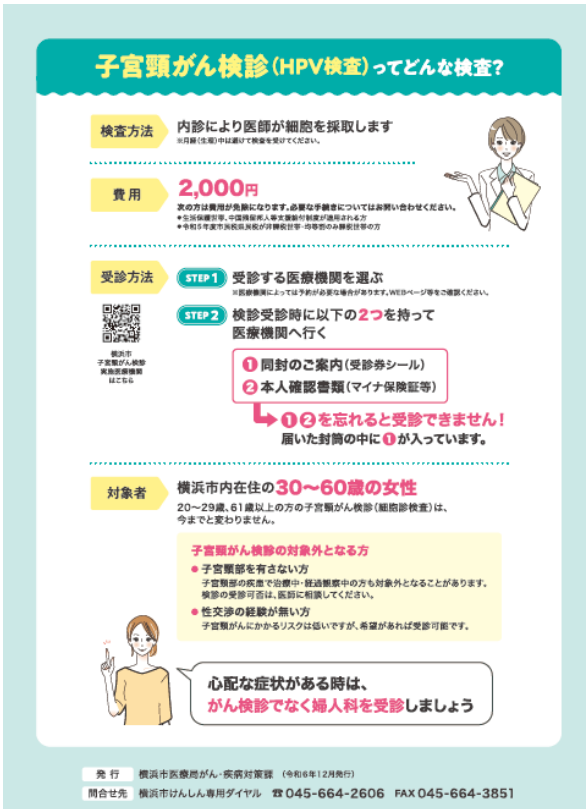
425

4　対象者への受診勧奨

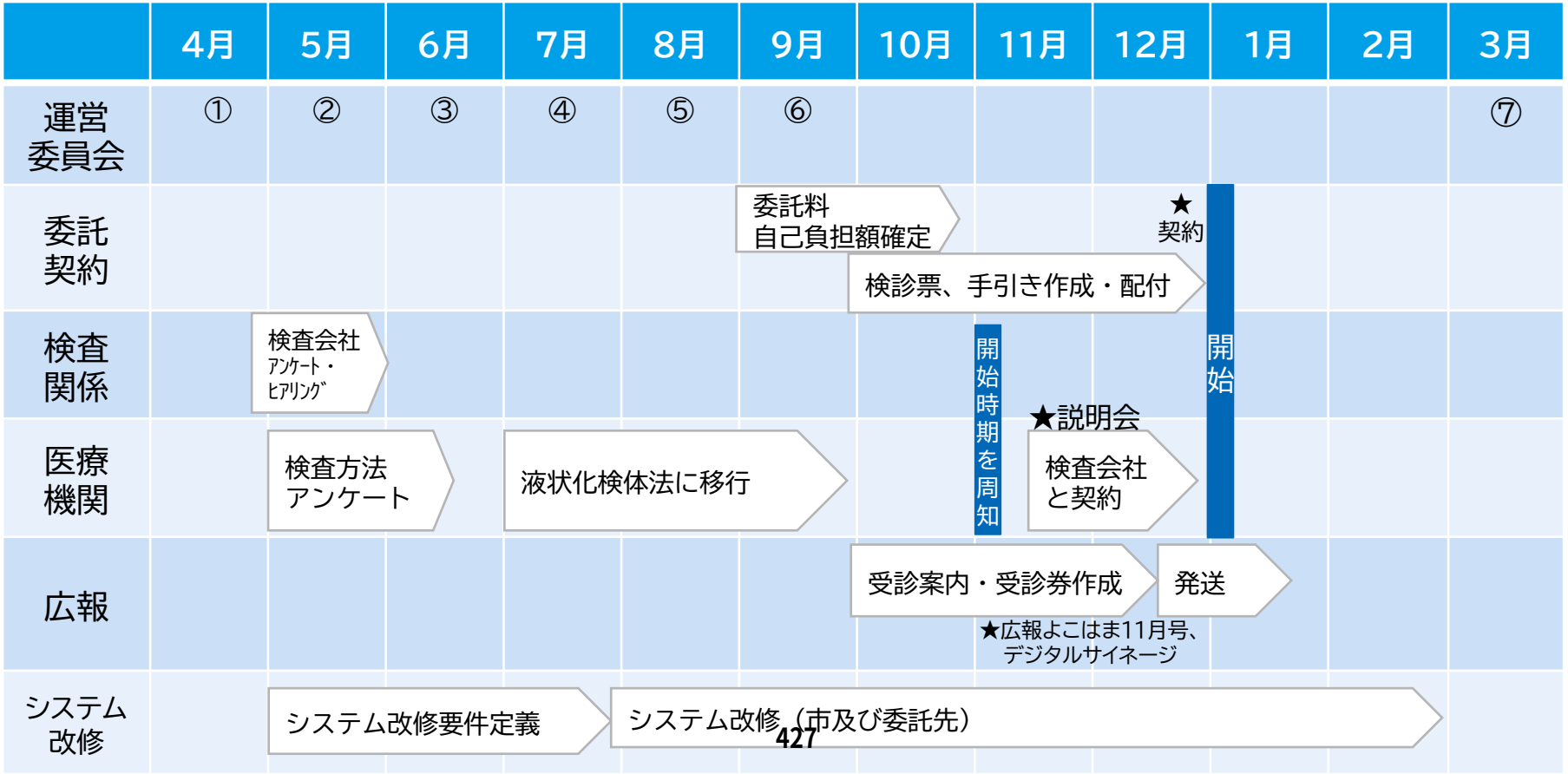
（1）送付物







まとめ：１年間の動き


4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月
運営委員会
①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
委託契約
委託料
自己負担額確定
★
契約
検診票、手引き作成・配付
検査関係
検査会社
ｱﾝｹｰﾄ・
ﾋｱﾘﾝｸﾞ
開始時期を周知
開始
医療機関
★説明会
検査方法
アンケート
液状化検体法に移行
検査会社
と契約
広報
受診案内・受診券作成
発送
★広報よこはま11月号、
デジタルサイネージ
システム改修
システム改修要件定義
システム改修（市及び委託先）

５　令和６年度実績

（１）横浜市子宮頸がん検診受診者数の推移

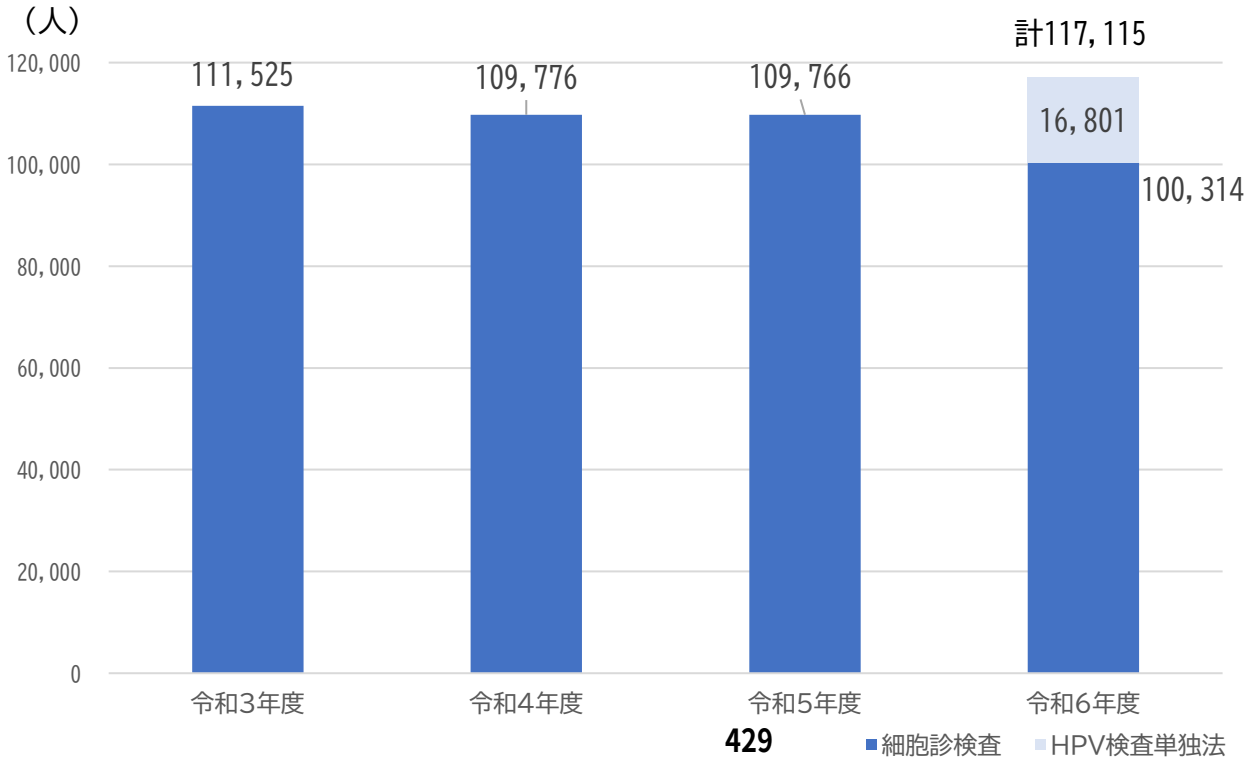
［人］

	細胞診検査	ＨＰＶ検査単独法	計
令和3年度	111,525	-	111,525
令和4年度	109,776	-	109,776
令和5年度	109,766	-	109,766
令和6年度	100,314	16,801	117,115

前年より7,349人増

5　令和6年度実績

（1）横浜市子宮頸がん検診受診者数の推移



5　令和６年度実績

（２）横浜市子宮頸がん検診（HPV検査単独法）受診者の内訳

令和7年1～3月受診者数※

※1～3月に請求があった受診者のデータを集計したもの

年代	受診者数[人]					割合			
	計	HPV（－）	HPV（＋）		判定不能	HPV（－）	HPV（＋）		判定不能
			細胞診（－）	細胞診（＋）			細胞診（－）	細胞診（＋）	
30～39歳	6,175	5,615	348	212	0	90.9%	5.6%	3.4%	0.0%
40～49歳	5,425	5,136	182	106	1	94.7%	3.4%	2.0%	0.0%
50～60歳	5,201	5,031	128	41	1	96.7%	2.5%	0.8%	0.0%
計	16,801	15,782	658	359	2	93.9%	3.9%	2.1%	0.0%

5年後（節目年齢）の検診へ

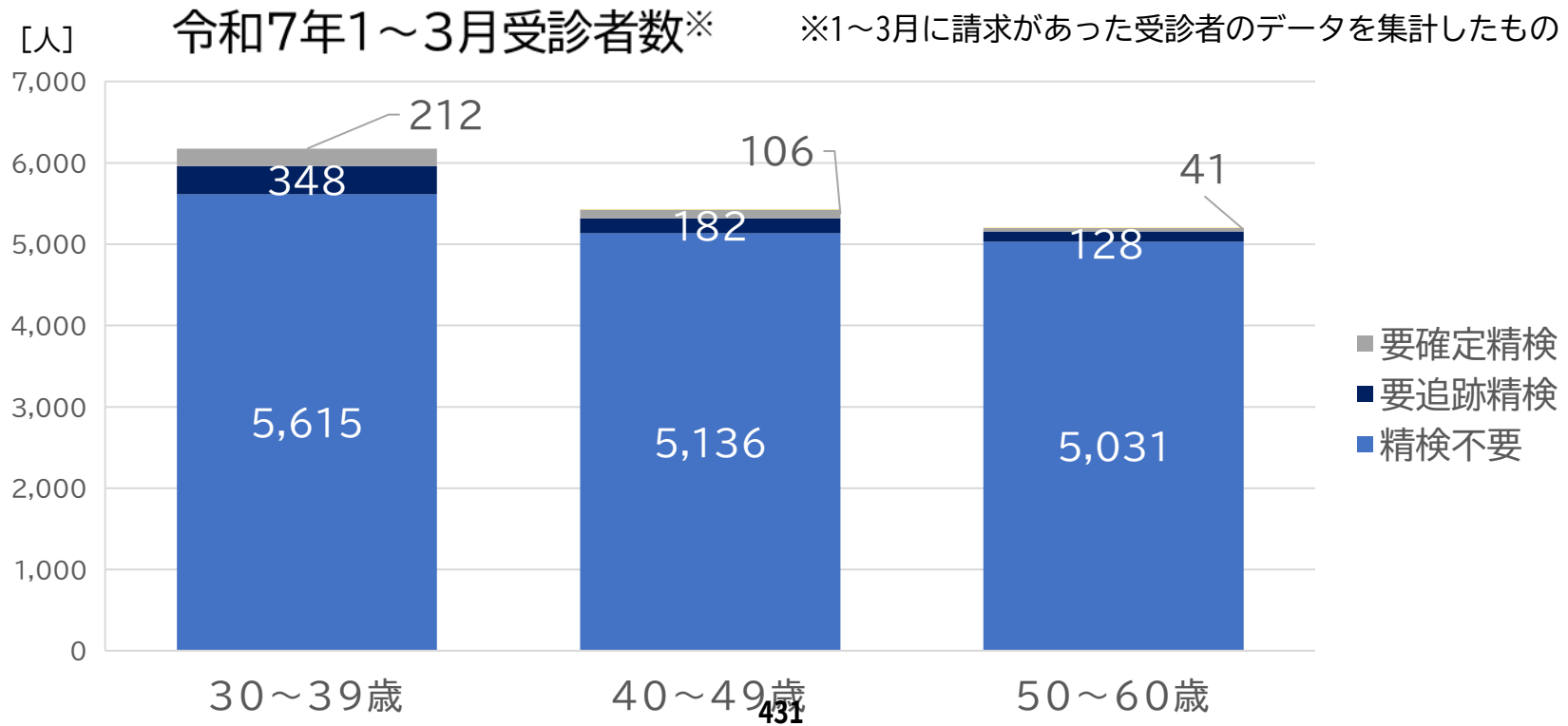
1年後のHPV検査へ

精密検査へ 430

注：50～60歳には61歳時点での受診者（1名）を含む
パーセンテージは四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります

5　令和６年度実績

（２）横浜市子宮頸がん検診（HPV検査単独法）受診者の内訳



注：50～60歳には61歳時点での受診者（1名）を含む

６　令和７年度の主な取組

・随時：発行希望に応じた受診券発行（市外から転入した方、紛失した方）
　　電子申請、コールセンター（横浜市けんしん専用ダイヤル）で受付

・年２回：市外から転入した方への受診券発行（上半期、下半期）

・７月：運営委員会開催
　　議題案：１年後追跡検査の方への受診勧奨について
　　精密検査の受診状況、勧奨について

・１年後追跡検査の方への受診勧奨通知の発送

・８年度初回受診対象の方への受診勧奨通知の発送
（６年度子宮頸がん細胞診検査受診者、節目年齢の方）

明日をひらく都市

OPEN × PIONEER

YOKOHAMA

第 44 回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和７年６月 23 日（月）	

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針　新旧対照表（案）

改正後	改正前
第１・第２　（略）	第１・第２　（略）
第３　がん検診	第３　がん検診
１　総則	１　総則
（１）（略）	（１）（略）
（２）実施体制	（２）実施体制
がん検診の実施体制は、次のとおりとする。	がん検診の実施体制は、次のとおりとする。
①　（略）	①　（略）
②　市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、当該市町村の区域内に居住地を有する者の職域等がん検診（市町村が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診であって、２から７までに規定する検診項目（３に規定するHPV検査単独法を除く。）によるものをいう。以下同じ。）の受診状況（以下「職域等がん検診情報」という。）を把握し、職域等がん検診情報も踏まえた適切な受診勧奨及び精密検査勧奨に努めること。なお、把握する職域等がん検診情報の具体的な項目は様式例１から５までを参照することとし、把握に当たっては電子的な方法を用いる等、市町村の実態に応じて、効率的な実施に努めること。	（新設）
③　（略）	②　（略）
④　（略）	③　（略）

⑤　（略）	④　（略）
⑥　（略）	⑤　（略）
⑦　（略）	⑥　（略）
（３）（略）	（３）（略）
（４）実施回数等	（４）実施回数等
①・②　（略）	①・②　（略）
③　HPV 検査単独法による子宮頸がん検診については、原則として、同一人について５年に１回とする。精度管理の観点で、３０歳からの５年刻みの年齢（以下「節目年齢」という。）の者に対し行うことを推奨する。 さらに、HPV 検査単独法による子宮頸がん検診における追跡検査（※）については、直近の検診において HPV 検査陽性かつトリアージ検査陰性となった者（以下「追跡検査対象者」という。）に対して実施する。 直近の節目年齢で HPV 検査単独法による子宮頸がん検診を受診せず、かつ前年度に子宮頸部の細胞診による子宮頸がん検診を受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うとともに、当該年度において受診機会を与える観点から、受診機会を必ず毎年度設けることとする。加えて、HPV 検査単独法において、前年度以前に追跡検査を受診しなかった追跡検査対象者に対しても積極的に受診勧奨を行うとともに、当該年度において追跡検査の受診機会を与える観点から、追跡検査の受診機会を必ず毎年度設けること	③　HPV 検査単独法による子宮頸がん検診については、原則として、同一人について５年に１回とする。精度管理の観点で、３０歳からの５年刻みの年齢（以下「節目年齢」という。）の者に対し行うことを推奨する。 さらに、HPV 検査単独法による子宮頸がん検診における追跡検査（※）については、直近の検診において HPV 検査陽性かつトリアージ検査陰性となった者（以下「追跡検査対象者」という。）に対して実施する。 直近の節目年齢で HPV 検査単独法による子宮頸がん検診を受診せず、かつ前年度に子宮頸部の細胞診による子宮頸がん検診を受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うとともに、当該年度において受診機会を与える観点から、受診機会を必ず毎年度設けることとする。加えて、HPV 検査単独法において、前年度以前に追跡検査を受診しなかった追跡検査対象者に対しても積極的に受診勧奨を行うとともに、当該年度において追跡検査の受診機会を与える観点から、追跡検査の受診機会を必ず毎年度設けること

とする。なお、節目年齢の者に対して実施する市町村において、節目年齢以外の年齢で受診した者については、追跡検査対象者を除き、次回は節目年齢に受診勧奨を行うこととする。 ※　追跡検査対象者に対して行うHPV検査単独法による子宮頸がん検診。当該年度に追跡検査対象者となった場合には、翌年度に追跡検査を受診する。	とする。なお、節目年齢の者に対して実施する市町村において、節目年齢以外の年齢で受診した者については、追跡検査対象者を除き、次回は節目年齢に受診勧奨を行うこととする。 ※　追跡検査対象者に対して行うHPV検査単独法による子宮頸がん検診。当該年度に追跡検査対象者となった場合には、翌年度に追跡検査を受診する。
各検診の受診率は、職域等がん検診の受診者を含む受診者数又は含まない受診者数のそれぞれについて、以下の算定式により算定する。	それぞれの受診率は、以下の算定式により算定する。
＜１年に１回の場合＞ 受診率＝(当該年度の受診者数)／(当該年度の対象者数) ×１００	(新設)
＜２年に１回の場合＞ 受診率＝((前年度の受診者数)＋(当該年度の受診者数) －(前年度及び当該年度における２年連続受診者数))／(当該年度の対象者数＊)×１００ ＊対象者数は、年１回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。	＜２年に１回の場合＞ 受診率＝((前年度の受診者数)＋(当該年度の受診者数) －(前年度及び当該年度における２年連続受診者数))／(当該年度の対象者数＊)×１００ ＊対象者数は、年１回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

＜５年に１回の場合（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診）＞ 受診率＝（当該年度及び過去４か年度の間にHPV 検査単独法による子宮頸がん検診を１度以上受診した者の数＊）／（当該年度の対象者数＊＊）×１００ ＊追跡検査のみの受診者は除く。 ＊＊対象者数は、年１回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。 ④　（略） （５）・（６）（略） ２～８　（略）	＜５年に１回の場合（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診）＞ 受診率＝（当該年度及び過去４か年度の間にHPV 検査単独法による子宮頸がん検診を１度以上受診した者の数＊）／（当該年度の対象者数＊＊）×１００ ＊追跡検査のみの受診者は除く。 ＊＊対象者数は、年１回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。 ④　（略） （５）・（６）（略） ２～８　（略）

改正後	改正前
様式例１ 胃がん検診質問用紙 （氏名） （生年月日）　　年　　月　　日 ①　今年度又は昨年度（※）に胃部エックス線検査（バリウムによるレントゲン撮影）又は胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けましたか（複数回答可）。 １．胃部エックス線検査（バリウムによるレントゲン撮影）を受けた ２．胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けた ３．どちらも受けていない ４．わからない （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。 ＜①で検査を受けたと回答した方に対して＞ ②　がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 １．はい ２．いいえ ３．わからない （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。 ＜②で１と回答した方に対して＞ ③　②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。 １．今年度 ２．昨年度 （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。	（新設）

様式例２

子宮頸がん検診質問用紙

（氏名）

（生年月日）　　年　　月　　日

①　今年度又は昨年度（※１）に子宮頸部の細胞診（※２）を受けましたか。 １．受けた ２．受けていない ３．わからない （※１）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。 （※２）子宮頸部（子宮の入り口）を、医師が専用のブラシやヘラでこすって細胞を採り、異常な細胞がないか顕微鏡で調べる検査
＜①で１と回答した方に対して＞ ②　がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 １．はい ２．いいえ ３．わからない （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。
＜②で１と回答した方に対して＞ ③　②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。 １．今年度 ２．昨年度 （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。

（新設）

様式例３

肺がん検診質問用紙

（氏名）

（生年月日）　　年　　月　　日

①　今年度又は昨年度（※１）に胸部エックス線検査（胸のレントゲン撮影）（※２）を受けましたか。 １．受けた ２．受けていない ３．わからない （※１）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。 （※２）喀痰細胞診（痰に含まれる細胞や成分を測定してがん細胞の有無を調べる検査）を胸部エックス線検査と組み合わせて実施した場合も含みます。
＜①で１と回答した方に対して＞ ②　がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 １．はい ２．いいえ ３．わからない （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。
＜②で１と回答した方に対して＞ ③　②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。 １．今年度 ２．昨年度 （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。

（新設）

様式例４

乳がん検診質問用紙

（氏名）

（生年月日）　　年　　月　　日

①　今年度又は昨年度にマンモグラフィ検査を受けましたか。 １．受けた ２．受けていない ３．わからない （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。
＜①で１と回答した方に対して＞ ②　がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 １．はい ２．いいえ ３．わからない （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。
＜②で１と回答した方に対して＞ ③　②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。 １．今年度 ２．昨年度 （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。

（新設）

様式例５

大腸がん検診質問用紙

（氏名）

（生年月日）　　年　　月　　日

①　今年度又は昨年度に便潜血検査（検便）を受けましたか。 １．受けた ２．受けていない ３．わからない （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。
＜①で１と回答した方に対して＞ ②　がん検診（※）として受診したものが含まれますか。 １．はい ２．いいえ ３．わからない （※）市区町村が実施した検診、勤め先又は健康保険組合等（家族の勤め先を含む）が実施した検診、その他の検診（人間ドック等）を指します。
＜②で１と回答した方に対して＞ ③　②のがん検診は、いつ受けましたか（複数回受けた方は、最後に受けたがん検診について回答してください）。 １．今年度 ２．昨年度 （※）年度とは、４月１日から翌年３月31日を指します。

（新設）

第６回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

議事次第

日　時：令和７年６月 16 日（月） 13:00～15:00
場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

１　開会
２　議題
（１）座長の選任について
（２）がんゲノム医療の推進について
（３）その他

【資料】
議事次第
資料１　　これまでのがんゲノム医療に係る取組について
資料２　　日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
次世代シークエンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づく固形がん診療に関するブリーフィングレポートを踏まえたうえでのがんゲノム医療の将来のあるべき姿に関する考え方
資料３　　今後のがんゲノム医療の方向性について
参考資料１「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料２　「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」参考人名簿
参考資料３ がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について
（令和４年８月１日付け健発 0801 第 18 号厚生労働省健康局長通知）
参考資料４ エキスパートパネルの実施要件について
（令和４年３月３日付健が発 0303 第１号厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知）
参考資料５ エキスパートパネルの実施要件の詳細について
（令和４年３月３日付厚生労働省健康局がん・疾病対策課事務連絡）

参考資料６－１　日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
次世代シークエンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づく固形がん診療に関するブリーフィングレポート

参考資料６－２　表１－１治療選択に必要なバイオマーカー

参考資料６－３　表１－2EP 省略可能なエビデンスレベル A のリスト

第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１
令和７年６月16日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

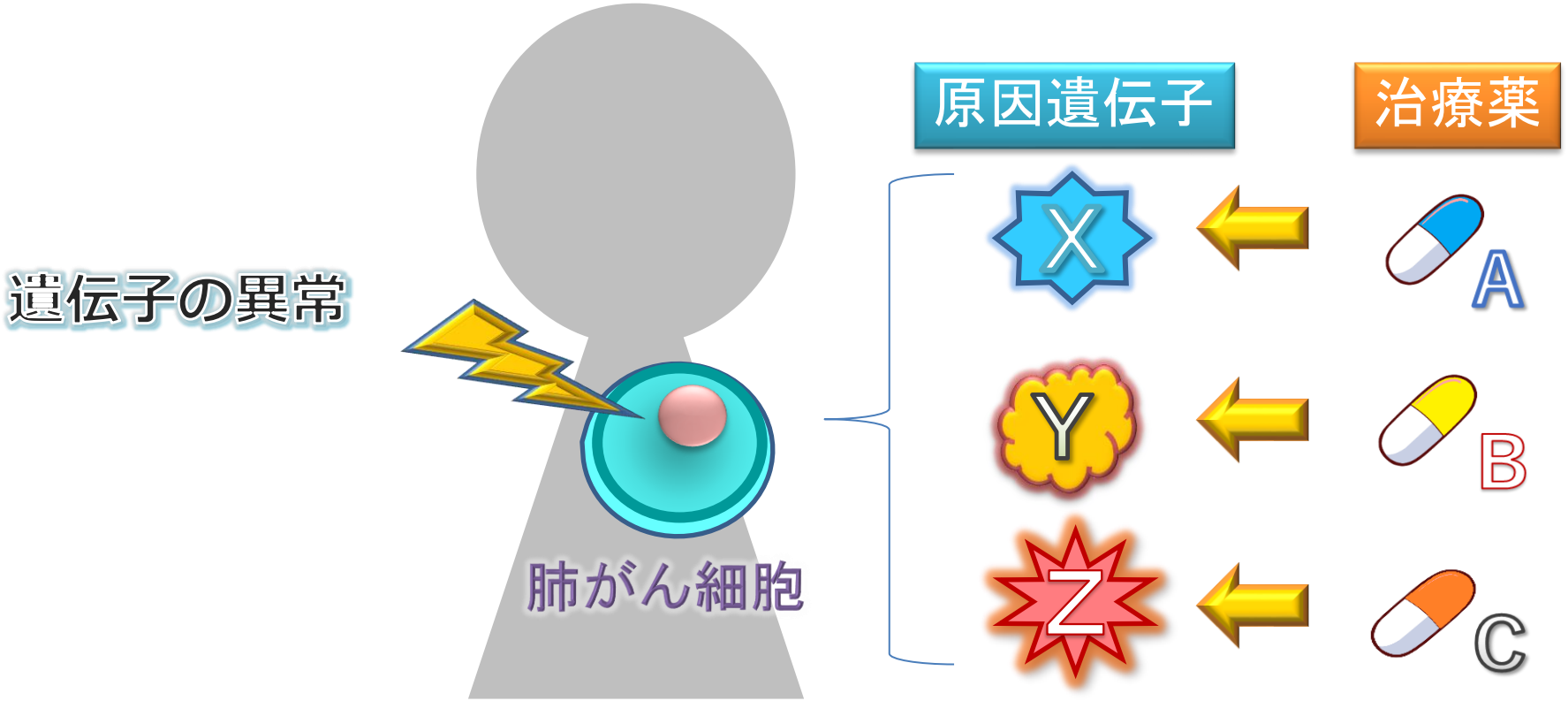
これまでのがんゲノム医療に係る取組について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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。
- がんゲノム医療では、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。



遺伝子検査及び分子標的薬等の発展とがんゲノム医療体制の整備

遺伝子検査の発展と共に分子標的薬等の開発数は増加し、治療成績が向上してきた中、がんゲノム医療の体制整備を進めてきた。

例：Ⅳ期非小細胞肺癌治療の進歩

生存期間中央値	9か月（1995~1999）	11か月（2000~2004）	13.7か月（2005~2009）	17.9か月（2010~2014）	24か月超（2015~2017）

Takano N,et al.,Lung Cancer.2019;131:69-77

主な分子標的薬等の国内承認

細胞障害性抗がん剤
・シスプラチン
・ゲムシタビン 等

2002年 ゲフィチニブ
2007年 エルロチニブ
2012年 クリゾチニブ
2013年 アファチニブ
2014年 アレクチニブ
2015年 ニボルマブ
2016年 オシメルチニブ
2016年 セリチニブ
2016年 ペムブロリズマブ
2018年 ロルラチニブ
2019年 ダコミチニブ
2020年 テポチニブ
2020年 エヌトレクチニブ
2021年 ブリグチニブ
2021年 セルペルカチニブ
2022年 ソトラシブ

単一遺伝子検査薬の国内承認

2012年 Vysis ALK Break Apart FISH プローブキット
2014年 ヒストファイン ALK iAEP キット
2016年 コバスEGFR変異検出キット V2.0
2017年 ベンタナ Opti View ALK D5F3
2017年 OncoGuide AmoyDx ROS1 融合遺伝子検出キット
2016年 PD-L1 IHC 22 C3 PharmDx「ダコ」

遺伝子パネル検査の国内承認

2018年 OncoGuide NCC
2018年 FoundationOne CDx
2021年 FoundationOne Liquid
2022年 Guardant360 CDx
2022年 GenMineTOP

がんゲノム医療体制の整備

「コンパニオン診断薬等及び関連する医薬品の承認申請に係る留意事項について」発出　2013年

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」発出　2017年

「がんゲノム情報管理センター（C-CAT）」設置　2018年

がん遺伝子パネル検査が国内初の保険適用　2019年

遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく複数の分子標的治療に関する患者申出療養開始　2019年

447

現行のがんゲノム医療提供体制

- がんゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築することを目指して、がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を進めている。
- がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院は、がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。がんゲノム医療連携病院は、がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院により指定される。

厚生労働省

ゲノム医療提供体制の構築に係る検討を行う
- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するＷＧ
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会

連携・協力　二次利活用

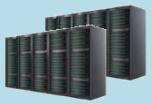
企業・アカデミア



ゲノム情報と臨床情報を用いた創薬等に向けた研究開発の推進

協働で設置

がんゲノム情報管理センター（C-CAT）



ゲノム情報と臨床情報の収集・管理・利活用の支援

技術的支援
C-CAT調査結果等の提供

データの登録

がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議
- がんゲノム情報管理センターとがんゲノム医療中核拠点病院が協働で設置する。
- がんゲノム医療推進のため、連携体制やゲノム医療の充実のための課題について協議する。

がんゲノム医療中核拠点病院



- エキスパートパネルの実施
- 治験・臨床試験、研究の推進
- ゲノム医療に関わる人材の育成
- がんゲノム医療連携病院等の支援

人材育成、治験・先進医療等における連携

がんゲノム医療拠点病院

- エキスパートパネルの実施
- がんゲノム医療連携病院等の支援



がんゲノム医療連携病院

エキスパートパネル実施可能がんゲノム医療連携病院





- がんゲノム医療連携病院の指定を受けた病院から中核拠点病院又は拠点病院が選定
- 自施設の症例に限ってエキスパートパネルを実施することが可能
- 自施設で判断に迷う場合は、連携する中核拠点病院又は拠点病院にエキスパートパネルを依頼





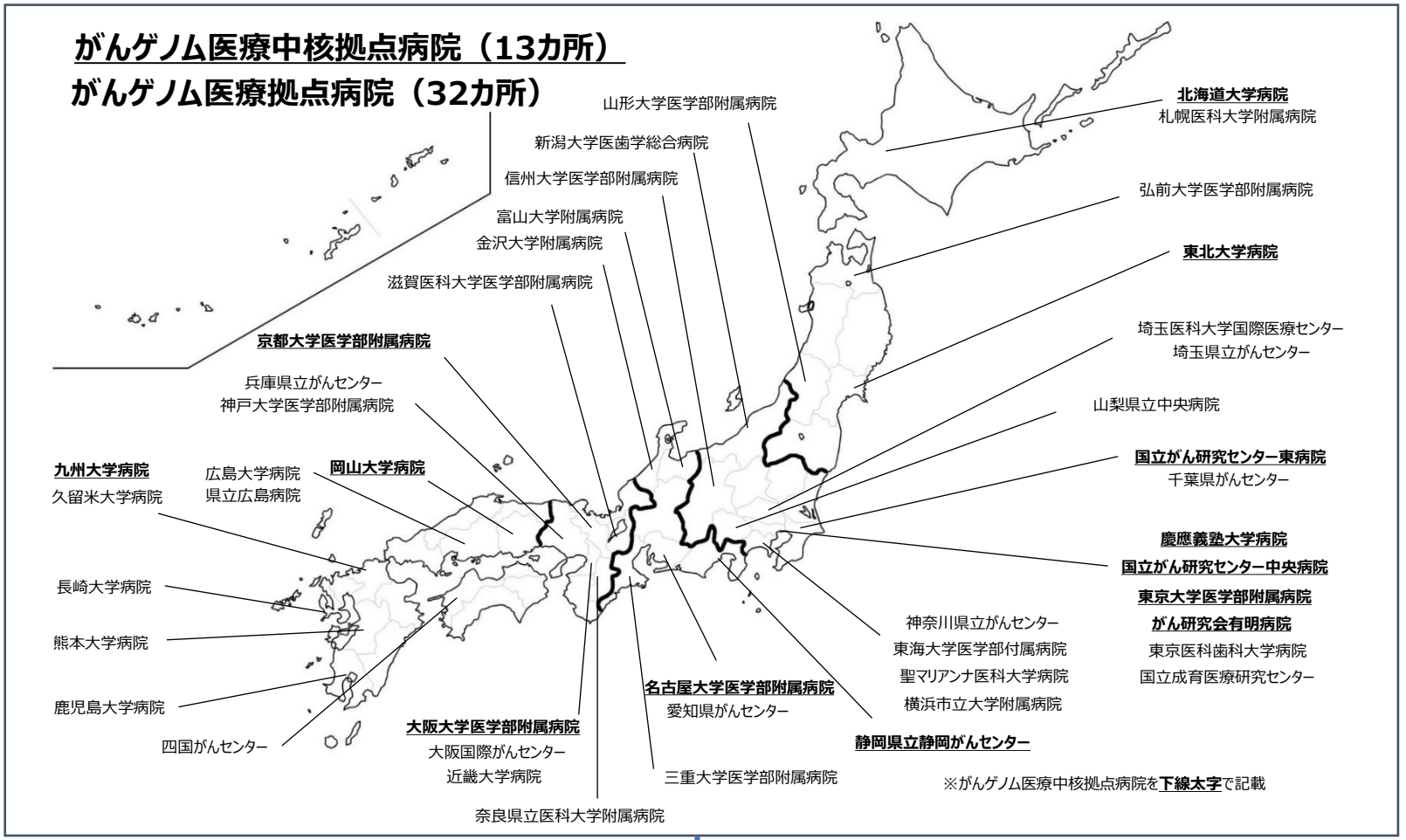
- 中核拠点病院又は拠点病院が指定
- エキスパートパネルは中核拠点病院又は拠点病院に依頼して実施

※　遺伝カウンセリングの体制整備、がんゲノム情報の適切な収集・管理・登録体制は全てのがんゲノム医療中核拠点病院等に求めている。

がんゲノム医療中核拠点病院等

令和７年６月１日時点

がんゲノム医療を受けることのできる医療提供体制は全ての都道府県に整備されている。

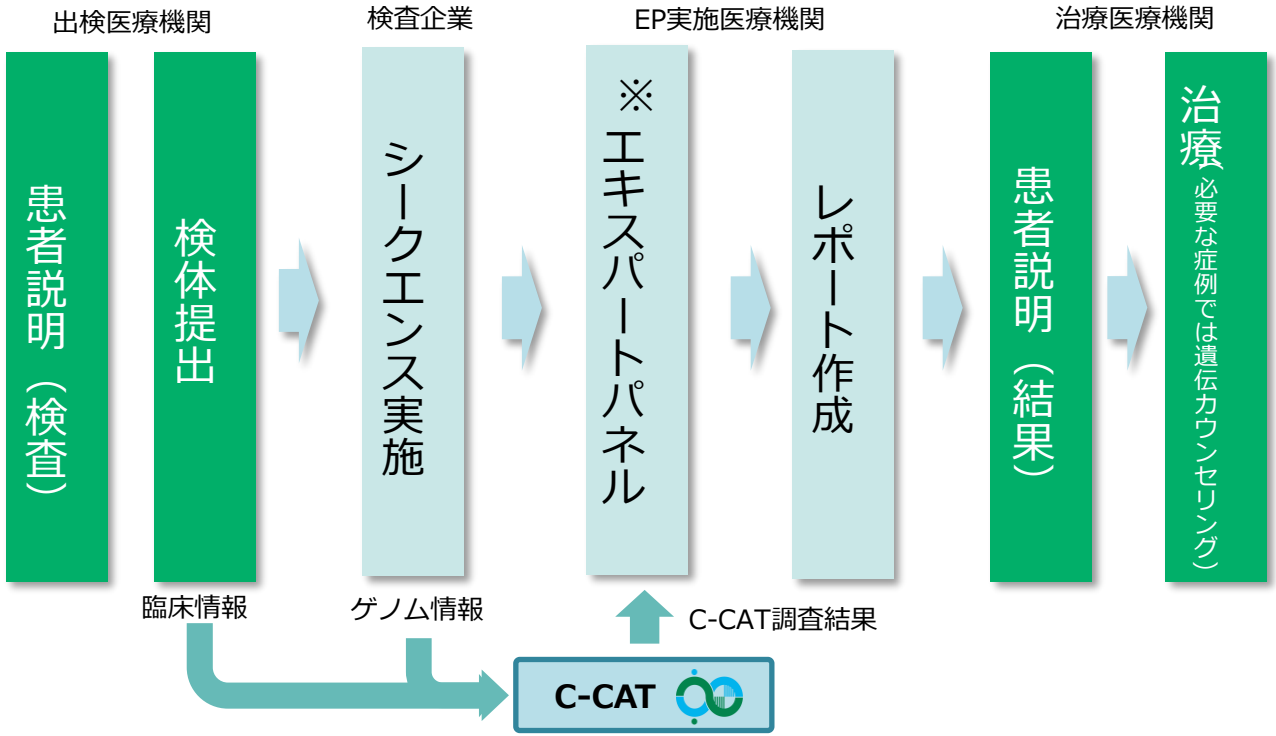


がんゲノム医療連携病院（２３７カ所）

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

がん遺伝子パネル検査の概要（固形がん）

がん遺伝子パネル検査とは、生検や手術などで採取されたがん組織等を用いて、高速で大量のゲノムの情報を読み取る「次世代シークエンサー」という解析装置で、1回の検査で多数（多くは100以上）の遺伝子を同時に調べる検査。その調査結果を用いたエキスパートパネル（EP）により使用する薬剤等の治療方針が提示され、主治医が決定する。



C-CAT調査結果とは
症例ごとに基本項目や変異遺伝子の詳細の他、候補となる臨床試験の一覧等が記載され、EPの治療方針の検討に活用される。

1．基本項目：患者や医療機関、検査に関する情報
2．調査結果：検出された変異の数や、マーカー、エビデンスレベル、エビデンスタイプなどに関する情報
3．候補となる臨床試験一覧：検出された変異を対象とする臨床試験の情報
4．変異遺伝子の詳細：検出された変異に関する遺伝子の詳細情報
5．参考文献：検出されたマーカーに関する論文など、参考となる文献の情報
6．使用ソフトウェアバージョン：アノテーションおよび調査結果を生成する際に使用した、ソフトウェアのバージョンおよびデータベースのバージョン
7．エビデンスレベル定義：治療効果に関するエビデンスレベルの分類について
8．注意事項・免責事項

対象患者
以下の①又は②に該当し、本検査施行後に薬物療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した患者が対象
①標準治療のない固形がん患者
②標準治療が終了となった固形がん患者
(終了が見込まれる者を含む)

※エキスパートパネルとは
がん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）による検討会のこと。

450

エキスパートパネルとそこで検討されるべき内容について

・令和４年８月１日付け健康局長通知「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」においてエキスパートパネルの定義が示されている。

・エキスパートパネルで検討されるべき内容については、関連学会の見解が示されている。

エキスパートパネル

がん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）による検討会のこと。

※ 令和４年８月１日付け健康局長通知「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」（参考）より抜粋

エキスパートパネルで検討されるべき内容についての関連学会見解

エキスパートパネルではC-CAT 調査結果やがん遺伝子パネル検査結果レポートを参考資料とし、以下の内容について検討を行う。

● 検査全体に関して

A) 検体およびデータの品質について（特に自施設内でシークエンスを実施する場合）

● 各遺伝子変化に関して

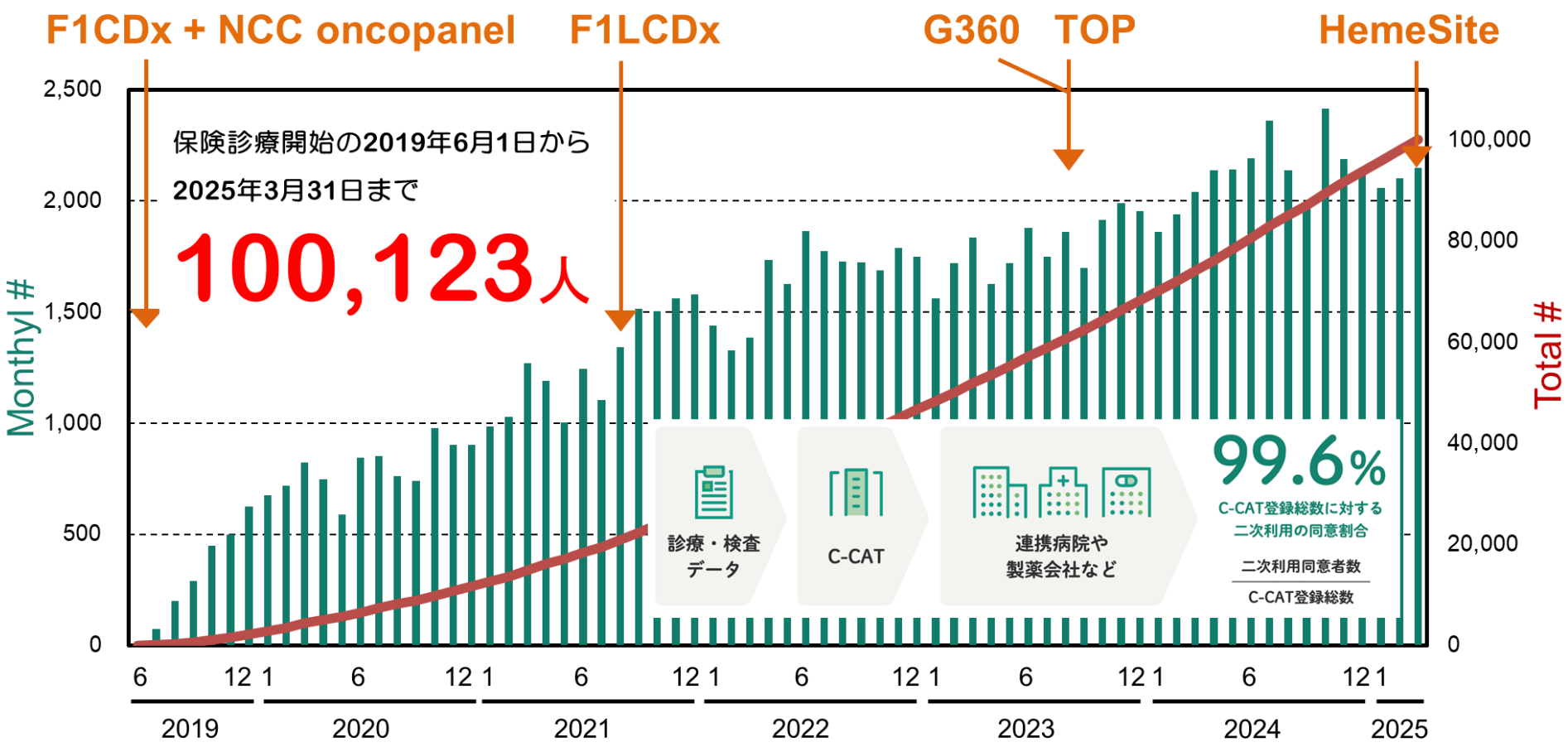
B) 遺伝子変化に対する生物学的意義付け(がん化能など特定の形質獲得に寄与するかどうかなど)
C) 遺伝子変化に対応する候補治療薬の有無
D) 遺伝子変化とそれに対応する具体的な候補薬や治験・臨床試験等について、エビデンスレベルとともに患者背景(年齢・PS・合併疾患など)も考慮した上で優先的に推奨されるものがあるか等について検討する。
E) 診断や予後に関するエビデンスの解釈
F) 二次的所見を認める（または疑われる）場合は、「二次的所見・Germline findings」に従い、その意義付けおよび対応について検討する。

※　日本臨床腫瘍学会・日本癌治療学会・日本癌学会の３学会合同で策定されたガイダンスの改定第２．１版より抜粋

がん遺伝子パネル検査実績

令和７年４月１日時点

がんゲノム医療を受けることのできる医療提供体制の整備、利用可能ながん遺伝子パネル検査の開発及びそれらを取り扱う医療従事者の尽力により、検査実績は10万例を超えた。



452

C-CAT提供資料

進行がん患者のリアルワールドデータの集積とアカデミア・製薬企業への提供

C-CATデータの二次利用については令和４年1月から実施され、54のがんゲノム医療中核拠点病院等や16の企業等が研究・開発に利用している（令和７年４月時点）。

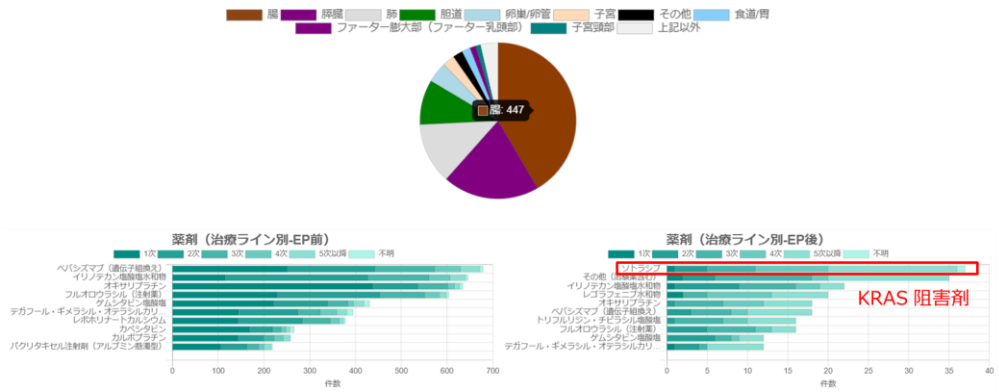
C-CATデータの利点

・10万例を超えるビッグデータ
・薬事承認検査による確かな変異情報
・治療薬剤名・治療効果を含む診療情報
・各患者の施設名を閲覧可能

↓

▷希少がんを含めた進行がんの特徴・治療の実態を把握可能
▷実患者データに基づいた治験立案が可能

利活用検索ポータルを利用した例



利活用検索の１例：KRAS G12C変異例 (1,075例) の特徴と使用薬剤

アカデミア、製薬企業へのC-CATデータの提供状況

アカデミア無償、企業780万円/年(税込み)

アカデミア (54施設)
国立がん研究センター病院
国立がん研究センター東病院
東京大学医学部附属病院
がん研究会 有明病院
理化学研究所
慶應義塾大学など

企業 (16社)
MSD, 中外, アムジェン, アッヴィ, ノバルティス ファーマ, エーザイ 日本ベーリンガーインゲルハイム メルクバイオファーマ, 第一三共, バイエル薬品, 日本イーライリリー ファイザー,ヤンセンファーマなど

C-CATデータの薬事利用

2024.5.13 日本イーライリリー社
セルペルカチニブの全固形がんへの適応拡大
(審査報告書: 表４)

2025.1.7 中外製薬
アテゾリズマブの胞巣状軟部肉腫への適応拡大
(審査概要書: 臨床に関する概括評価 表2.5.1.1.2-2)

C-CAT提供資料

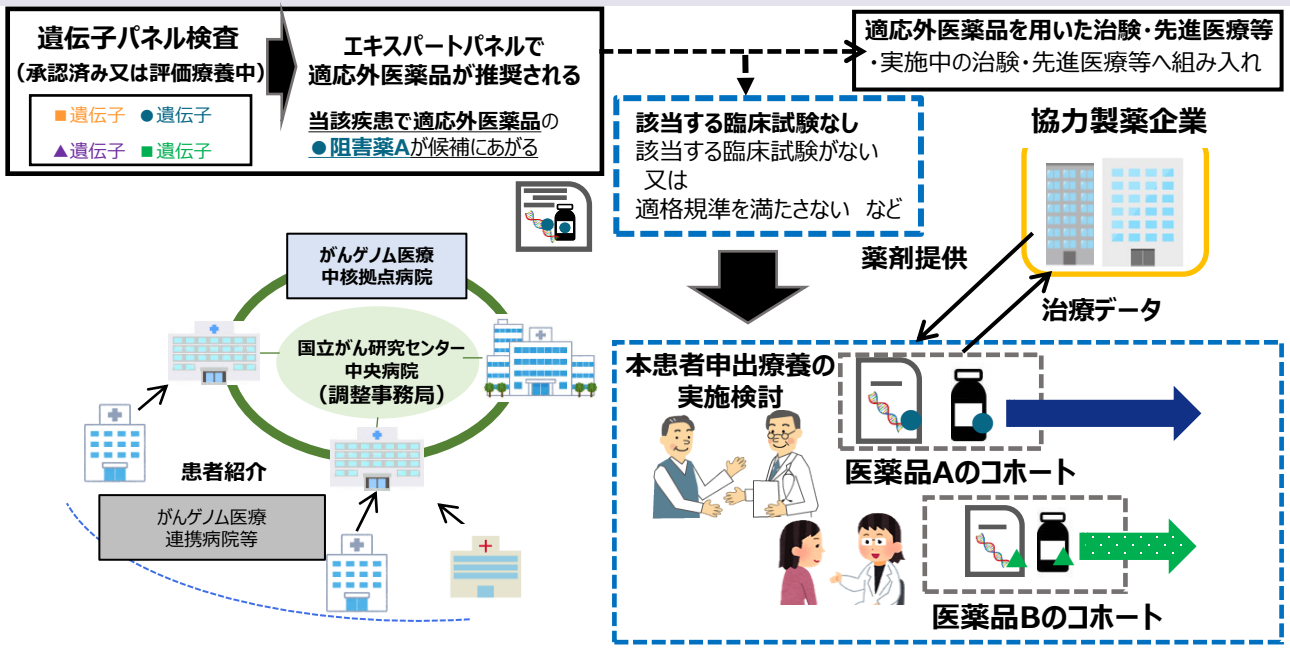
まとめ

- 第４期がん対策推進基本計画の個別目標の中で、「がん患者が、全国どこにいても、質の高いがん医療を受けられ、がんゲノム医療へのアクセシビリティが確保されていることを目指す。」としている。
- がんゲノム医療については、平成29（2017）年12月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。
- 令和７（2025）年６月現在、計282施設の指定医療機関でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がん遺伝子パネル検査を中心としたがんゲノム医療が提供されている。
- また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、平成30（2018）年６月にがんゲノム情報管理センター（C-CAT）が開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始した。C-CATデータの二次利用についても令和４（2022）年１月より実施されている。
- 令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、保険診療下でがん遺伝子パネル検査を受けたのべ患者数は、令和７（2025）年３月までに、10万例を超えた。C-CATデータの二次利用が医薬品の開発につながった例もある。この他、医療現場や製薬企業の尽力により、多くの分子標的薬等の開発が進んできた。
- 遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。実際に、遺伝子変異に着目した薬事承認薬の数が増え、またがん遺伝子パネル検査の薬事審査の過程を経て、検査の分析性能が担保された遺伝子変異の項目数も増えてきている。これらについては、エキスパートパネルでの検討を経ずとも、質の高いがんゲノム医療を提供することが可能となりつつある。
- がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられているがん診療連携拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

参考資料

がん遺伝子パネル検査後の適応外医薬品へのアクセス（患者申出療養）

がん遺伝子パネル検査後の適応外医薬品へのアクセスとして、複数の分子標的治療に関する患者申出療養が広く利用されてきた。



医薬品開発における活用事例

メキニスト®/タフィンラー®

臓器横断的な適応症の追加に係る変更申請において、**本試験結果が規制当局に提出され、審査結果報告書にも記載**された。

審査結果報告書（一部抜粋）

7.2.2 国内試験

7.2.2.1 国内試験（CTD 5.3.5.4：NCCH1901 試験＜2019 年 9 月～実施中［データカットオフ：20■ 年■月■日］＞）

標準的な治療選択肢のない *BRAF* 遺伝子変異を有する進行固形腫瘍患者等[20]（年齢は問わない[21]）（目標症例数：測定可能病変を有する患者 50 例、測定可能病変を有しない患者 30 例）を対象に、DAB/TRA 投与等の有効性及び安全性を検討することを目的とした非盲検非対照試験が患者申出療養として、国内 12 施設で実施された。本申請では、*BRAF* 遺伝子変異を有する患者を対象とした DAB/TRA コホートの結果のみが提出された。

- 国立がん研究センター中央病院が全体の調整事務局となり、**がんゲノム医療中核拠点病院で行う多施設共同研究**。
- 賛同が得られた製薬企業からは**医薬品の提供を受けて実施する**。
- 遺伝子パネル検査の結果に基づいてエキスパートパネルが推奨した治療（医薬品）ごとに、複数コホートで適応外医薬品の治療を行うバスケット型・アンブレラ型の臨床研究として実施する。

使用可能な薬剤

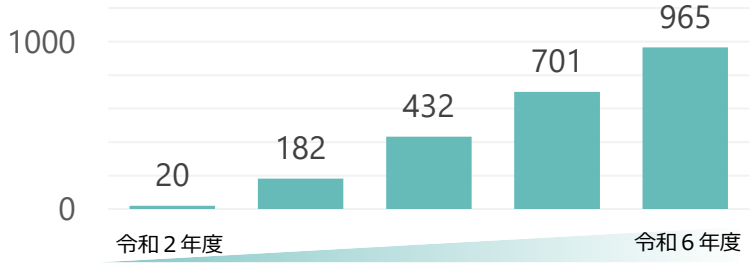
※ 令和７年６月現在

※ 右記に加え、13種の既に試験終了した薬剤の無償提供を行っていた。

分類	商品名
mTOR阻害薬	アフィニトール®
マルチキナーゼ阻害薬	ヴォトリエント®、タシグナ®
JAK阻害薬	ジャカビ®
MET阻害薬	タブレクタ®
ALK阻害薬	アレセンタ®
チロシンキナーゼ阻害薬	ロズリートレク®、ザーコリ®、アイクルシグ®
FGFR阻害薬	ペマジール®

456

令和元年10月１日から令和６年６月30日までの累積実施件数

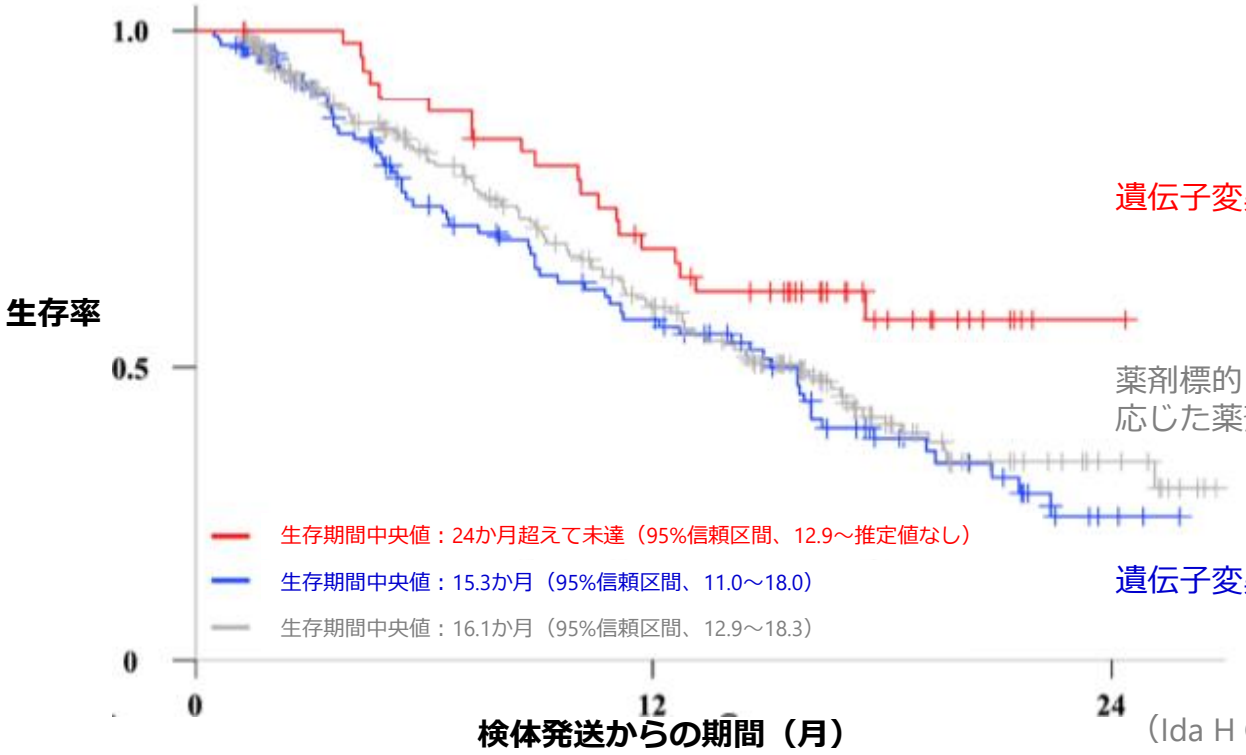


中央社会保険医療協議会総会「患者申出療養評価会議からの報告について」の各年度実績報告から集計

これまでのがんゲノム医療に係る取組の成果

がん遺伝子パネル検査を受け、遺伝子変異に応じた治療を受けた患者の予後は、遺伝子変異に応じた治療を受けなかった患者と比べて改善する可能性があることが報告されている。

2019年8月から2020年7月までの間にがん遺伝子パネル検査を受けた合計418人の患者解析結果



遺伝子変異に応じた薬剤による治療を受けた患者（N = 51）

薬剤標的となる遺伝子変異は検出されたが、遺伝子変異に応じた薬剤による治療を受けなかった患者（N = 145）

遺伝子変異に応じた薬剤がなかった患者（N = 222）

（Ida H Cancer Sci. 2022; 113(12):4300-4310.）。

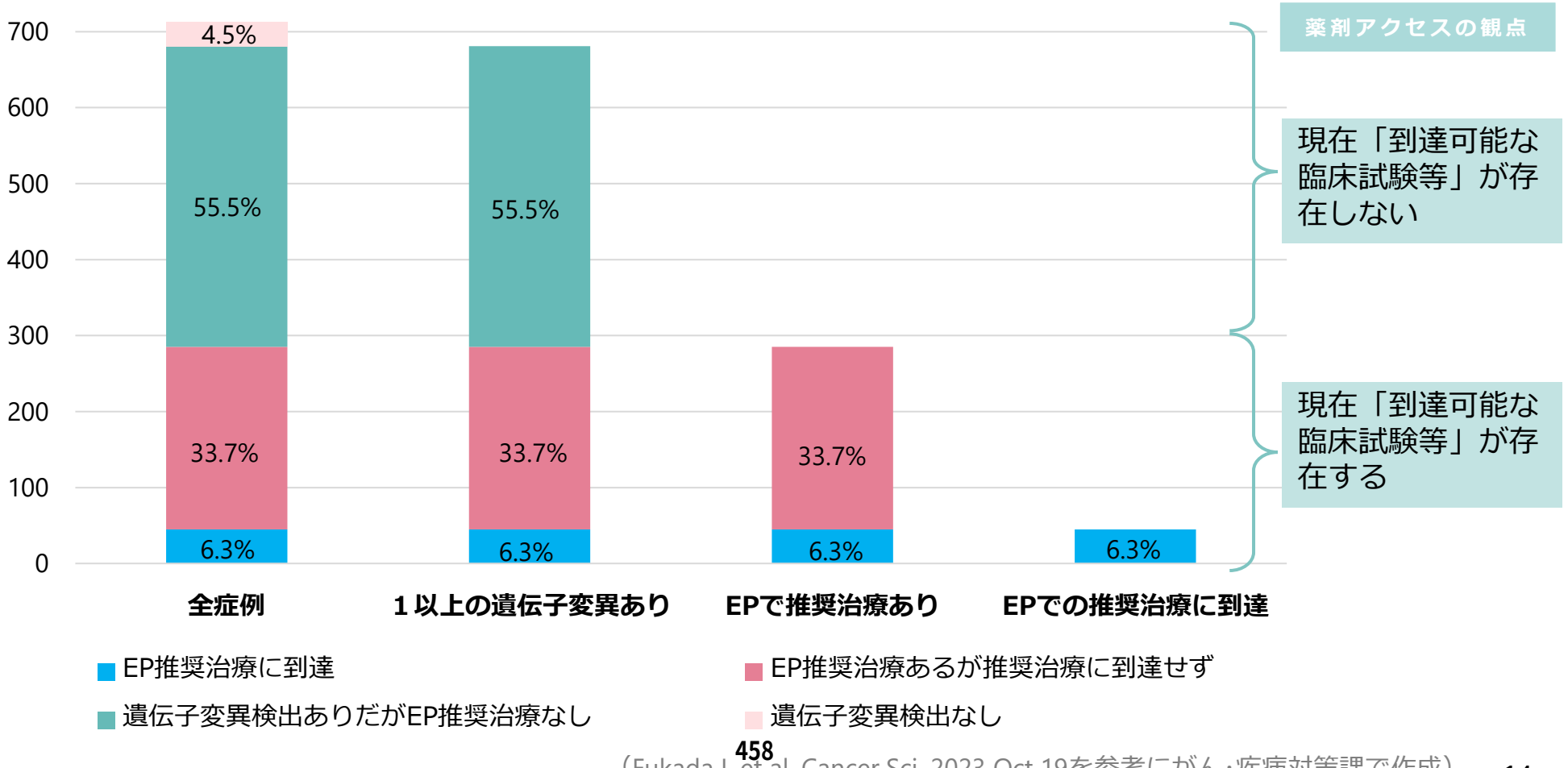
- 遺伝子変異に応じた薬剤による治療を受けた患者の生存期間中央値は検体発送から24か月を超えて未達であったのに対し、遺伝子変異に応じた治療を受けなかった患者の生存期間中央値は15.3～16.1か月であった。
- 遺伝子変異に応じた薬剤による治療を受けた患者の**全生存期間は、受けなかった患者よりも長かった**（P = 0.0320）。

457

薬剤アクセスの観点からみたエキスパートパネル後の治療選択

「遺伝子変異が検出されない場合」、「到達可能な臨床試験等がないことが明らかな場合」等、EPを行わずとも主治医による判断が可能と考えられる症例の知見が集積されてきている。

2019年11月から2022年10月までの間にがん遺伝子パネル検査を受けEPで議論された合計713人の患者解析結果



（Fukada I, et al. Cancer Sci. 2023 Oct 19を参考にがん･疾病対策課で作成）

第 18 回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和７年６月 23 日（月）12:00～14:00

場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

１ 開 会

２ 議 題

（１）がん診療提供体制について

（２）その他

【資料】

議事次第

資料１ がん診療提供体制について

資料２ 日本癌治療学会 提出資料

資料３ 日本放射線腫瘍学会 提出資料

資料４ 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（案）

資料５ 2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例（案）

参考資料１ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料２ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」参考人名簿

第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料1
令和7年6月23日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療提供体制について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

2．参考資料

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

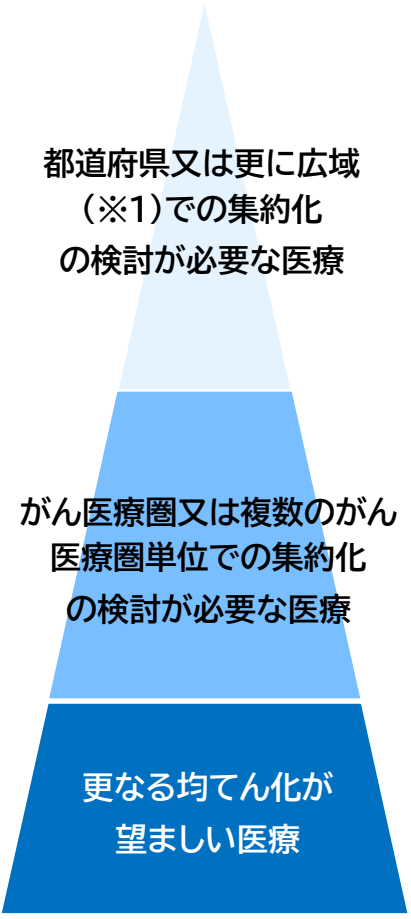
国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

2．参考資料

がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュール（案）

- 2040年を見据えたがん医療提供体制について議論を引き続き行い、第19回の検討会において報告書を取り纏めることとしてはどうか。

令和6年12月23日　第16回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

令和7年3月21日　　第17回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について
- 3大療法について（関係学会より発表）
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について

令和7年6月23日　　第18回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書（案）について議論

令和7年夏頃　　第19回　がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

（その後の想定スケジュール）

報告書のとりまとめ後　がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する通知を都道府県に発出

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

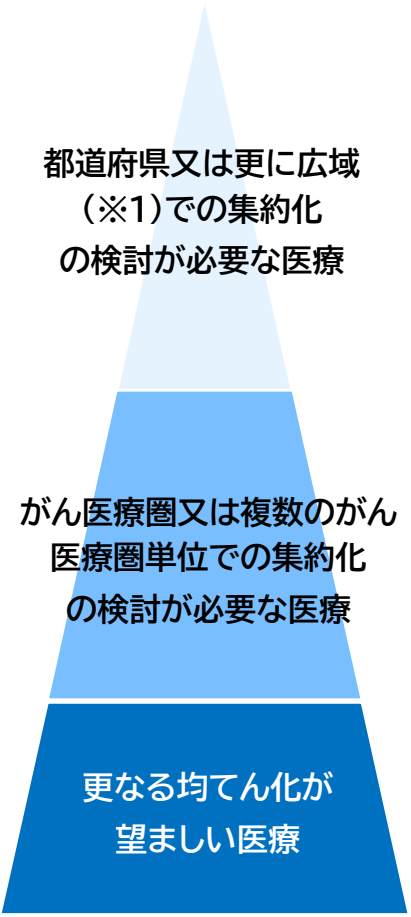
・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

2．参考資料

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

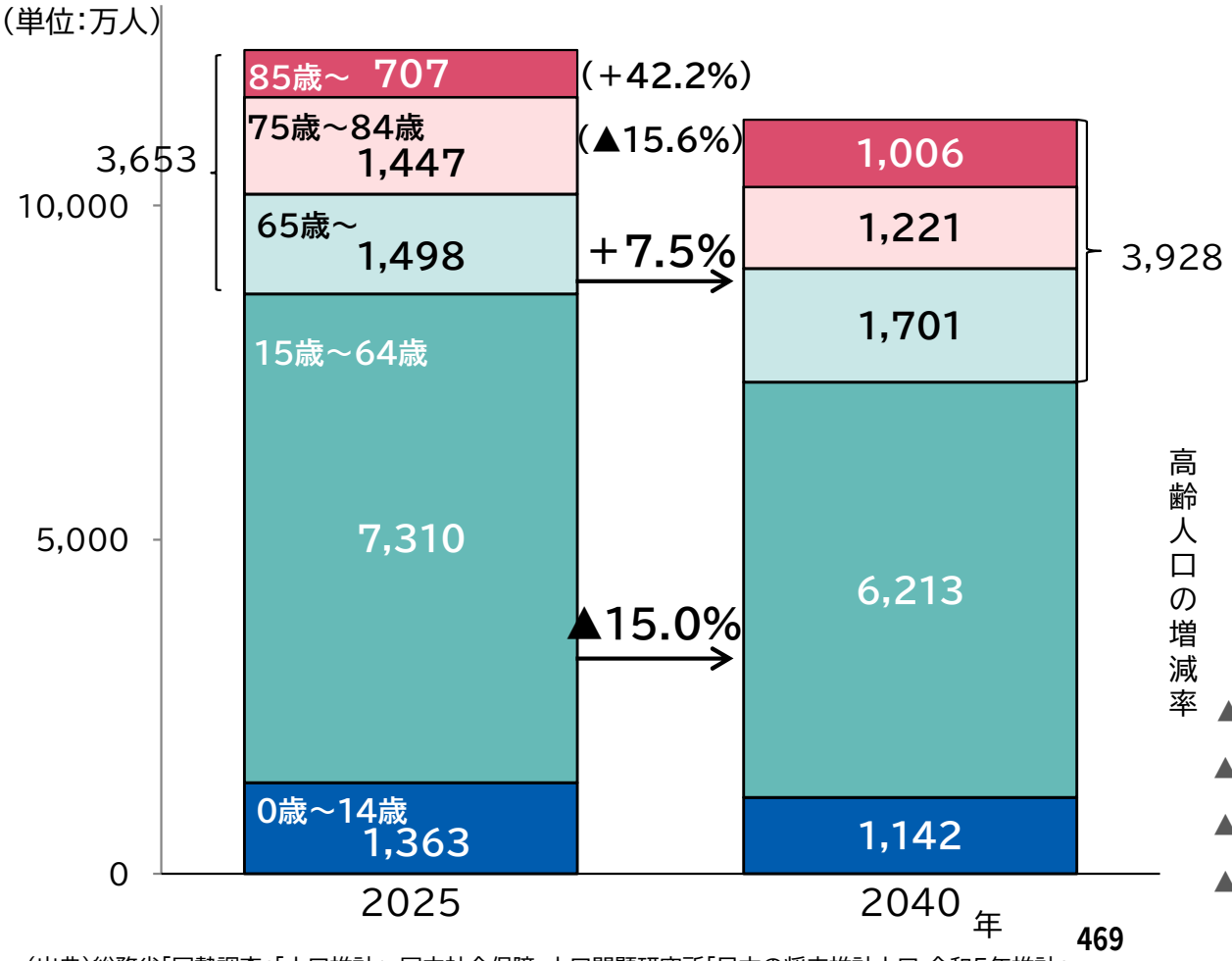
（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年の人口構成について

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料1
令和6年8月26日	

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

＜人口構造の変化＞



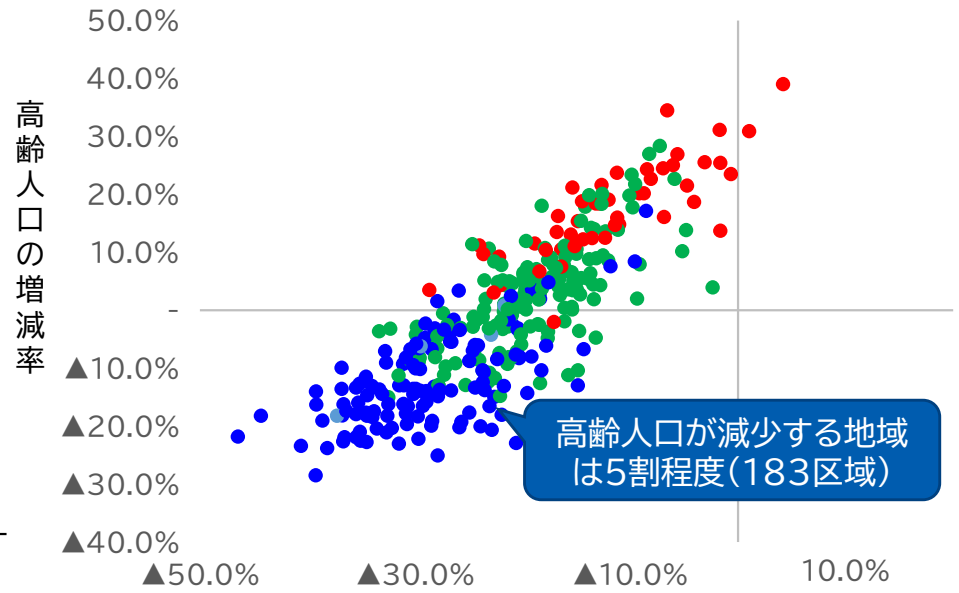
469

(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

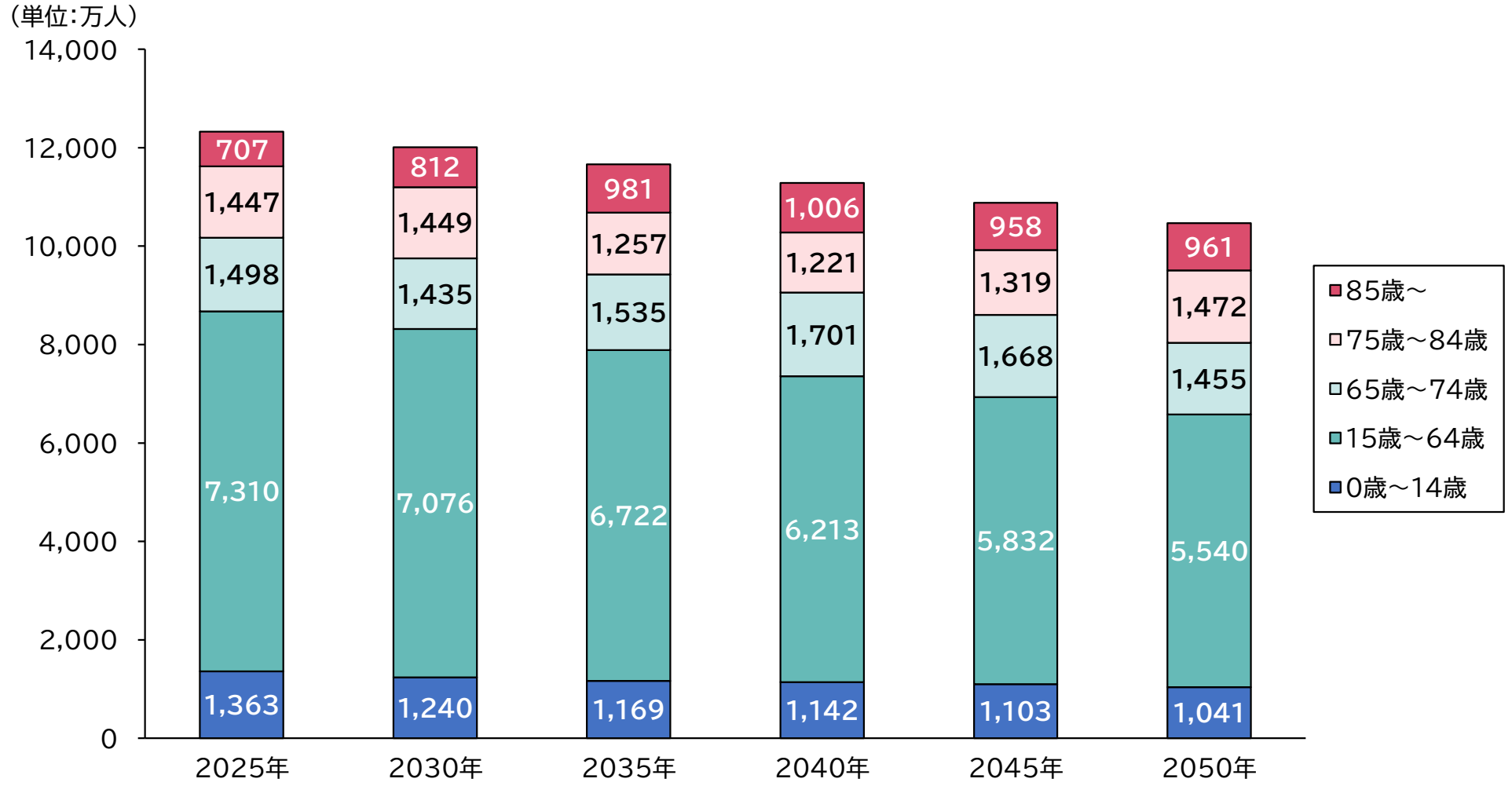
	年齢区分別人口の増減率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市部	-11.9%	17.2%
●地方都市部	-19.1%	2.4%
●過疎地域	-28.4%	-12.2%

大都市部　:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km2以上
地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km2以上
過疎地域:上記以外



日本の将来人口推計

- 生産年齢人口は、2040年に6,213万人と、2025年の7,310万人と比べて15%減少し、65～84歳は、2040年に2,922万人と、2025年の2,945万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に1,006万人と、2025年の707万人に比べて42%増加することが推計されている。

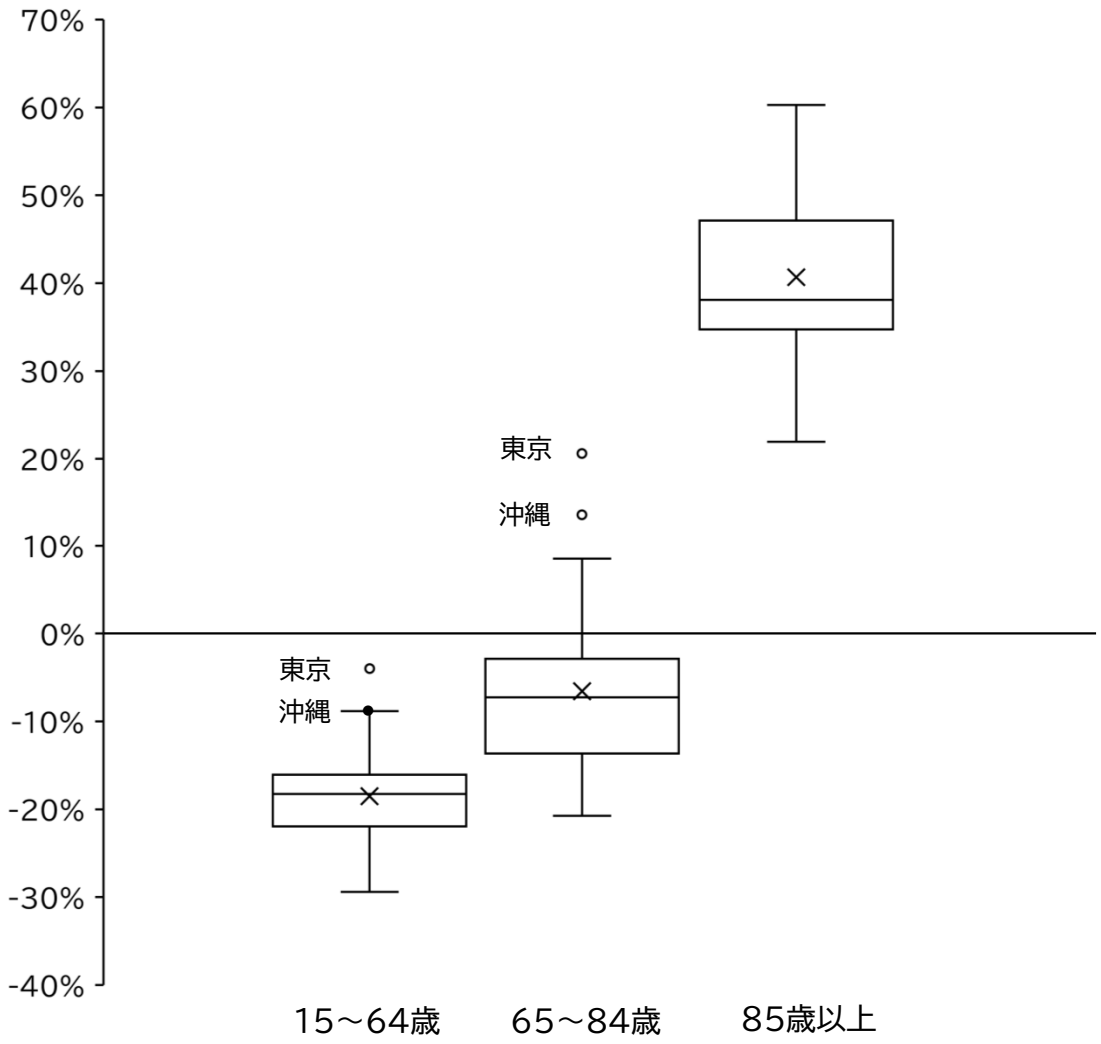


出典：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてがん・疾病対策課において作成

都道府県単位の人口変化率（年齢階級別）

- 東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

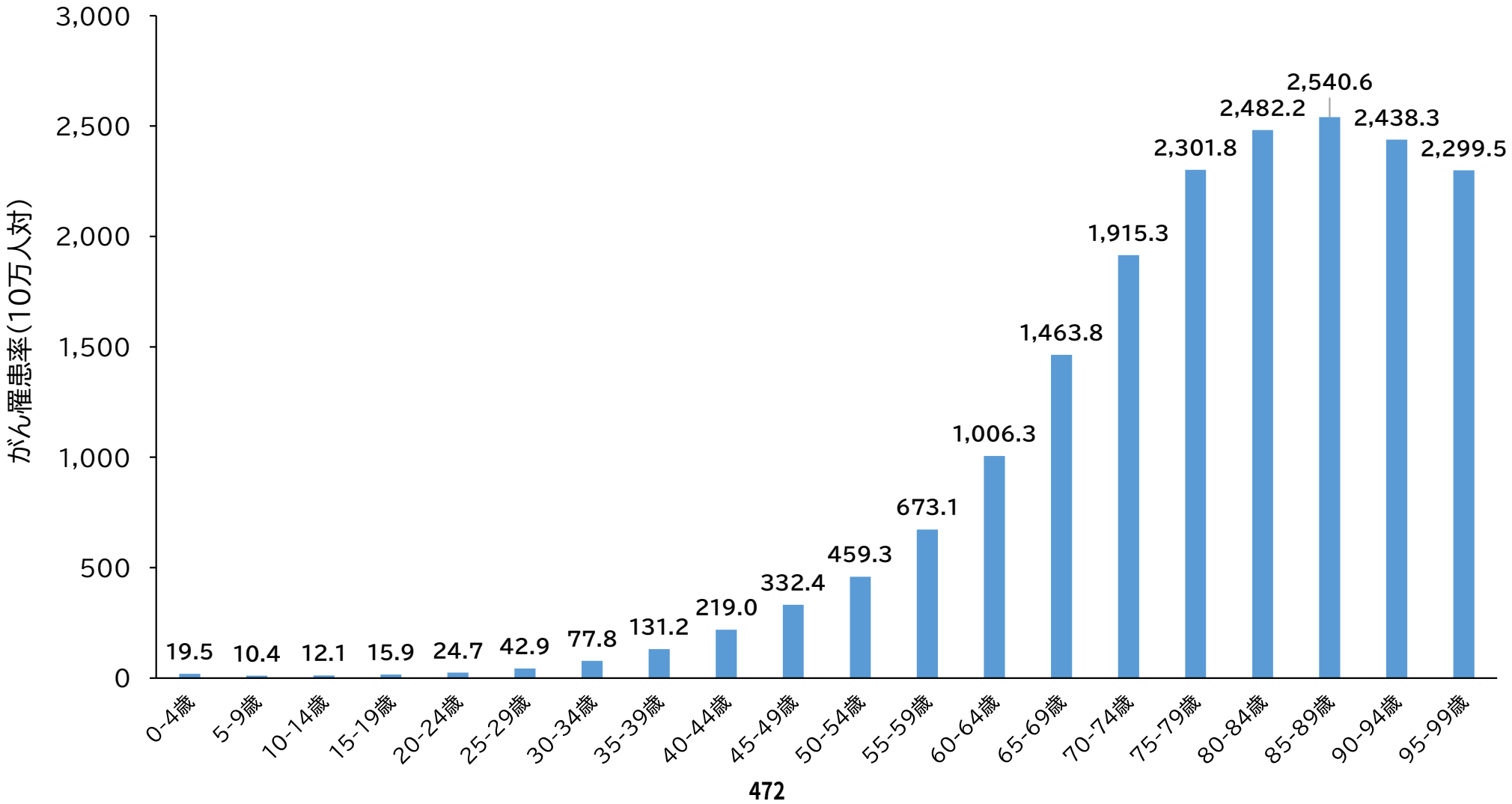
2025年を基準とした場合の2040年の人口の変化率



出典：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてがん・疾病対策課において作成

我が国における年齢階級別がん罹患率（全国）

- 年齢階級別がん罹患率は年齢とともに上昇する傾向にあり、85-89歳をピークに90歳以上は低下する。



出典：全国がん登録によるがん罹患率データ（2017年-2021年）を用いて国立がん研究センターにおいて作成

がん罹患者数の推計※1について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数(全国)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)

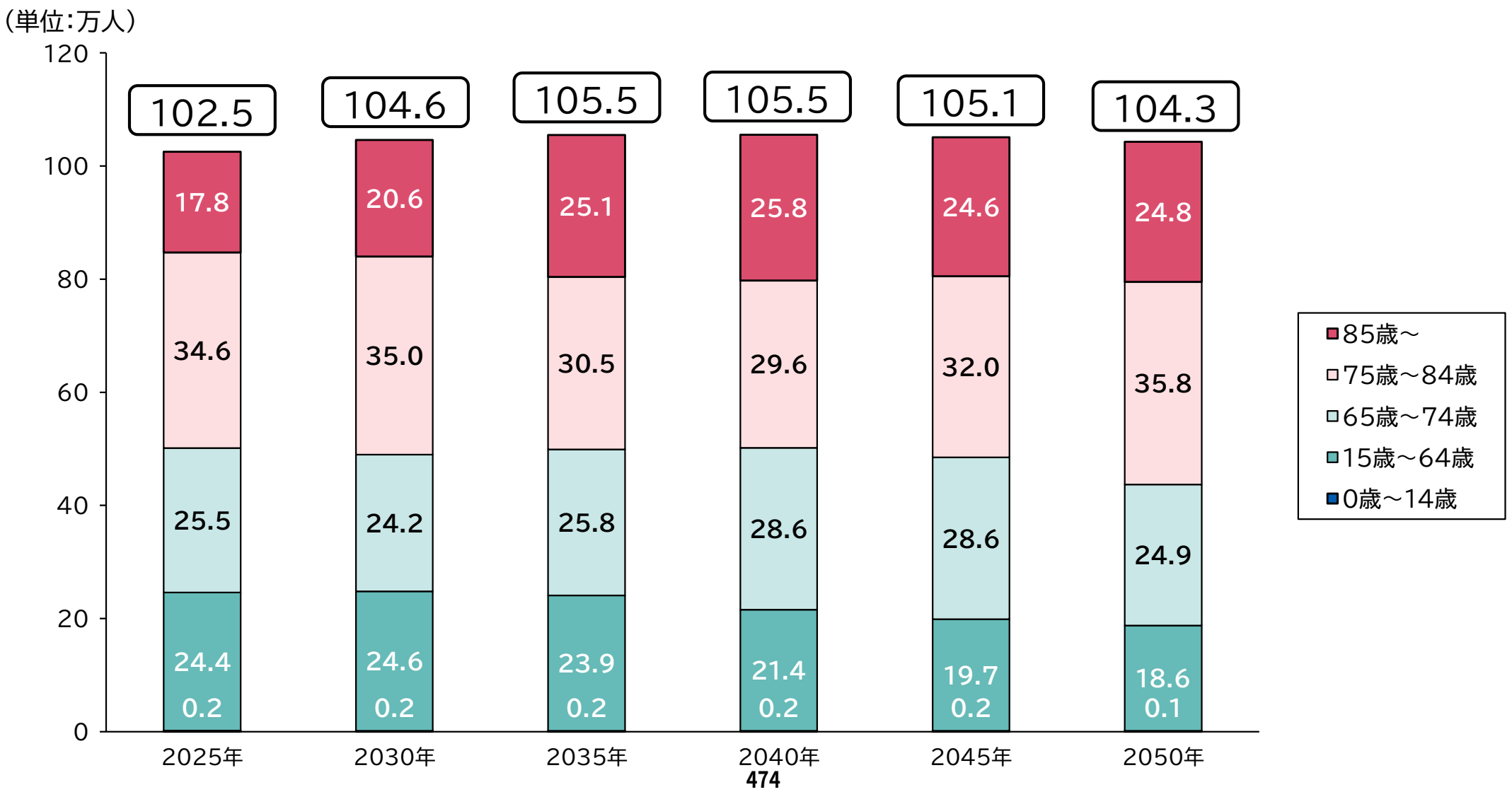
- がん罹患者数(都道府県単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)※2

- がん罹患者数(二次医療圏単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)

※1 全国がん登録における2017年～2021年の年齢階級別がん罹患率の平均値が2022年以降も一定であると仮定した推計であるということに留意が必要
※2 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年～2021年)を用いてがん・疾病対策課で算出

がん罹患者数の将来推計（全国）

- 2040年に向け、生産年齢人口の減少により、64歳以下のがん罹患者数は減少するものの、65～84歳のがん罹患者数は横ばいで推移し、85歳以上のがん罹患者数は団塊の世代の高齢化により増加が見込まれ、がん罹患者の総数は横ばいからやや増加すると見込まれる。



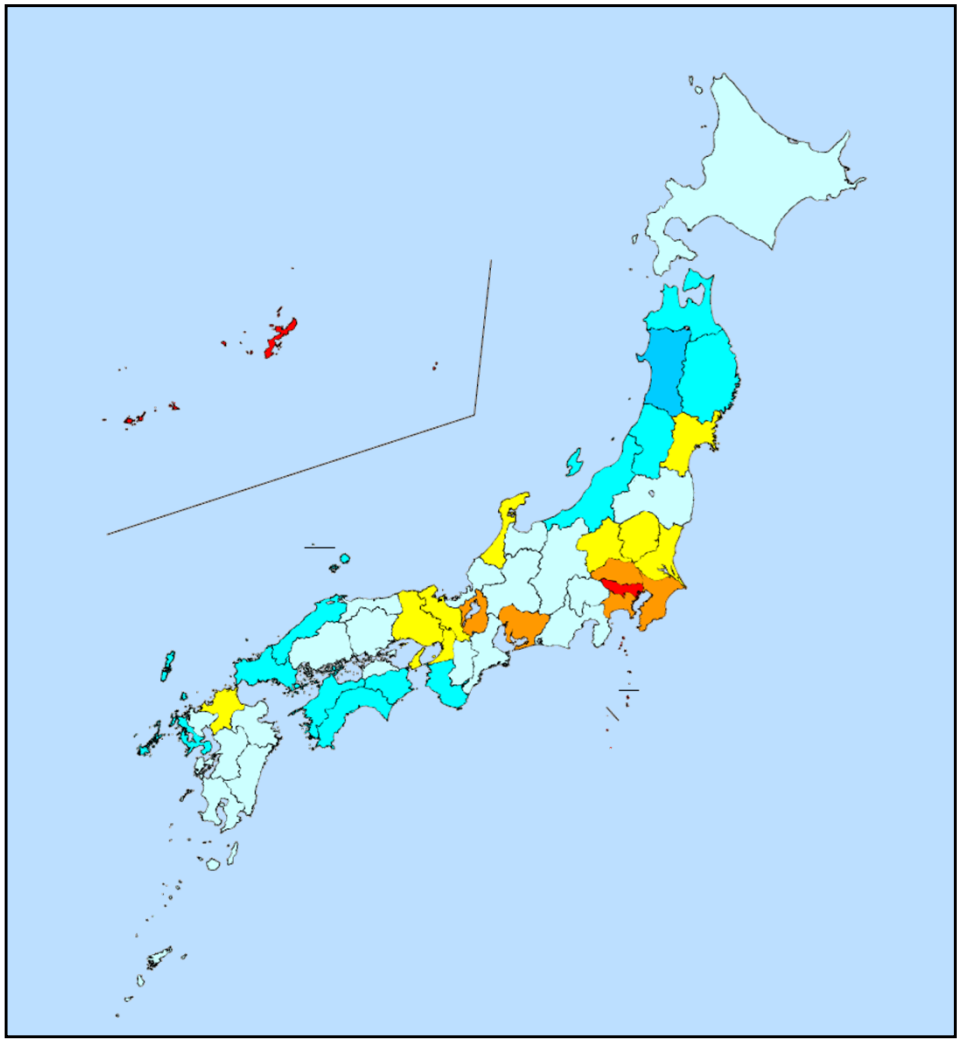
474

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて国立がん研究センターにおいて作成

がん罹患者数の変化率（都道府県単位）

- 2040年に向けて、都道府県単位では、がん罹患者数が都市部を中心に16都府県で増加する一方で、31道県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都道府県単位）



＋10%以上
- 沖縄県、東京都

＋5%～+10%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県

＋0%～+5%
- 宮城県、福岡県、兵庫県、大阪府、栃木県、茨城県、群馬県、京都府、石川県

-5%～0%
- 静岡県、山梨県、長野県、三重県、佐賀県、広島県、福井県、岡山県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、鹿児島県、富山県、宮崎県、香川県、鳥取県、大分県

-10%～-5%
- 愛媛県、新潟県、長崎県、和歌山県、山形県、徳島県、岩手県、島根県、青森県、山口県、高知県

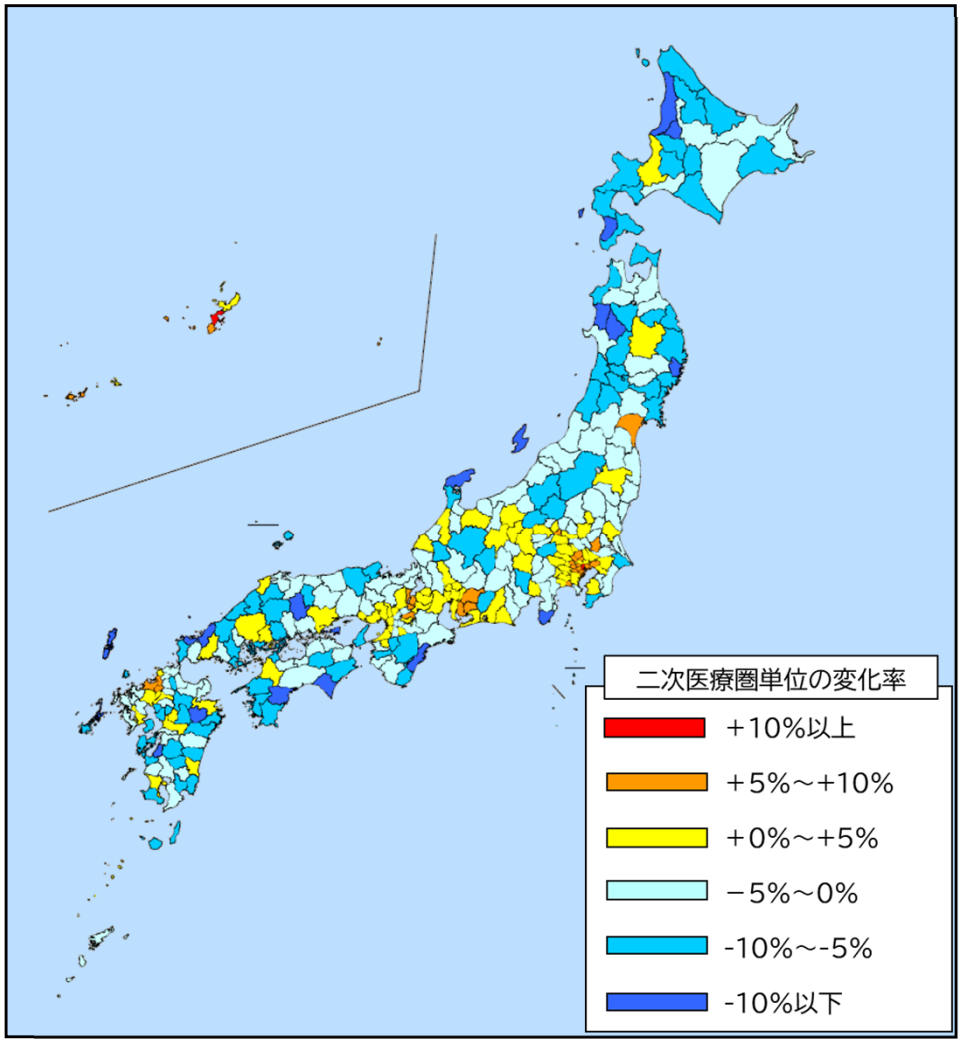
-10%以下
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成

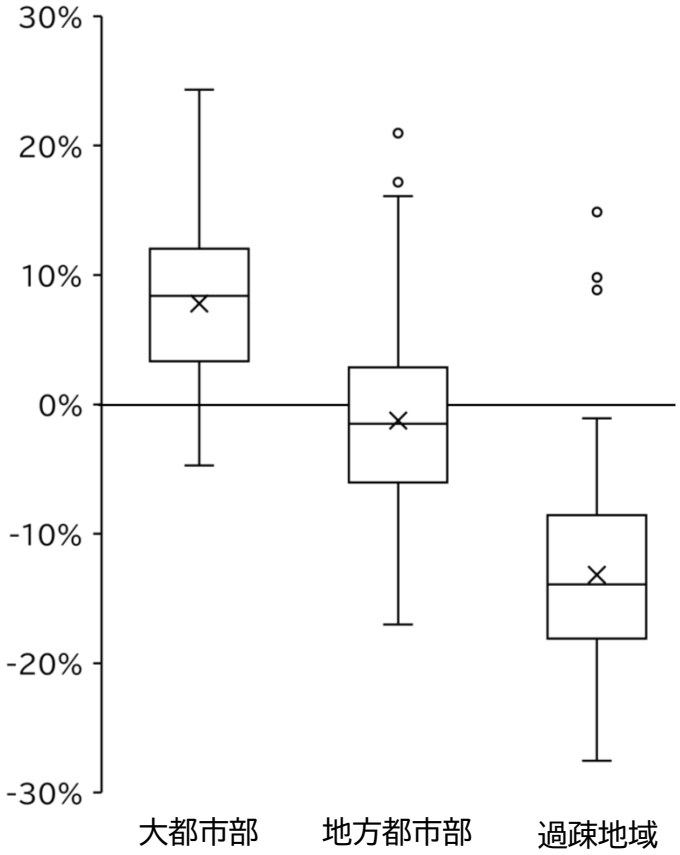
がん罹患者数の変化率（二次医療圏単位）

- 2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の59%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年のがん罹患者数の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）

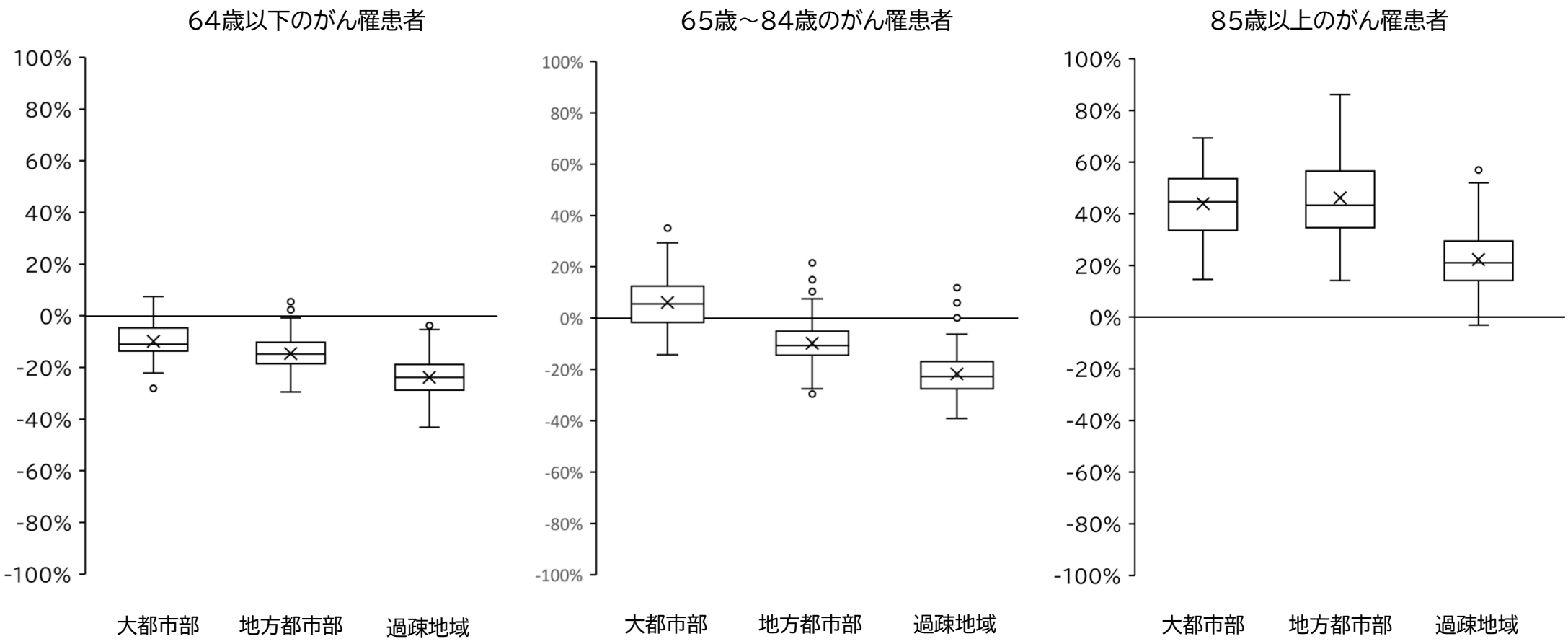


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

都市型分類※別がん罹患者数の変化率（年齢階級別）

- 2040年に向けて、64歳以下のがん罹患者数は、大都市部の90%、地方都市部の97%、及び全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84歳のがん罹患者数は、大都市部の67%で増加する一方で、地方都市部の90%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。85歳以上のがん罹患者数は、過疎地域の2%を除き、全ての二次医療圏で増加することが見込まれ、その傾向は大都市部・地方都市部では増加率平均が40%を超えることが見込まれる。

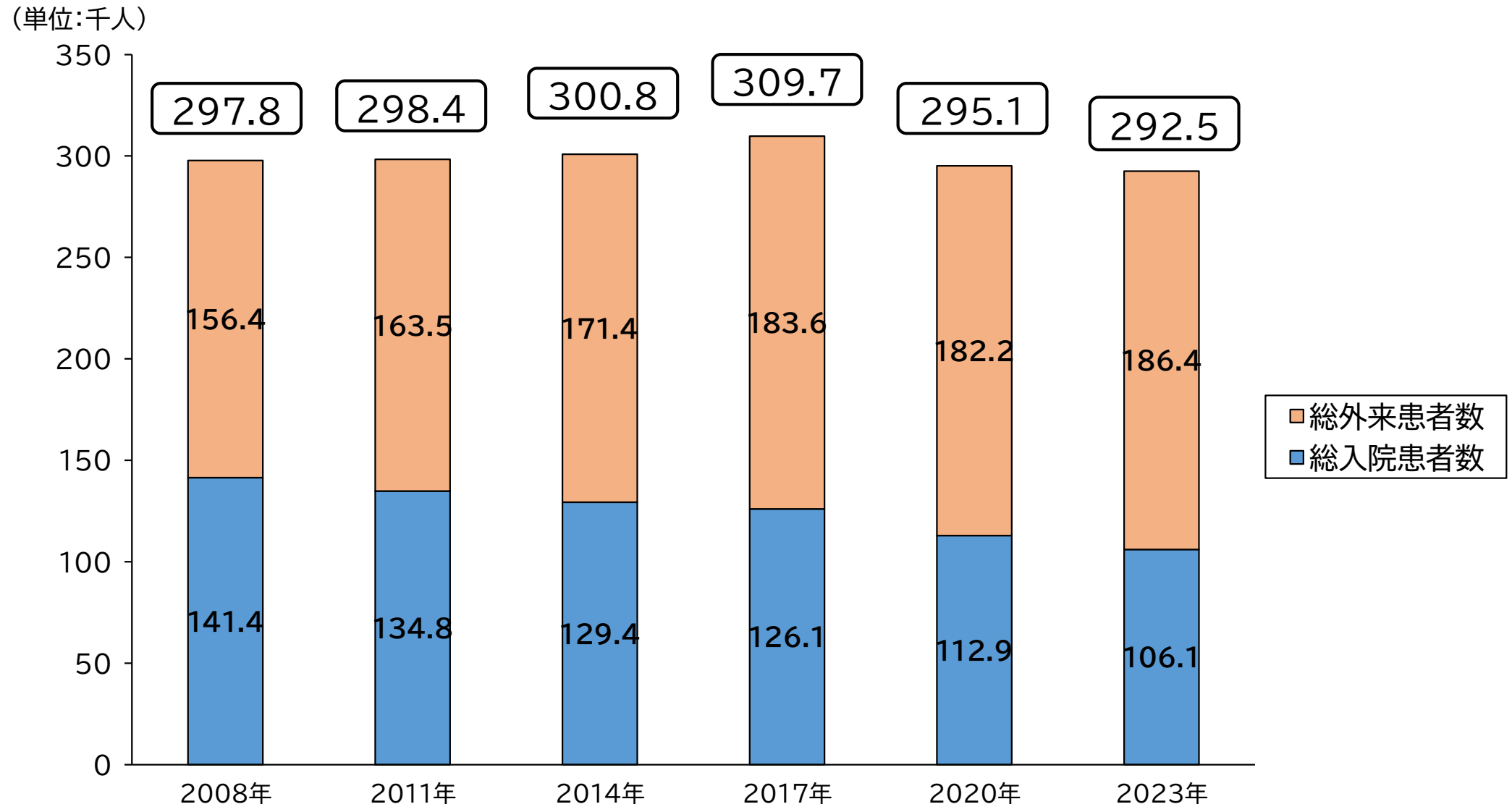
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

全国のがんの推計患者数の推移

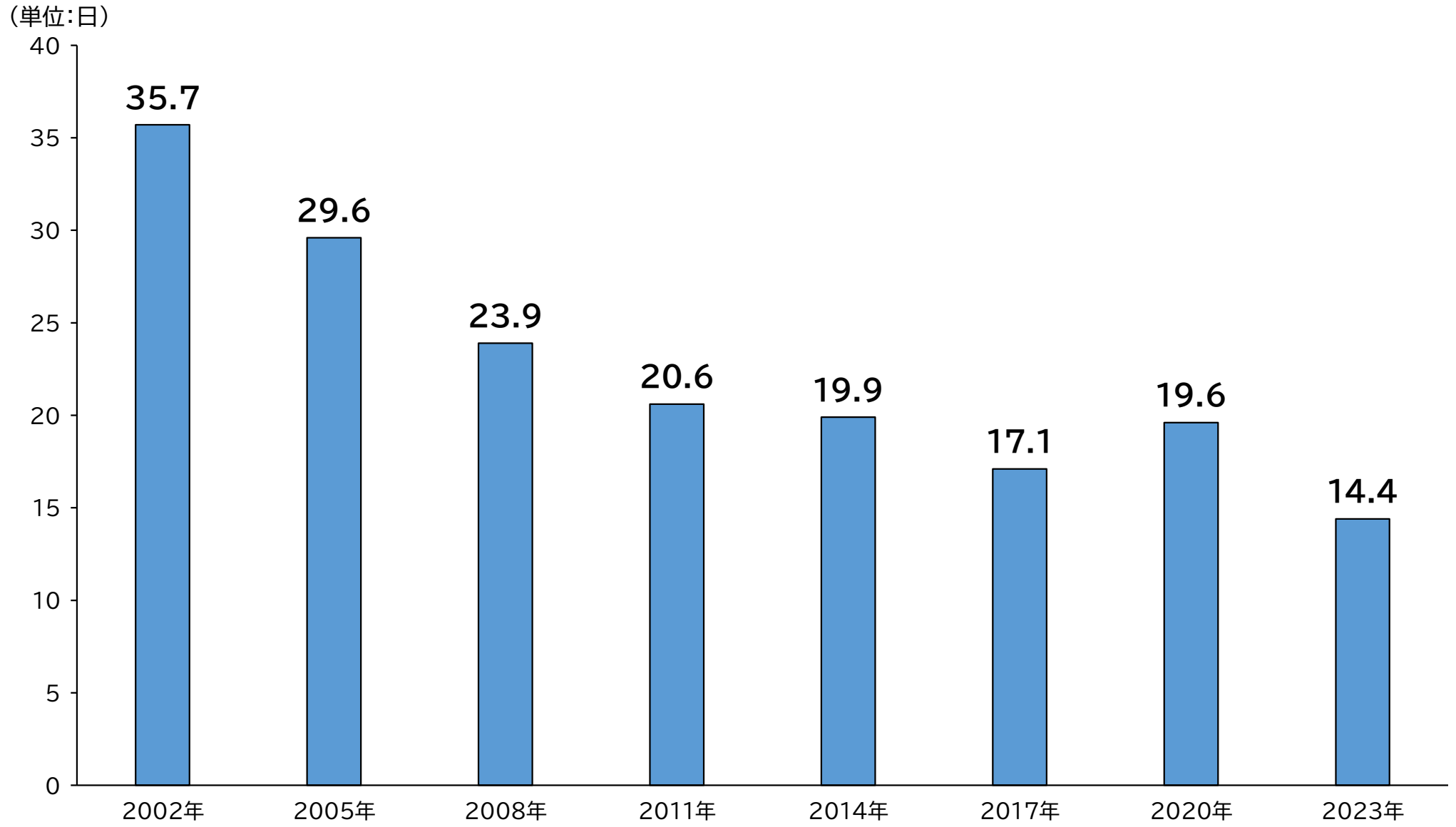
- 全国のがんの推計患者数※の推移をみると、推計入院患者数は減少しており、推計外来患者数は増加している。



※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数
出典:「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの退院患者の平均在院日数の推移

- 全国のがんの退院患者の平均在院日数※は概ね短縮傾向にある。



※調査対象期間中（9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均
出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

三大療法需要の推計※について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数に対する三大療法需要(全国)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別(0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)の三大療法の実施割合の推移(2016年～2023年)から線形予測した将来の三大療法の実施割合

- がん罹患者数に対する三大療法需要(都道府県単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別(0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)の三大療法の実施割合の推移(2016年～2023年)から線形予測した将来の三大療法の実施割合

- がん罹患者数に対する三大療法需要(二次医療圏単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別(0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)の三大療法の実施割合の推移(2016年～2023年)から線形予測した将来の三大療法の実施割合

※三大療法の実施割合の将来推計を実施するにあたり、より多くのデータポイントを有し、かつ直近までの数値が収集されている院内がん登録のデータを採用した。院内がん登録に2016年から2023年の期間継続的に参加している696施設の自施設初回治療開始例を対象に、三大療法の実施割合の推移を算出し、将来も現状の推移が一定であると仮定した上で線形予測して算出した将来の三大療法の実施割合を用いて推計を実施した。あくまでも機械的推計であることに留意。

がん患者における年齢階級別の初期治療実施割合※1

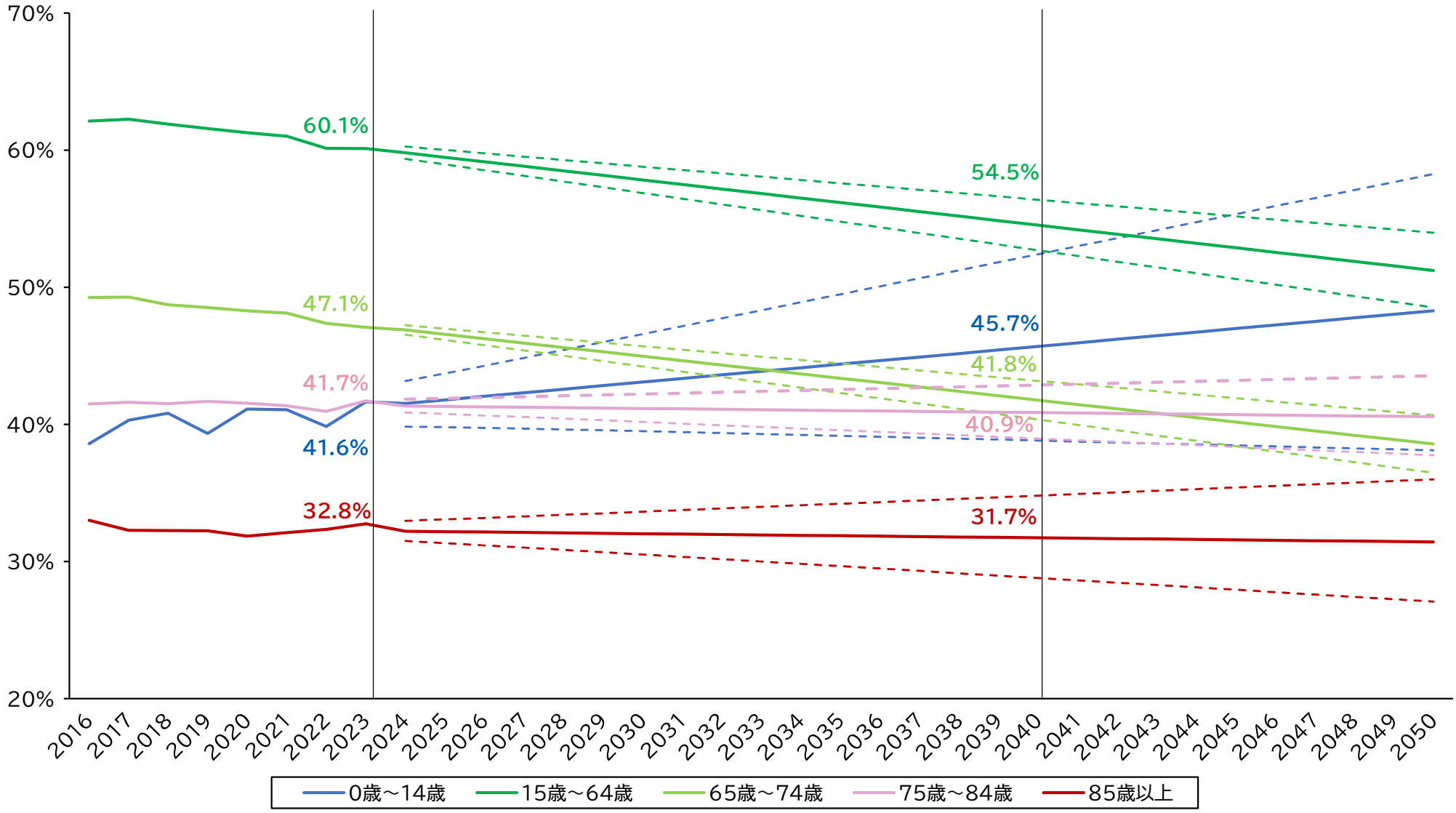
- 85歳以上のがん患者において、手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合はいずれも低下する。（がん診療連携拠点病院等を中心とした院内がん登録実施施設を対象としていることに留意。）

がん患者における年齢階級別の治療実施割合（2022年診断症例）

	手術療法※2	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 (N=2,865)	40.0%	62.5%	9.9%
15歳～64歳 (N= 343,748)	60.1%	35.6%	11.4%
65歳～74歳 (N= 333,606)	47.2%	34.6%	9.9%
75歳～84歳 (N= 333,313)	40.8%	26.2%	8.8%
85歳～ (N= 107,377)	31.8%	11.6%	7.3%

※1 がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。そのため、各治療方法実施割合を合計した場合100%を超えることがある。
また、治療実施割合には、院内がん登録における初回治療（最初の診断に引き続き行われた治療、症状が進行・再発したりするまで、あるいはおよそ4か月以内に施行された治療）が含まれる。
※2 手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた割合を記載。
出典：2022年診断例の院内がん登録情報を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成。

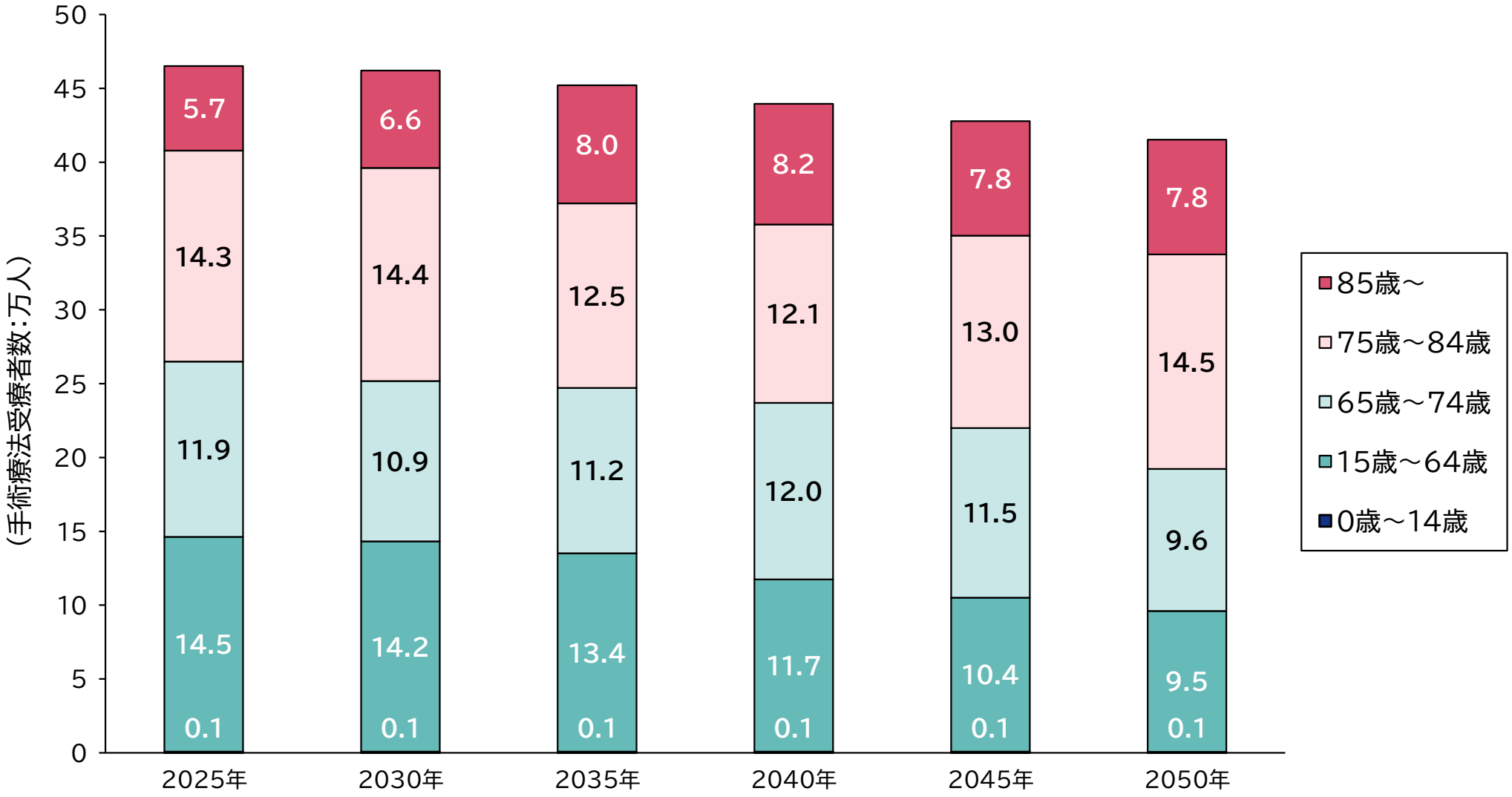
がん患者における手術療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の手術療法実施割合と2040年の手術療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計。手術療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 手術療法を受療する患者数※は減少することが見込まれる。

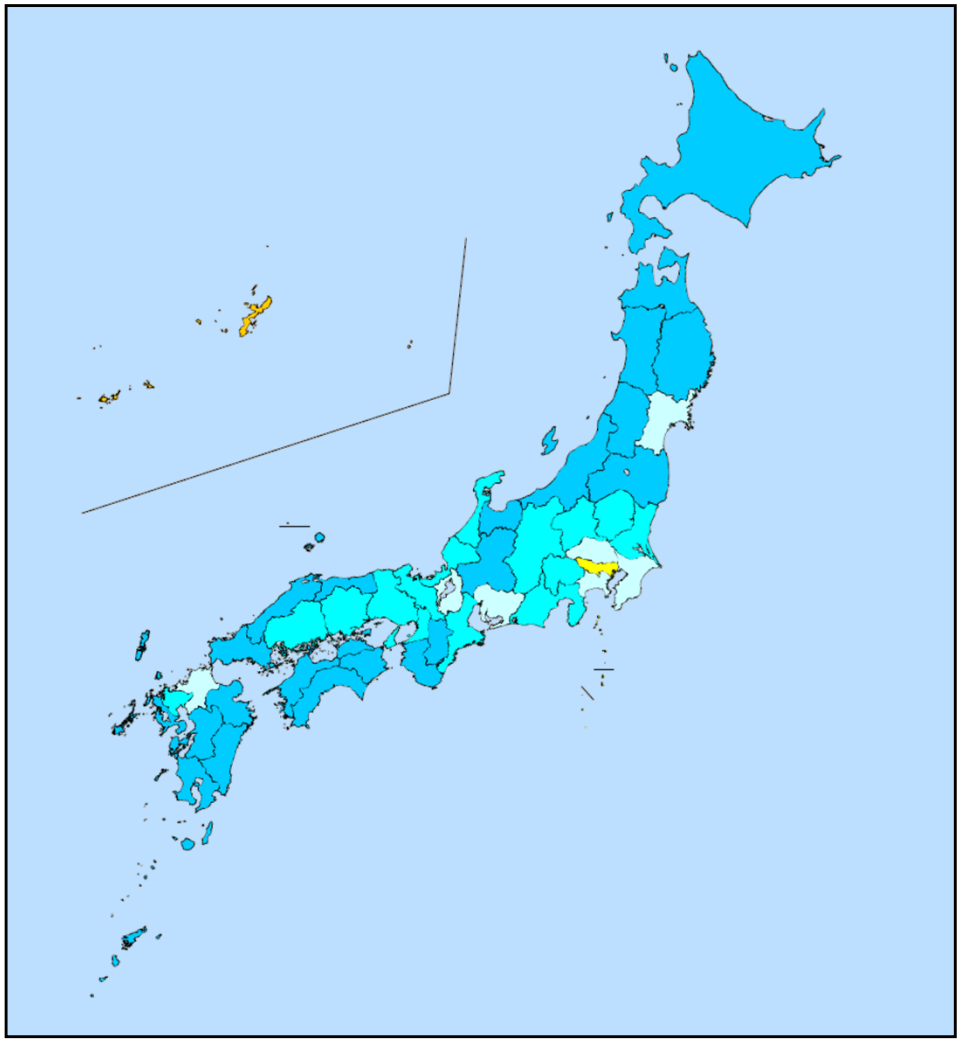


※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の手術療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の手術療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として手術療法を実施した患者数であることに留意。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計（都道府県単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、2都県で増加する一方で、45道府県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における手術療法需要の変化率（都道府県単位）



+5%～+10%
- 沖縄県

+0%～+5%
- 東京都

-5%～0%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県、宮城県、福岡県

-10%～-5%
- 大阪府、兵庫県、京都府、栃木県、群馬県、茨城県、石川県、長野県、静岡県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、佐賀県、福井県

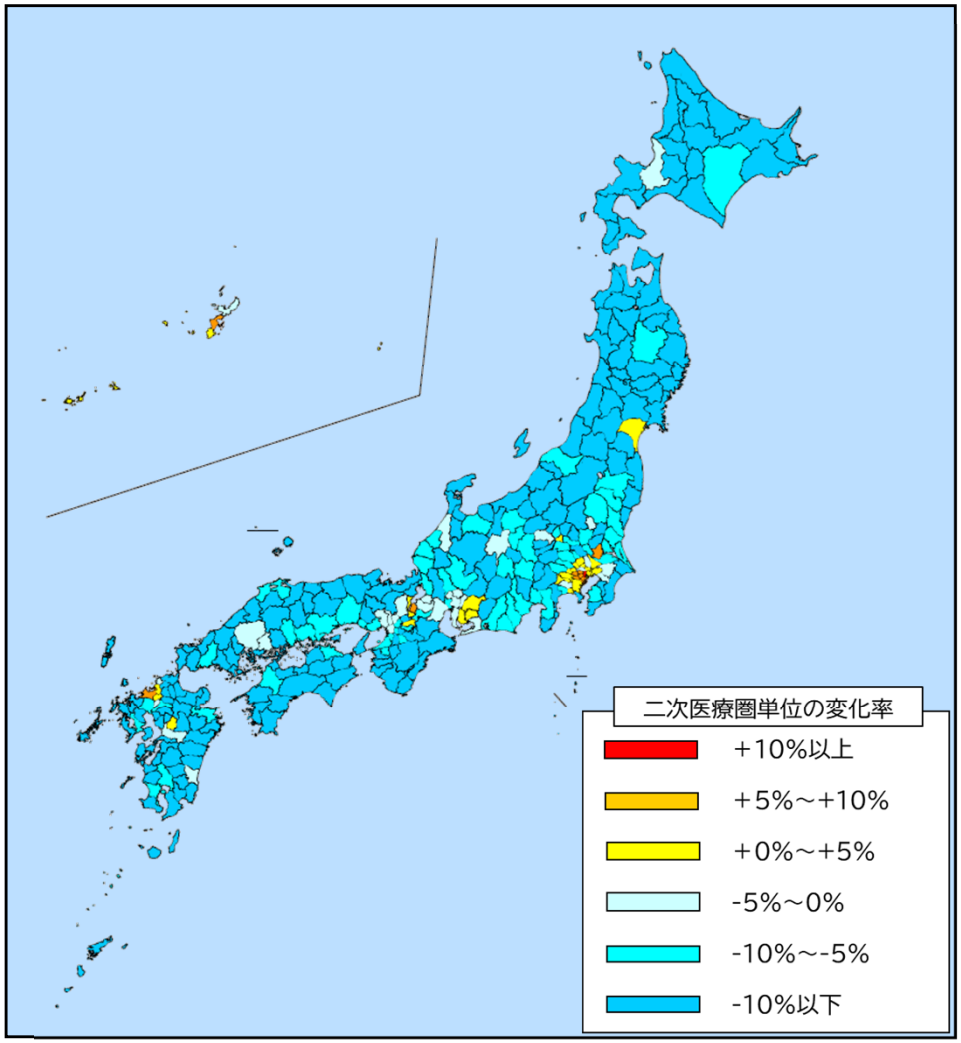
-10%以下
- 岐阜県、熊本県、北海道、福島県、奈良県、香川県、富山県、鹿児島県、鳥取県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、島根県、山形県、和歌山県、長崎県、徳島県、岩手県、青森県、山口県、高知県、秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

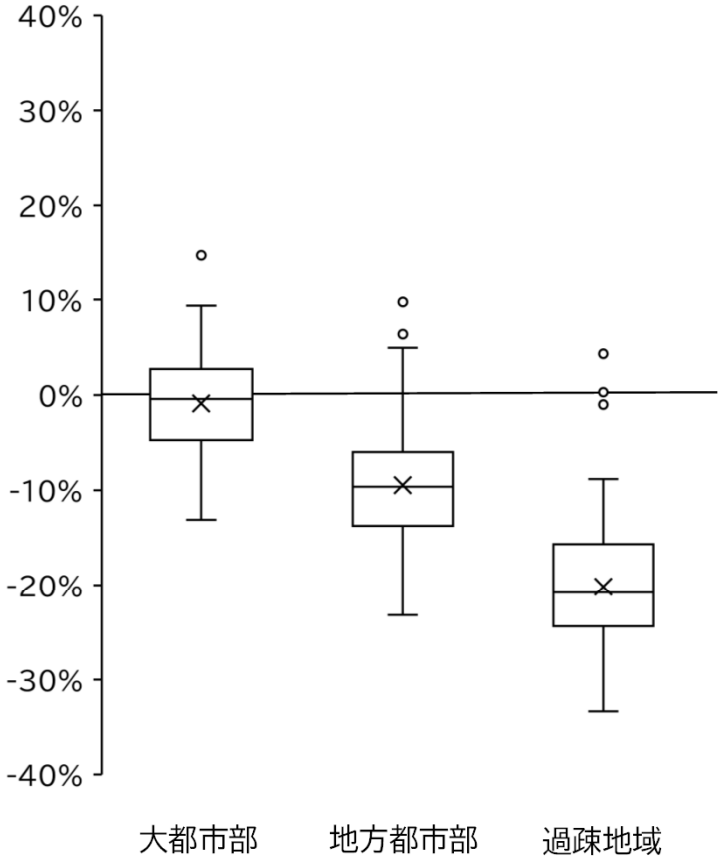
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の54%、地方都市部の92%、過疎地域の98%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率

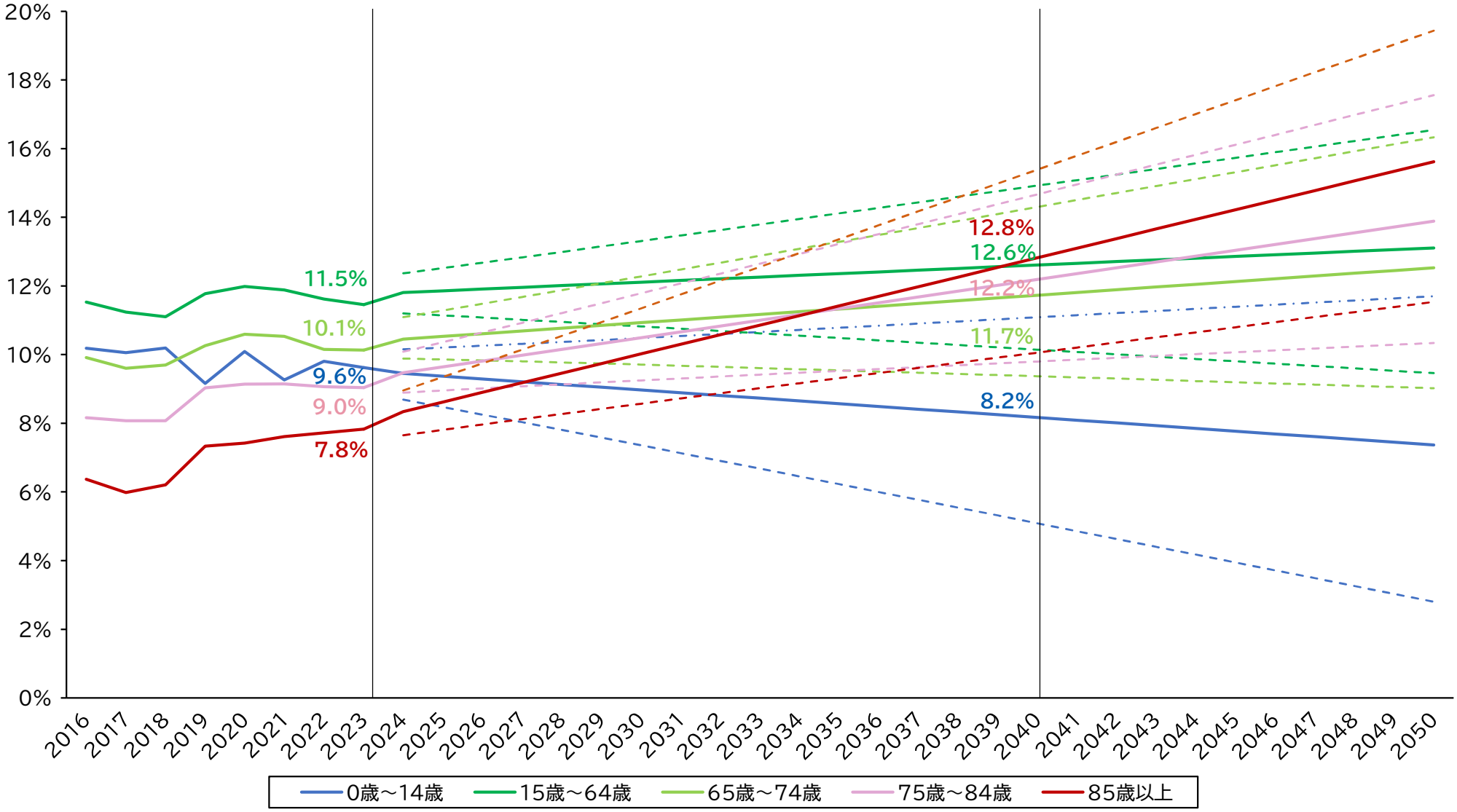


2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における手術療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

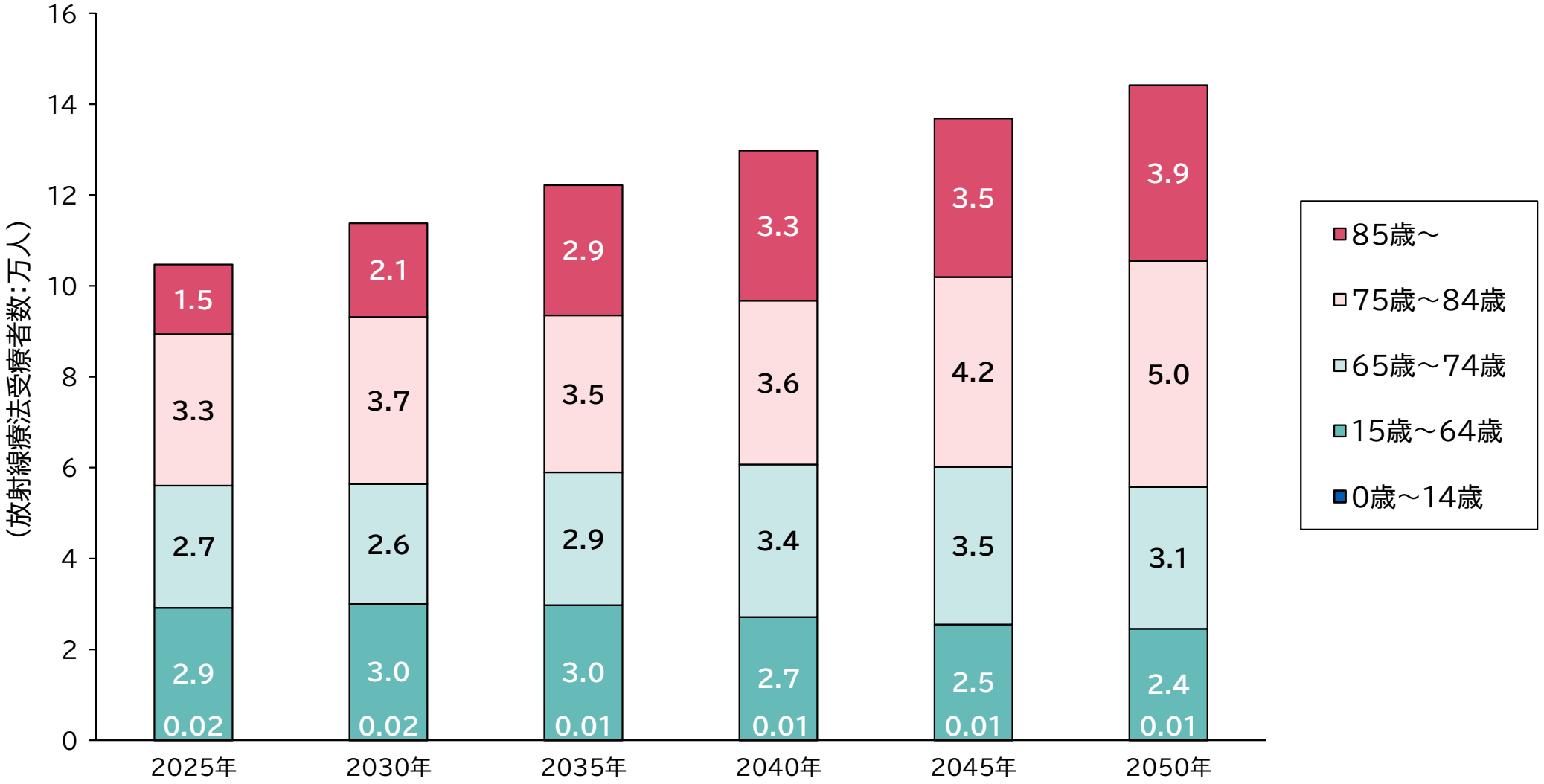
がん患者における放射線療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の放射線療法実施割合と2040年の放射線療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 放射線療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。

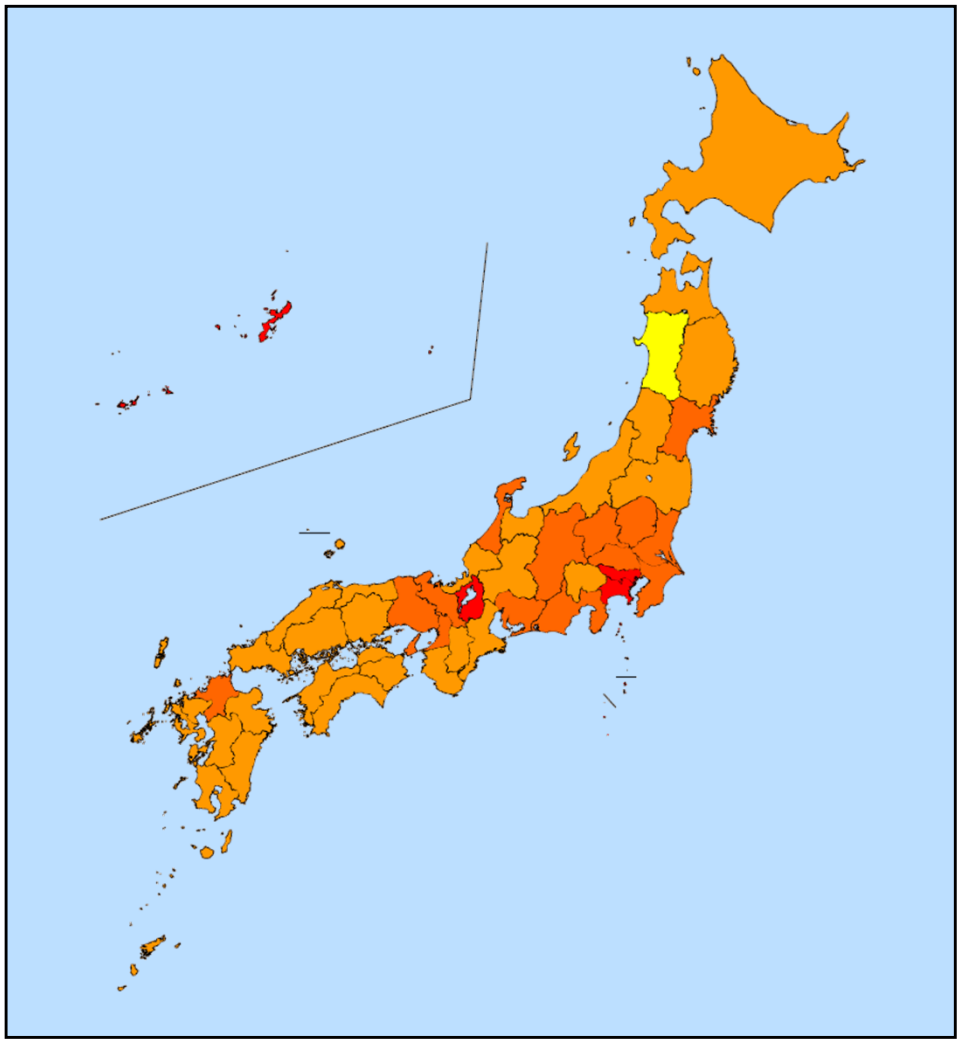


※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の放射線療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の放射線療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として放射線療法を実施した患者数であることに留意
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計（都道府県単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における放射線療法需要の変化率（都道府県単位）



＋30%以上
- 沖縄県、東京都、滋賀県、神奈川県

＋20%～+30%
- 愛知県、埼玉県、千葉県、福岡県、宮城県、兵庫県、大阪府、京都府、栃木県、群馬県、石川県、茨城県、長野県、静岡県

+10%～+20%
- 佐賀県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、福井県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、富山県、鹿児島県、宮崎県、鳥取県、香川県、大分県、愛媛県、新潟県、長崎県、山形県、和歌山県、島根県、徳島県、岩手県、山口県、青森県、高知県

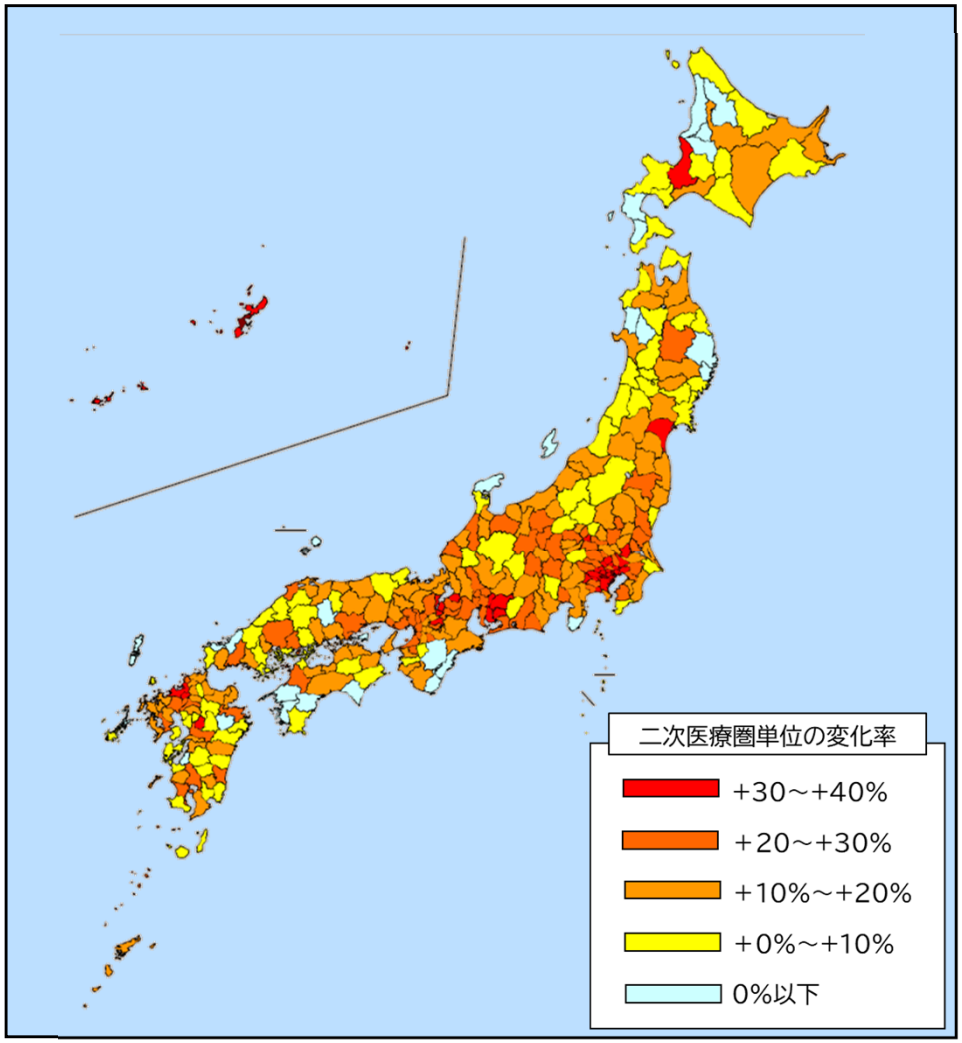
+0%～+10%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

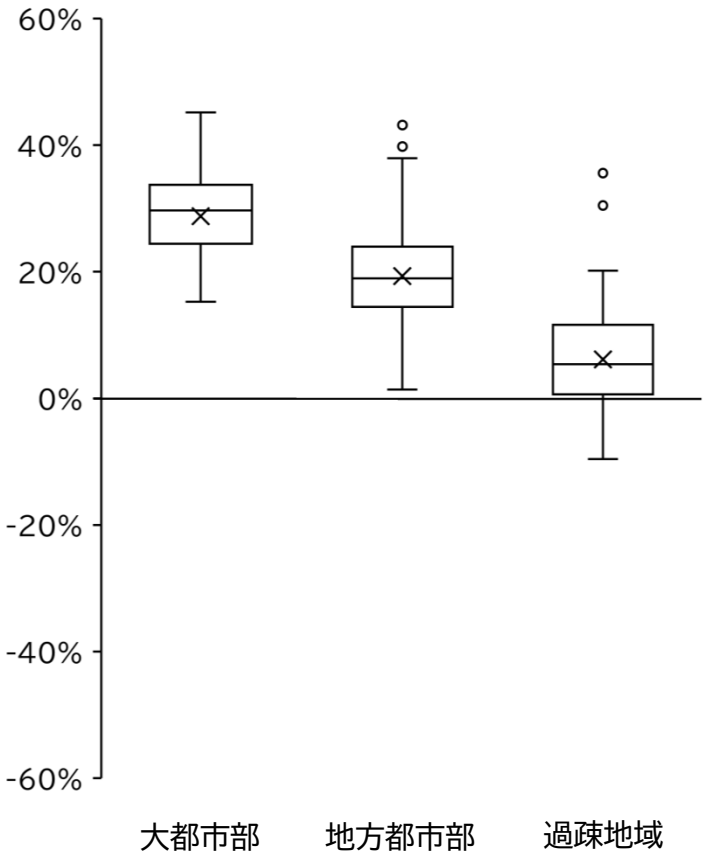
がん患者における放射線療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、過疎地域の22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の放射線療法需要の変化率

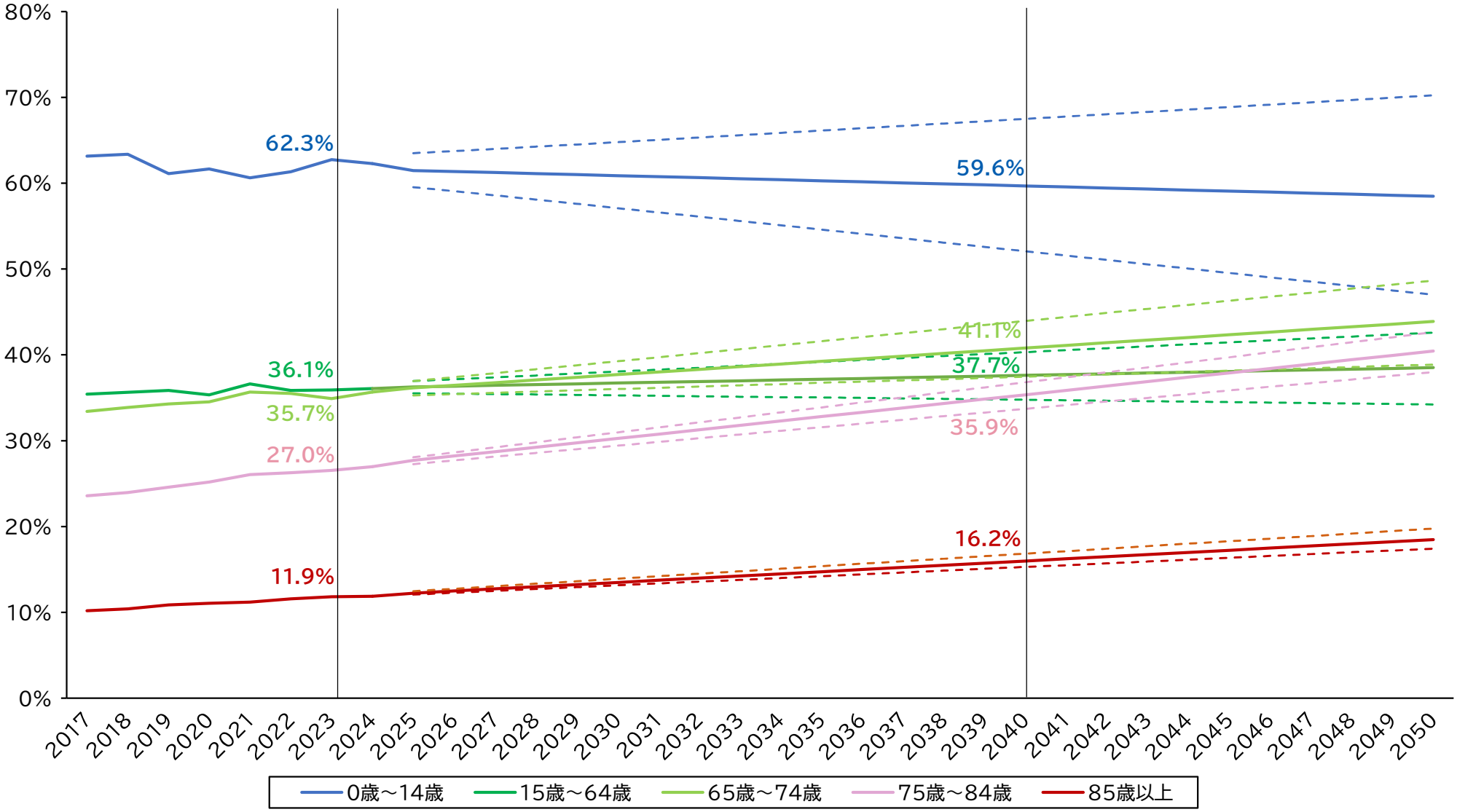


2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における放射線療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

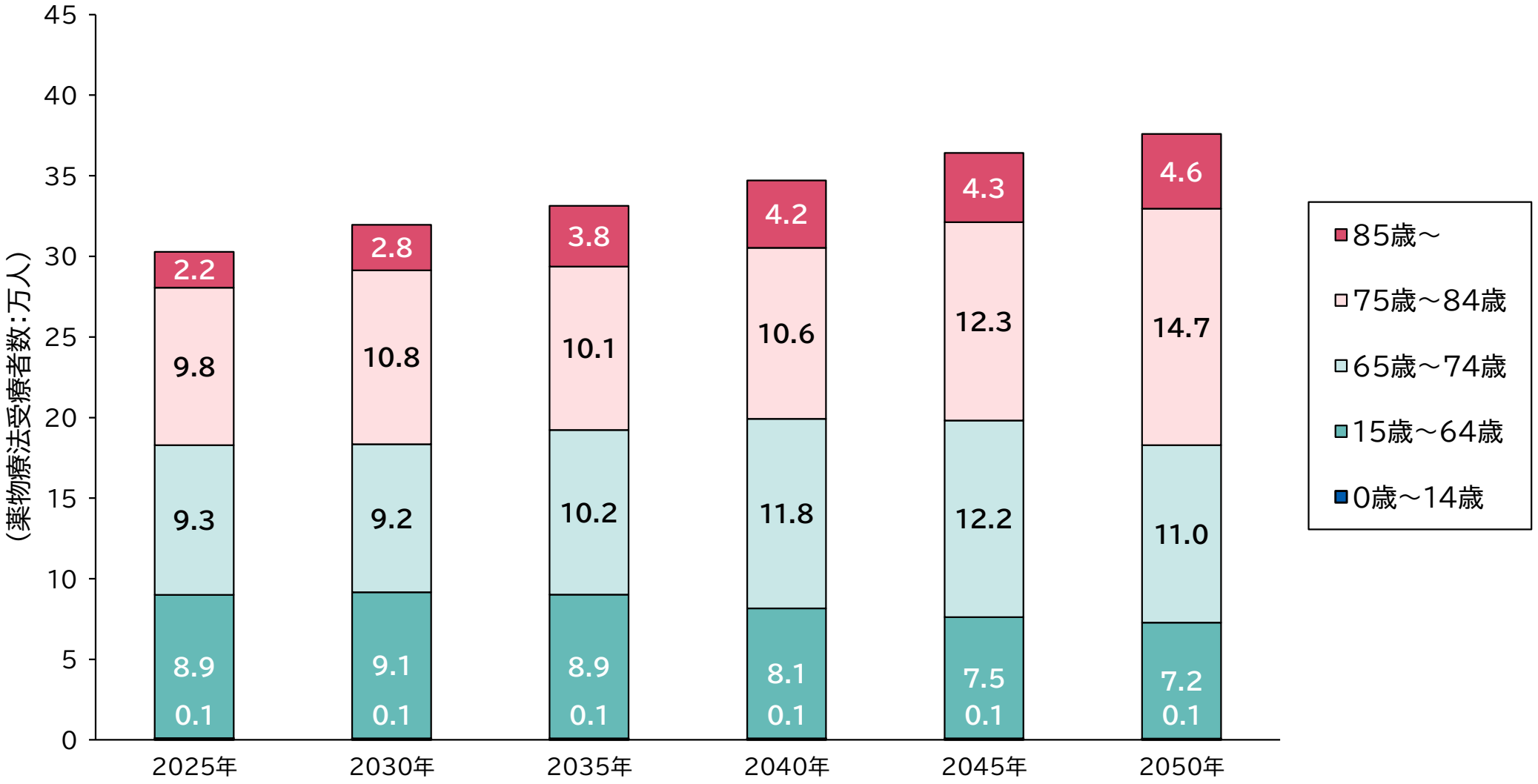
がん患者における薬物療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の化学療法実施割合と2040年の化学療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した化学療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 薬物療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。



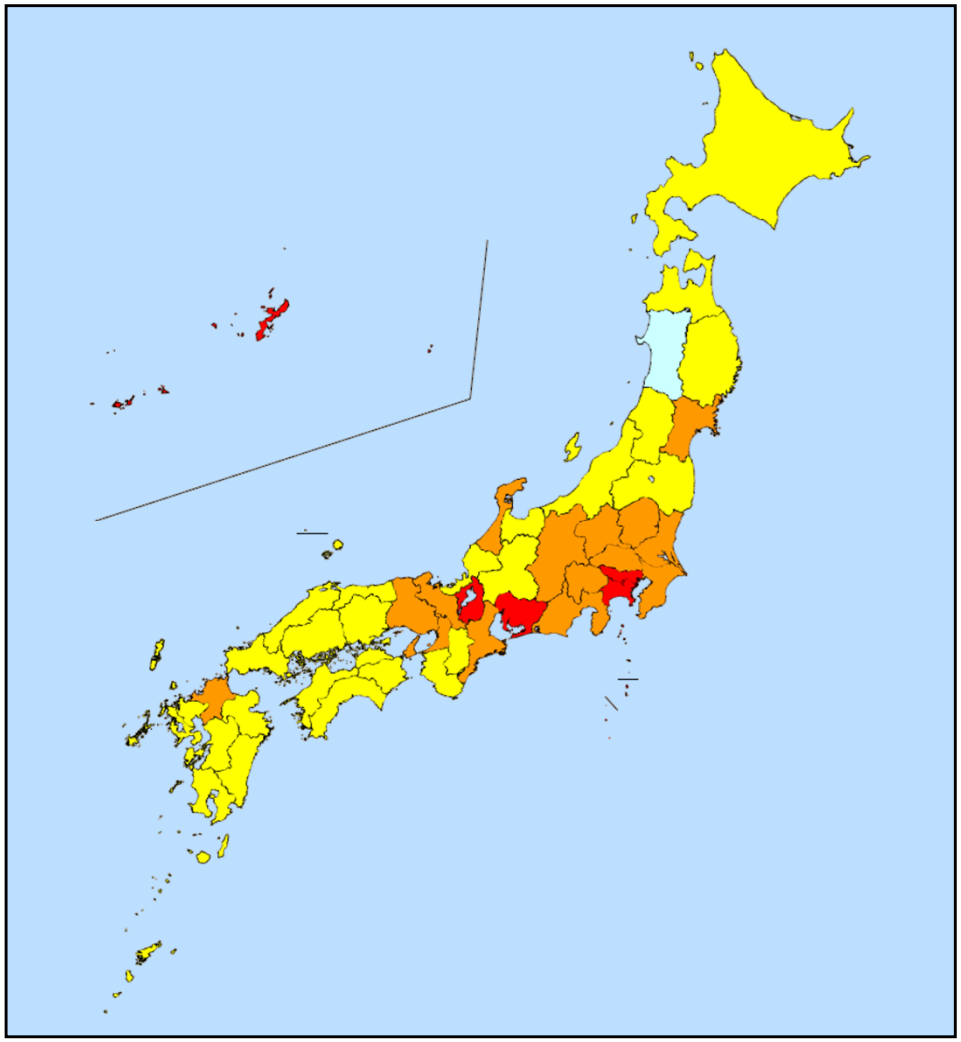
※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の化学療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の化学療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として化学療法を実施した患者数であることに留意

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計（都道府県単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、46都道府県で増加する一方で、1県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における薬物療法需要の変化率（都道府県単位）



＋20%以上
- 東京都、沖縄県、神奈川県、愛知県、滋賀県

＋10%～＋20%
- 埼玉県、千葉県、宮城県、大阪府、福岡県、兵庫県、京都府、群馬県、長野県、石川県、静岡県、栃木県、茨城県、三重県、山梨県

0%～+10%
- 広島県、岡山県、福井県、岐阜県、佐賀県、北海道、奈良県、熊本県、富山県、福島県、香川県、鳥取県、鹿児島県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、和歌山県、島根県、山形県、岩手県、長崎県、徳島県、青森県、山口県、高知県

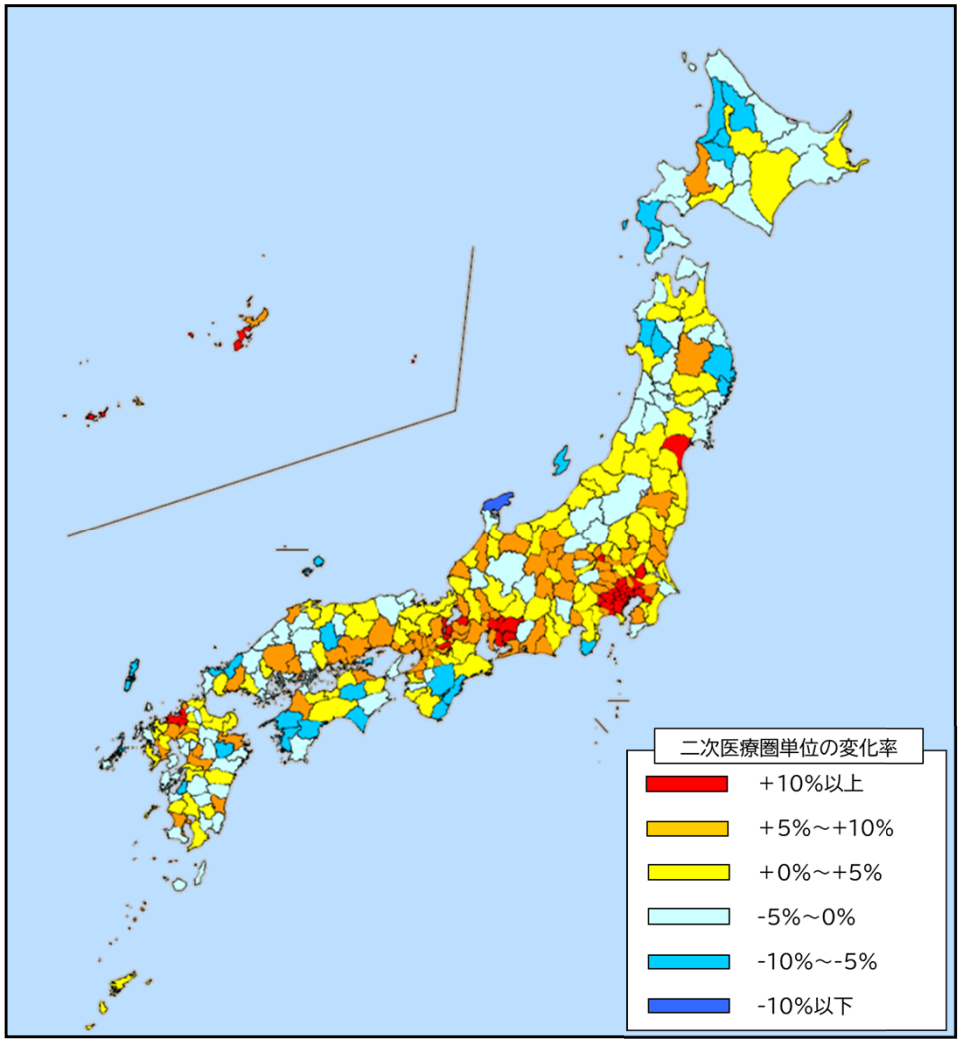
-10%～0%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

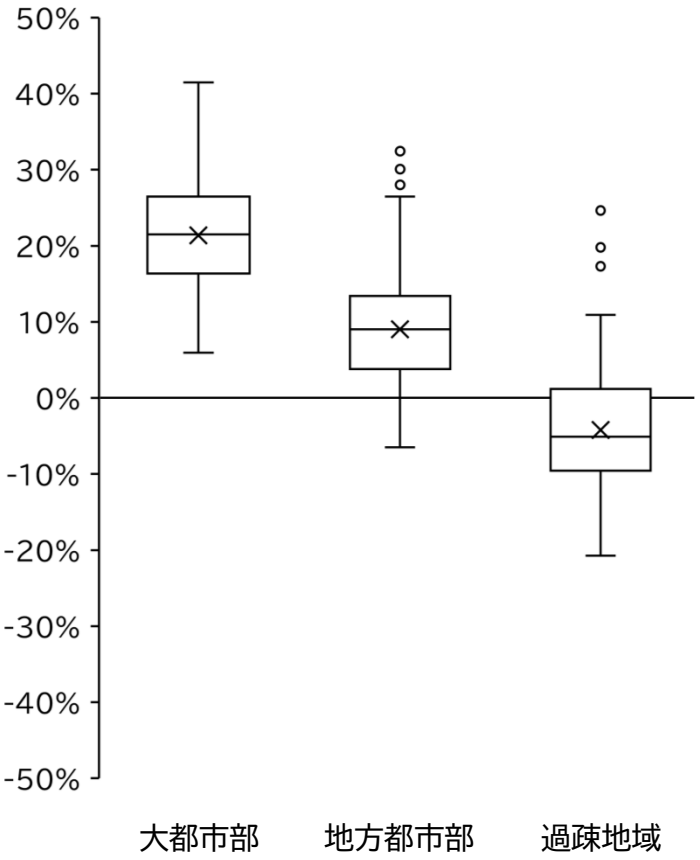
がん患者における薬物療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の88%で需要が増加する一方で、過疎地域の70%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の薬物療法需要の変化率



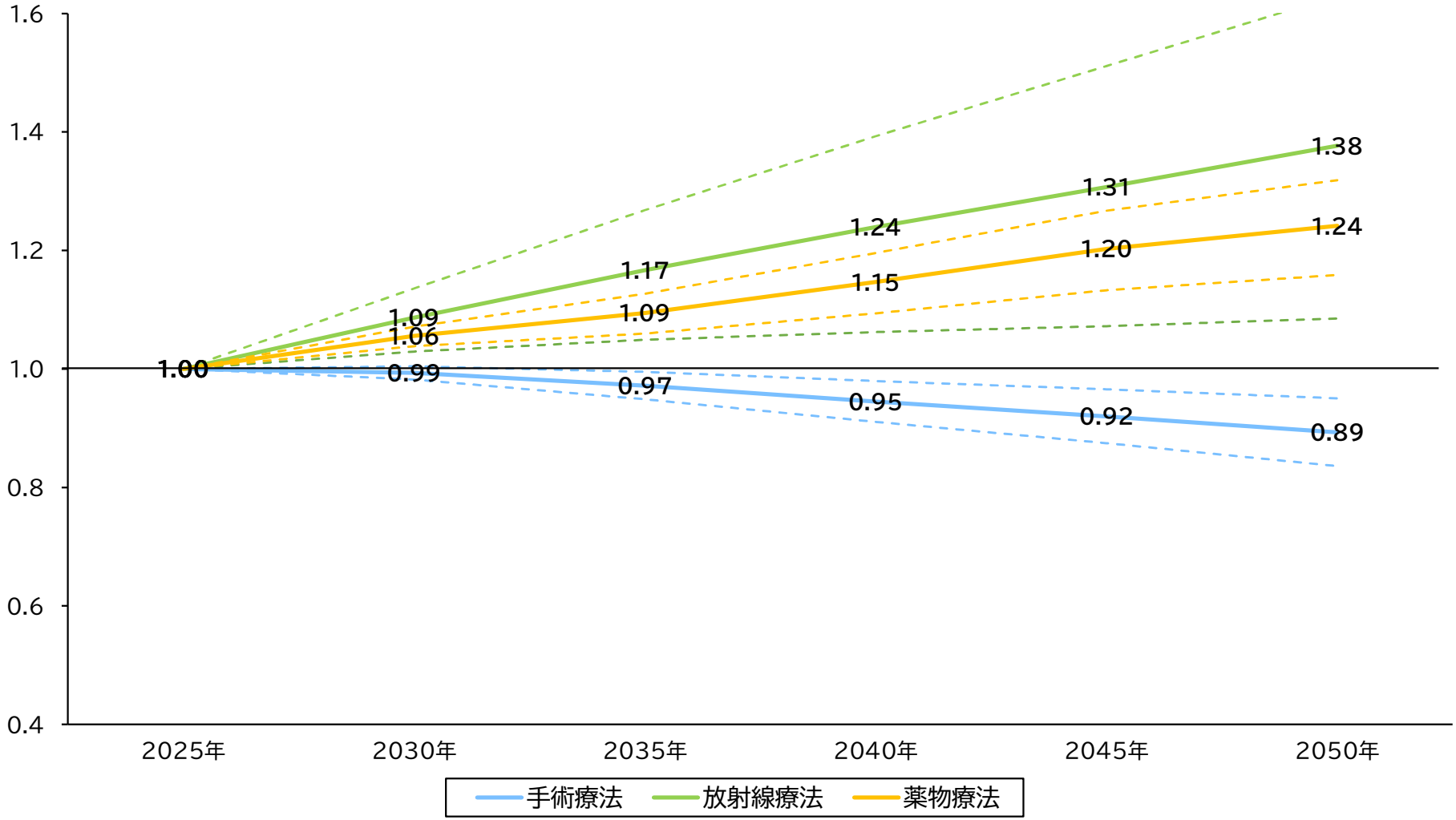
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における薬物療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における三大療法の需要推計（全国）

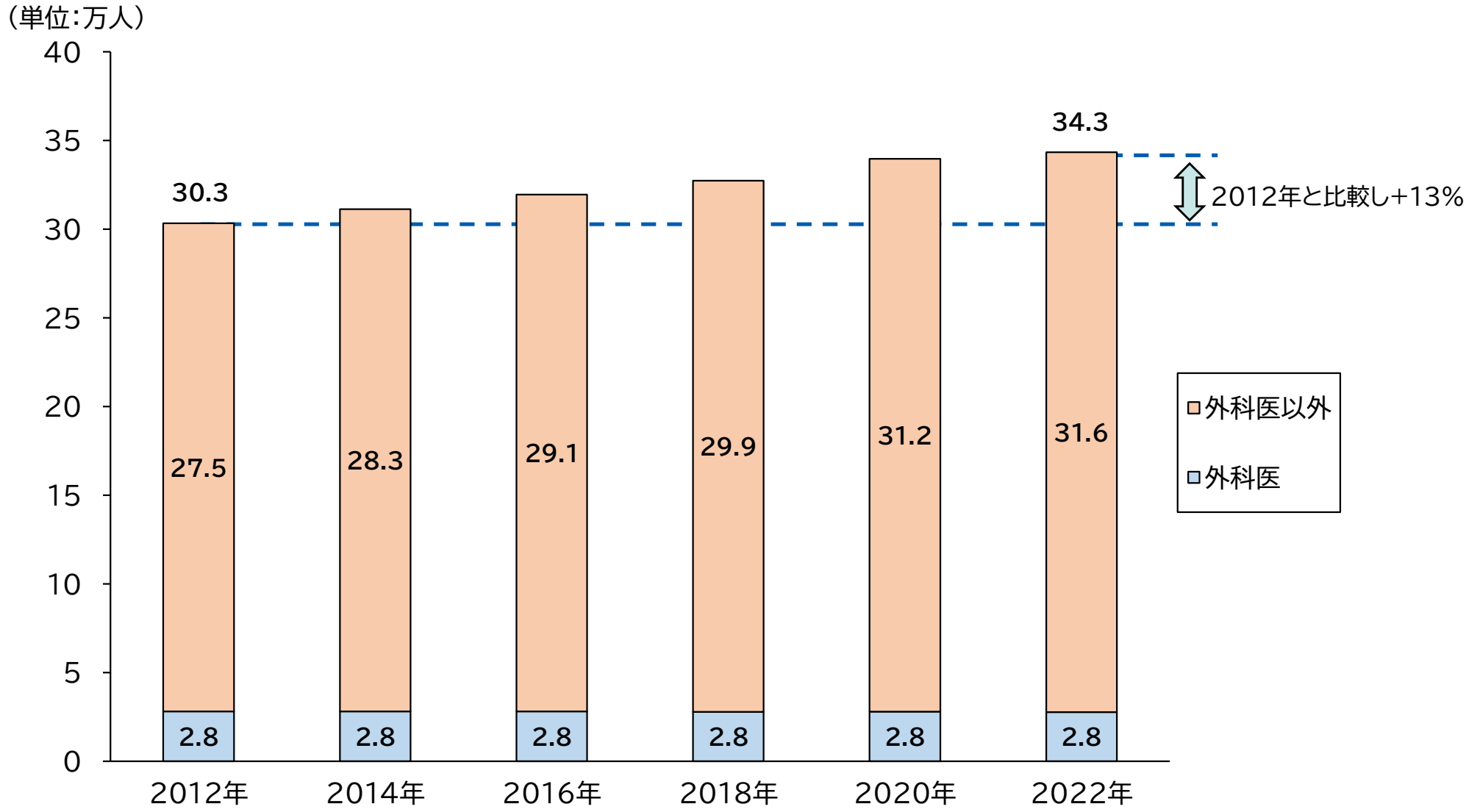
- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

医師数の推移

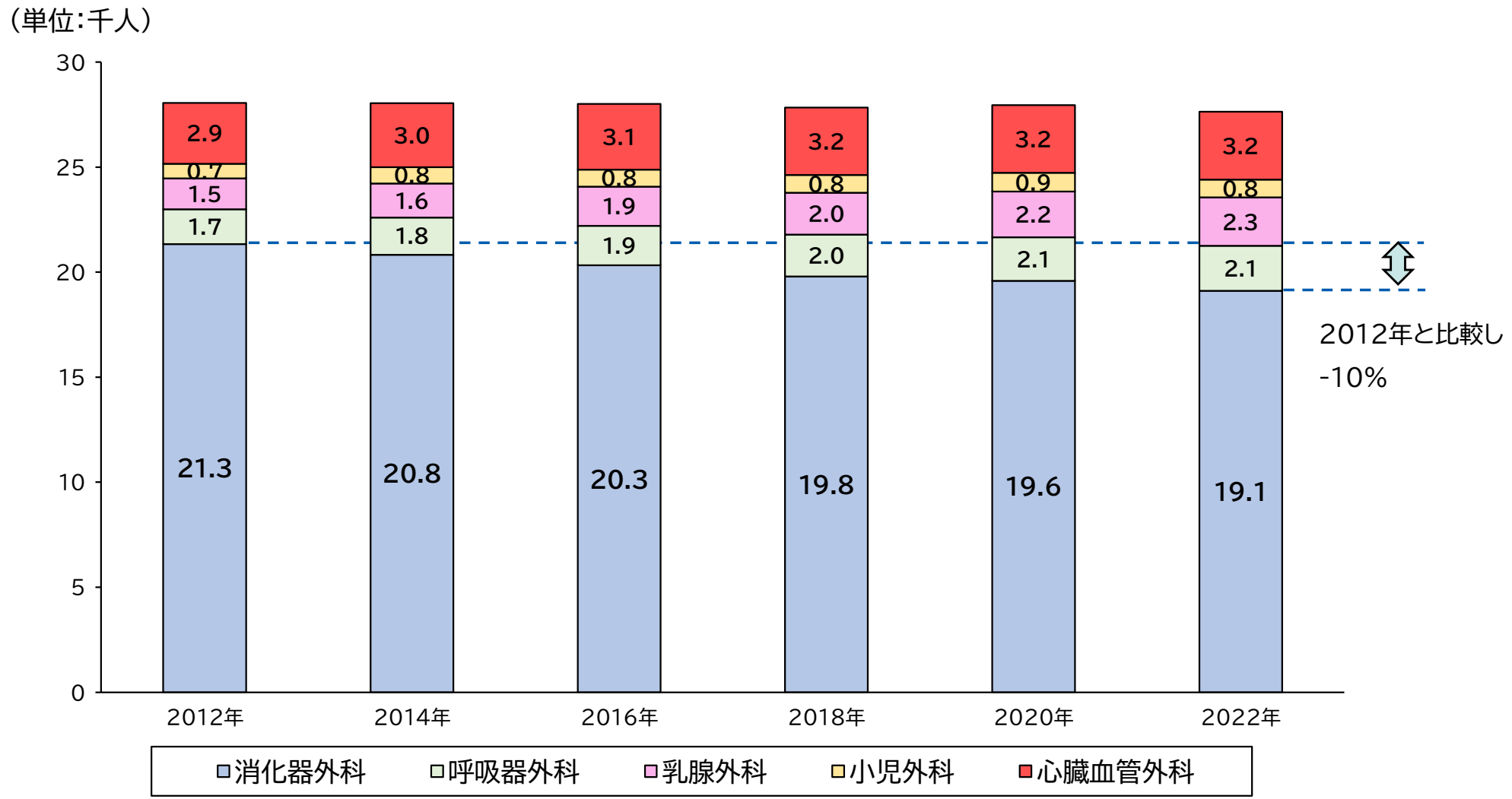
- 医師の総数が2022年時点で34.3万人（2012年時点で30.3万人）と、過去10年間に13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去10年間ほぼ変化していない。



※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 外科のうち、消化器外科医数※は、2022年時点で約1.9万人（2012年時点で約2.1万人）と、過去10年間で10%減少している。



※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

医師の働き方改革

第1回 勤務医に対する情報発信に関する作業部会
令和3年11月15日
資料1

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】	病院常勤勤務医の約４割が年960時間超、約１割が年1,860時間超の時間外・休日労働
	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
【労務管理が不十分】	36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
【業務が医師に集中】	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

＋

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- **医療施設の最適配置の推進**（地域医療構想・外来機能の明確化）
- **地域間・診療科間の医師偏在の是正**
- **国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- **適切な労務管理の推進**
- **タスクシフト/シェアの推進**（業務範囲の拡大・明確化）
  → **一部、法改正で対応**

＜行政による支援＞
- 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- 経営層の意識改革（講習会等）
- 医師への周知啓発　等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）　法改正で対応

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を**作成**
↓
評価センターが**評価**
↓
都道府県知事が**指定**
↓
医療機関が計画に基づく取組を**実施**

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）			
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2 （高度技能の修得研修）	497		

医師の健康確保

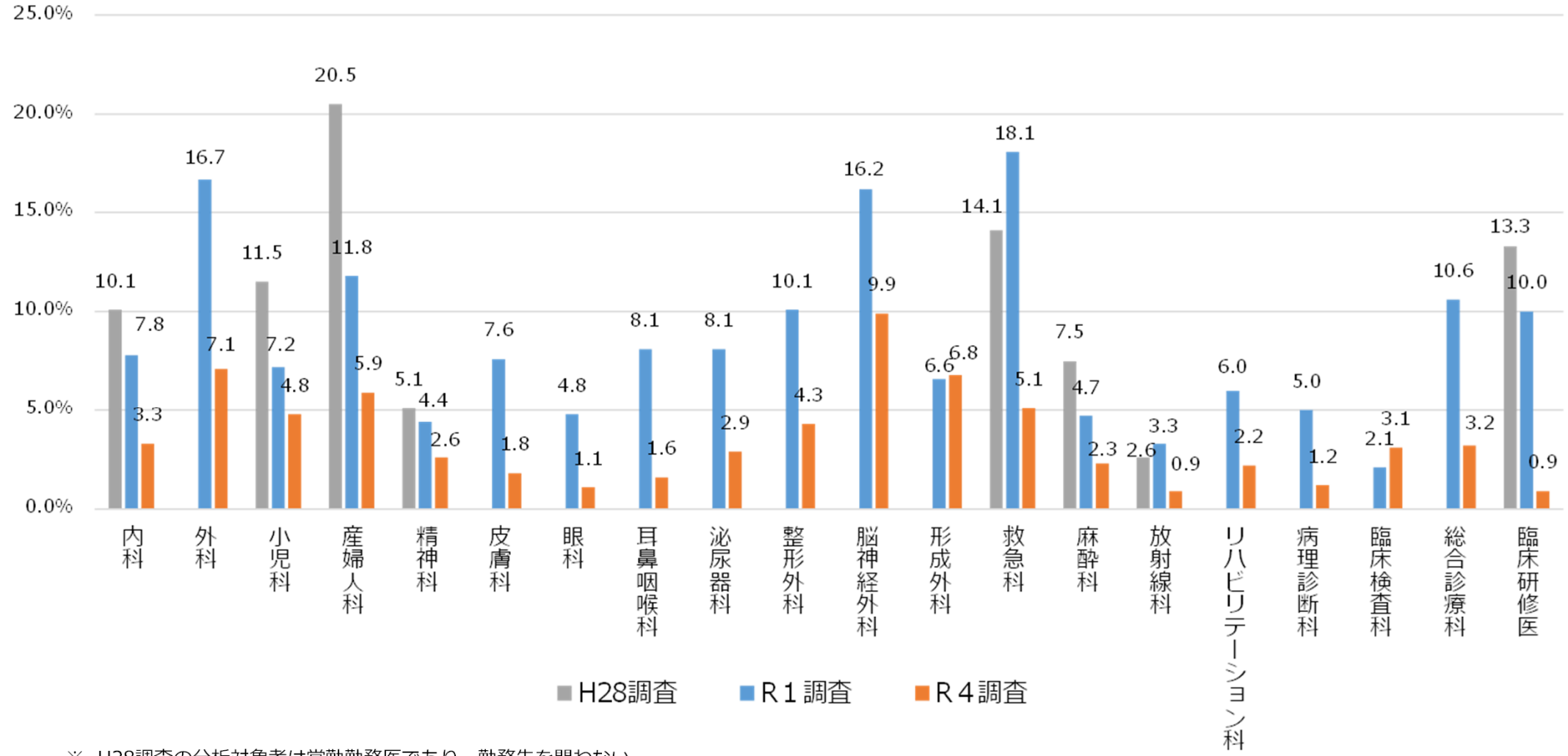
面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R１調査、今回調査（R４調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

○ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

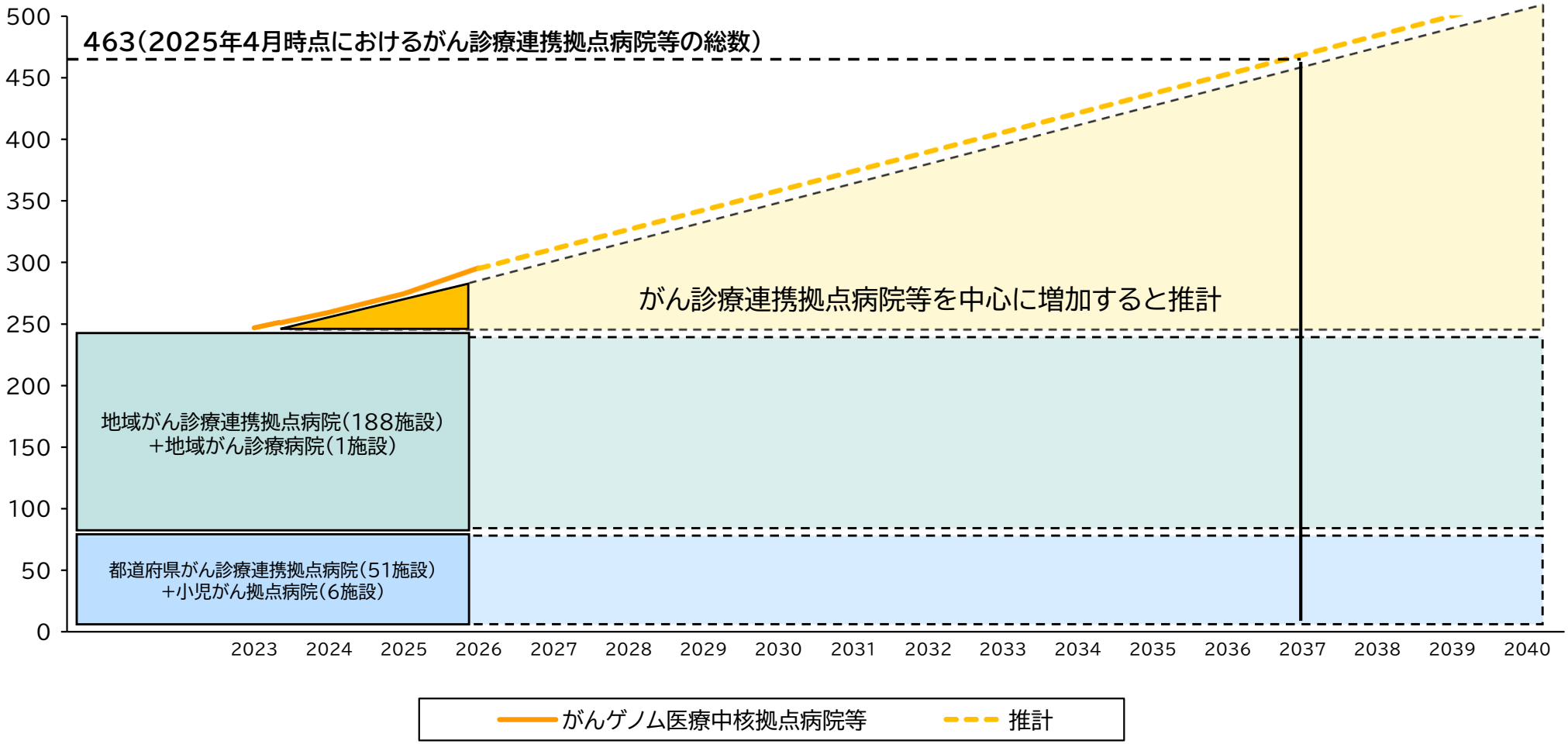


※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
※ R１調査、R４調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
※ R１調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

498

がんゲノム医療提供体制の将来推計

- 全てのがん診療連携拠点病院等でがんゲノム医療を提供できるまでには今後12年程度を要すると見込まれる。※



※2023年から2025年までのがんゲノム医療中核拠点病院等の新規指定施設数の推移から線形推計499と、2025年6月現在の282施設から、がん診療連携拠点拠点病院等を網羅する約460施設に拡大するまで、2037年頃まで要することが見込まれる。

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

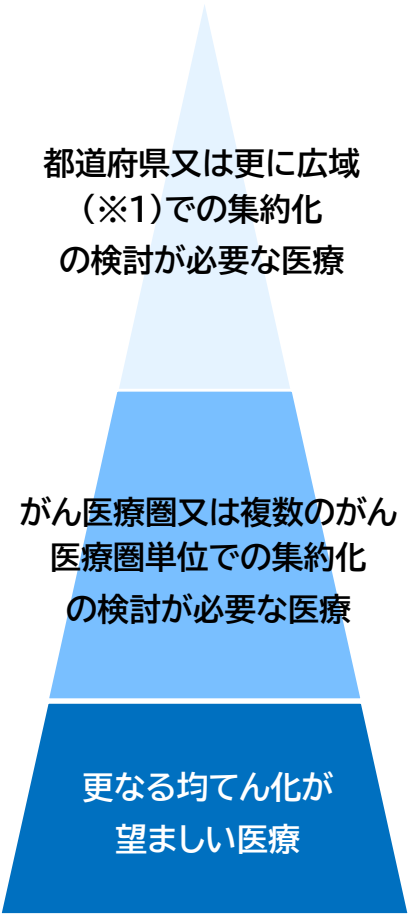
2．参考資料

500

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	**（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

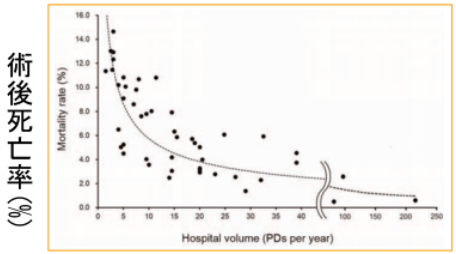
集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

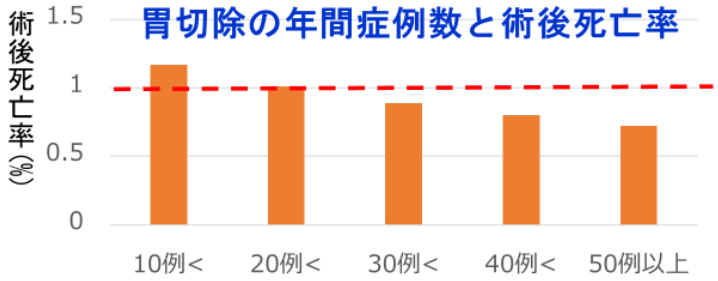
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3　改変

日本消化器外科学会　**※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術**

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
–集約化によって見込まれる短期成績の向上–



Hata T, et al. Ann Surg 2016.

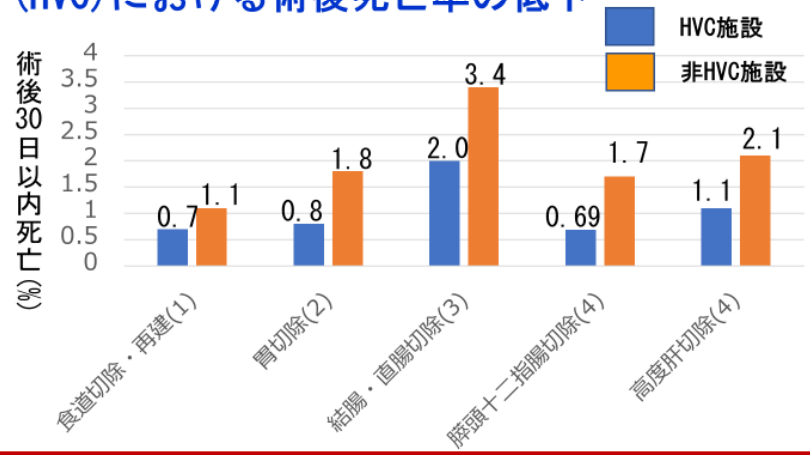


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



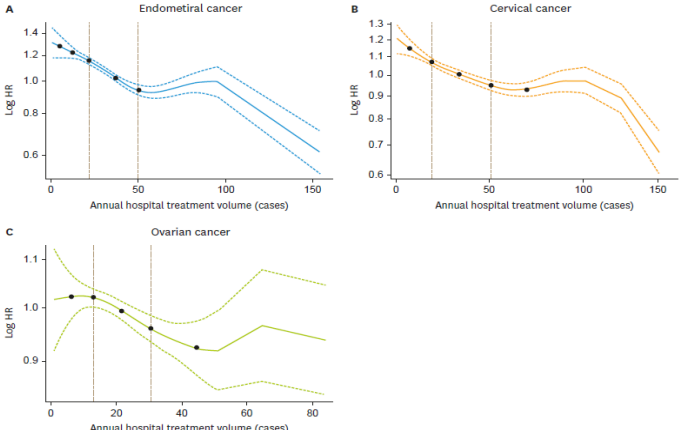
消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

49

出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

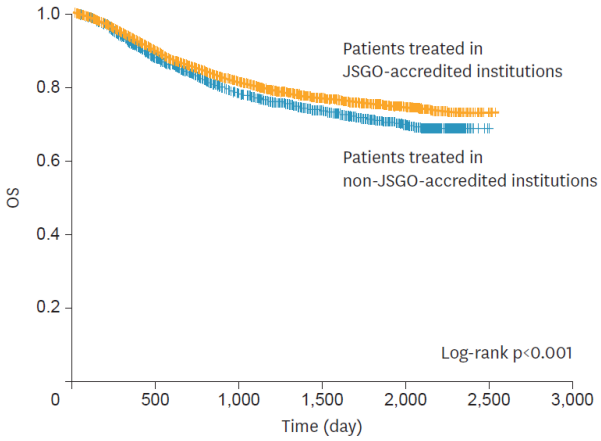
婦人科の手術に関する集約化と均てん化

代表的な婦人科がんの成績と施設規模



Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3

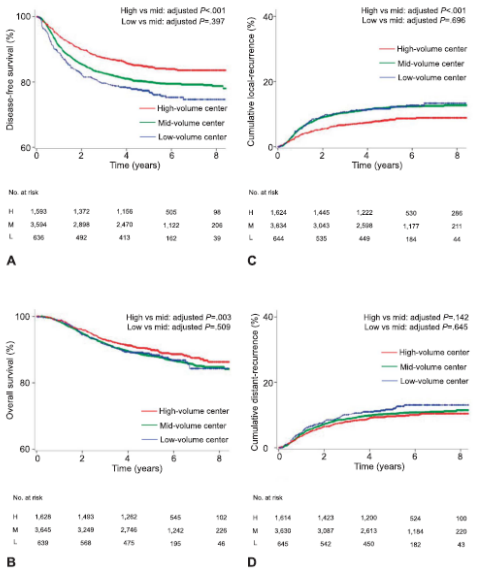
学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



Mikami M, et al. J Gynecol Oncol 2018; 29:e22

婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する。
しかしながら、産婦人科医はがんの手術のみならず、出産や多数の子宮筋腫の手術など、がん診療に加えて、多岐にわたる診療に関わっているため、がんの手術の集約化にはがん診療以外の診療に与える影響をも検討する必要がある。

高難度手術の成績と施設規模



Matsuo K, et al. Obstet Gynecol. 2019;133:1086-98.

- **子宮体癌・子宮頸癌・卵巣癌のいずれも、施設の規模が大きくなるほど治療成績は良くなる。（日本産科婦人科学会の全国レジストリー研究）**
- **高難度手術である広汎子宮全摘術後の予後は、施設の規模が大きく影響し、規模の大きい施設程有意に良好。**
- **子宮頸癌の予後は、日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設では、非認定施設に比べて有意に良好。**

日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設は全国２９７施設が認定されており、各都道府県に最低１つは配置されている。婦人科浸潤がん症例の手術症例数（過去3 年間の平均症例数が年40 症例程度）の他、婦人科腫瘍指導医や放射線治療専門医、病理専門医の配置など集学的治療が行える体制が整っている施設が認定されている。

503

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

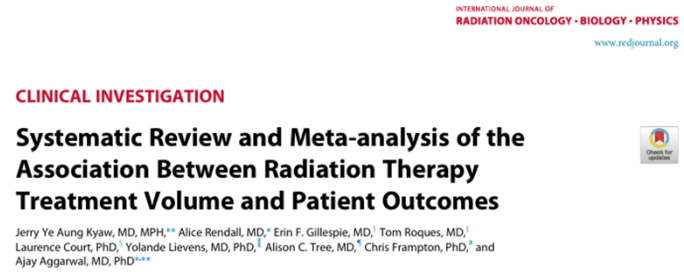
症例数の多い施設(HVRF)と少ない施設(LVRF)で根治的放射線治療を受けた患者のアウトカムを比較した研究を系統的レビューとメタアナリシスで分析

対象疾患：頭頸部がん(HNC)の7研究、子宮頸がん4研究、前立腺がん4研究、膀胱がん3研究、肺がん2研究、肛門がん2研究、食道がん、脳腫瘍、肝臓がん、膵臓がんが各1研究

結果：メタアナリシスにより、HVRFはLVRFと比較して**死亡リスクが低いことが示された(HR, 0.90**; 95% CI, 0.87-0.94)。
頭頸部がんと前立腺がんにおいて、ボリュームとアウトカムの関連性が最も強く示された。

結論：**ほとんどのがん種において、放射線治療ボリュームと患者アウトカムの間に関連性が認められた。**ボリュームとアウトカムの関連性が強いがん種については、**放射線治療の集約化**を検討する必要があるが、公平なアクセスへの影響も考慮する必要がある。

考察： high-volume施設の**高精度治療における臓器輪郭設定や小線源治療など複雑な手技における高い専門性が良好なアウトカムに**つながっている


INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS
www.redjournal.org

CLINICAL INVESTIGATION

Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes

Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,** Alice Rendall, MD,* Erin F. Gillespie, MD,† Tom Roques, MD,‡ Laurence Court, PhD,§ Yolande Lievens, MD, PhD,‖ Alison C. Tree, MD,¶ Chris Frampton, PhD,# and Ajay Aggarwal, MD, PhD***

504

放射線治療装置の設置・メンテナンス・更新とそれに伴う採算性の課題について

- 年間新患者数の多い大規模施設では、放射線治療装置の台数を増設した場合でも、放射線治療装置1台あたりの患者数は多く、効率よく放射線治療装置を運用することができていると考えられる。
（年間200名以下の施設では、リニアック1台あたりの患者数は大規模施設の半分以下となっている）

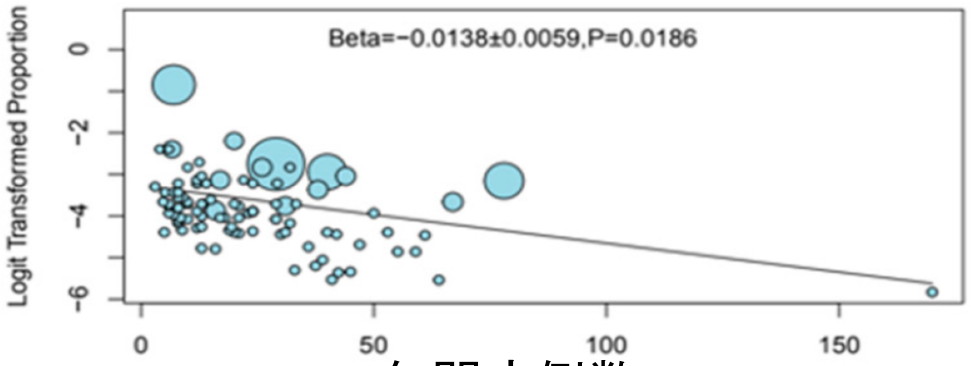
施設規模（年間新患者数）	施設数 ①	放射線治療装置台数 ②	施設あたり放射線治療装置台数（②÷①）	放射線治療装置1台あたり患者数（新規＋再来）
0-99	127	123	0.97	75.2
100-199	216	213	0.99	173.2
200-299	156	174	1.12	259.4
300-399	78	110	1.41	297.6
400-499	59	101	1.71	313.6
500-	98	239	2.44	378.1

505 日本放射線腫瘍学会　全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告　より

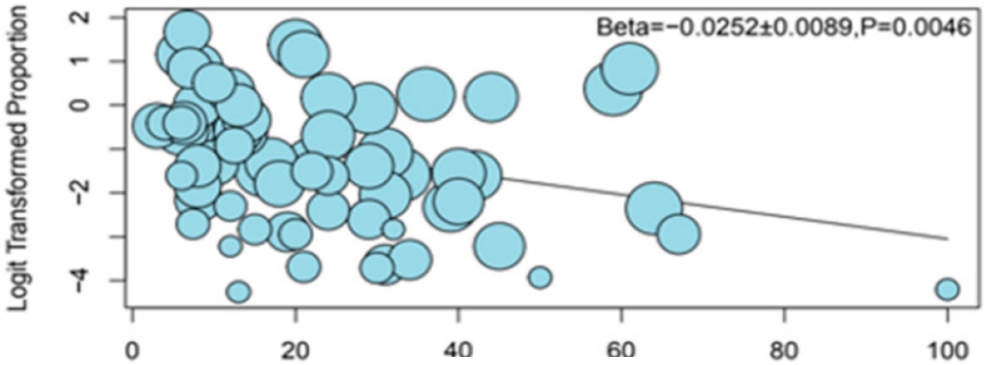
集約化による副作用の軽減

病院の規模と免疫チェックポイント害薬による免疫関連有害事象（irAE）

有害事象による死亡



重篤な有害事象（グレード≥3)



506

Rahouma M, et al. Cancers 16, 1136, 2024

病院の規模と急性骨髄性白血病（AML）の治療成績（Matched Cohort Study）

- 米国データベース（NIS）
- 2009-2011年
- 年齢、性、合併症、保険加入状況、収入、地域、入院日等で調整

AML治療に伴う死亡率は小規模病院で高い

	大規模施設	小規模施設	P
死亡率	1.59%	4.07%	<0.001
入院期間	14.2日	14.6日	
入院費	$102,653	$101,945	

47

Giri S, et al. Blood 125:3359-3360, 2015

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化についてこれまでの議論について

・がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュールについて

・今後のがん医療の需給について

・高度な医療技術を伴うがん医療について

2．参考資料

507

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折　閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折　閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

15　51%

15歳～65歳の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

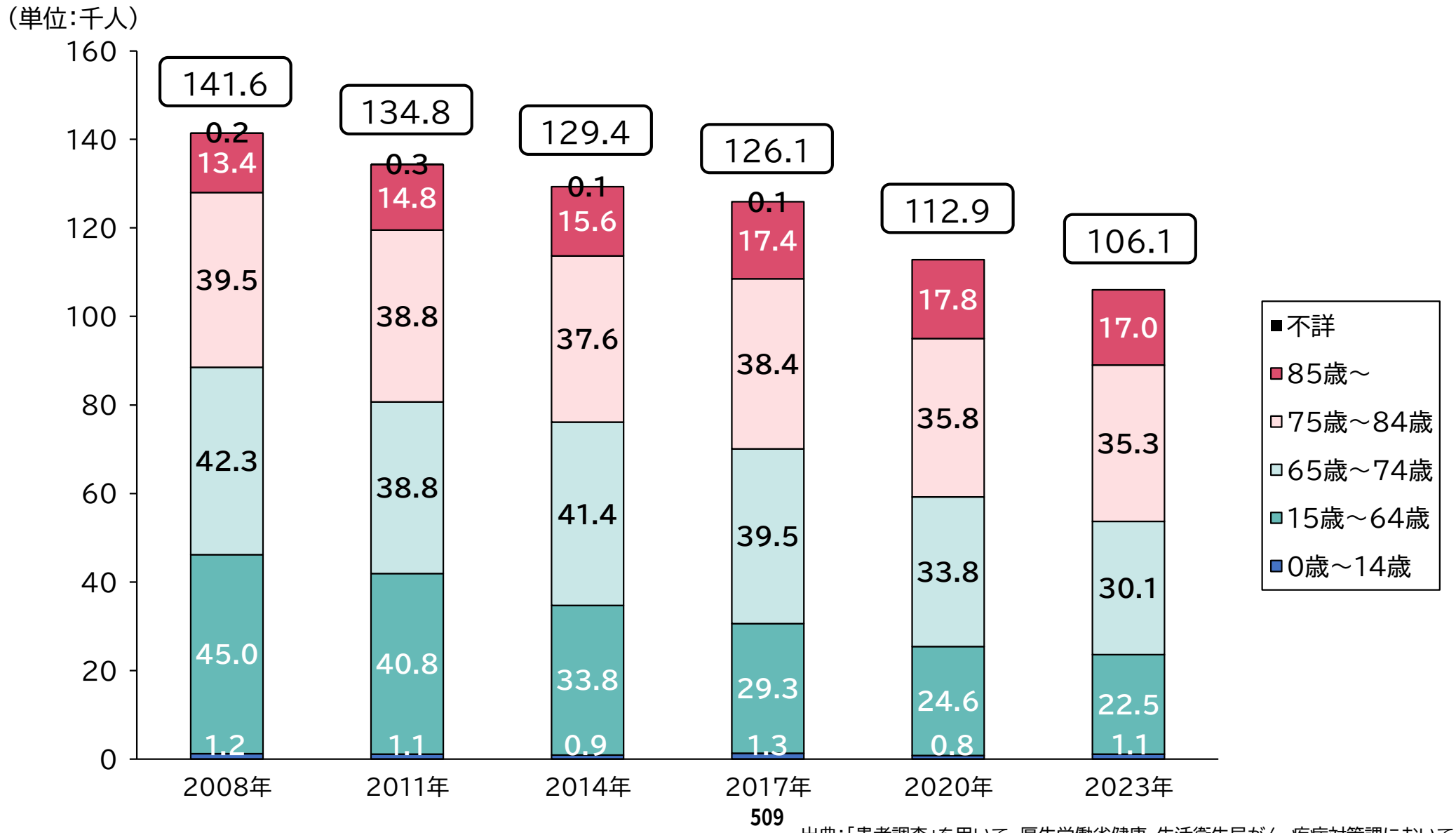
30　28%

注　傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

508

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

- 全国のがんの推計入院患者数は年々減少傾向である。

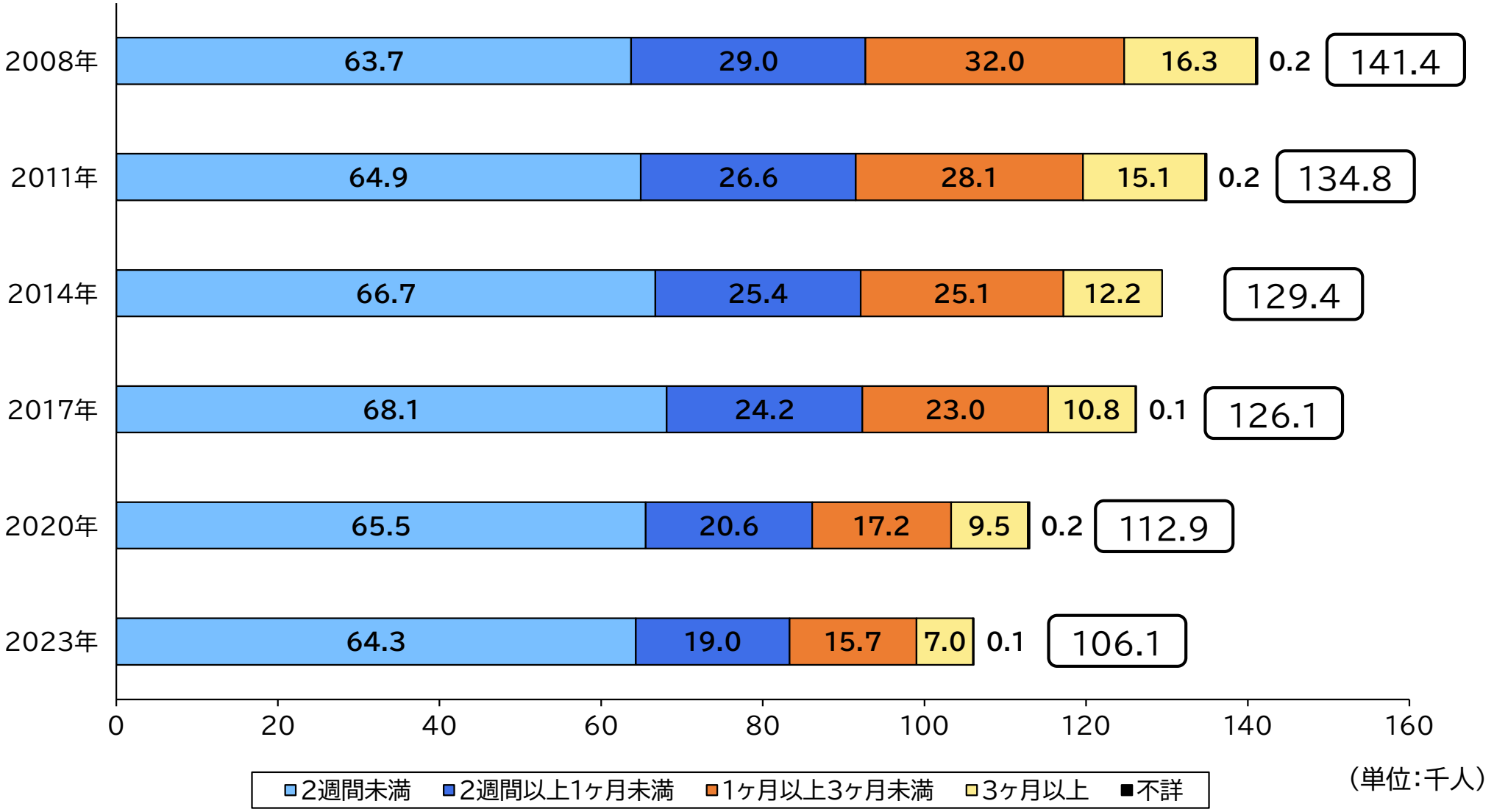


509

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計入院患者数の推移を在院期間別でみると、在院期間が2週間以上の入院患者数が減少している。

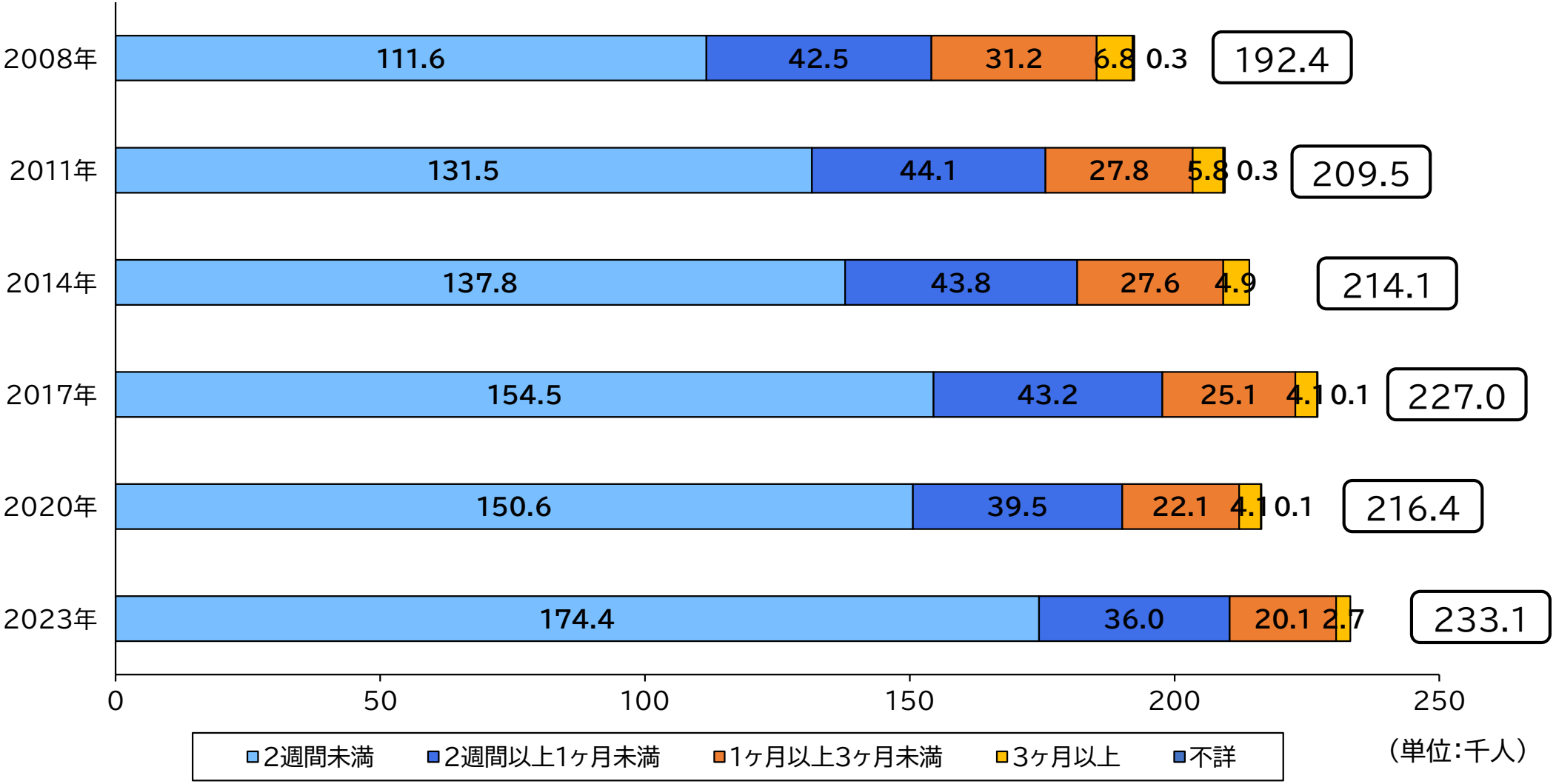


510

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計退院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計退院患者数（※）の推移を在院期間別でみると、2週間未満及び2週間以上1ヶ月未満は概ね増加傾向、1ヶ月以上3ヶ月未満及び3ヶ月以上は減少傾向であるが、全体としては概ね増加傾向である。



511

※調査対象期間中（9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計数
出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

がん診療連携拠点病院制度

令和7年4月現在

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	352か所(うち特例型12か所)
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	59か所
合計	463か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

- 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(国協議会)**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として1か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

- がん医療圏に原則として1か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏



地域がん診療病院

- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

512

※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

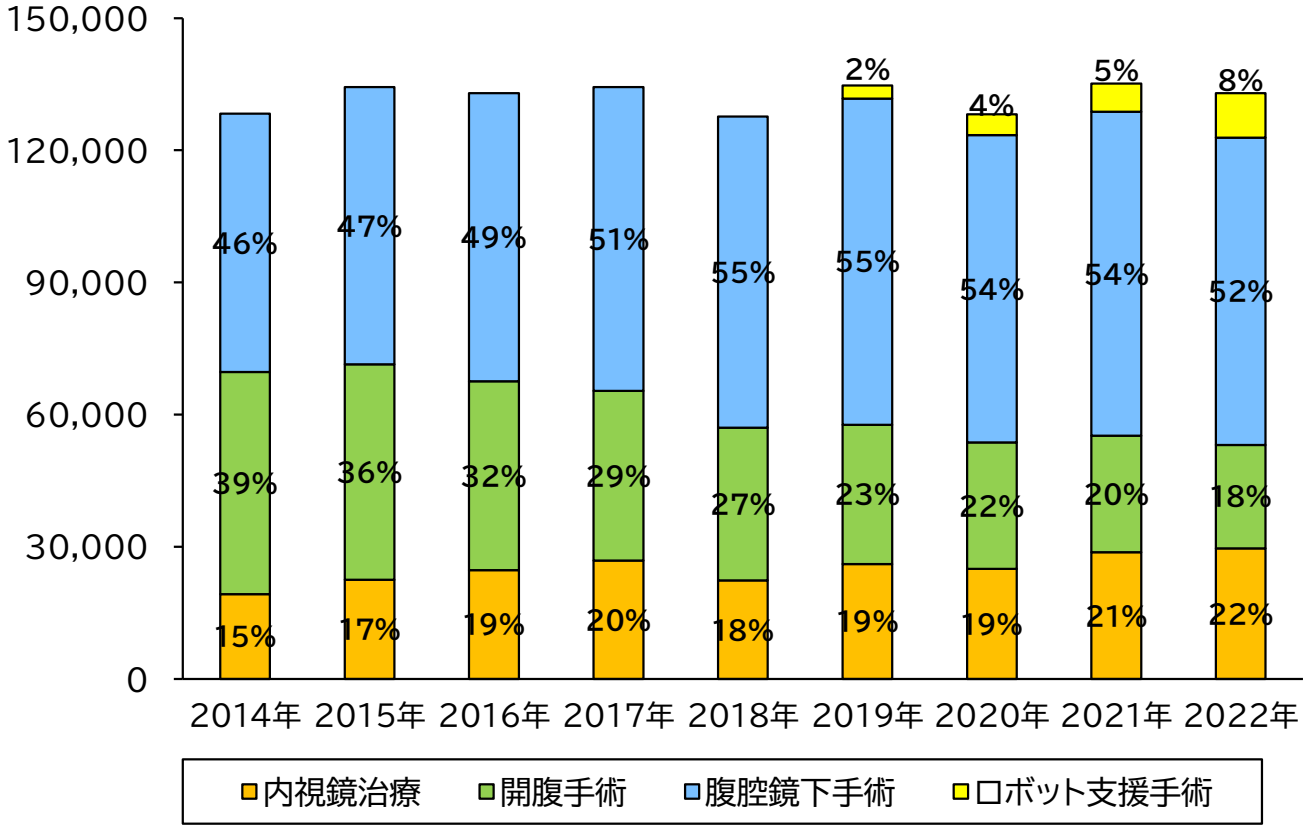
低侵襲治療の拡大（大腸の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が1番目に多い大腸がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	**大腸（147,725）**	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	胃（109,679）	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの大腸の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数※（術式別）



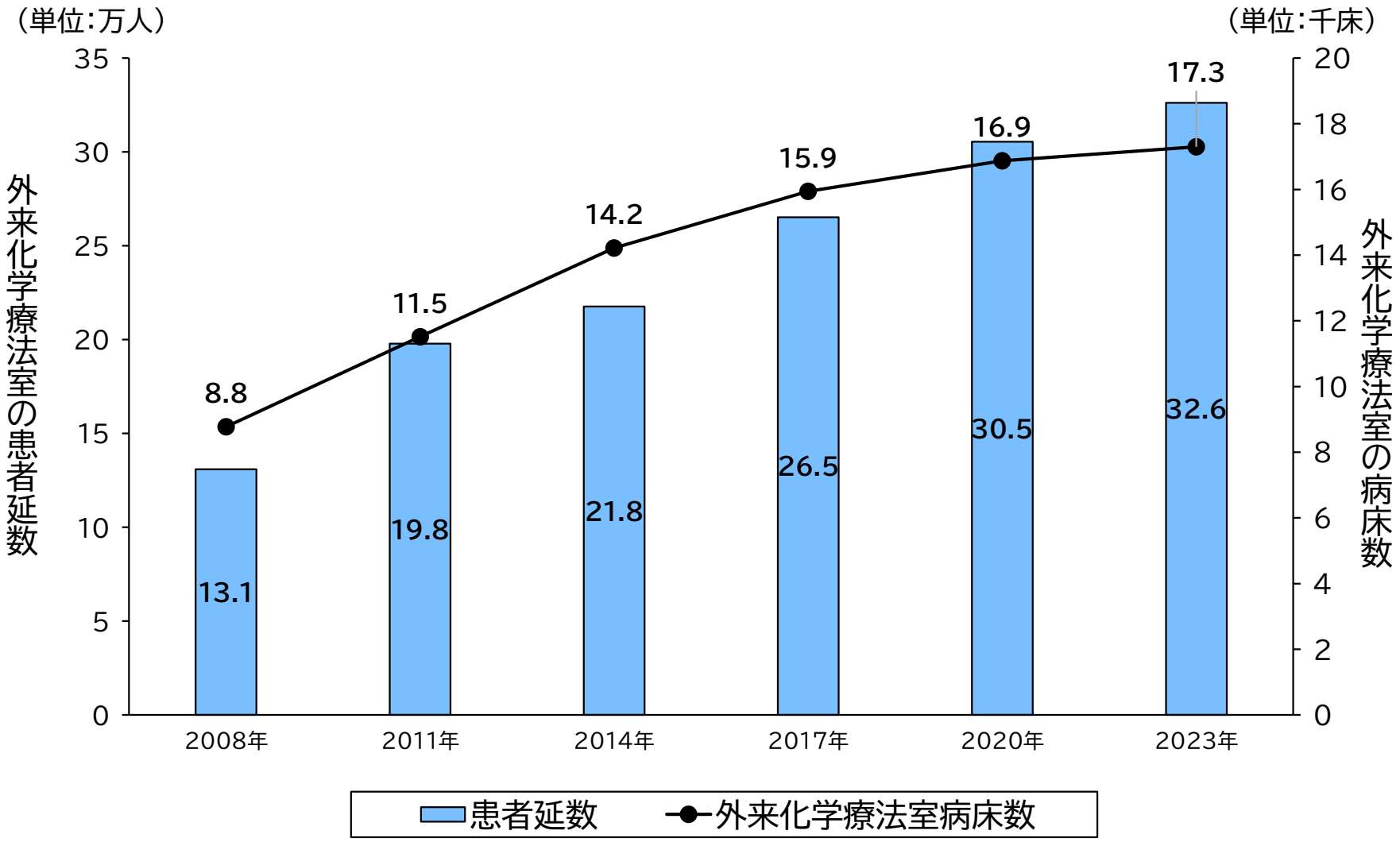
※直腸がんはK740 直腸切除・切断術、K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術を計上。2021年院内がん登録＋DPCデータより大腸の悪性新生物（臨床病期Ⅱ，Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ3（1-5）日、15（10-23）日、10（8-14）日であった。

513

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

外来化学療法室の患者延数と病床数の推移

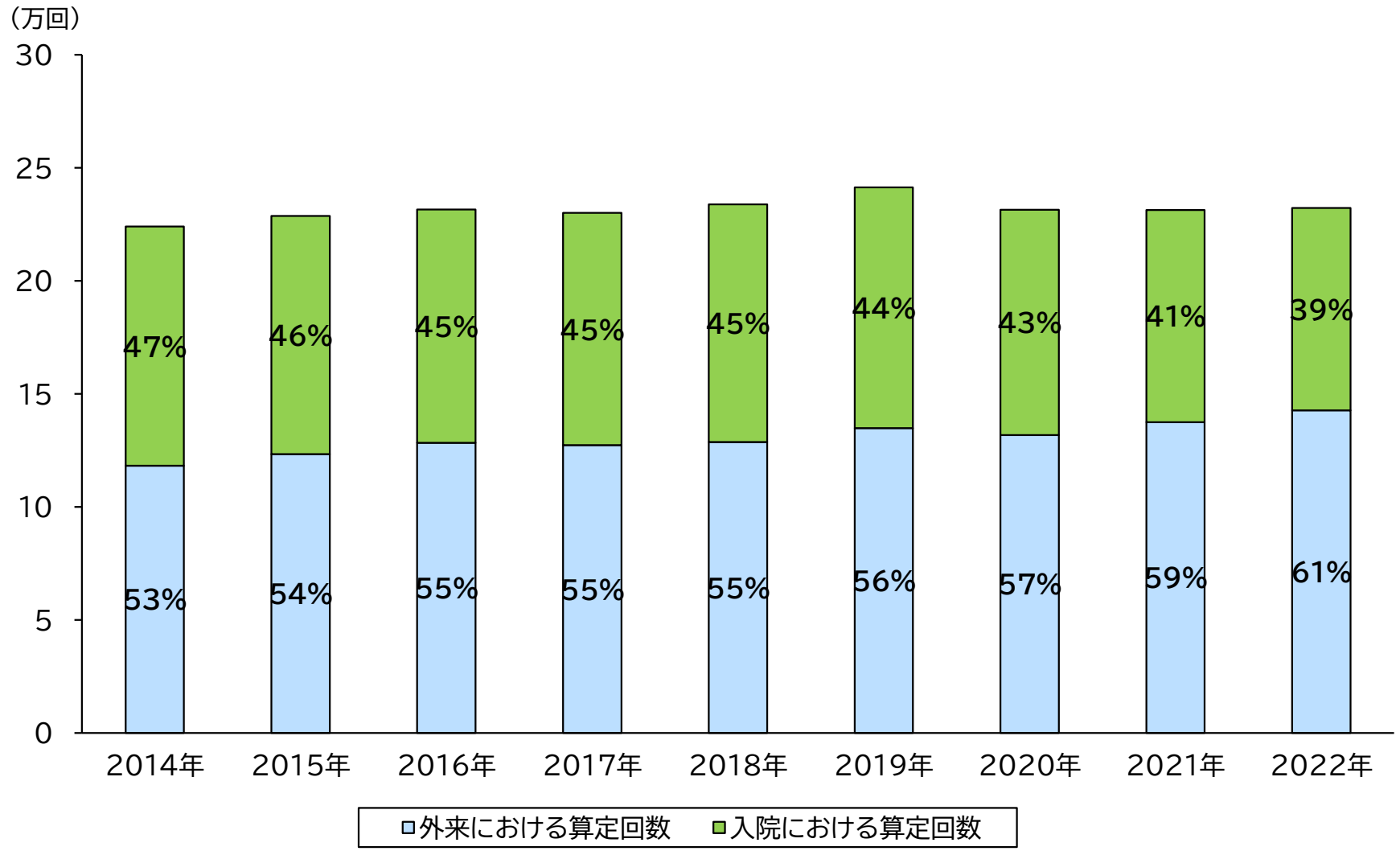
- 外来化学療法室の患者延数と病床数は年々増加している。



出典:厚生労働省「医療施設調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

放射線治療管理料※の算定回数の推移（入院・外来別）

- 放射線治療管理料は入院における算定回数の比率と比較し外来における算定回数の比率が年々増加している。



※放射線治療を行うに際して、線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、分布図の作成1回につき算定できる管理料（一連の治療で2回まで。ただし、子宮頸がんに限り4回まで）
出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

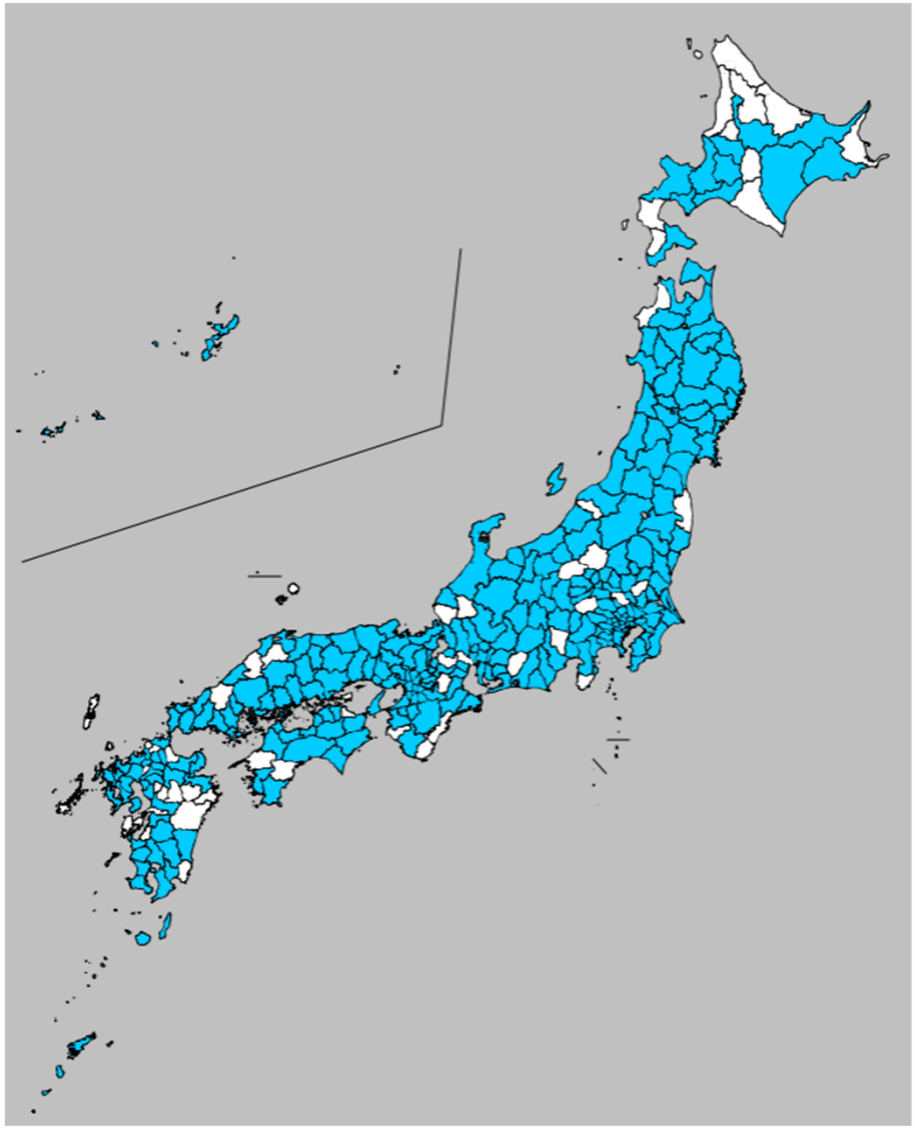
空白のがん医療圏について

がん医療圏

- 都道府県は都道府県拠点病院を1か所、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を1か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を1か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、7つの県（秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎（※1））では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

空白のがん医療圏

- 令和6年4月時点で、全国336のがん医療圏のうち、日本地図の白抜きで示した**56のがん医療圏**が、拠点病院等がひとつも配置されていない“空白のがん医療圏”となっている。
- 第10回第8次医療計画等に関する検討会において、「次期医療計画の改定にあたり、都道府県に対し、空白の医療圏の患者の受療動向等を勘案し、実情や人口減少等の将来のニーズに即したがんの医療圏の再検討を促してはどうか」としている（※2）。



※1　石川、和歌山、宮崎は二次医療圏を統合し、秋田、三重、兵庫、香川は二次医療圏を細分化してがん医療圏を設定している。

※2　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26864.html

516

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
令和6年12月23日
資料1

現状・課題

- 我が国においては、2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見込まれる。85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、がん治療等の医療資源を多く要する手術を実施するものは少ないという特徴がある。また、85歳以上のがん患者における手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合は、いずれも低下する。

- 新たな地域医療構想における議論では、急性期に関する医療について、「地域の医療需要や医療資源などを踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、地域毎に必要な連携・再編・集約を進め、医療機関において一定の症例数を集約化して対応する地域の拠点として対応出来る医療機関を確保することが求められる」とされており、地域毎に均てん化し確保することが望ましい医療についても、圏域の中で医療従事者の働き方等が確保されるよう、連携・再編・集約等のあり方について整理が必要。

- がんについては、推計外来がん患者数は増加しているものの、推計入院がん患者数は減少している状況。推計入院がん患者数の減少は、平均在院日数の短縮が要因として考えられ、その背景としては、術式の変遷（開腹手術から内視鏡治療等における低侵襲治療の割合の増加）等が影響していると考えられる。今後も、医療需要の変化や低侵襲治療の割合の増加等により、推計入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 第4期がん対策推進基本計画において、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う」としている。

- 国は、がん医療の均てん化を目指して、がん診療連携拠点病院制度を創設し、全国に461か所の拠点病院等を整備してきたが、拠点病院等が存在しない空白のがん医療圏が、令和6年4月時点で全国に56か所存在している。今後、我が国の人口が減少する中で、空白のがん医療圏における人口は大半の圏域で全国平均より大きな減少が予測され、それに伴って入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 空白のがん医療圏については、和歌山県のがん医療圏再編や奈良県の病院機能再編等、空白のがん医療圏を解消するための取組がなされている。今後、都道府県は、次期医療計画の改定に向けても、がん医療圏ごとの現状分析を踏まえた、がん医療圏の適切な設定について議論することが重要である。

- 国は、国及び都道府県のがん対策の推進や、がん患者及びその家族等の医療機関選択等に資するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録のデータ集計やその利活用を図っている。また、全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録とDPCデータを統合的に分析し、その結果を各施設に提供している。

- 厚生労働科学研究の報告書（※）によると、がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって、「がんの治療件数」「がんの治療成績」「がんの診療科の医師の業績」等の情報が求められている。更に、がん情報サービス利用者向けアンケート調査によると、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられ、また、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

517

※厚生労働科学研究　がん診療連携拠点病院等における情報提供の適切な方法・項目の確立に資する研究報告書（令和5年度）

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

第114回社会保障審議会医療部会
令和6年12月18日
資料1
別添2

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施
- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ
- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施
- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1)医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)
- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2)地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件
- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3)経済的インセンティブ
- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4)全国的なマッチング機能の支援等
- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5)リカレント教育の支援

(6)都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

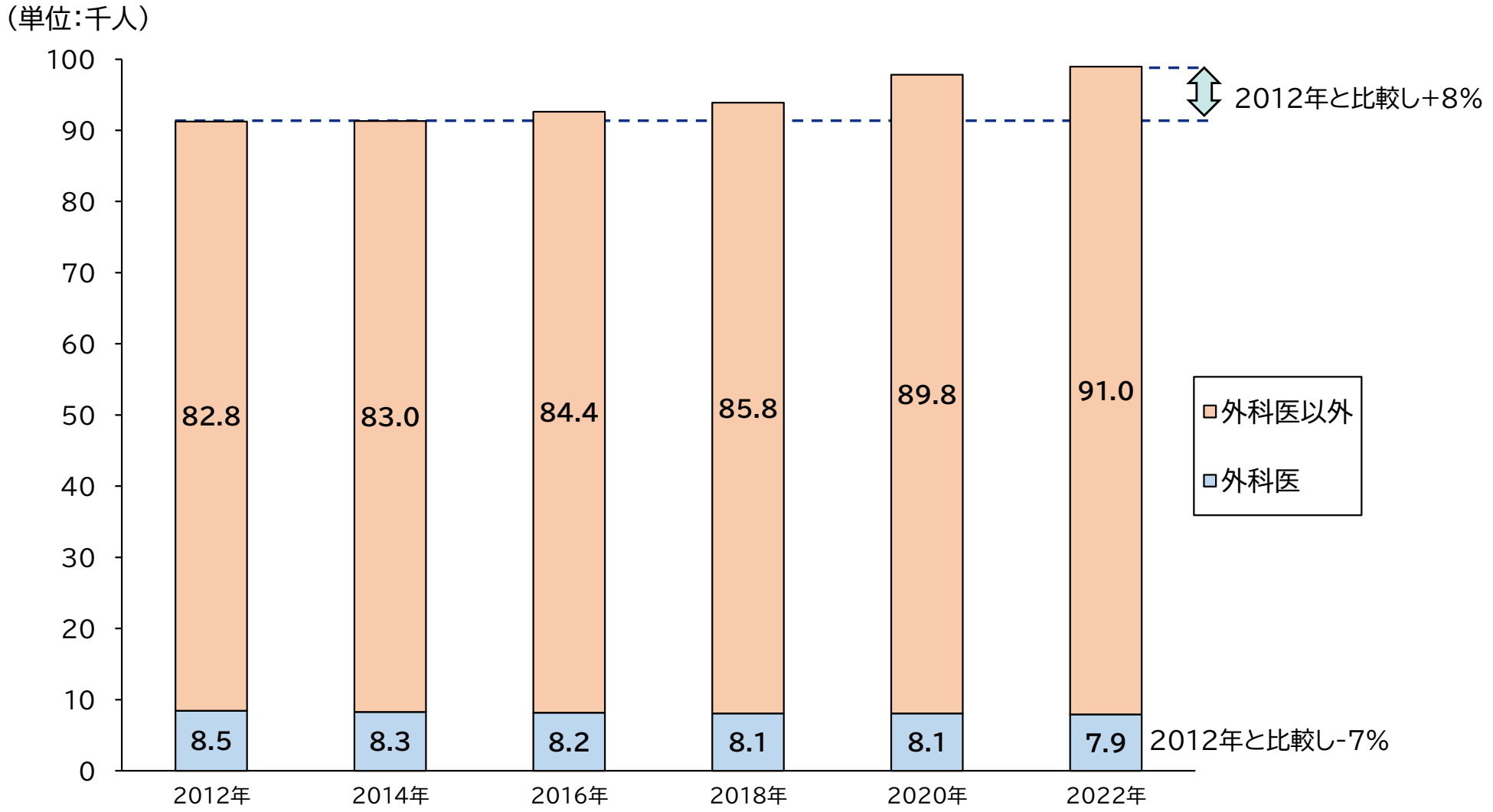
(7)医師偏在指標のあり方

(8)医師養成過程を通じた取組

(9)診療科偏在の是正に向けた取組

40歳未満の医師数の推移

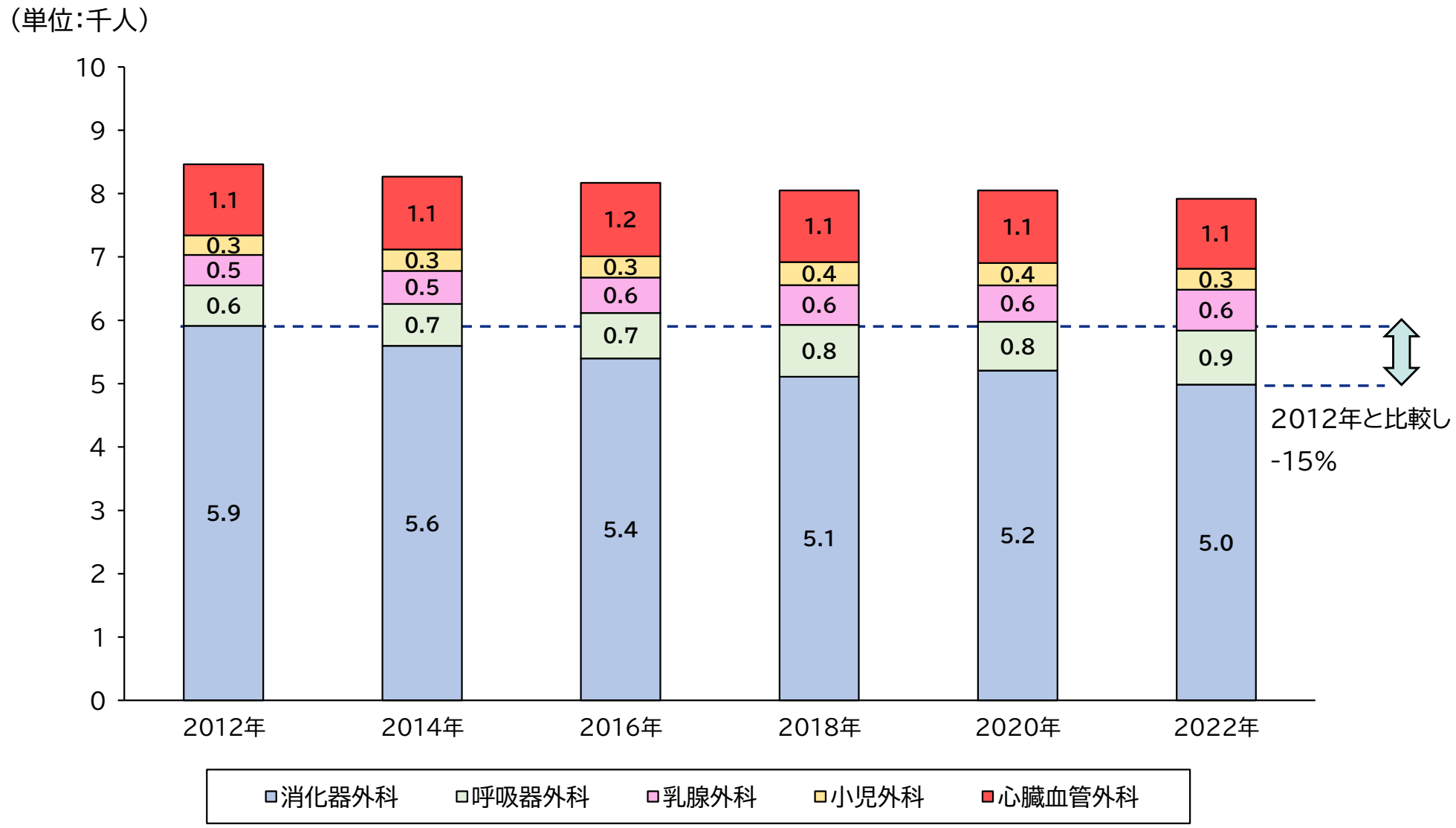
- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。



※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。



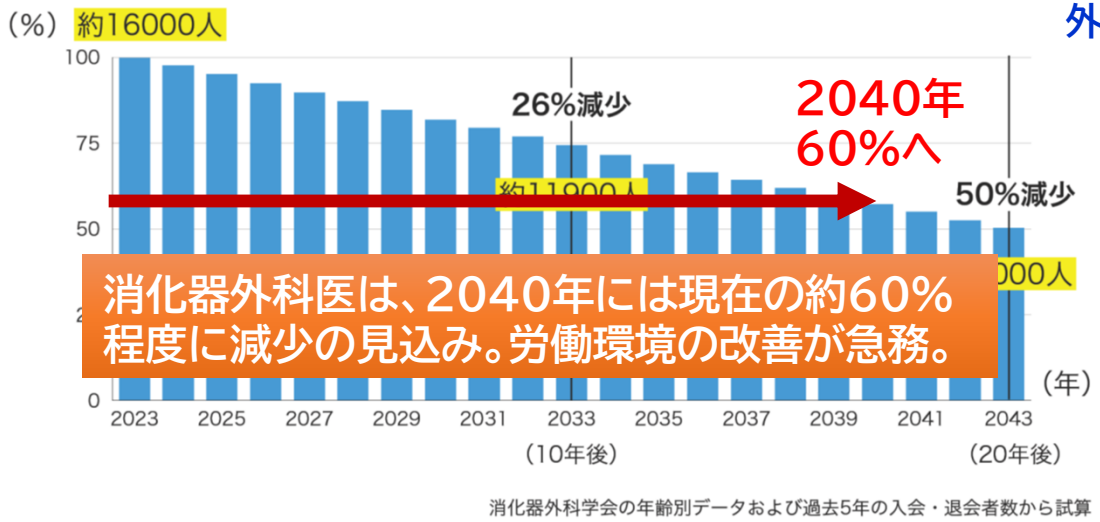
※消化器外科医は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

医療提供する側の問題 手術を施行する消化器外科医数の減少

日本消化器外科学会　65歳以下会員数　今後の予測



消化器外科医は、2040年には現在の約60%程度に減少の見込み。労働環境の改善が急務。

消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るのがよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6%　等

外科医を本来目指していたが、外科を選択しなかった109名の理由

労働環境に関すること

1. ワークライフバランスの確保が難しいから 33.9%
2. 医師が不足しており過酷なイメージがあるから 21.1%
3. 出産・育児・教育に協力的でないから 19.3%
4. ハラスメントが多そうだから 12.8%
5. 給与等処遇が悪いから 9.2%
6. 生命に直結するから 4.8%

将来設計に関すること

1. 将来的に専門性を維持しづらいから 24.8%
2. 継続したキャリアプランが見えづらいから 13.8%
3. 専門医が取得しにくいから 8.3%
4. 専門領域の将来性に不安を感じたから 8.3%
5. 開業しにくいから 6.4%

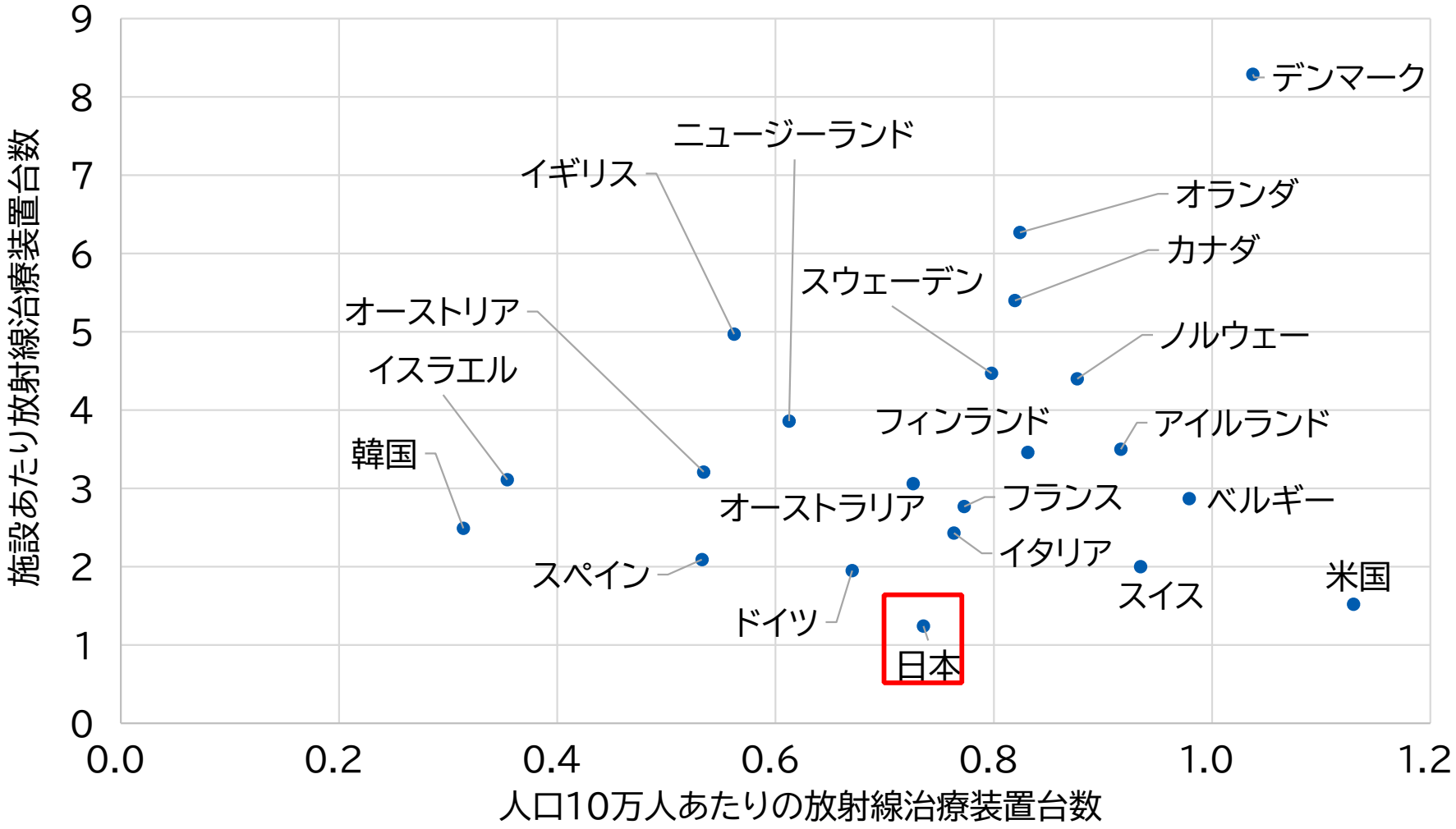
その他

1. 仕事の内容が想像と違った 15.6%
2. 適性・才能がないから 11.9%
3. 訴訟のリスクが大きいから 5.5%

令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証総括研究報告書

諸外国と比較した放射線治療装置の配置状況

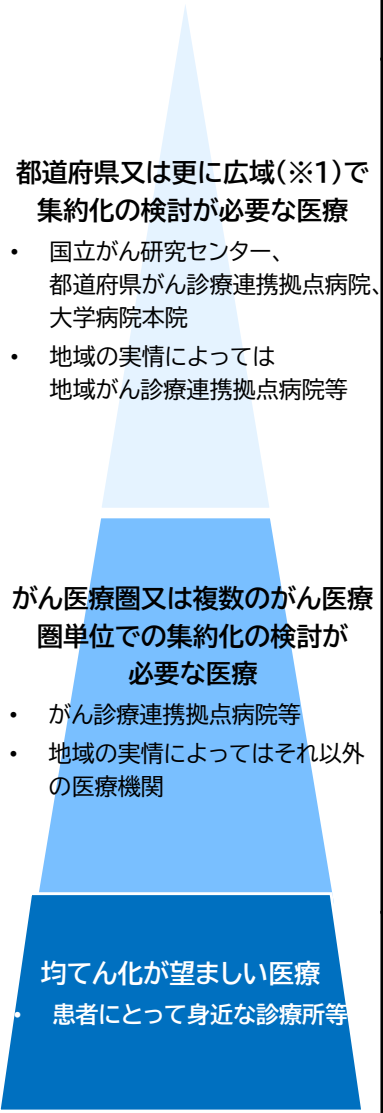
- 我が国では、諸外国と比較して人口10万人あたりの放射線治療装置台数は平均的であるものの、放射線治療施設あたりの放射線治療装置台数は少なくなっており、多くの医療機関に分散して放射線治療装置が配置されている。



出典:the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database及びWHO global cancer observatory Cancer today2022年報告を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

2040年を見据えた手術療法におけるがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）

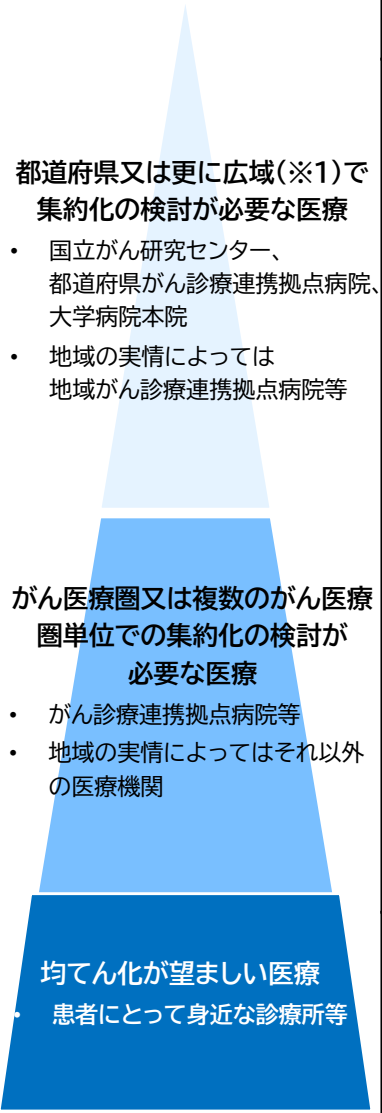


基本的な考え方	対象となる医療行為例（手術療法）（※2）
集約化の考え方 （医療技術の観点） • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 （医療需給の観点） • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】：●希少がんの手術療法** **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】：●高度な手術療法** **消化器** ➢ 食道切除術 ➢ 膵頭十二指腸切除術 ➢ 膵全摘術 ➢ 高難度な肝切除 ➢ 食道がんに対する光線力学療法（PDT） **呼吸器** ➢ 他臓器合併切除を伴う肺癌切除 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍 **乳腺** ➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建、Volume replacement ステップ2） ➢ 乳がん切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy **婦人科** ➢ 広汎子宮全摘 **泌尿器** ➢ ロボット支援腹腔鏡下 膀胱全摘術 ➢ ロボット支援腹腔鏡下 腎部分切除術（高難度のもの） ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術 ➢ 後腹膜悪性腫瘍手術 **【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】：●一般的な手術療法** **消化器** ➢ 胃全摘 ➢ 直腸低位前方切除術 ➢ 幽門側胃切除 ➢ 結腸部分切除 ➢ 食道・胃・大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術（EMR/ESD） 等 **呼吸器** ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍 ➢ 胸壁腫瘍 等 **乳腺** ➢ 乳房切除 等 **婦人科** ➢ 卵巣がん ➢ 子宮頚・体がん手術 等 **泌尿器** ➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（通常難度のもの） ➢ ロボット支援腹腔鏡下 腎・尿管全摘除術 ➢ 腹腔鏡下 根治的腎摘除術 ➢ 経尿道的 膀胱腫瘍切除術 ➢ 尿路変向術・腎ろう造設術 等
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がんのリハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア ● がん検診 ● 排尿管理（尿道カテーテル、尿路ストーマの管理）

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。
（※2）今後内視鏡治療についても検討していく

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本放射線腫瘍学会発表資料
令和7年3月21日	資料4　改変

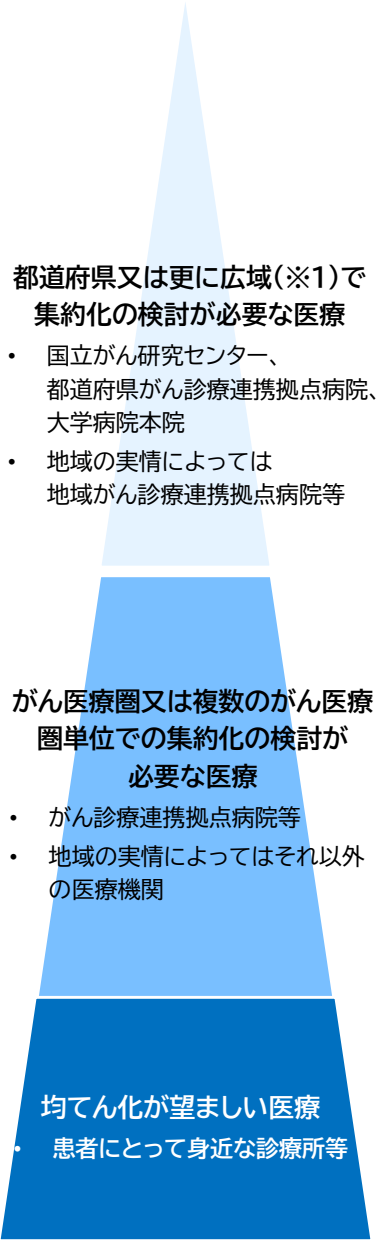
2040年を見据えた放射線療法におけるがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）



基本的な考え方	対象となる医療行為例（放射線療法）
集約化の考え方 （医療技術の観点） • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 （医療需給の観点） • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】 粒子線治療 BNCT 【都道府県で集約化の検討が必要な医療】 専用病室を要するRI内用療法 密封小線源治療（組織内照射）
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 精度の高い放射線治療（IMRT、IGRT） IMRT以外の外部照射 密封小線源治療（腔内照射） 外来・特別措置病室でのRI内用療法
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がん検診

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えた薬物療法におけるがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）



基本的な考え方	対象となる医療行為例（薬物療法）		
	診断	薬物療法	その他
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● セントラル病理診断等を利用した小児がん・希少がんの診断、病期診断 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● セカンドオピニオン	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 小児がんの薬物療法 ● 治癒を目指した希少がんの薬物療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な薬物療法（合併症をもつ患者等） ● エキスパートパネルで推奨された保険適応外の治療 ● セカンドオピニオン ● T-cell engagerなど特殊な二重特異性抗体治療 ● 同種造血幹細胞移植 ● CAR-T	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】**
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な診断	**【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で集約化の検討が必要な医療】** ● がん薬物療法専門医・血液専門医による薬物療法（AYA世代のがんの薬物治療・集学的治療を含む） ● がんゲノム医療 ● 腫瘍循環器診療 ● 自己造血幹細胞移植 ● 二重特異性抗体	**【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】** ● 妊孕性温存 ● 高リスクの小児がんサバイバーの長期フォロー ● 遺伝性腫瘍の診断・予防医療
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がん検診	● 副作用が軽度の術後内分泌療法	● リハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア 【身近な診療所等に集約が望ましい医療】 ● 低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップローアップ ● HPV等のがん予防ワクチン

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

第４期がん対策推進基本計画に基づく検討会等

がん対策推進協議会

「がん予防」分野

- がん検診のあり方に関する検討会

「がんとの共生」分野

- がんとの共生のあり方に関する検討会
  - がんの緩和ケアに係る部会

「基盤」分野

- 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
- 厚生科学審議会　がん登録部会

「がん医療」分野

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - 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
  - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
  - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
- 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
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料2
令和7年6月23日	

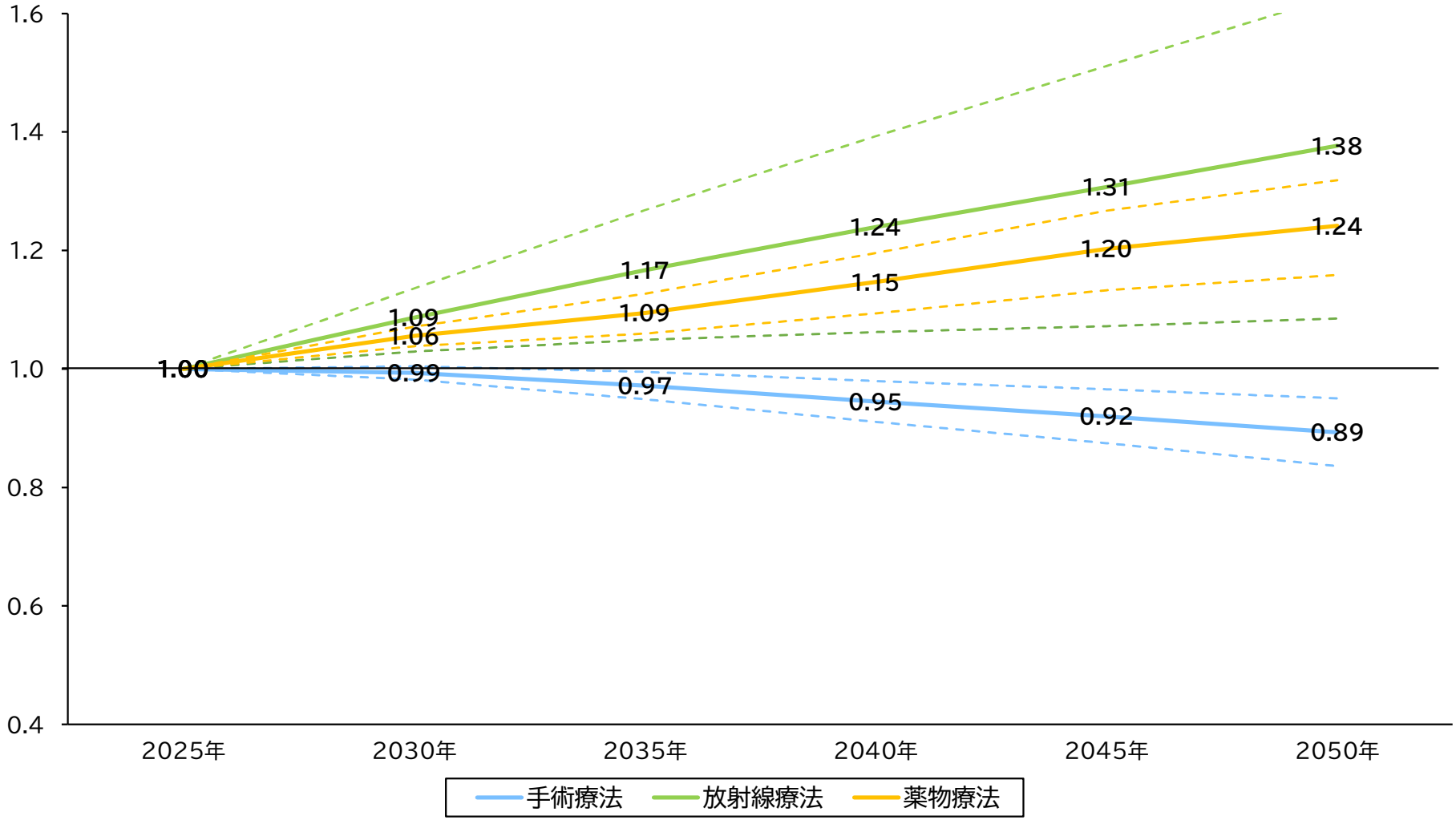
一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

手術療法に係る医師数の推計について

一般社団法人日本癌治療学会

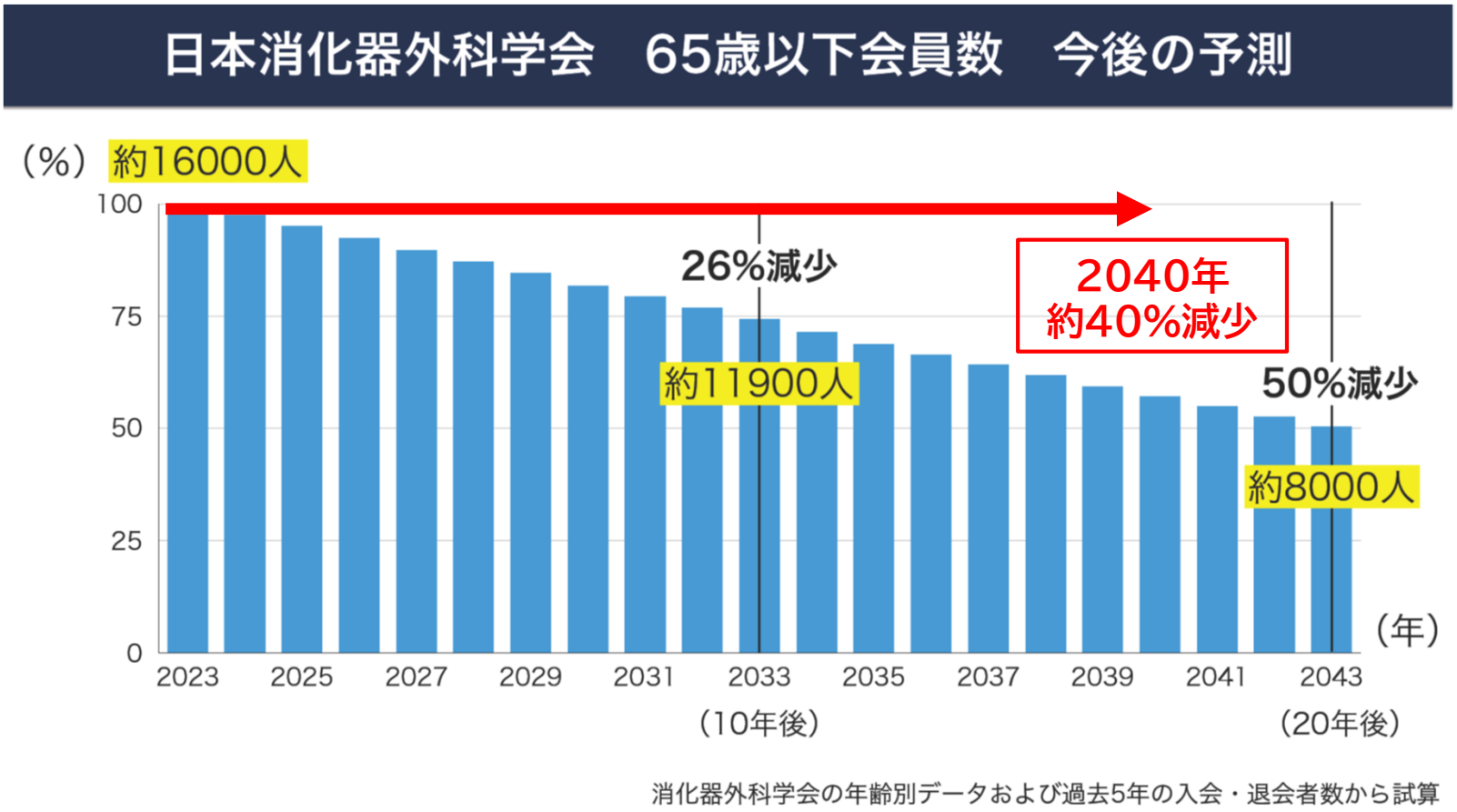
がん患者における三大療法の需要推計（全国）

- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1　2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2　2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

消化器外科医を増やすための学会としての取り組み

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性と魅力を伝えるために広報に努めます。
・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

令和6年7月17日（水）第79回日本消化器外科学会総会　理事長講演より

消化器外科医を増やすための取り組み

好事例-1

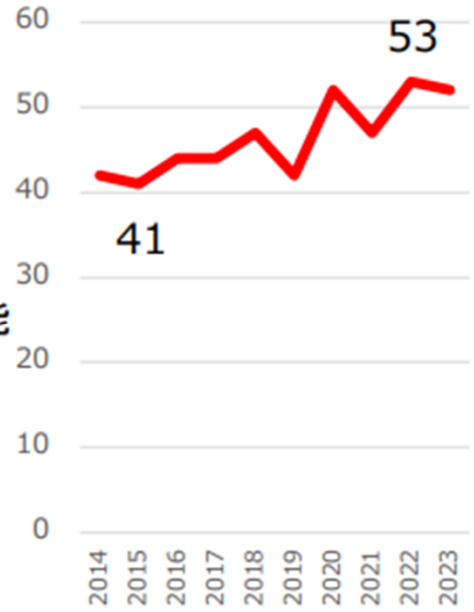
働き方改革とインセンティブ導入による消化器外科医の増加

2017～「外科医の働き方改革」を積極的に実行
①平日業務のシフト制の導入（朝～夕方勤務、昼～夜勤務）
②夜間・休日の「完全当番制度」
③チーム制～教室制の病棟管理
④手術メンバーの交代制
⑤夏期休暇・有給休暇取得の義務化
⑥男性育休取得を強く推奨

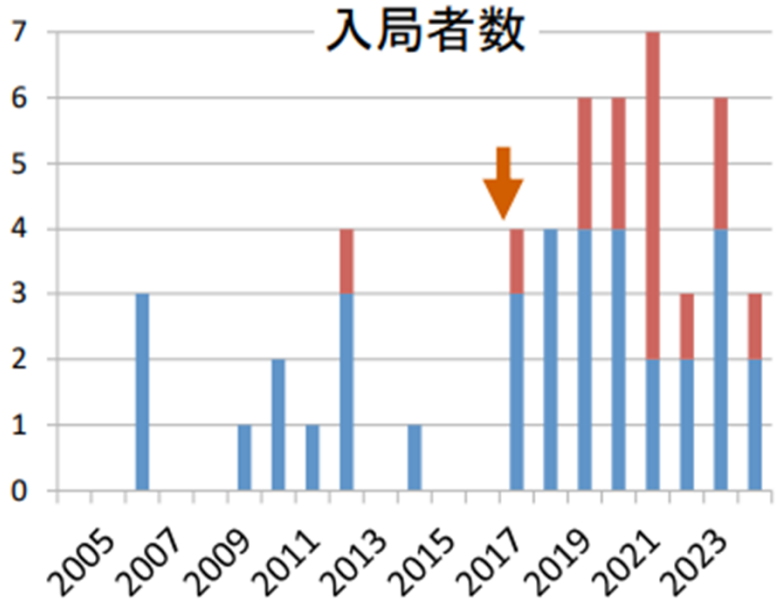
①時間外業務の減少
②とくに女性入局者の増加
③若手医師の満足度の向上
④時間外手術加算1を容易に算定可能
→個人のインセンティブへ

大胆な「働き方改革」の導入により若手消化器外科医の増加。

40歳未満の消化器外科医の増加
（富山県：U40会員数）



従来の外科医の働き方
↓
一般社会の業務体系の導入



富山大学消化器・腫瘍・総合外科（第二外科）　藤井　努教授　提供、改変

消化器外科医を増やすための取り組み

好事例-2

広島大学病院の診療体制維持　地域の外科医療を守るために

未来の外科医療支援手当（2025年度～）

支給対象者＝約３０人
６診療科（消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、移植外科、乳腺外科、小児外科）
医科診療医（専攻医、専門医で助教になる前の２７歳～４０歳前後）

支給額
１２０万円／年（１０万円／月）→ 年俸は前年度の約1.3倍に

若手外科医師からは…
「働きを評価してもらえた」
「他病院でのバイト減らし、研究に時間割ける」

広島大学　大学院　医系科学研究科 消化器・移植外科学
教授　大段秀樹先生より提供資料　一部改変。



第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料3
令和7年6月23日	

2025年 6 月23日

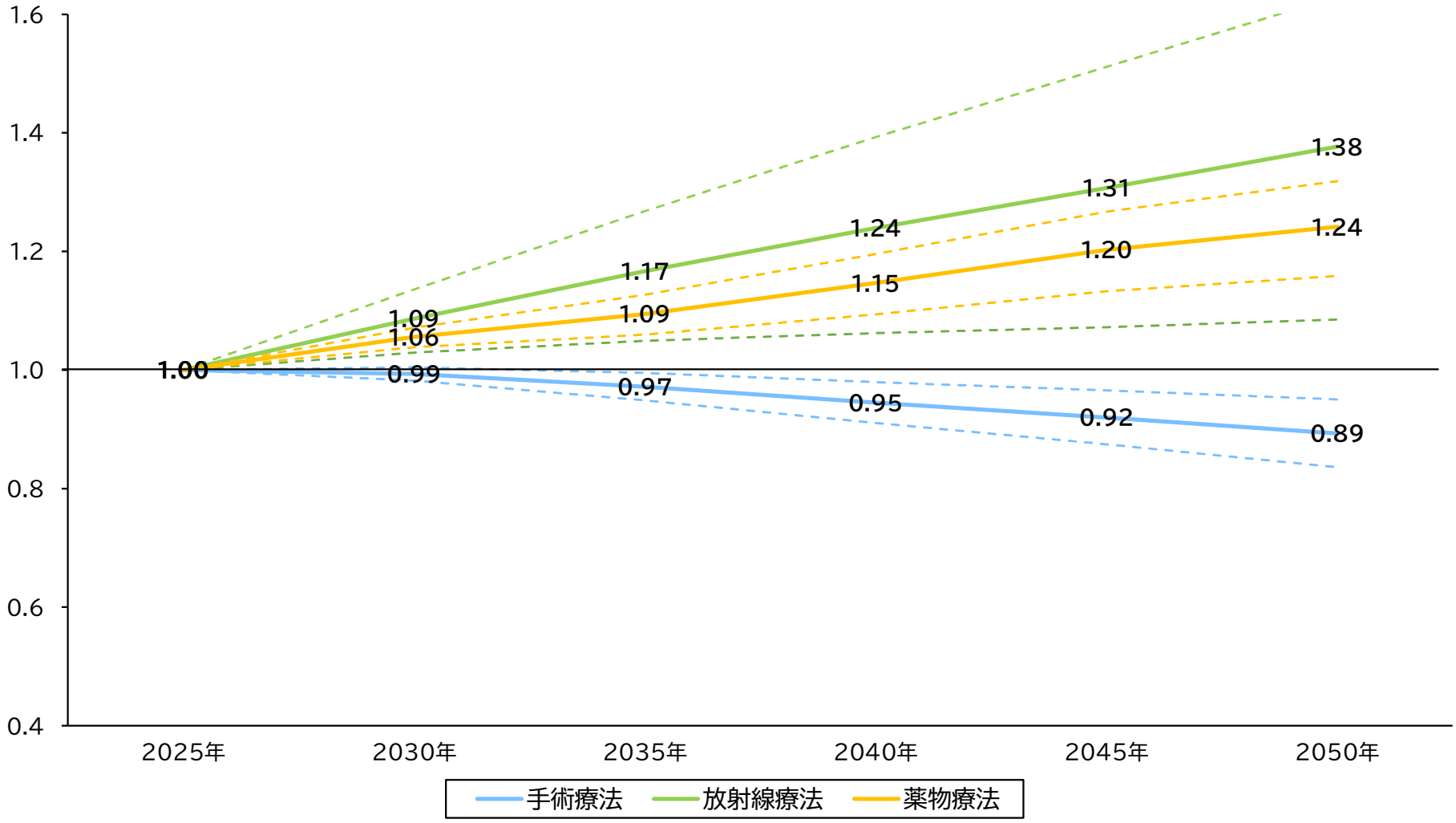
放射線療法に係る医師数と放射線治療装置の推計

公益社団法人日本放射線腫瘍学会

日本放射線腫瘍学会：Japanese Society for Radiation Oncology (JASTRO)

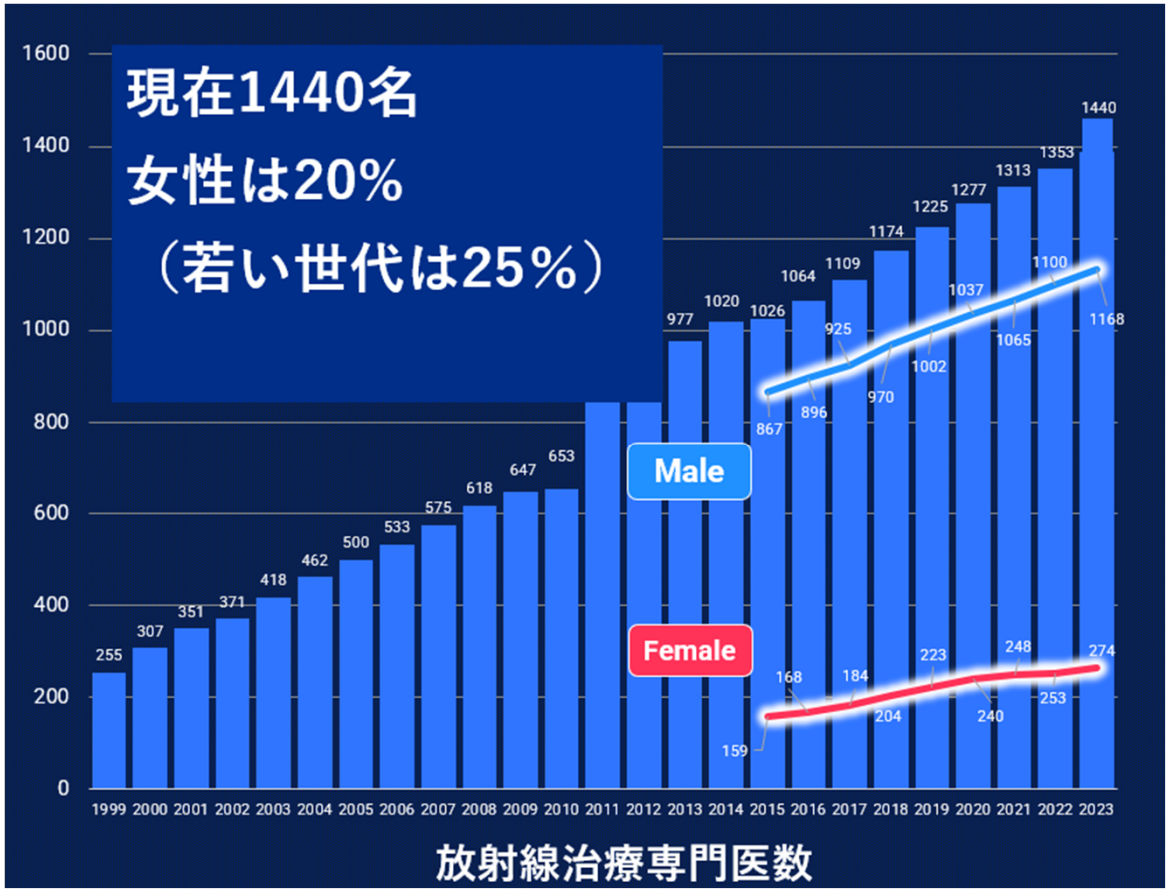
がん患者における三大療法の需要推計（全国）

- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

放射線治療専門医の将来推計※



- 放射線治療専門医数は40名増加/年となっているため、2040年には40 x 15年＝600名程度の増加が見込まれる。2040年には放射線治療専門医数が2000名と推計される。

※2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

放射線治療患者数・放射線治療装置数の将来推計

放射線治療患者数の推計

- 放射線治療患者数は2025年には28.8万人と推計される※1。
- 2025年から2040年に向けて放射線療法の需要が1.24倍に増加すると放射線治療患者数は28.8万人×1.24倍＝35.7万人と推計される。

放射線治療装置数の推計

- 放射線治療装置1台あたりの年間照射患者数の適正数※2は250名～300名と報告されており、この当時の基準を用いた場合、2040年に必要となる放射線治療装置数は1190台～1428台となる。2019年時点の放射線治療装置配置数1100台※3と比較して8%～30%増となる。

放射線治療の提供体制について

- 国内の放射線治療施設は734施設あり、このうち、年間治療患者数が100人未満が127施設、100～200人が216施設となっている※4。現状のように１施設あたりの治療患者数が少ない放射線治療施設が分散していると、より多くの放射線治療専門医が必要となる。このため、放射線療法の需要動向を踏まえながら、放射線治療施設の一定の集約化の検討が必要となる。
- なお、放射線治療医と患者数の需給のミスマッチが生じる放射線治療施設においては放射線治療医による遠隔放射線治療（放射線治療計画の作成等）支援の取り組みも併せて実施することが有効であると考えられる。

※１　放射線治療患者総数が日本放射線腫瘍学会の構造調査よりがん罹患者数の28%を占めるため、2025年も同様の割合と仮定した場合、2025年のがん罹患者数推計103万×28%=28.8（万人）と推計。

※２　厚生労働省がん研究助成金計画研究班　「がんの集学治療における放射線腫瘍学　医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる基準構造」（2009年）。

※３　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告より、回答施設の放射線治療装置台数の合計960台÷回答率87%=約1103台と推計。

※４　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告「Table 3 Number of radiation oncology institutions by annual patient load and category」

第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料 4
令和７年６月 23 日	

2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（案）

令和７年●月●日
がん診療提供体制のあり方に関する検討会

目次

1. はじめに

2. 今後のがん医療の需給について
  1) がん医療の需要について
    ① 日本の将来人口推計
    ② がん罹患者数の見込み
    ③ がん罹患者の地域特性
    ④ 入院・外来治療の需要動向
    ⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み
  2) がん医療の供給について
    ① 三大療法別の供給見込み
      （ⅰ）手術療法
      （ⅱ）放射線療法
      （ⅲ）薬物療法
  3)がん医療の需給バランスを維持するための方策について
    ① 三大療法別の方策
      （ⅰ）手術療法
      （ⅱ）放射線療法
      （ⅲ）薬物療法
    ② 集学的治療

3. 高度な医療技術を伴うがん医療について
  1) 手術療法
  2) 放射線療法
  3) 薬物療法

4. 今後の方向性について
  1) 基本的な考え方

2) 特に集約化の検討が必要な医療についての考え方
3) 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方
4) 2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

5. 都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について
1) 都道府県協議会の体制
2) 都道府県協議会での協議事項
3) 都道府県協議会事務局の役割
4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

6. 総括

1. はじめに

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、国民の生命と健康にとって重大な問題となっている。そのため、昭和 59 年に策定された「対がん 10 か年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。また、がん対策の一層の充実を図るため、平成 18 年６月にがん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が制定され、平成 19 年６月には、基本法に基づき、がん対策推進基本計画が策定され、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和５年３月に策定された第４期がん対策推進基本計画（以下「第４期基本計画」という。）では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とし、「がん医療」分野の分野別目標として「それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。」ことを掲げ、持続可能ながん医療の提供を推進するよう取り組んでいる。第４期基本計画では、がん医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等[1]の役割分担を踏まえた集約化を推進する。」としており、「その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」としている。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）においては、令和６年 12 月より、85 歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が更に進む 2040 年を見据えたがん医療提供体制の構築について、がん医療の柱である三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）に係る関係学会からヒアリングを実施し、医療需給（医療従事者や医療施設・設備）の観点と、医療技術の観点を踏まえて有識者による議論を進めてきた。検討会における議論を踏まえて、がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び喫緊で検討すべき内容について、ここにとりまとめる。

2. 今後のがん医療の需給について

1）がん医療の需要について

[1] 拠点病院等（がん診療連携拠点病院等）は、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）を指す。

① 日本の将来人口推計

日本の総人口としては、2040 年に１億 1,283 万人と、2025 年の１億 2,325 万人に比べて８％減少することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口（15～64 歳）は、2040 年に 6,213 万人と、2025 年の 7,310 万人と比べて 15%減少し、65～84 歳は、2040 年に 2,922 万人と、2025 年の 2,945 万人とほぼ横ばいで推移し、85 歳以上は、2040 年に 1,006 万人と、2025 年の 707 万人に比べて 42%増加することが推計されている。また、東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84 歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

② がん罹患者数の見込み

がん罹患率は年齢とともに上昇する傾向にあり、2021 年のがん罹患者数 98.9 万人のうち、76%は 65 歳以上である[2]。2040 年に向け、生産年齢人口の減少により、64 歳以下のがん罹患者数は減少するものの、65～84 歳のがん罹患者数は横ばいで推移し、85 歳以上のがん罹患者数は団塊の世代の高齢化により増加が見込まれ、がん罹患者の総数は横ばいからやや増加すると見込まれる。

③ がん罹患者の地域特性

2040 年に向けて、都道府県単位では、がん罹患者数が都市部を中心に 16 都府県で増加する一方で、31 道県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、大都市部[3]の 88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の 59%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。年齢階級別では、64 歳以下のがん罹患者数は、大都市部の 90%、地方都市部の 97%、全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84 歳のがん罹患者数は、大都市部の 67%で増加する一方で、地方都市部の 90%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。85 歳以上のがん罹患者数は、過疎地域の２％を除き、全ての二次医療圏で増加することが見込まれ、その傾向は大都市部・地方都市部では増加率平均が 40%を超えることが見込まれる。

④ 入院・外来治療の需要動向

患者調査によると、がん患者における、推計外来患者数（１日あたり医療機関の外来を受療した患者数）は増加しているものの、推計入院患者数（１日あたり医療機関に入院している患者数）は減少している状況である。推計入院患者数の減少は、

[2] 令和３年全国がん登録罹患数・率報告

[3] 大都市部：人口が 100 万人以上（又は）人口密度が 2,000 人/km^{2}以上、地方都市部：人口が 20 万人以上（又は）人口 10～20 万人（かつ）人口密度が 200 人/km^{2}以上、過疎地域：上記以外

鏡視下手術等による低侵襲治療の割合の増加等による平均在院日数の短縮や、放射線療法・薬物療法の外来移行が要因として考えられる。今後も、低侵襲治療の割合の増加や、放射線療法・薬物療法の外来移行が継続すると見込まれ、がん患者において、入院患者数は減少し、外来患者数は増加することが見込まれる。

⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み

2040 年に向けて、三大療法の内、手術療法の需要は 2025 年比で５%減少すると見込まれる[4]。これは、院内がん登録を用いた将来の手術療法の実施割合の推計において、小児を除いた手術療法の実施割合が減少しているためである。一方で、放射線療法や薬物療法の需要は 2025 年比でそれぞれ 24%及び 15%増加することが見込まれる[4]。これは、院内がん登録を用いた将来の放射線療法及び薬物療法の実施割合の推計において、高齢がん患者への実施割合が増加しているためである。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）
受療者数 （万人） ※1	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)

※1：将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14 歳、15 歳～64 歳、65 歳～74 歳、75 歳～84 歳、85 歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016 年～2023 年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合（全国）を乗算して算出した推計値であり、初期治療として三大療法を実施した患者数であることに留意。

手術療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、前述の通り、人口構造の変化が異なる東京都と沖縄県の２都県で増加する一方で、その他の 45 道府県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、大都市部の 54%、地方都市部の 92%、過疎地域の 98%で需要が減少することが見込まれる。

放射線療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。二次医療圏単位では、過疎地域の 22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

[4] 全国がん登録のがん罹患率データ(2016 年-2021 年)、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（2020-2054 年）を用いて作成したがん罹患者数推計と、2016 年-2023 年の期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696 施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した 2050 年までの実施割合の推計を乗算した、推計上の数値。将来推計にあたり、より多くのデータポイントを有し、かつ直近までの数値が収集されている院内がん登録のデータを採用した。

薬物療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、46 都道府県で増加する一方で、秋田県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の 88%で需要が増加する一方で、過疎地域の 70%で需要が減少することが見込まれる。

上述のように、将来のがん患者に対する三大療法の需要は、都道府県単位・二次医療圏単位で異なる。都道府県は、都道府県単位・二次医療圏単位の将来のがん患者に対する三大療法を中心としたがん医療の需要について、予測・把握することが必要である。

2) がん医療の供給について

① 三大療法別の供給見込み

三大療法を主に担う医師数は、下表の通りとなることが見込まれている。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)
受療者数 (万人) (再掲)	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)
医師数 (万人) ※1	●	(●%) ※3	●	(●%) ※4	– ※5	– ※5
必要 医師数 ※2 (万人)	●	※3	●	※4	– ※5	– ※5
医師数 過不足 ※2 (万人)	–	●	–	●	– ※5	– ※5

検討会にて、学会よりご発表いただいた数値を検討会後記載予定

※1：2015 年から 2024 年の専門医数の変化率が 2040 年まで継続すると仮定した場合の見込みの専門医数を記載。
※2:検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定
※3:手術療法：日本消化器外科学会[5]に所属する医師数[6]
※4:放射線療法：放射線治療専門医数
※5:薬物療法は、薬物療法専門医のほか、がん診療を担う薬物療法専門医ではない医師が中心となって提供されている。薬物療法専門医ではない医師が現状どの程度薬物療法を担っているのか、現状、評価が困難であるため空欄とした。

[5] がん患者に対する手術療法は多くの診療科で提供されているが、2022 年の医師・歯科医師・薬剤師統計において、消化器外科医は外科医の約 7 割を占めていることに加え、近年特に減少が著しいため、本項目は日本消化器外科学会を対象とした。
[6] 2020 年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015 年から 2024 年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数を記載。

（ⅰ）手術療法

医師の総数が 2022 年時点で 34.3 万人（2012 年時点で 30.3 万人）と、過去 10 年間で 13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去 10 年間ほぼ変わっておらず、特に消化器外科医については、2022 年時点で約 1.9 万人（2012 年時点で約 2.1 万人）と、過去 10 年間で 10%減少している。さらに、40 歳未満の若手消化器外科医については、減少幅がより大きく、過去 10 年間で 15%減少している。日本消化器外科学会によると、消化器外科医は現状 60 歳代が最も多く、今後、診療の中心を担うものと考えられる 65 歳未満の消化器外科医の数は減少すると予測されている。現状の傾向に変化がなければ、65 歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040 年には 2025 年比で約●千人（●%）減少すると予測され、全国で外科医不足が報告されている中で、今後、外科医不足に更に拍車がかかるものと見込まれる[7]。

（ⅱ）放射線療法

放射線療法の需要は、2040 年に 2025 年比で 24%増加する事が見込まれる中、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040 年に●千人まで増加（2025 年比で●%増加）することが見込まれており、放射線療法を提供する医師数という観点では●と考えられる[8]。

一方で、放射線療法を提供するにあたっては、高額な放射線治療装置が必要となる。放射線治療装置は、●年時点で、全国で●台配置されているが、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置１台あたりの患者数にばらつきが大きく、放射線治療装置の効率的な配置を検討する必要がある[9]。

（ⅲ）薬物療法

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない内科や外科、小児科、婦人科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科頭頸部外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、歯科口腔外科等の診療科の医師が中心となって提供されている。このような薬物療法専門医ではない医師が現状どの程度薬物療法を提供しているのか、定量的に評価することは困難である。日本臨床腫瘍学会によると、薬

[7] 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定
[8] 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定
[9] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「各国の一施設当たりの平均外照射装置数」

物療法専門医数は、2040 年に向けて増加すると予測されている[10]一方で、他の診療科の医師の推計は現状できておらず、薬物療法が高度化している中で薬物療法の需要の増加（2025 年比で 15%増加）に対応するだけの、薬物療法の担い手が確保できない懸念がある。

また、近年、遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。実際に、がん遺伝子パネル検査の薬事審査の過程を経て、検査の分析性能が担保された遺伝子変異の項目数も増加している。これらについては、エキスパートパネルでの検討を経ずとも、質の高いがんゲノム医療を提供することが可能となりつつある。がんの標準治療を提供することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が提供できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。現在のがんゲノム医療中核拠点病院等の施設数の推移を鑑みると、2025 年６月現在の 282 施設から、拠点病院等を網羅する約 460 施設に拡大するまで、2037 年頃までかかることが見込まれる。

3)がん医療の需給バランスを維持するための方策について

① 三大療法別の方策

（ｉ）手術療法

手術療法に関しては、構成比率の高い 60 歳以上の消化器外科医が、今後臨床現場を離れることが見込まれる中、需要に見合う消化器外科医数を維持するためには、日本消化器外科学会の試算に基づくと、少なくとも毎年●人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の●人から追加で●人の確保が必要となる[11]。消化器外科医の新たな成り手が増加しない原因としては、長時間労働等によりワーク・ライフ・バランスの確保が難しいこと、給与が勤務量に見合っていないこと等が挙げられている[12]。関連学会や医療機関等では、複数主治医制による業務分担の推進や、個人へのインセンティブ導入といった取組等を実施しているところである[13]。また、次章「3. 高度な医療技術を伴うがん医療について」にて詳述するが、高度な医療技術の質の確保するために、限られた医療資

[10] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本臨床腫瘍学会提出資料「がん薬物療法専門医数と分布の予測」

[11] 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

[12] 令和５年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究　日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証総括研究報告書「表 17　希望していた基本領域を選択しなかった理由」

[13] 第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会　日本消化器外科学会提出資料「働き方改革とインセンティブ導入による消化器外科医の増加」

源を集約化することが、需給バランスを維持する方策にもつながると考えられる。2040 年に向けた手術療法の需要の見込みは、地域毎に異なるため、都道府県は、都道府県がん診療連携拠点病院・大学等と連携し、地域における手術件数や外科医の配置状況を正確に把握し、住民のアクセスも考慮しながら、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的に手術療法を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することが必要である。

（ⅱ）放射線療法

放射線療法に関しては、2040 年に向けて需要の増加が見込まれる中、都道府県は地域毎の需要を予測しながら、効率的な放射線療法の提供体制を構築することが望まれる。現状、効率良く放射線治療装置を使用できていると考えられる施設における放射線治療装置１台あたりの年間平均患者数●人をもとにすると、2040 年に向け、●台（対●年で●%増加）の放射線治療装置数が必要と見込まれる[14]。このため、地域毎に、放射線療法の需要を予測し、放射線治療装置の配置を適切に見直していくことが望まれる。特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる過疎地域や、放射線療法の需要が増加することが見込まれるもののがん患者数が少ない地域等では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定されることから、都道府県内で適切な放射線療法の提供体制を検討する必要がある。そのため、都道府県は都道府県がん診療連携拠点病院・大学等と連携し、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者数等といった情報を正確に把握し、あらかじめ放射線治療施設の関係者と医療政策を担う都道府県が情報を共有することにより、効率的な配置を計画的に検討することが必要である。また、放射線治療装置の更新を中止する施設がある地域では、がん患者が放射線療法を引き続き受療できるよう、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の放射線治療施設へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切な放射線療法の提供体制を整えることが重要である。加えて、周辺の放射線治療施設が、がん患者の増加に対応できるよう、事前に放射線治療装置の更新の中止を含む放射線療法の提供体制に係る情報を共有できる仕組みを構築する必要がある。

（ⅲ）薬物療法

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科といった、その他診療科の医師が中心

[14] 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

となって提供されている現状がある。しかしながら、消化器外科医の減少に鑑みると、現状の薬物療法の提供体制を今後も維持するためには、薬物療法を提供できる医師の確保が重要となる。また、過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に通院する必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。

がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

② 集学的治療

三大療法別の需給バランスを維持するための方策としては上述の通りであるが、集学的治療の観点から、都道府県は三大療法別の需給バランスを総合的に把握した上で、集学的治療が必要ながん患者に対して当該治療を提供できるよう、がん医療提供体制を構築することが重要である。

3. 高度な医療技術を伴うがん医療について

我が国ではこれまで、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた、がん医療提供体制の構築を進めてきた。その中で、がん患者に対する治療実績の蓄積により、三大療法について、以下の報告が述べられている。

1) 手術療法

手術療法に関しては、外科系学会が合同で設立した手術症例データベース（National Clinical Database: NCD）の解析によると、高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと、日本癌治療学会より報告されている[15]。この要因としては、手術件数の多い病院で勤務する外科医は、高度な技能を有する医師の下で診療に従事し、豊富な経験を積むことができる点や、多くの医療従事者による細やかなケアと集中治療を受けられている点があげられる。高度な手術や新たなモダリティを用いた治療については、提供する医療機

[15] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本癌治療学会提出資料「本邦での消化器がん（消化管）における集約化の対象となりうる手術術式」「婦人科の手術に関する集約化と均てん化」

関を集約化し、知見・経験を集積することで、がん患者に安全な手術療法を提供することが望まれる。

2) 放射線療法

放射線療法に関しては、強度変調放射線治療（IMRT）や定位放射線治療等の精度の高い放射線療法について、治療患者数が多い施設においては、複雑な症例や有害事象への対応に関する知見・経験が蓄積されることで、治療成績の向上や有害事象の発生率の減少等が、日本放射線腫瘍学会より報告されている[16]。現状においても、学会が認定した施設等に一定数症例が集約されている。また、放射線治療装置等、高額な医療設備が必要な医療に関しては効率性の観点から、集約化して提供体制を構築することが望ましい。

3) 薬物療法

薬物療法に関しては、近年使用されるようになった免疫チェックポイント阻害薬について、治療症例数が多い医療施設では有害事象による死亡率が低いと、日本臨床腫瘍学会より報告されており[17]、重篤な有害事象を発症する可能性がある薬剤については一定数症例を集約することが望まれる。また、新規に使用可能となる薬剤に関しても提供する医療機関を集約し、知見・経験を集積することでがん患者に安全な薬物療法を提供することが望まれる。

4. 今後の方向性について

1) 基本的な考え方

国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。

2040 年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進す

[16] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について」
[17] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本臨床腫瘍学会提出資料「集約化による副作用の軽減」

る。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。

また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院（かかりつけ医を含む）で提供されるよう取り組んでいく。

外科医の減少が見込まれる中で、集約化せずにこれまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供できている手術療法ですら維持できなくなる恐れがある。したがって、上述のような基本的な考え方に基づいて、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるように、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

2) 特に集約化の検討が必要な医療についての考え方

医療需給の観点では、症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等は、効率性の観点から集約化が望ましい。また、消化器外科領域等のような症例数が多いが、医師数が不足することが見込まれる診療領域に関しては、新たな成り手の確保が喫緊の課題であり、勤務環境等を整備するために、当該診療領域に関してのがん医療を提供する医療機関は集約化する等といった医療施設の適正な配置を推進することが望ましい。

医療技術の観点では、がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や高度な医療技術が必要である場合等について、集約化して症例数や知見・経験を蓄積することが望ましい。また、放射線治療装置のように、がん医療を提供する際に高額な医療機器や専用設備等を用いる技術は、導入及び維持にコストがかかるため、将来における放射線療法の需要を考慮し、集約化して提供することが望ましい。

特に集約化の検討が必要な医療の提供主体については、提供する医療を「都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療」と「がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療」に分類の上、前者については、国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院、地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院が担うことが想定される。後者については、拠点病院等や、地域の実情によってはそれ以外の医療機関が担うことが想定される。地域によっては、拠点病院等以外もがん

診療を担っている実情を踏まえて、上記の分類を参考に想定される医療機関の役割分担については、後述のように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。）において十分な議論が必要である。

※小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等については、国単位で集約することが望ましい。

3) 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方

がん予防や支持療法・緩和ケア等は、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましく、特に、今後増加することが推測される高齢のがん患者に対しては、望んだ場所で適切な治療及びケアを受けられるよう、身近な診療所・病院で提供されることが望ましい。

4) 2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

がん診療提供体制のあり方に関する検討会で、関連学会からヒアリングした内容をもとに、資料５に例を記載する。

5. 都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について

1) 都道府県協議会の体制

都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として主体的に都道府県協議会の運営を担うこと。また、都道府県も事務局に参画し、拠点病院等と連携すること。

都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者・患者団体等の関係団体の参画を必須とすること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得る必要がある。

2) 都道府県協議会での協議事項

「4. 今後の方向性」を踏まえて、別途国から提供する将来の人口推計や、都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録のデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。

都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置

数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析[18]も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと[19]。

がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。

2040 年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましい。

3）都道府県協議会事務局の役割

別途国から提供される都道府県協議会での議論に資するデータの整理に加え、都道府県を含む都道府県協議会事務局においては、主体的にがん医療提供体制に係るデータの収集・分析を行うこと。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論を実施できるように考慮すること。

都道府県協議会で整理・明確化した、がん種ごとに役割分担する医療機関について、国民に広く周知すること。また、がん患者を紹介する医療機関（がん検診を実施する医療機関を含む）にも都道府県内で役割分担する医療機関を周知し、がん患者が適切な医療機関で受療できるように努めること。

都道府県内のがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行うこと。

医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、国民に提供することで、がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるように努めること。

---

[18] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について」

[19] 一般的に放射線治療装置の耐用年数は 10～15 年程度であることを踏まえると、毎年●台程度の更新の検討が必要となる。

都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療について、均てん化・集約化の推進の進捗状況（受療動向の変化等）を、院内がん登録等の情報を用いて継続的に確認すること。

当該都道府県における医療計画の改定に向けて、都道府県協議会での、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備に関する協議結果を、都道府県に提出すること。

4）がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

身近な診療所・病院と、集約化の検討が必要な医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となる。

がん患者にとって身近な診療所・病院では、拠点病院等と連携し、がん予防や支持療法・緩和ケア等を提供していくことが重要となる。拠点病院等は、がん予防や支持療法・緩和ケア等を身近な診療所・病院でがん患者が受療できるように、これらのがん医療に係る研修を積極的に実施することが望ましい。また、離島やへき地などの過疎地域に居住するがん患者が、オンラインで専門医に相談できるといった、医療 DX の活用が求められる。

2040 年に向けて、更なる生産年齢人口の減少に伴い、医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれる。持続可能ながん医療提供体制

の構築のためには、医療 DX 等による業務効率化、拠点病院等を中心とした人材の育成への積極的な取組が重要である。

2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化について、国は、都道府県協議会での議論及び均てん化・集約化の進捗状況の確認を実施することが重要である。その結果を、がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループへ提出し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の改訂に向けた検討を実施する。

なお、2040 年を見据えた持続可能ながん医療提供体制の構築には、都道府県で正確なデータに基づいた十分な検討・調整が必要であることから、国においては、都道府県協議会等に対し、継続的に好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供等の技術的支援を行うべきである。さらに、持続可能ながん医療提供体制を構築するためには、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援が必要であり、国においては、引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

6. 総括

第４期基本計画における全体目標の「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を達成するため、都道府県及び都道府県協議会は、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるように配慮しつつ、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を検討することが重要である。また、国及び国立がん研究センターは、都道府県がん診療連携協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を継続的に行うことが重要である。

第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料5
令和7年6月23日	

2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例(案)

		手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療		・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
	都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がんに対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がんに対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療(組織内照射)	・高度な薬物療法(特殊な二重特異性抗体治療等)	
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療		消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療(腔内照射) ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・妊孕性温存療法
更なる均てん化が望ましい医療		・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理(尿道カテーテルや尿路ストーマの管理)

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。
(監修)一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	参考資料 1
令和７年６月 23 日	

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

１． 趣旨

全国どこにいても質の高い医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等及びがんゲノム医療中核拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の整備が進められ、がん医療提供体制の充実が図られてきたところである。

第４期のがん対策推進基本計画（令和５年３月 28 日閣議決定）においては、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進するとされている。

本検討会においては、拠点病院等を中心とした、今後のがん診療提供体制のあり方について、各地域の医療提供体制の実状を踏まえ、検討することとする。

２． 検討事項

（１）拠点病院等の評価と指定要件の見直しについて
（２）がん医療分野の諸課題について
（３）その他

３． 構成員の構成

（１）本検討会の構成員は、別紙の名簿に記載の構成員により構成する。
（２）本検討会の構成員は、10 名程度とする。
（３）本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
（４）座長に事故があるときは座長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
（５）必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

４． 構成員の任期等

（１）構成員の任期は２年とする。
（２）構成員は再任することができる。

５． 検討会の運営等

（１）本検討会は、厚生労働省健康・生活衛生局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
（２）本検討会の庶務は、健康・生活衛生局がん・疾病対策課において行う。
（３）本検討会は、必要に応じ、ワーキンググループを設置できるものとする。
（４）本検討会は、原則公開するとともに、議事録を作成・公表する。ただし、特定の者に不当な利益又は不利益をもたらすおそれがある場合等はこの限りではない。また、座長が必要と認めた際には、電子メール等の手段により構成員の意見を集約する等の持ち回り開催を行うことができる。
（５）この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康・生活衛生局長と協議の上、定める。

別紙

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」構成員名簿

天野　慎介	一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長
家保　英隆	高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監
岡　俊明	一般社団法人日本病院会　副会長
川上　純一	公益社団法人日本薬剤師会　副会長
佐野　武	公益財団法人がん研究会有明病院　病院長
茂松　茂人	公益社団法人日本医師会　副会長
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
土岐　祐一郎	国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学　教授
野田　龍也	公立大学法人奈良県立医科大学公衆衛生学講座　准教授
橋本　美穂	公益社団法人日本看護協会　常任理事
東　尚弘	国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授
松本　公一	国立研究開発法人国立成育医療研究センター小児がんセンターセンター長
間野　博行	国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
村松　圭司	千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

（五十音順・敬称略）

第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	参考資料 2
令和 7 年 6 月 23 日	

「第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」

参考人名簿

調　　憲　　一般社団法人日本癌治療学会　副理事長

宇野　隆　　公益社団法人日本放射線腫瘍学会　理事長

（敬称略）

第 19 回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会

議事次第

日　時：令和７年７月 25 日（金）10:00～12:00

場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

１ 開 会

２ 議 題

（１） 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（案）

（２） 第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループからの報告

（３） その他

【資料】

議事次第

資料１ 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するこれまでの議論について

資料２ 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（案）

資料３ 2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料

資料４ 第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループからの報告

参考資料１ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

第19回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料1
令和7年7月25日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するこれまでの議論について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 全国どこにいても質の高い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整備が進められてきた。
- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進することとされており、今後のがん診療提供体制について検討中。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化について
第17回	令和7年3月21日	• がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について • 3大療法について(関係学会より発表) • がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理(骨子案)について
第18回	令和7年6月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書(案)について
第19回	令和7年7月25日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○:座長

浅香　えみ子 公益社団法人日本看護協会　常任理事
※令和7年7月10日付けで橋本美穂氏から交代

天野　慎介　一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長

家保　英隆　高知県理事(保健医療担当)兼健康政策部医監

岡　俊明　一般社団法人日本病院会　副会長
※令和7年6月10日付けで泉並木氏から交代

川上　純一　公益社団法人日本薬剤師会　副会長

佐野　武　公益財団法人がん研究会有明病院　病院長

茂松　茂人　公益社団法人日本医師会　副会長

藤　也寸志　独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長

○ 土岐　祐一郎　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科
外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学教授

野田　龍也　学校法人関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座
主任教授

東　尚弘　国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授

松本　公一　国立研究開発法人国立成育医療研究センター
小児がんセンター センター長

間野　博行　国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
※令和7年5月23日付けで中釜斉氏から交代

村松　圭司　千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター　特任教授

第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会での主な意見

構成員からの主な意見	対応
全体を通して	
• がん医療の需給の推計について、対象となる三大療法や医師数の定義、推計方法を明確に報告書に記載する必要がある。	• 定義及び推計方法について詳細に記載。
都道府県協議会について	
• 事務局に都道府県が参画し、地域医療構想との連動を明確に報告書に記載する必要がある。	• 事務局の体制に「都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。」を記載。
• 都道府県が住民に都道府県内の診療実績の発信を実施するよう明確に報告書に記載する必要がある。	• 事務局の役割に「がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、住民に提供することに取り組むこと。」を記載。
• さらなる均てん化が求められる医療を提供する身近な診療所・病院と、拠点病院等や多職種・多機関との地域連携の強化が重要となり、地域連携を担う人材育成の強化について明確に報告書に記載する必要がある。	• 協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項に「関係機関間での情報共有や役割分担を含む連携体制の整備と地域連携を担う人材育成の強化が求められる。」を記載。
国が取り組む事項について	
• 集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国民の理解を得るために適切な情報発信をしていく明確な体制を報告書に記載する必要がある。	• 「集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要があり、今後具体的に検討すること。」を記載。
• 集約化に伴う国民のアクセスの確保について、国が取り組む事項について明確に報告書に記載する必要がある。	• 「都道府県協議会等に対し、継続的に好事例の共有、他の地域や医療機関との比較が可能となるようなデータの提供等の技術的支援並びに当該支援により提供されたデータの解釈及び活用方法について丁寧に説明を行うこと。」を記載。

第 19 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料 2
令和７年７月 25 日	

2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ（案）

令和７年７月●日
がん診療提供体制のあり方に関する検討会

目次

１．はじめに

２．今後のがん医療の需給について
　１）がん医療の需要について
　　① 日本の将来人口推計
　　② がん罹患者数の見込み
　　③ がん罹患者の地域特性
　　④ 入院・外来治療の需要動向
　　⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み
　２）がん医療の供給について
　　① 三大療法別の供給見込み
　　（ｉ）手術療法
　　（ii）放射線療法
　　（iii）薬物療法
　３）がん医療の需給バランスを維持するための方策について
　　① 三大療法別の方策
　　（ｉ）手術療法
　　（ii）放射線療法
　　（iii）薬物療法
　　② 集学的治療

３．高度な医療技術を伴うがん医療について
　１）手術療法
　２）放射線療法
　３）薬物療法

４．今後の方向性について
　１）基本的な考え方

２）特に集約化の検討が必要な医療についての考え方
３）更なる均てん化が望ましい医療についての考え方
４）2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

５．都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について
１）都道府県協議会の体制
２）都道府県協議会での協議事項
３）都道府県協議会事務局の役割
４）都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項

６．国が取り組む事項

７．総括

１．はじめに

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、国民の生命と健康にとって重大な問題となっている。そのため、昭和 59 年に策定された「対がん 10 か年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。また、がん対策の一層の充実を図るため、平成 18 年６月にがん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が制定され、平成 19 年６月には、基本法に基づき、がん対策推進基本計画が策定され、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和５年３月に策定された第４期がん対策推進基本計画（以下「第４期基本計画」という。）では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とし、「がん医療」分野の分野別目標として「それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。」ことを掲げ、持続可能ながん医療の提供を推進するよう取り組んでいる。第４期基本計画では、がん医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等[1]の役割分担を踏まえた集約化を推進する。」としており、「その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」としている。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）においては、85 歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が更に進む 2040 年を見据えたがん医療提供体制の構築について、令和６年 12 月より、がん医療の柱である三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）に係る関係学会からヒアリングを実施し、医療需給の観点と、医療技術の観点を踏まえて有識者による議論を進めてきた。検討会における議論を踏まえて、がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び喫緊で検討すべき内容について、ここにとりまとめる。

２．今後のがん医療の需給について

１）がん医療の需要について

①　日本の将来人口推計

[1] 拠点病院等は、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）を指す。

日本の総人口としては、2040 年に１億 1,283 万人と、2025 年の１億 2,325 万人と比べて８%減少することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口（15～64 歳）は、2040 年に 6,213 万人と、2025 年の 7,310 万人と比べて 15%減少し、65～84 歳は、2040 年に 2,922 万人と、2025 年の 2,945 万人とほぼ横ばいで推移し、85 歳以上は、2040 年に 1,006 万人と、2025 年の 707 万人と比べて 42%増加することが推計されている。また、東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84 歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

② がん罹患者数の見込み

がん罹患率は加齢とともに上昇するため、高齢化の進行に伴い、がん罹患者数は、2040 年に 105.5 万人と、2025 年の 102.5 万人と比べて３%増加することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口は、2040 年に 21.4 万人と、2025 年の 24.4 万人と比べて 12%減少し、65～84 歳は、2040 年に 58.2 万人と、2025 年の 60.1 万人とほぼ横ばいで推移し、85 歳以上は、2040 年に 25.8 万人と、2025 年の 17.8 万人と比べて 45%増加することが推計されている。また、2040 年以降は、がん罹患者数は緩やかに減少すると見込まれる。

③ がん罹患者の地域特性

地域別のがん罹患者数は、2040 年に向けて下表のとおりとなることが見込まれる[2]。

	全年代	64 歳以下	65～84 歳	85 歳以上
大都市部	88%の地域で増加（42/48 圏域）	90%の地域で減少（43/48 圏域）	67%の地域で増加（32/48 圏域）	全ての地域で増加（48/48 圏域）
地方都市部	59%の地域で減少（92/156 圏域）	97%の地域で減少（152/156 圏域）	90%の地域で減少（141/156 圏域）	全ての地域で増加（156/156 圏域）
過疎地域	98%の地域で減少（127/130 圏域）	全ての地域で減少（130/130 圏域）	98%の地域で減少（127/130 圏域）	98%の地域で増加（128/130 圏域）

2040 年に向けて、がん罹患者数は我が国全体では３%程度増加すると推計されるが、都道府県単位で見ると、がん罹患者数は都市部を中心に 16 都府県で増加する一方で、31 道県では減少が見込まれるなど地域性がある。さらに二次医療圏単位で

[2] 人口推計としては市町村別に推計されているものの、福島県いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村の 13 市町村については、ひとつの地域（「浜通り地域」）として集計されている。このため、これらの地域は、二次医療圏としては２圏域であるものの、１圏域として集計した。

は、大都市部[3]の 88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の 59%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。年齢階級別では、64 歳以下のがん罹患者数は、大都市部の 90%、地方都市部の 97%、全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84 歳のがん罹患者数は、大都市部の 67%で増加する一方で、地方都市部の 90%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。85 歳以上のがん罹患者数は、過疎地域の２%を除き、全ての二次医療圏で増加することが見込まれ、大都市部・地方都市部では増加率平均が 40%を超えることが見込まれる。

④　入院・外来治療の需要動向

2040 年に向けて、がん罹患者数は我が国全体では３%増加すると推計され、がんの外来患者数（１日あたりの医療機関の外来を受療した患者数）は今後も増加することが見込まれる。一方で、入院患者数（１日あたりの医療機関に入院している患者数）は鏡視下手術等による低侵襲治療の割合の増加等による平均在院日数の短縮の影響で減少しており、今後も、低侵襲治療の割合の増加が継続すると見込まれるため、１日あたりの入院患者数は更に減少する可能性がある。

⑤　三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み

三大療法別の需要は、下表のとおりとなることが見込まれる。

	手術療法※２		放射線療法※３		薬物療法※４	
	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)
初回治療 受療者数 （万人） ※１	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)

※１：将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14 歳、15～64 歳、65～74 歳、75～84 歳、85 歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016～2023 年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合を乗算した推計値である。将来推計にあたり院内がん登録は近年の数値まで収集されているため、院内がん登録の数値を採用した。初回治療とは腫瘍の縮小・切除を意図した組織に対する治療のうち、最初の診断に引き続き行われた治療計画等に記載された治療とする。なお、この範囲が不明確な場合は、病状が進行・再発したりするまでに施行されたか、あるいはおよそ４か月以内に施行されたものとする。また、各療法の定義（※２～４）の詳細は「院内がん登録標準登録様式 2016 年版」を参照すること。

※２：当該手術療法には、肉眼的視野下の外科的手技による病巣切除術（外科的治療）及び皮膚切開等により口腔や鼻腔等の自然開口部以外から挿入された光学機器の視野下で行われる病巣切除術（鏡視下治療）が含まれる。なお、自然開口部から挿入された光学機器を用いた病巣の切除等の観血的治療（内視鏡治療）は含まれない。

※３：当該放射線療法には、Ｘ線やγ線等の電磁放射線、陽子線や重イオン線等の粒子放射線、医療用ラジオアイソトープ等を用いた内照射療法による腫瘍縮小あるいは消失を目的とした治療が含まれる。腫瘍に対する照射が行われた場合は、緩和的な照射も含まれる。

※４：当該薬物療法には、抗悪性腫瘍薬や分子標的薬等による細胞毒性や増殖阻害によって、腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（化学療法）が、その投与経路は問わず含まれる。なお、特定のホルモン分泌の抑制により腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（内分泌療法）については、手術療法と薬物療法を区分できないため含まれない。

[3] 大都市部：人口が 100 万人以上（又は）人口密度が 2,000 人/km^2 以上、地方都市部：人口が 20 万人以上（又は）人口 10～20 万人（かつ）人口密度が 200 人/km^2 以上、過疎地域：上記以外

2040 年に向けて、がん罹患者数は我が国全体で３%増加することが推計される中、手術療法の需要は、2025 年比で５%減少すると見込まれる。これは、院内がん登録を用いた将来の手術療法の実施割合の推計において、生産年齢人口における手術療法の実施割合が減少する一方で、85 歳以上への手術療法の実施割合が今後もほぼ横ばいで推移すると見込まれるためである。都道府県単位では、前述のとおり、人口構造の変化が異なる東京都と沖縄県の２都県で増加する一方で、その他の 45 道府県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、大都市部の 54%、地方都市部の 92%、過疎地域の 98%で需要が減少することが見込まれる。

放射線療法の需要は、2025 年比で 24%増加すると見込まれる。これは、放射線療法が年齢階級別で実施割合に大きな差異がなく、かつ院内がん登録を用いた将来の放射線療法の実施割合の推計において、0～14 歳を除く全ての年齢階級で実施割合の増加が見込まれるためである。都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。二次医療圏単位では、過疎地域の 22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

薬物療法の需要は、2025 年比で 15%増加すると見込まれる。薬物療法は、全身状態や併存疾患、治療自体による身体的負担等から、高齢になるほど実施割合が低下する傾向にあるものの、院内がん登録を用いた将来の薬物療法の実施割合の推計において、放射線と同じく、0～14 歳を除く全ての年齢階級で実施割合の増加が見込まれる。都道府県単位では、46 都道府県で増加することが見込まれる。二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の 88%で需要が増加する一方で、過疎地域の 70%で需要が減少することが見込まれる。

上述のように、将来のがん患者に対する三大療法の需要は、都道府県単位・二次医療圏単位で異なる。都道府県は、都道府県単位・二次医療圏単位の将来のがん患者に対する三大療法を中心としたがん医療の需要について、予測・把握することが必要である。

2）がん医療の供給について

① 三大療法別の供給見込み

三大療法を主に担う医師数は、下表のとおりとなることが見込まれる。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）	2025 年	2040 年 見込み （2025 年比）
初回治療 受療者数 （万人） （再掲）	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)
医師数 （万人）	1.52	0.92 (61%) ※１	0.14	0.20 (143%) ※２	－ ※５	－ ※５
必要医師数 （万人）	－	1.44 ※３	－	0.17 ※４	－	－ ※５
医師の 過不足数 （万人）	－	0.52 不足 ※６	－	0.03 充足 ※７	－	－ ※５

※１：がん患者に対する手術療法は多くの診療科で提供されているが、2022 年の医師・歯科医師・薬剤師統計において、消化器外科医は外科医の約７割を占めていることに加え、近年特に減少が著しいため、本項目は日本消化器外科学会に所属する医師数を対象とした。日本消化器外科学会においては、平均入会者数は毎年 500 人程度である。一方で、定年に達する人数は毎年 440～500 人程度、中途退会者数は毎年 450 人程度と推計され、65 歳以下の医師は毎年約 400 人減少すると推計され、現状の傾向に変化がなければ、65 歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040 年に 0.92 万人まで減少（2025 年比で 39%減少）すると推計される。なお、2020 年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015 年から 2024 年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、専門医数ではなく、日本消化器外科学会に所属する医師数を記載。

※２：放射線治療専門医数は、新規専門医取得者数から引退者数を減算すると、毎年約 40 名増加することが推計され、現状の傾向に変化がなければ、放射線治療専門医数は、2040 年に 0.2 万人まで増加（2025 年比で 43%増加）すると推計される。

※３：2040 年の手術療法の需要に対応するために必要な日本消化器外科学会に所属する 65 歳以下の医師数を次のとおり機械的に算出した。（1.52 万人（2025 年の医師数）×95%（2025 年比の 2040 年の手術療法の需要見込み）＝1.44 万人）

※４：2040 年の放射線療法の需要に対応するために必要な放射線治療専門医数を次のとおり機械的に算出した。（0.14 万人（2025 年の専門医数）×124%（2025 年比の 2040 年の放射線療法の需要見込み）＝0.17 万人）

※５：薬物療法は、様々な診療科の医師が提供しているため、定量的に提供者の数を算出することが困難であるため空欄とした。

※６：0.92 万人（2040 年に日本消化器外科学会に所属する 65 歳以下の医師数の見込み）－1.44 万人（2040 年に必要な日本消化器外科学会に所属する 65 歳以下の医師数）＝－0.52 万人

※７：0.20 万人（2040 年の放射線治療専門医の見込み）－0.17 万人（2040 年に必要な放射線治療専門医の見込み）＝＋0.03 万人

（ｉ）手術療法

医師の総数が 2022 年時点で 34.3 万人（2012 年時点で 30.3 万人）と、過去 10 年間で 13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去 10 年間ほぼ変わっておらず、特に消化器外科医については、2022 年時点で約 1.9 万人（2012 年時点で約 2.1 万人）と、過去 10 年間で 10%減少している。さらに、40 歳未満の若手消化器外科医については、減少幅がより大きく、過去 10 年間で 15%減少している。日本消化器外科学会によると、消化器外科医は現状 60 歳代が

最も多く、今後、診療の中心を担うものと考えられる 65 歳未満の消化器外科医の数は減少すると予測されている。今後も、後述の消化器外科医の新たな成り手が増加せず、現状と同様の状況が継続すれば、65 歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040 年に 0.92 万人まで減少（2025 年比で 39%減少）すると予測される。

（ⅱ）放射線療法

放射線療法の需要は、2040 年に 2025 年比で 24%増加する事が見込まれる中、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040 年に 0.2 万人まで増加（2025 年比で 43%増加）することが見込まれている。

一方で、放射線療法を提供するにあたっては、高額な放射線治療装置が必要となる。放射線治療装置は、2019 年時点で、全国で約 1,100 台配置されているが[4]、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置 1 台あたりの患者数にばらつきが大きく、放射線治療装置の効率的な配置を検討する必要がある[5]。

（ⅲ）薬物療法

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、必ずしも薬物療法専門医ではない内科や外科、小児科、婦人科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科頭頸部外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科等の診療科の医師が中心となって提供されている。このような薬物療法専門医ではない他の診療科の専門医が現状どの程度薬物療法を提供しているのか、定量的に評価することは困難である。日本臨床腫瘍学会によると、薬物療法専門医数は、2040 年に向けて増加すると予測されている[6]一方で、薬物療法専門医ではないものの薬物療法を行っている医師数の推計は把握できておらず、薬物療法が高度化している中で薬物療法の需要の増加（2025 年比で 15%増加）に対応するだけの、薬物療法の担い手が確保できない懸念がある。

また、近年、遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。このため、がんの標準治療を提

[4] 日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の 2019 年定期構造調査報告より、960 台（回答施設の放射線治療装置台数の合計）÷87%（調査報告回答率）＝約 1,103 台と算出。
[5] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「各国の一施設当たりの平均外照射装置数」
[6] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本臨床腫瘍学会提出資料「がん薬物療法専門医数と分布の予測」

供することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が提供できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。現在のがんゲノム医療中核拠点病院等の施設数の推移を鑑みると、2025 年６月現在の 282 施設から、拠点病院等を網羅する約 460 施設に拡大するまで、2037 年頃までかかることが見込まれる。

３）がん医療の需給バランスを維持するための方策について

①　三大療法別の方策

（ⅰ）手術療法

手術療法に関しては、構成比率の高い 60 歳以上の消化器外科医が、今後臨床現場を離れることが見込まれる中、需要に見合う消化器外科医数を維持するためには、日本消化器外科学会の試算に基づくと、集約化やタスクシフトが進まない前提であれば、少なくとも毎年 900 人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の 500 人から追加で 400 人の確保が必要となる[7]。消化器外科医の新たな成り手が増加しない原因としては、長時間労働等によりワーク・ライフ・バランスの確保が難しいこと、給与が勤務量に見合っていないこと等が挙げられている[8]。関連学会や医療機関等では、複数主治医制による業務分担の推進や、個人へのインセンティブ導入といった取組等を実施しているところである[9]。また、次章「３．高度な医療技術を伴うがん医療について」にて詳述するが、高度な医療技術の質を確保するために、限られた医療資源を集約化することが、需給バランスを維持する方策にもつながると考えられる。2040 年に向けた手術療法の需要の見込みは、地域ごとに異なるため、都道府県は、都道府県がん診療連携拠点病院をはじめとした拠点病院等と連携し、地域における手術件数や外科医の配置状況を正確に把握し、住民のアクセスも考慮しながら、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的に手術療法を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することが必要である。

（ⅱ）放射線療法

放射線療法に関しては、2040 年に向けて需要の増加が見込まれる中、都道府県は地域ごとの需要を予測しながら、効率的な放射線療法の提供体制を構築する

---

[7] 日本消化器外科学会に所属する医師で定年に達する数は毎年 440～500 人、中途退会予測医師数は過去値から毎年 450 人と推計されるため、今後は毎年 900 人の医師が減少する。医師数を維持するには 900 人の新規入会者数が必要となり、近年の平均入会者数は 500 人程度であるため、これに加え、毎年新たに 400 人の新規入会者が必要となる。

[8] 令和５年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究 日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証総括研究報告書「表 17 希望していた基本領域を選択しなかった理由」

[9] 第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会　日本消化器外科学会提出資料「働き方改革とインセンティブ導入による消化器外科医の増加」

ことが望まれる。放射線治療装置１台あたりの年間照射患者数の適正数は、250～300 名と報告されており[10]、この基準を用いた場合、放射線療法の需要の増加を踏まえて 2040 年に必要となる放射線治療装置数は 1,190～1,428 台となり、2019 年時点の放射線治療装置配置数 1,100 台と比較して８～30%の増加が必要と見込まれる[11]。このため、地域ごとに、放射線療法の需要を予測し、放射線治療装置の配置を適切に見直していくことが望まれる。特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる地域や、がん患者数が少ない地域では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定されることから、都道府県内で、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討する必要がある。そのため、都道府県は都道府県がん診療連携拠点病院をはじめとした拠点病院等と連携し、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者数等といった情報を正確に把握し、あらかじめ放射線治療施設の関係者と医療政策を担う都道府県が情報を共有することにより、効率的な配置を計画的に検討することが必要である。また、放射線治療装置の更新を中止する施設がある地域では、がん患者が放射線療法を引き続き受療できるよう、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の放射線治療施設へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切な放射線療法の提供体制を整えることが重要である。加えて、周辺の放射線治療施設が、がん患者の増加に対応できるよう、事前に放射線治療装置の更新の中止を含む放射線療法の提供体制に係る情報を共有できる仕組みを構築する必要がある。また、より短期間で照射を完了する放射線療法[12]の研究を推進するとともに、有効性・安全性が認められるものについて社会実装し、通院回数を減らすことで患者の負担を軽減させる取組を進めることが重要である。なお、放射線療法のうち外部照射だけでなく、内部照射についても将来の需要を見据えた提供体制の確保を検討することが重要である。

（ⅲ）薬物療法

[10] 厚生労働省がん研究助成金計画研究班 「がんの集学治療における放射線腫瘍学 医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる基準構造」（2009 年）

[11] 第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「放射線治療患者数・放射線治療装置数の将来推計」（日本放射線腫瘍学会より、当該年の放射線治療患者数（再発治療を含む）は、当該年のがん罹患者数の 28%を占めると報告されている。2025 年も同様の割合と仮定した場合、103 万人（2025 年のがん罹患者数推計）×28%＝28.8 万人と推計される。2025 年から 2040 年に向けて放射線療法の需要が 124%に増加すると推計されるため、2040 年の放射線治療患者数は、28.8 万人（2025 年の放射線治療患者数推計）×124%（2025 年比の 2040 年の放射線療法の需要見込み）＝35.7 万人と推計される。放射線療法の需要の増加を踏まえて、2040 年に必要となる放射線治療装置数は、35.7 万人÷250～300 名（放射線治療装置１台あたりの年間照射患者数の適正数）＝1,190～1,428 台（2019 年時点の放射線治療装置配置数 1,100 台と比較して８～30%の増加）と推計される。

[12] 骨転移に対する緩和的放射線治療における単回照射の有効性や、乳がんにおける乳房部分切除後の全乳房照射及び前立腺がんの根治的放射線外照射等において、1 回線量を増やし、より短期間で照射を終了する寡分割照射の有効性が報告されている。

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の専門医が中心となって提供されている現状がある。しかしながら、消化器外科医等の薬物療法の提供者が減少している診療領域もあることに鑑みると、現状の薬物療法の提供体制を今後も維持するためには、薬物療法を提供できる医師の確保が重要となる。また、過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどしながら、均てん化に取り組むことが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。

がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

② 集学的治療

三大療法別の需給バランスを維持するための方策としては上述の通りであるが、医療の質を確保する観点から、都道府県は三大療法別の需給バランスを総合的に把握した上で、集学的治療が必要ながん患者に対して当該治療を提供できるよう、がん医療提供体制を構築することが重要である。

３．高度な医療技術を伴うがん医療について

我が国ではこれまで、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた、がん医療提供体制の構築を進めてきた。その中で、がん患者に対する治療実績の蓄積により、三大療法について、以下の報告が述べられている。

１）手術療法

手術療法に関しては、外科系学会が合同で設立した手術症例データベース（National Clinical Database: NCD）の解析によると、高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと、日本癌治療学会より報告されている[13]。この要因としては、手術件数の多い病院で勤務する外科医は、高度な技能を有する医師の下で診療に従事し、豊富な経験を積むことができる

[13] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本癌治療学会提出資料「本邦での消化器がん（消化管）における集約化の対象となりうる手術術式」「婦人科の手術に関する集約化と均てん化」

点や、多くの医療従事者による細やかなケアと集中治療を受けられている点が挙げられる。高度な手術や新たなモダリティを用いた治療については、提供する医療機関を集約化し、知見・経験を集積することで、がん患者に安全な手術療法を提供することが望まれる。

２）放射線療法

放射線療法に関しては、強度変調放射線治療（IMRT）や定位放射線治療等の精度の高い放射線療法について、治療患者数が多い施設においては、複雑な症例や有害事象への対応に関する知見・経験が蓄積されることで、治療成績の向上や有害事象の発生率の減少等が、日本放射線腫瘍学会より報告されている[14]。現状においても、学会が認定した施設等に一定数症例が集約されている。また、放射線治療装置等、高額な医療設備が必要な医療に関しては効率性の観点から、集約化して提供体制を構築することが望ましい。

３）薬物療法

薬物療法に関しては、近年使用されるようになった免疫チェックポイント阻害薬について、治療症例数が多い医療施設では有害事象による死亡率が低いと、日本臨床腫瘍学会より報告されており[15]、重篤な有害事象を発症する可能性がある薬剤については一定数症例を集約することが望まれる。また、新規に使用可能となる薬剤に関しても提供する医療機関を集約し、知見・経験を集積することでがん患者に安全な薬物療法を提供することが望まれる。

４．今後の方向性について

１）基本的な考え方

国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んできており、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。

2040 年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、

[14] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について」
[15] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本臨床腫瘍学会提出資料「集約化による副作用の軽減」

症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。

また、がん予防、リンパ浮腫診療等を含む支持療法・緩和ケア、低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。その際、かかりつけ医が一定の役割を担うことが重要である。

手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、集約化せずにこれまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。したがって、上述のような基本的な考え方に基づいて、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるように、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

２）特に集約化の検討が必要な医療についての考え方

医療需給の観点では、症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等は、効率性の観点から集約化が望ましい。また、消化器外科領域等のような症例数が多いが、医師数が不足することが見込まれる診療領域に関しては、新たな成り手の確保が喫緊の課題であり、勤務環境等を整備するために、当該診療領域に関してのがん医療を提供する医療機関は集約化するなど、医療施設の適正な配置を推進することが望ましい。

医療技術の観点では、がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や高度な医療技術が必要である場合等について、集約化して症例数や知見・経験を蓄積することが望ましい。また、放射線治療装置のように、がん医療を提供する際に高額な医療機器や専用設備等を用いる技術は、導入及び維持にコストがかかるため、将来における放射線療法の需要を考慮し、集約化して提供することが望ましい。

特に集約化の検討が必要な医療の提供主体については、提供する医療を「都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療」と「がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療」に分類の上、前者については、国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院、地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院が担うことが想定される。後者については、拠点病院等や、地域の実情によってはそれ以外の医療機関が担うことが想定される。地域によっては、拠点病院等以外もがん診療を担っている実情を踏まえて、上記の分類を参考に想定される医療機関の役割分担については、後述のように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。）において十分な議論が必要である。なお、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等については、国単位で集約化することが望ましい。

３）更なる均てん化が望ましい医療についての考え方

がん予防や支持療法・緩和ケア等は、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましく、特に、今後増加することが推測される高齢のがん患者に対しては、望んだ場所で適切な治療及びケアを受けられるよう、身近な診療所・病院で提供されることが望ましい。

４）2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

がん診療提供体制のあり方に関する検討会で、関連学会からヒアリングした内容をもとに、図１に例を記載する。

５．都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について

１）都道府県協議会の体制

都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。

都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体の参画を必須とし、主体的に協議に参加できるよう運営すること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得られるよう対応すること。

２）都道府県協議会での協議事項

「４．今後の方向性について」を踏まえて、国及び国立がん研究センターから提供される将来の人口推計や、都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録のデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。

都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析[16]も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと[17]。

がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。

2040 年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましい。

３）都道府県協議会事務局の役割

国から提供される都道府県協議会での議論に資するデータの整理に加え、主体的にがん医療提供体制に係るデータの収集・分析を行うこと。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論を実施できるように考慮すること。

都道府県協議会で整理・明確化した、がん種ごとに役割分担する医療機関について、住民に広く周知すること。また、がん患者を紹介する医療機関（がん検診を実

[16] 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会　日本放射線腫瘍学会提出資料「高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について」
[17] 一般的に放射線治療装置の耐用年数は 10～15 年程度であることを踏まえると、毎年約 70～110 台程度の更新の検討が必要となる。

施する医療機関を含む）にも都道府県内で役割分担する医療機関を周知し、がん患者が適切な医療機関で受療できるような体制を整備すること。

都道府県内のがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行うこと。

がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、住民に提供することに取り組むこと。

都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療について、均てん化・集約化の推進の進捗状況（受療動向の変化等）を、院内がん登録等の情報を用いて継続的に確認すること。

４）都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後もがん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、都道府県が中心となり、住民の理解を得るために、住民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

地域包括ケアシステムの観点から、患者が住み慣れた地域で質の高い医療を受け続けられるように、集約化の検討が必要な医療を提供する医療機関、患者の日頃の体調を把握している身近な診療所・病院のかかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となり、関係機関間での情報共有や役割分担を含む連携体制の整備と地域連携を担う人材育成の強化が求められる。

かかりつけ医と拠点病院等の専門医の更なる連携強化のためには、がん患者にとっ

て身近な診療所・病院における D to P with D によるオンライン診療[18]等、拠点病院等と連携し、がん予防や支持療法・緩和ケア等を提供していくことが重要となる。拠点病院等は、がん予防や支持療法・緩和ケア等を身近な診療所・病院でがん患者が受療できるように、これらのがん医療に係る研修を積極的に実施することが望ましい。また、離島やへき地等の過疎地域に居住するがん患者が、オンラインで専門医に相談できるといった、医療 DX の活用が求められる。

2040 年に向けて、更なる生産年齢人口の減少に伴い、医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれる。持続可能ながん医療提供体制の構築のためには、医療 DX 等による業務効率化、人材の育成及び地域における活用への積極的な取組が重要である。

がん患者が、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるよう、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含めた意思決定支援の提供体制の整備が重要である。

６．国が取り組む事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後もがん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要があり、今後具体的に検討すること。

都道府県協議会等に対し、継続的に好事例[19]の共有、他の地域や医療機関との比較が可能となるようなデータの提供等の技術的支援並びに当該支援により提供されたデータの解釈及び活用方法について丁寧に説明を行うこと。また、各都道府県協議会でのがん医療の均てん化・集約化の議論及び進捗状況を確認し、都道府県ごとの差異を把握した上で、都道府県におけるがん医療の均てん化・集約化に向けた取組を支援すること。

医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましく、特に、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等について、検討すること。

[18] 「D to P with D」とは、Doctor to Patient with Doctor を指し、専門医等による診察を受けることができるよう、患者側に主治医等の医師が同席する場合に、遠隔地にいる医師が診療を行う形態の遠隔医療をいう。
[19] がん患者の医療機関までのアクセスについての取組等

2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する方針を、がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループへ提出し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の改訂に向けて検討すること。

85 歳以上のがん罹患者に対して、全身状態や併存疾患、治療自体による身体的負担等を加味するとともに、本人・家族の意思を踏まえどのような治療法が最適であるか、また、療養環境の支援のあり方に関する研究を推進すること。

2040 年を見据えた持続可能ながん医療提供体制の構築には、都道府県で正確なデータに基づいた十分な検討・調整が必要であることから、都道府県協議会等に対し技術的支援を行いつつ、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援については、引き続き検討を行った上で、必要な予算の確保を図ること。

7．総括

第４期基本計画における全体目標の「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を達成するため、都道府県及び都道府県協議会は、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるように配慮しつつ、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を検討することが重要である。また、国及び国立がん研究センターは、都道府県協議会等に対し、検討に必要なデータの提供等の技術的支援を継続的に行うことが重要である。

（図１）2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例（案）

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="5">手術療法</th><th>放射線療法</th><th>薬物療法</th><th>その他の医療</th></tr>
<tr><td colspan="2">都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療</td><td colspan="5">・希少がんに対する手術</td><td>・粒子線治療
・ホウ素中性子捕捉療法</td><td>・小児がんに対する高度な薬物療法
・希少がんに対する薬物療法</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">都道府県での集約化の検討が必要な医療</td><td>消化器がん</td><td>呼吸器がん</td><td>乳がん</td><td>婦人科がん</td><td>泌尿器がん</td><td rowspan="2">・専用治療病室を要する核医学治療
・密封小線源治療（組織内照射）</td><td rowspan="2">・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）
・小児がんに対する標準的な薬物療法</td><td rowspan="2">・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ</td></tr>
<tr><td>・食道がんに対する食道切除再建術
・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術
・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術
・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術
・食道がんに対する光線力学療法</td><td>・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術
・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術
・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術
・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術</td><td>・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術
・高度な乳房再建術
・乳がんに対するラジオ波焼灼療法</td><td>・子宮頚がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術</td><td>・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術
・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術
・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術
・後腹膜悪性腫瘍に対する手術
・後腹膜リンパ節郭清術</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療</td><td>消化器がん</td><td>呼吸器がん</td><td>乳がん</td><td>婦人科がん</td><td>泌尿器がん</td><td>・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療
・精度の高い放射線治療以外の体外照射
・密封小線源治療（腔内照射）
・外来・特別措置病室での核医学治療
・緩和的放射線治療</td><td>・標準的な薬物療法
※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。
・がんゲノム医療
・二重特異性抗体治療</td><td>・妊孕性温存療法</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術
・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術
・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術</td><td>・肺がんに対する標準的な手術
・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術
・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術
・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術
・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検</td><td>・乳がんに対する標準的な手術</td><td>・子宮頚がんや子宮体がんに対する標準的な手術
・卵巣がんに対する標準的な手術</td><td>・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術
・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術
・尿路変向術、腎ろう造設術</td></tr>
<tr><td colspan="2">更なる均てん化が望ましい医療</td><td colspan="5">・腸閉塞に対する治療
・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療</td><td></td><td>・副作用が軽度の術後内分泌療法
・軽度の有害事象に対する治療</td><td>・がん検診
・がんリハビリテーション
・緩和ケア療法
・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）</td></tr>
</table>

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。

（監修）一般社団法人　日本癌治療学会、公益社団法人　日本放射線腫瘍学会、公益社団法人　日本臨床腫瘍学会

第19回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料3
令和7年7月25日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課

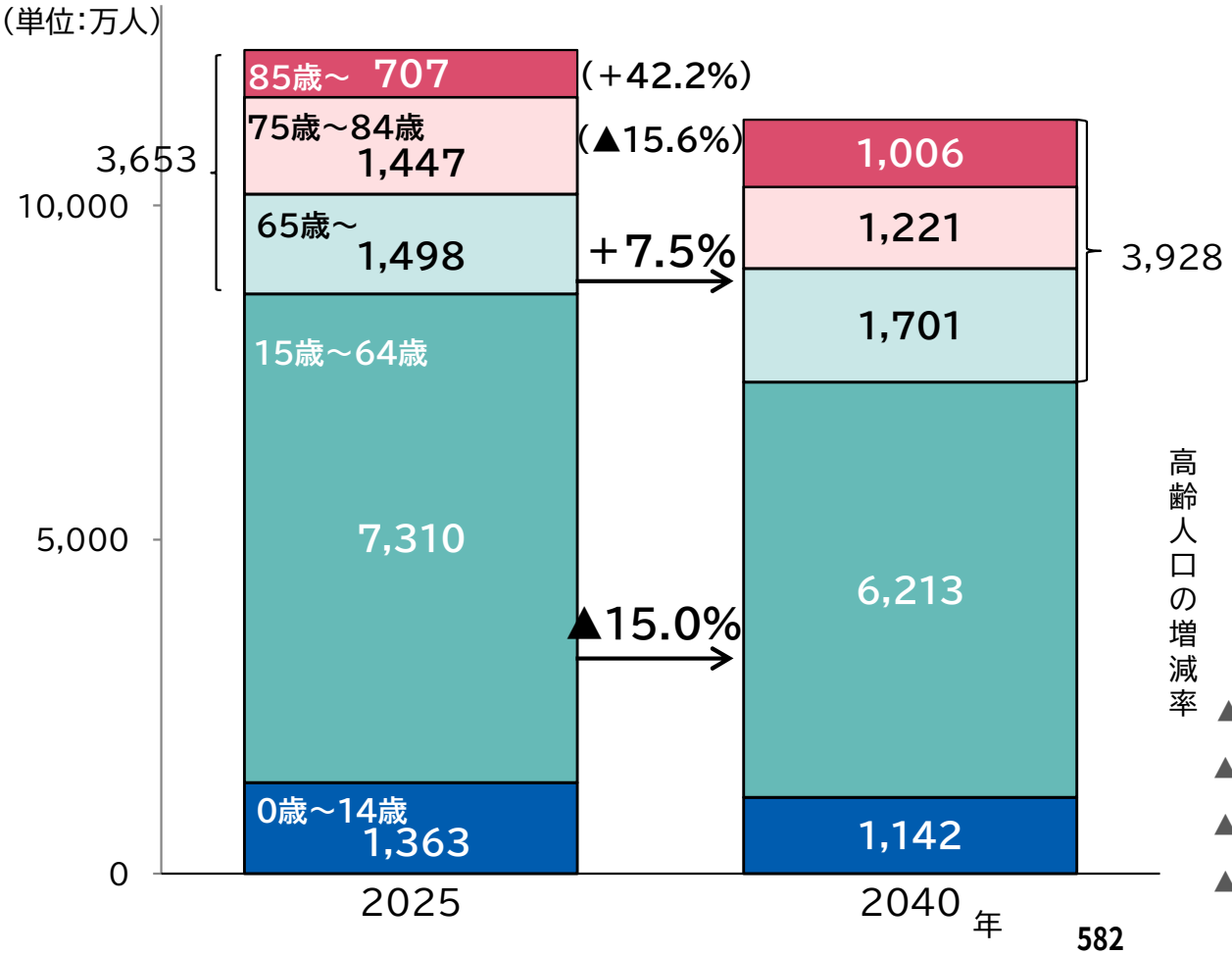
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2040年の人口構成について

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料1
令和6年8月26日	

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

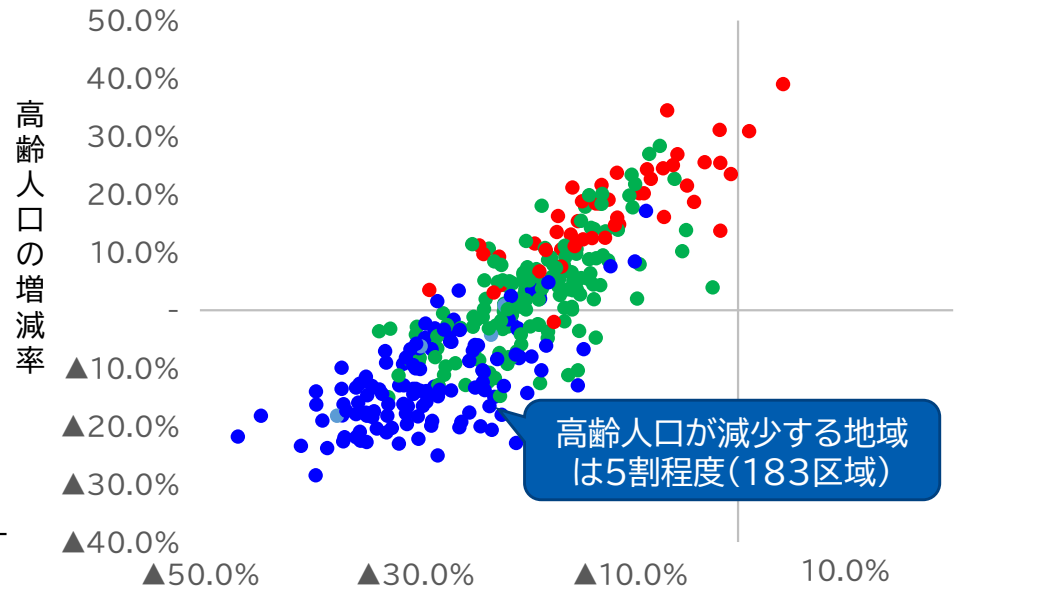
＜人口構造の変化＞



＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の増減率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市部	-11.9%	17.2%
●地方都市部	-19.1%	2.4%
●過疎地域	-28.4%	-12.2%

大都市部　:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km2以上
地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km2以上
過疎地域:上記以外

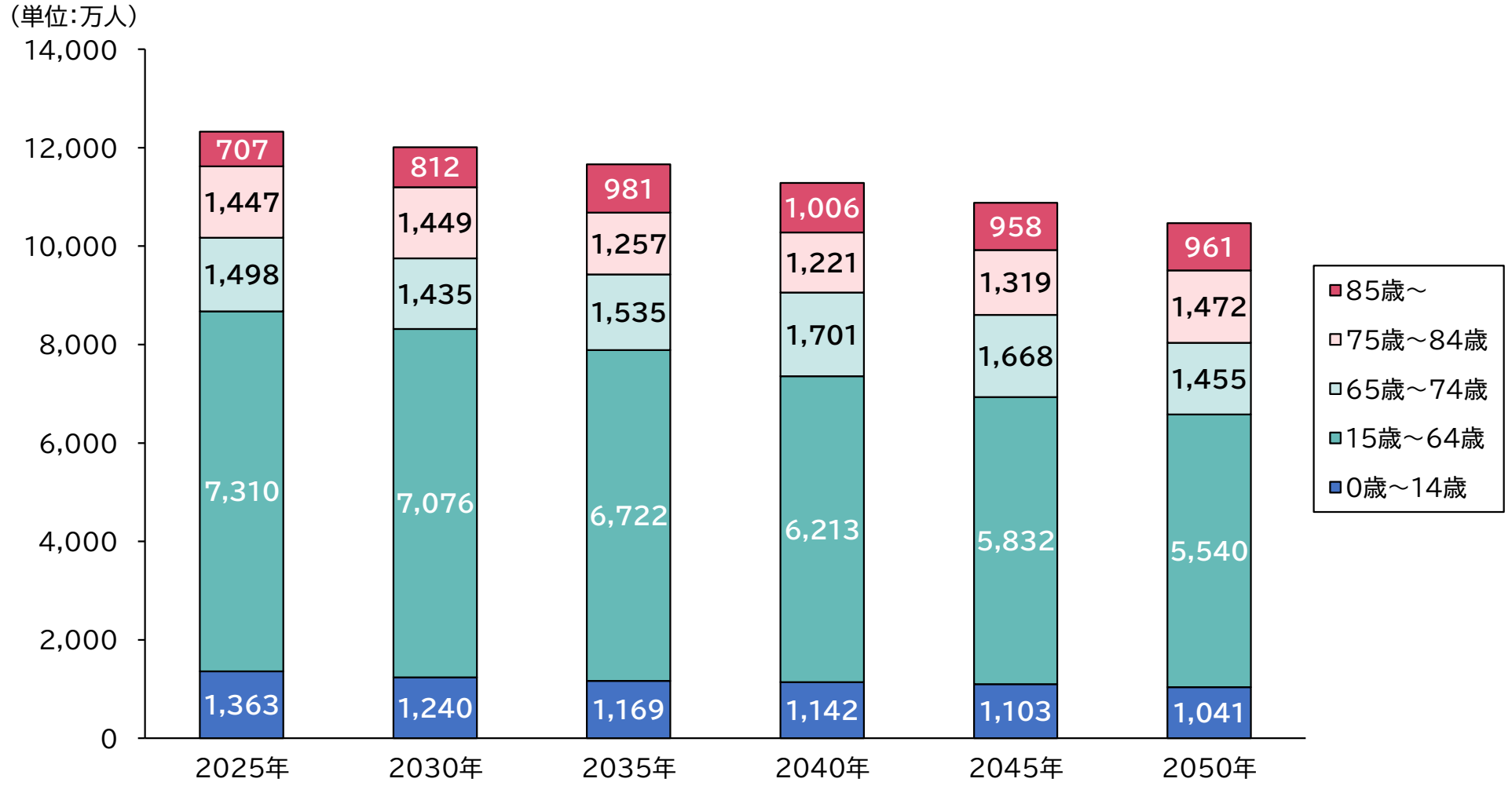


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

582

日本の将来人口推計

- 生産年齢人口は、2040年に6,213万人と、2025年の7,310万人と比べて15%減少し、65～84歳は、2040年に2,922万人と、2025年の2,945万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に1,006万人と、2025年の707万人に比べて42%増加することが推計されている。



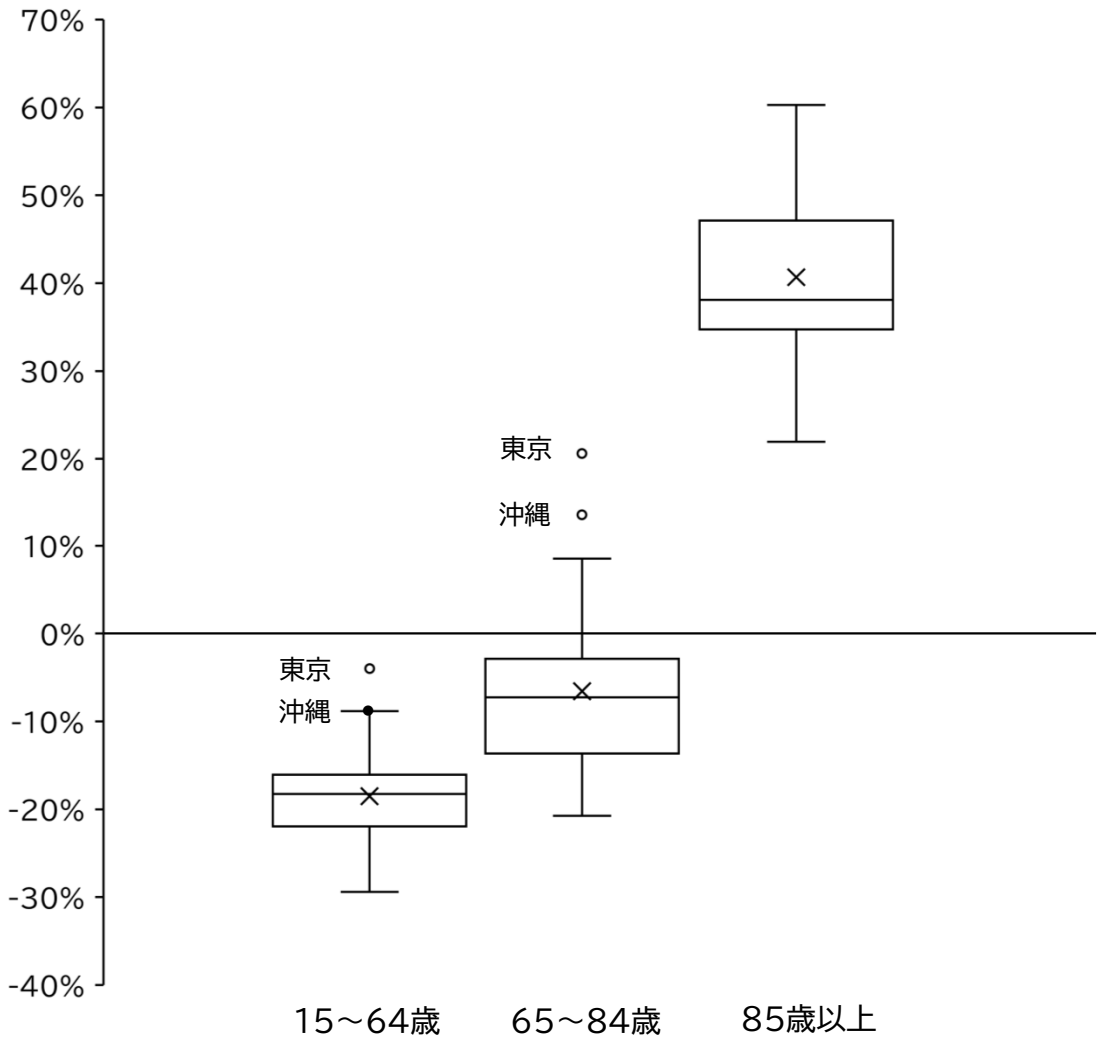
583

出典：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてがん・疾病対策課において作成

都道府県単位の人口変化率（年齢階級別）

- 東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

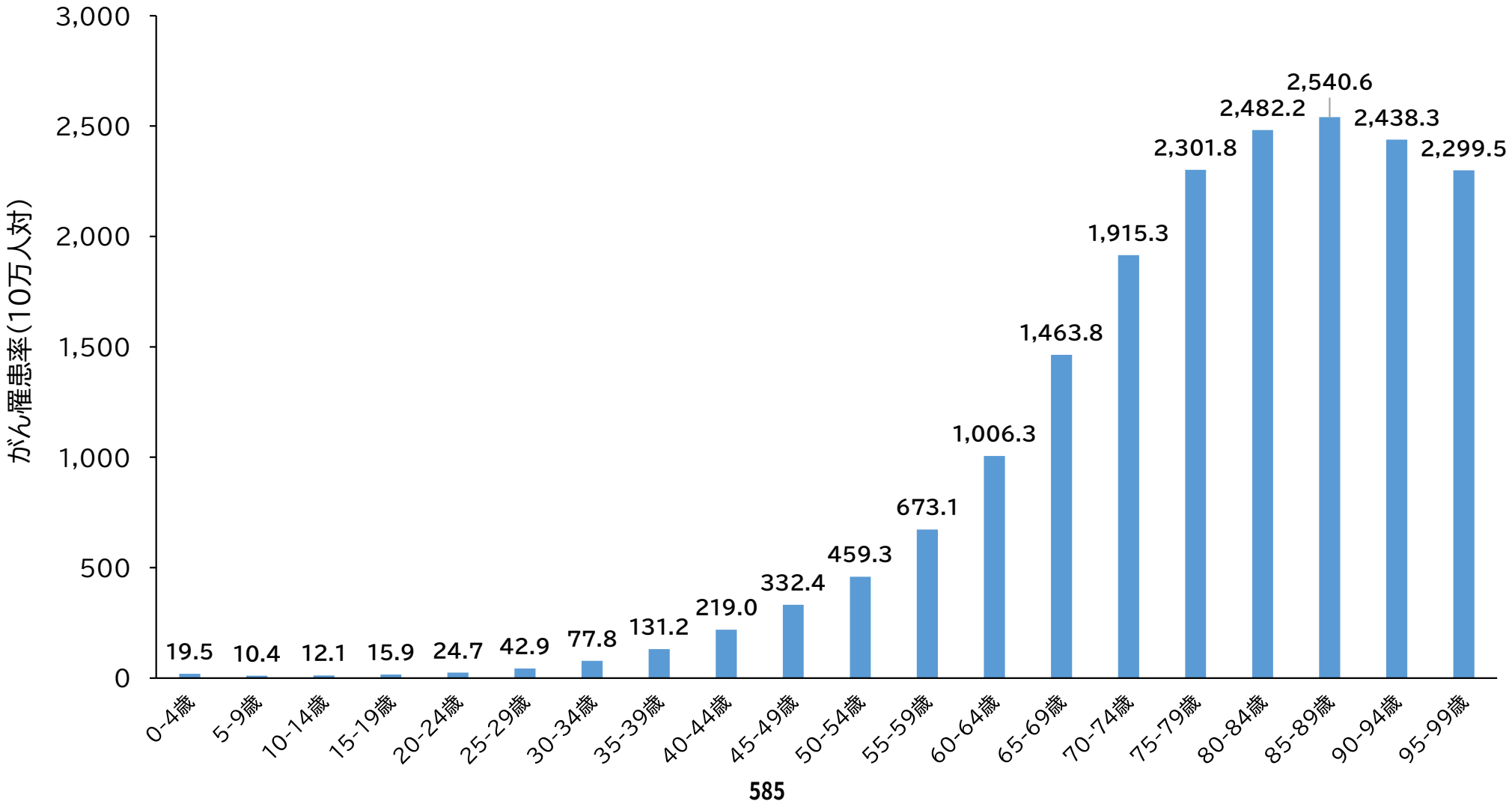
2025年を基準とした場合の2040年の人口の変化率



出典：国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてがん・疾病対策課において作成

我が国における年齢階級別がん罹患率（全国）

- がん罹患率は加齢とともに上昇し、85-89歳をピークに90歳以上は低下する。



585

出典：全国がん登録によるがん罹患率データ（2017年-2021年）を用いて国立がん研究センターにおいて作成

がん罹患者数の推計※1について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数(全国)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)

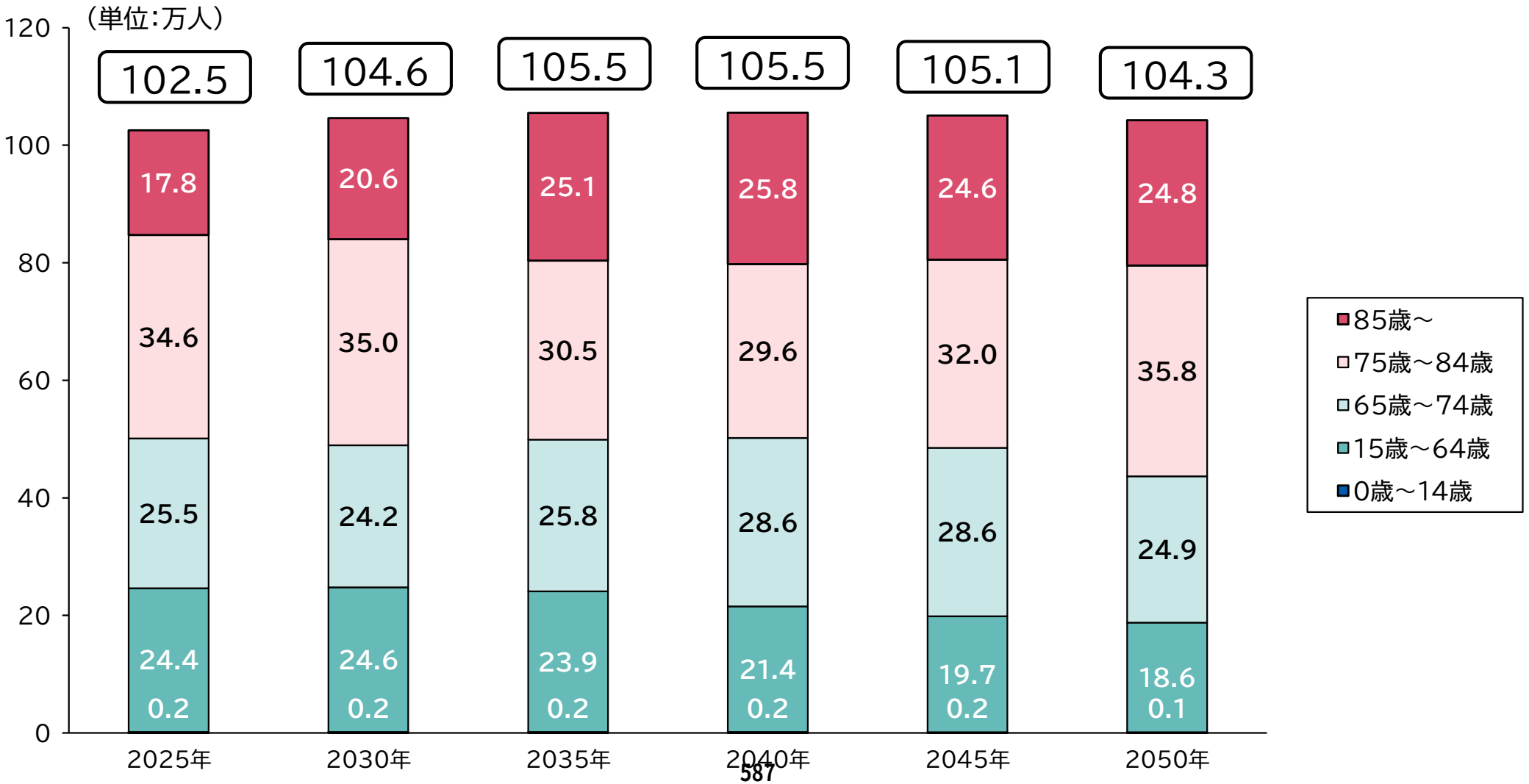
- がん罹患者数(都道府県単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)※2

- がん罹患者数(二次医療圏単位)の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)

※1 全国がん登録における2017年～2021年の年齢階級別がん罹患率の平均値が2022年以降も一定であると仮定した推計であるということに留意が必要
※2 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年～2021年)を用いてがん・疾病対策課で算出

がん罹患者数の将来推計（全国）

- がん罹患者数は、2040年に105.5万人と、2025年の102.5万人と3%増加することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口は、2040年に21.4万人と、2025年の24.4万人と比べて12%減少し、65～84歳は、2040年に58.2万人と、2025年の60.1万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に25.8万人と、2025年の17.8万人に比べて45%増加することが推計されている。また、2040年以降は、がん罹患者数は緩やかに減少すると見込まれる。

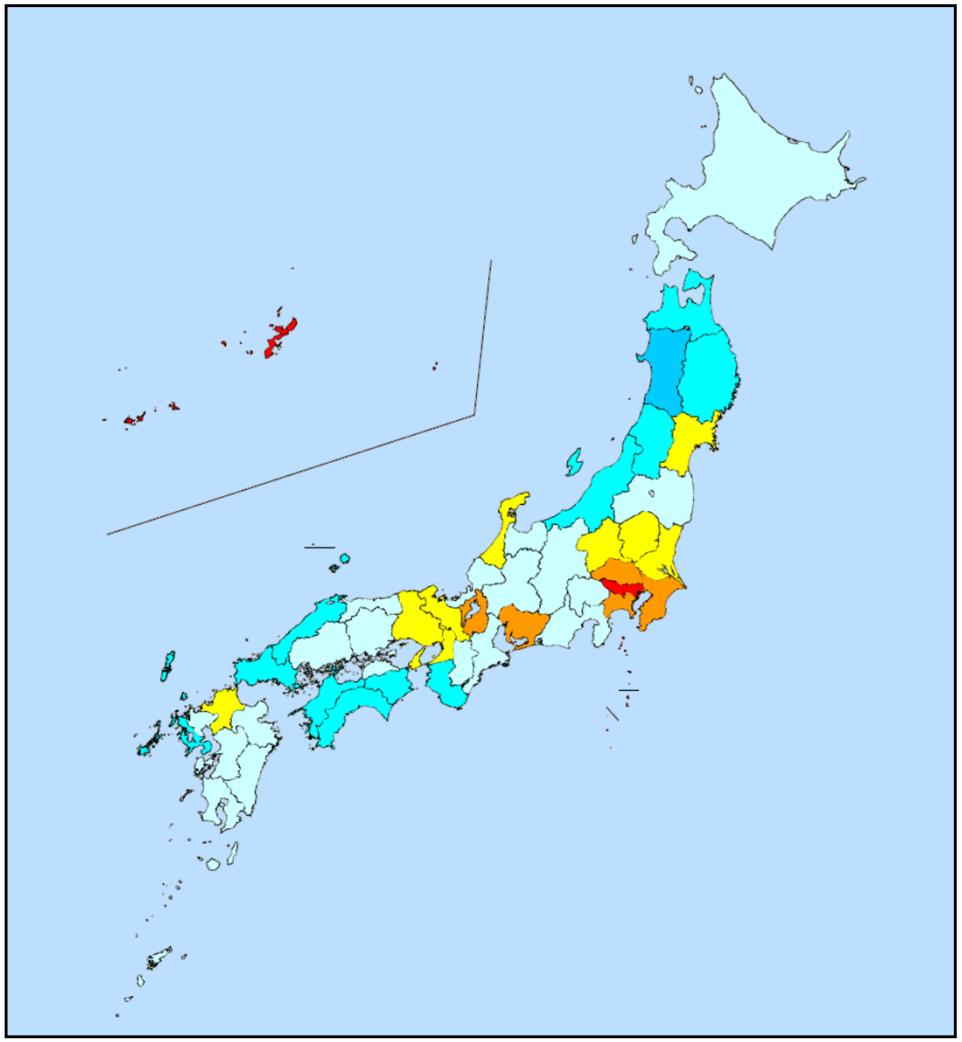


出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて国立がん研究センターにおいて作成

がん罹患者数の変化率（都道府県単位）

- 2040年に向けて、がん罹患者数は我が国全体では3%程度増加すると推計されるが、都道府県単位で見ると、がん罹患者数は都市部を中心に16都府県で増加する一方で、31道県では減少が見込まれるなど地域性がある。

2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都道府県単位）



+10%以上
- 沖縄県、東京都

+5%～+10%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県

+0%～+5%
- 宮城県、福岡県、兵庫県、大阪府、栃木県、茨城県、群馬県、京都府、石川県

-5%～0%
- 静岡県、山梨県、長野県、三重県、佐賀県、広島県、福井県、岡山県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、鹿児島県、富山県、宮崎県、香川県、鳥取県、大分県

-10%～-5%
- 愛媛県、新潟県、長崎県、和歌山県、山形県、徳島県、岩手県、島根県、青森県、山口県、高知県

-10%以下
- 秋田県

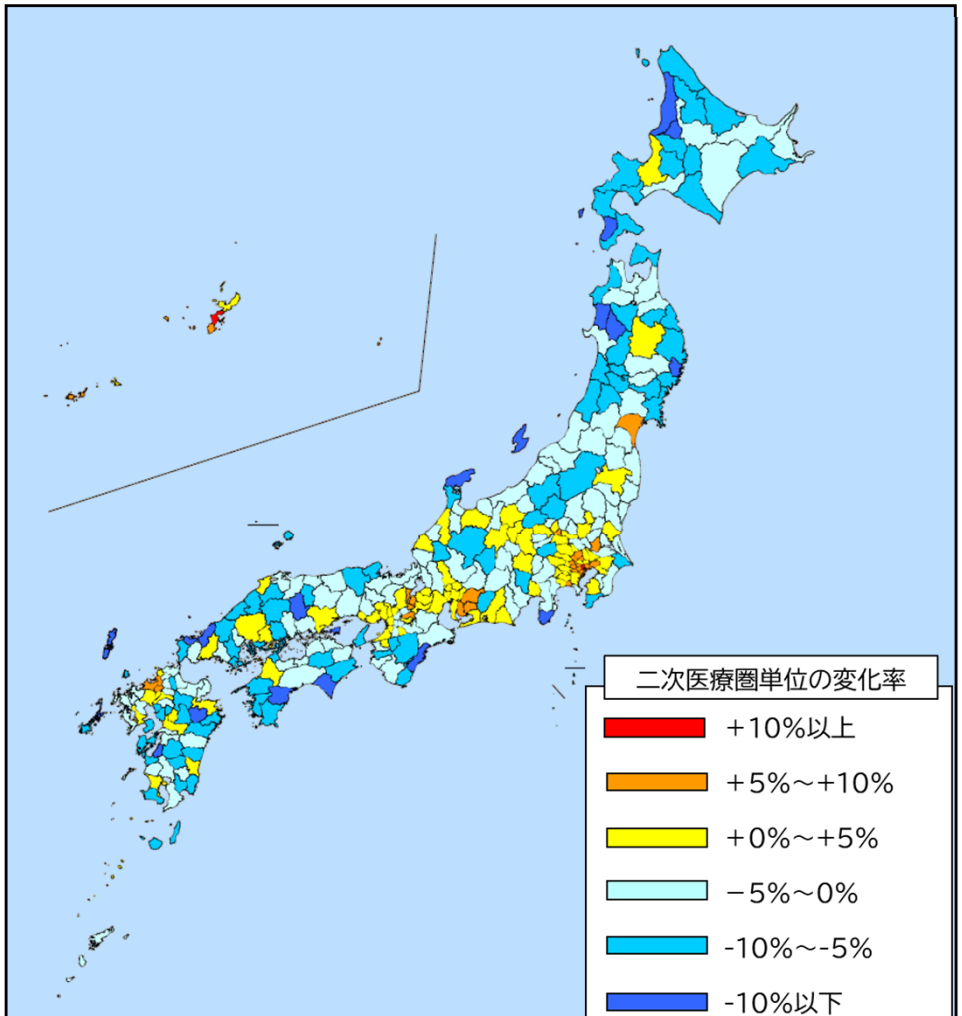
※変化率の大きい都道府県順に記載

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成

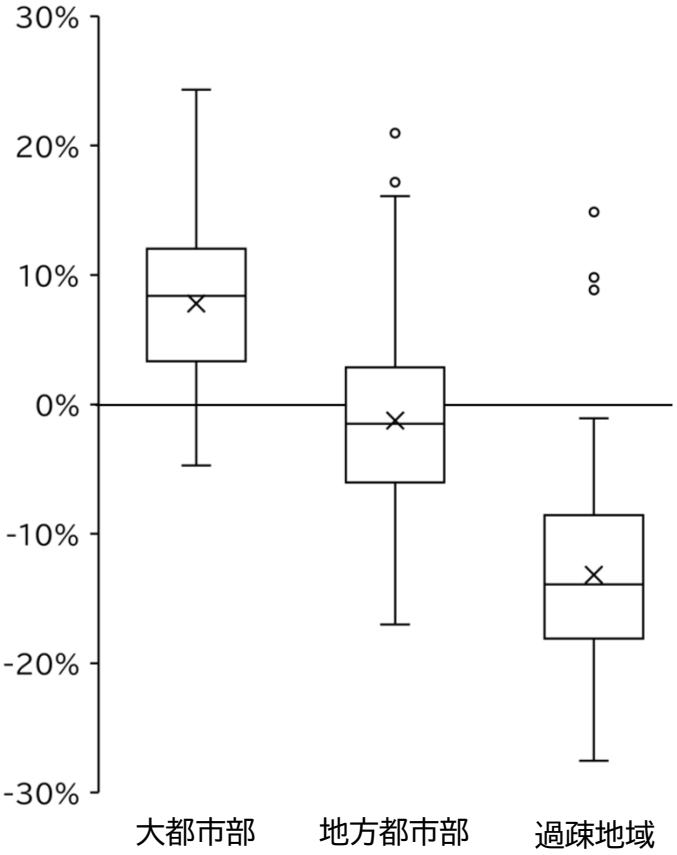
がん罹患者数の変化率（二次医療圏単位）

- 2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の59%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年のがん罹患者数の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）

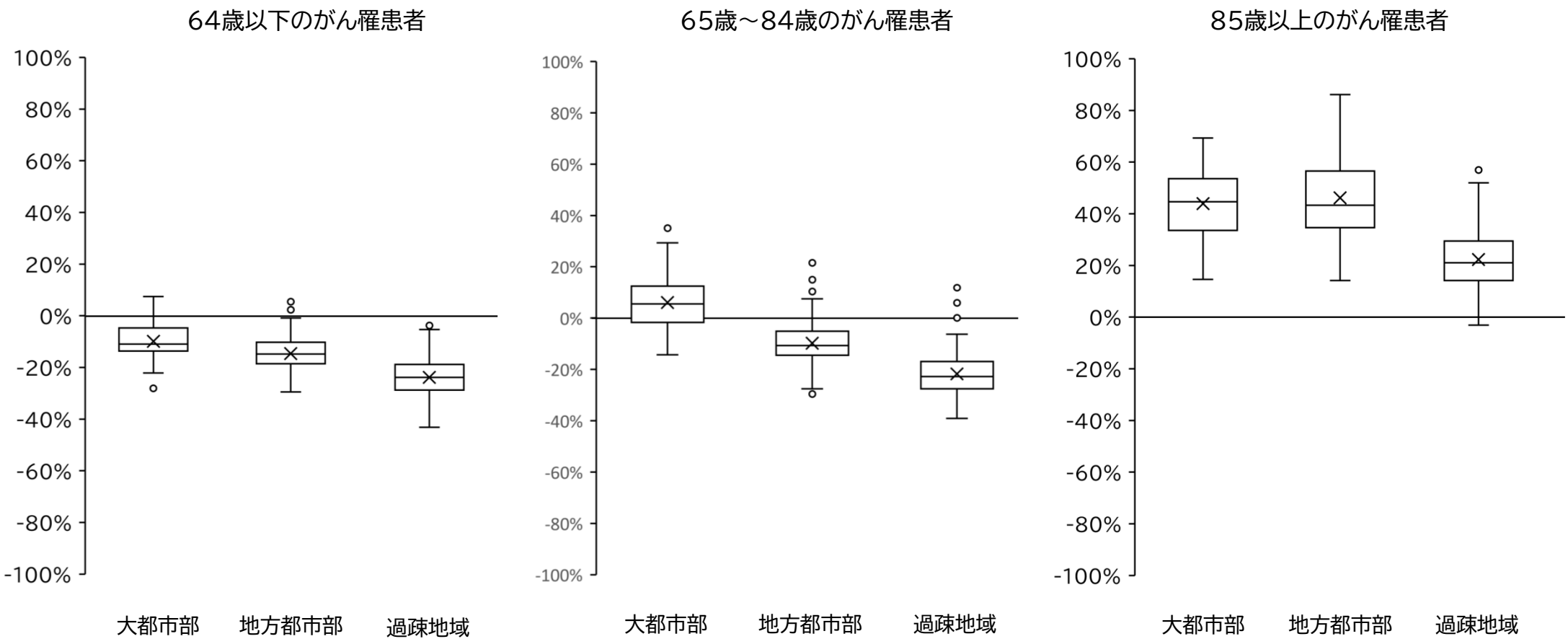


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

都市型分類※別がん罹患者数の変化率（年齢階級別）

- 2040年に向けて、64歳以下のがん罹患者数は、大都市部の90%、地方都市部の97%、全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84歳のがん罹患者数は、大都市部の67%で増加する一方で、地方都市部の90%、過疎地域の98%で減少することが見込まれる。85歳以上のがん罹患者数は、過疎地域の2%を除き、全ての二次医療圏で増加することが見込まれ、大都市部・地方都市部では増加率平均が40%を超えることが見込まれる。

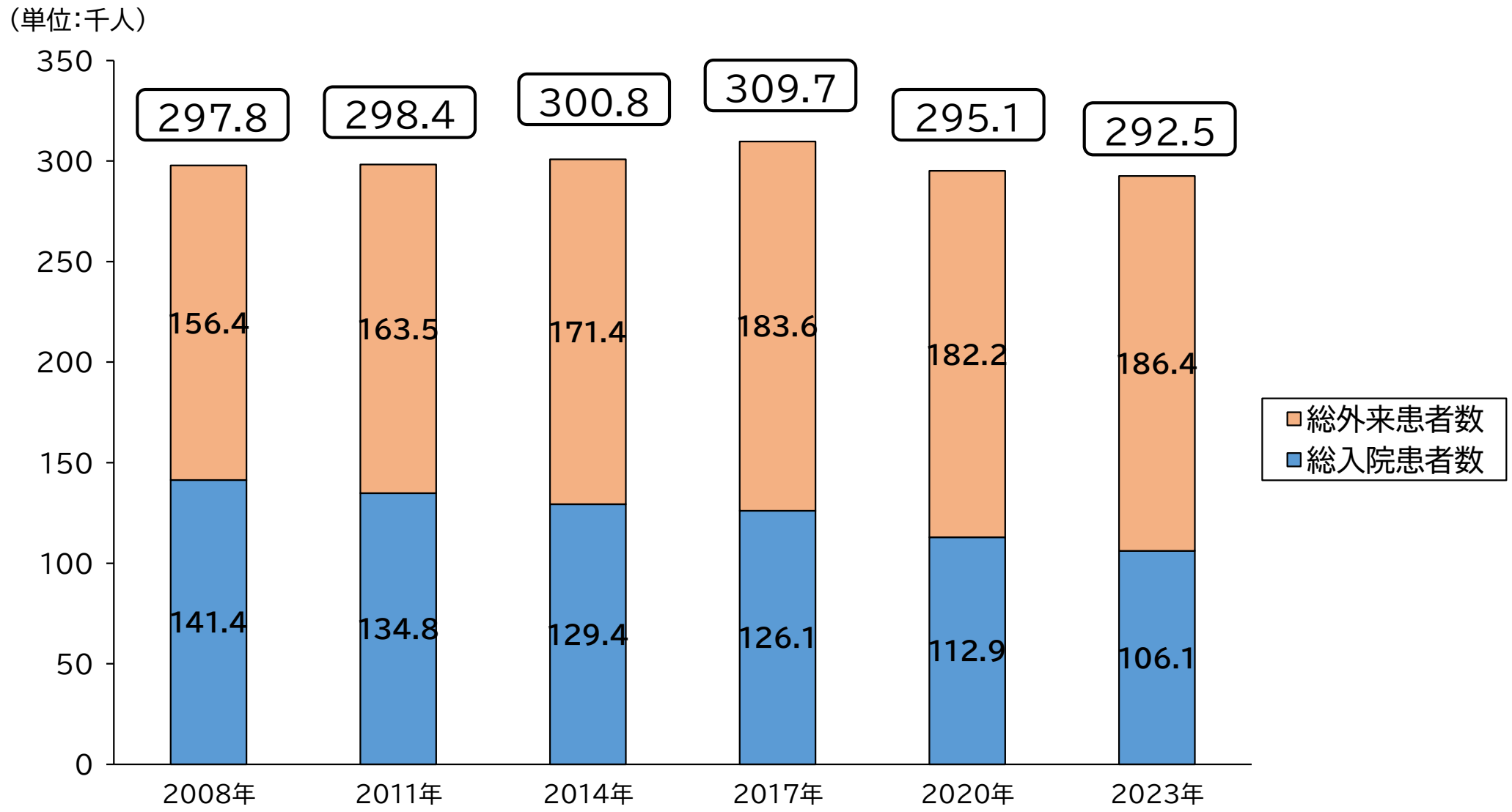
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者数の変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村（いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村）については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域（「浜通り地域」）として推計

全国のがんの推計患者数の推移

- 全国のがんの推計患者数※の推移をみると、推計入院患者数（1日あたりの医療機関に入院している患者数）は減少しており、推計外来患者数（1日あたりの医療機関の外来を受療した患者数）は増加している。



※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

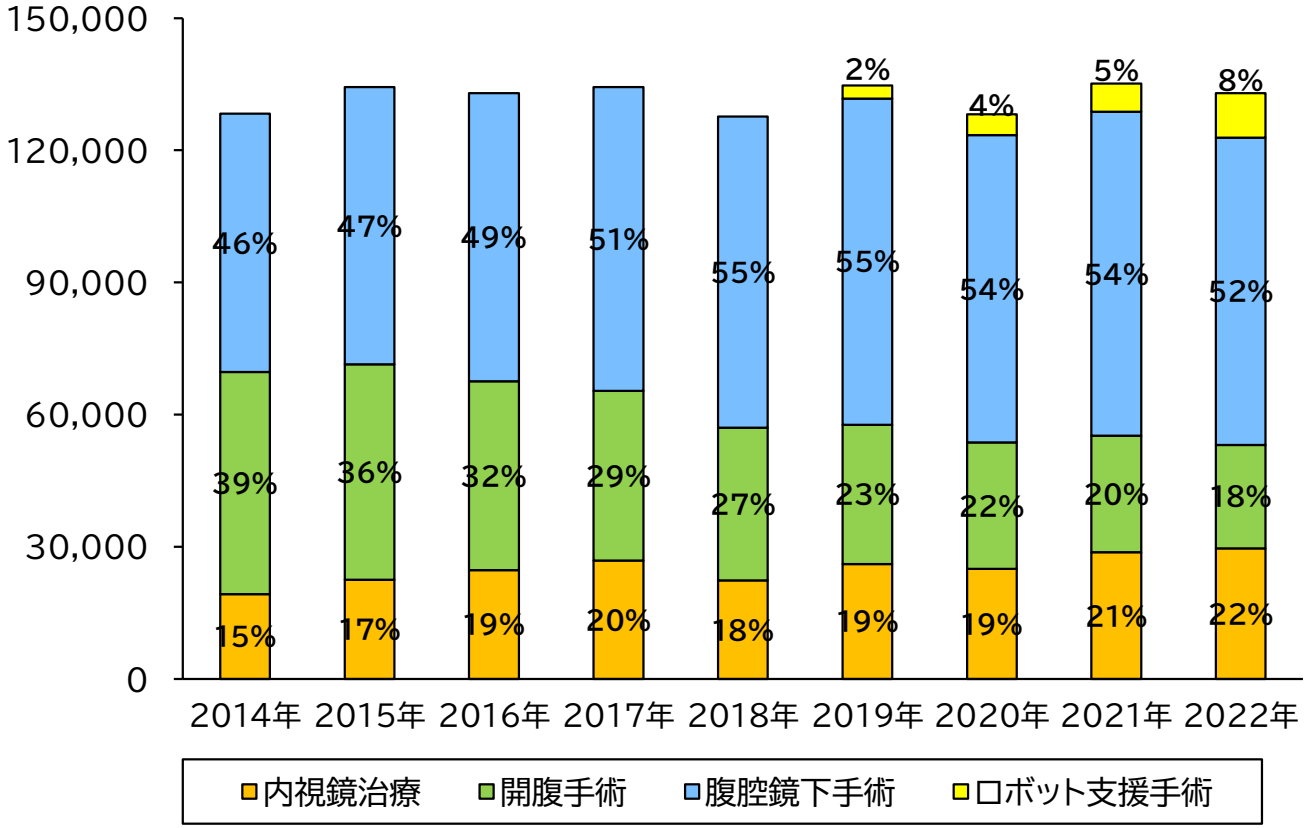
低侵襲治療の拡大（大腸の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が1番目に多い大腸がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	**大腸（147,725）**	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	胃（109,679）	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの大腸の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数※（術式別）



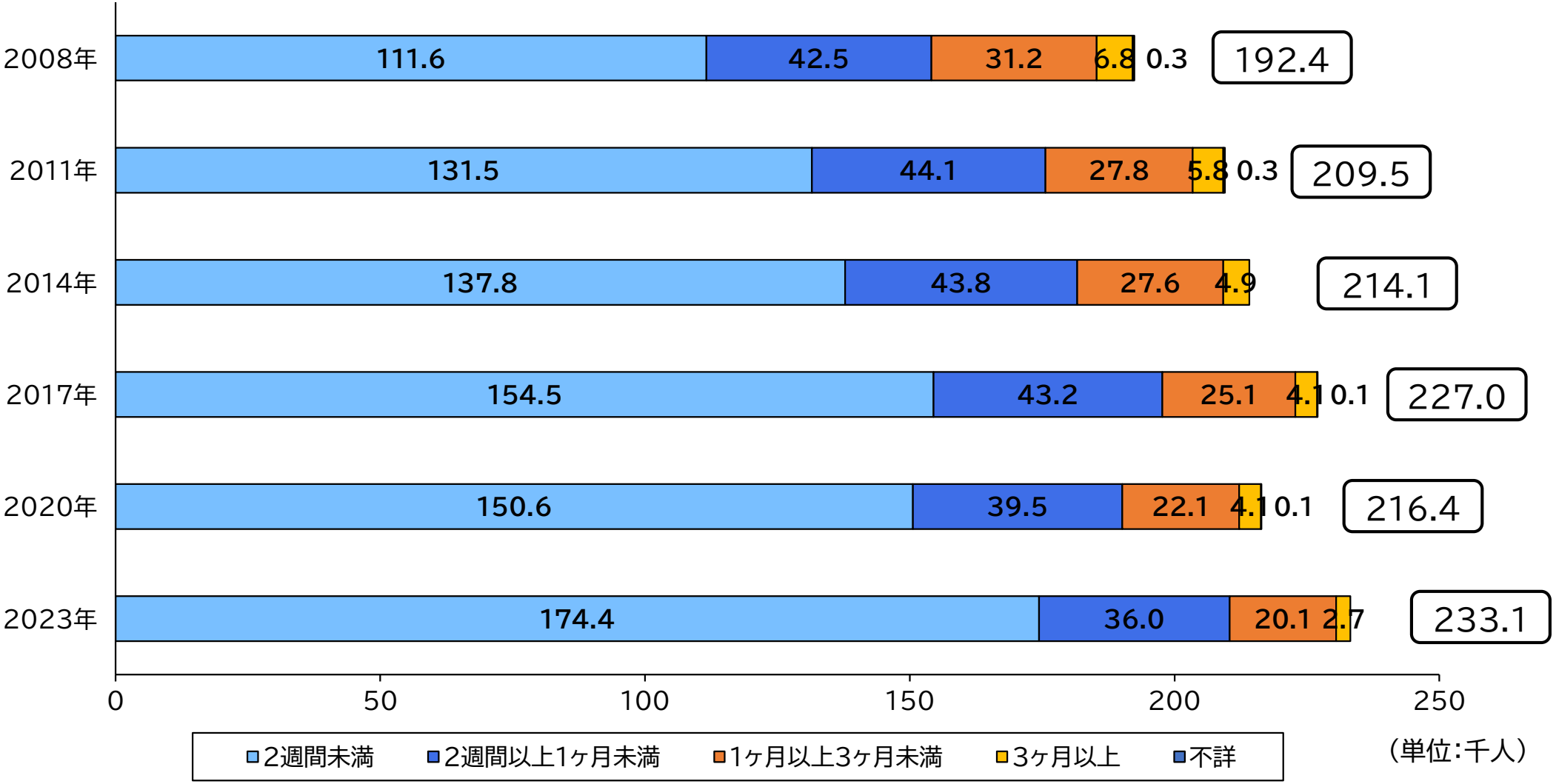
※直腸がんはK740 直腸切除・切断術、K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術を計上。2021年院内がん登録＋DPCデータより大腸の悪性新生物（臨床病期Ⅱ，Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ3（1-5）日、15（10-23）日、10（8-14）日であった。

592

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計退院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計退院患者数（※）の推移を在院期間別でみると、2週間未満及び2週間以上1ヶ月未満は概ね増加傾向、1ヶ月以上3ヶ月未満及び3ヶ月以上は減少傾向であるが、全体としては概ね増加傾向である。



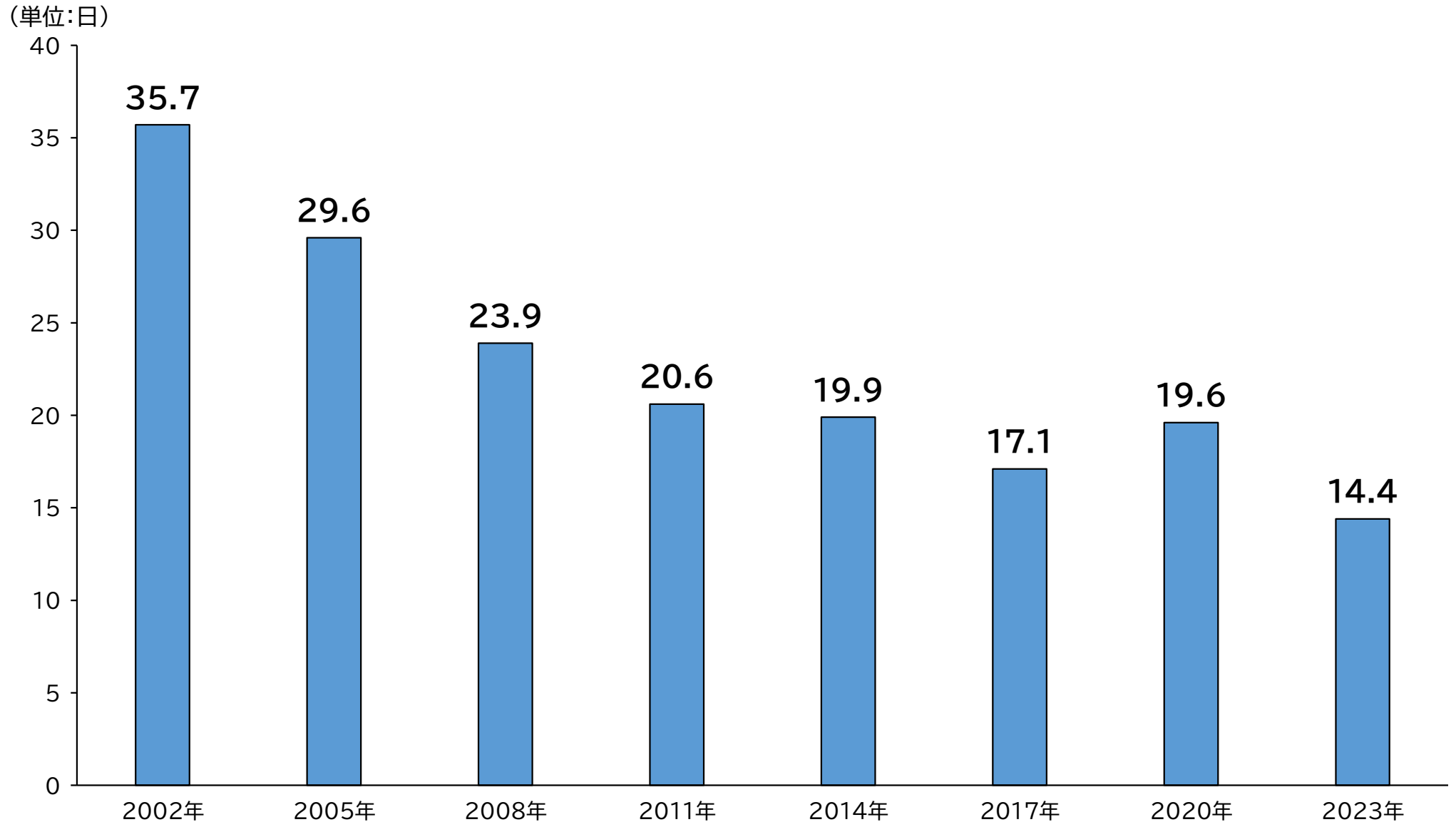
593

※調査対象期間中（9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計数

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの退院患者の平均在院日数の推移

- 全国のがんの退院患者の平均在院日数※は概ね短縮傾向にある。



※調査対象期間中（9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

三大療法需要の推計※について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数に対する三大療法需要（全国）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（全国）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（全国）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合
- がん罹患者数に対する三大療法需要（都道府県単位）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（都道府県単位）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（都道府県単位）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合
- がん罹患者数に対する三大療法需要（二次医療圏単位）の推計式
  - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用いて算出した将来人口推計（二次医療圏単位）
  - ×
  - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率（2017年～2021年平均）（都道府県単位）
  - ×
  - 院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合

※将来推計にあたり院内がん登録は近年の数値まで収集されているため、院内がん登録の数値を採用した。初回治療とは腫瘍の縮小・切除を意図した組織に対する治療のうち、最初の診断に引き続き行われた治療計画等に記載された治療とする。なお、この範囲が不明確な場合は、病状が進行・再発したりするまでに施行されたか、あるいはおよそ4か月以内に施行されたものとする。

手術療法には、肉眼的視野下の外科的手技による病巣切除術（外科的治療）及び皮膚切開など等により口腔や鼻腔等の自然開口部以外から挿入された光学機器の視野下で行われる病巣切除術（鏡視下治療）が含まれる。なお、自然開口部から挿入された光学機器を用いた病巣の切除等の観血的治療（内視鏡治療）は含まれない。

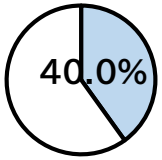
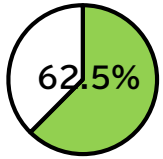
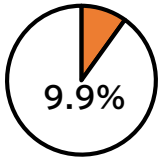
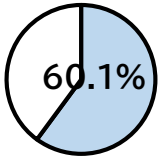
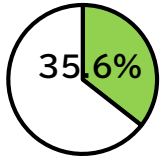
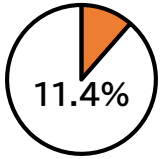
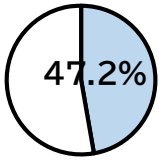
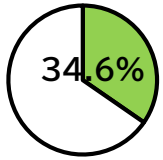
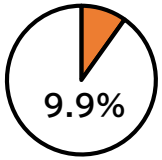
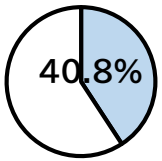
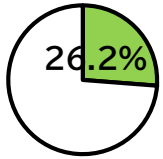
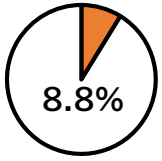
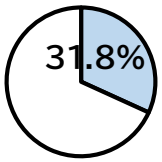
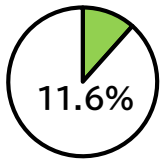
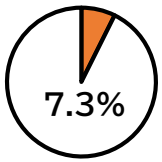
放射線療法には、X線やγ線等の電磁放射線、陽子線や重イオン線等の粒子放射線、医療用ラジオアイソトープ等を用いた内照射療法による腫瘍縮小あるいは消失を目的とした治療が含まれる。腫瘍に対する照射が行われた場合は、緩和的な照射も含まれる。

薬物療法には、抗悪性腫瘍薬や分子標的薬等による細胞毒性や増殖阻害によって、腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（化学療法）が、その投与経路は問わず含まれる。なお、特定のホルモン分泌の抑制により腫瘍の縮小又は消失をはかる治療（内分泌療法）については、手術療法と薬物療法を区分できないため含まれない。

がん患者における年齢階級別の初回治療実施割合※1

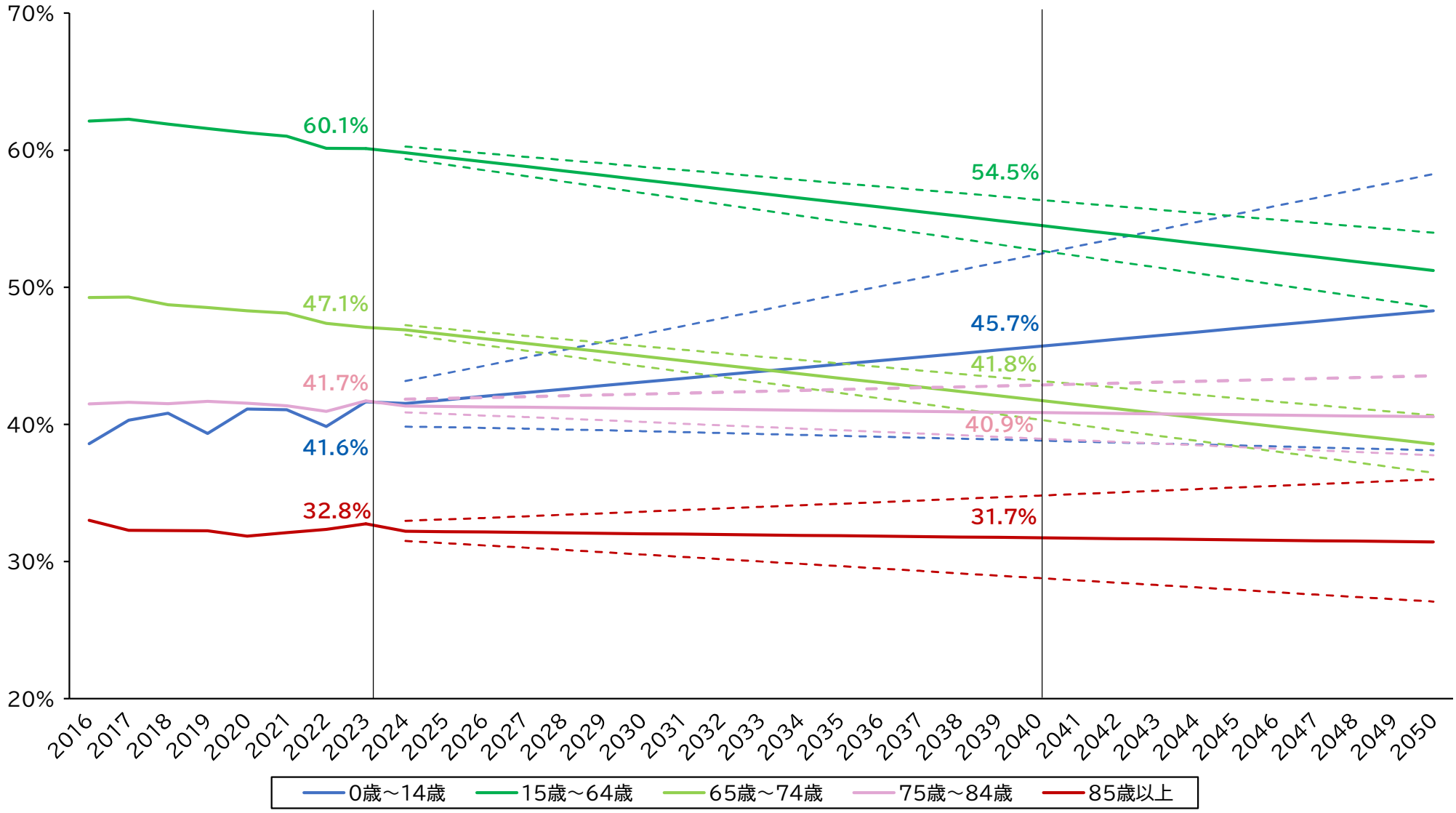
- 85歳以上のがん患者において、手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合はいずれも低下する。（がん診療連携拠点病院等を中心とした院内がん登録実施施設を対象としていることに留意。）

がん患者における年齢階級別の治療実施割合（2022年診断症例）

	手術療法※2	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 （N=2,865）			
15歳～64歳 （N= 343,748 ）			
65歳～74歳 （N= 333,606 ）			
75歳～84歳 （N= 333,313 ）			
85歳～ （N= 107,377 ）			

※1 がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。そのため、各治療方法実施割合を合計した場合100%を超えることがある。
また、治療実施割合には、院内がん登録における初回治療（最初の診断に引き続き行われた治療、症状が進行・再発したりするまで、あるいはおよそ4か月以内に施行された治療）が含まれる。
※2 手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた割合を記載。
出典：2022年診断例の院内がん登録情報を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成。

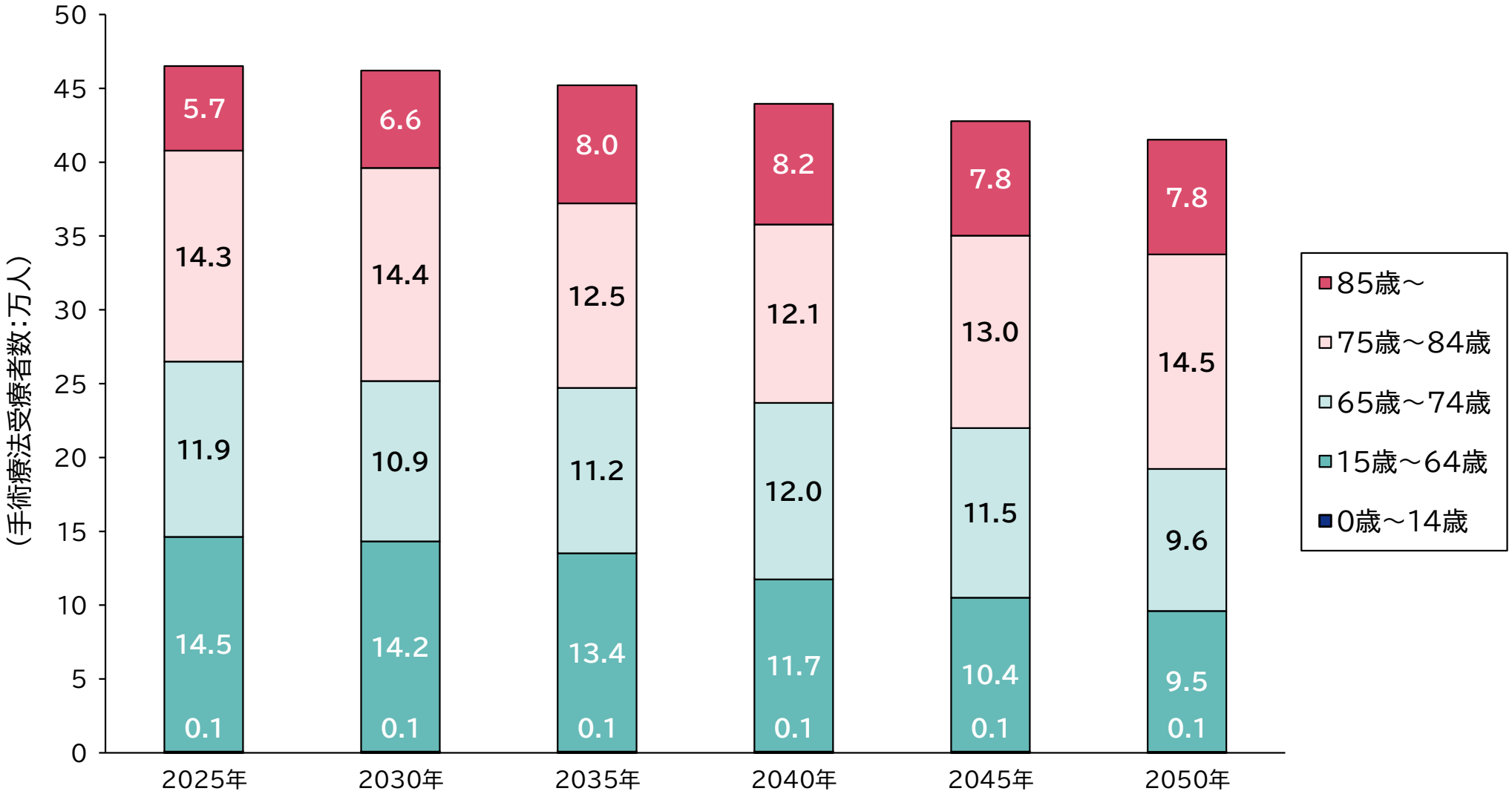
がん患者における手術療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の手術療法実施割合と2040年の手術療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計。手術療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 手術療法を受療する患者数※は減少することが見込まれる。

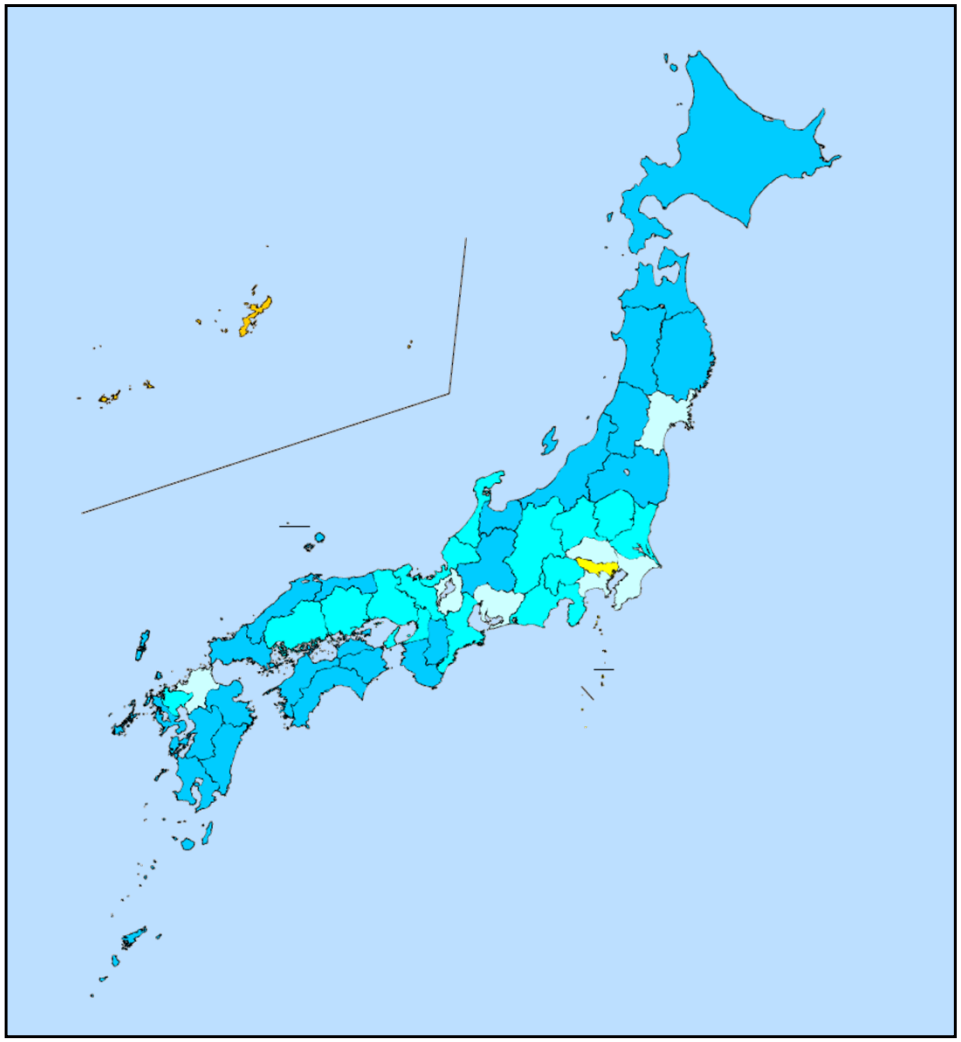


※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の手術療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の手術療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初回治療として手術療法を実施した患者数であることに留意。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計（都道府県単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、2都県で増加する一方で、45道府県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における手術療法需要の変化率（都道府県単位）



+5%～+10%
- 沖縄県

+0%～+5%
- 東京都

-5%～0%
- 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県、宮城県、福岡県

-10%～-5%
- 大阪府、兵庫県、京都府、栃木県、群馬県、茨城県、石川県、長野県、静岡県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、佐賀県、福井県

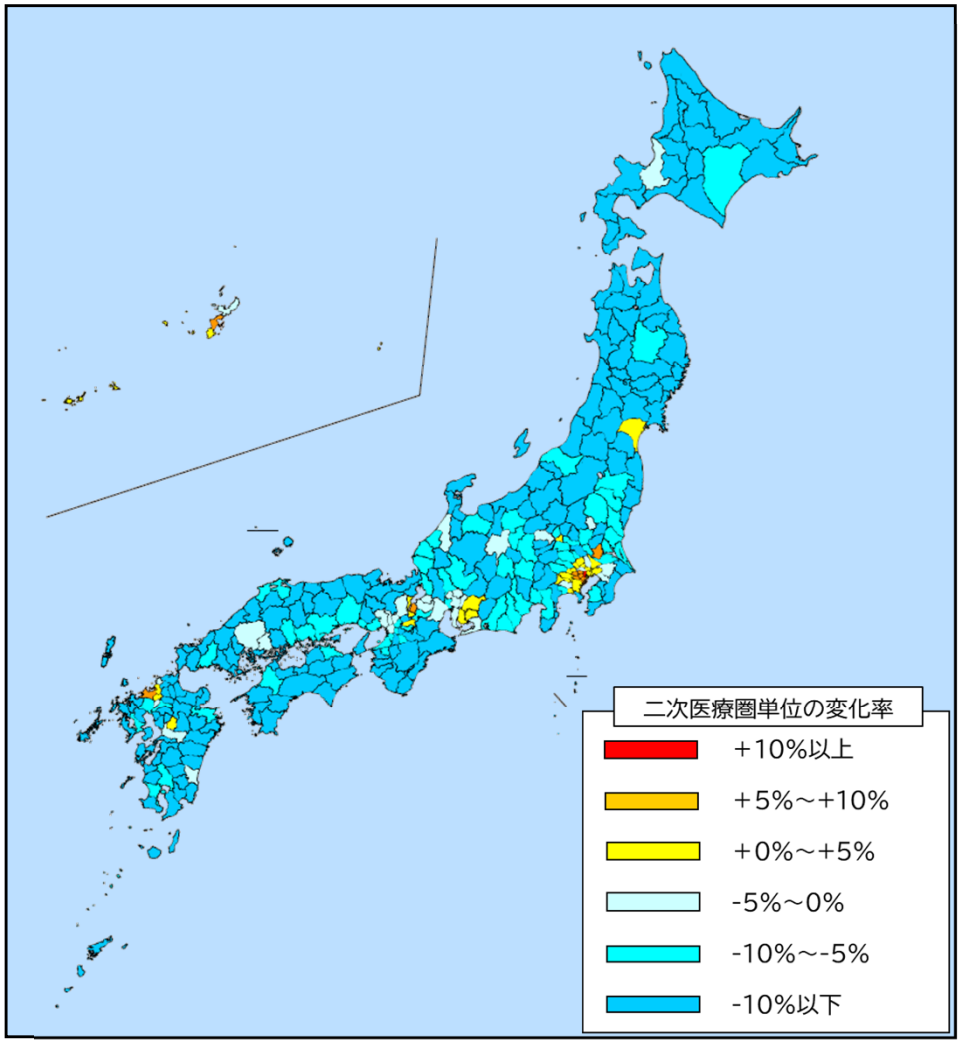
-10%以下
- 岐阜県、熊本県、北海道、福島県、奈良県、香川県、富山県、鹿児島県、鳥取県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、島根県、山形県、和歌山県、長崎県、徳島県、岩手県、青森県、山口県、高知県、秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

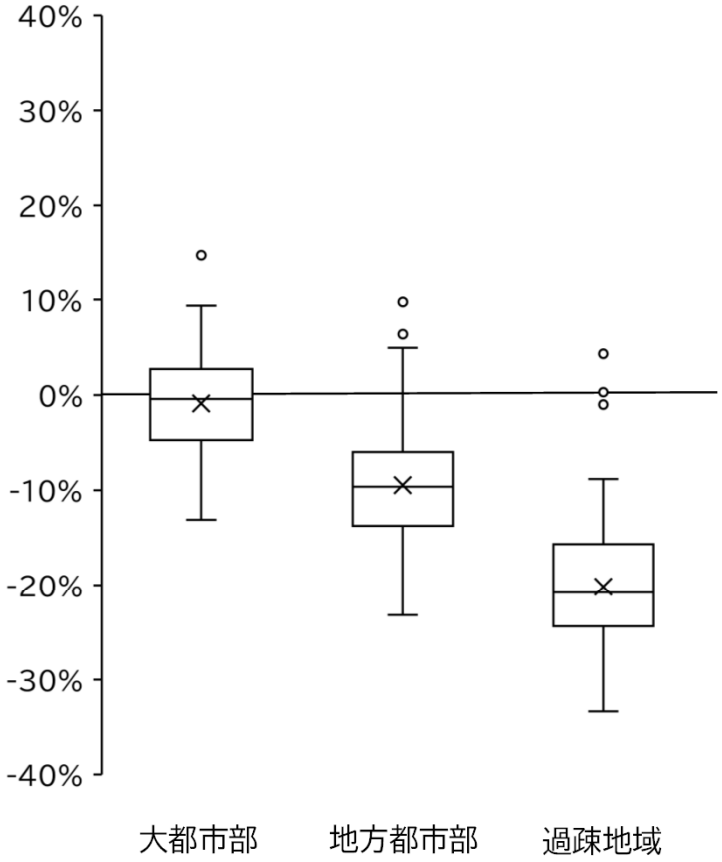
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の54%、地方都市部の92%、過疎地域の98%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率

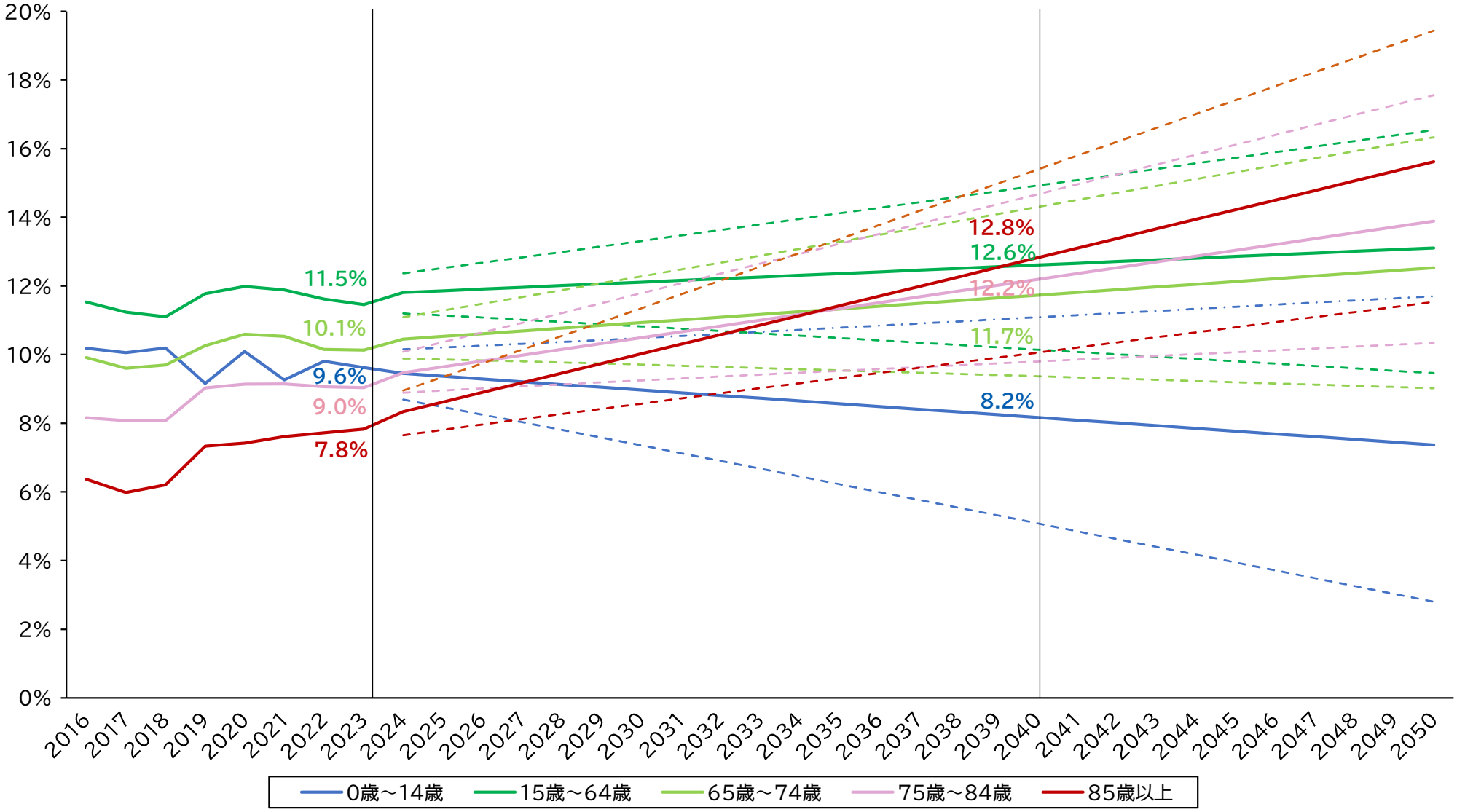


2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における手術療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

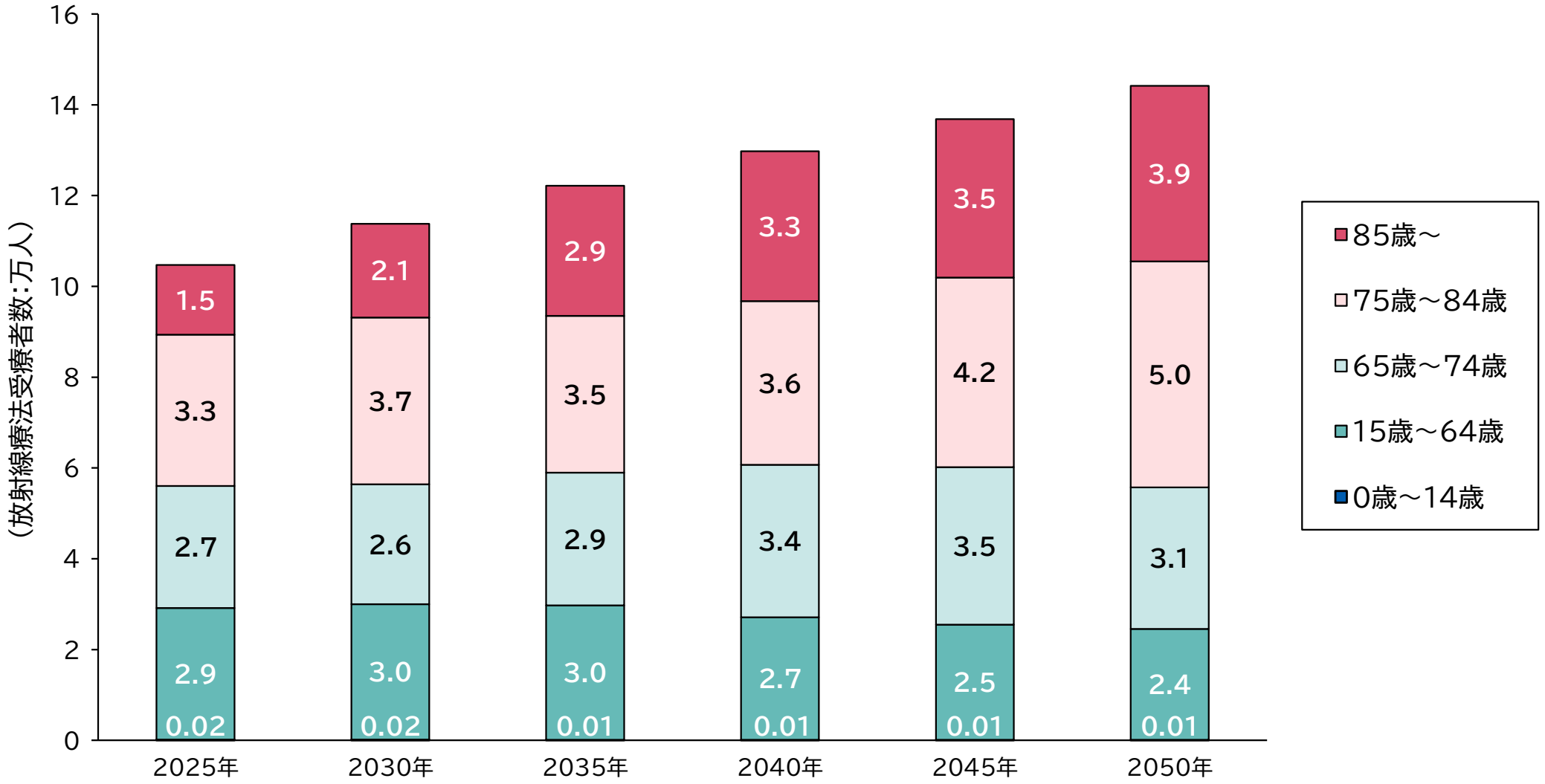
がん患者における放射線療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の放射線療法実施割合と2040年の放射線療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 放射線療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。



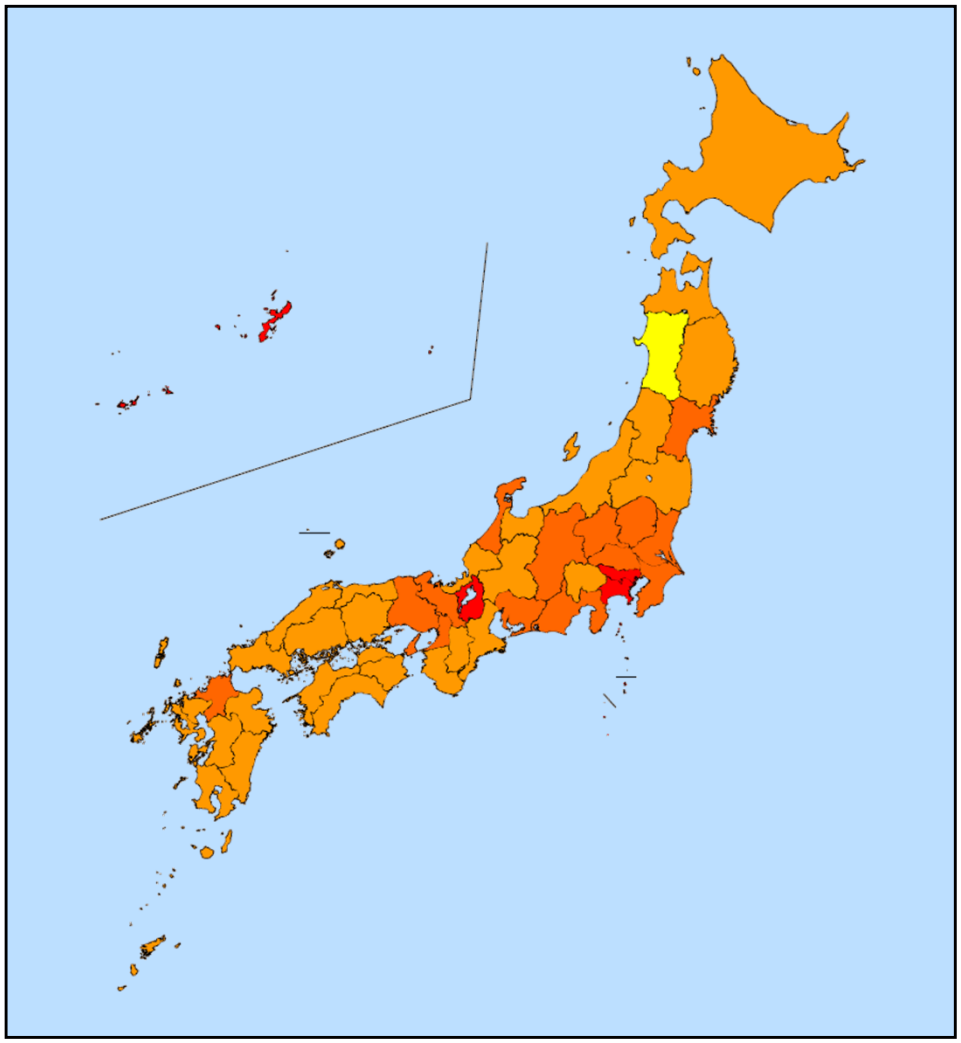
※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の放射線療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の放射線療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初回治療として放射線療法を実施した患者数であることに留意

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計（都道府県単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における放射線療法需要の変化率（都道府県単位）



＋30%以上
- 沖縄県、東京都、滋賀県、神奈川県

＋20%～+30%
- 愛知県、埼玉県、千葉県、福岡県、宮城県、兵庫県、大阪府、京都府、栃木県、群馬県、石川県、茨城県、長野県、静岡県

+10%～+20%
- 佐賀県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、福井県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、富山県、鹿児島県、宮崎県、鳥取県、香川県、大分県、愛媛県、新潟県、長崎県、山形県、和歌山県、島根県、徳島県、岩手県、山口県、青森県、高知県

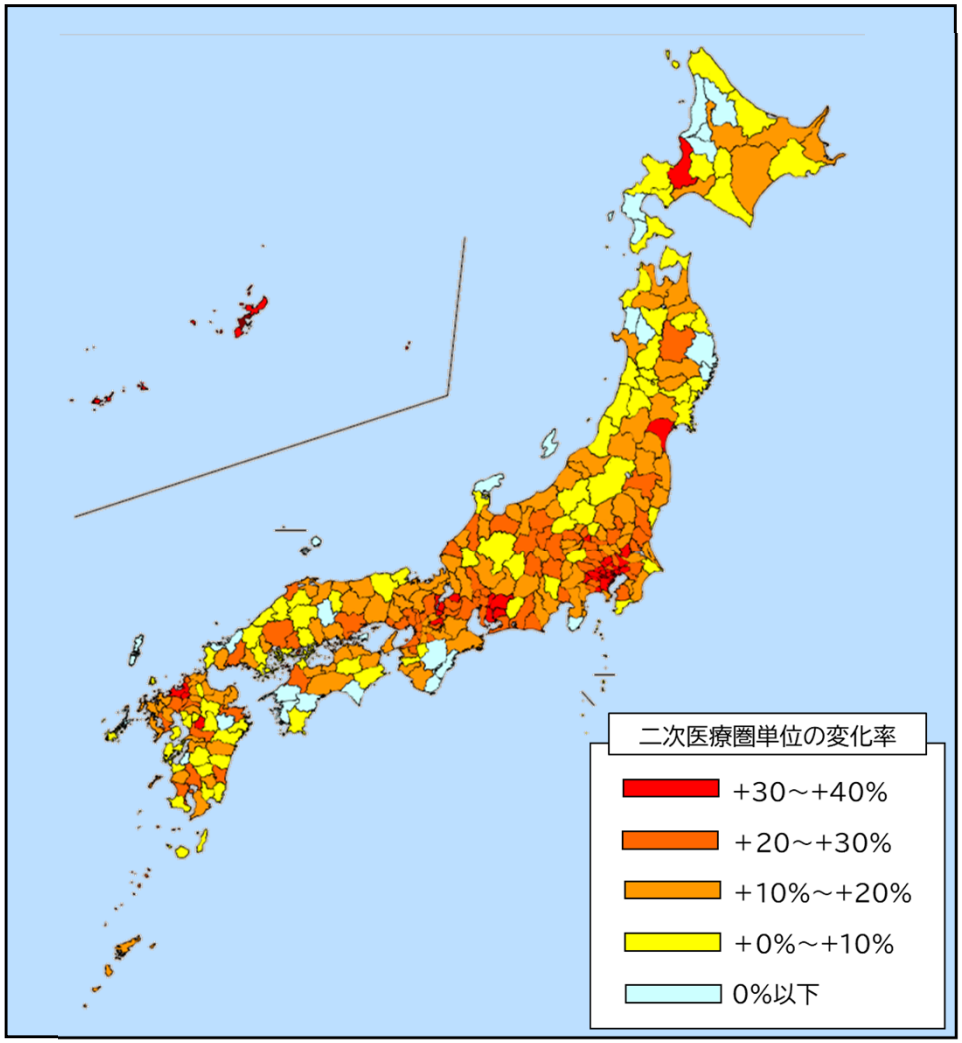
+0%～+10%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

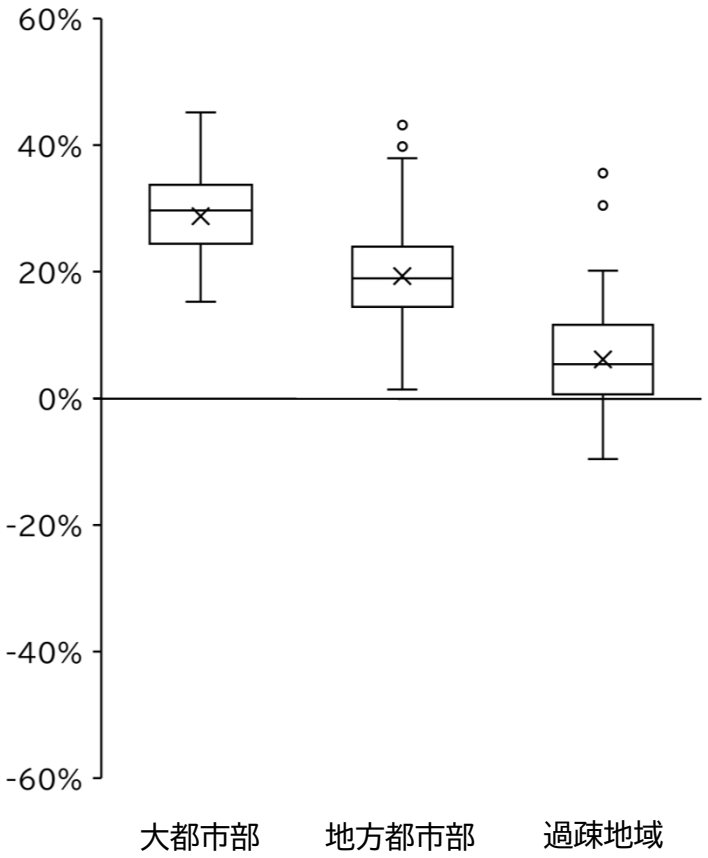
がん患者における放射線療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、過疎地域の22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の放射線療法需要の変化率

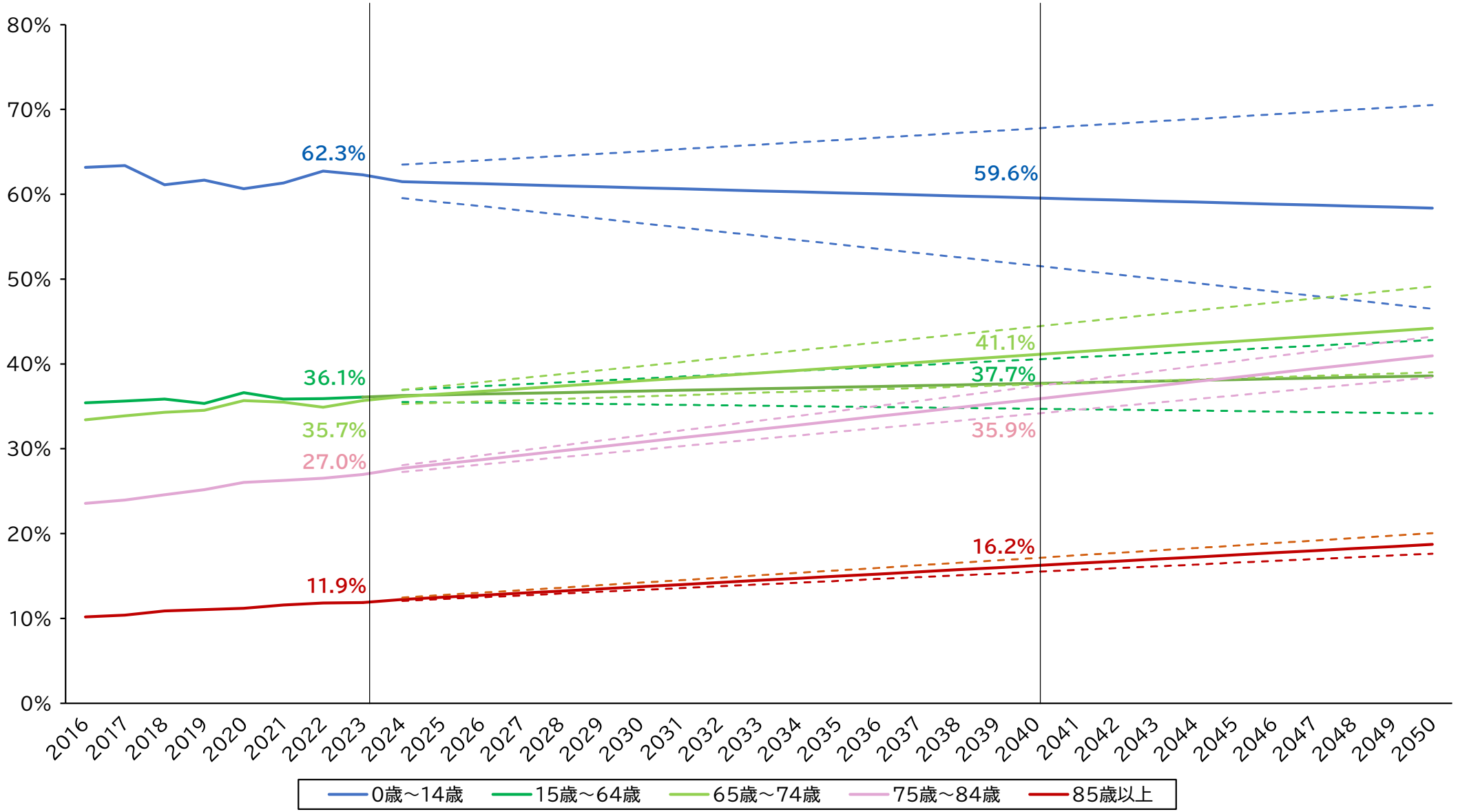


2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における放射線療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

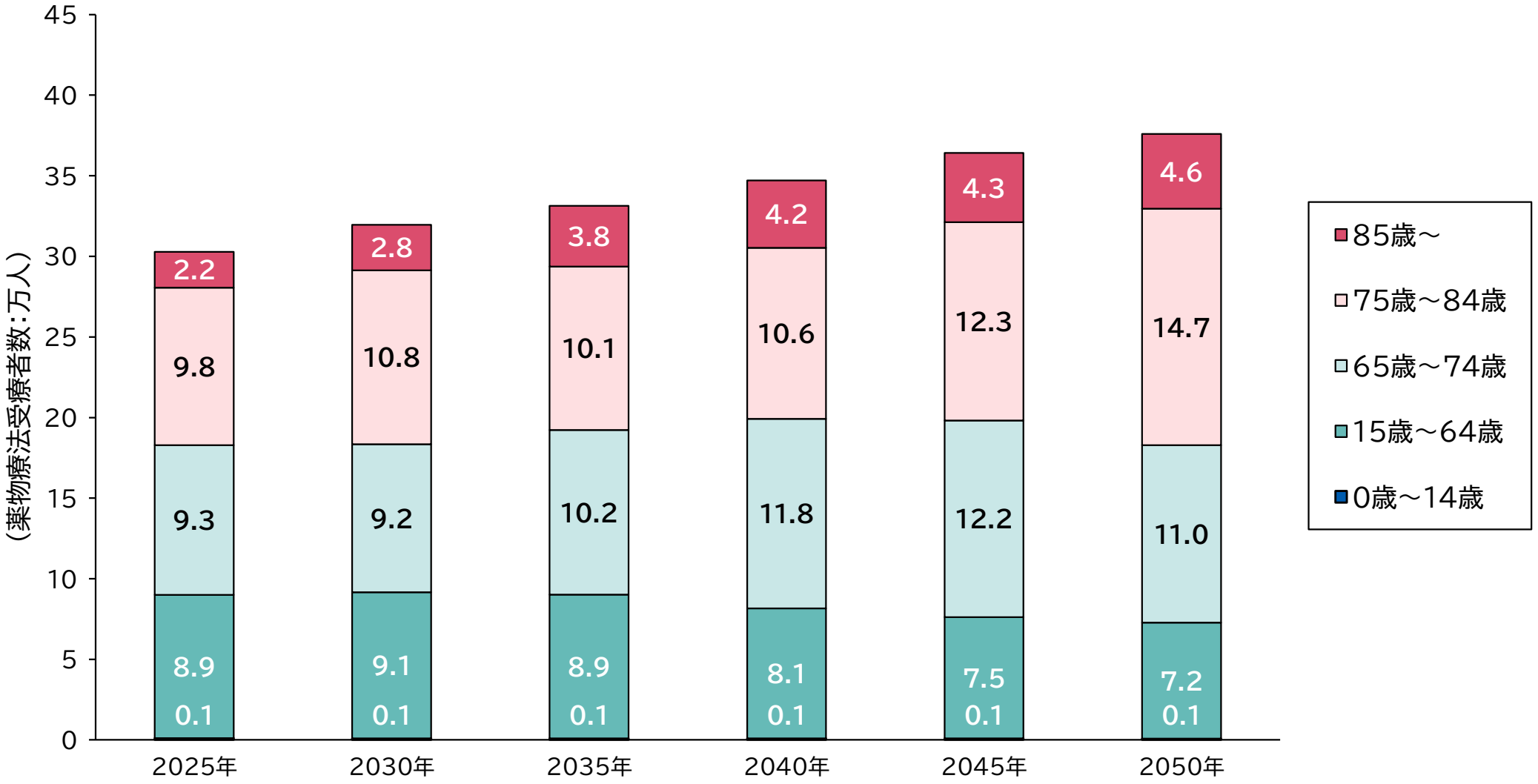
がん患者における薬物療法の実施割合推計※（年齢階級別）



※グラフ内の数値は2023年の化学療法実施割合と2040年の化学療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。
出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した化学療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 薬物療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。



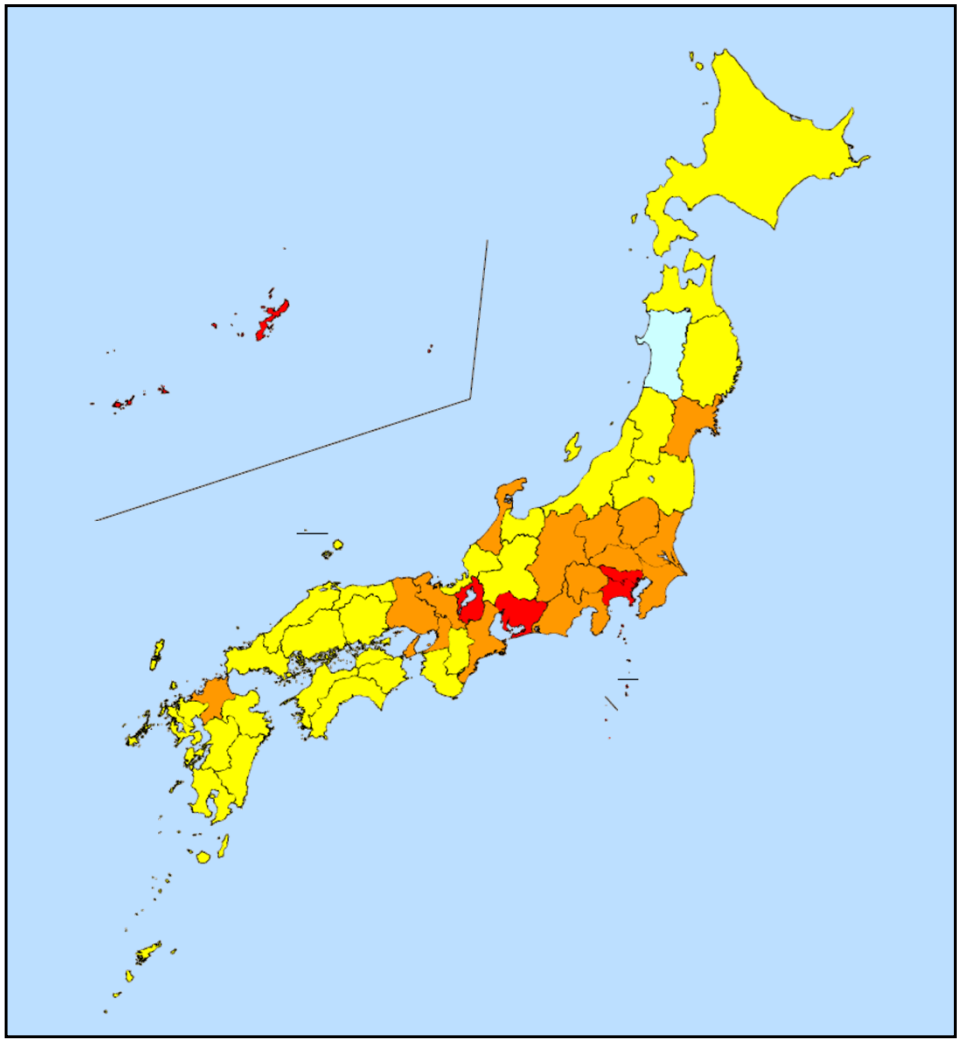
※将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の化学療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の化学療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初回治療として化学療法を実施した患者数であることに留意

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計（都道府県単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、46都道府県で増加することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における薬物療法需要の変化率（都道府県単位）



＋20%以上
- 東京都、沖縄県、神奈川県、愛知県、滋賀県

＋10%～＋20%
- 埼玉県、千葉県、宮城県、大阪府、福岡県、兵庫県、京都府、群馬県、長野県、石川県、静岡県、栃木県、茨城県、三重県、山梨県

0%～+10%
- 広島県、岡山県、福井県、岐阜県、佐賀県、北海道、奈良県、熊本県、富山県、福島県、香川県、鳥取県、鹿児島県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、和歌山県、島根県、山形県、岩手県、長崎県、徳島県、青森県、山口県、高知県

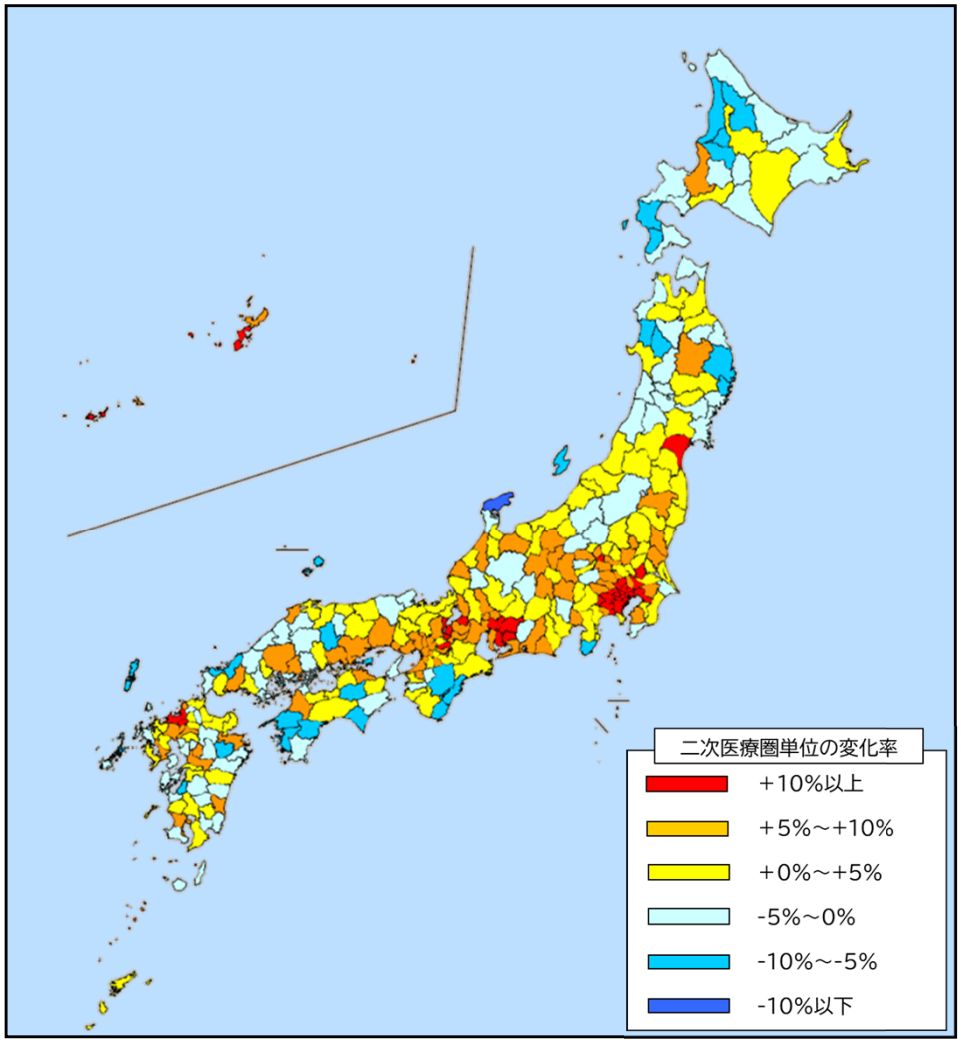
-10%～0%
- 秋田県

※変化率の大きい都道府県順に記載
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

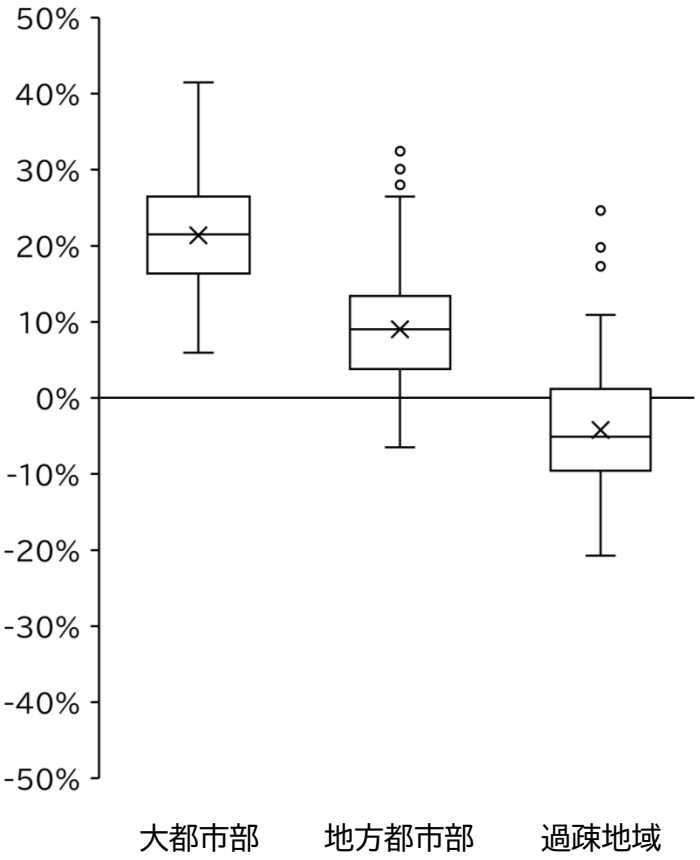
がん患者における薬物療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の88%で需要が増加する一方で、過疎地域の70%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の薬物療法需要の変化率



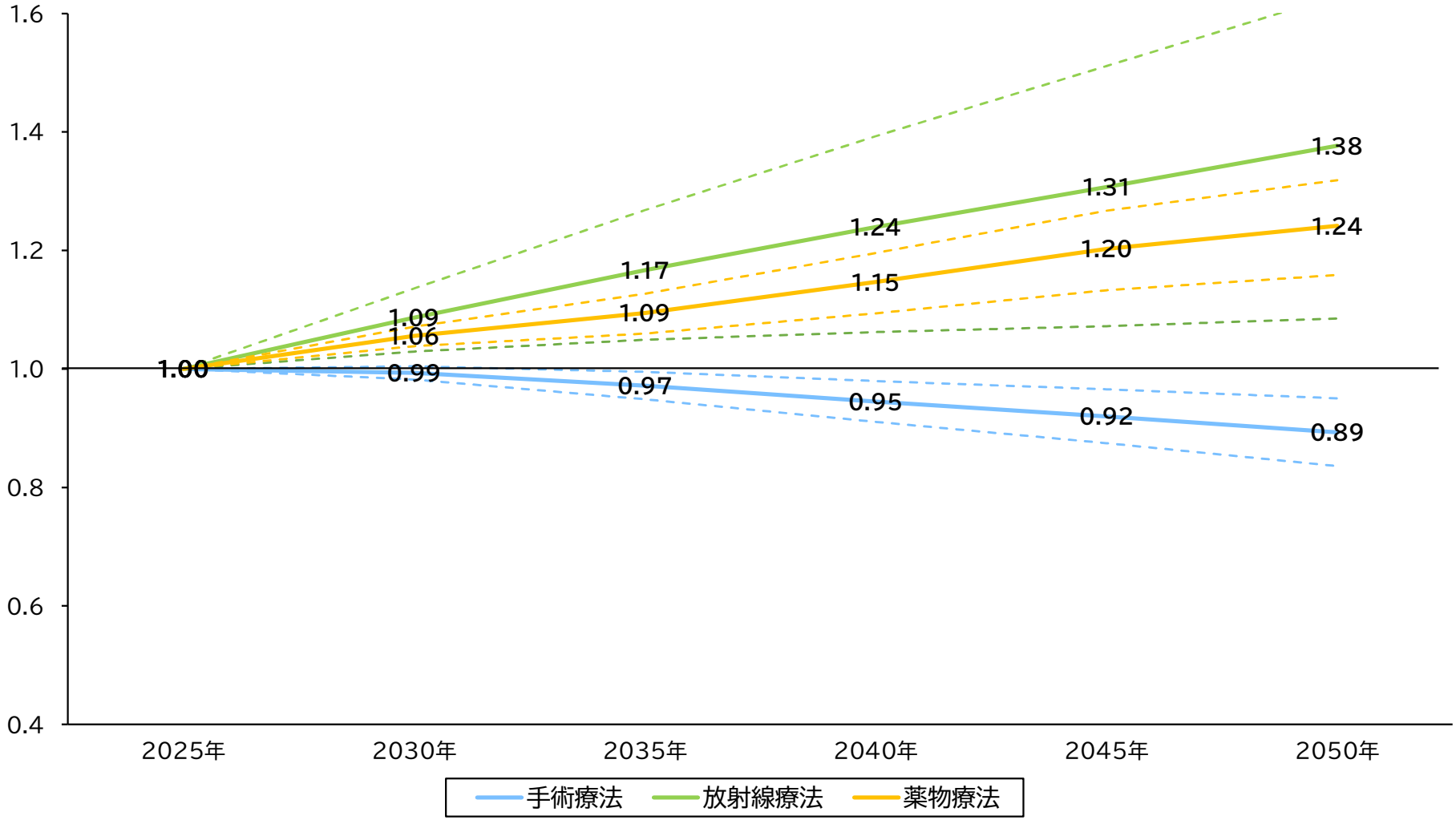
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における薬物療法需要変化率（都市型分類別※）



※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における三大療法の需要推計（全国）

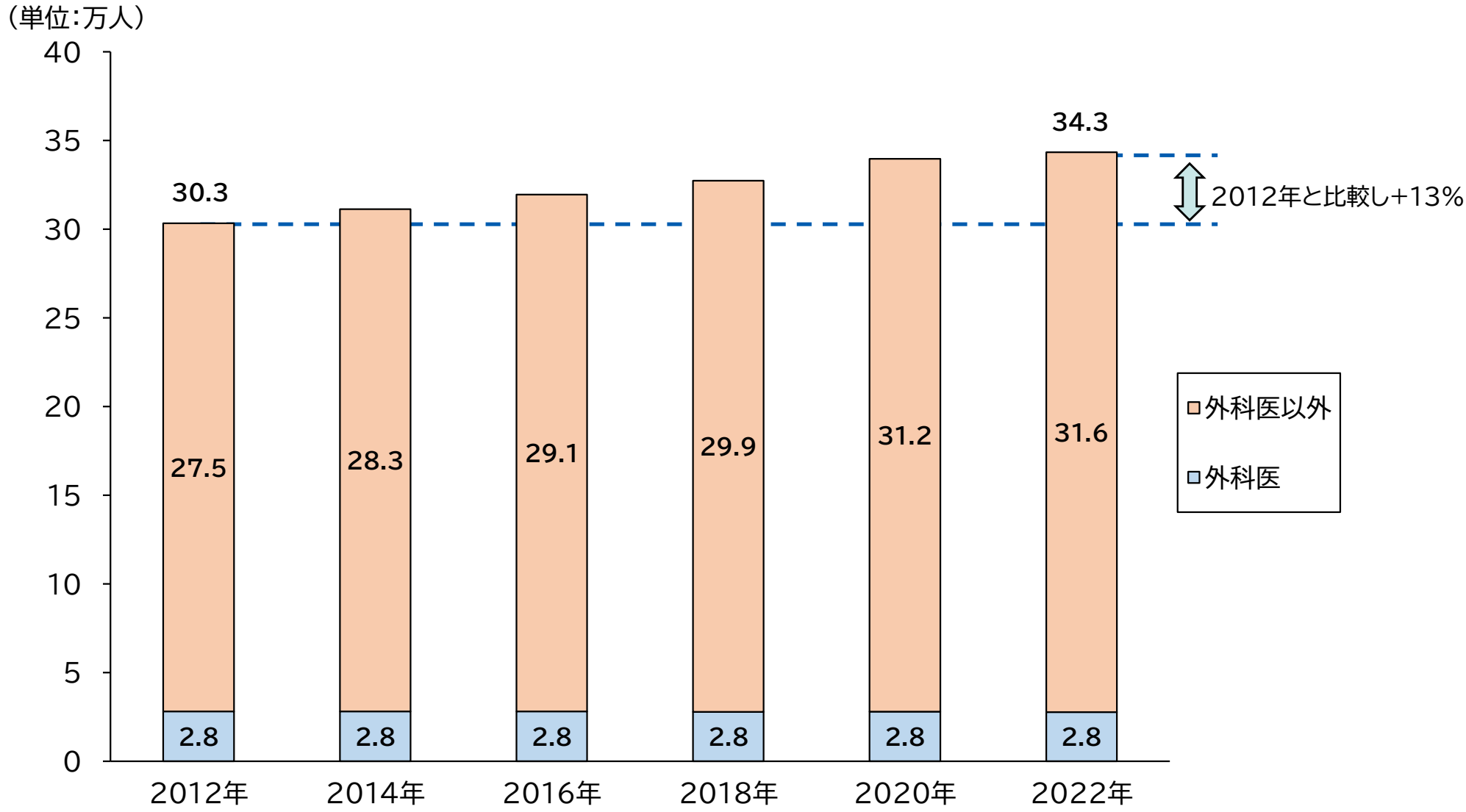
- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

医師数の推移

- 医師の総数が2022年時点で34.3万人（2012年時点で30.3万人）と、過去10年間に13%増加しているにも関わらず、外科医の総数は過去10年間ほぼ変わっていない。

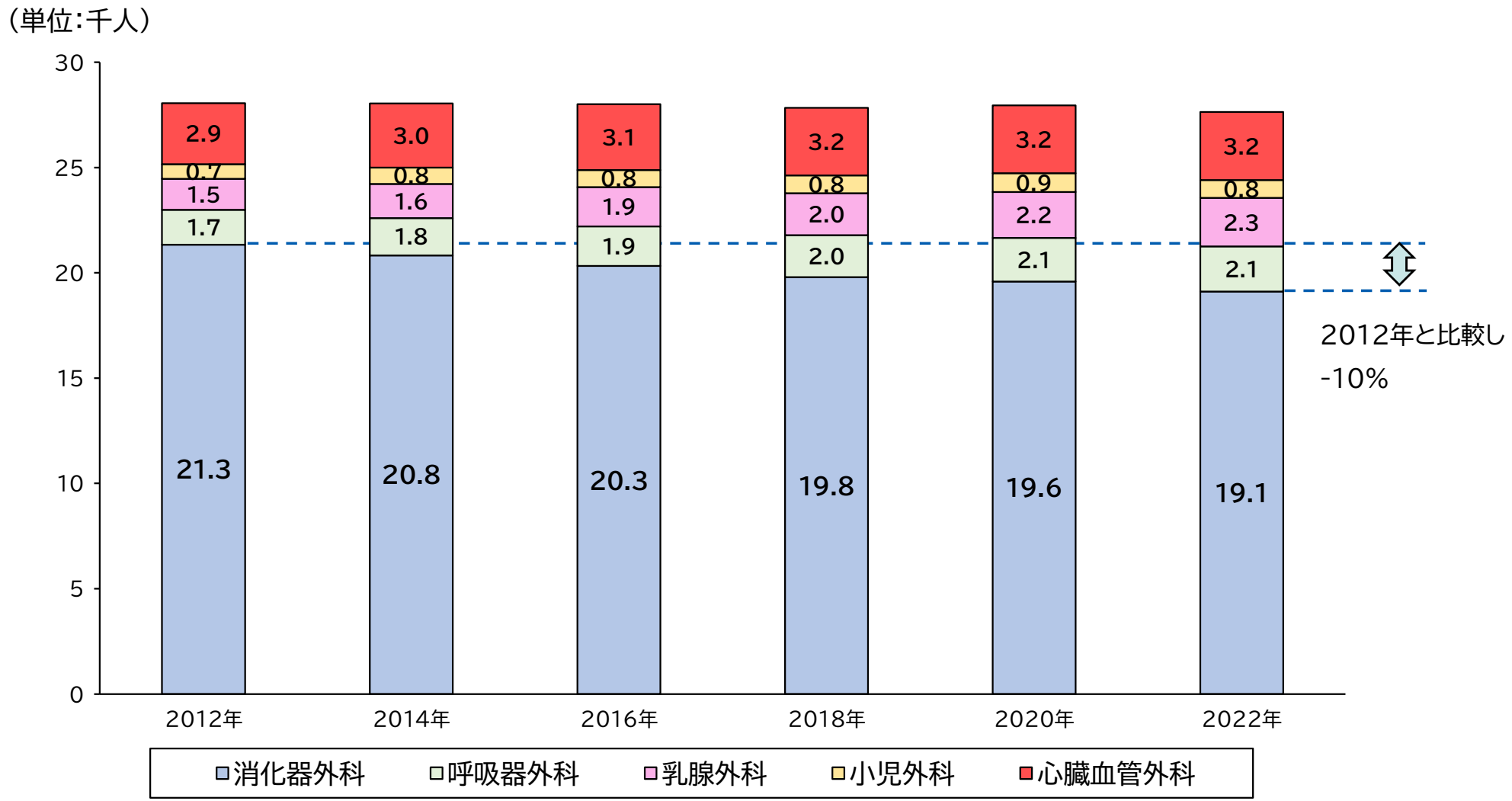


※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

610

外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 外科のうち、消化器外科医数※は、2022年時点で約1.9万人（2012年時点で約2.1万人）と、過去10年間で10%減少している。

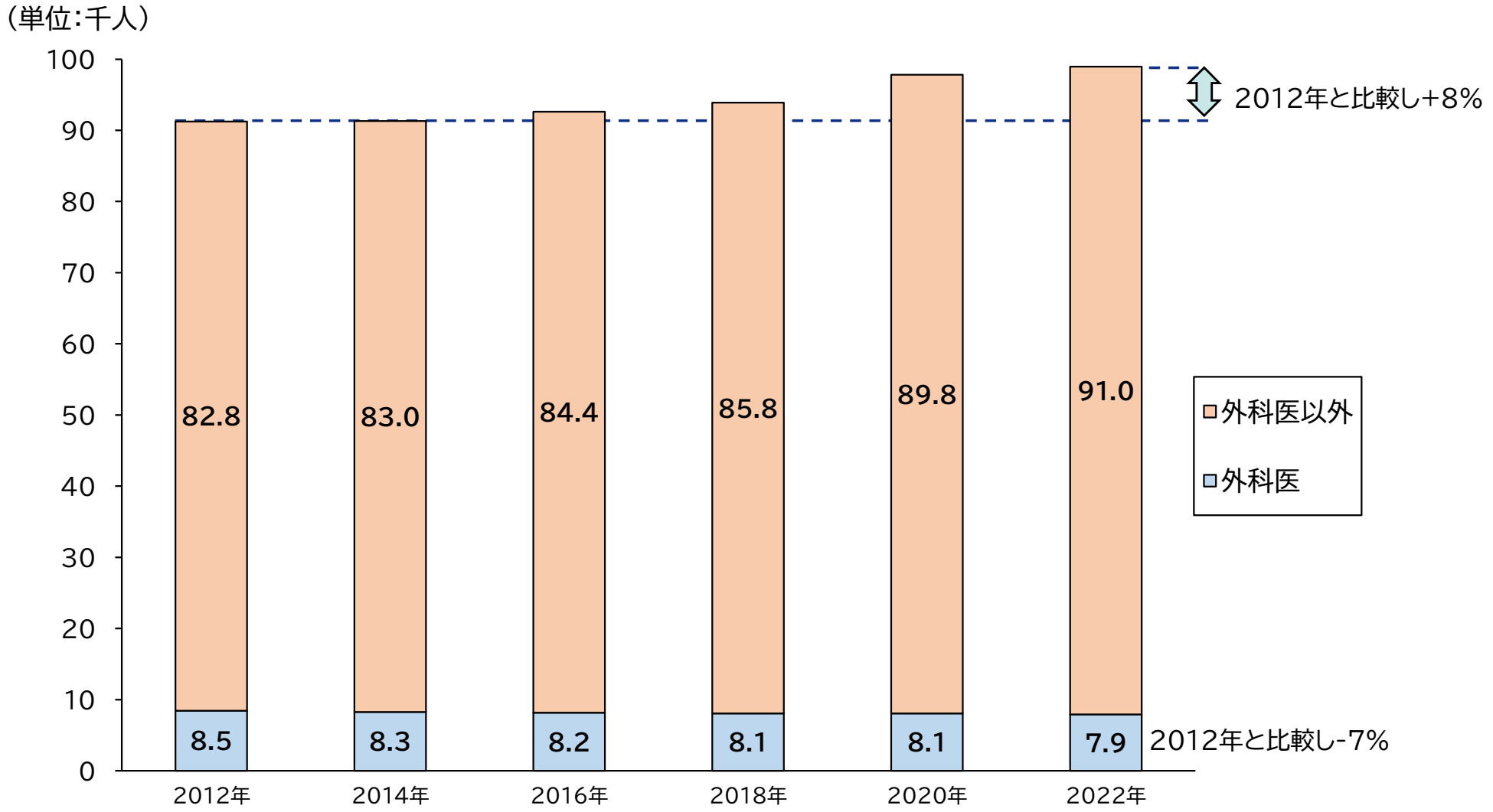


※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

40歳未満の医師数の推移

- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。

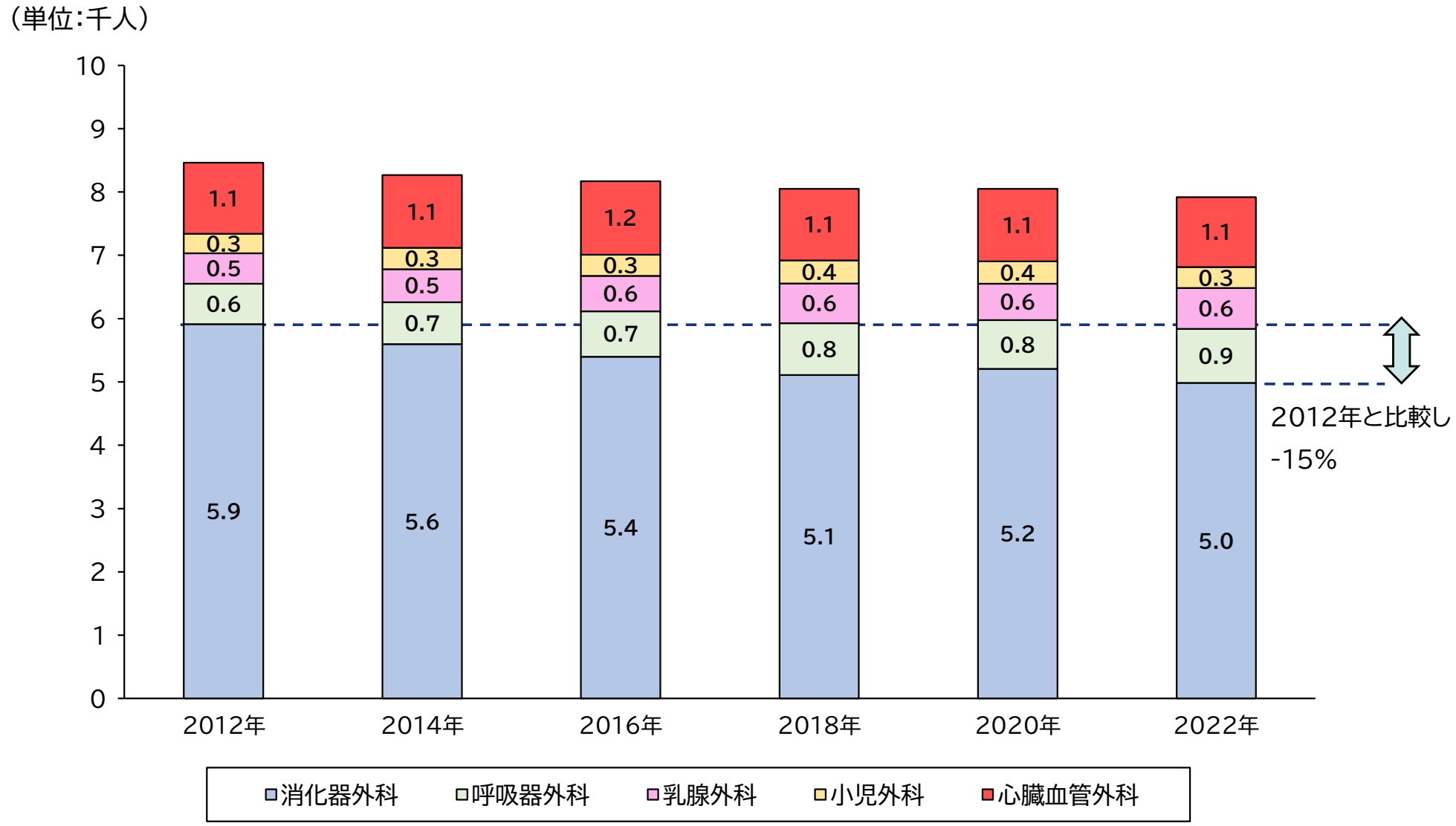


※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。



※消化器外科医は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

医師の働き方改革

第1回 勤務医に対する情報発信に関する作業部会
令和3年11月15日
資料1

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】	病院常勤勤務医の約４割が年960時間超、約１割が年1,860時間超の時間外・休日労働
	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
【労務管理が不十分】	36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
【業務が医師に集中】	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

＋

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- **医療施設の最適配置の推進**（地域医療構想・外来機能の明確化）
- **地域間・診療科間の医師偏在の是正**
- **国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- **適切な労務管理の推進**
- **タスクシフト/シェアの推進**（業務範囲の拡大・明確化）
  → **一部、法改正で対応**

＜行政による支援＞
- 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- 経営層の意識改革（講習会等）
- 医師への周知啓発　等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） 法改正で対応

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を**作成**
↓
評価センターが**評価**
↓
都道府県知事が**指定**
↓
医療機関が計画に基づく取組を**実施**

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）			
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2 （高度技能の修得研修）	614		

医師の健康確保

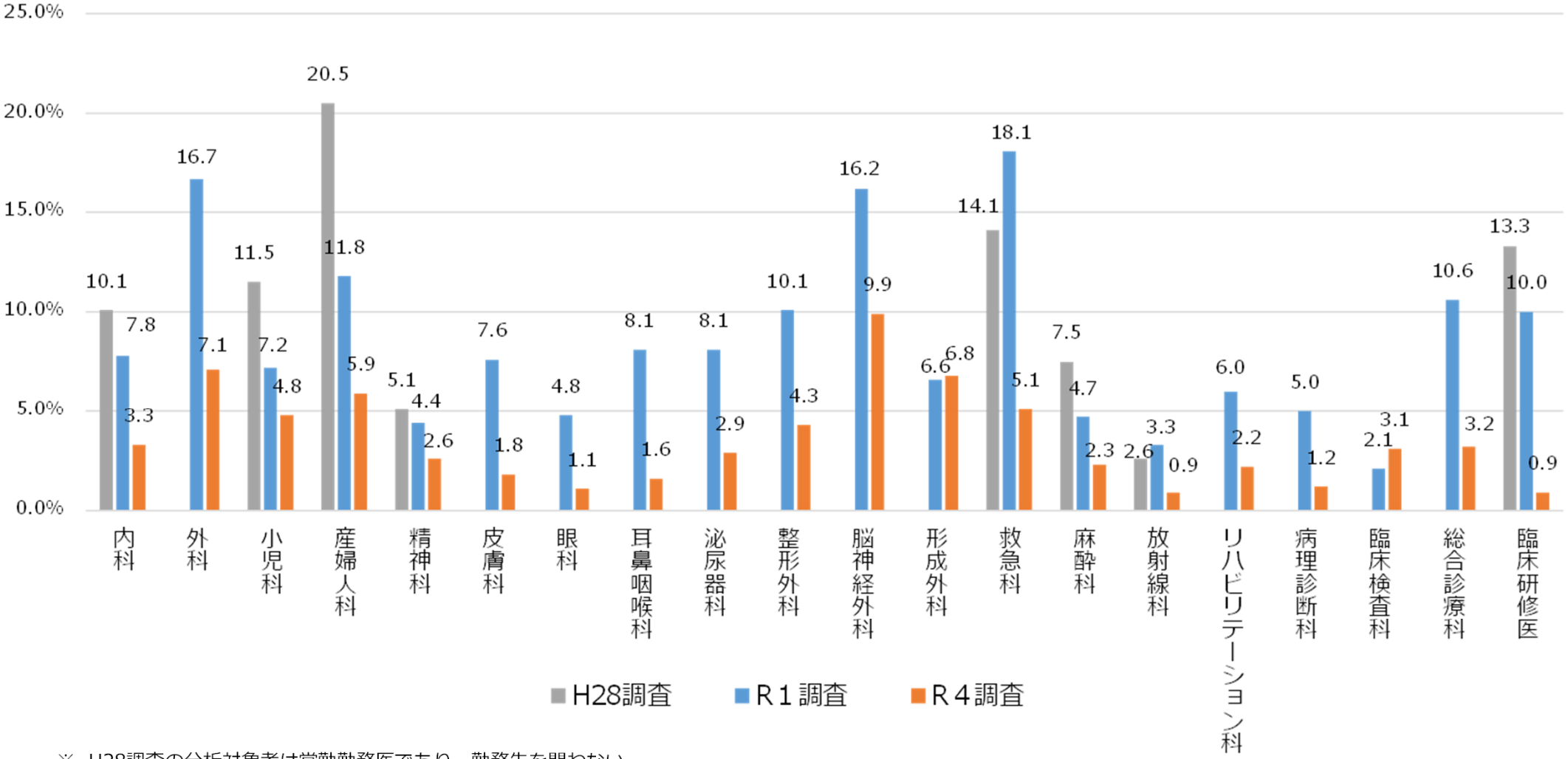
面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

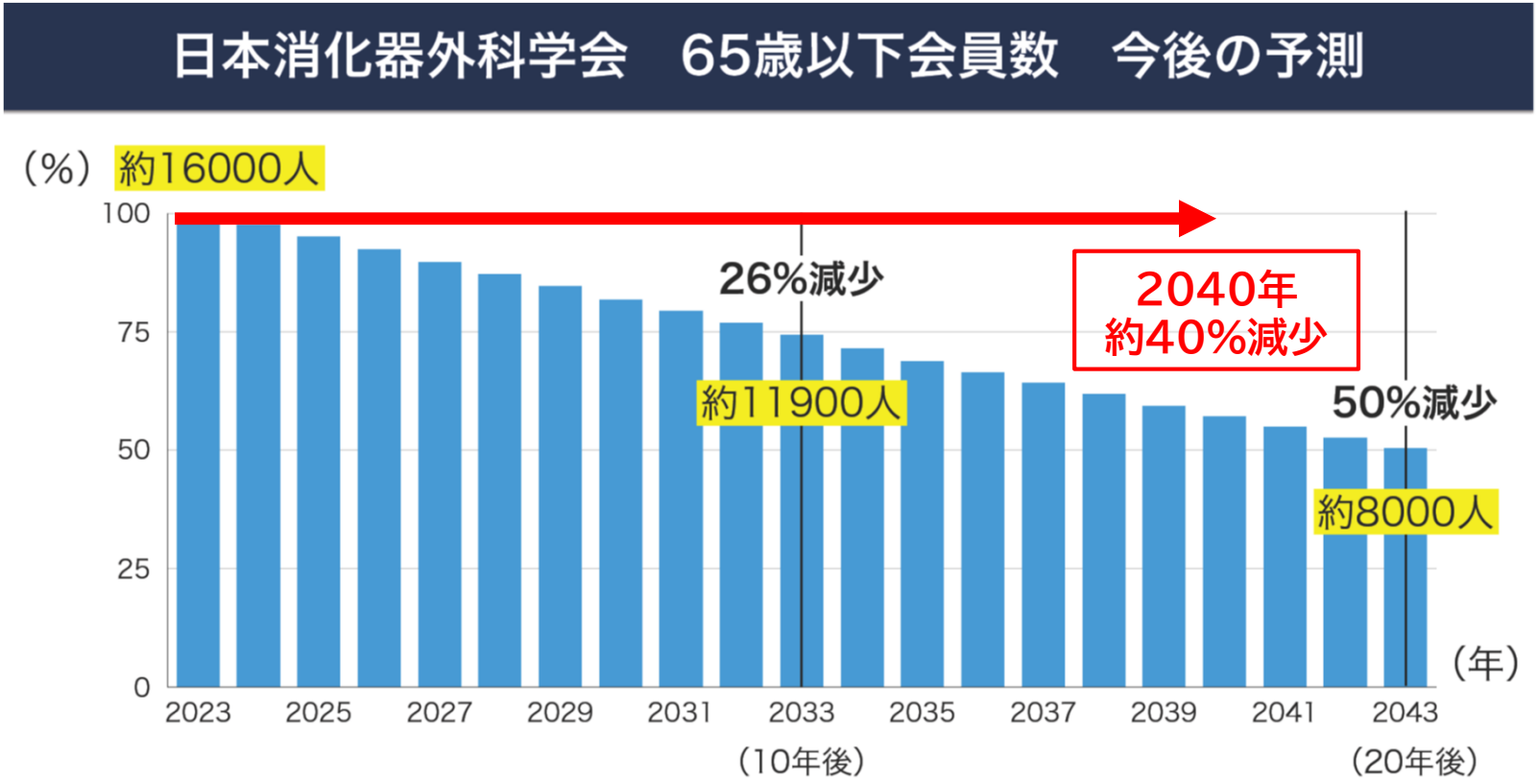
○ H28調査、R１調査、今回調査（R４調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

○ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
※ R１調査、R４調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
※ R１調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。 615

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

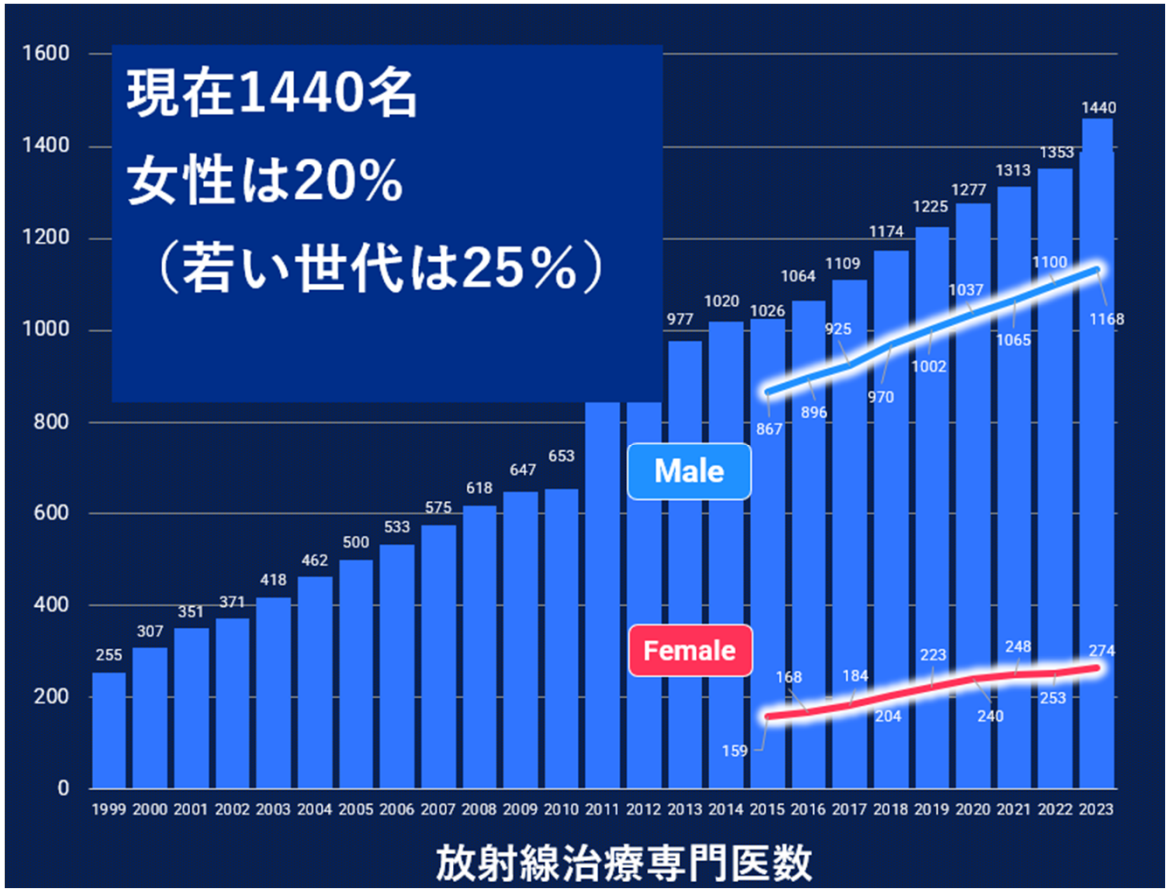


消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1　2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。
※2　2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

放射線治療専門医の将来推計※

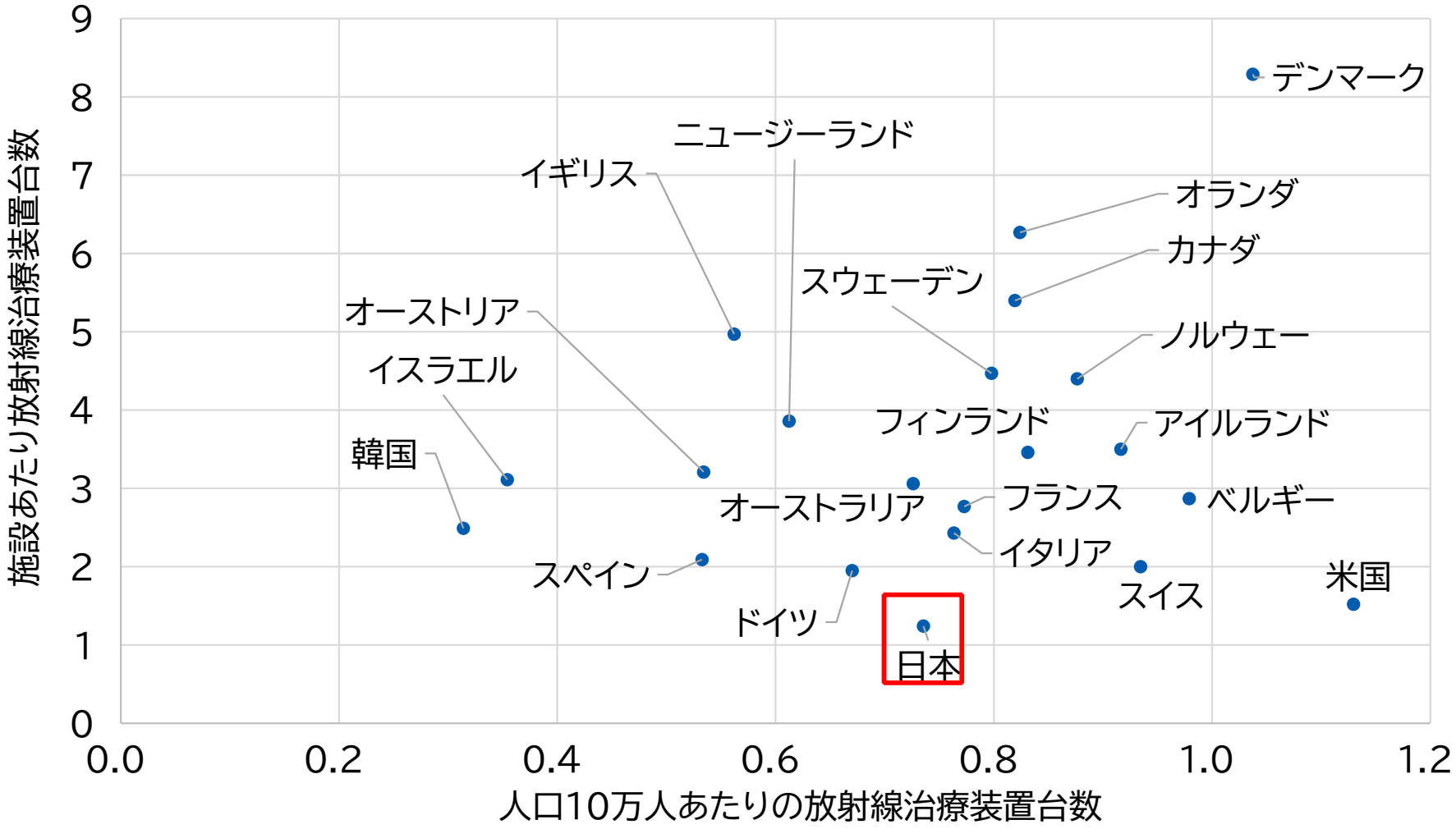


- 放射線治療専門医数は40名増加/年となっているため、2040年には40 x 15年＝600名程度の増加が見込まれる。2040年には放射線治療専門医数が2000名（2025年比で43%増加）と推計される。

※2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

諸外国と比較した放射線治療装置の配置状況

- 我が国では、諸外国と比較して人口10万人あたりの放射線治療装置台数は平均的であるものの、放射線治療施設あたりの放射線治療装置台数は少なくなっており、多くの医療機関に分散して放射線治療装置が配置されている。



出典:the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database及びWHO global cancer observatory Cancer today2022年報告を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

618

放射線治療患者数・放射線治療装置数の将来推計

放射線治療患者数の推計

- 放射線治療患者数は2025年には28.8万人と推計される※1。
- 2025年から2040年に向けて放射線療法の需要が1.24倍に増加すると放射線治療患者数は28.8万人×1.24倍＝35.7万人と推計される。

放射線治療装置数の推計

- 放射線治療装置1台あたりの年間照射患者数の適正数※2は250名～300名と報告されており、この当時の基準を用いた場合、2040年に必要となる放射線治療装置数は1190台～1428台となる。2019年時点の放射線治療装置配置数1100台※3と比較して8%～30%増となる。

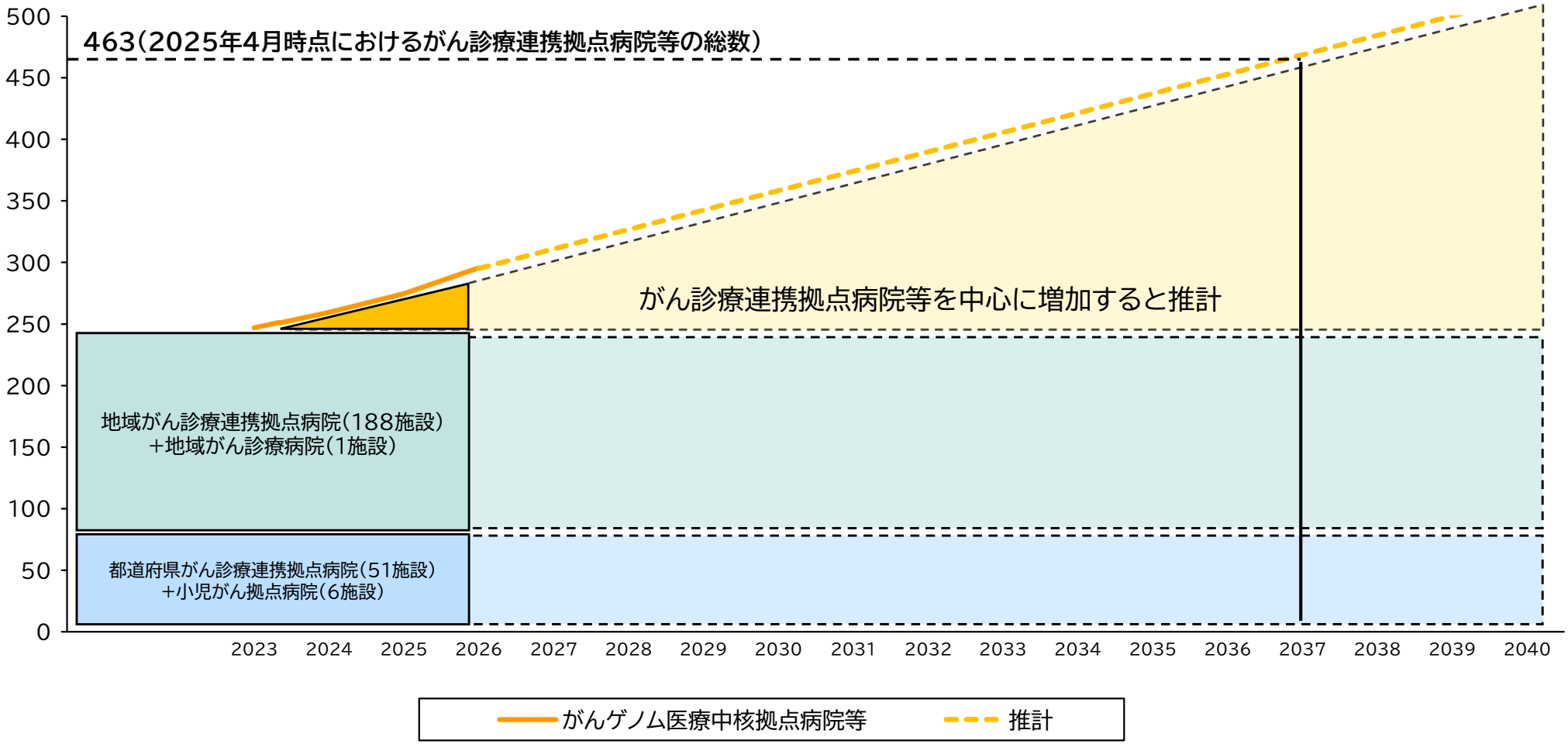
放射線治療の提供体制について

- 国内の放射線治療施設は734施設あり、このうち、年間治療患者数が100人未満が127施設、100～200人が216施設となっている※4。現状のように１施設あたりの治療患者数が少ない放射線治療施設が分散していると、より多くの放射線治療専門医が必要となる。このため、放射線療法の需要動向を踏まえながら、放射線治療施設の一定の集約化の検討が必要となる。
- なお、放射線治療医と患者数の需給のミスマッチが生じる放射線治療施設においては放射線治療医による遠隔放射線治療（放射線治療計画の作成等）支援の取り組みも併せて実施することが有効であると考えられる。

※１　放射線治療患者総数が日本放射線腫瘍学会の構造調査よりがん罹患者数の28%を占めるため、2025年も同様の割合と仮定した場合、2025年のがん罹患者数推計103万×28%=28.8（万人）と推計。
※２　厚生労働省がん研究助成金計画研究班　「がんの集学治療における放射線腫瘍学　医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる基準構造」（2009年）。
※３　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告より、回答施設の放射線治療装置台数の合計960台÷回答率87%=約1103台と推計。
※４　日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告「Table 3 Number of radiation oncology institutions by annual patient load and category」

がんゲノム医療提供体制の将来推計

- 全てのがん診療連携拠点病院等でがんゲノム医療を提供できるまでには今後12年程度を要すると見込まれる。※



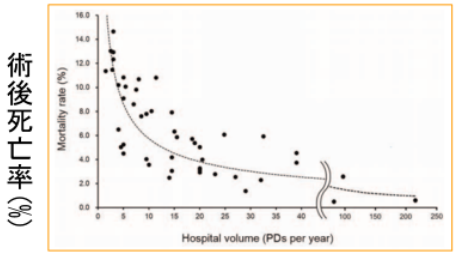
※2023年から2025年までのがんゲノム医療中核拠点病院等の新規指定施設数の推移から線形推計620と、2025年6月現在の282施設から、がん診療連携拠点拠点病院等を網羅する約460施設に拡大するまで、2037年頃まで要することが見込まれる。

集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会発表資料
令和7年3月21日	資料3　改変

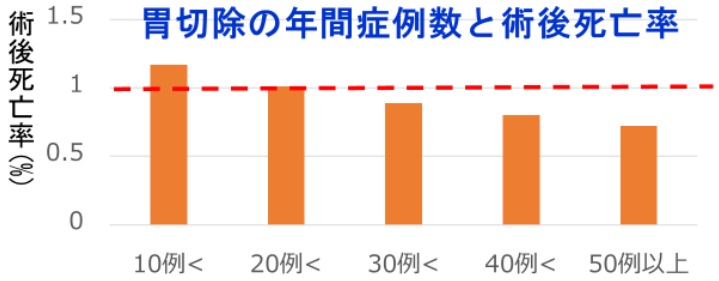
日本消化器外科学会　**※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術**

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
–集約化によって見込まれる短期成績の向上–



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



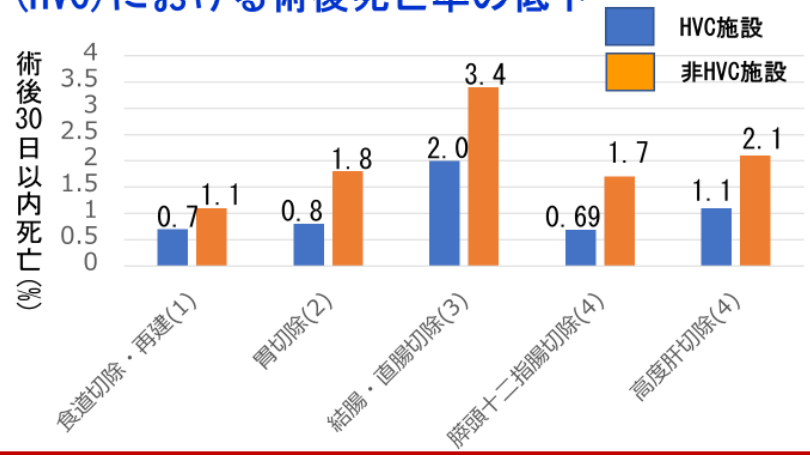
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

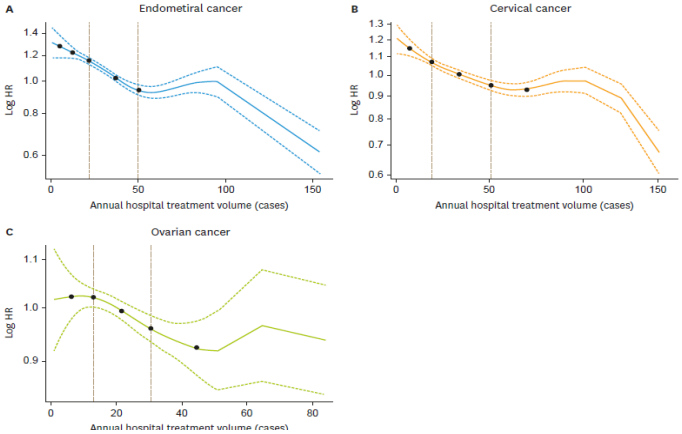
49

出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

婦人科の手術に関する集約化と均てん化

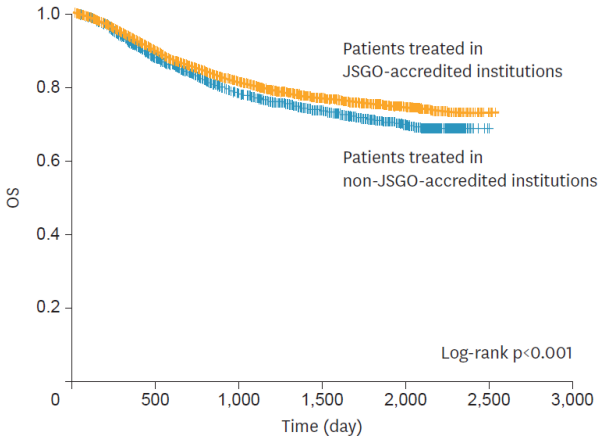
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	日本癌治療学会
令和7年3月21日	発表資料 資料3

代表的な婦人科がんの成績と施設規模



Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3

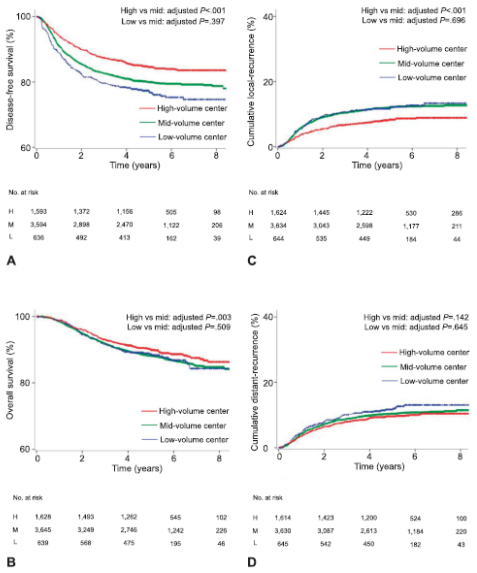
学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



Mikami M, et al. J Gynecol Oncol 2018; 29:e22

**婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する。
しかしながら、産婦人科医はがんの手術のみならず、出産や多数の子宮筋腫の手術など、がん診療に加えて、多岐にわたる診療に関わっているため、がんの手術の集約化にはがん診療以外の診療に与える影響をも検討する必要がある。**

高難度手術の成績と施設規模



Matsuo K, et al. Obstet Gynecol. 2019;133:1086-98.

- **子宮体癌・子宮頸癌・卵巣癌のいずれも、施設の規模が大きくなるほど治療成績は良くなる。（日本産科婦人科学会の全国レジストリー研究）**
- **高難度手術である広汎子宮全摘術後の予後は、施設の規模が大きく影響し、規模の大きい施設程有意に良好。**
- **子宮頸癌の予後は、日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設では、非認定施設に比べて有意に良好。**

日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設は全国２９７施設が認定されており、各都道府県に最低１つは配置されている。婦人科浸潤がん症例の手術症例数（過去3 年間の平均症例数が年40 症例程度）の他、婦人科腫瘍指導医や放射線治療専門医、病理専門医の配置など集学的治療が行える体制が整っている施設が認定されている。

622

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

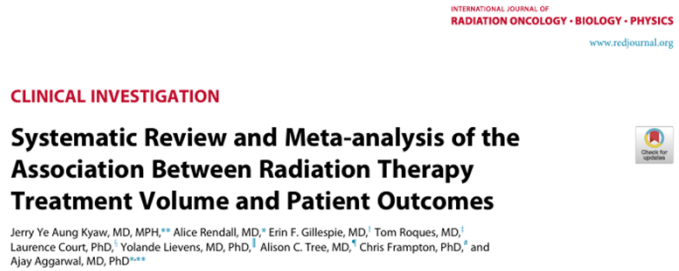
症例数の多い施設(HVRF)と少ない施設(LVRF)で根治的放射線治療を受けた患者のアウトカムを比較した研究を系統的レビューとメタアナリシスで分析

対象疾患：頭頸部がん(HNC)の7研究、子宮頸がん4研究、前立腺がん4研究、膀胱がん3研究、肺がん2研究、肛門がん2研究、食道がん、脳腫瘍、肝臓がん、膵臓がんが各1研究

結果：メタアナリシスにより、HVRFはLVRFと比較して**死亡リスクが低いことが示された(HR, 0.90**; 95% CI, 0.87-0.94)。
頭頸部がんと前立腺がんにおいて、ボリュームとアウトカムの関連性が最も強く示された。

結論：**ほとんどのがん種において、放射線治療ボリュームと患者アウトカムの間に関連性が認められた。**ボリュームとアウトカムの関連性が強いがん種については、**放射線治療の集約化**を検討する必要があるが、公平なアクセスへの影響も考慮する必要がある。

考察： high-volume施設の**高精度治療における臓器輪郭設定や小線源治療など複雑な手技における高い専門性が良好なアウトカムに**つながっている


INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS
www.redjournal.org

CLINICAL INVESTIGATION

Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes

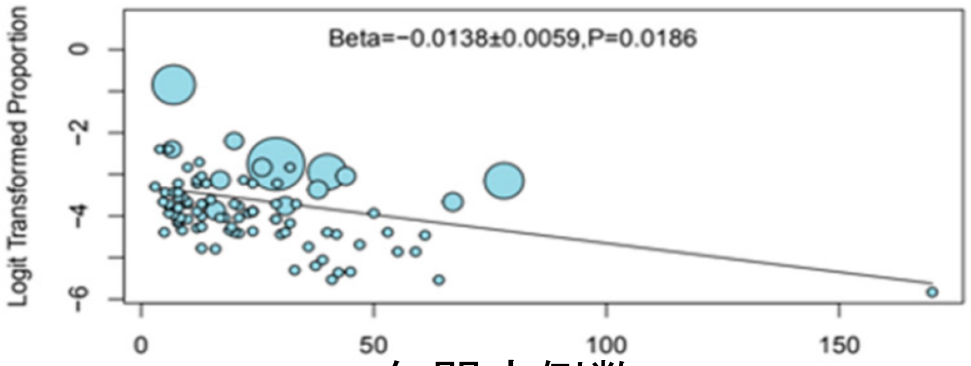
Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,** Alice Rendall, MD,* Erin F. Gillespie, MD,† Tom Roques, MD,‡ Laurence Court, PhD,§ Yolande Lievens, MD, PhD,‖ Alison C. Tree, MD,¶ Chris Frampton, PhD,# and Ajay Aggarwal, MD, PhD***

623

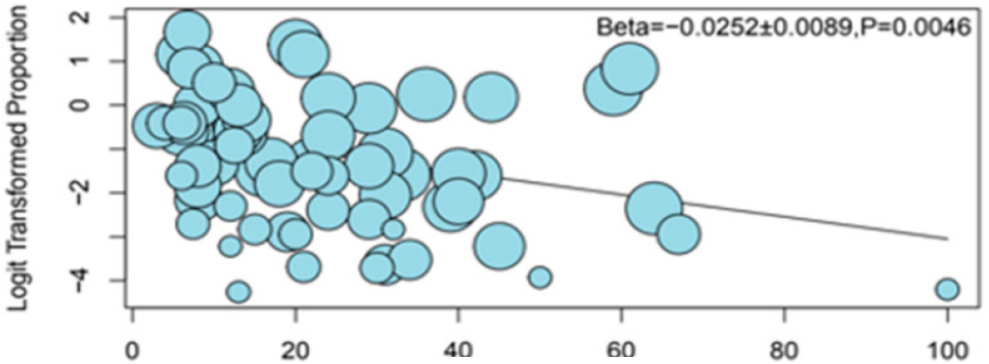
集約化による副作用の軽減

病院の規模と免疫チェックポイント害薬による免疫関連有害事象（irAE）

有害事象による死亡



重篤な有害事象（グレード≥3)



624

Rahouma M, et al. Cancers 16, 1136, 2024

病院の規模と急性骨髄性白血病（AML）の治療成績（Matched Cohort Study）

- 米国データベース（NIS）
- 2009-2011年
- 年齢、性、合併症、保険加入状況、収入、地域、入院日等で調整

AML治療に伴う死亡率は小規模病院で高い

	大規模施設	小規模施設	P
死亡率	1.59%	4.07%	<0.001
入院期間	14.2日	14.6日	
入院費	$102,653	$101,945	

44

Giri S, et al. Blood 125:3359-3360, 2015

がん医療における3大療法の需給推計

- 手術療法は、2040年に向けて需要が95%に減少する一方で、日本消化器外科学会に所属する医師数は60%まで減少することが予測され、2040年の需要に対して、0.52万人不足すると予測される。
- 放射線療法は、2040年に向けて需要が124%に増加する一方で、放射線治療専門医数は、需要の増加を上回り、143%まで増加することが予測されている。
- 薬物療法は、2040年に向けて需要が115%に増加する一方で、薬物療法は、薬物療法専門医のほか、必ずしも薬物療法専門医ではない他の診療科の専門医によっても提供されているため、現状、薬物療法を何人の医師が提供し、2040年に向けてどのように変化するか、定量的に評価することは困難である。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025年	2040年見込み（2025年比）	2025年	2040年見込み（2025年比）	2025年	2040年見込み（2025年比）
初回治療受療者数（万人）	46.5	44.0（95%）	10.5	13.0（124%）	30.3	34.7（115%）
医師数（万人）	1.52	0.92（60.5%）※1	0.14	0.20（143%）※2	-※5	-※5
必要医師数（万人）	-	1.44※3	-	0.17※4	-	-※5
医師の過不足数（万人）	-	0.52不足※6	-	0.03充足※7	-	-※5

※1：がん患者に対する手術療法は多くの診療科で提供されているが、2022年の医師・歯科医師・薬剤師統計において、消化器外科医は外科医の約7割を占めていることに加え、近年特に減少が著しいため、本項目は日本消化器外科学会に所属する医師数を対象とした。日本消化器外科学会においては、平均入会者数は毎年500人程度である。一方で、定年に達する人数は毎年440～500人程度、中途退会者数は毎年450人程度と推計され、65歳以下の医師は毎年約400人減少すると推計され、現状の傾向に変化がなければ、65歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040年に0.92万人まで減少（2025年比で39%減少）すると推計される。なお、2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専 門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、専門医数ではなく、日本消化器外科学会に所属する医師数を記載。

※2：放射線治療専門医数は、新規専門医取得者数から引退者数を減算すると、毎年約40名増加することが推計され、現状の傾向に変化がなければ、放射線治療専門医数は、2040年に0.2万人まで増加（2025年比で43%増加）すると推計される。

※3：2040年の手術療法の需要に対応するために必要な日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数を次の通り機械的に算出した。（1.52万人（2025年の医師数）×95%（2025年比の2040年の手術療法の需要見込み）＝1.44万人）

※4：2040年の放射線療法の需要に対応するために必要な放射線治療専門医数を次の通り機械的に算出した。（0.14万人（2025年の専門医数）×124%（2025年比の2040年の放射線療法の需要見込み）＝0.17万人）

※5：薬物療法は、様々な診療科の医師が提供しているため、定量的に提供者の数を算出することが困難であるため空欄とした。

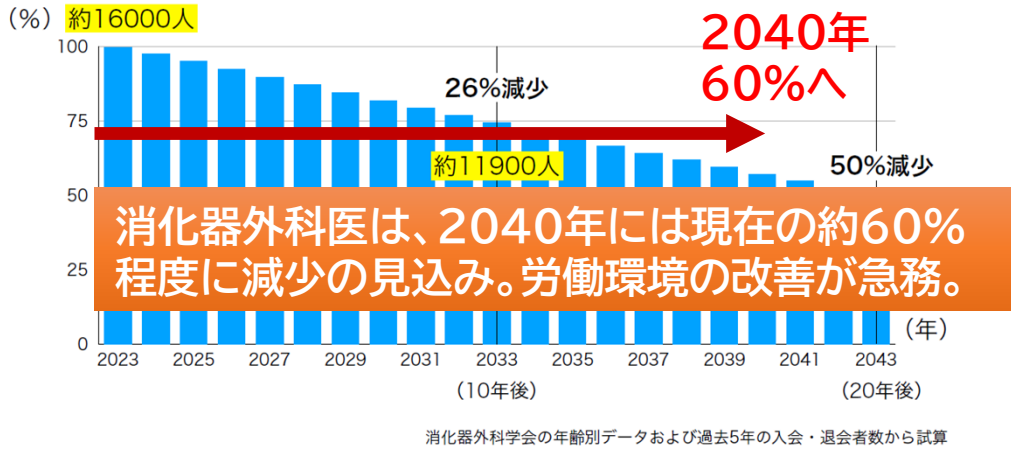
※6：0.92万人（2040年に日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の見込み）－1.44万人（2040年に必要な日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数）＝－0.52万人

※7：0.20万人（2040年の放射線治療専門医の見込み）－0.17万人（2040年に必要な放射線治療専門医の見込み）＝＋0.03万人

手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

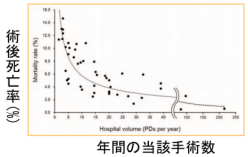
日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るのがよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6%　等

手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



Hata T, et al. Ann Surg 2016.

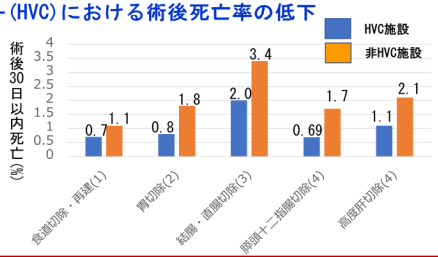


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

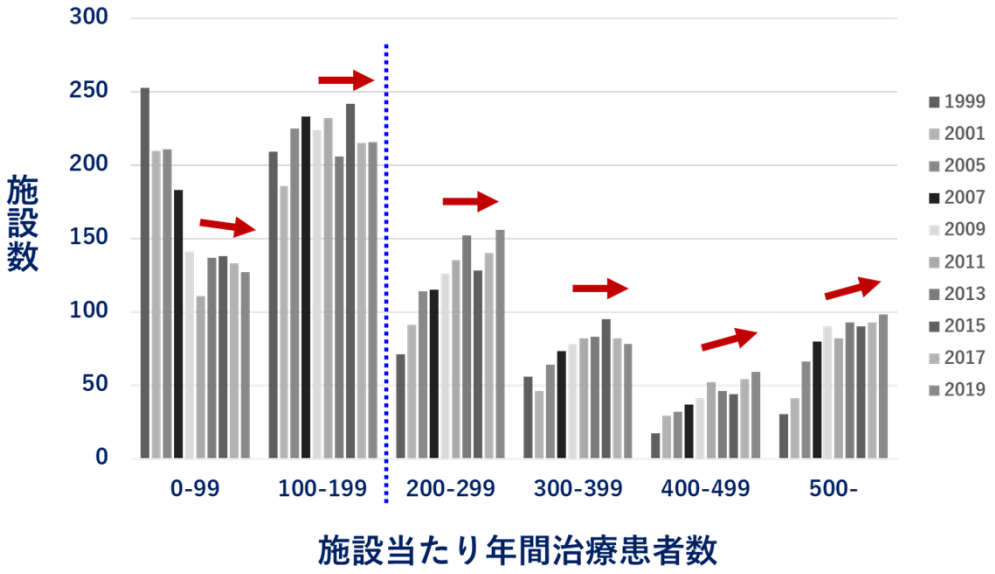
49

高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

放射線療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、放射線療法の需要は2025年比で124%に増加することが見込まれる中、日本放射線腫瘍学会によると、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040年に0.2万人まで増加（2025年比で43%増加）することが見込まれている。
- 一方で、放射線治療装置は、2019年時点で、全国で約1,100台配置されているが、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置1台あたりの患者数にばらつきが大きい。
- 日本放射線腫瘍学会によると、放射線治療装置1台あたりの年間治療可能数250～300人をもとにすると、2040年に向け、1,190～1,428台（対2019年で8～30%増加）の放射線治療装置数が必要と見込まれる。
- このため、地域毎に放射線療法の需要を予測し、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討することが必要。

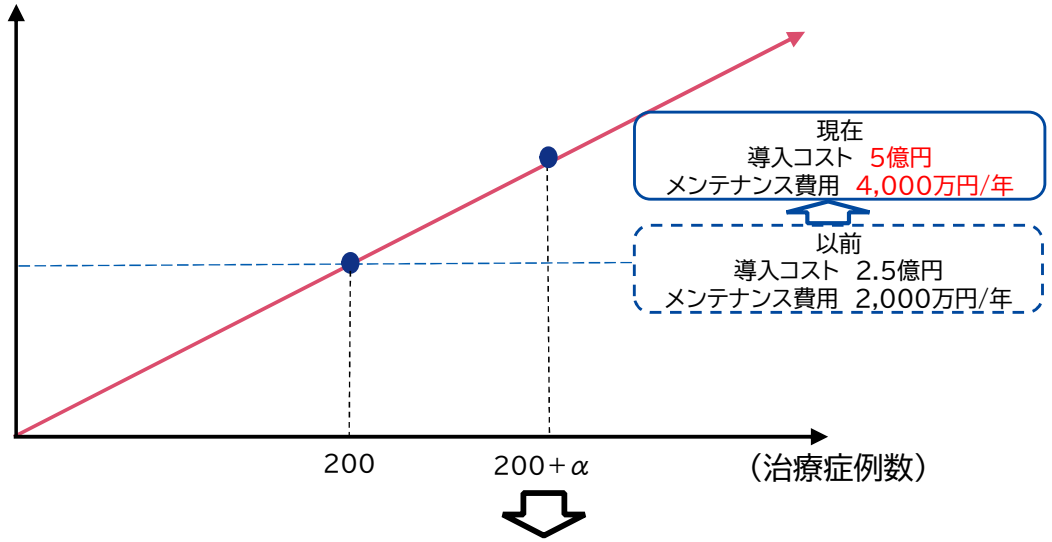
日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数



日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新規放射線治療患者数は200名以下である。

放射線治療患者数と収益性の関係

外照射の治療患者数と収益性（導入コストに対する損益分岐点症例数）



年間200例では償却が困難

以前は人件費を除けば年間200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰により収支が悪化しており、現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある。

日本放射線腫瘍学会　全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告　より

薬物療法に関する提供体制の課題・対応

- 薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の専門医が中心となって提供されているが、消化器外科医等の薬物療法の提供者が減少している診療領域もあることに鑑みると、現状の薬物療法の提供体制の維持には、薬物療法を担う医師の確保が重要。
- 過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるように、遠隔医療を組み合わせるなどしながら、均てん化に取り組むことが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。
- 近年のがんゲノム医療の進歩を踏まえ、関係学会と連携し、その運用面の改善を図りながら、がん診療連携拠点病院等において質の高いがんゲノム医療が提供できる体制の構築が必要。

がん診療連携拠点病院制度

（令和7年4月1日時点）

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として1か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

- がん医療圏に原則として1か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏



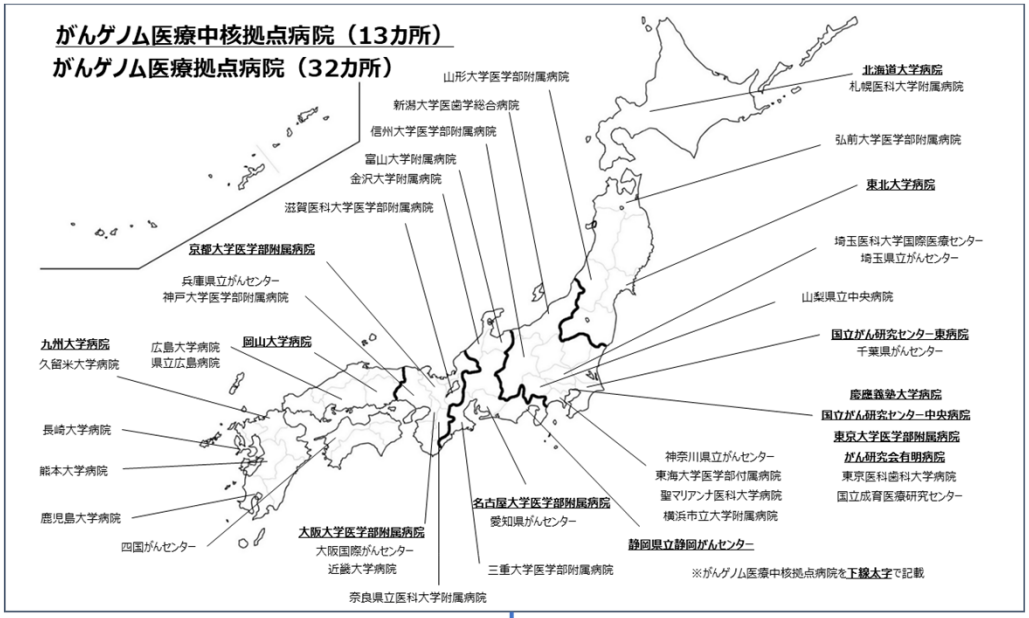
地域がん診療病院

- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	352か所（うち特例型12か所）
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	59か所
	合計463か所

がんゲノム医療提供体制

（令和7年6月1日時点）

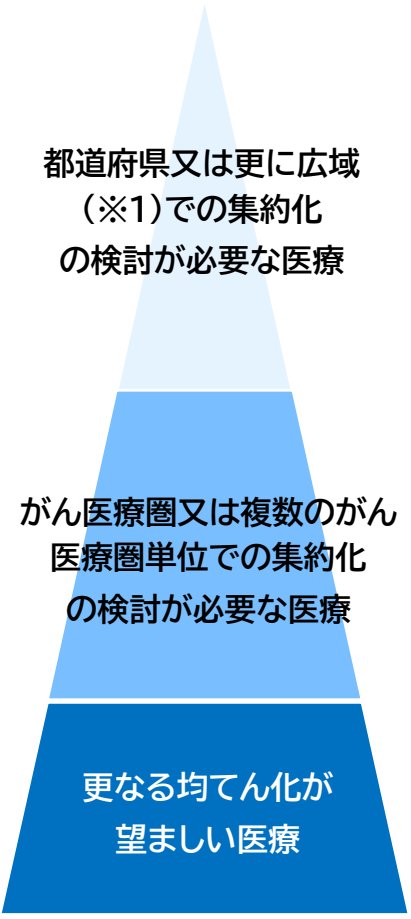


がんゲノム医療連携病院（２３７カ所）

がんゲノム医療中核拠点病院等 合計282か所

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例（案）

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
	・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術			
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
	・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	・乳がんに対する標準的な手術	・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術			
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。

（監修）一般社団法人　日本癌治療学会、公益社団法人　日本放射線腫瘍学会、公益社団法人　日本臨床腫瘍学会

2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県がん診療連携協議会の体制

- 都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。
- 都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体の参画を必須とし、主体的に協議に参加できるよう運営すること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得られるよう対応すること。

都道府県がん診療連携協議会における協議事項

- 国及び国立がん研究センターから提供されるデータや、院内がん登録のデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。
- がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。
- 都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。
- がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。
- 2040年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。

2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県がん診療連携協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項

- 従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後もがん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、都道府県が中心となり、住民の理解を得るために、住民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

- 地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

- 地域包括ケアシステムの観点から、患者が住み慣れた地域で質の高い医療を受け続けられるように、集約化の検討が必要な医療を提供する医療機関、患者の日頃の体調を把握している身近な診療所・病院のかかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となり、関係機関間での情報共有や役割分担を含む連携体制の整備と地域連携を担う人材育成の強化が求められる。

- かかりつけ医と拠点病院等の専門医の更なる連携強化のためには、がん患者にとって身近な診療所・病院におけるD to P with Dによるオンライン診療 等、拠点病院等と連携し、がん予防や支持療法・緩和ケア等を提供していくことが重要となる。拠点病院等は、がん予防や支持療法・緩和ケア等を身近な診療所・病院でがん患者が受療できるように、これらのがん医療に係る研修を積極的に実施することが望ましい。また、離島やへき地等の過疎地域に居住するがん患者が、オンラインで専門医に相談できるといった、医療DXの活用が求められる。

- 2040年に向けて、更なる生産年齢人口の減少に伴い、医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれる。持続可能ながん医療提供体制の構築のためには、医療DX等による業務効率化、人材の育成及び地域における活用への積極的な取組が重要である。

- がん患者が、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるよう、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含めた意思決定支援の提供体制の整備が重要である。

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に向けて

国が取り組む事項

- 従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後もがん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要があり、今後具体的に検討すること。

- 都道府県協議会等に対し、継続的に好事例の共有、他の地域や医療機関との比較が可能となるようなデータの提供等の技術的支援並びに当該支援により提供されたデータの解釈及び活用方法について丁寧に説明を行うこと。また、各都道府県協議会でのがん医療の均てん化・集約化の議論及び進捗状況を確認し、都道府県ごとの差異を把握した上で、都道府県におけるがん医療の均てん化・集約化に向けた取組を支援すること。

- 医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましく、特に、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等について、検討すること。

- 2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する方針を、がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループへ提出し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の改訂に向けて検討すること。

- 85歳以上のがん罹患者に対して、全身状態や併存疾患、治療自体による身体的負担等を加味するとともに、本人・家族の意思を踏まえどのような治療法が最適であるか、また、療養環境の支援のあり方に関する研究を推進すること。

- 2040年を見据えた持続可能ながん医療提供体制の構築には、都道府県で正確なデータに基づいた十分な検討・調整が必要であることから、都道府県協議会等に対し技術的支援を行いつつ、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援については、引き続き検討を行った上で、必要な予算の確保を図ること。

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）

第91回がん対策推進協議会	資料２－１
令和７年７月28日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

中間評価の進め方について

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

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

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

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

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

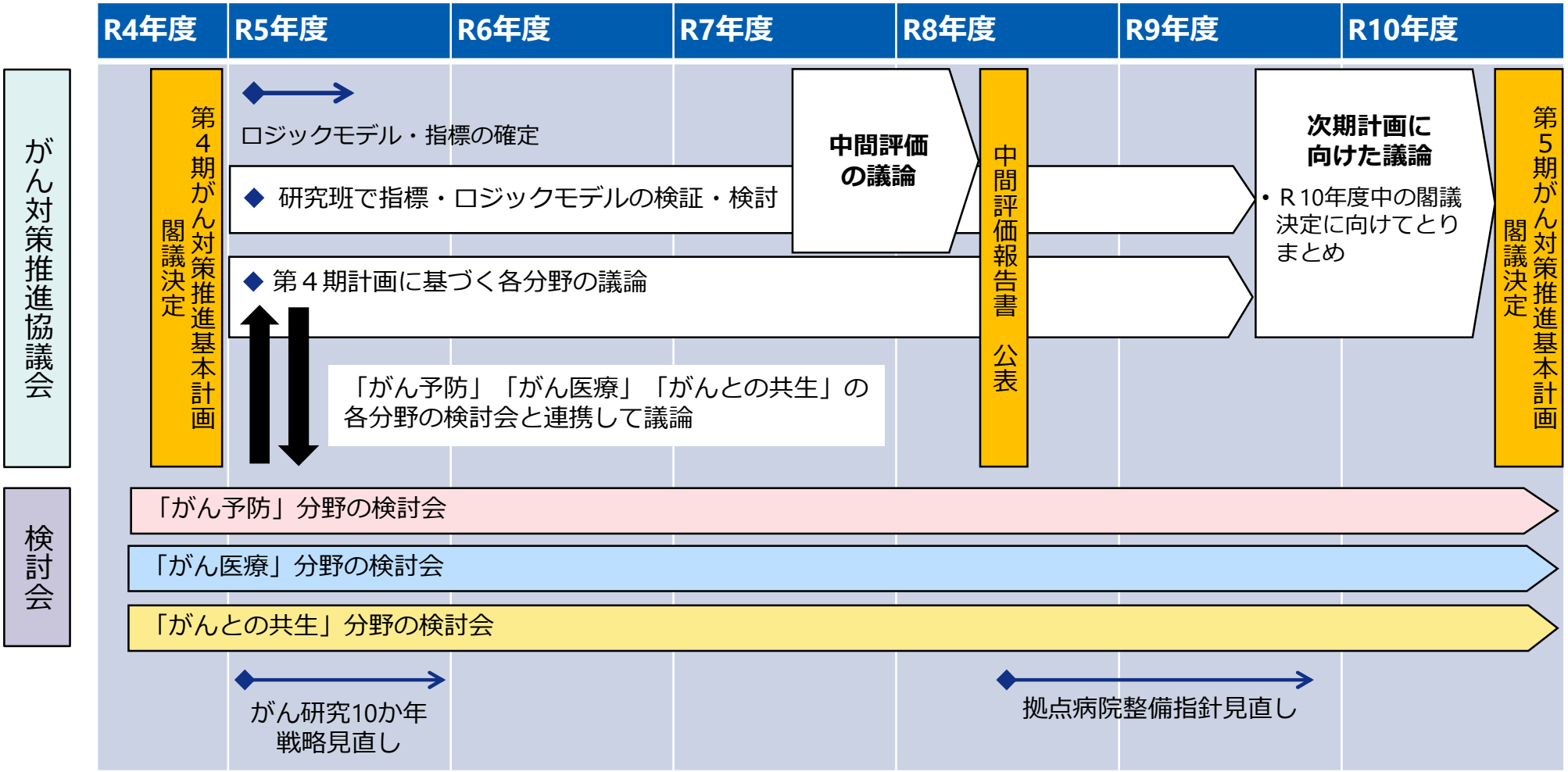
３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

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

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

第４期がん対策推進基本計画のスケジュール



第４期計画において検討が必要とされた個別施策（例）
- ○がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- ○がん研究10か年戦略の見直し
- ○がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

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。

639

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を見える化**しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるように取り組みを進める。

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

	令和６年８月	令和７年７月	令和７年　秋～冬頃	令和８年　夏頃
協議会	**第90回** **○第４期がん対策推進基本計画** ・評価指標のベースライン値の公表 ・がん対策における健康格差 ・海外のがん対策計画における目標設定 ・中間評価の進め方（案） **○都道府県がん対策推進計画の策定状況**	**第91回** ・中間評価に向けたスケジュール ・評価指標のベースライン値の公表（都道府県単位） ・コア指標（案）	**（第92回～：中間評価）** ・中間評価方法 ・中間評価の骨子（案） ・各分野での取組状況	中間評価報告書　公表
研究班等での検討	・評価指標の都道府県単位での集計、公表方法 ・評価指標の更新頻度 ・コア指標（案） ・都道府県間等の比較が可能な指標の整理		**報告**	
各種検討会	**※基本的に検討会では、個別事項のみ議論。** 「がん予防」分野の検討会 「がん医療」分野の検討会 「がんとの共生」分野の検討会			

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）				
121101	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
121102	【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 指針に基づくがん検診の意義・必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発	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）				
121103	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
122101	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
100003	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
100004	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。

642

*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

中間評価の方法について（報告書イメージ）

【全体目標】

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す。」

【分野別目標：がん予防】

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～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～

#	最終アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）胃			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）女性乳房			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）子宮頸			

<進捗状況の評価> **※一部抜粋（例）**

～～～

第91回がん対策推進協議会	資料２－２
令和７年７月28日	

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）

2025年07月28日　14:00~16:00
がん対策推進協議会

中間評価に向けたコア指標の設定と選定の基本方針

ー第９０回がん対策推進協議会（R6.8.5）における提案ー

- 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3

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。

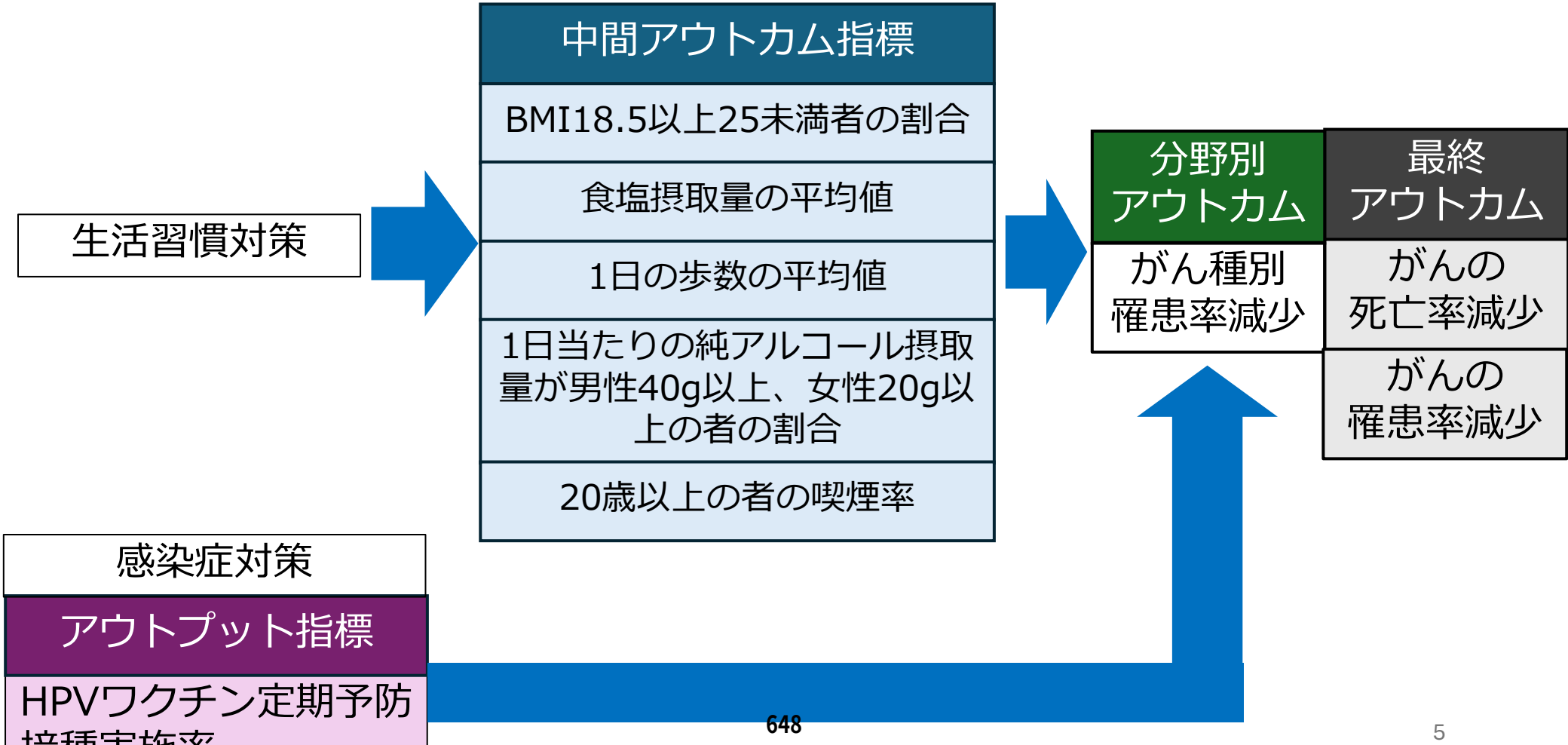
・コア指標と選定した指標を、着色セルに記載しています。

・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

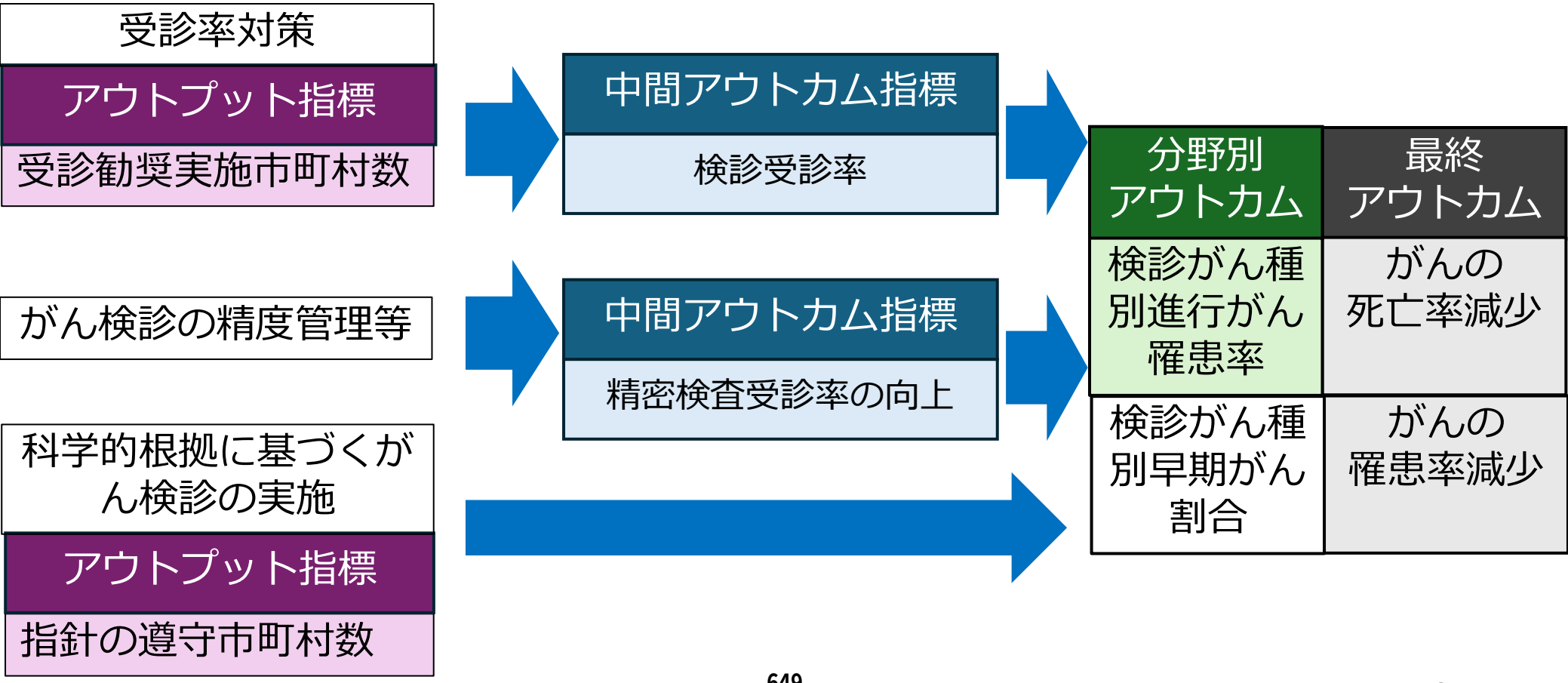
選定理由
- がん罹患への寄与割合がわかっている生活習慣要因
- 日本で対策が遅れており優先順位が高いもの（HPVワクチン）



コア指標案：②２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医療ー医療提供体制の均てん化・集約化ー

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

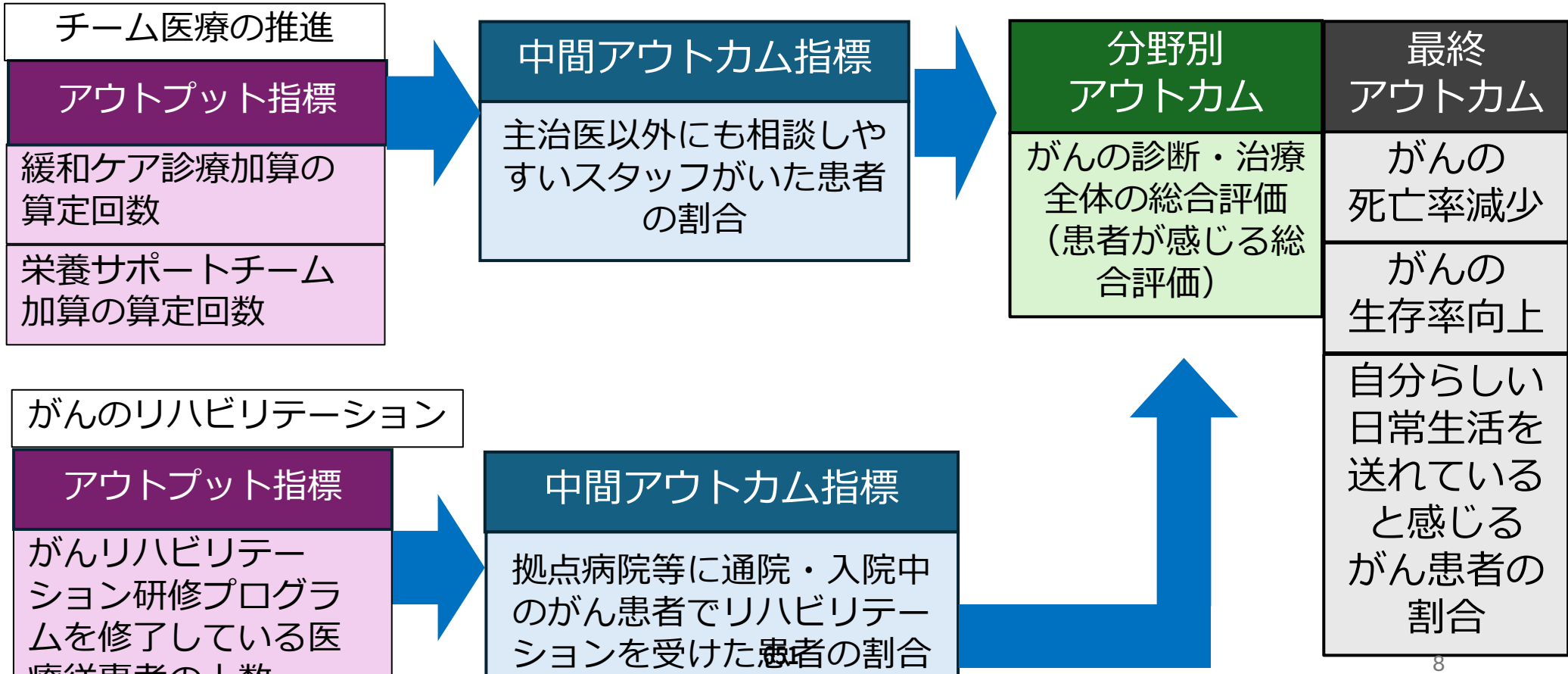
- ●病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合

650

コア指標案：④医療ーチーム医療・がんリハビリテーション

選定理由

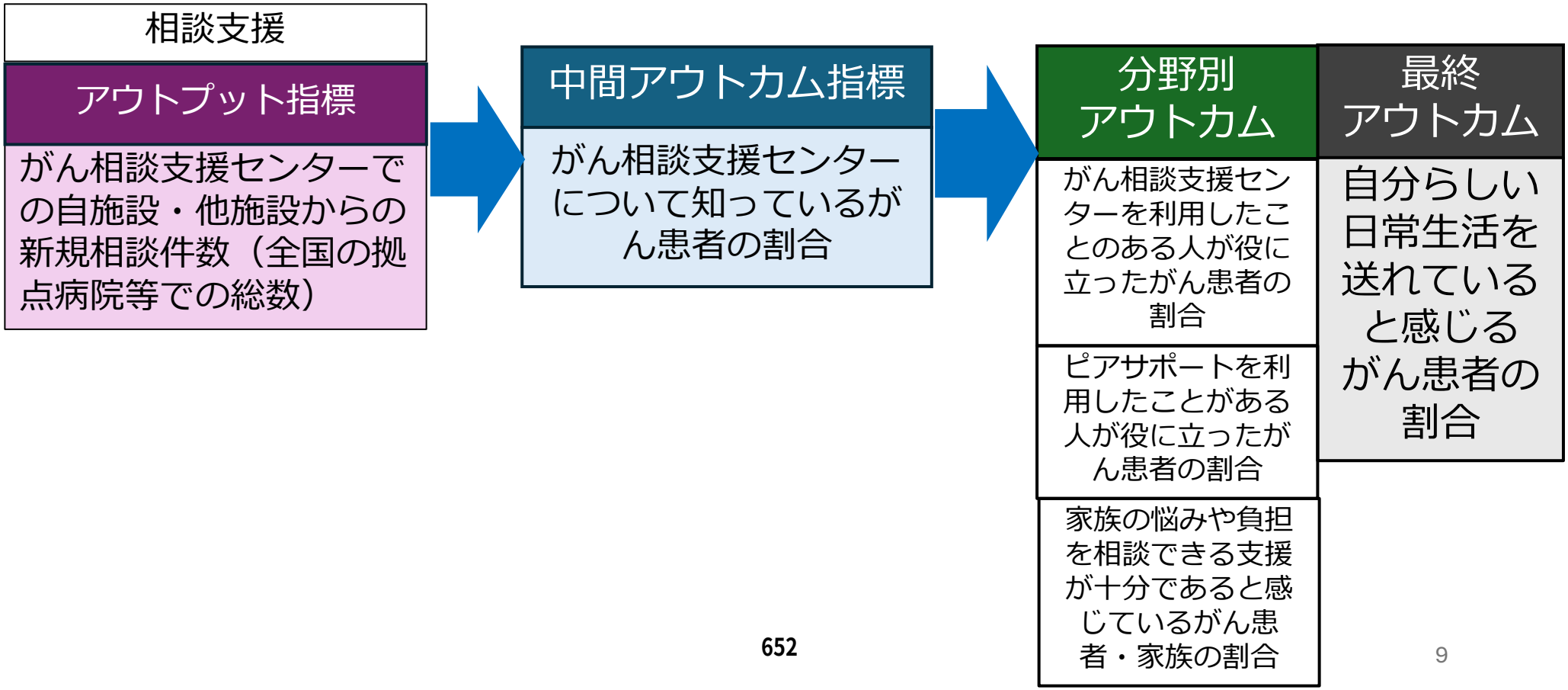
- 客観的に多職種連携を評価する指標
- 主観的なアウトカムとして多職種（医師以外）による相談支援環境の充実を示す指標



コア指標案：⑤共生ー相談支援ー

選定理由

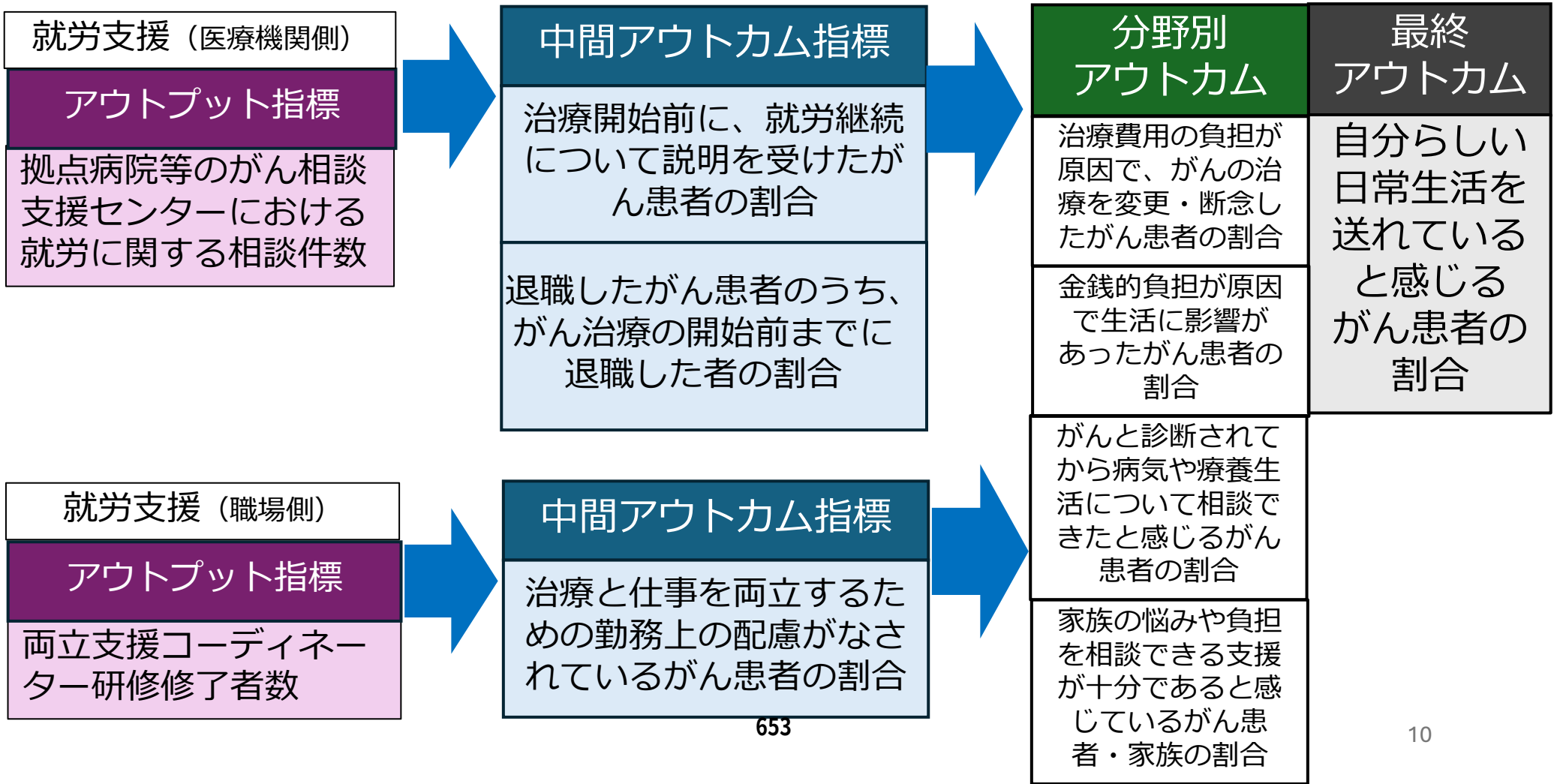
- その後の両立支援の在り方が変わるため、治療開始前の早期介入を評価する指標



コア指標案：⑥共生ーサバイバーシップ支援　就労支援ー

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



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。

第91回がん対策推進協議会	資料２－３
令和７年７月28日	

2025年7月28日
厚生労働省
第91回がん対策推進協議会

「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。

657

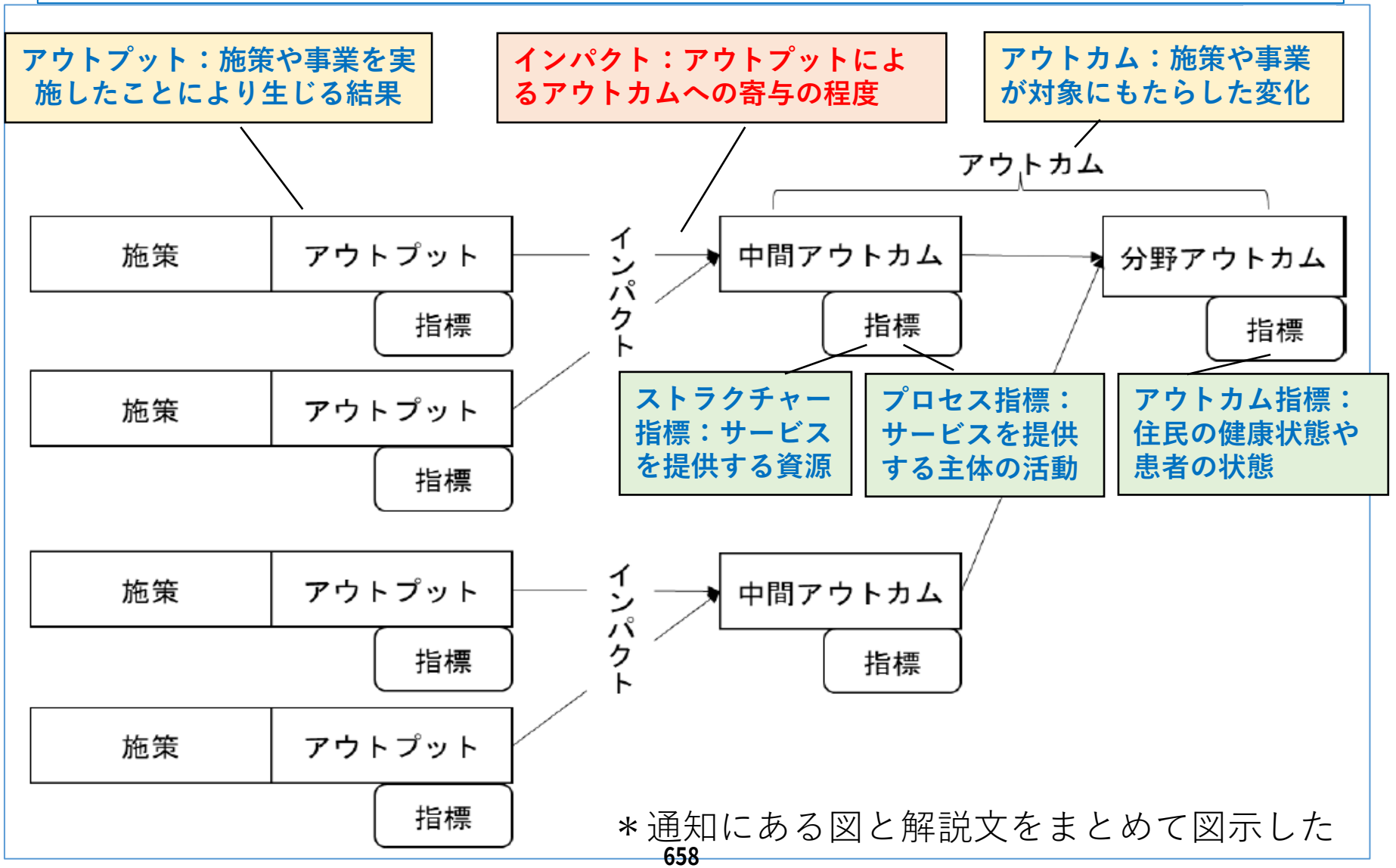
出典：医療計画について（令和5年3月31日厚生労働省通知）

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

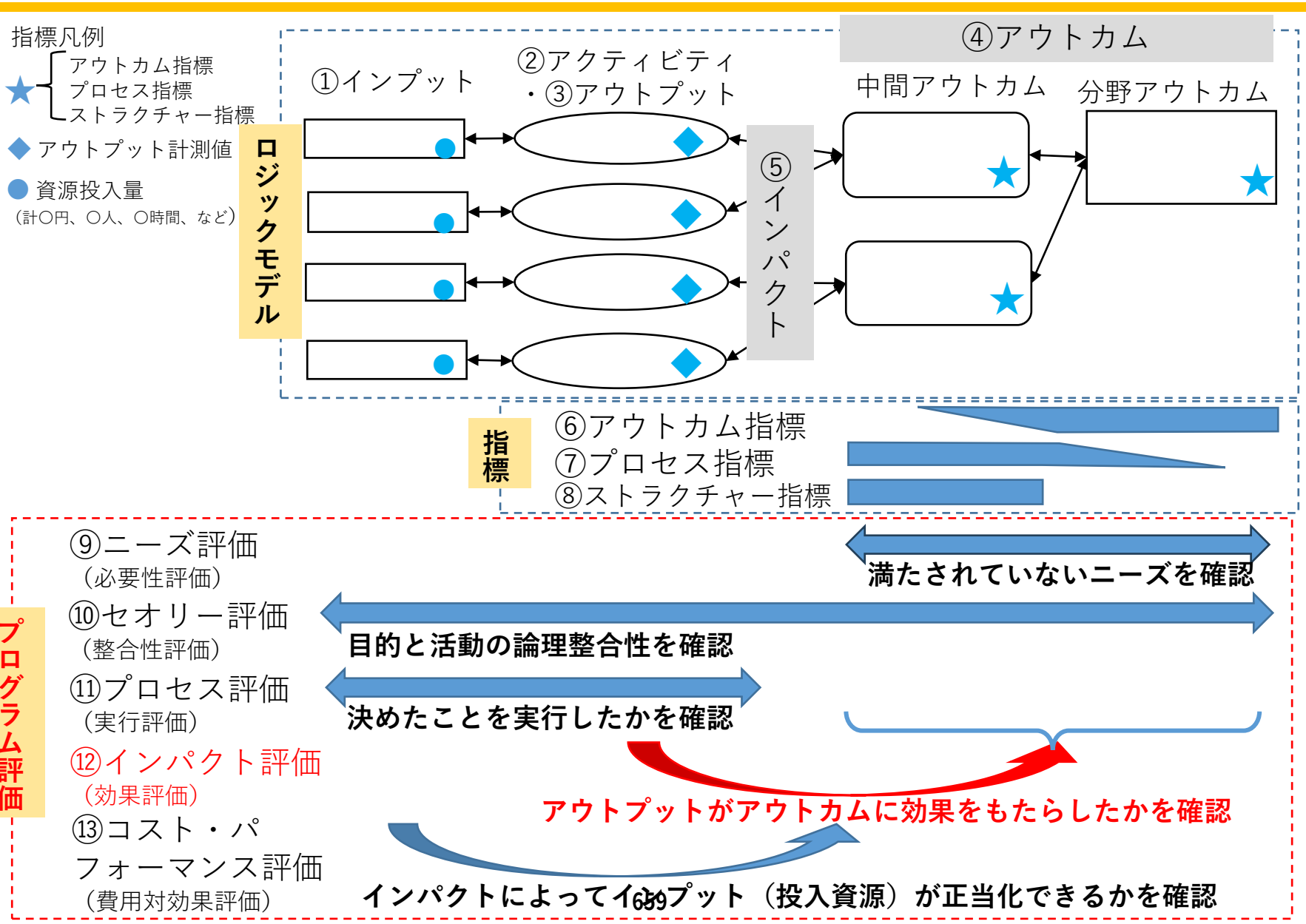


＊通知にある図と解説文をまとめて図示した

658

出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省通知）

ロジックモデルとプログラム評価

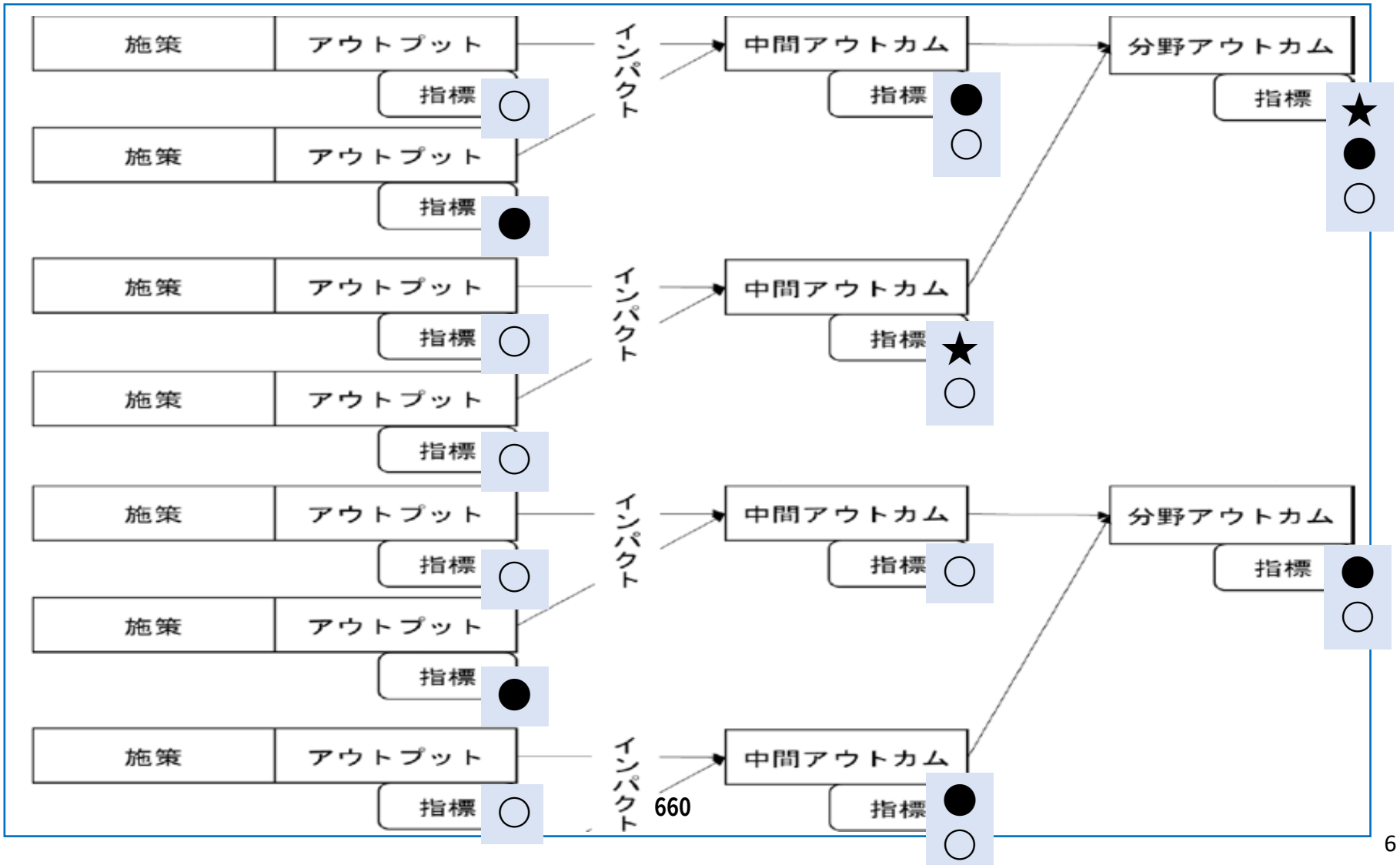


出典：地域医療計画評価・改定マニュアル　改変

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★

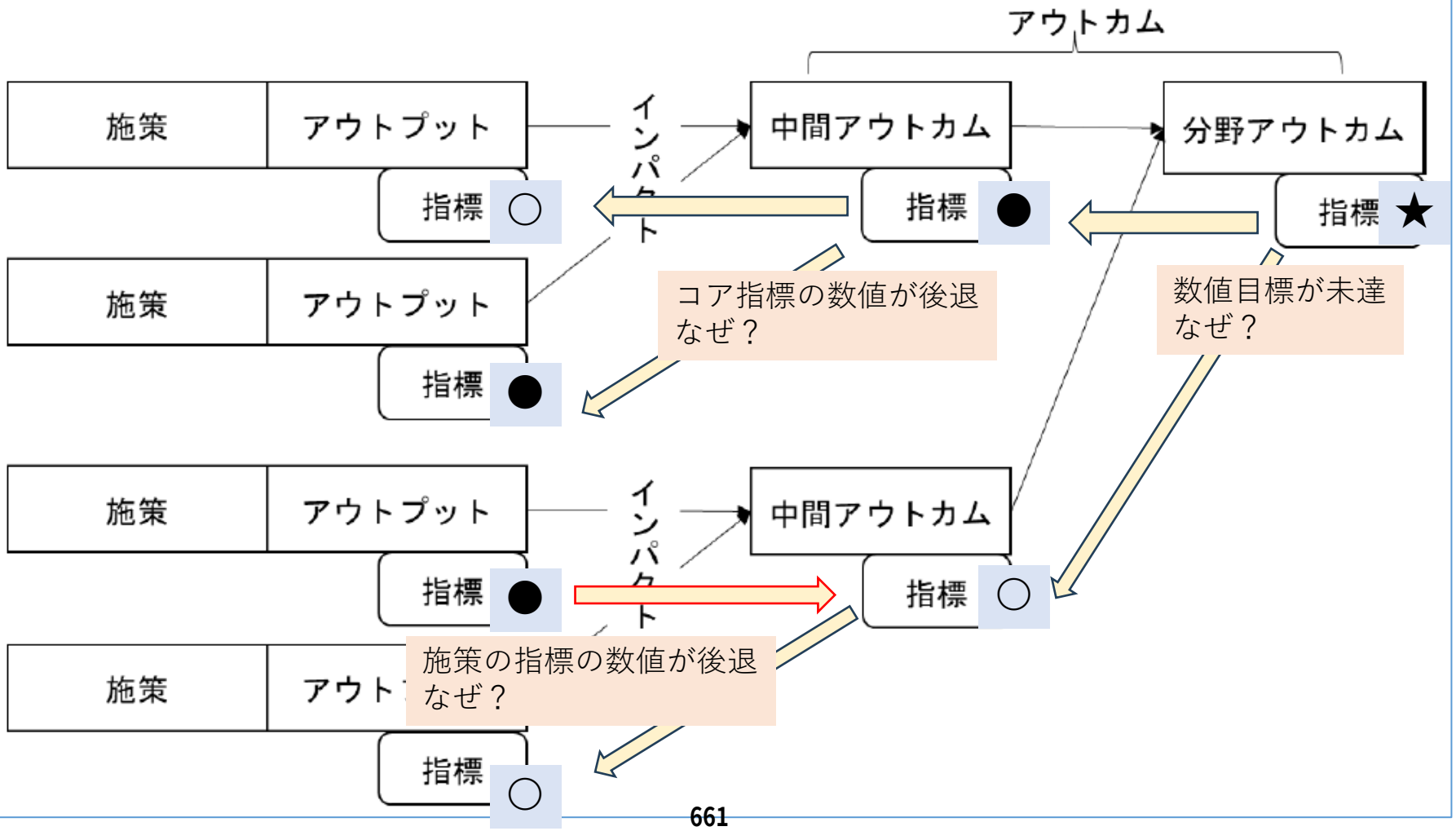
指標＝数値目標と解釈するような混乱が見られる。指標の階層と用語の定義を再確認し共有しておく必要がある。



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★

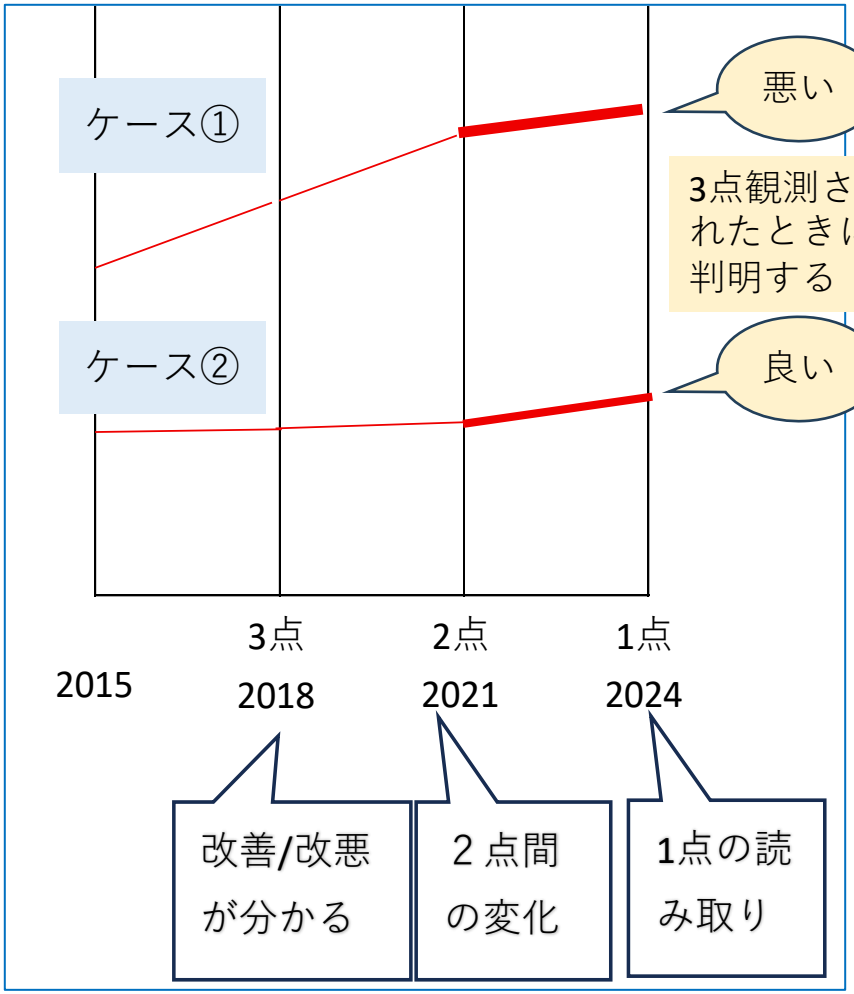
指標はつながりで見る。コア指標を重視しながらも、ロジックモデルと指標全体をみることによってこそ評価が可能となる



661

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



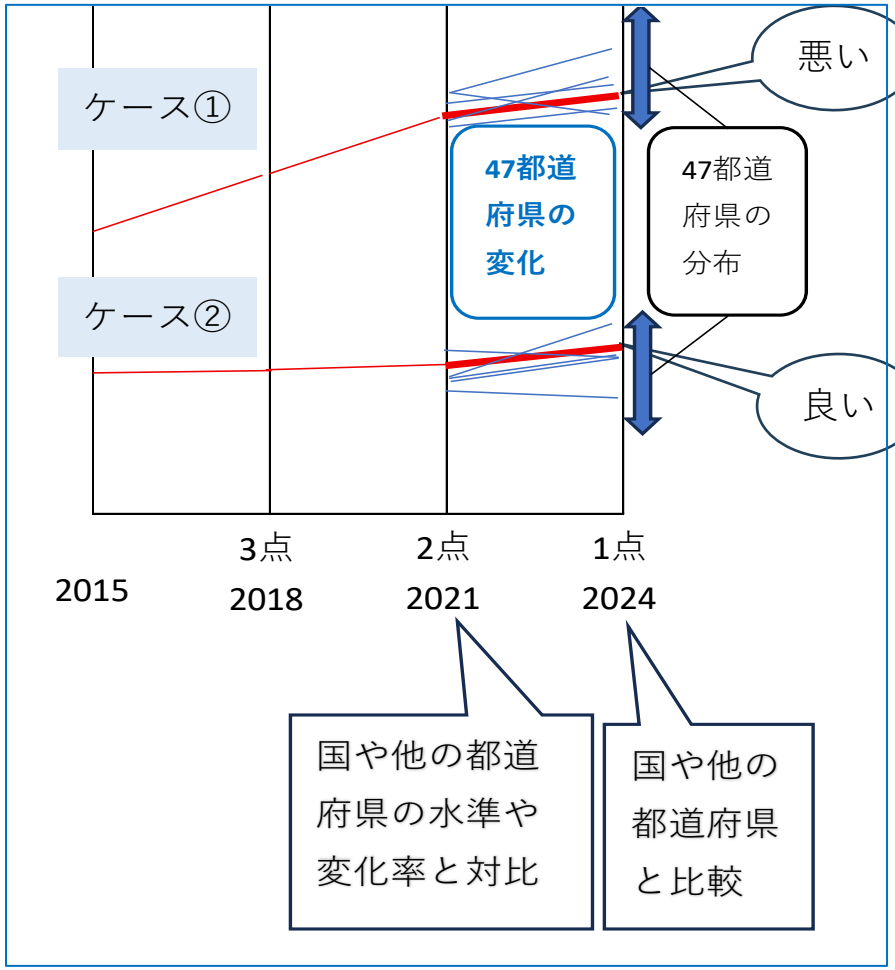
＊数値の上昇が良い方向の場合

662

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

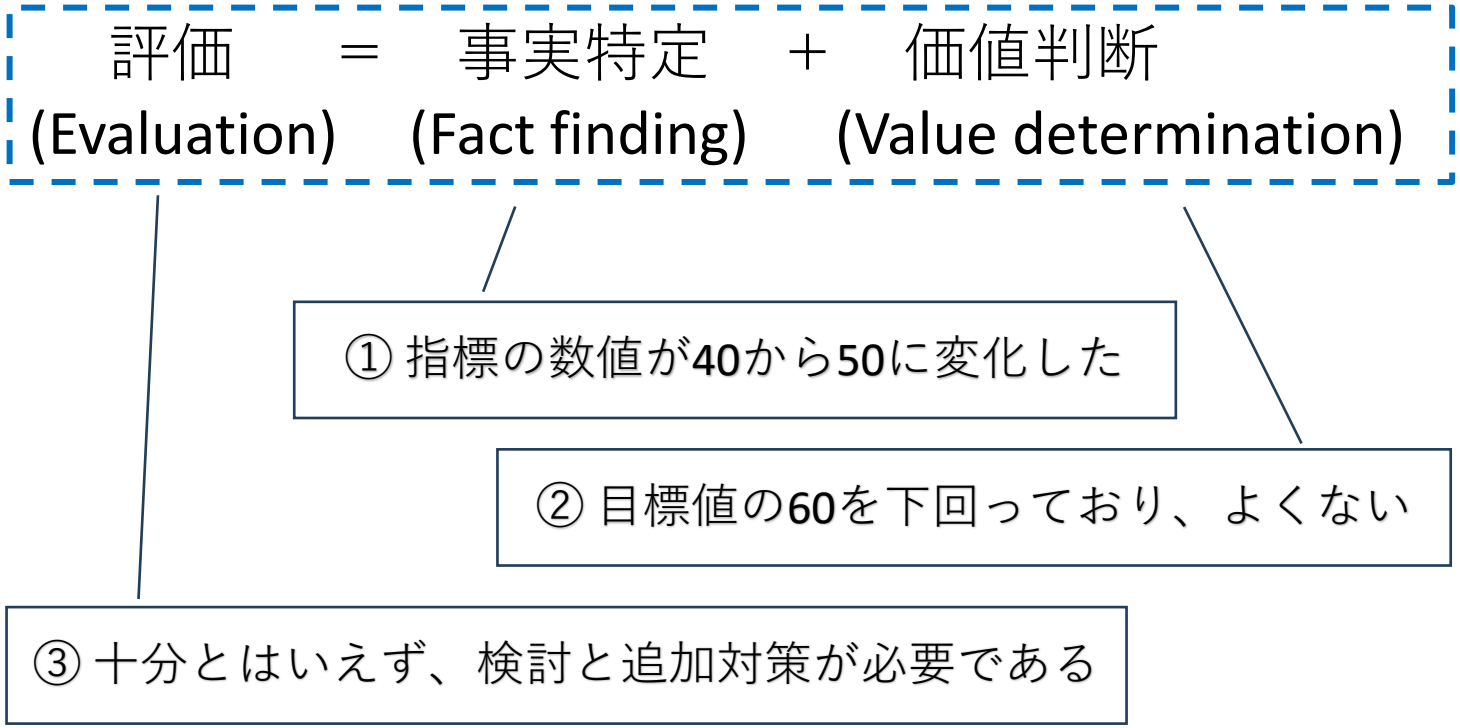


＊数値の上昇が良い方向の場合

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

663

評価とは



664

破線内の出典：佐々木亮著『評価論理：評価学の基礎』

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？）

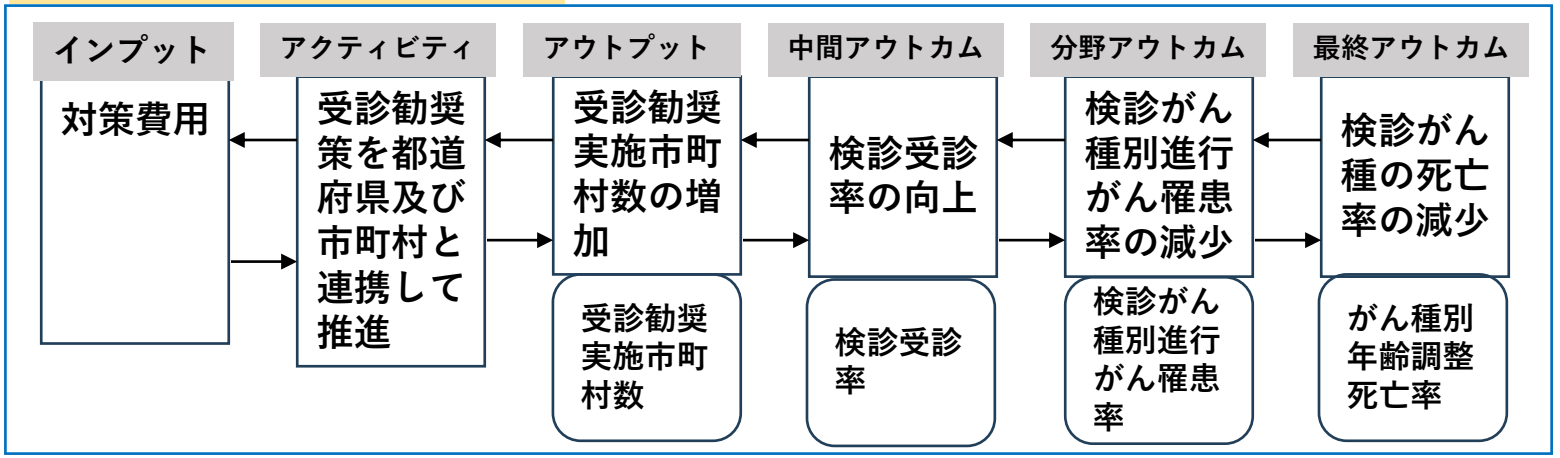
→ロジックモデルのつながりの中で、関連指標をセットで読み取り判断していくことが重要

→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

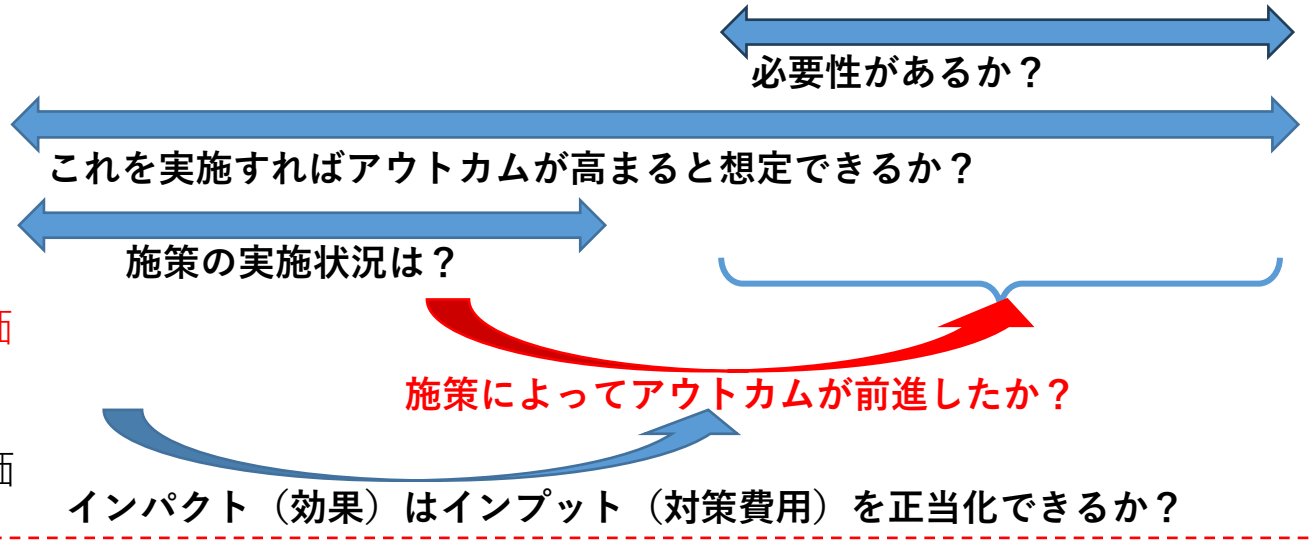
⑨ニーズ評価
（必要性評価）

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）



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？	不便さへの声がまだ多い
	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

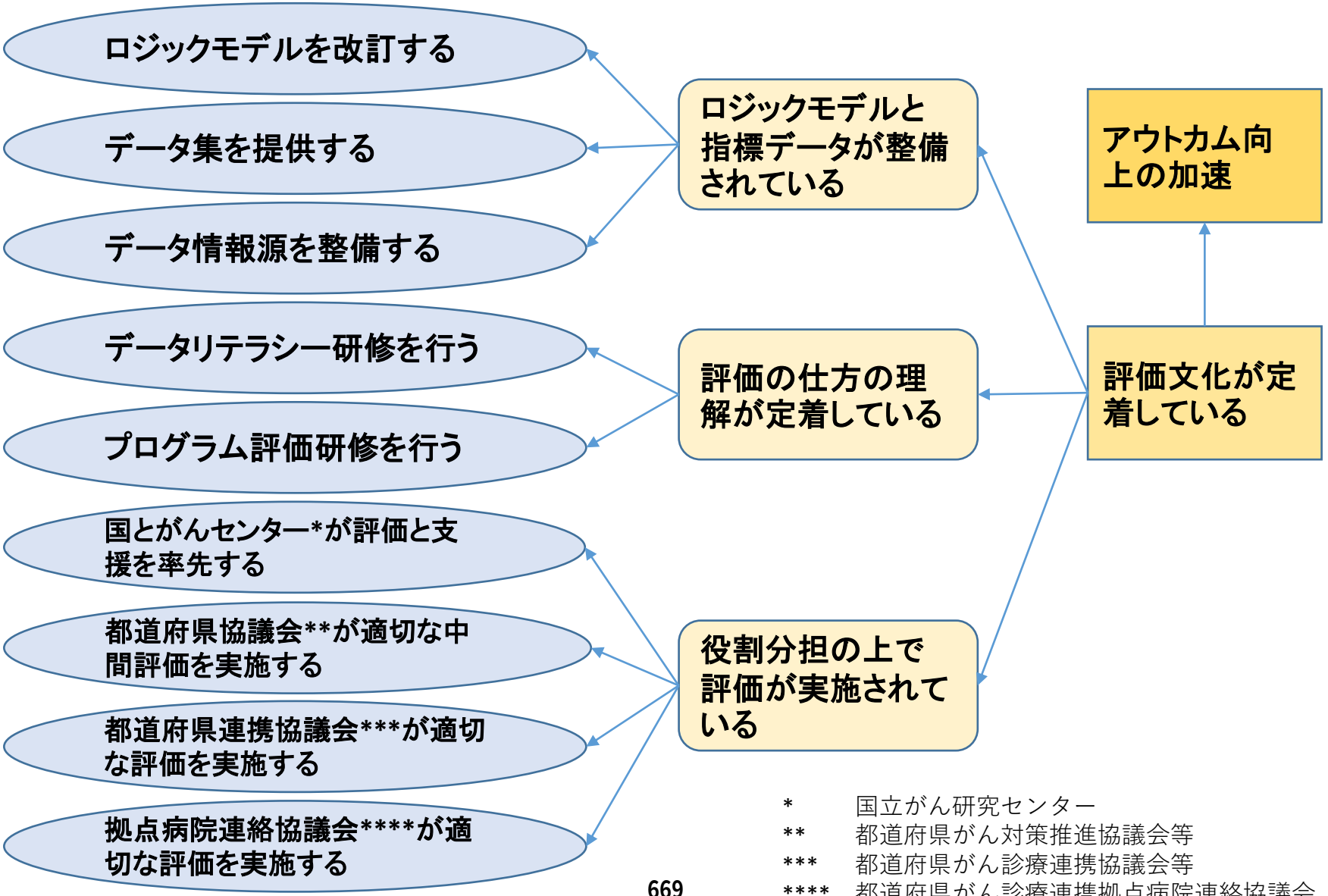
インパクト評価に向けた、評価文化醸成のステップ

〔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



669

*　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. 大島巌, 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―システマ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, 大島巌編著 .『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思われます。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？	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ことが必要です。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。たとえば一つの中間アウトカムが未達のとき、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。各プレー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える場合に、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91回がん対策推進協議会	資料２－４
令和７年７月28日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

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。





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

674

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 ベースライン値	東京都 測定値（中間）	全国 ベースライン値	全国 測定値（中間）
手術療法について						
213101	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　膵臓がん	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 ベースライン値	東京都 測定値（中間）	全国 ベースライン値	全国 測定値（中間）
213201	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%	

第91回がん対策推進協議会	資料２－５
令和７年７月28日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

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 Layer２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91回がん対策推進協議会	資料３－１
令和７年７月28日	

国立がん研究センター
がん対策研究所
National Cancer Center
Institute for Cancer Control

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

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

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

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

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

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

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

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
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

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

681

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

682

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）

683

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%

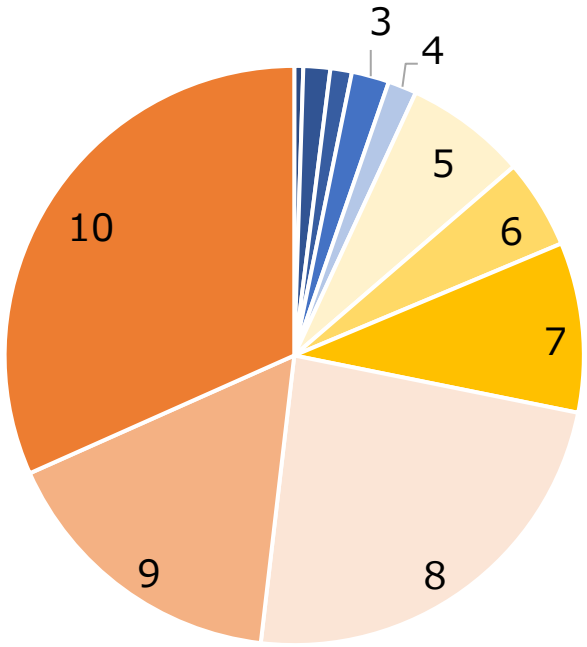
若年がん患者：2.1%

一般がん患者：93.4%

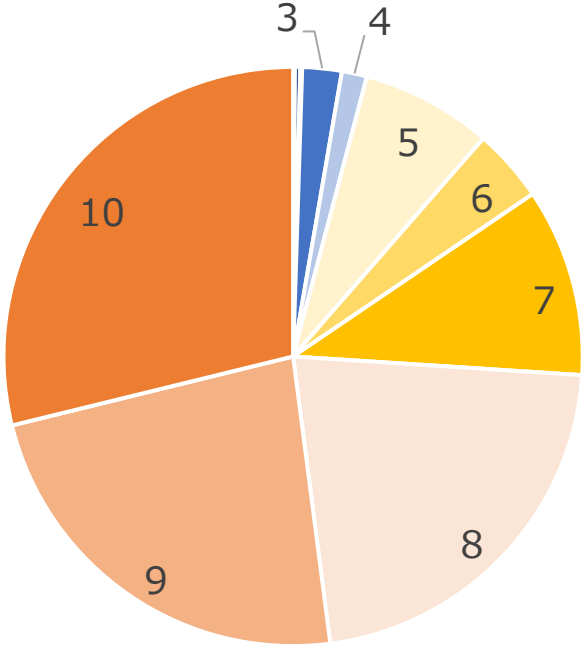
総合的な医療の点数

全体平均
8.2点

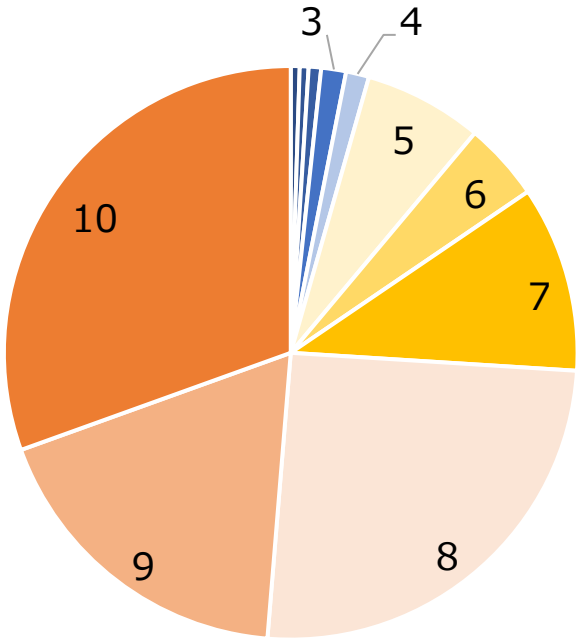
希少がん患者：8.0



若年がん患者：8.2



一般がん患者：8.2

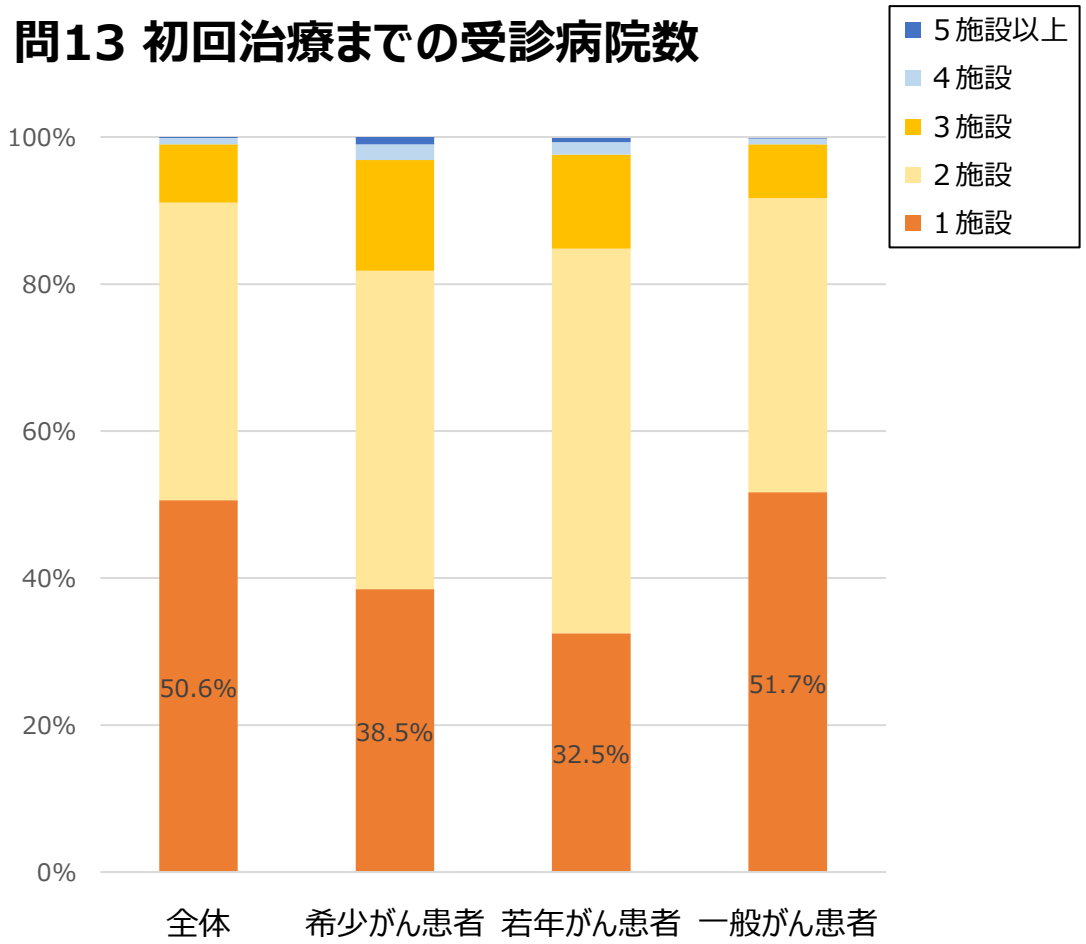




685

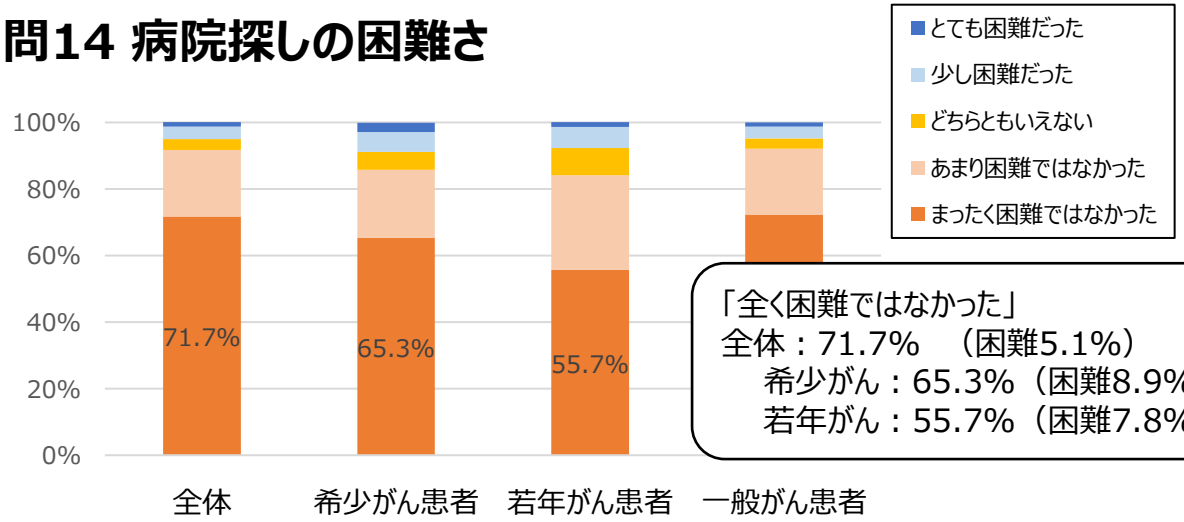
受診先の選択・治療前/中の情報取得

問13 初回治療までの受診病院数



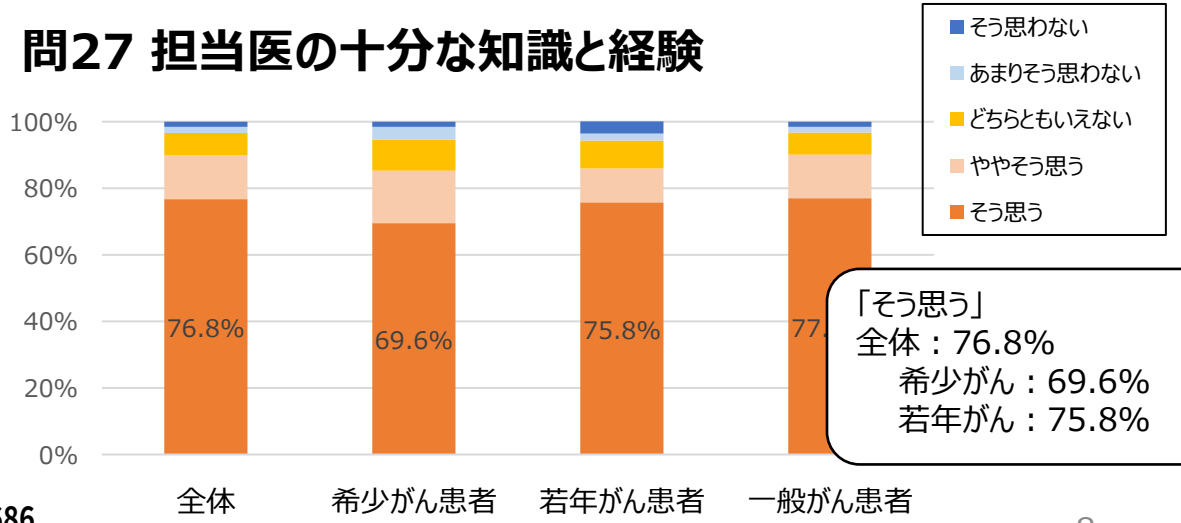
平均　1.6施設　1.9施設　1.9施設　1.6施設

問14 病院探しの困難さ



「全く困難ではなかった」
全体：71.7%　（困難5.1%）
希少がん：65.3%（困難8.9%）
若年がん：55.7%（困難7.8%）

問27 担当医の十分な知識と経験

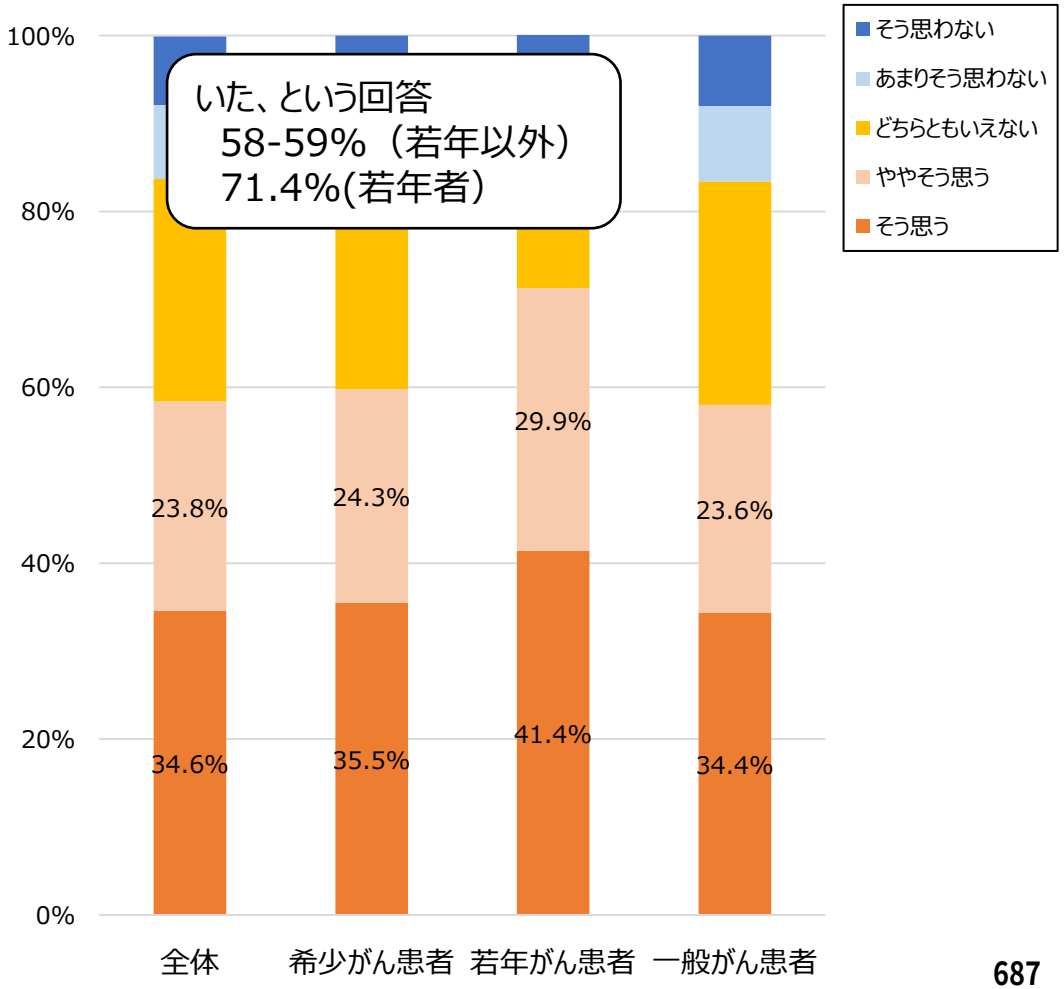


「そう思う」
全体：76.8%
希少がん：69.6%
若年がん：75.8%

686

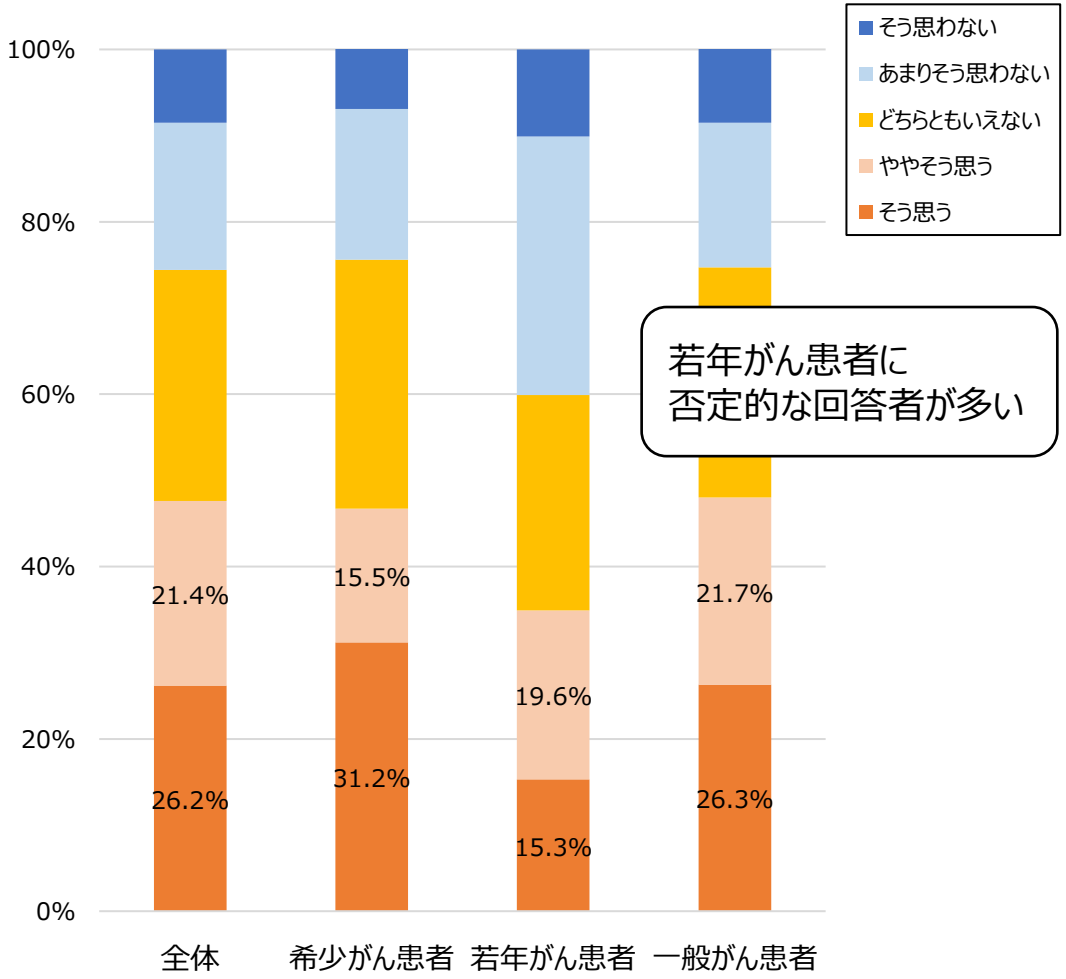
医療者とのコミュニケーション

問23-6 医師以外に相談しやすいスタッフがいた



687

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

688

就労への影響

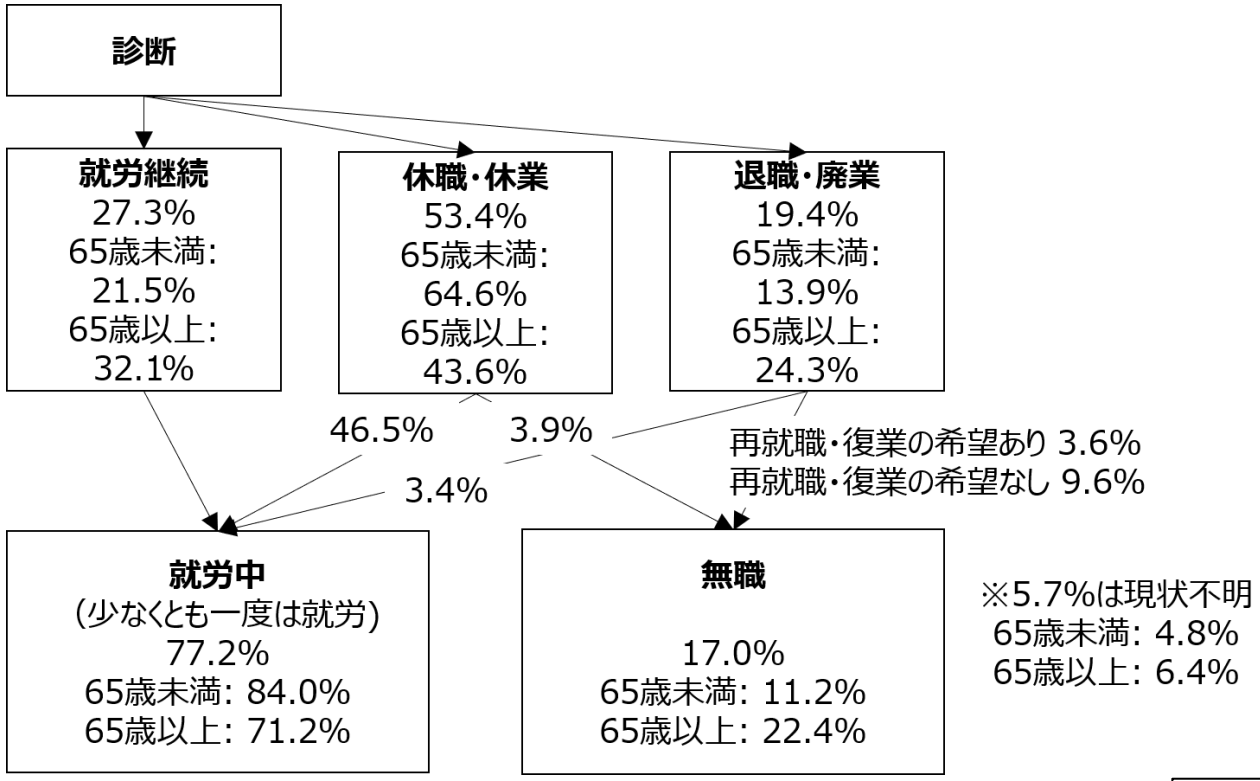
問36 がん診断を職場に知らせた
各群　約90%

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

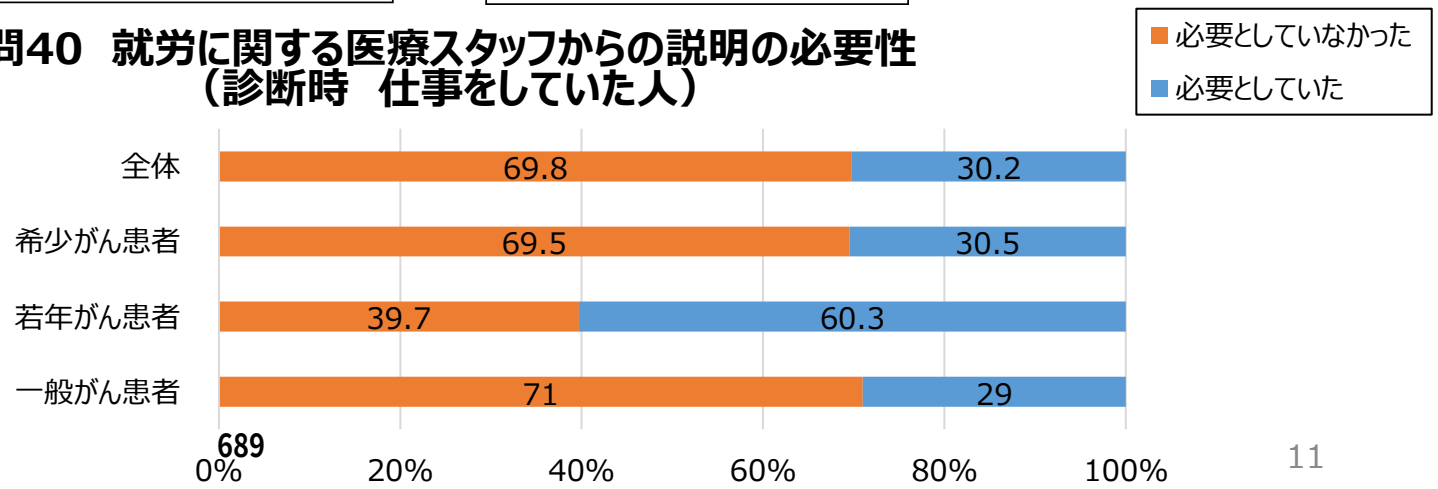
問41-2. 復職した
希少　85.9%
他の群より低い

問41　がん治療に伴う就労状況の変更（年齢区分別）



※5.7%は現状不明
65歳未満: 4.8%
65歳以上: 6.4%

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

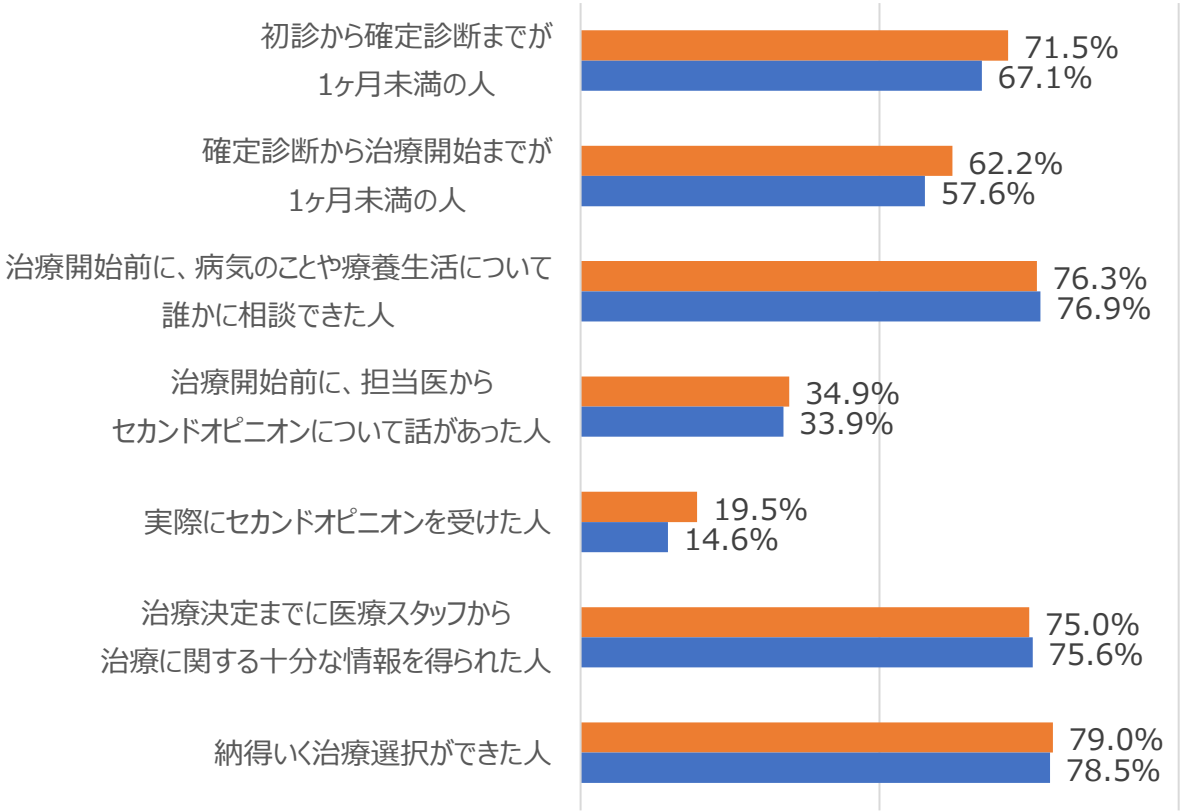
今回調査票のレイアウトを大幅改定

⇒　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）

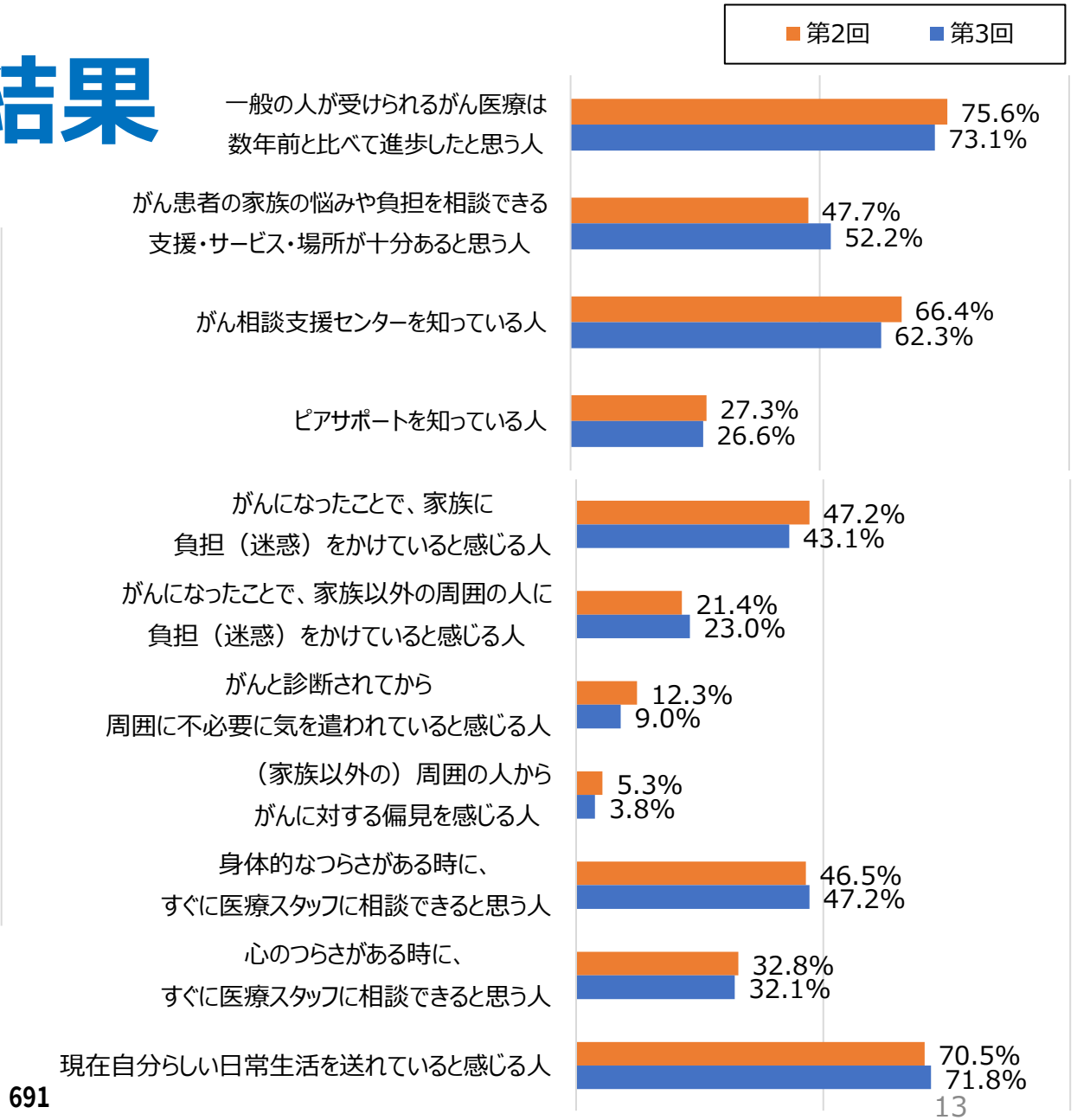
- 対象者数
  - 発送数：1746名
  - 回収数：825名
  - 回収率：47.3%
  - **最終解析対象者：719名**

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



691

まとめ

- **<u>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</u>**

  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

- **<u>希少がん、若年患者の特徴が明確になった</u>**

  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%低いが、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 692

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

第91回がん対策推進協議会	資料３－２
令和７年７月28日	

国立がん研究センター
がん対策研究所
National Cancer Center
Institute for Cancer Control

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

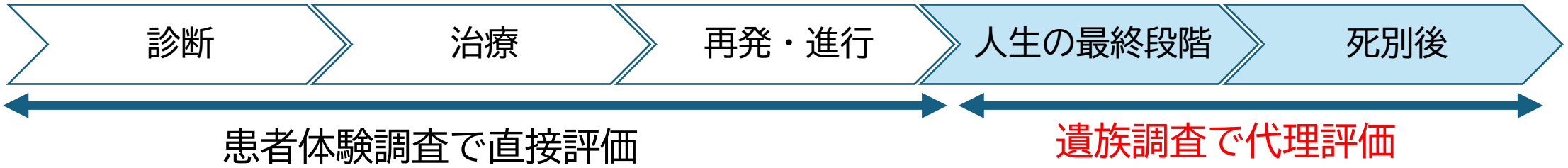
第4期がん対策推進基本計画

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

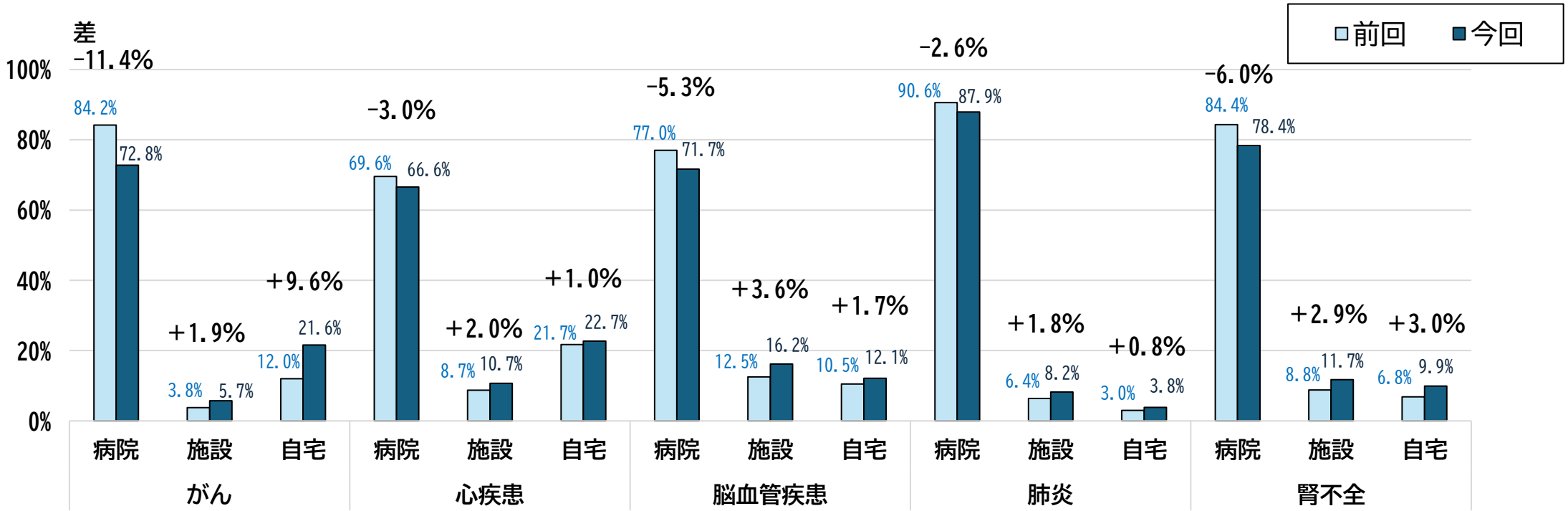
701

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

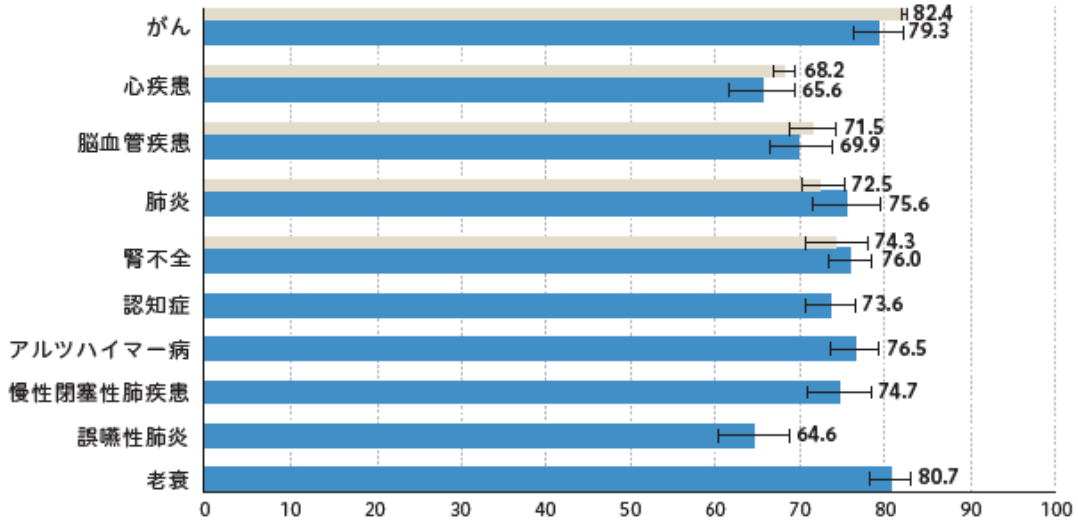


死亡場所で受けた医療の質

医療者はつらい症状にすみやかに対応していた

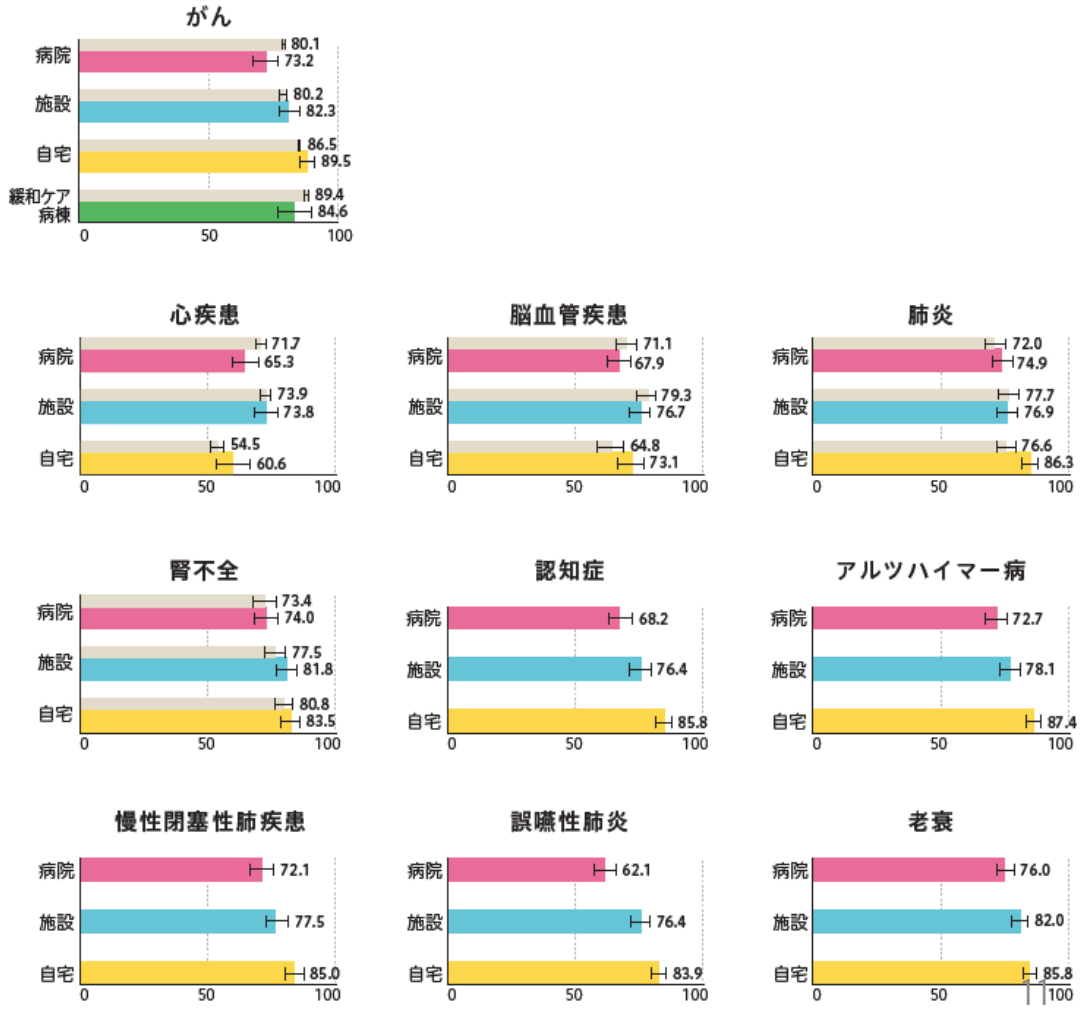
「ややそう思う」～「非常にそう思う」の回答割合（%）

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。

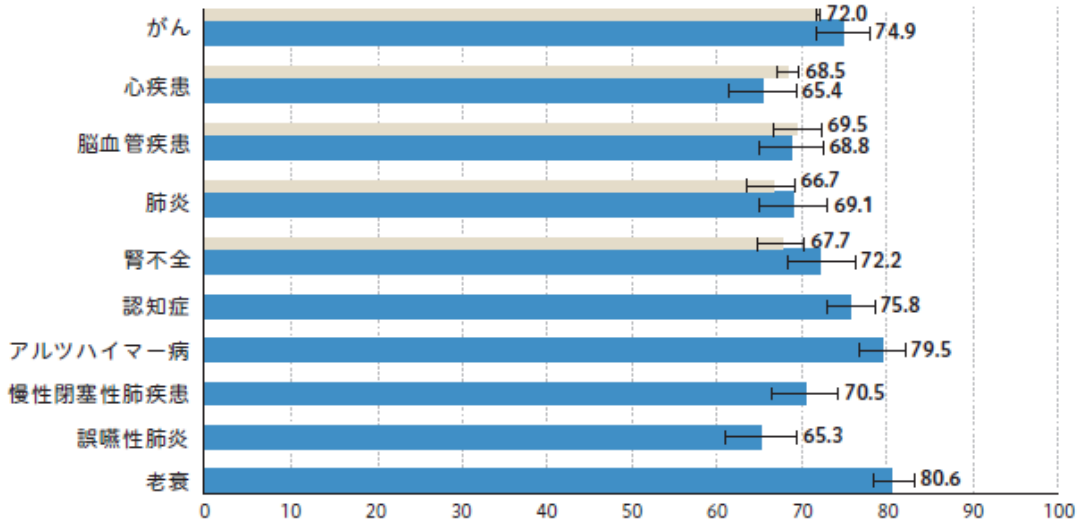
疾患・死亡場所別（%；粗集計値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度

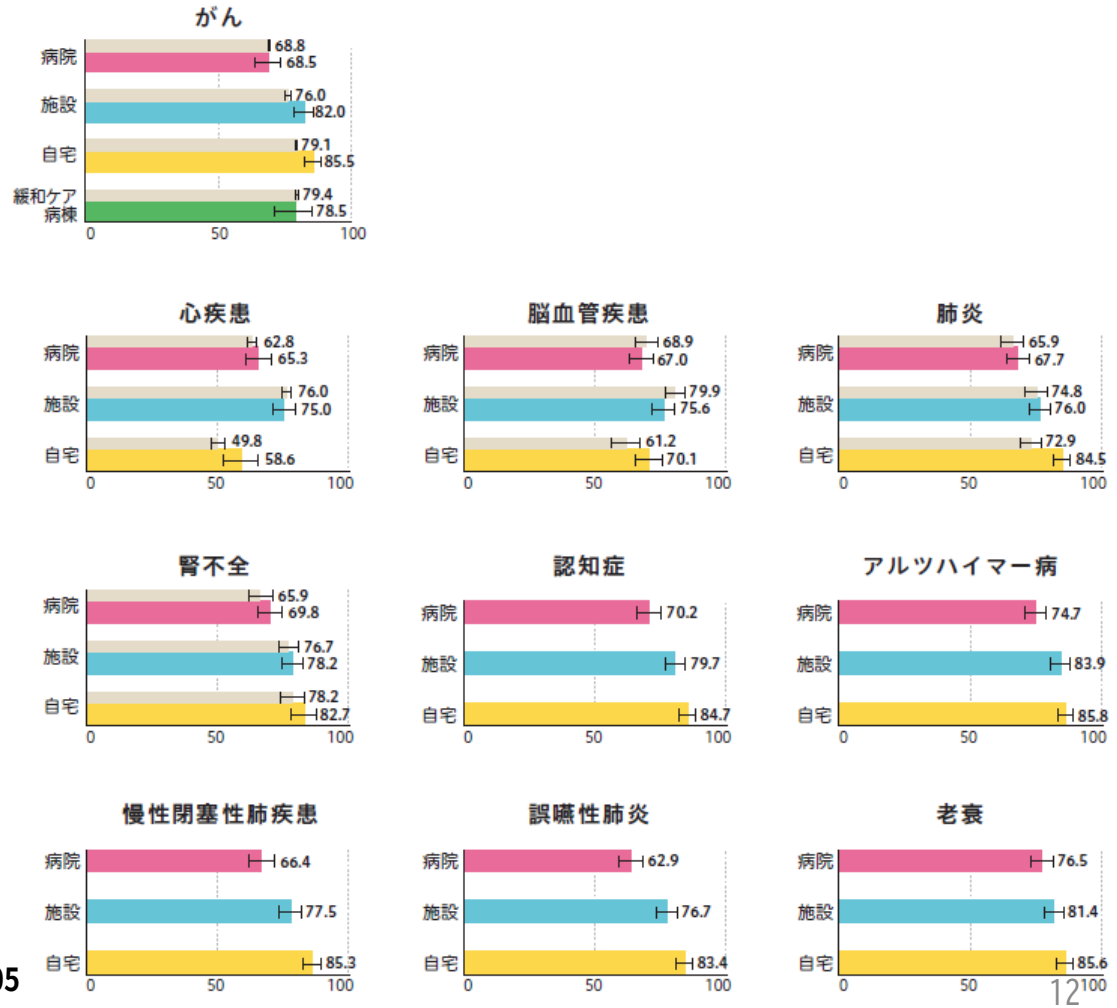
「やや満足」～「非常に満足」の回答割合（%）

疾患別 （%；補正値、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

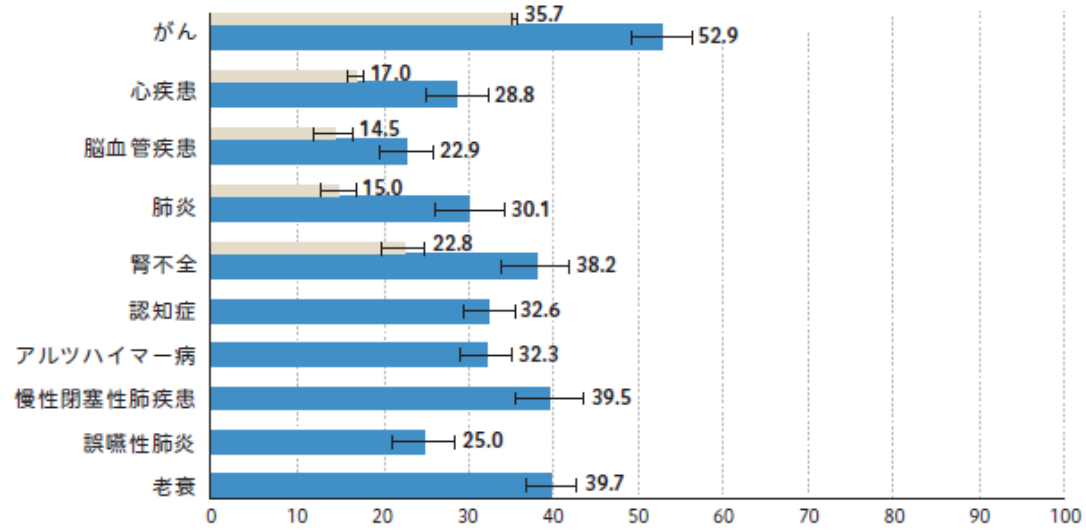


医療に関する希望の話し合い

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（%）

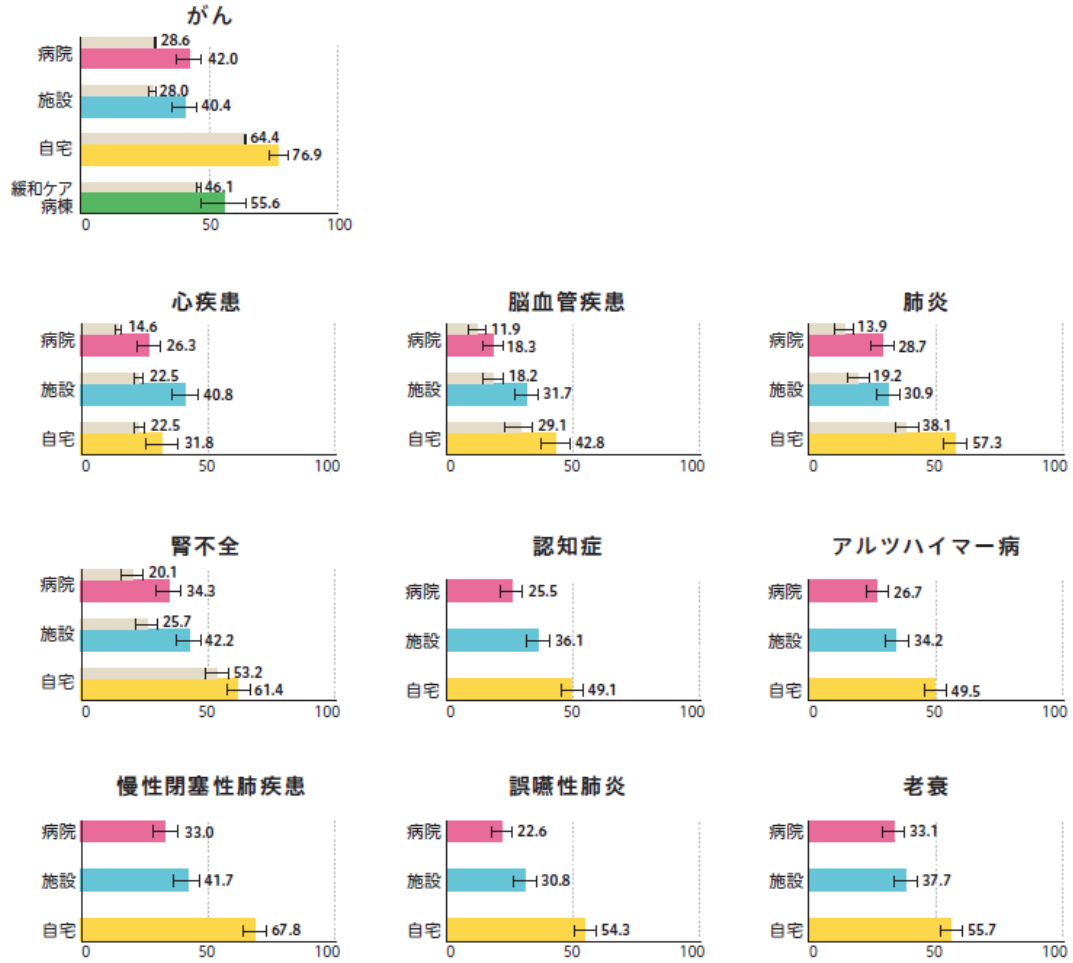
疾患別　（%；補正値、エラーバー；95%信頼区間）上段：前回調査、下段：今回調査



- 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。

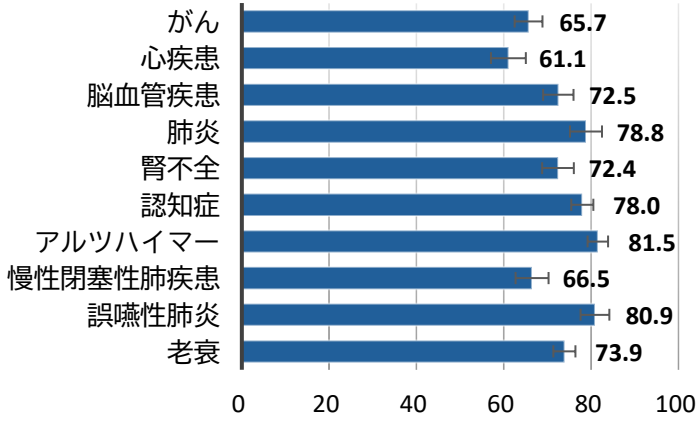
706

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

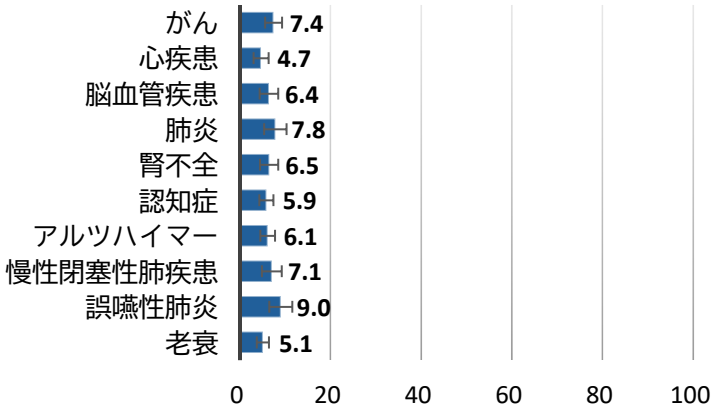


新型コロナ感染症の看取りへの影響
該当項目を選択した割合（%）

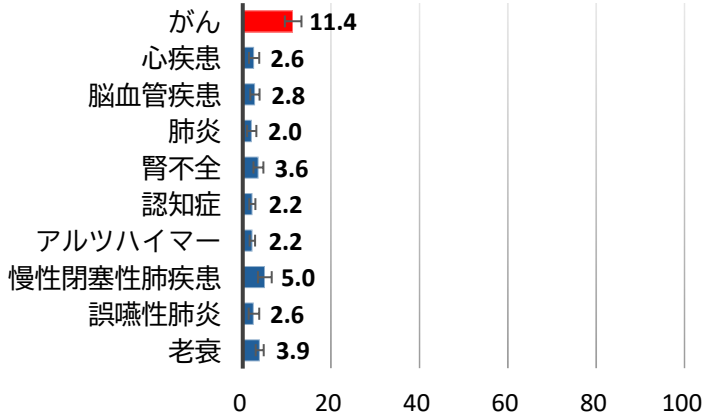
入院・入所していたが、面会制限があり、思うように面会できなかった



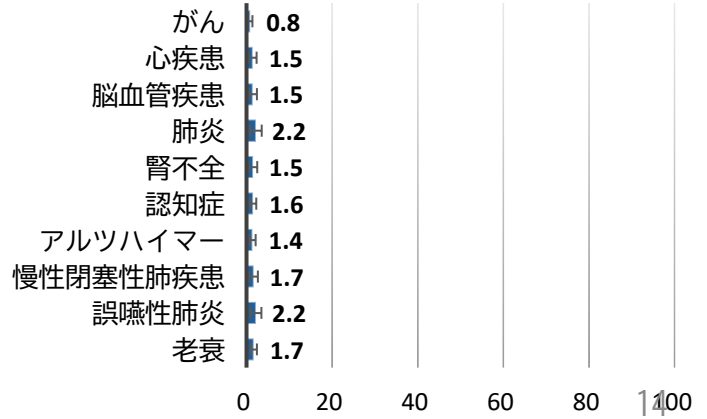
病院や施設の都合で通院・入院・退院の予定が変更になることがあった



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



医師の診察や訪問看護・介護サービスの利用を控えた



- 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。

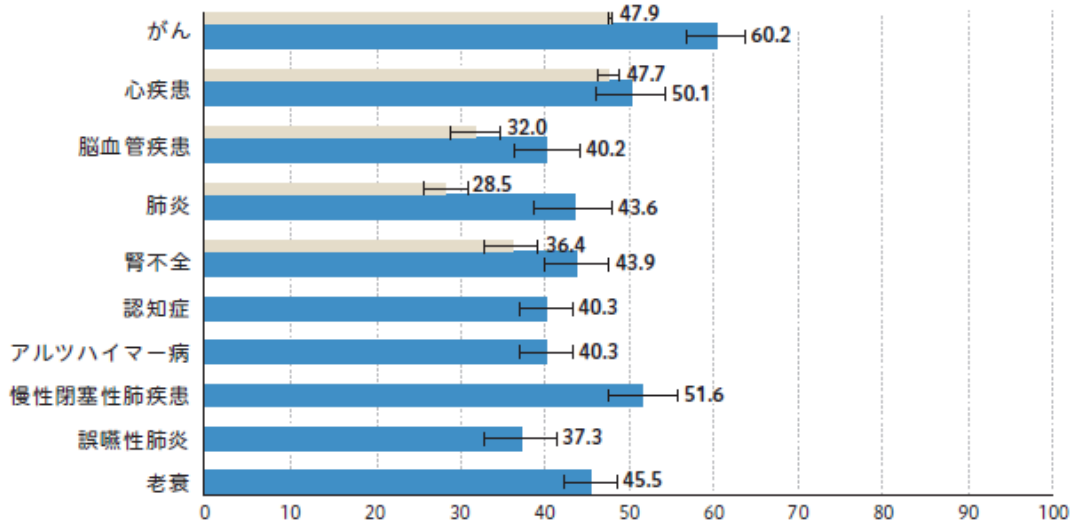
707

死亡前1カ月間の療養生活の質

望んだ場所で過ごせた

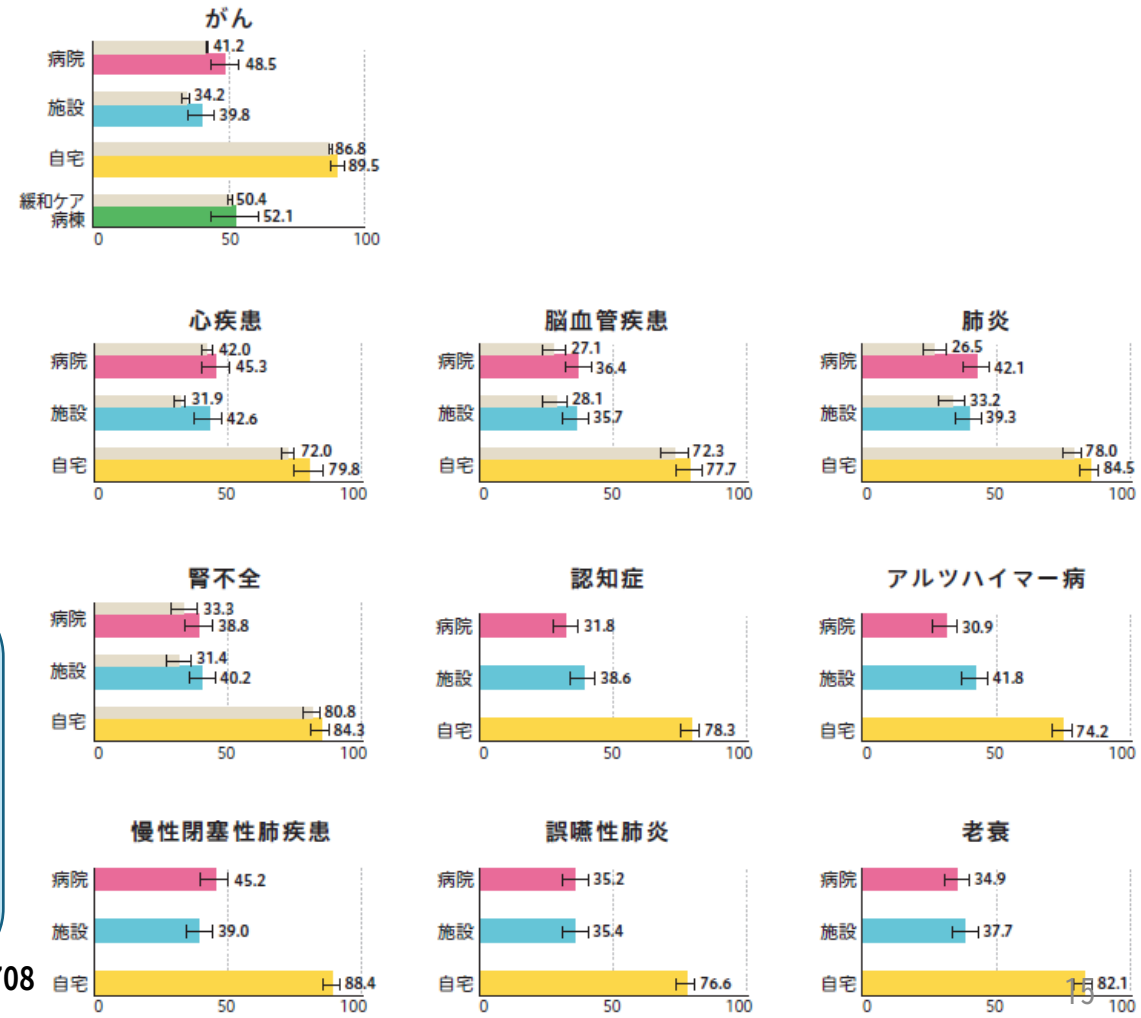
「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合（%）

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。

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

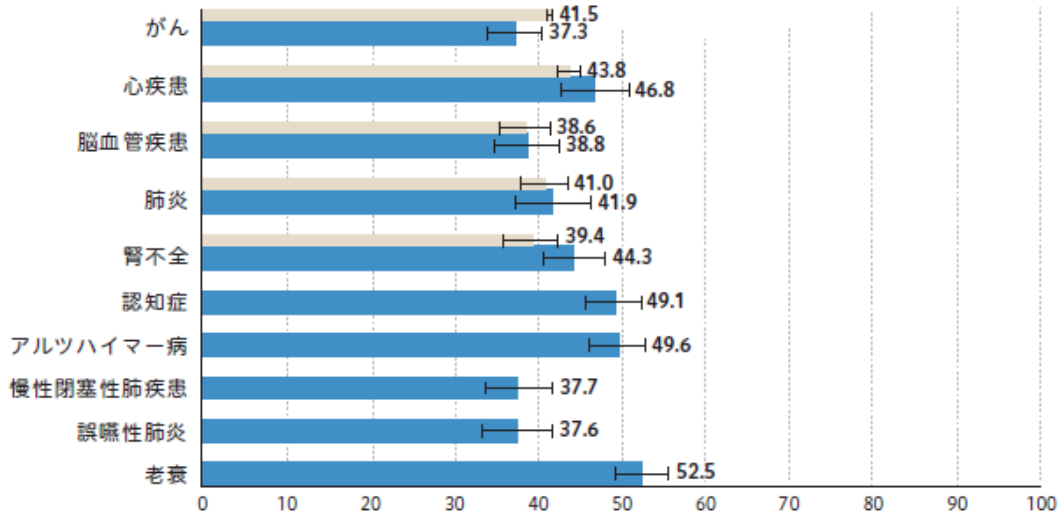


死亡前1カ月間の療養生活の質

からだの苦痛が少なく過ごせた

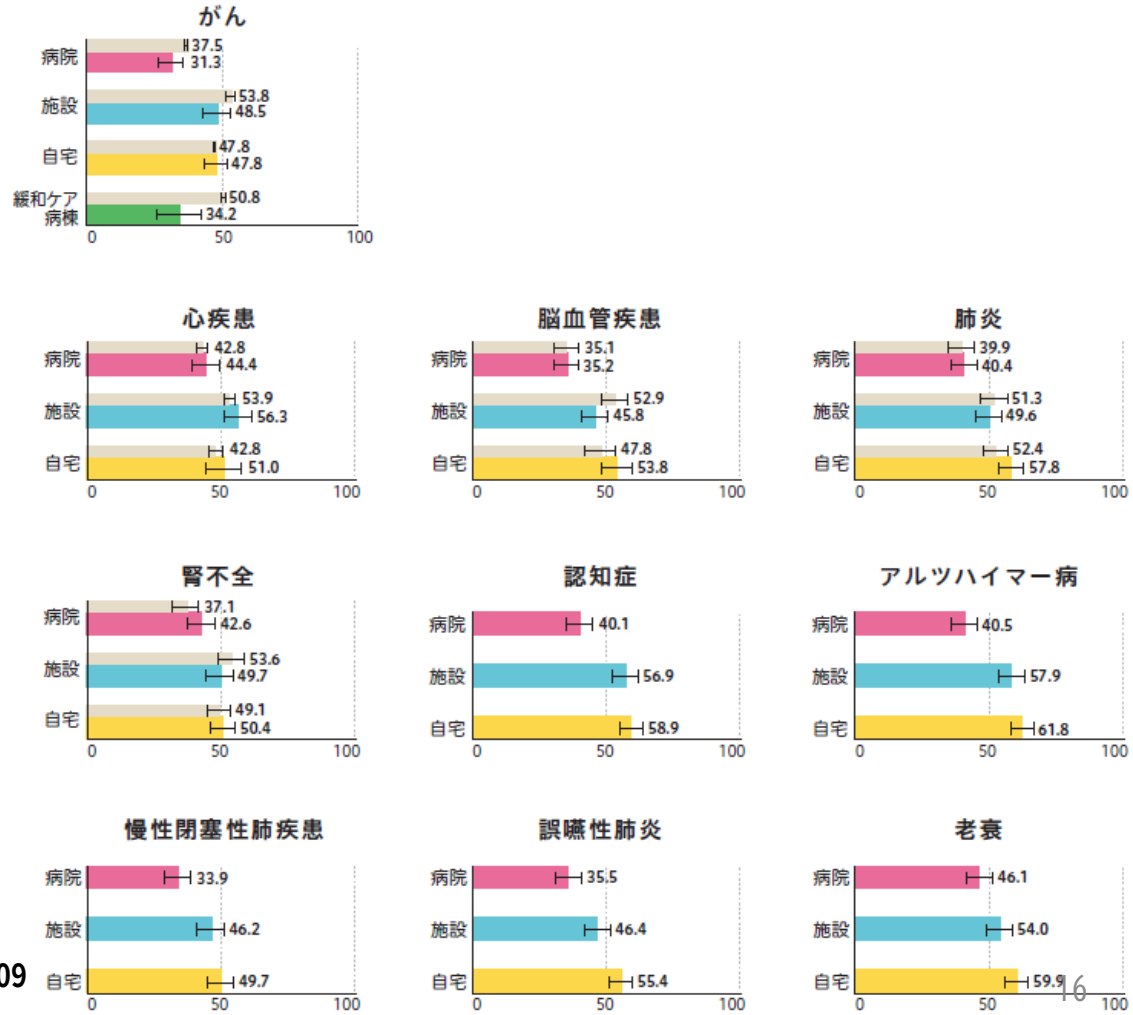
「ややそう思う」～「とてもそう思う」の回答割合（%）

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、がんで4ポイントが減少し、腎不全で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



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。

710

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

令和７年度　第１回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和７年６月 25 日(水)　16：00 ～ 17：45
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 12 名：野里栄治（北部地区医師会病院)、中村清哉（琉大病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、桑江周子（県立中部病院)、中島信久（琉大病院)、砂川華（琉大病院)、友利寛文（那覇市立病院)、安座間由美子（県立中部病院)、新里雅人（県立宮古病院)、川田聡（南部医療センター・こども医療センター)、田場純子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人（琉大病院）
欠席者 2 名：吉嶺　厚生（県立八重山病院)、名嘉眞久美（キャンサー・グリーフおきな和）
陪席者 2 名：屋嘉部麻美（琉大病院)、有山葉子（琉大病院）

報告事項

1.　令和 6 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
　時間の都合上、各自で確認することとなった。
2. 令和 7 年度　緩和ケア・在宅医療部会（部会・研修 WG・在宅 WG）委員名簿一覧について
　野里部会長より「新任された方もいるので、部会の目的など簡単に増田先生にご説明いただきたい」とお願いがあり、増田委員より説明があった。
　※沖縄県がん診療連携協議会　｜　うちな～がんネットがんじゅう｜沖縄県がん診療連携協議会公式サイトを参照

協議事項

1.　第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）ロジックモデルにおける所掌分野の進捗について
　増田委員より【当日資料①】に基づき、報告があった。
2.「痛みのスクリーニング及びモニタリング」に関するアンケート調査（たたき台）について
　増田委員より【当日資料②】に基づき、説明があり次協議事項 3. に引き継がれた。
3.　痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について
　(1) 琉球大学病院
　砂川委員より【資料３】に基づき、報告があった。野里部会長より、「毎日のつらさのスクリーニングを行っているとのことですが、この対象はがん、非がん関係なく行っていますか？」と質問があり、「今はそうです」と回答があった。増田委員より、「外来初診時のスクリーニングと入院時のスクリーニングの分母と分子がいくつかを測定可能か？入院時に関してはがん患者で測定可能か？」と質問があり、砂川委員から、「分母の面だが、外来の患者さんは初診時でがんなのか非がんなのかを、どう抽出すればいいのかわからない」と回答があり、増田委員より、「入院患者でやる方が現実的か？」と質問があり、砂川委員から、「既往にがんがあるとか、その辺の棲み分けというか線引きをどうしたらいいのかわからない」と回答があった。
　増田委員より、「がんの治療で入院した患者さんということになる」と回答があり、増田委員より、「既往があってもなくても、治療で入院した患者さんについての一日目に

初回のスクリーニングは可能ですか？」と質問があり、砂川委員より、「はい」と回答があった。

(2)中部病院

安座間委員より【資料４】に基づき、報告があった。増田委員より「外来はすぐには難しいですが、入院のスクリーニングはできますか？」と質問があり、安座間委員より「はい、できると思います、外来については分母が出せるか不明です、今は出せません」と回答があった。

(3)那覇市立病院

友利委員より【資料５】に基づき、報告があった。増田委員より、「入院のスクリーニングとモニタリングの分母と分子は出そうですか？」と質問があり、「入院患者については毎日行っています。がんの通院患者については、質問項目は４つだけだが、毎回アンケートを取っています。初診時が可能かどうかは、どういう項目をアンケートで取るかを指示していただければそれを加えるだけなので、大丈夫かと思います」と回答があった。

増田委員より、「3 つの診療病院では、例えば入院時のスクリーニング時に痛みについて今聞いているか、また、可能かどうかをお聞きしたいです。こちらの要望としては、バイタルを取るときに一緒に項目に付け加えていただくだけでいいかなと思っているがいかがでしょうか？」と質問があった。

野里部会長より、「スクリーニングはできていないので、当院の認定看護師に聞いてみます」と回答があった。

新里委員より、「入院が多くないので、やろうと思えば入院案内のところでできるでしょうし、フォーマットが出来てしまえばやれないことはないと思っている。痛みという項目をきちんと看護師さんたちが中に入れてくれれば多分大丈夫だと思う」と回答があった。

増田委員より、「何人かの先生とお願いする項目を検討して、内容について委員の皆様へメールでお願いしたいと思います」とあり、野里部会長より、「今年どこかの１か月で診療病院の方でもやってみるという方向で考えたいと思います」と提示があった。

4. 第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）における在宅分野の医療者調査アンケートについて

増田委員より【当日資料③】に基づき、報告があった。野里部会長より、「何かこういうことを聞いて欲しいということがあれば、事務局へメール・電話でご意見をお願いします」とあった。

5. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について

増田委員より【資料６】に基づき、報告があった。野里部会長より、「現在緩和ケアマップに載せているところは新規受けます、ということでいいでしょうか？」と質問があり、「事務局の方で、何故断っているのかについても含めアンケートについては検討します」と

回答があった。

6. 今年度の活動計画について

増田委員より自殺対策マニュアルについての確認があり、以下の回答があった。

「自殺対策マニュアル・フローチャート（外来・入院、がん・悲がん問わず)」

【ある】

琉球大学病院、中部病院、那覇市立病院、北部医師会病院、豊見城中央病院

【ない】

宮古病院

【その他】

南部医療センター・こども医療センター、八重山病院

野里部会長より、「委員の皆さんが今年度重点的にやりたい、やってみたらどうかということがありましたら、事務局にメールでお願いします」とお願いがあり、今回は見送りとなった。

7. 次回令和 7 年度 第 2 回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和 7 年 9 月頃、調整さんにて日程決定と報告があった。

6. その他

特になし

報告事項

3. 令和 7 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認することとなった。

4. 令和 7 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認することとなった。

5. 令和 7 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認することとなった。

6. 令和 7 年度　緩和ケア研修会開催日程一覧について

時間の都合上、各自で確認することとなった。

7. 日本緩和医療学会　第 7 回九州支部学術大会《10 月 19 日(日)@熊本城ホール》について

時間の都合上、各自で確認することとなった。

8. 第 38 回日本サイコオンコロジー学会総会《10 月 10 日(金)･11 日(土)@くくる糸満》について

時間の都合上、各自で確認することとなった。

9. 日本 GRACE 研究会 第 8 回年次大会《10 月 12 日(日)@沖縄大学》について

時間の都合上、各自で確認することとなった。

※7. と 8. については、笹良委員より、「学会関連のことが九州支部学術大会が 10 月 19 日に、日本最高の総会が沖縄の『くくる糸満』で 10 月 10 日・11 日にありますので、ぜひご協力ください。

※9. については、笹良委員より、日本 GRACE 研究会の年次大会が『沖縄大学』でありますので、こちらの方もぜひご参加ください」と、お知らせがあった。

10.　意思決定支援の研究会 E-FIELD について

時間の都合上、各自で確認することとなった。

11. その他

特になし

以上

令和７年度　第１回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和７年６月９日（月）　13：00～14：30
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：14 名
大畑 尚子(中部病院産科)、林 絹子(中部病院腫瘍・血液内科)、屋宜 孟(南部医療センター・こども医療センター小児血液・腫瘍内科)、呉屋 光広(森川特別支援学校)、徳元 亮太(沖縄がん教育サポートセンター)、古波津 万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課）、遠越 学(沖縄県教育庁保健体育課)、金城 敦子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、銘苅 桂子(琉大病院周産母子センター)、浜田 聡(琉大病院小児科)、喜納 綾乃(琉大病院看護部)、北村 紗希子（琉大病院第二内科)、當銘 保則(琉大病院整形外科) 増田 昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：４名
比嘉 猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、伊良波 史朗(南部医療センター・こども医療センター放射線科)、親富祖 しのぶ(南部医療センター・こども医療センター看護部)、宮平 有希子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)

陪 席 者：３名
砂川 幸枝(沖縄県教育庁保健体育課)
平敷 千晶(琉大病院産婦人科)
石川 千穂（琉大病院 がんセンター)

【報告事項】

１．令和６年度 第４回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(2 月 26 日)
資料１のとおり確認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧
資料２のとおり確認された。参加した新委員より自己紹介があった。

3.「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
資料３のとおり確認された。

4. アピアランス支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況について

5. 若年がん患者在宅療養生活支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況について
資料 4-1 と資料 4-2 に基づき、古波津委員より報告があった。R7 年４月までに新たに参加のあった市町村は、各資料の下段のとおり。浜田委員より、この内容は県の HP にも掲載され

ているのか質問があり、古波津委員より県の HP には掲載がないが、各自治体の HP に掲載されていること、県の方でも掲載予定であるとの回答があった。また、増田委員より、患者関係者に、どの市町村が参加しているかが分かりやすい掲載方法を検討していただきたいとの意見があった。

6.各市町村に対する「若年がん患者在宅療養生活支援事業」への参加の働きかけについて

資料 5 に基づき、増田委員より報告があった。「沖縄県若年がん患者等支援事業」のうち、「若年がん患者在宅療養生活支援事業」について、令和７年度第１回協議会(5/9)において、県内の市町村宛に要望書の発出が承認された。事務局より、6 月 2 日付で、未参加の市町村宛に資料 5 のような内容を発送した。

7. 沖縄県の病弱教育における高校生支援の提案について

資料 6 に基づき、事務局より要望書の提出先より、現状と今後の対応に関する回答があったとの報告があった。

8. 「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて

(1)小児がんについて

(2)AYA 世代のがんについて

増田委員より報告があった。6 月から 7 月にかけて、小児がんと AYA 世代がんにおける病院の集約化に関する会議が行われる予定なので、開催後、改めて部会でも報告するとのこと。現在の状況としては、小児に関しては、南部医療センター・こども医療センターと琉球大学病院で集約されており、AYA 世代の方は、就学や就労、生殖など、人生のターニングポイントに掛かりバックアップが必要なため、県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院が担当している。

9. 厚労省に対する「がん・生殖医療連携不足による地域格差解消に関する相談」に関する日本がん・生殖医療学会からの文書発出について

資料 7 に基づき、銘苅委員より報告があった。沖縄県においては、ネットワークが機能しているため懸念は少ないが、都道府県によっては、がん診療連携のネットワークがうまくいっておらず、患者さんまで情報が行き届いていない現状もあるということで、今回のような注意喚起が行われたとの報告があった。今後も、妊孕性温存療法 WG(沖縄県がん・生殖医療ネットワーク)で十分周知を行う予定である。

10. 沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について

資料 8 に基づき、古波津委員より報告があった。文言等の修正が主だった。

11.その他

特になし。

≪協議事項≫

1. 部会長と副部会長の選任について

浜田委員が部会長、銘苅委員と北村委員が副部会長に選任された。

2. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)における所掌分野の進捗及び今期の部会活動について

(１)指標の設定について

(２)測定できない指標について

(３)進捗状況について

資料９に基づき、増田委員より説明があった。

<u>個別のがん対策</u>

分野アウトカム 1-1

指標「小児がん患者の５年生存率」・「AYA 世代のがんの５年生存率」

→東京大学公衆衛生学科の外郭団体である NPO 組織にデータ分析を依頼しているところで、８月上旬までには結果が出るので、改めて報告する。(増田委員)

中間アウトカム3-1

指標「小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数」

→現在はほぼ数日で紹介されているため、部会として別の指標を考える必要がある。(増田委員)

個別施策 3-1

指標「小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する」

→直接関係するメンバーに依頼して指標を検討する。(増田委員)

個別施策 3-4

指標「専門家の数」

指標「専門家が琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か」

→小児血液・がん専門医：常勤としては現在も１名だが、今後増員の予定である。(浜田委員)

小児外科専門医：琉大の方は２名のままで増員予定はない。(浜田委員)

血液専門医：向こう５年、年１名で育成していく予定である。(北村委員)

小児看護専門看護師：推薦できそうな看護師はいるが要交渉である。(喜納委員)

個別施策 3-5

指標「長期フォローアップ外来を設置している施設数」

→骨髄移植については、国の指針によりロングターンフォローアップで、看護師育成と外来設置していくこととなっている。造血幹細胞の拠点事業として成人外来への移行についても小児科と連携していく予定である。(北村委員)

個別施策 3-6

指標「がん相談支援センターにおける小児がん患者の教育に関する相談件数」

指標「がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数」

→年齢別になっておらず、全年齢での集計となっている。(増田委員)

個別施策 4-1

指標「AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する」

→指標がまだ決まっていない。

個別施策4-4

指標「拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数」

指標「臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数」

→2023年度時点では0件となっているが、今後積極的に受け入れる予定である。(北村委員)

個別施策4-7

指標「親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数」

→増田委員よりホープツリーの紹介が提案された。

基盤(増田委員 当日提示資料)

個別施策3-1

指標「がん教育を、いずれかの学年で、全てのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合」

→割合100%は、現時点でも維持している。(遠越委員)

個別施策3-3

指標「外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合」

→学校の方も外部講師を活用するという意識が上がってきているので、県からも通知を行いながら、数値を上げていきたい。(遠越委員)

緩和・支持療法(増田委員 当日提示資料)

中間アウトカム5-1

指標「がん・生殖医療にて出生した子供の数」

→最新データは、現在集計中だが、急激に増えるものではないと思われる。(銘苅委員)

3.AYAサポートチームの構築について

時間の都合により、審議は次回へ持ち越された。

4. 妊孕性温存療法 WG の「沖縄県がん・生殖医療ネットワーク」への移行について

資料 11 に基づき、増田委員より、現ワーキンググループの名称を「沖縄県がん・生殖医療ネットワーク」へ変更することについて提案があり、承認された。移行の主な理由は、以下。

1. 各施設が施設要件に当てはまっているのかを分かりやすくすること。
2. がん治療開始前に、患者さんに妊孕性温存の情報提供をし、生殖医療の施設に紹介するという目的をよりはっきりさせ、連携をこれまでよりも強固にするため。

資料 11 を基に、今後、事務局の方でネットワークの内規をまとめる予定。

5. 次回開催について

次回は、９月開催予定。事務局より日程調整アンケートを行う。

6. その他

特になし。

以上

令和７年度　第１回がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」ＷＧ
議事要旨

日　　時：令和７年６月 24 日（火）　13：00～14：15
場　　所：「Ｚｏｏｍ」を用いたＷＥＢ会議

出 席 者： 12 名
阿部典恵(中頭病院　乳腺科)、池宮城梢(那覇市立病院　産婦人科)、伊差川サヤカ(琉大病院薬剤部)、大嶺菜(琉大病院　薬剤部)、石川裕子(県立宮古病院　産婦人科)、古波津万里子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、中上弘茂(県立八重山病院　産婦人科)、野坂舞子(友愛医療センター　産婦人科)、野里栄治(北部地区医師会病院　外科)、平敷千晶(琉大病院産科婦人科)銘苅桂子(琉大病院　周産母子センター)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠 席 者： ６名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院　腫瘍内科)、大畑尚子(県立中部病院　産婦人科)、當銘保則(琉大病院　整形外科)、長嶺英樹(琉大病院　脳神経外科)、浜田聡(琉大病院　小児科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター　小児科)、
陪 席 者：２名
宜保敬也(琉大病院　産科婦人科)
石川千穂(琉大病院　がんセンター)

【報告事項】
１．前回　WG　議事要旨(令和５年９月 13 日)
資料１に基づき、確認された。

２．前回　小児・AYA 部会　議事要旨　（令和７年２月 26 日・令和７年６月９日）
資料２に基づき、確認された。

３．妊孕性温存療法とがん治療後の生殖医療 WG　名簿
資料３に基づき、確認された。今年度より、平敷委員がワーキング長を務める。

４．小児・AYA 部会　名簿
資料４に基づき、確認された。

５．沖縄県のがん患者等妊よう性温存療法研究促進事業助成実績(令和６年度)
資料５に基づき、古波津委員より報告があった。

６．沖縄県がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業実施要綱の一部改正について

資料６に基づき、古波津委員より報告があった。変更の詳細は、P50～の新旧対照表のとおり。

平敷委員より、様式 1-4 について、移行期のため以前の書類が届いた場合の対応について確認があった。古波津委員から、新しい様式になっていることを認識いただいて、なるべく新様式の使用をお願いしたいとのことだった。

７.拠点病院および診療病院において、対象患者すべてに、生殖機能の温存に関する説明を共用文書を用いて行うにはどうしたらよいか

平敷委員より、引き続き、資料７の書類の運用をお願いしたいとのことだった。

８．昨年度の紹介状況及び凍結状況について

(1)琉球大学病院

資料 8-2 に基づき、平敷委員より報告があった。

告知の際、妊孕性温存療法に関する情報提供を対象患者すべてに行うことについて、各施設で改めて周知することが必要であることが確認された。また、伝えることが多く大変ではあるので、がん相談支援センターを訪れることや、医師以外のメディカルスタッフからの情報提供も重要とのこと。研修会開催が必要な施設は、改めて事務局へ依頼することとなった。

◎各施設の紹介状況に関する報告は以下のとおり。

那覇市立病院（池宮城委員）　院内での紹介の流れはできている。医師の入れ替わりもあるので、意識付けのためにも、今後も定期的に周知を行いたい。脳外や小児などは、腫瘍を扱っていないため、紹介数が空白となっていると思われるが、腫瘍を扱っている科については、周知していけば増えていくのではないか。

中頭病院(阿部委員)　主に乳腺科からの紹介が多い。AYA 世代には必ず情報提供している。年度の変わり目、担当者の入れ替えがある時に、地域連携室とのやり取りがスムーズにいかないことがあるようだ。

県立八重山病院(中上委員)　妊孕性温存療法研修会を開催後、時間が経過していて、医局員も入れ替わっているので、また周知していく。琉大への紹介状況を示した表に、八重山の記載がないことについては、適用される対象者が限られていることが理由かと思われる。

北部地区医師会病院(野里委員)　対象となる患者は年に数人だと思われる。前回の研修会から時間が経過しているので、全例に情報を提供するよう改めて周知したい。

県立宮古病院(石川委員)　外科の医師の方から情報提供してくださる方が多いこと、患者の方からも積極的な相談をしてくださるので、石川委員の方からも、補助的な役割として具体的な説明を行っている。

◎患者への妊孕性温存療法に関する説明について、以下のような質疑応答があった。
(野里委員) 他院ではどのように情報提供しているか参考に教えてほしい。
(阿部委員) 時間との勝負もあるので、告知の時に必ず情報提供を行い、次回以降に意思確認を行っている。
(野里委員) 消化器外科、乳腺外科の医師が説明しているのか。
(阿部委員) 主治医が説明しているが、看護師も補足を行う。

(池宮城委員) カウンセリングシートをしっかり埋めることができれば、詳しい説明は不要と捉えているが、それでよいか。
(平敷委員) 詳細や、適用になるかは、カウンセリングシートを基に、琉大の方で相談していただける。
(銘苅委員) 現場の医師に、凍結できない方もいる、カウンセリングによっては凍結しない選択もある、ということを知っていただくことが大事である。

◎助成対象となる治療方法に関して、以下のような周知依頼があった。
(銘苅委員)「がん患者等妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書(原疾患治療実施医療機関)」(様式 1-4-1 号)の治療方法欄において、免疫抑制剤を使用する場合の助成適用もあるので、各施設において、がん治療医以外の医師にも周知していただきたい。

⑵友愛医療センター
資料 8-3 に基づき、友愛医療センターの状況について野坂委員より報告があった。院内紹介があまり多くないので、周知を工夫していきたいとのことだった。

9. その他
特になし。

【協議事項】
1．本 WG の「沖縄県がん・生殖医療ネットワーク」への移行について
資料９に基づき、増田委員より提案があり、移行することが承認された。

2．紹介状況及び凍結状況等に関する課題について
平敷委員より、２つの症例について紹介された。

3．次回「地域がん・生殖医療ネットワーク」開催日程について
次回は 4～6 か月後に開催。事務局より日程調整依頼を行う。

4．その他
特になし。

以上

令和７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

日　　時：令和７年６月 12 日（木）14：00～16：30
方　　法：WEB
出 席 者：【ZOOM 参加】15 名
玉城佐笑美（県立中部病院）、奥平藤也（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、横田美佐（県立宮古病院）、上原弘美（友愛医療センター）、新垣（南部医療センター・こども医療センター）、田場純子(沖縄県保健医療介護部)、西村克敏(地域統括支援センター)、増田昌人（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）
欠 席 者：なし
陪 席 者：なし

【報告事項】
１．令和６年度第４回情報提供・相談支援部会議事要旨（令和７年３月 13 日）
資料 1 に基づき、友利委員より、令和 6 年度第４回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。

２．今年度の部会委員一覧
資料２に基づき、大久保委員から委員の就任状況について報告があった。新しく中部病院から奥平藤也委員が就任した。それに伴い、副部会長は玉城委員から奥平委員へ変更となることが承認された。南部医療センター・こども医療センター新垣委員（代理出席）から、委員が変更となること、担当者は調整中と報告があった。

【協議事項】
１．令和７年度の部会計画
資料３に基づき、友利委員より、令和７年度の部会計画について説明があった。ロジックモデルにもとづき重点的に活動する内容について、拠点病院以外のがん診療施設も対象に含む相談員研修の開催、院内外での広報活動、患者サロンでのピアサポートの活用、市民イベントへの参加、ハローワーク等と協力した就労支援が挙げられ、それぞれの進捗状況について説明があり、この内容で進めていくことが承認された。
相談員研修については、琉大病院主催は８月～９月で計画中であること、地域相談支援フォーラムは 2026 年 2 月 14 日開催であることが周知された。また、次年度の地域相談支援フォーラムは沖縄県が主催することが決定されており、WEB 開催を検討したいと説明があった。研修内容については検討を重ね、ファシリテーター等での参加協力をいただきたいと説明された。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について

資料 4 に基づき、増田委員より、ロジックモデルにもとづく第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）と追加された評価指標や引用データなどについて説明があった。また、例年実施されている現況調査もロジックモデルによる回答を求める方向性で検討されていると説明があった。

友利委員より、国部会での議論では、ロジックモデルにより相談支援活動の内容がどう成果に反映されるかを可視化する意図があると補足説明された。

３．その他

特になし

【報告事項】

３．地域統括相談支援センター活動報告

資料 5 に基づき、西村委員より相談件数及び活動報告があった。１月２５日にがんピアキャラバンを開催。ピアサポートの普及活動を行った。２月２２日にはがんピアサポーター養成講座を開催した。また、拠点病院のゆんたく会へピアサポーターの派遣やオンラインゆんたく会を開催した。そのほか地域統括相談支援センター会議での検討事項について報告された。

４．がん患者ゆんたく会（1～3 月）

資料 6-1～6-3 に基づき、令和 7 年 1 月～3 月に各拠点病院にて開催された、がん患者ゆんたく会について報告があった。中部病院は玉城委員より報告があった。1 月と 2 月はフリートークを開催。３月のキャンサーフィットネスインストラクターの間島委員によるヨガの講演では、参加者から、場所をとらずに体に無理無く参加でき良い時間が過ごせたという感想があった。

那覇市立病院は糸数委員より報告があった。精神科医による「がんと向き合う心のケア」というテーマでフリートークをした際には、参加者は、食事や運動など自分なりの工夫やコントロールしている点を自由に話され交流されていた。3 月はカラーセラピーを開催し、色選びと気持ちの関連性なども知ることができ、参加者は楽しんでいる様子であった。

琉球大学病院は友利委員より報告があった。1 月は移転のため開催中止。2 月と 3 月はフリートークを開催した。

北部地区医師会病院は仲村渠委員より報告があった。3 月にテーマを「北部女子会」とし女性限定で開催した。約５年ぶりの開催で、今後は年３回の開催を目標としている。

上原委員より、友愛医療センターでも患者サロンを開催しているが参加者が少ないという課題があり、他の病院ではどんな風に周知をやっているか質問があった。糸数委員より、那覇市立病院では外来の電子掲示板やロビーでのチラシ設置、院内ホームページにもイベントのお知らせとして掲載していると回答された。さらに仲宗根委員より、院内患者会のリーフレットを点滴センターの呼び鈴の隣に設置したところ、呼び鈴を押すときに患者さんの目に留まり参加に至ったことがあり、掲示物より患者さんの動線で目につくところに置くことの必要性を院内スタッフと共有した事例が紹介された。

上原委員より、地域の患者会の活動状況について情報共有があり、性別やがん種別などに応じた拠点病院と共同でのサロン開催を検討したいと意見があった。具体的な活動案については、各委員から随時意見を寄せていただくこととなった。

５．がん相談件数（1～3 月）

資料 7-1～7-6 に基づき、令和 7 年 1 月～3 月の各拠点病院のがん相談件数と内容について報告があった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

相談内容では、高齢独居の方を中心に薬の管理や食事面での相談などが多く、サービス調整などで地域包括等と連携する事例があった。他施設通院中の方からは、県外に住む患者さんのご家族から介護に関する相談事例があった。

○県立中部病院（玉城委員）

相談回数が初めての方が２回目以上の方より多くなっており、初回治療前の方の立ち寄りが増えてきた可能性がある。がん治療を希望されない方のご家族からの相談や、治療選択やセカンドオピニオン後の相談など、継続して対応した事例があった。アピアランスの相談は、県の助成事業ではがん相談支援センターに立ち寄る義務はなくなったが、ウィッグに関することを中心に一定数相談があり対応している。

○那覇市立病院（仲宗根委員）

１月２月と比べ３月はがん相談に対応できる職員の退職等により件数が減少した、ホスピス・緩和ケアに関する相談が最も多く、不安・精神的苦痛を訴える方への対応も多かった。相談者では相談室の利用が２回以上の方が多く、毎月 90 分以上と長時間の相談を希望する方も一定数いて、対応時間の確保が課題である。他施設通院中の方からの相談では、かかっている医療機関で誰に聞いたらいいか分からない等のコミュニケーションに関する内容も多く、相談者の意向に添って、かかりつけ医療機関へ連携を図り担当者を確認してつないだ事例があった。

○県立宮古病院（横田委員）

相談件数に変化はないが、若年層のがん患者さんに関する相談が増えてきた印象。また、進行癌で宮古では対応できない集学的治療のため本島に行く必要があるが、渡航費を含めた経済面や病状から治療を進めることが難しい事例もあった。

○県立八重山病院（岩崎委員）

相談内容に大きな変化はない。頭頚部癌患者さんの療養支援や、急逝された患者さんの経済面での対応を中心に家族支援を行った事例、障害をもつがん患者さんの療養支援や意思決定支援に対応した事例などがあった。

○琉球大学病院（大久保委員）

１～２月は移転による外来制限等の影響もあり件数は減少したが３月は平均値だっ

た。取り組みによる初回治療前の来所者数は月平均 20 件弱で定着しつつあり、仕組みができたことで相談につながってきている方もいる。総件数の増加にもつながっており、対応するための運営面、特にマンパワーを工面する必要がある。相談内容には変化はなく、ホスピス・緩和ケアに関することが多く、精神疾患をもつがん患者さんの意思決定支援で難しさを感じる事例があった。他施設通院中の方からは、医療者とのコミュニケーションの課題に関することや、匿名で情報支援を求めて問合せをされる事例があった。移転の影響もあると思われるが受診方法の問合せが増えていた。

６．がん相談件数集計（10～12 月）

資料 8 に基づき、友利委員より、各拠点の令和 6 年度 10 月～12 月の集計比較について報告があった。各項目のうち病院間で違いがある部分などの説明があった。

前年度の集計件数データについて、沖縄県から提供依頼があり提出したことが報告された。

７．がん相談支援センターの広報

資料 9 に基づき、友利委員よりがん相談支援センターの広報について、新聞無料広告欄の掲載状況の報告があった。週掲載するよう依頼しており、引き続き実施する。

８．第 24 回都道府県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会

資料 10 に基づき、友利委員より報告があった。5/30 開催は集合形式で実施され、ロジックモデルを用いた部会計画の作成や相談記入シート及びカウントルールの修正点と方向性について説明があった。

９．その他

次回開催は、令和 7 年 9 月 11 日（木）14 時からウェブにて開催予定。

令和７年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和７年５月２７日（火）11：00～12：25
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：７名
井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学医療統計学研究室特別職務担当教員教授）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学大学院公衆衛生学分野教授）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任技師）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：１名
平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第９回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
増田部会長より、資料２に基づき、今年度の部会委員についての報告があった。

３．第３回医療者調査の回答状況と今後の対応について
増田部会長より、資料３に基づき、第３回医療者調査の回答状況についての報告があった。

４．その他
特になし。

【協議事項】
１．「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直し事業の進捗状況について
増田部会長より、資料４に基づき、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直し事業の進捗状況についての報告があった。続いて、埴岡委員より、院内がん登録データをもとに作成した資料（病院マップ）が共有された。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)の進捗状況について

時間の都合上、次回に持ち越しになった。

３．在宅分野の医療者調査アンケートについて

増田部会長より、資料６に基づき、在宅分野の医療者調査アンケートについて、概要および調査票について説明があった。

埴岡委員より、現場の見解として、重要だと思われる要素がただ列挙されている印象があり、ロジックモデルに基づいて、個別施策と初期アウトカムの関係をより高めるための具体的な手法がうまく伝わってこないとの意見があった。具体的には、問13「地域の在宅医療・介護の専門職に対する教育・研修に充分関わっていますか？」が、初期アウトカムの質向上にどのように寄与するのか。また問12「地域における医療・介護の専門職種、行政、団体等と協働する機会が多くありますか？」では、どのように個別施策の効果を高めるのか、その繋がりが明確ではない。また、「あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなりましたか」という指標が、「望んだ場所で過ごしたがん患者の割合を増加させる」施策の初期アウトカムを高めるために、特筆すべきこととして、質問12があると効果的になると現場は考えているのか。これらの関連性の確認が必要であるとのことだった。

伊藤委員より、遺族調査と同様の項目があるのであれば、全国調査との比較も視野に入れた質問紙の設計をされることが望ましいと提案があった。続いて、問９においては、包括的アプローチが大事なのか。身体的側面はできているが、心理及び社会的側面は欠けている場合、その問題への配慮が必要ではないかとの意見があった。

東委員より、確かに包括的アプローチの視点でみると、例えば、問11では「家族も支援の対象として」位置づけているが、その前に、患者を支援しているのかという質問が存在せず、それが当然とされているところに違和感がある。包括的なアプローチの理解が異なる場合には、明確に分解する必要があるとのことだった。また、患者への質問があるのであれば、医療者へ調査する必要はないが、今回の調査対象がさほど多くはないので、どうしてもそれがみたいのであれば、医療者への質問も含めてよいのではないかとのことだった。

４．「痛みのスクリーニング及びモニタリング」に関するアンケート調査について

時間の都合上、次回に持ち越しになった。

５．その他

次回は、２か月後に開催を予定している。