

第81回がん対策推進協議会	参考資料 5
令和 4 年 9 月 5 日	

2022 年 9 月 1 日

厚生労働大臣 加藤 勝信 様
 厚生労働省健康局長 佐原 康之 様
 厚生労働省がん・疾病対策課長 中谷 祐貴子 様
 厚生労働省がん対策推進協議会 会長並びに委員の皆様

一般社団法人全国がん患者団体連合会
 理事長 天野 慎介

第 4 期がん対策推進基本計画に関する要望書

平素よりがん対策の推進にご理解とご尽力を賜り、がん患者や家族の立場から感謝申し上げます。

2018 年 3 月に国の第 3 期がん対策推進基本計画が閣議決定され、2022 年 6 月には第 3 期がん対策推進基本計画に対して、がん対策推進基本計画中間評価報告書が取りまとめられました。この間、厚生労働省委託事業（国立がん研究センターがん対策情報センター）により、2020 年 10 月には全国のべ 22,000 人のがん患者を対象とした患者体験調査報告書が取りまとめられるとともに、2020 年 11 月には患者体験調査に基づく提言書が取りまとめられました。小児がんについても、2021 年 3 月には全国およそ 4,000 名を対象に、小児患者体験調査報告書が公開されています。

2022 年 9 月からは国の第 4 期がん対策推進基本計画が厚生労働省がん対策推進協議会で審議され、2022 年度末には第 4 期がん対策推進基本計画が閣議決定される見込みとなっています。一般社団法人全国がん患者団体連合会は現在、加盟団体 53 団体、加盟団体会員総数およそ 2 万人を有するがん患者団体の連合組織です。加盟団体などからの意見、並びにがん対策推進基本計画中間評価報告書、患者体験調査報告書、患者体験調査に基づく提言書、小児患者体験調査報告書に基づく提言書の内容などをもとに、下記要望を提出いたします。

なお、2022 年 8 月に発出されたがん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等の整備指針において既に盛り込まれている内容について、基本計画においても改めて規定する必要があるとの観点から、本要望に一部盛り込まれていることを申し添えます。

記

1. 緩和ケアの推進

患者体験調査報告書では、「現在がんに伴う症状がない」と回答したのは、身体的苦痛が 55.4%、疼痛が 71.5%、精神的苦痛が 62.0%であった。一方、「つらい症状にはすみやかに対応してくれた」と回答したのは、75.0%となっていたが、「つらい時にすぐに医療者に相談できる」と回答したのは、身体的苦痛 46.5%、精神的苦痛 32.8%であった。緩和ケアが十分であると回答したのは 43.0%にとどまっております。苦痛に対して十分な対処がなされていない現状が示されている。また、国立がん研究センターがん対策情報センターによる「患者さんが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査」では、がん患者の遺族において、患者が死亡前からからだの苦痛がなく過ごせたと感じていた割合は 42%にとど

まっており、十分に苦痛を緩和することが難しい場合などへの対応が必要とされている。

緩和ケアの推進は、我が国のがん対策において15年以上にわたり重点施策とされてきたにも関わらず、未だ身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者がいることに鑑み、従来の緩和ケアに関わる施策に対する評価も含め、抜本的な見直しが必要である。

- 「診断期」においては、「アセスメント」の充実を図り、相談支援センターや入院準備センターなどを通じて、全てのがん患者にスクリーニングを行うこと。
- 「治療期」においては、「モニタリング」の充実を図り、緩和ケアチームについては主治医からの依頼で動くコンサルテーションシステムから、自動的にフォローするマネジメントチームシステムに変えるとともに、薬剤・栄養指導や口腔ケア、心理支援やリハビリなどチーム医療の充実による症状マネジメントを行うこと。
- 「終末期」においては、「質の高い緩和ケアの拡充と生活支援」が必須であり、地域移行時の緩和ケア外来での調整、緩和ケアチームでの電話フォローアップなど後方連携病院や在宅医療への支援体制の拡充、介護保険など生活支援在宅療養サービスの充実をすすめること。
- 介護保険に関しては、遺族調査などを通じて第二号被保険者を含めた利用実態などを明らかにして、その課題解決を政策に反映させること。小児がんの緩和ケアについては、専門医のさらなる育成とガイドラインの策定を進め、支援制度の利用についての周知を図ること。
- 医学部における緩和ケアに関する卒前教育の充実を検討するとともに、緩和ケア研修会については、受講者数をアウトカムとする現状から、患者体験調査に基づく指標や、再発診断後に緩和ケアチームへの到達に至るまでの日数など、適切なアウトカムの設定について検討すること。

2. がん医療に関わる医師や医療スタッフ間の連携の強化

患者体験調査報告書では、診断時に必要な情報である「治療開始前に、担当医からセカンドオピニオンについて話があった人」の割合は34.9%にとどまっており、「治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人」の割合も39.5%である。妊孕性の温存についても「温存方法が無い」という説明を含めても、40歳未満の患者のうち説明を受けた患者は52.0%にとどまっている。

患者団体でも、医師にセカンドオピニオンを求めたところ、医師に不快感を示されたり、怒鳴られたりする患者からの声を未だに聞くのが実情である。患者体験調査に基づく提言書では、医療者の意識向上につながる周知あるいは教育の機会の提供が提言されている。時間的・人間的な制約があることも含め、がん医療に関わる医師や医療スタッフが対応出来ることには限界があることを踏まえ、がん医療に関わる医師や医療スタッフから他職種やチーム、医療資源の適切な情報提供や連携が必要である。

- セカンドオピニオンについては、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、すべてのがん患者とその家族に対して、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し、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意するとともに、オンラインでのセカンドオピニオンが受けられる体制の整備を推進すること。
- がん相談支援センターに関しては、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族

が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備するとともに、併せて看護師等によるスクリーニングを推進すること。

- 妊孕性の温存に関しては、がん治療の開始前に患者に対して挙児希望の確認を行い、妊孕性温存の対応や費用等の具体的な説明を行うとともに、各地域のがん・生殖医療ネットワークへの紹介と連携の構築を行うこと。
- がん情報サービスの医療者向け情報を e-learning 等の活用により充実させ、医療者への周知あるいは教育のツールとするとともに、医学教育や初期研修において適切な患者支援や医療連携についての教育の機会を設け、コミュニケーション技術研修会（CST）の普及などを進めること。

3. 希少がん対策と難治がん対策の推進

希少がん対策については、がん対策推進基本計画中間評価報告書では、初診から診断までの時間が2週未満であった希少がん患者の割合は42.1%（2014年度）から38.1%（2018年度）、2週間以上1ヶ月未満であった希少がん患者の割合は28.4%（2014年度）から28.3%（2018年度）となっており、希少がんの診断に至るまでの期間にほとんど変化がみられない。

難治がん対策については、がん診療連携拠点病院等を対象とした院内がん登録全国集計では、例えば膵臓がん全病期の5年相対生存率（2014年診断例）は12.7%となっており、未だ十分な治療成績が得られていない。また、第3期がん対策推進基本計画とその中間評価では、難治がん対策に関する評価指標の設定がされていない。

- 中央機関として国立がん研究センターに設置されている希少がんセンターの機能強化を図るとともに、地域希少がんセンターを地域ブロックごとに整備し、希少がんセンターに関するネットワークを構築すること。
- 希少がんの診療実態に関する調査を行い、希少がんの診療と中央病理診断に関する全国ネットワークの構築を行うとともに、希少がんの診療体制について、国立がん研究センター希少がんセンターを通じて情報提供を行うこと。
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）で「革新的がん医療実用化研究事業」の中に設定され、希少がんや難治がん、小児がんなどをターゲットとしている領域（ライフステージやがんの特性に着目した重点研究）について、重点的な予算措置を行うこと。
- 病診連携システムを活用して、中核病院と連携施設が協力して膵臓がんの早期診断を目指す取り組み（広島県尾道市で行われているいわゆる尾道方式）について検討し、膵臓がんをはじめ早期発見により予後改善が期待できるがんの検診について、その全国展開を検討すること。
- 難治がん対策について、第3期がん対策推進基本計画においてはがん研究を推進することでその取組としてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、第4期がん対策推進基本計画においては、どのような評価指標を用いることが可能か検討を行い、評価指標を設定すること。

4. ライフステージに応じたがん対策の推進（小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん）

小児がん対策については、小児患者体験調査報告書では、がん治療のために転校、休学、退学をしたがん患者の割合は87.5%で、小学校、中学校は転校が81.1%、59.3%と最多であり、高等学校は休学が61.3%と最多であった。また、院内特別支援学級を利用した小学校、中学校のがん患者の割合は90.7%、77.6%に対して高等学校は19.4%と少なく、利用した就学支援がないと回答した高等学校のがん患者の割合は61.1%にのぼっていることから、特に高等学校における支援が求められている。

AYA世代のがん対策については、患者体験調査報告書ではAYAがん患者に関して、がん診断時に収入のある仕事をしてきた人の割合は81.7%と一般がん患者（42.9%）の倍近くであるのに対して、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（11.1%）、医療を受けるための金銭的負担が原因で生活影響があった人（53.1%）といずれの割合も高く、経済的にも社会的にも生活基盤が脆弱であるAYAがん患者への支援が求められている。

高齢者のがん対策については、国立がん研究センターがん対策情報センターによる「患者さんが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査」によれば、死亡時の年齢は80歳以上の割合が50.2%、死亡前1カ月間で日常生活動作に何らの介助が必要だったと回答した割合は78.4%にのぼるにも関わらず、介護保険サービスを利用していたと回答した割合は54.6%にとどまっていることに加え、認知症を併存していたと回答した割合も13.3%となっていた。

なお、「ライフステージ」という言葉のイメージや年齢のみを基準とした対応を行うことで、その狭間に落ちるニーズが生じる可能性がある点を考慮し、シームレスな情報提供と支援、医療の提供を行うことに留意が必要である。

- 小児がん拠点病院等での環境整備として、ICTを活用した高等教育の推進や原籍校との連携を進め、小児がん連携病院においても院内学級の整備を進めるとともに、厚生労働省と文部科学省の共管である公認心理師の配置やピア・サポートの活用を通じて、精神心理的な支援を進めること。
- 小児・AYA世代のがん経験者の長期にわたる健康管理とフォローアップ、晩期合併症に対応する体制を整備するため、がん治療医と家庭医・プライマリケア医との連携体制の構築や、サバイバーシップ・ケアプランの作成と提示を進めるとともに、診療報酬などでの対応を検討すること。
- AYA世代のがん患者は介護保険制度を利用出来ないため、AYA世代のがん患者が在宅療養のために必要な医療・福祉サービスを助成する在宅療養支援助成が自治体で広がっている一方で、助成のない自治体との格差が生じていることから、助成制度を全国に広めるための施策を進めること。
- がん診療連携拠点病院において、AYA世代がん患者の支援に関する研修を受講したAYA世代支援チームを設置するとともに、各地域のAYA世代がん患者会等との連携を図り、AYA世代がん患者によるピア・サポート活動を推進すること。
- 高齢がん患者に対する介護者を含めた患者体験調査や、介護保険利用率の調査の実施など、高齢者におけるがん医療の実情を明らかにするとともに、高齢者総合的機能評価（CGA）の活用と意思決定支援、高齢がん患者の診療や介護に関するガイドラインの策定と活用を進めること。

5. がんゲノム医療の推進

がん対策推進基本計画中間評価報告書では、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2019年度の167

(中核拠点病院：11、拠点病院：34、連携病院：122) から 2022 年度の 233 (中核拠点病院：12、拠点病院：33、連携病院：188) まで増加し、遺伝子パネル検査を受けた患者数は 2019 年度の 927 から 2021 年度の 12,262 まで急速に増加している。

厚生労働省がゲノム医療推進コンソーシアム運営会議では、2019 年 9 月から 2020 年 8 月までの期間に国内で遺伝子パネル検査を受けたがん患者 7,467 名のうち、エキスパートパネル（専門家会議）で提示された治療薬を投与されたがん患者の割合は 8,1% (607 名) であると報告されており、これは海外における同種のデータと同程度の割合ではあるものの、薬剤到達率の更なる改善が望まれる。また、ゲノム医療の急速な進展に対して、がんゲノム医療中核拠点病院等におけるゲノム医療に関わる専門人材の育成が進められているが、遺伝カウンセラーをはじめ専門人材は未だ不足している。

米国では 2008 年に遺伝情報差別禁止法 (GINA 法) が成立しており、雇用分野では事業者による遺伝情報取得の規制、採用・昇進・解雇における遺伝情報に基づく取扱いの禁止、保険分野では遺伝情報に基づく加入制限や保険料等の調整の禁止などが規定されている。英国においても、雇用分野における規定や、保険分野における政府と英国保険業協会 (ABI) との協定などが存在するが、日本ではこのような法規制が未だ無い。

- 現在、保険診療で遺伝子パネル検査を実施できるのは「標準治療を終えた患者」「標準治療のないがん種に罹患した患者」に限られているが、標準治療が限られている難治性がんの患者並びに希少がんの患者については、初回治療から遺伝子パネル検査の保険適用について検討すること。
- 文部科学省「多様な新ニーズに対応するがん専門医療人材 (がんプロフェッショナル) 養成プラン」は、ゲノム医療従事者の養成を重点課題の一つとして実施されてきたが、2022 年度は予算措置がなされていないことから、2023 年度以降の予算措置を引き続き講ずること。
- 国は、個人の遺伝情報やゲノム情報による差別や社会的不利益を防止するため、法規制を早急に行うとともに、関係省庁は、雇用分野や保険分野などにおいて、遺伝情報の取得やその不適切な取扱いによって差別や社会的不利益が生じることがないように、実効性のある対策を検討すること。
- 全ゲノム解析の実行においては、がんの本態解明や創薬等の推進に加え、現在治療を受けているがん患者への還元の方策を検討するとともに、その事業実施組織の運営と研究においては、倫理的・法的・社会的課題 (ELSI) への適切な対応と患者・市民参画 (PPI) の推進を図ること。

6. 支持療法 (サポーティブケア) の推進

がん対策推進基本計画中間評価報告書では、拠点病院等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として、高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率 (2016 年) は 75.0%、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 (2016 年) は 61.0%、神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合 (2018 年度) は 59.4%と、いずれも 6 割から 7 割程度の実施率にとどまっている。

ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合については、2018 年度が 86.3%、2021 年度が 90.3%と比較的高い割合であるのに対して、リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合については、2018 年度が 49.9%、2021 年度が 56.1%と比較的低い割合にとどまるなど、支持療法によっては診療体制も未だ不十分である。

- 支持療法に関わる標準的診療を実施している医師や医療機関の割合について、引き続き調査を実施して、適正な評価と更なる知見の集積を進めるとともに、支持療法に関するガイドラインの策定を進め、がん関連学会を通じて支持療法に関わる標準的診療が行われるよう指導を行うこと。
- がんの治療中や治療後に、心不全や血栓症などの循環器疾患を発症するがん患者の増加や、循環器疾患を発症するリスクが高い高齢者に対するがん治療の増加などに対応して、がん診療と腫瘍循環器学の連携を推進すること。
- リンパ浮腫の対象となるがん診療を行っているがん診療連携拠点病院等において、リンパ浮腫外来を設置し、他院からの患者も受け入れる体制を構築するとともに、がん関連学会はリンパ浮腫が対象となるがん治療医の専門医制度の教育に、リンパ浮腫について学ぶ過程を導入すること。
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）で「革新的がん医療実用化研究事業」の中に設定され、アンメットメディカルニーズに応える支持・緩和医療の開発に関する研究などを行う領域（新たな標準治療を創るための研究）について、重点的な予算措置を行うこと。

7. 薬剤の安定供給、新たなドラッグ・ラグの解消、患者・市民参画（PPI）に基づく臨床試験の推進

近年、海外で生産されているがん治療薬などが、現地工場でのトラブルなどにより供給が止まってしまふ事例が生じており、加えて新型コロナウイルス感染症の拡がりやウクライナでの戦争の影響などにより、薬剤の供給が不安定になるという事例も生じている。治療に用いる医用アイソトープについては全て輸入に頼っているが、医用アイソトープは長期間保管しておくことができず、その供給源も限られているため、海外の製造拠点で問題が発生し、患者が治療を受けられなくなる事例も生じている。

ドラッグ・ラグについては、2000年代以降に独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の審査人員の増員や、医療上の必要性の高い未承認薬 適応外薬検討会議の開催などの施策が実施されたことにより、解消の方向に向かっていたものの、PMDAが公開している未承認薬データベースをもとに、国立がん研究センター先進医療・費用対効果評価室が行った調査では、米国・欧州で承認され日本未承認であるがん領域の医薬品数について、2010～2014年に海外承認されて日本未承認である医薬品数が10であったのに対し、2015年～2019年が40、2020年～2021年が44と急速に増えている。この要因は、日本が国際共同治験に参加することが難しくなっていることや、日本以外の東アジア諸国での開発が優先されていることなど、いわゆる「Japan Passing」（日本の地位低下）の影響などが指摘されている。

- 厚生労働省は、薬剤の供給不安の際には医療機関のみならず、患者や家族への適切な情報提供が行われるよう企業に対して指導を行うとともに、薬剤の国内での製造や、ジェネリックを始めとする代替医薬品の確保、国内での法整備など、薬剤の安定供給に向けた必要な施策を検討すること。
- 放射線治療病室の不足の解消など、核医学治療（RI 内用療法）の推進と国内における均てん化に向けた体制整備を進めるとともに、新しいRI薬剤の国内における複数の製造拠点の確保や法整備、試験研究炉を用いた医用アイソトープの国産化など、安定供給に向け必要な施策を検討すること。
- 厚生労働省は、新たなドラッグ・ラグが生じている現状とその要因の調査を進めるとともに、調査の結果に基づき、日本が国際共同治験に参加出来るための取り組みや、日本での新規治療薬の開発

が促進されることなど、新たなドラッグ・ラグの解消に向けた必要な施策を検討すること。

- 小児医療の新規医薬品の臨床試験はその実施が難しいとされている一方で、海外では成人の新規医薬品の開発・臨床試験と並行して、小児の開発を行うことを義務付ける法制度があることから、厚生労働省は、小児がんにおけるドラッグ・ラグの解消に向けた必要な法制度を検討すること。
- 厚生労働省は、jRCT（Japan Registry of Clinical Trials）など臨床試験に関する情報提供サイトについて、患者の視点に立った情報提供サイトの構築と相談窓口の設置を行うとともに、がん関連学会やがん患者団体と協働して、臨床試験における患者・市民参画（PPI）を推進すること。

8. がん患者の就労を含めた社会的支援の推進

患者体験調査報告書では、「がん治療のため退職・廃業した」がん患者の割合はおよそ 20%であり、退職のタイミングについては、診断から初回治療までの間の「早期離職者」は 56.8%、初回治療開始後の「晩期離職者」は 39.9%となっており、早期離職者が依然多い状況にあるにもかかわらず、「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」がん患者の割合は、およそ 40%以下にとどまっている。患者体験調査報告書では、「職場や仕事上の関係者から勤務上の配慮があった人」は 65.0%である一方で、「社内制度の利用」は 36.1%にとどまっており、がん患者が安心して必要な配慮を受けられるような勤務先での制度・風土づくりも未だ課題である。がん対策推進基本計画中間評価報告書では、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要と指摘されている。

第 3 期がん対策推進基本計画では、治療を行いつつ就労を続けるため、アピアランスに関する支援や相談支援制度の充実も課題として挙げられているものの、「外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合」がん患者の割合は、成人では 28.3%、小児では 51.8%となっていた。

- 診断時には、就労支援に関わる医療機関内、医療機関外の相談支援の体制に関して周知を行い、必要とするがん患者が情報や支援を確実に受けられるようにするとともに、就労年齢の高齢化を考慮して、中高年のがん患者にも情報や支援が受けられるように配慮すること。
- 就労支援に積極的に取り組む企業の認証制度を設けるなど、特に中小企業、非正規雇用者に対するインセンティブづくりや格差是正を図るとともに、企業内にピア・サポーターを育成し、がん罹患した社員の身近な相談先の確保と、就労支援における医療機関への橋渡しを行うこと。
- 企業における両立支援の推進にあたっては、両立支援のみを検討するのではなく、職場・職域におけるがん検診の推進から、検診受診後の要精検者の受診勧奨、そしてがんと診断された社員の両立支援までを一連のプロセスとして・パッケージとして、両立支援のあり方を検討すること。
- がん治療の開始前に、医療機関内、医療機関外のアピアランスケアに関する相談支援の体制に関してがん患者に周知を行うとともに、アピアランスケアに関する研修受講を促し、心理支援を含めたアピアランスケアの推進を図ること。

9. ピア・サポートを含む精神心理的な支援とがん患者団体との連携の推進

総務省が2016年9月に公表した「がん対策に関する行政評価・監視」での勧告では、がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）について、一部の都道府県ではがんピア・サポート研修が実施されておらず、拠点病院におけるピア・サポーターの受入れも不十分であることから、その是正を求める勧告が行われた。患者体験調査報告書では、ピア・サポートを知っている回答したがん患者の割合は、27,3%（2018年度）であり、その普及と啓発が必要とされている。

わが国におけるがん患者の自殺に付いての報告では、がん診断後の自殺リスクは24倍、かつがん診断後1年以内に多い（Yamauchi T, et al. *Psychooncology* 2014;23(9):1034-41.）とされ、その実態の把握と対策について研究、ガイドラインづくりなどが進められているが、自殺対策に関する体制構築は未だ不十分である。

- がんピア・サポート研修の策定と改訂、研修会の実施にあたっては、ピア・サポートに知見を有する医療関係者のみならず、十分な経験を有するがん患者団体の参画を求めるとともに、研修会の開催指針の策定などを検討することにより、研修会やピア・サポーターの質の担保を図ること。
- 都道府県は、がん診療連携拠点病院や地域のがん患者団体と連携し、ピア・サポーターの養成研修を開催するとともに、患者団体の実態把握と十分な経験を有するがん患者団体との連携を進め、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用や、がん患者団体に関する情報提供を行うこと。
- がん患者の自殺リスクに対し、がん診療連携拠点病院内で共通したフローによる対応や公認心理師の配置、地域の医療機関との連携体制を構築するとともに、がん患者の精神心理的苦痛や自殺に関する院内研修の実施、自死遺族や自死に遭遇した医療者に対する心のケアについて検討すること。
- がん対策基本法第25条にて、国のがん対策推進協議会に「がん患者及びその家族又は遺族を代表する者」の参画が求められていることに鑑み、都道府県のがん対策推進協議会やがん診療連携協議会の開催にあたっては、都道府県や地域のがん患者団体等、当事者の積極的な参画を求めると。

10. 感染症の流行や災害医療に対応したがん診療体制の構築

新型コロナウイルス感染症の流行と拡大により、医療機関によってはがん診療体制の維持が困難になったケースもある。また、東日本大震災を始めとする大規模災害や、気候変動に伴う災害の増加などに伴い、がん診療体制の維持が困難になったケースもある。

- 感染症の流行や大規模災害等が発生している状況においても、各地域内の医療機関等との連携や、地域を超えた医療機関等との連携により、必要ながん診療を維持するためのBCP（事業継続計画）を医療機関、地域、都道府県や国、がん関連学会で検討すること。
- 感染症の流行や大規模災害等の発生により、医療機関の診療状況に変化が生じた場合には、医療機関は自院の診療体制について速やかに情報公開を行うよう努めるとともに、国や都道府県、がん関連学会は予め検討したBCPに基づき、連携先の施設や代替施設の情報について速やかに情報公開を行うよう努めること。なお、情報公開にあたっては、情報の入手について困難を有するいわゆる情報弱者に対する配慮に努めること。

以上