

第4期がん対策推進基本計画中間評価委員意見一覧

第94回がん対策推進協議会	参考資料 8
令和8年5月8日	

No.	各ブロック	# (指標番号)	評価される点	「がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項」更なる取り組み、又は改善等が必要な点
◆全体				
1	最終アウトカム指標	全体		全体としてA判定であるが、中間アウトカムが判定不能であるため、どの要因が結果に反映したのか把握が難しい状況である。評価の精度を高める観点から、関連データの活用可能性を検討する必要があると考える。例えば、令和5年国民健康・栄養調査報告など公的統計との照合も一案となり得るのではないか。
2	最終アウトカム指標	全体	罹患率・死亡率がすべてにおいて減少している	コロナ禍で検診・治療開始が停滞した時期を脱した影響がないか、継続的に推移をみる必要がある
3	最終アウトカム指標	000002	検診がんの年齢調整死亡率が減少していることは喜ばしい。	しかしながら、その過程を見ると、受診率が著しく改善したわけでも(121201)、精検受診率が向上したわけでも(122201)、発見率が向上したわけでも(122202)ない。この分野のロジックには比較的無理がないことを考えると、アウトプットアウトカムが改善できれば、死亡率の減少はもつと進んだはず。
4	最終アウトカム指標	000002	健診がん種の年齢調整死亡率は全て低下している	
5	最終アウトカム指標	000004	(取組の評価はまだできないが)最終アウトカムのがんの年齢調整罹患率・死亡率共にすべて減少している	
6	最終アウトカム指標	000005	中間評価では罹患率は僅かながら減少していること評価できる。	
◆がんの1次予防 生活習慣について				
7		全体		中間アウトカムが不明な現状では、ロジックモデルの観点から、アウトプット指標、分野別アウトカム、最終アウトカムを評価することは困難ではないでしょうか。
8	分野別アウトカム指標	100001		がん種別年齢調整罹患率（女性乳房）がBL値より増加している。ただし中間アウトカム指標がすべてDなので、慎重に評価する必要がある。
9	分野別アウトカム指標	100001	指標の4つのがん種のうち3つが向上しており、特に胃がんのがん種別年齢調整罹患率は大きく下がっている	がん種別年齢調整罹患率で女性乳房のみが悪化、かつ高水準であることからその背景を検証し対策する必要があるのではないか
10	中間アウトカム指標	100001		2点のデータでは改善したかの評価が難しい。胃に関しては、5.1ポイントと他の部位と比較して大きく減少している。報告書では推測される理由等、専門家による補足が望まれる。
11	分野別アウトカム指標	100001		女性乳房の分野のみ年齢調整罹患率が悪化しているのに、最終アウトカムが改善しているのは、ロジックが合っていないというべきか。女性乳房罹患率の悪化だけ大きいということと思うが、原因を深堀することが重要。
12	中間アウトカム指標	全体		中間アウトカムのデータソースが第3次健康日本21であり2029年に中間評価されるならば、がん対策の指標としては使えないのではないのでしょうか(別途、国民健康栄養調査ではかるのでしょうか)
13	中間アウトカム指標	全体		データソースとして国民健康・栄養調査であるが、ベースライン値・測定値（中間）が空白である。毎年実施している調査であることから、しっかりとモニタリングを実施していく必要がある。
14	中間アウトカム指標	111207	WHOは健康によい飲酒量はない（=0）と啓発しています。がんも予防するには、ゼロであることが示されています（特に胃癌や食道癌）。一方、予防できるがんもあり、飲酒を避けることが示されています。	飲酒に関しては、その危険性を世界基準に合わせて厳しくすべきです。
15	中間アウトカム指標	111208	WHOは若い人への飲酒は厳しく制限すべきことを啓発しています。	中高生だけでなく、20代、30代の世代への啓発が必要です。
16	アウトプット指標	全体		アウトプット指標となっている1次予防としての一般向けセミナーは病院だけでなく都道府県や市町村などの自治体が開催するものが有効ではないか。
17	アウトプット指標	111101		アウトプット指標となっている1次予防としての一般向けセミナーは病院だけでなく都道府県や市町村などの自治体が開催するものが有効ではないか。
18	アウトプット指標	111101	拠点病院が実施するセミナー数が増加	聴講者の属性・人数はどうか。一次予防としての対象層が受講しているか確認する必要がある（セミナーで扱うがん種の患者本人・家族が受講している様子をよく見る）。一般には、拠点病院のような三次救急医療機関は紹介状でもない受診機会もなく、セミナー開催の広報も届きづらい。「患者利益」はあるように感じるが、医療の現場の負担に比して十分な「がんの一次予防」の効果が出ているかどうか、検証が必要。（一次予防に関しては、普段医療とのなじみのない対象へのアプローチ方法が要となる。場合によっては、三次医療機関よりも、産業保健による「大人のがん教育」や、自治体が製薬会社やメディアとのコラボでショッピングモールや人通りの多い地下街などでイベント開催するアプローチ（腎疾患など他の領域で先行事例がある）が有効ではないか。）
19	アウトプット指標	111101	開催回数が増加しており、普及啓発活動が拡充していると評価できる。	一次予防のためのセミナーとして、幅広い住民（病院にかかったことのない若年層）への情報発信も強化が必要。オンライン・SNS等の活用により地域格差のない啓発を推進する。
20	アウトプット指標	111101	新型コロナウイルス感染症の影響下にあつても、セミナー等の開催回数が増加傾向であることは評価できる。	均てん化の観点から、都道府県ごと、都道府県内のエリアごとの開催回数やその方法（現地、ハイブリッド、オンライン）に留意が必要。一方で、特に、希少がんや小児がん、AYA世代のがんをはじめ都道府県ごとには対象者が少ないセミナーに関しては、通院の有無や都道府県を限定しない開催方法を積極的に評価することも必要と考えられる。
◆がんの1次予防 感染症対策について				
21	分野別アウトカム指標	100002		ワクチン接種世代とワクチン空白世代で罹患率の違いの有無が分かるようにしてほしい。
22	分野別アウトカム指標	100002	年齢調整罹患率は前年度増のため評価はC。一方で、中間会アウトカムでは、ウイルス検査受検率は増加、陽性者は減少している。	罹患率増の要因は他にも考えられるが、引き続き、予防のため、ウイルス陽性者の受診勧奨や普及啓発は推進すること。
23	アウトプット指標	112101	HPVワクチン定期予防接種実施率の向上は評価できる。	国際比較をした場合、42%は「高い」とも「低い」とも評価できる。カナダ、オーストラリア、イギリス、韓国等、接種率が80%を超える国を目標に据えるなど、最終アウトカム（罹患率）改善のための具体的な数値目標が必要。接種率向上には、がん教育、子どもに関しては特に小学校高学年から中学校において、HPVワクチンの接種啓発を求め、また、子どもの同意だけでは接種ができない現状においては、保護者に向けた教育が必要。乳幼児健診、小中学校でのPTA等、様々な機会に保護者に向けた啓発教育が望まれる。
24	アウトプット指標	112101	HPVワクチンの積極的勧奨再開および9価ワクチンの定期接種導入により、子宮頸がん一次予防の体制が再整備された点は評価できる。	HPVワクチン接種率は依然として十分とは言えず、HPVワクチン接種と子宮頸がん検診を統合した包括的な予防戦略（elimination strategy）の推進を明確に位置付け、自治体・教育機関・医療機関が連携した実装体制の整備が必要である。
25	アウトプット指標	112101	HPVワクチンの定期予防接種実施率が上昇している点は評価できる。	実施率が上昇しているものの、オーストラリア、カナダ、イギリスなどの諸外国では実施率が80%を超えており、男性の接種に対しても公費助成がなされている。日本は依然として低水準なので、がん罹患率減少に向けて更なる対策が必要である。
26	アウトプット指標	112101	HPVワクチン接種率が37%から42%へと増加	例えばオーストラリアのようにHPVワクチン普及率の高い国の試みを取り入れながら、いっそうの啓蒙活動が望ましい
27	アウトプット指標	112101	HPVワクチン定期予防接種率は向上している	HPVワクチン定期予防接種率は向上しているが、未だ42%にちどまっているので更なる対策により効果が期待される。がん種別罹患率の効果は現在のところ未測定で検証されていないが、長期で効果が期待される。
28	アウトプット指標	112101	ベースライン値より測定値（中間）が高い値を得た状況は評価できる。	現在設定されているアウトプット指標とはやや異なる視点ではあるが、最終アウトカムである罹患率減少に資する取組として補足する。HPVワクチン接種率は改善傾向にある一方、現場では「チラシ配布が学校の推奨と受け取られる懸念から控られている」という声がある。周知手段が接種機会に影響し得ることを踏まえ、学校以外の情報提供手段（例：SNS）も含めたアプローチの有効性について、今後評価の観点に加えることを検討してはどうか。特に、情報提供方法と接種率の関連を把握することで、より効果的な対策の立案につながるかと考える。

29	アウトプット指標	112101	HPVワクチン定期予防接種率実施率が増加している。	定期予防接種を再開したことによる接種率増加であり、まだまだ副作用を心配する声が聞かれる。現場レベルでは、文科省から学校現場において啓発について明確に指示がないと聞いており、学校現場への取組が進みにくい状況がある。文部科学省と連携したうえで、がん教育内での普及啓発などに取組む必要がある。
30	アウトプット指標	112101	定期接種率は前年度37%から42%へと上昇し、個別勧奨の再開等の効果が一定程度認められた。	とはいえ、HPVワクチンの接種率は、WHOが掲げる90%という目標には依然として遠い。自治体による個別勧奨の継続、学校・医療機関との連携強化、HPVワクチンに関する正確でわかりやすい情報提供の一層の推進が求められる。なぜ接種が進まないのか、その背景を丁寧に把握し、根拠に基づいた具体的な施策を講じることが重要である。また、接種対象外世代に対するキャッチアップ接種の周知を継続し、接種機会の公平性を確保する必要がある。さらに、男性へのHPVワクチン接種の意義についても広く周知を図り、男女を問わず予防効果の拡大を目指すことが求められる。
31	アウトプット指標	112101	HPVワクチン接種率が37%から42%に増えているが、まだ、不十分であると感じる。(ベースラインから中間評価までの期間が分からない)	接種率を上げるために更なる取組が必要である。
32	アウトプット指標	112107	保健所での検査数が倍増	倍増の理由、または地域差のある疾患・取組みで、どの地域によるどんな取組みが奏功しているのかを検証したい。
33	アウトプット指標	112108	妊婦検診が100%で推移	垂直感染の防止ができていのであれば、残すところは性感染の防止である。中間アウトカムが数字が出ていないところではあるが、一つ前の項目の精査に加えて、産業保健分野の協力を得て職場での啓発なども推進する価値があるのでは。
34	アウトプット指標		健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する	一部自治体において、小学生に対するピロリ菌の検査および除菌を実施していたが、個人情報保護や教育的配慮により、陽性者が誤解やいじめなど不利益を受けないよう運用ルールを整備するなど慎重な対応が必要ではないか。国が、エビデンスに基づいたガイドラインの策定と、効果的な対策の検討が必要と考える。
35				直接作用型抗ウイルス薬（DAA）によってC型肝炎の治療が徹底されたかどうかは調査されているのか？
36			取り組むべき施策 がんの早期発見「感染症対策」	感染症の発生・まん延時におけるがん検診およびがん診療の対策マニュアルを作成・周知後に、自治体等が対策を講ずる必要がある。この対策状況等を把握・評価する必要がある。
◆がんの2次予防（がん検診）受診率向上対策について				
37		全体		中間アウトカム、分野別アウトカムが不明な現状では、ロジックモデルの観点から、アウトプット指標最終アウトカムを評価することは困難ではないでしょうか。
38	分野別アウトカム指標	100004		乳がんの進行がん罹患率が高いままであることから対策が必要（質問：早期がんの割合と併せて100%を超えるのですがどう読めばいいのでしょうか）
39		全体	がん検診実施のための指針において職域健診を含めた受診状況を市町村が把握する方向で改正したことは重要なスタートといえる	
40		全体	職域におけるがん検診に関するマニュアルを活用していない割合が61.2%だったことを受け普及啓発動画を作成しするなどの取組みは評価できる	
41	中間アウトカム指標	全体	ベースラインよりすべて中間測定値が検診割合がほぼすべて高くなっていることは評価できる。	測定値の割合が何を分母にしているのかで数値は大きく変わる。海外と受診率を比較できる数値にするようにするべきである。
42	中間アウトカム指標	全体		最終アウトカムはA評価となっている一方で、中間アウトカムは測定不能とされており、どの要因が結果に寄与しているのかの検証が困難な状況にある。評価指標としての妥当性の観点からも、改善の余地があると考えられる。第44回がん検診のあり方に関する検討会資料「がん検診情報の一体的な把握に係る制度改正に伴う対応」においては、令和11年度以降の本格実施に向けて検討を進めるとされているが、それまでの間、中間アウトカムを測定不能のままとするのか。暫定的な指標設定や代替的な把握方法を含め、現時点でどのように評価を行っていくのかについて見解を伺いたい。
43	中間アウトカム指標	全体		がん検診受診率については自己申告の国民生活基礎調査をもとにしているため、市町村の負担を増やすことなく、職域も含めて客観的なデータ収集・分析ができるよう体制づくりが必要である。また、職域における受診を促す取組についても検討することが必要である。
44	中間アウトカム指標	121201		今後、子宮頸がん検診は単独法を導入する自治体の増加が見込まれるため、評価に当たってはその点を考慮する必要がある。
45	中間アウトカム指標	121201	いずれのがんにおいても検診受診率が4割程度なのは一層の改善の余地がある。	アウトプット指標には主に普及啓発が挙がっているが、中間アウトカムを上げるためには、検診の利便性向上に資する具体的な取組（例えば夜間や休日の検診実施とか巡回の柔軟化など自治体が工夫して成果を挙げている例）を指標に設けた方がよいのではないかと。
46	アウトプット指標	全体		全体としてA判定であるが、中間アウトカムが判定不能であるため、どの要因が結果に反映したのか把握が難しい状況である。第4期がん対策推進基本計画の施策に対する取組一覧（2ページ）には、保険者インセンティブ制度において、がん検診の実施状況を活用した推進が位置づけられている。また、同制度の取組の一つとして、令和7年10月2日の第199回社会保障審議会医療保険部会資料4「個人の予防・健康づくりに向けインセンティブについて」では、特定健診等に関する保険者種類別の実施状況が示されている。対象は異なるものの、職域や地域別の状況把握という視点は共通することから、検診受診率の評価の仕組みを検討する際に、保険者インセンティブ制度で用いられている取組を参考とすることについて、検討してはどうか。
47	アウトプット指標	全体	受診勧奨を高い割合で行っており、改善傾向にあることは評価できる。	早期診断そして医療費抑制の面からは100%が求められる。中間アウトカムの健診受診率の向上にどこまで反映されるのか、今後の測定が必要と考えられる。
48	アウトプット指標	全体	都道府県から市町村への指導・助言の取組実施数は増加傾向にある	増加はしているが、どの項目も半数に満たず低調に見える。都道府県の取組みを阻害する要因は何か？人手、手法、連絡経路、機会など、要因を特定する聴取が必要。
49	アウトプット指標	121101	受診勧奨は8割を超えるようになり評価ができる。	その質、方法がどのようなものが大切。それによる受診率の違いがあるかがわかると良い。検診の案内に相談支援センターのリストをつけることで検診や精査についての相談が増えて自治体の例がある。
50	アウトプット指標	121101	受診勧奨は8割を超えるようになり評価ができる。	貧困者、障害を持つ方、LCBTQのような社会的な弱者に受診勧奨が届いているかを確認する必要があるのではないかと。
51	アウトプット指標	121101		受診勧奨の有無だけでなく、どのように受診勧奨をして、どこまで達成したか、が重要。残りの2割が受診勧奨も「していない」のであれば、それ自体に問題があると思う。
52	アウトプット指標	121101	市区町村による受診勧奨実施はすすんでおり、引き続きの推進が求められる	
53	アウトプット指標	121101		市町村ががん検診の実施主体であることから予算や人的リソースの問題から、受診勧奨や普及啓発（がん検診受診案内、市町村情報誌の発行など）の実施形態や頻度には地域差が生じている。例えば、市町村のがん検診担当者の情報交換会を毎年開催し、受診通知券、受診勧奨資料について意見交換を実施する県もあれば、多くの市町村で、毎年1-2月に各住民世帯に「検診受診意向確認アンケート」を行いがん検診受診を啓発し、アンケート結果を踏まえて市町村の担当者が受診予約、更に受診日が近づくと該当者に受診案内を送付する県もある一方で、予算の関係からがん検診受診案内を送付せずとする県もある。従って、実施状況調査では、受診勧奨実施市町村数だけでなく、活動状況を把握するよう調査項目の追加が必要ではないかと。
54	アウトプット指標	121101	5項目全てA評価であり、市町村単位で受診勧奨が進んでいることは評価できる。	一方で、科学的根拠に基づくがん検診の実施率が、受診勧奨の実施率に満たない項目が複数ある。科学的根拠に基づかない検診の受診勧奨も含む評価となっていることに留意が必要。
55	アウトプット指標	121102		市町村ががん検診の実施主体であることから予算や人的リソースの問題から、受診勧奨や普及啓発（がん検診受診案内、市町村情報誌の発行など）の実施形態や頻度には地域差が生じている。例えば、市町村のがん検診担当者の情報交換会を毎年開催し、受診通知券、受診勧奨資料について意見交換を実施する県もあれば、多くの市町村で、毎年1-2月に各住民世帯に「検診受診意向確認アンケート」を行いがん検診受診を啓発し、アンケート結果を踏まえて市町村の担当者が受診予約、更に受診日が近づくと該当者に受診案内を送付する県もある一方で、予算の関係からがん検診受診案内を送付せずとする県もある。従って、実施状況調査では、受診勧奨実施市町村数だけでなく、活動状況を把握するよう調査項目の追加が必要ではないかと。
56	アウトプット指標	121102	普及啓発キャンペーンの実施回数の増加	各地でこれだけの回数を実施されているのであれば、量もさることながら質にシフトしてもいいのでは。各地で行った内容が、その地域の受診率向上に寄与しているのかを検証することで、地域（都市部か地方か、住民コミュニティの状況）に合わせた効果的な手法を特定して普及することができる。
◆がんの2次予防（がん検診）がん検診の精度管理等について				

57	中間アウトカム指標	122201	大腸がんの精密検査受診率が70.2%から70.4%へと上昇	大腸がんは死亡者数第2位の予後不良がんにもかかわらず、精密検査を行う割合が7割程度にとどまっています。行動変容の施策が必要
58	中間アウトカム指標	122201	大腸がんの精密検査受診率が相変わらず低い	取り組むべき施策の中に「大腸がん」という文言をいれて良いのではないか？
59	中間アウトカム指標	121201		職域がん検診と対策型がん検診とのデータ統合が困難であるため、真の受診率は確認できない状況にある。国民生活基礎調査と自治体が公開している検診精度管理調査の受診率に乖離がある（例、新潟県の胃がん受診率は、国民生活基礎調査55%、県の調査10%～25%）こと、健康保険組合が提供する機会に受診した結果は反映されていないことから、保険者毎に評価する方が、より真の受診率に近づくと考える。 職域がん検診は、法的な裏付けがなく企業の福利厚生として実施することから、実施主体である事業者や健康保険組合が、科学的な根拠に基づくがん検診を正確に理解していない。職域がん検診マニュアルの認知度が低い。更に従業員に対して不利益（被曝や過剰診断など）の説明がなく、従業員はがん検診の利益と不利益を正確に理解しないままに過剰な検査を受診している。また事業者や健康保険組合により、対象年齢、検査内容、精度管理、検査結果の把握、判定基準などバラバラな状況にある。またがん検診は保険診療外であるため医療機関が、過剰ながん検診を容認していることも問題である。なお、過剰な検査による費用が負担となり検査項目の見直しを検討している健保組合もある。 過剰な職域がん検診の適正化をはかるためにも121103「必要に応じて法的な位置付けも含めた対応を検討」は必要。
60	中間アウトカム指標	122201		精密検査受診率は3つのがん種で向上しているが、割合を見ると大腸と子宮が70%台にとどまっており、受診しやすさ等を考慮した更なる受診勧奨が必要
61	中間アウトカム指標	122201	精検受診率の大腸70.2→70.4と肺 82.6→82.3は、評価はAとCに分かれるが、いずれも誤差の範囲(前回並み)と思われる。	ABCなど今回の評価は便宜的、機械的なものと理解するが、いずれは目標値を設定し、そこからの乖離（ゾーンで設定）などで評価することを検討することが必要と思われる。自治体の精検受診率の把握をブラッシュアップさせていくことも検討課題。
62	中間アウトカム指標	122201	精検受診率の大腸70.2→70.4と肺 82.6→82.3は、評価はAとCに分かれるが、いずれも誤差の範囲(前回並み)と思われる。	精度管理を向上させると精検受診率が向上するというロジックになっているが、そういうものではないと思う。精検受診率の引き上げには、ナッジの活用など普及啓発の工夫と強化、都道府県内での市町村別の精検受診率の公表などの検討が必要。
63	中間アウトカム指標	122202	子宮頸がんの発見率が桁で下がっている原因の深堀りが必要。肺がんの発見率はベースライン値、測定値とも0.0%だが、数値が出る単位まで出すべき。	現状は発見率の目標値が分からない。都道府県ごとの発見率を比較しながら、どのあたりを目指すべきか、厚労科研などで示してほしい。
64	中間アウトカム指標	122202		がん発見率の向上（肺は0→0）ここはもう少し細かいデータ（少数点以下を3桁にするなど）にしないと読み切れないのではないだろうか
65	中間アウトカム指標	122202		子宮頸がんの発見率が、0.2%から0.02%と非常に大きく減少している。他の部位と比較しても、特異な傾向でありアウトカム向上に向けた調査分析が必要ではないか。
66	中間アウトカム指標	122203	偽陽性の割合が肺以外で一定程度下がっている。統計的な有意性は不明だが、成果が出ていると見ていいのではないか。	がん登録やNDBと突合して偽陰性を把握できないか。真の不利益は偽陰性だと思われる。
67	中間アウトカム指標	122203	偽陽性の割合が肺以外で一定程度下がっている。統計的な有意性は不明だが、成果が出ていると見ていいのではないか。	がん登録と突合して偽陰性を把握できないか
68	アウトプット指標	122101	市区町村への技術的支援は、精度管理を徹底するための地味だが地道な取り組みであり、数値が上昇しているのは着実な成果だと思われる。	
69	アウトプット指標	122101	市区町村への技術的支援は、精度管理を徹底するための地味だが地道な取り組みであり、数値が上昇しているのは着実な成果だと思われる。	とはいえ、市町村数から見れば、申請はごくわずかにとどまる。市町村が数値を代入すれば精度管理できるモデルの開発を進めてほしい。各市町村が統一モデルを使うようになると、市町村間の比較が可能になる。
70	アウトプット指標	122102	精検受診率の低い市区町村に対して、都道府県を通して技術的な支援を行うことは成果を見込める取り組みで、数値の向上は高く評価される。一層の支援の継続をお願いしたい。	
71	アウトプット指標	122102	精密検査受診率の低い市町村の把握と助言を実施している都道府県の割合が増加している。	精検未受診者に対して電話・文書等で受診勧奨を実施している自治体が多いが、精検受診率が上がりにくいという課題がある。実施主体の市町村が参考になる好事例を情報収集し、横展開を目指す取組が必要。
72	アウトプット指標	122103		A判定であるものの、実施割合は24.1%から27.5%と依然として低水準である。要精密検査対象者への受診勧奨と精度管理は、保険者の規模や業種により取り組み状況に差が生じている可能性がある。特に、大規模健保組合では比較的对応が進んでいる一方、中小企業等では体制整備や人員確保が難しい場合も想定される。 最終アウトカムである死亡率の減少につなげるためにも、規模別・業種別の状況把握を検討することで、受診勧奨が進みにくい層に対する重点的な支援策の検討に資するものとする。
73	アウトプット指標	122103		被用者保険者における要精密検査受診推奨者への実施割合は低い水準にとどまっている。
74	アウトプット指標	122103	精密検査を要する被保険者への受診勧奨の微増	社会保険の保険者が、要精検者の4分の1にしか受診勧奨ができていないのは、どんな阻害要因があるのか、またはどんな情報や資源があれば可能になるのか、或いは受診勧奨の役割は他に担うべき主体があるのか、検証が必要。
75	アウトプット指標	122103		A評価となっているものの、実施割合は24.1%から27.5%と依然として低水準にとどまっている。 要精密検査対象者への受診勧奨や精度管理については、保険者の規模や業種により取組状況に差が生じている可能性がある。特に、中小企業等においては体制整備や人員確保が難しく、十分な対応が進んでいないことも想定される。 健康経営優良法人（中小規模法人部門）における取組状況等も参考しつつ、どのような施策が受診勧奨や再検査受診の促進につながっているのかについて、具体的な分析を行う必要があると考える。 最終アウトカムである死亡率の減少につなげるためにも、保険者の規模別・業種別の状況把握を進め、受診勧奨が進みにくい層に対する重点的な支援策の検討を求めたい。
76	アウトプット指標	122103		過去の東京都の調査（2019）では、正規や無職では受診率が低く、零細・中小企業では実施率が低い傾向が出ている。健康格差解消のためにも、国としても職域での検診の実態を把握してほしい。
77	アウトプット指標	122103		健康保険組合（以下、組合）が、組合員の健康増進策の一環として、いわゆるキッドバイオブシーやDTC（Direct-to-Consumer）検査など、がんの死亡率減少効果を示す科学的根拠が確立されていない任意型検診（以下、「非推奨検診」）を補助する事例が増加しています。この状況は、① 医療経済上の非効率性、② 誤った健康知識の普及による適切な国推奨の検診受診率の低下、③ 過剰診断（治療不要ながんを発見し、不必要な治療や合併症を引き起こす）や偽陽性による不必要な精密検査の増加、および精神的・身体的負担を組合員に強いリスク、につなげることを懸念します。
78	アウトプット指標	122104	住民に正しいがん検診の情報を提供している市町村の増加	自治体（市町村）がどんな形で情報提供をしているか、数（量）のみではなく内容（質）を検証し、地域性を鑑みて費用対効果が高い手法を特定することが必要。また、取り組み施策に照らして、市町村がどこまで職域に関与できているか、どう検証するのか？
79	アウトプット指標	122104	国及び地方自治体の情報提供に関しては、全てA評価であり、実施体制が改善していることは評価できる。	
◆がんの2次予防（がん検診）科学的根拠に基づくがん検診の実施について				
80	アウトプット指標	123101		科学的根拠のない検診は、受診者に不利益を生じ、他のがん政策に振り向けられれば得られた人的、経済的原資を失わせることになる。一方で評価のA～Cにかかわらず、数値の低いものについては、より明確な科学的根拠を示すことも必要ではないか。
81	アウトプット指標	123101		胃がんに関する遵守市町村数が他のがんと比較すると総じて少ない傾向にある。対象年齢、検診間隔はA判定となっているが、引き続き指針の遵守を求めていくのか、自治体の判断を尊重するのか。
82	アウトプット指標	123101	全体として科学的根拠に基づく検診体制への整備は進んでおり、特に大腸・肺・乳は順調。	C判定項目が複数あることから、遵守率向上のための具体的な支援や指導が必要
83	アウトプット指標	123101		指針の遵守市町村数（率）にはばらつきが大きく、例えば胃がん検診における年齢や間隔等、遵守率の低いがんの検診への対策が必要

84	アウトプット指標	123101		これまで1年に1回としていた検診を、2年に1回とする場合など、市町村としては住民サービス低下と受け取られることから、変更がしにくいという声がある。そのため、国・県・市町村と重層的に広く啓発をすることが必要である。また、指針が遵守できていない市町村における具体的な理由の把握を行い、遵守するために必要な具体的な取組を実施することが必要である。
85	アウトプット指標	123101		検診項目により、かなりのばらつきがある。指針に基づかない検診を実施する理由と、その検診を行うことでどのような結果（受診率、がん罹患率、ステージ等）につながっているのか把握することが必要。指針に基づく検診への統一を要するのか、または地域性に応じた検診に合理性があるものなのか、明らかになるのでは。
86				小児・AYA世代に対する検診体制については、こぼれ落ちる人が出ないよう、国として一体的に対策を講じる必要がある。小児がん経験者は、科学的にも二次がんのリスクが高いことが報告されている。さらに、遺伝によるリスクも5～15%あることが明らかになってきた。しかし、現状では長期フォローアップ体制は十分とは言えず、さらに自治体や職域検診の対象年齢からも漏れてしまう世代が存在する。自治体の取り組みも見られるが、自治体任せでは地域間格差が広がる一方である。国として、誰一人取りこぼさない小児・AYA世代の検診体制を整備することが求められる。
87				以前より言われているアンケート調査に（国民生活基礎調査？）によらない検診受診率の把握に努めるべきではないのか？
88				民間でエビデンスに乏しいがん検診を行っている会社等をチェックすべきではないか？過度に癌の疑いを増やし医療に悪影響を与えている。
◆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				
89	中間アウトカム指標	全体	臨床試験や治験が増加していることは評価できる	最先端の研究を行っているにも関わらず、がん研究論文や引用論文が増加していない。
90		全体	がん研究10か年戦略、全ゲノム解析等実行計画2022などに基づき取り組みが進んでおり、今後のアウトプット指標の向上が期待される	
91	中間アウトカム指標	410201		コア指標なので判定が求められるところ。マクロ分析報告書を見ると論文数は微増との報告なのでAになるのでしょうか。
92	中間アウトカム指標	410202	3件から7件へ倍増	基礎研究から臨床試験へ進んだことは評価できる
93	中間アウトカム指標	410203	新規・適応拡大ともに0件で変化なし	中間評価段階では成果が見えなかった。承認までの期間が長いことが評価につながらないのであれば、改善が必要である。
94	中間アウトカム指標	410203	100%→100%がBでない(Aだと思う)のと同様に0%→0%もBではない(Cだと思う)と考える。	
95	中間アウトカム指標	410203	新規、適応拡大の薬事承認がどちらも0件であるが、指標として不適切ではないのか？	AMEDなどの研究にたいして、薬事承認の新規、適応拡大に向けた支援を増やすべきである。
96	中間アウトカム指標	410204	14件から9件へ減少	企業との連携にある課題解決、またはベンチャーとのマッチングの支援強化など、改善が必要である。
97	中間アウトカム指標	410204		シーズ企業への導出件数がBL値より減少している。研究社側の問題、企業側の問題、それぞれを検討して対策を講じる必要があると考える。
98	アウトプット指標	全体		全国のがん拠点病院における適正な配置数から、各専門職の目標数を割り出すことができると考えられる。まずは目標数を設定し、一部の項目にあるように累計数を示し、その上で新規専門職の人数の推移を見ることで、数値の上下ではなく、必要な人数の到達度を測ることができるのではないかと。
99	アウトプット指標	全体	420101次世代のがんプロフェッショナル養成プランでは教育プログラムコース数は294件、受講者数は4640名、終了者数は2285名	
100	アウトプット指標	全体		緩和ケア以外のがんゲノム医療コーディネーター研修会参加者、がんリハビリテーション研修プログラム修了者・小児AYA世代研修会参加者は軒並み減少している→講習などへの参加しやすさに配慮するなど母数となる人材育成体制をつくり適正配置、医療提供体制の充実につなげる必要がある。
101	アウトプット指標	全体		AMED革新がんの事後評価について、採択件数が一定でない以上、件数ベースでは評価が難しい。採択件数が概ね横ばいであることは理解しているが、報告書を読む人にとって自明ではなく、採択件数の明記、割合での表記を望みます。
102	アウトプット指標			格差解消に向けた研究については、大阪医科薬科大学の伊藤ゆり先生など、長年研究をされている方がおられます。誰一人取り残さないがん対策の推進のため、グレーアウトのまま据え置くのではなく、早急に検討と対応を進めていただきたい。
103	アウトプット指標	410101		事後評価は数では進捗を測れない（Dになっています）→410104と同じように数値化するかあるいは総数と評価割合を併せて比較していくといいのでは
104	アウトプット指標	410101		研究総数がベースライン値：119、中間測定値：72。研究の総数が変わると評価数の単純比較はできないため、評価数/研究総数と割合があると比較しやすいのでは。（D評価なのは、すべての研究の評価が現時点では出揃っていないためと理解しましたが、よろしいですか？）
105	アウトプット指標	410101	「優れている」または「たいへん優れている」評価の研究が減少している。	計画が遅れているとするならば、その原因と課題解決が必須。
106	アウトプット指標	410102	JRCT登録数が増加している	「全ゲノム解析等実行計画2022」に基づきAMED研究班、さらに小児がん等領域の研究班により研究を推進した。
107	アウトプット指標	410102		治療の研究に関する項目に、患者が寄与する指標がないのは残念。患者と治験のマッチングの向上を目指して、患者調査などで「JCRTを利用したことのある患者数や割合」などを把握してはどうか。患者の視点を汲むことで、支持療法が進んだり、より患者にやさしい薬が開発されたり、支持療法の改善になることを期待する。
108	アウトプット指標		ゲノム医療の格差の解消の研究の推進が挙げられている	強力に進めてほしい。地域や医師の考え方により受診や受療の格差があることを明らかにしていきたい。オンラインセカンドオピニオン当により相談機会が平等にもてるようにしてほしい。
◆人材育成の強化				
109	中間アウトカム指標	全体		●中間アウトカム指標が「今後、検討（人材の配置について、どのように評価を行うことが適切か、検討を行う）」となっていることから、検討の場を設け、着実に取り組みを進めていくことが必要。 ●2040年に向け、専門医のみだけでなく、看護師等の多職種についても人材確保が難しくなる中で、質の高いがん医療・看護を効率的に提供し、持続可能ながん医療提供体制を整備する必要がある。看護においては、認定看護師や専門看護師が該当すると思われるが、医療機関における専門資格を有する看護師の配置状況だけでなく、養成の促進とともに、限られた人的資源をどのように効果的に配分するかを検討していく必要がある。
110		全体	中間アウトカムとなるがん専門医療人材の増加は評価できる。	人材育成の強化に関しては、アウトプット指標の3分野で研修参加者減少によるC評価となっている。研修会には、多忙の中、労働時間外あるいは、自費で参加する受講者も多い。研修会を受講する職員への費用の助成を行っている機関へのインセンティブや評価が必要ではないか。また、モチベーションの維持のために、専門人材への適正な評価が必要。
111	中間アウトカム指標	420201	第4期ガンプロで支援されたがん専門医療人材の数は大きく増加している	
112	中間アウトカム指標	420102 420201	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	人数だけでなく、どのような職種が、どの地域または施設にどう配置されているのかを追跡することは、がん医療の地域格差是正のためにも今後の課題と考える。

113	アウトプット指標	420102		いずれも量的評価であり、中間アウトカム「専門的人材の適正配置」でも「今後の検討」と明記されているが、地域の配置状況に加えて、患者サービス向上に繋がっているのか質的評価（研修後のスキル定着、実践件数）が追加できればいいのではないか。ゲノム医療コーディネーター参加者数に加えて、拠点病院毎の実践件数
114	アウトプット指標	420102	人材育成が不調である	
115	アウトプット指標	420102	583→550人へ減少	人数が減っているだけでなく、今後は質も担保、特に遺伝性腫瘍対応能力の確保も課題である。ゲノム検査を提供できても遺伝性腫瘍に対応できない事例もある。患者本人だけでなく血縁者（家族）への情報提供や心理的ケアも必要。病院だけでなく、情報提供については患者団体
116	アウトプット指標	420103	年間修了者は減ではあるが、累計では増加している	
117	アウトプット指標	420103	人材育成が不調である	
118	アウトプット指標	420103		いずれも量的評価であり、中間アウトカム「専門的人材の適正配置」でも「今後の検討」と明記されているが、地域の配置状況に加えて、患者サービス向上に繋がっているのか質的評価（研修後のスキル定着、実践件数）が追加できればいいのではないか。がんリハ研修修了者数に加えて、拠点病院毎のがんリハ実践件数
119	アウトプット指標	420104	人材育成が不調である	
120	アウトプット指標	420104		いずれも量的評価であり、中間アウトカム「専門的人材の適正配置」でも「今後の検討」と明記されているが、地域の配置状況に加えて、患者サービス向上に繋がっているのか質的評価（研修後のスキル定着、実践件数）が追加できればいいのではないか。小児AYA長期フォロー研修参加者数に加えて、体制整備した医療機関の割合
121	アウトプット指標	420104	小児・AYA世代のがん長期フォローアップに関する研修会参加人数の測定値がBL値より下がっているが、累計数でみるとBL値より増加している。	<ul style="list-style-type: none"> ●「小児・AYA世代のがん長期フォローアップに関する研修会参加人数」の測定値について、「緩和ケア研修修了者数」のように累計人数でみれば判定が変わってくるので評価が難しい。 ●小児がんやAYA世代のがんについて、成人以降での治療継続やの難しさや治療終了後の問題が指摘されており、長期フォローアップや小児から成人への円滑な移行・連携に向けて、小児がん拠点病院だけではなく、がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等の幅広い職種の理解が必要である。小児・AYA世代のがん患者に対する長期フォローアップ体制整備を促進するための研修会を引き続き実施していくとともに、小児側だけでなく成人側からも研修参加ができるよう周知等の環境整備が必要である。
122	アウトプット指標	420104	年間参加者は減ではあるが、累計では増加している	<ul style="list-style-type: none"> ・小児がん拠点病院等で長期FUを担当する多職種チームを育成する事を目的としている研修のため、募集人数がそもそも少ない（2026年の場合年4回/45名）。また、参加者の地域差が大きい。 ・今後、移行先（成人科）にも専門的な人材を育成していく必要があるのではないかと。 ・サバイバーシップ（341103）にも関連するが、長期FUは医療だけでなく人生支援（経済的自立）でもあるので、教育・福祉分野、さらには就労支援等の専門家を対象とした研修会等参加人数も評価するのはどうか。
123	アウトプット指標	420105	研修修了者は約28,000人増加。	体制整備が整いつつある。「成人」だけでなく「小児・AYA」など年齢層ごとの緩和ケア教育の整備、評価が必要ではないか。
124	アウトプット指標	420105	ベースライン値より測定値（中間）が高い値を得た状況は評価できる。	前回の協議会でも申し上げたとおり、修了者数を指標とする評価には一定の意義がある。しかし、現場では、患者や家族からの依頼があっても主治医の判断により受け入れられず、結果として終末期まで専門的な緩和ケアにたどり着けない事例が見受けられる。こうした状況を踏まえると、修了者数の増加のみを成果とするのでは不十分であり、「いかに適切な時期につなげられたか」というプロセスに着目した調査と評価が必要である。
125	アウトプット指標	410105		いずれも量的評価であり、中間アウトカム「専門的人材の適正配置」でも「今後の検討」と明記されているが、地域の配置状況に加えて、患者サービス向上に繋がっているのか質的評価（研修後のスキル定着、実践件数）が追加できればいいのではないか。緩和ケア修了者数に加えて、拠点病院毎の早期介入実施率
126	アウトプット指標	420105		緩和ケア研修会終了者数は累計では？その場合評価はAでいいの
127	アウトプット指標	420105	ベースライン値より測定値（中間）が高い値を得た状況は評価できる。	緩和ケア研修修了者数は累計が記載されている。評価のためにも、測定値と累計を併記してほしい。また、前回の協議会でも申し上げたとおり、修了者数を指標とする評価には一定の意義がある。しかし、現場では、患者や家族からの依頼があっても主治医の判断により受け入れられず、結果として終末期まで専門的な緩和ケアにたどり着けない事例が見受けられる。こうした状況を踏まえると、修了者数の増加のみを成果とするのでは不十分であり、「いかに適切な時期につなげられたか」というプロセスに着目した調査と評価が必要である。
128			取り組むべき施策 人材育成の強化「緩和ケア研修」	緩和ケア研修会の継続、研修内容の見直しは必要であるが、受講者の多くは初期臨床研修医が占めている。修了者数の評価は必要であるが、診療現場で働く医師が緩和ケアについて学びなおす機会が必要である。
129			取り組むべき施策 人材育成の強化「連携体制等」	「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、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ている。現況報告書を用いて、人材の育成及び配置については評価が可能であるが、連携体制等についても評価をする必要がある。
130				緩和ケア研修以外にがん診療に携わる医師にたいして、医療以外のがん対策を教育、研修する機会を増やすべきではないのか？
◆がん教育及びがんに関する知識の普及啓発				
131		全体		取り組むべき施策として国民に対する、がんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組みのうち、生活習慣や遺伝子等の知識に関しては、それに基づく偏見や差別が生じないような世策を同時に行っていく。例えば、「生活習慣が悪いからがんになった」という自己責任論への転嫁は起こりやすい。がん教育における外部講師の活用は「生活習慣が悪いからがんになった」というようなスティグマの再生産を抑制する傾向があるという研究結果もある。また、遺伝やゲノム情報とがん発生に関する知見は、各種保険の加入や雇用機会における差別、結婚やリプロダクションにおける新たな偏見、差別を助長する可能性を有する。こうした事態は、がんゲノム医療の推進や、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などにも影響を及ぼしかねない。良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合かつ計画的な推進に関する法律による施策と連動して、正しい知識の普及とともに、特に保険や就労に関しては、差別や偏見に対する制度的な抑止を期待する。
132	中間アウトカム指標	430201	数値は高いが横ばい	「知っている」から「行動する」ことへ繋がる別の指標が必要か？
133	中間アウトカム指標	430201		「がんは誰もがかかる可能性のある病気である。」に対して「正しい」と回答した割合がBL値より0.1%減少したためC評価となっているが、誤差範囲と思われB評価が妥当であると考え。
134	中間アウトカム指標	430202	数値は高いが、実際の受診率（40～50%）との乖離あり	「意識はある」から「行動する」ことへ繋がる別の指標が必要か？
135	中間アウトカム指標	430202	がん検診の受診意向について、95%がポジティブな意向を持つと回答していることは評価できる。	にもかかわらず、実際の受診率はBL値でいずれも5割に達しない現状を直視する必要がある。二次予防の各指標を鑑みた対策が重要である。R5年度の世論調査では、がん検診を受診しない理由のうち、「費用がかかり経済的にも負担になるから」を挙げた者の割合が23.2%、「受ける時間がないから」を挙げた者の割合が21.2%となっている。特に地域検診については、受診に関する雇用者の理解、また、受診に対するより積極的なインセンティブの付与も検討してよいのではないだろうか。
136	アウトプット指標	全体	がんの診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）についてはBL値より増加している。	外部講師を招いて、講義を行うための施策、補助が必要
137	アウトプット指標	全体	がん情報サービスについてのコンテンツの順調な増加。スマホでも見やすくできています。	正しい情報を判断するための情報リテラシー教育が必要だと思います。
138	アウトプット指標	430101	外部講師を利用したがん教育を採用した学校の割合が11.4%から12.5%へと増加	がんゲノム医療が保険で行われる日本において、がんがゲノムの傷（変異）によって生じる疾患という説明だけでなく、体細胞変異（後天的変異）と生殖細胞系列多型の違いなど、学習指導要領に取り入れるべきではないか

139	アウトプット指標	430101		中間アウトカムは高い達成状況にあるが、がん教育の実施率は10%台にとどまっている。学校現場では、カリキュラム上の制約から、1コマを確保すること自体に困難さがある。奈良県では教育委員会の尽力により外部講師の活用が広がっているものの、国から配分されるがん教育関連予算には上限があり、現状以上の拡大には制度的な後押しが必要と考える。既存方針では外部講師活用やICT活用が示されているが、現場で着実に実行するためには、たとえば中学校・高等学校の各3年間のうち1回以上のがん教育を実施することを基本方針として位置づけるなど、実施頻度の明確化や計画的実施を促す制度設計が有効ではないか。これにより、自治体は予算配分を見通しやすくなり、学校も計画立案が容易となる。アウトプット指標の改善につながる具体的手段として検討されたい。
140	アウトプット指標	430101		がん教育を実施した学校の割合だけでは、各校の具体的な取り組み、例えば1学年で1教室だけ年1回、学年全体で年1回、各学年で年1回実施など、実施内容の違いが隠れてしまうと思われる。また外部講師勉強会には講師人材の育成が必要となる。従って、外部講師勉強会の実態が把握できるような「がん教育を受講した生徒数」、「研修受講後の理解度アンケート」などの実施状況調査としてはどうか。ただし調査報告を担当する学校教員に過度な負担とならないよう配慮は必要。また外部講師人材の実態把握のため、都道府県がリストアップしている外部講師数を調査することも必要。
141	アウトプット指標	430101	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合が増加している。	学校現場からは外部講師活用の調整も負担であるという声が聞かれるため、質が高く統一的ながん教育を実施するためのオンデマンド配信等のDXを活かした取組を検討する必要がある。なお、基盤となるコンテンツと地域における実情を考慮した内容など、教育側と保健側とともに検討することが必要である。
142	アウトプット指標	430101	外部講師を活用する学校の割合が増えていることは評価できる。	ベースライン値より改善しているものの、まだまだ活用率は低い。国民のヘルスリテラシーの一層の向上に向けて、文部科学省とも連携し、充実した内容にしていきたい。
143	アウトプット指標	430101	中間アウトカム指標は高いが、アウトプット指標が12.5%と低い。	強力に進めてほしい。教材の提供のみの学校もあるが、医師、看護師、ソーシャルワーカーがチームとなって外部講師として教員と連携できればより効果的になる。こどもの健康教育だけでなく、親ががん、または小児がんのこどもが学校に通いやすくなる環境整備に関わることで、差別と偏見の解消につながる。
144	アウトプット指標	430101	がん教育の実施状況をUPさせるために各地域で協議会が開催され外部講師の名簿の作成や派遣依頼窓口の設置等が検討されるなど具体的な対策がなされている	がん教育の実施状況は1.1ポイントあがってはいるもののまだ12.5%にしか至っていない。各地域で取り組まれている成果を上げている取組を全体で共有することから国全体の向上を図る必要がある。
145	アウトプット指標	430101	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	
146	アウトプット指標	430101	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合が増加傾向にあることは評価できる。	教育現場からカリキュラム・オーバーロードが指摘されている現状を踏まえ、現場の教員ががん教育を導入しやすくなるような、外部講師を用いたがん教育の成功事例の共有が望まれる。
147	アウトプット指標	430102	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	情報量の増加に対し、利用者が必要な情報にたどり着きにくくなったと感じる。HPの見直しが必要ではないか。
148	アウトプット指標	430103	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	「セミナー開催回数」指標に加え「対象別テーマ（小児・AYA、高齢、遺伝など）」の実施割合も測定していくことも検討してはどうか。
149	中間アウトカム指標	430103		「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合がBL値より0.1%減少したためC評価となっているが、誤差範囲と思われB評価が妥当であると考える。
150	アウトプット指標	430104	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	「本人のがん」中心ではなく「家族（配偶者・子ども）のがん」も含めた制度等であるかの評価、啓発も必要ではないか。
151	アウトプット指標	430104		長年取り組んでいる企業アクション。総登録社数はいくつになったのでしょうか（HP記載なし）
152	アウトプット指標	430104	「がん対策推進企業アクション」参加企業数の増加	大人向けのがん教育の推進こそ、予防にも治療にも社会的な共生にも必要とされる。アクションへの参加は企業が登録するだけでいいため、社内で従業員に届く活動をしているか測ることができない。社内がん教育に使用可能なコンテンツが充実しているため、企業規模に応じたe-ラーニングの社内受講率により認定される「e-ラーニング認定受講企業」であれば、従業員に対する知識の普及啓発の目的に寄与し、実質的な目的に沿った評価が可能になるのでは。（中間測定値で登録社数は6,947社あるが、認定受講企業数は27社のみ）
153	アウトプット指標	430104	がん対策推進企業アクション参加企業数の増加は評価できる。	
154	アウトプット指標	430104		がん対策推進企業アクションに参画するだけで従業員の知識が向上する訳ではないと考える。特に、がん検診の補助制度は、企業ではなく、健康保険組合主管であるため、健康保険組合の理解度を質的に評価する必要がある。その理由は、森下真行、朝倉一平、須瀬悟、鈴木碧；企業の費用補助制度と職域におけるがん検診に関するマニュアルの乖離。第98回日本産業衛生学会（一般口演1-5）2025年5月15日発表にあるように、健康経営銘柄を対象にがん検診の補助制度を調査した結果、調査できた全ての健康保険組合が厚生労働省推奨のがん検診対象年齢などを逸脱して補助を行っている実態があるから。また、従業員の理解度も質的に評価することは大切であるため、がん対策推進企業アクションによる参加企業アンケート調査により、430201、430202、430203の項目を追加するとよいのではないかと。がん検診受診機会を提供する側（健康保険組合）および受診する従業員側の双方の理解度を高める必要がある。 ※データソースについて 国内法人約300万社のうち、がん対策推進企業アクションにパートナー登録している企業・団体は約6,900、一方、経済産業省の健康経営優良法人認定には約23,000法人が参画していることから、経済産業省と連携して健康経営優良法人認定の調査に、がん検診、がん教育などのロジックモデル指標を加えることで、法人への普及啓発に繋がるのではないかと。
155	アウトプット指標	430104		長年取り組んでいる企業アクションですが、登録数は累計となっていて評価をAとするのはいかがか。
◆がん登録の利活用の推進				
156		全体	質の高いデータベースの維持は評価でき、更に公的データベースとの連結解析などを可能にする法案提出まで実施できたこと	
157	アウトプット指標	全体		がん登録情報の利活用は、予防政策や地域医療計画に活かすうえで極めて重要である。第32回厚生科学審議会がん登録部会資料2「全国がん登録情報及び都道府県がん情報の利用・提供の状況」では、都道府県により市町村・民間機関での調査研究への活用状況に差があり、多くの地域で利活用が十分進んでいない状況が示されている。この点に関して、行政利用・民間利用の方向性について対応案が示されており、また全国がん登録情報（顕名情報）が大規模コホート研究に活用されている現状を踏まえると、正確ながん実態把握と研究促進の観点から、利活用の進捗を把握できる指標の設定を進め、次期評価において測定可能な形とすることが適当である。
158	中間アウトカム指標	440201	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	具体的な利活用状況が不明なため、件数増だけでは評価しにくい。また、利活用が進んだ後は、どの分野でどのように活用しているのか評価が必要か。
159	中間アウトカム指標	440201		がん登録の利用件数は増えてはいるがまだ少なく、現在利活用に向けた整備に関する検討がなされており、データベースの連携の推進が求められる。
160	中間アウトカム指標	440201	利用が着実に増えていることは評価される。	都道府県や市区町など自治体による利用が低調なので、都道府県を通して精度管理に使えるように技術的支援をしてもらいたい。統一的に精度管理ができると、数値の比較がブラッシュアップされる。
161	中間アウトカム指標	440201	全国がん登録・院内がん登録の利用数が新規・更新共に増加	絶対数としてはまだ少なく、利活用制度についてユーザーアンケートなどで改善点を見いだすことが望ましい
162	中間アウトカム指標	440201	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	具体的な利活用状況が不明なため、件数増だけでは評価しにくい。また、利活用が進んだ後は、どの分野でどのように活用しているのか評価が必要か。がん登録情報の利活用に向けた法的基盤については、被保険者番号由来のIDや住民基本台帳ネットワークの活用により、NDB等との連結解析が可能となるなど、大きな進展と評価される。一方で、実際の利活用にあたっては、電子カルテ情報の標準化や相互運用性の確保が十分でないことから、データ連携や分析の高度化にはなお課題が残されている。このため、医療DXの取組と連動した基盤整備を一層推進し、制度整備の成果を実効的な利活用につなげていくことが重要である。特に小児・AYA世代においては、長期フォローアップや医療移行を伴うことから、生涯にわたる情報の連続的把握を可能とする環境整備が求められる。
163	アウトプット指標	440101	MI比は0.40から0.39へ改善し高い精度が維持されている。一方で、DCO率は1.9から2.0へとわずかに悪化している。	情報精度の均一化に課題がある。

164	アウトプット指標	440101	全国がん登録の制度指標としてのMI比がベースライン値より測定値が0.1ポイント低下しているが、判定としては変化なしとするのがよいと考える。	全国がん登録の制度指標としての%DCOがベースライン値より測定値が0.1ポイント上昇しているが、判定としては変化なしとするのがよいと考える。
◆患者・市民参画の推進				
165		全体		中間報告書の作成において、国民・市民への成果の還元を目指すうえで例えば、MI値、%DCOなど専門的な用語の解説がつかうことが望まれる。報告書の作成段階において、説明が必要な用語の選定やことば選びなど、患者委員をはじめ、患者市民の参画が望まれる。
166		全体		具体的な取り組みとして「がん研究に患者・市民参画を実現するための患者・市民に対する教育カリキュラムシステム・プログラムの開発に関する研究」からカリキュラムが確定されているが、この利用状況はアウトプット指標にならないか
167	中間アウトカム指標	全体	市民参画の必要性を知る国民そして医療者も確実に増えたことは評価される	実際に参画する市民の数を測る45101「都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合」の増加に期待します。が、指標が参加割合だと上限に限度がある数字になるのでは？（つまり多ければいいという数字ではないように思うのですが）
168	中間アウトカム指標	450202		あくまで日本癌治療学会調査に回答した学会員に限定されたものとなるので、医療者の全体像を推定するには慎重であるべき。また認知度だけでなく、医療者の理解度も評価できるよう調査項目の検討を日本癌治療学会に協力要請してはどうか
169	中間アウトカム指標	450202	アンケート回答者のうち、知っていると回答した者が増えていることは評価できる。	一般社団法人日本癌治療学会正会員を対象とする学会MLを用いたwebアンケートの回答者数を母数として評価値を算出しているが、統計（学）的には一般社団法人日本癌治療学会正会員数を母数とするのが妥当。
170	中間アウトカム指標	450202	数値は改善したが、依然低い。患者との協同によって治療や治療環境が改善したモデルを共有し、医師が患者・市民参画の成果をイメージできるようにすることが重要だと思ふ。	
171	中間アウトカム指標	450202	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	
172	アウトプット指標	全体		がん対策の施策を推進する自治体への市民参画の推進と同等、あるいはそれ以上の重要性がありながら、当の自治体の職員の入れ替わりが多く理解が深まらない課題がある。市民の暮らしに直結する知識習得の機会（がん予防学会、がんサポーターケア学会など）に参加した職員割合などを指標化することで、領域の理解を深めて着実に施策に反映することが可能となり、全国の取り組みの底上げにつながるのではないかと。
173	アウトプット指標	全体	学会などへの患者団体の参画は進んできたと考えます。	医療従事者の意識向上に関して対策が必要と思います。
174	アウトプット指標	全体	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会は増加	研修会や講演会に参加するだけでは市民参画が進んでいるとはいえない。新しい指標も必要
175	アウトプット指標	全体	3項目いずれもA評価であり、全体として改善の傾向にあることは評価できる。	
176	アウトプット指標	450101		都道府県がん対策推進計画の策定過程における、がん患者を代表する者の参加割合については、測定値（中間）が未測定となっている。一方で、【最新版】取り組むべき施策確認表では、患者・市民参画の状況を把握する目的で調査を実施したと記載されている。当該調査の結果が本指標の把握にどのように活用されているのか、また、調査によりどのような状況が明らかになっているのかについて確認したい。 なお、各都道府県の協議会委員名簿等を用いることで、参加割合の状況把握が可能と考えられる。 その上で、地域によっては、協議会の開催状況や患者委員の参画の有無、また参画のあり方に差が見られることから、参画の在り方について方向性を示すとともに、患者委員の育成や研修機会の確保を進める必要があると考える。
177	アウトプット指標	450101	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	患者市民の参画機会としては、都道府県がん対策推進計画の策定は頻りに議論されるものではないため、都道府県がん対策推進計画の策定に限定するのではなく、その他のがん関連委員会等への参加割合を追加するのはどうか。更に患者市民参画の成果、実績を把握できるように検討委員会構成員へのアンケート調査等による評価を追加してはどうか
178	アウトプット指標	450101	中間測定が未測定だが、確実に測定をするべきである。	患者、または患者経験のある方で、かつ多くの患者の意見を吸い上げられる代表性のある方を参加させるべきと考えるため、測定が必要。
179	アウトプット指標	460101		病室WiFi協議会の調査（2021）では、全病室で無料でwifiが使える拠点病院は21%だった。患者家族にとっては、院内の特定の場所でインターネットに接続できるだけでなく、病室や待合室等多くの場所で無料でwifiが使えるかが重要である。例えば、抗がん剤治療中に動画配信サイトを見ることで治療中のQOLが向上するといった声もある。また、コロナ禍以降、なんらかの面会制限を実施している施設は多く、オンラインでの面会を行うにも病室でのwifi利用が必要になる。治療に伴う自己負担の軽減、所得による情報格差の面からも、院内wifiの更なる普及に改めて力を入れてほしい。
180	アウトプット指標	450102	ベースライン値を超え中間測定値はA評価	参加者の質や（知識や意見反映の度合い）の評価も重要。
181	アウトプット指標	450102	がん研究に患者・市民参画を実現するための患者・市民に対する教育プログラムが作成されたことは評価できる。また、PPIについて普及啓発のための研修の実施回数が増加傾向にあることは好ましい。	研修会の開催回数からは、取り組むべき施策にある患者・市民への啓発・育成が行われたかは不明である。回数に加えて、研修会の対象等の情報がほしい。また、現行のがん研究に患者・市民参画を実現するための患者・市民に対する教育プログラムは、各カリキュラムの専門性が高く評価できる一方で、がん対策や研究に対する患者市民の参画のハードル（要求水準）を高く設定してしまっていることが懸念される。PPIの成果だけでなく、その方法についても一層の共有が重要と思われる。
182	アウトプット指標	450102	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会を開催されている。	第4期がん対策推進基本計画において、活用する「社会的人材リソース」として、関係学会等によるがんの相談支援・情報提供に関する一定の研修をうけた人材などが想定されると記載されていたが、実際に利用促進に対する具体的な働きかけが認められない。
183	アウトプット指標	460102	セカンドオピニオンに関するオンライン相談の受付体制ができる施設の増加は評価できる。	拠点病院の集約化に伴い、交通手段や費用、移動時間により、都市部を除いてセカンドオピニオンを受けられない事態が懸念される。特に、希少がんでは、現状でも専門医へのアクセスが難しく、がん医療の均てん化の視点からもセカンドオピニオンだけでなく、オンライン診療の拡大が望まれる。また、難治性がんなど、時間的なロスが生存率（最終アウトカム）に直結する場合もあり、治療とSDMに則った患者の意思決定の両立のためにも、オンラインの受付体制の拡充が望まれる。
184	アウトプット指標	460103	オンラインで情報提供できる施設の増加は評価できる。	SDMを行う上で、外来受診や入院時に、患者がどのような情報源にアクセスすればよいかを、院内で確認できるような広報や、院内wifi等の整備が重要ではないでしょうか。
◆デジタル化の推進				
185		全体	自治体検診DXのモデル事業を開始したこと	
186				患者がスマホで処方歴や血液検査の結果などを患者自身が閲覧可能なアプリの導入を促進してはどうか？
187	アウトプット指標	全体	病院のインターネット環境やオンラインの資材は充実しています。	オンラインでセカンドオピニオンが可能なシステムは、医師と患者のマッチングシステムや時間外の対応、医師への報酬など異なる取り組みが必要だと思います。
188	アウトプット指標	全体		現在の指標について判定はAが3つになっているが、まだ数字が充分に至っていないところもあるので継続して取り組みを測りたい。中間アウトカムで「がん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援にアクセスしやすくなること」の指標の具体化はどこまで検討がすすんでいるか。オンライン診療や治験DCTの推移も測りたいところ。このようにシーン別にデジタル化を計ってもいいかもしれない
189	アウトプット指標	460101		8割以上の拠点病院で整備されているが、連携病院などでも整備が必要ではないか。
190	アウトプット指標	460102	改善しているが、全体の3割程度	地方に住む成人がん患者や小児・AYA世代がんを含む希少がん患者など、専門性の高い治療を必要とするものにとって、臨床試験への参加や治療相談など、オンラインで医療相談が利用できないことは、大きなハードルとなっている。今後、医療機関の再編・集約化を進めるにあたり、広域をカバーする地域では、「集約化の均てん化」を図る観点からも、早急な対応が求められる。