

第4期がん対策推進基本計画中間評価委員意見一覧

第95回がん対策推進協議会	参考資料8
令和8年6月18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
◆がんの1次予防				
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	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	
4	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。
5	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
6	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が大きいということと思うが、原因を深堀することが重要。
7	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。
8	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。
9	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)
10	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。
11	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。
12	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。
13	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。
14	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。
15	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と受診機会もなく、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」の効果が出現しているかどうか、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。）
16	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。
17	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。
18	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。
19	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
20	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はいないが、長期で効果が期待される。
21	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えられている」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ると、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、情報提供方法及び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と考える。
22	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り組む必要がある。
23	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。
24	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が）	接種率を上げるために更なる取り組みが必要である。
25	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・取り組みで、どの地域によるどんな取り組みが奏功しているのかを検証したい。
26	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たのであれば、残すところは性感染の防止である。中間アウトカムの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。
27	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。
28				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？

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
◆がんの2次予防				
29		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	
30		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り組みは評価できる	
31	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、アウトプットやアウトカムが改善できれば、死亡率の減少はもっと進んだはず。
32	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	
33	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。	
34	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）
35	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の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べきである。
36	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。
37	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。
38	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。
39	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げられているが、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り組み（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考える。
40	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て、行動変容の施策が必要
41	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と考える。
42	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られる。 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。
43	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
44	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。
45	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。
46	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。
47	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かと考える。
48	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と考える。	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。
49	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と考える。	がん登録と突合して偽陰性を把握できないか
50	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・健康づくりに向けた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、検討してほしい。
51	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。
52	アウトプット指標	全体	都道府県から市町村への指導・助言の取り組み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。都道府県の取り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。
53	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。
54	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考える。
55	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。
56	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	

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
57	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、受診勧奨資材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。
58	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、受診勧奨資材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。
59	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。
60	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。	
61	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。
62	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。	
63	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。
64	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。
65	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。
66	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にしつつ、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。
67	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？
68	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。
69	アウトプット指標	123101		胃がんに関する遵守市町村数（率）は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。
70	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
71	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
72	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。
73	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。
74	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。
75				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。
76				以前より言われているがアンケート調査に（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？
77			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。
78				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。

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
◆がん医療分野全体				
169		全体		<p>○アウトプット→分野別→中間→最終までの横につながりにくい分野についてはこの意見出しの段階から第5期作成時への申し送りとして出た意見を積み上げていただきたい。</p> <p>○国としての更なる取り組みのためには各地域での成果・評価をもとに改めて協議する場が必要だと感じた。</p> <p>○ロジックモデルの整合性について検証が必要だと感じる箇所が見受けられた。特に基本ロジックモデルの分野アウトカムが「診療の質の向上」にある施策のアウトプットや中間アウトカムの指標のデータソースを「患者体験調査」としている箇所。</p> <p>○いくつかの項目で、測定している指標や評価尺度の問題により、多くの対象者が最高点（100%）に達してしまい、それ以上の変化や改善を測定できない「天井効果」の状態が見受けられる。中間評価や第4期の評価としては、当面はこのままでも一定の妥当性はあるのかもしれませんが、こうした指標については、将来的に見直しや目標の再設定が早々に必要になるのではないかと考える。特に、がん医療の「均てん化」「質の向上」を評価する上では、形式的に「100%達成」となっている場合でも、実際には地域差や実効性の課題が残っていることが多いため、より精緻な指標設計が重要になると考える。</p> <p>そのため、専門家からコメントをいただき、議論する機会を持つことが重要だと考えます。今回は中間評価であるため、プロセス評価（実行評価）およびインパクト評価（効果評価）を中心に実施することとなっている。</p> <p>ただし、前回の協議会での埴岡委員からのご指摘にもあったように、ロジックモデルの改善や、それを支える評価文化の形成は重要であると理解しております。</p> <p>その観点から、ニーズ評価やセオリー評価、さらにはコスト評価についても、単に次期委員に先送りしてしまうのではなく、今期の委員会としての知見を積み上げておくことに意義があると考えます。そこで、中間報告書を取りまとめる際に、ロジックモデルの改善に向けた今期委員からのコメントを「申し送り事項」として整理・公表していただけないか。</p>
170	分野別アウトカム指標	全体		<p>○中間評価においては、全国集計値だけでなく、地域ごとや世代ごとのばらつきや特徴を考慮した詳細な報告が必要である。</p> <p>地域差・世代差を明らかにすることで、医療資源の偏在や施策の効果の不均衡を把握し、均てん化の推進、または、分野別の特性に合わせた施策につなげるべきである。</p>
◆均てん化と集約化（医療提供体制全般）				
171		全体		<p>○集約化・均てん化に関しては都道府県の取り組みと成果が出た時点で、改めて特に県を越えて必要な施策に関して議論する場が必要ではないか。</p>
172	アウトプット指標	全体	<p>○「医療提供全般」では、すべての施策で取組が進んでおり、アウトプット指標も5指標中4指標で改善傾向であったことは評価できる。</p> <p>○（#211102以外）連携の取り組みを開始した都道府県が着実に増えている。</p>	<p>○C判定である、「治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合」については、医療者から話題に上るかどうかだけでなく、院内・外来での掲示物などを通じて患者意識への浸透を図ることも有用と考えられる。</p> <p>○セカンドオピニオンに関しては悪化していることは、拠点病院化が進んでいないことを反映しているとも考えられる。</p> <p>○医療機関の役割の均てん化と集約化を進めるにあたっては、患者の日常としての受診行動につながるものが重要であるため、都道府県だけでなく、患者の動線（移動手段の利便性）を踏まえた近隣県・地域ごとの議論に発展することを期待したい。都市部以外では、自家用車がなければ到達できない医療機関も多い。複数県で取り組むことで医療機関の役割分担、リモートやアウトリーチの展開の可能性が広がる。</p> <p>○集約化と均てん化、連携をはかる施策として都道府県連絡協議会への参加が求められているところ小児がん領域はいまだ35地域にとどまっておりの連携が求められる。</p>
173	アウトプット指標	211101	<p>○恐らく最終測定では47都道府県すべてに近くなるだろう。</p> <p>○役割分担に関する議論が行われている都道府県の数についてベースライン値より増加している。都道府県で均てん化と集約化に向けた議論が始まっている状況が把握できる。</p> <p>○役割分担に関する議論が行われている都道府県の数が増加していることは、均てん化・集約化の進展を示すものであり評価できる。持続可能ながん医療の提供に向けて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の方向性が明確に示されている点は重要である。</p>	<p>○第5期の指標には使えないだろう。継続性という点ではやや問題あり。</p> <p>○議論が行われている都道府県の数をもって均てん化と集約化の地域の実情を把握とは評価しがたく、令和7年8月29日の課長通知に基づく「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」に基づいて都道府県で検討が行われ、均てん化すべきものと集約化すべきものについて具体的に提示され、その進捗管理をしていく必要がある。また今日の医療機器の高度化・高額化、対象症例数を踏まえて集約化にあっては都道府県の枠組みを超えた北海道、東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州の地方区分での検討も必要である。</p> <p>○希少がん、小児がん等では、県内に専門医が存在せず、遠距離通院を余儀なくされる患者が存在する。集約化は、こうした患者の増加を伴う。患者の生活圏は必ずしも居住する都道府県に限定されないため、都道府県単位にとどまらず、より広域な医療圏での議論・調整が必要である。</p> <p>○議論している都道府県の数が多い→患者が均てん化を実感する一死亡率が低下する、という理屈は成り立たないと思います。会議の数ではなく、均てん化・集約化の進展を見ながら役割分担そのもののストラクチャー指標に変更していくことが必要と思われる。</p>
174	アウトプット指標	211102	<p>○セカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合が下がっているが、中間アウトカムでは評価が高い。</p> <p>○測定値の変化は34.9%から31.7%と小さく、2点間のデータでは増減傾向の評価は難しい。</p> <p>○少し意外な数字である。医師の間ではセカンドオピニオンはあまりにも一般化したので敢えて、説明していないのかもしれないが、患者の意識とずれはないか？</p>	<p>○セカンドオピニオンに関する説明を受けた患者の割合は依然として約3人に1人とどまり、きわめて低い水準である。中間アウトカムで示された「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」を実現するためには、治療選択肢の一つとしてセカンドオピニオンを確実に提示・説明することが不可欠である。</p> <p>○がん治療前にセカンドオピニオンを「受けた」患者ではなく、セカンドオピニオンを「説明された」患者だが、割合は低下している。最低限、説明は必要で、その上で、いずれは「受けた」患者の割合を問うていく必要があるのではないか。</p> <p>○セカンドオピニオンの件数を指標とした方が良いのではないか。</p> <p>○がん診療連携拠点病院はセカンドオピニオンを依頼される側の病院である。また、この指標はがん診療連携拠点病院を網羅した患者体験調査を基にしており、令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外初回治療を開始」とある。セカンドオピニオンを依頼する側の多くの病院はがん診療連携拠点病院以外と考えられ、アウトプットがアウトカムに効果をもたらすににくい。第5期に向けて取り組むべき施策の「拠点病院等を中心に」を検討課題とし、がん診療連携拠点病院以外を対象とした患者体験調査を実施することで、ベースライン値は改善すると推察されることから調査対象の拡大が必要である。</p>
175	アウトプット指標	211103	<p>○都道府県がん診療連携協議会においてBCP（業務継続計画）に関する議論が行われている地域が増加していることは評価できる。</p> <p>○BCPに関する議論が行われている都道府県の数が増えており、取り組みが広がりつつある点は評価できる。</p>	<p>○現時点で議論が行われているのは28都道府県にとどまっている。拠点病院等のBCP整備率（#211104）が100%に近づいている現状を踏まえ、地域と病院が連携して整備を加速させる体制づくりが急務である。国の指針が現場で十分に活かされるよう、今後は議論にとどまらず整備を促す取り組みを進める必要である。あわせて、継続的な評価の仕組みについても検討が望まれる。</p> <p>○好事例の共有・横展開により、より多くの都道府県でBCP議論が進むことが期待される。</p>
176	アウトプット指標	211104		<p>○BCPを整備している拠点病院等の割合はすでに高水準に達しており、今後は「有事に実効性を持つ運用」や「定期的な訓練・検証」のような質的側面を測定できる別指標の検討が必要である。</p>
177	アウトプット指標	211105	<p>○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が増加していることは評価できる。</p> <p>○35/47というのは、改善したものの不十分という印象だが、一方で、少子化にともない47/47というのは達成不可能な気がする。</p>	<p>○より高度な小児がん医療を提供するために、「小児脳腫瘍に強い小児がん拠点病院」など種類別に専門性の高い分野の疾患を集めるという取り組みについてはどのように進めていくのがいいのか。実態としては、未だ、初診で受診した地域等の病院は小児がんの情報を持っておらず、たらい回しが起こっていることから、47都道府県で市町村地域等の地域の医師会との連携を強化し、確実に小児がん拠点病院につながる、または専門性の高い治療が受けられる病院へ繋がるような取り組みが必要である。</p> <p>○中間測定値が46となるように、未参加の都道府県に呼びかける必要がある。</p> <p>○「小児がん拠点等」を変えるか、その定義を広げる必要があるのではないか。</p>
178	中間アウトカム指標	全体	○中間値にて大幅な上昇を認めており高く評価できる。	

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
179	中間アウトカム指標	212201	<p>○がん診療連携拠点病院を網羅した患者体験調査を基に示されているためベースライン値からの増加は“がん診療連携拠点病院”にあつての状況として評価できる。</p> <p>○測定は2点間のみで評価は限定的だが、患者が「担当医が十分な知識や経験を持っていた」と感じる割合は増加傾向にあり、良い方向性が確認できる。</p> <p>○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がベースライン値より増加している点は評価できる。</p>	<p>○令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p> <p>○引き続きがんについて十分な知識や経験を持った医師の養成に努め、均てん化した配置を行うことでさらなる向上を期待したい。また、約半数の患者はがん診療拠点病院以外で初回治療を開始しているため、拠点病院以外に受診した患者の声を聴く必要がある。</p> <p>○患者の医師への評価や総合的な満足感が死亡率の減少に寄与するというロジックが成立するかは疑問で、この中間アウトカムと分野別アウトカムはロジック上のつながりがあるとは思えない。</p>
180	分野別アウトカム指標	200001	<p>○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）についてはベースライン値より増加している。診断・治療全体の総合評価がベースライン値より上昇していることは評価できる。</p>	<p>○全国値のみでは実態を十分に把握できないため、都道府県単位や、より広域な医療圏ごとの特徴を明らかにする分析が必要である。</p> <p>地域ごとの強みや課題を可視化することで、均てん化を実効的に進め、好事例の横展開や重点的な支援策につなげるべきである。</p> <p>○この指標を改善するためには、様々な施策が総合的に機能する必要がある。今後も向上することを期待したい。</p> <p>○がん診療の質だけでなく「情報」も質の向上・均てん化が必要になる。また、集約化については、今後、好事例の共有や他地域や医療機関との比較の検証や取り組みについても評価が必要になるのではないかと。</p> <p>○患者の医師への評価や総合的な満足感が死亡率の減少に寄与するというロジックが成立するかは疑問で、この中間アウトカムと分野別アウトカムはロジック上のつながりがあるとは思えない。この項目はむしろ、がんの死亡率減少と並列に最終アウトカムにするのが適切だと思う。死亡率が減少しても患者が満足しないことはあり得るし、それではゴールに至ったとは言えない。患者が満足だが、死亡率が減少しないこともあり得て、それもゴールに至ったとは言えないので。</p>
181	最終アウトカム指標	000001	<p>○がんの年齢調整死亡率がすべての集計項目においてベースライン値より低下していることは評価できる。また、自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合もベースライン値より増加していることも評価に値する。</p> <p>○全体的に診断・医療レベル評価は高いと言える。</p> <p>○すべてのがん死亡率の指標で数値が改善していることは素晴らしい成果。</p>	<p>○この指標を改善するためには、様々な施策が総合的に機能する必要がある。今後も向上することを期待したい。</p> <p>○観察している指標が死亡率の減少・生存期間の延長にリンクしているのか継続的なチェックが必要である。</p> <p>○死亡率の減少率で示す（例（67.4-65.7）/64.7=2.5%減など）と、微妙に女性の方が減少率が高いことがわかる。男性との差は更に広がるのではないかと？</p>
182	最終アウトカム指標	000003		<p>○難治性がんの年齢調整死亡率が上昇していることの意味合いについては、罹患率の動向を踏まえる必要がある。</p>
183	最終アウトカム指標	000010	<p>○「現在自分らしい日常生活を送れている」と感じるがん患者の割合が70.5%から79.0%へと上昇しており、改善傾向にある点は評価できる。今後もさらに上昇傾向となるよう、各分野の施策を着実に達成していくことが望まれる。</p>	<p>○どの施策や指標が患者の生活実感に強く影響しているのかを明らかにするため、多変量解析などを用いた詳細な分析を行うことが有効ではないかと。</p> <p>○「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」とある。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査も必要である。</p>
184				<p>「さらに推進が必要と考える事項」について セカンドオピニオンが「進捗状況の評価」と「さらに推進が必要と考える事項」の両方に出てくるが、そこまで喫緊の課題であろうか？「さらに推進が必要と考える事項」の項では不要と思う。セカンドオピニオンは医師及び患者の間でほぼ定着しており、件数としては減っていないのではないかと？ 追加で記載すべきこと 医療へのアクセスに関する指標「タイムリーな病理診断」211202、「診断から手術までの日数」213202、「手術から放射線治療開始までの期間」213204、「遅延なく化学療法が行われているか」213206 がすべて悪化しており、今後集約化により、更に悪化することが懸念される。院内においてはがんセンターボード、また、院外では迅速な病診、病病連携を促進すべきである。（実際はコロナの影響もあったと思う）</p>
◆均てん化と集約化（病理診断）				
185	アウトプット指標	全体	<p>○がん診療連携拠点病院に限っては、病理・細胞診の有資格者が増加している。</p>	<p>○地域がん診療病院は減少しているため、単に移動があっただけか、もしくは地域がん診療病院の方が数は多いため、全体の担い手は減少している可能性があるため、実数で明らかにする必要がある。</p> <p>○病理診断・細胞診断については、拠点病院では専門的な知識と技能を有する医師が1人以上配置されている割合が100%に近づいている。一方で、地域がん診療病院ではこの割合が減少している。技術的にはAIの活用が進んでいるものの、最終的な判断は医師が担っており、医師の配置状況の継続的な評価は必要。なお、配置を均てん化していくのか、集約化を図るのかによって、今後の評価の視点や指標設定も変わると考える。</p>
186	中間アウトカム指標	211202	<p>○病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師、細胞診断に関する専門資格を有する者、いずれも診療連携拠点病院において増えていることは心強い。</p> <p>○2点のデータでは改善したかの評価が難しい。</p>	<p>○診療連携拠点病院で充足されたにもかかわらず、診断までに時間がかかるようになってしまったのは、地域がん診療拠点病院においての充足率が減少していることが影響しているのか精査が必要。</p> <p>○このアウトカム指標の改善に向けては、特に地域がん診療病院における診断体制の改善が検討課題となる。また、集約化の進展に伴い、専門的な知識および技能を有する医師を「1人以上」配置すればよいとする現行基準は、実情にそぐわない可能性がある。実効性ある体制整備のためには、必要とされる最低人数の再検討が求められる。</p> <p>○「がん診療連携拠点病院で病理医配置が達成できた→確定診断までの期間が短縮化できる」のロジックは納得できる。#211102の中間アウトカムをコア指標に引き上げてほしいのではないかと。</p>
187	分野別アウトカム指標	200001	<p>○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）についてはベースライン値より増加していることは評価できる。</p>	
188	最終アウトカム指標	000010		<p>○「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」とある。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査も必要である。</p>
◆ゲノム医療（がんゲノム医療について）				
189	アウトプット指標	全体	<p>○がんゲノム医療連携病院や人的資源の数が増加傾向にあり、評価できる。</p> <p>○がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制は7項目ある全てのアウトプット指標において向上しており、評価できる。</p>	<p>○治療経過の中でがんゲノム検査実施の機会が逸されることのないよう、専門的知識を持たない医師への教育・啓蒙の機会提供が重要と考えられる。</p>
190	アウトプット指標	211201		<p>○「がんゲノム医療中核拠点病院等の数」について#211101の均てん化・集約化を踏まえて今後さらに増えていくことが必要なのか指標のあり方について検討が必要である。</p>
191	中間アウトカム指標	全体	<p>○がんゲノム医療において、検査を受けた患者数や遺伝カウンセリング件数が増加していることは、患者が必要な医療や支援にアクセスできる機会が広がっているという点で評価できる。</p>	<p>○がん遺伝子パネル検査を受けた後、肝心の治療につながっている割合が減少している傾向について、例えば施策によってエキスパートパネルを受けた患者の数（母数）が大きく増えたなどの理由があるのか。</p> <p>○患者数の増加に対して、アウトプット指標にある専門スタッフの増加が十分に連動しなければ、分野別アウトカム（安心・納得できる医療提供や治療選択）にはつながらない。患者にとって「人に相談できること」「待たされないこと」は大きな意味を持つため、スタッフ数との整合性が重要である。</p> <p>また、遺伝子パネル検査の種類自体が増えていく中で、遺伝子検査の実施数（母数）が不明確なままでは、測定値の割合だけを見ても実態の評価は難しい。患者にとって「どの検査が、どれくらい行われているのか」を知ることは、信頼感や選択の納得感につながるため、母数を含めた丁寧なデータ提示が望まれる。</p>

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
192	中間アウトカム指標	212203	○約半数近くの症例に治療薬選択肢が提示されていることは評価できる	○#212204よりむしろこちらをコア指標とするべきではないか ○#212203の2%ポイントのインパクトと#212204の2%ポイントのインパクトは大きく異なる。このABC評価だと、違いがマスクされるのではないかと。
193	中間アウトカム指標	212204	○8%から2ポイント弱の低下は大きく悪化した、と言うべき。アウトプット指標の改善が候補薬の投与率引き上げに寄与するというロジックには疑問があり、投与率低下は背景の分析が必要。 ○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の結果治療薬の選択肢が提示された割合が40%を超えている点は評価できる。 ○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がベースライン値より低い。	○患者の体調以外の阻害要因を分析する必要がある。連携拠点病院で保険適用薬の目的外使用ができなかったのか、患者申し出療養ができなかったのか、その手続きが難しいのか、試験施設へのアクセスの問題なのか、コンパシオネットユース的な薬剤使用が必要なのか分析して項目を立てることを検討してほしい。 ○既に投与されており、推奨薬剤がなかったのか？#212203も含めて理由を慎重に検討する必要がある。また、#212205も大きな問題なので取り上げて欲しい。 ○患者の体調以外の阻害要因を分析する必要がある。連携拠点病院で保険適用薬の目的外使用ができなかったのか、患者申し出療養ができなかったのか、その手続きが難しいのか、試験施設へのアクセスの問題なのか、コンパシオネットユース的な薬剤使用が必要なのか分析して項目を立てることを検討してほしい。 ○薬剤への到達が低いことから、Precision medicineを実現するためのがん遺伝子パネル検査を適正に使用できるように実施タイミングに制限の撤廃とコンパニオン診断機能の有効活用ができるように保険制度を早急に見直す必要がある。 ○小児がんの場合、パネル検査をしても適応薬が見つからないというケースが大多数である。改善策として新規医薬品の速やかな医療実装が必要である。
194	中間アウトカム指標	212204		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の8.2から7.8への低下は0.4ポイントだが、8.2自体が低い。この理由が、患者の状態悪化によるのか、試験へのアクセスや患者申し出療養の難しさなど該当する薬へのアクセスにハードルがあるのか深堀りする必要がある。
195	中間アウトカム指標	212204		「さらに推進が必要と考える事項」について 「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」が、0.4ポイント減少しており、投与率低下の背景の分析が必要である。下線部は「改善へ向けて、試験へのアクセスの改善、検査のタイミングの再考、などを推進すべきである」に変更すべきではないか？（解析は要らない、要るのは改善です）
196	中間アウトカム指標	212204		がんゲノム医療でエキスパートパネルで推奨された薬の到達割合が8.2%から7.8%と低下しCと判定されていますが、がんゲノム医療を受けた患者さんの数が19138例から25072例に増えていますから、薬に到達された患者さん実数は1569人から1956人に増えています。臨床試験数は急速には増えませんので、実際には改善しているとおもいます。パーセントと共に実数も表示したらいかがでしょうか？
197	中間アウトカム指標	212204		参考資料8の「23中間アウトカム指標」（212204）の1つ目の○と3つ目の○が同じである。
198	中間アウトカム指標	212205	○この指標を作り、測定したことが評価される。ゲノム医療の普及には周知が不可欠で、意識して引き上げていく手段を考える必要がある。	○ゲノム情報を活かした癌治療の認知度を17%から12.4%まで数字を落としているので、国民にわかりやすい情報提供など更なる周知が求められるのではないかと。 ○この項目のコア指標への引き上げを検討してほしい。
199	分野別アウトカム指標	200001	○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）についてはベースライン値より増加していることは評価できる。	○患者調査の総合評価が、がんゲノム医療のアウトカム指標として機能するか疑問。患者は医療機関ごとの質を比較できるわけではないので均てん化を評価できるとも思えない。患者がみんな満足なら均てん化が実現できているとも言えない。
200	最終アウトカム指標	000001		○「がんの死亡率の減少」と相関は認められるが、診断後のさまざまな治療が「がんの死亡率の減少」に寄与する要因として考えられ、第5期に向けて、因果関係として妥当か検討が必要である。「手術療法について」の中間アウトカム指標に「我が国に多いがんの術後短期死亡率」があるように、ゲノム医療についても、例えば、指標に「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」を受けて、その投与された患者の生存率が指標であれば、最終アウトカム指標につづく因果関係と言えるのではないかと。
◆手術・放射線・薬物療法〔手術療法について〕				
201	アウトプット指標	全体	○全体的にアウトプット指標は改善傾向である	○臓器によるばらつきがまだあるので改善の余地がある。
202	アウトプット指標	213101	○高度な手術療法の提供が8項目すべてで増加していることは、患者にとって選択肢が広がり、より安全で質の高い治療を受けられる可能性が高まっている点で評価できる。 ○前立腺がんに対する鏡視下手術の割合は超高率の域に達している。 ○鏡視下手術は着実に増えており評価できる。	
203	中間アウトカム指標	全体	○全体的に良好な結果である	○#213202、#213204、#213206が悪化しており、患者のアクセスが悪くなっていることが想定される。集約化に向けた大きな障害となる。またコロナの影響を受けているのか？も気になる。 ○手術までの日数が延長している原因として外科医不足も考えられる。
204	中間アウトカム指標	213201	○術後短期死亡率はいずれも低い水準で推移しており、患者にとって「手術の安全性が一般的に確保されている」という安心感につながる点は評価できる。	○胃がん、大腸がんについては年齢調整や緊急手術の有無、術式で検討すべきである。リスク調整して指標とすべきであろう。病院名を出さないのであればNCDを活用できないか。 ○今後は死亡率の低さだけでなく、術後合併症の発生率や回復までの期間、生活の質（QOL）といった観点を含めた評価が重要ではないか。 ○中間アウトカム（#213201）が下がると分野別アウトカム（#200001）が達成されるというロジックが成り立たないと思う。#213201はむしろ分野別アウトカムではないか。
205	中間アウトカム指標	213202		○診断から手術までの日数が増えてしまっていることについての要因の検討が必要。
206	中間アウトカム指標	213202		診断から手術までの日数が41.4から44.6に伸びている。この理由を分析する必要があるのではないかと。今後、この数字に、働き方改革や外科医の不足、医療機関集約化の進展具合による影響が出てくる可能性があるため注視が必要である。
207	分野別アウトカム指標	200001	○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）についてはベースライン値より増加していることは評価できる。	
208	分野別アウトカム指標	200005	○「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」と回答した患者の割合は、75.0%から88.5%へと改善しており、患者が納得して治療を選択できる環境が広がっている点は大きく評価できる。	○ただし2点間の評価にとどまっているため、今後も継続的に測定し、改善傾向が持続しているかを確認する必要がある。 数値の改善に加え、説明内容の分かりやすさや患者家族の理解度、治療選択における納得感といった質的側面も重視した検討が望まれる。
209				手術は今回の集約化の一番の重要な項目のために、「高難度手術の集約化は、医療資源の活用だけでなく、治療成績・医療安全の観点からも有益な点が多い。都道府県のみならず、関連学会や医師を派遣する大学とも連携を深めて今後推進したい。」を「さらに推進が必要と考える事項」にも記載していただきたい。
210				「進捗状況の評価」について 術後短期死亡率は世界的に見ても極めて低い水準を維持しているが、大腸癌、胃癌、胆嚢癌などでは軽度増悪している。高齢、フレイル、緊急などの要因を明らかに、ハイリスク症例に対するチーム医療による術前介入などの対策を推進すべきである。 鏡視下手術の割合が全がんが増加しているが、手術難度の高い肝胆膵手術では低く、この領域での低侵襲手術の推進が必要である。また、近年ではロボット支援手術も拡大しており、今後も技術革新とその浸透に注目を続ける必要がある。
211				「さらに推進が必要と考える事項」について 「術後短期死亡率が増加している胃がん、大腸がんについては、NCD等を活用し、年齢調整や緊急手術の有無、術式で検討するなど、リスク調整して評価が必要である。」これは評価なので、不要ではないか、上記のような書きぶりで進捗状況に書き足すだけでよい。 高難度手術は最も代表的な集約化すべき医療である。関連学会と連携して、どのような手術をどの程度集約化すべきかを明らかにし、都道府県の協議会を通じて集約化を促進すべきである。（繰り返しになりますが、「さらに推進が必要と考える事項」にも記載が欲しいです）
◆手術・放射線・薬物療法〔放射線療法について〕				
212	アウトプット指標	全体	○がん診療連携拠点病院の状況が把握できる。	○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に相当するアウトプット指標がかけられているように思われる。

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
213	アウトプット指標	213103	○IMRTを提供している拠点病院の比率が絶対値で6%上昇して改善傾向にある。 ○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。	○拠点病院の20%の施設でIMRTの提供ができておらず継続的な取り組みが必要。令和5～7年の厚生労働省科学研究成果ならびに医療提供体制の集約化により、都道府県各地域におけるIMRT提供体制をさらに整備する必要がある。 ○「IMRTを提供しているがん診療連携拠点病院の割合」について、#211101の均てん化・集約化を踏まえて稼働率を検証し、今後さらに増えていくことが必要なのか指標のあり方について検討が必要である。
214	アウトプット指標	213106	○放射線療法について、分野別アウトカム指標・最終アウトカム指標はすべて改善傾向であったことは評価できる。	○中間アウトカム指標では改善していないにもかかわらず、分野別アウトカム指標や最終アウトカム指標は改善しており、つながりの評価が難しい。 ○「専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に1人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合」についてベースライン値より減少しており、かつ5割未満である。現行の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では「望ましい要件」であるが、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いていることから、放射線療法に携わる専門的知識を有する医療従事者の人数・割合を継続的に評価するだけでなく、当該分野の専門性の高い看護師の養成が更に必要。
215	中間アウトカム指標	全体		○中間アウトカム「手術から放射線治療開始までの期間」は、意味合いが曖昧で、ロジックモデルにおけるつながりを断っている印象。
216	中間アウトカム指標	213204		○手術から放射線治療までの時間について、より短縮を図るべきということでの指標だと思われるがそもそも妥当なところなのかよくわからなかった。
217	分野別アウトカム指標	200001	○全国的ながん診療の質の向上・均てん化が改善傾向にある。 ○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。	○拠点病院におけるIMRTのような高度な放射線治療の提供は全国的ながん診療の質の向上に寄与すると思われるため、放射線治療医の配置や施設基準の見直しなどにさらなる取り組みが必要。
218	分野別アウトカム指標	200005	○治療選択についての情報提供の充実(必要な情報へのアクセス改善)が改善傾向にある。	○がん患者が放射線治療にたどり着くためには、SDM(shared decision making)が欠かせないプロセスであり、アウトカムのより一層の向上にはさらなる取り組みが必要。 ○多くの患者が外科ないし内科を主治医としているため、治療の選択肢として放射線が並列で提示されているか疑問である。例えば、肺がん1期について放射線治療の成績は他の療法より優れているデータがあるが、多くは手術療法を受けている。また前立腺がん骨転移患者に対して核医学治療として223-Raは効果的であるが、保険診療上「単摘者」が対象となっている。今後の保険医療逼迫を鑑みホルモン療法との費用対効果やその後の骨粗しょう症やフレイルなどのQOLの観点からの評価、手術療法と排尿障害などのQOLの観点からの評価など、情報の提供内容に対する評価が行われ、提供される情報の内容についてどのように評価すべきか検討が必要である。加えて「【最終版】具体的な取組」に「集約化が望ましい具体的な医療行為について、関係学会と検討」とあるが、千葉大・東北大・大阪公立大で導入されている高価なMRIガイド下リニアクとIMRTとの患者への身体的・経済的負担や費用対効果等を評価し、分野別アウトカムの「治療選択についての情報提供の充実」の評価前の評価を検討する必要がある。
219				「進捗状況の評価」について 細かいことですが、IMRTなのか強度変調放射線治療なのか用語を統一してください。 集約化の会議では、放射線の需要が増えることが予想されているので、そのことを記載した方が良いと思う
220				「さらに推進が必要と考える事項」について 上の二つは、どちらもIMRTに関する整備のことなので一つにまとめた方がよいのではないかと
◆手術・放射線・薬物療法(薬物療法について)				
221	アウトプット指標	213109	○薬物療法について、分野別アウトカム指標・最終アウトカム指標はすべて改善傾向であったことは評価できる。 ○がん薬物療法の専門資格を有する常勤の看護師が配置されている拠点病院の割合は増加傾向でA評価となっているが、実数としては84.7%、64.4%となっており、改善の余地がある。	○多種多様な有害事象が発生しうるがん薬物療法において、専門知識を有する看護師の役割は大きい。本指標においては100%を目指し、処遇改善や啓蒙活動などの取り組みが重要と考えられる。 ○中間アウトカム指標では改善していないにもかかわらず、分野別アウトカム指標や最終アウトカム指標は改善しており、つながりの評価が難しい。 ○「がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に1人以上配置されている拠点病院等の割合(地域がん診療病院)」についてはベースライン値より減少しており、かつ5割未満である。現行の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では「望ましい要件」であるが、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いていることから、薬物療法に携わる専門的知識を有する医療従事者の人数・割合を継続的に評価するだけでなく、当該分野の専門性の高い看護師の養成が更に必要。
222	アウトプット指標	213109		資料2-3の14P(薬物療法)のアウトプット213109と20P(支持療法)のアウトプットの216108は内容が同じであるにもかかわらず、附番が2つある。
223	アウトプット指標	213109		アウトプットに専門職の配置が挙がっているが、がん看護またはがん薬物療法に関する専門資格のある常勤看護師の配置(213109)以外は総じて高い。ロジックモデルに基づいて評価を行う以上、213109の充実が急務であることを表記する必要がある。 213109は20Pの支持療法の推進の指標(216108)にもなっている。 共通の指標であることをもってしても、専門職の配置→支持療法の適切な実施→標準的な薬物療法の実施率の向上というロジックで表記できるのではないかと。
224	アウトプット指標	213111	○「自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合」は100%である。100%以上はない。拠点病院等の体制整備は“形式的”に100%達成されており、基盤としての取り組みは全国的に実現している。	○「取り組むべき施策」として「国民が、薬物療法等に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療に関する情報提供及び普及啓発を推進する。」とある。「今後予定している取組」として自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合について評価するとあるが、分野別アウトカムの「治療選択についての情報提供の充実」の評価前の評価、患者にとって知りたい、わかりやすいといった根源的な提供される診療内容の情報に関する評価が必要である。 ○第5期に向けて、『がん情報サービス』を患者・家族にとっての中核的な情報プラットフォームとして強化する必要がある。また「患者・家族にとって」の視点を持ち、<1>薬剤情報の充実：標準治療に基づく薬剤情報を平易な形で掲載。<2>名称のわかりやすさ：一般名と商品名を併記し、理解しやすく提示。<3>届かせる仕組み：検索エンジンやSNS経由でも確実に公式情報に到達できる導線整備。<4>実態の見える化：病院内外を含めた横断的な調査で情報アクセスの全体像を把握といったことに取り組んだ上で、指標の検討が必要である。
225	アウトプット指標	全体		○〔薬物療法について〕以外の多くのがん医療分野においても「取り組むべき施策」に、「患者・家族、国民への情報提供の推進」に関する記載があり、また他の分野も同様に記載があり、指標が設定されているが、それらは「本来の患者が求める情報が何で、それらがどのように提供されているか」を明確にしていない。第5期に向けて、#211101の均てん化・集約化を踏まえて、「情報提供」に関しても各分野において記載されている項目を集約し、「更なる取り組み、又は改善等が必要な点」として共通の課題として整理し、指標の検討が必要である。
226	中間アウトカム指標	213205	○適切な化学療法のタイムリー・安全な実施についてはばらつきがある	○理由を詳細に検討する必要あり、高齢化により標準的な医療ができないのか？治験、臨床試験のため先進的な医療をするためなのか。 ○数値が低下していることも課題だが、そもそも、どうしてこんなに低いのか疑問に思う。40%→41.4%を改善とも言えない。こんなに低い理由の分析と目標値の設定が必要。 ○都道府県や疾病の差だけではなく、薬剤の安定供給にも問題が起きている。薬剤の供給停止などの事態が起きないよう、取り組みが必要である。そのための指標や評価が必要ではないかと。 ○支持療法の指標を中間アウトカムにして、標準療法の実施率を分野別アウトカムにするのではないかと。
227	中間アウトカム	213205		化学療法のタイムリーで安全な実施はA評価の項目も含めて低調な結果との認識。数値が高ければいいわけでもないのが一概には言えないが、標準的な薬物療法の実施割合が半数程度にとどまる理由を深掘りする必要がある。そのときに、患者の状態像や患者の希望などの要因以外に、支持療法が行われたのか否か、適切に行われたのか、行ったが奏功しなかったのか、など、後半に出てくる支持療法との組み合わせで分析する必要があると思う。

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
228	中間アウトカム指標	213206		○化学療法が始まるまでの期間がいずれも長くなってしまっているのはそれぞれの地域的な問題があるのか個々の院内の問題なのか。 ○遅延なく化学療法が行われる割合が半数程度であることに危機感を覚える。アウトプット指標からのロジックは納得感がある。スタッフの確保以外に、施設整備の問題なのか、患者サイドに問題があるのか、原因を分解し、個別に指標を設定する必要がある。
229	分野別アウトカム指標	200001	○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。	
230				「進捗状況の評価」について 「高度な薬物療法」の提供に関して、、、、、、、医療行為例を示した。は記載しない方が良いと思いません。薬物療法に関しては集約化すべきは治験やCAR-Tぐらいで現実的ではありません。 「科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供の観点では、後退傾向であったため」ほどの指標に基づく記載ですか？標準的治療は高度な薬物療法ではありません。
231				「さらに推進が必要と考える事項」について 「化学療法/薬物療法関連QI、、、詳細な分析が必要である。については、分析で終わるのでは良くない。「化学療法/薬物療法関連QI（拠点病院等（QI）研究参加施設）における標準的治療の実施割合）」については、高齢者やフレイルに対する支持療法を開発することで改善することが期待される。 薬物療法に関しては、がん薬物療法専門医は漸増しているが、薬物療法そのものの拡大に追いついておらず、消化器外科医、泌尿器科医、婦人科医などが実施していることが多い。今後、両者の連携や役割分担を円滑にして安全かつ有効に薬物療法を浸透させる必要がある。 (集約化委員会では薬物療法を外科医が行っていることが問題になりました。)
◆チーム医療、がんリハ（チーム医療の推進）				
232	アウトプット指標	全体	○緩和ケア診療への連携が充実する傾向にあることが見て取れるが、栄養サポートの面では改善が乏しい。	○栄養サポートを担う管理栄養士の処遇改善や、医師・看護師と栄養サポートを連携させるシステム作りが求められる。
233	アウトプット指標	214101	○緩和ケアの算定回数および患者数が増加していることは、緩和ケアにアクセスできる患者が広がっている可能性を示すものであり、評価できる。	○算定件数や患者数の増加だけでは実態が十分に分からない。どの程度のがん患者が実際に緩和ケアを望み、利用することができたのかという視点が重要である。患者の希望と実際の利用とのギャップを把握し、その差を縮めることが、緩和ケアの均てん化と質的向上につながる。 ○算定患者数の増加と算定回数の増加がもたらした成果を中間アウトカムに置く必要がある。 ○中間アウトカム#214201患者が話しやすいスタッフがいると実感する)をもたらし、#200001（質の向上）に寄与するというロジックに疑問を抱く。
234	アウトプット指標	214102	○自分らしい日常生活が送れている割合（判定A）は評価できる。	○「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院等の割合が増加する中、NST加算の利用が減少している理由が明らかでないことは憂慮される。患者にとっては「食べられる・栄養を維持できる」ことが治療や日常生活の安心に直結するため、その減少理由を実態として把握することが不可欠である。 ○栄養サポートチーム加算の減少は原因説明すべきである。 ○栄養サポートチーム加算の算定回数（患者数）（C）：栄養サポートにつながっていない、または支援を受けていない、患者が食事に困っていないと受け取れる。患者の栄養に関する実態が正しく評価されているのか疑問である。
235	アウトプット指標	214103	○ほとんどの都道府県が地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議し、体制整備を行ったことが評価できる。	○相談支援・緩和ケア以外にも地域の医療機関との連携についての体制整備につながる指標がほしい。
236	アウトプット指標	214105		○栄養サポートチーム算定加算が100%でないことが#214102の減少に影響しているか。
237	中間アウトカム指標	全体	○中間アウトカムの「多職種相談の充実・情報共有」が増加している。 ○緩和ケア診療への連携が充実する傾向にあることが見て取れるが、栄養サポートの面では改善が乏しい。	○チーム医療はH22の厚労省の報告書にもあり、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」、すなわち集学的治療との認識を持つ。この中間アウトカムが「相談しやすいスタッフがいた」「情報共有されていると感じた」という患者の体験だけに委ねることが適切であるかどうかを考えたい。患者に対するよりよい治療方針が選択される機会が設けられているか、アウトプットに「多職種カンファレンスの件数」「実施された割合」など、中間アウトカムに「医療者による有益性や専門性の反映」などが必要では？ ○栄養サポートを担う管理栄養士の処遇改善や、医師・看護師と栄養サポートを連携させるシステム作りが求められる。
238	中間アウトカム指標	214201	○主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合が増加しており、多職種支援の周知がされてきた点は評価できる。 ○「主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた」と回答した患者の割合は48.8%から58.4%へと増加しており、相談できる環境が広がりつつある点は評価できる。	○患者・家族等が相談しやすい環境を作り、相談件数が増加していることは望ましい傾向であるが、相談件数が増加するなかでも相談支援の質を維持・向上させるために必要な人員配置や取り組みを検討する必要がある。 ○依然として4割以上の患者が主治医以外に相談できていない。相談相手の不足は、治療方針の納得感や不安軽減に直結する大きな課題である。改善に向けては、がん相談支援センターやピアサポーターの活用に加え、緩和ケアチームや栄養サポートチームを患者にとって身近な相談先として位置づけることが有効である。医療・心理・栄養など多面的な相談体制を整えることで、患者や家族が安心して療養生活を送れる支援につながる。 ○外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できたと回答したがん患者の割合（#216203、#230206）は減少しています。これらの結果の違いについて背景を整理することは、今後の評価の視点や指標設定を検討する上で大切です。そのうえで、研修会の実施や教育の推進、多職種連携、退院前の講習会など、患者がより相談しやすい環境づくりの検討が望まれる。
239	中間アウトカム指標	214202	○「医療スタッフ間で情報が十分に共有されていると感じた」と回答した患者の割合が8割を超えており、安心して治療を受けられる体制が整っていると患者が実感できている点は評価できる。	
240	分野別アウトカム指標	200001		○患者調査の全体評価を見ても、多職種連携が進んだかどうかは測れないし、死亡率の減少に寄与するかどうかも不明。緩和医療こそ、患者体験に基づく満足度を分野別アウトカムに置く必要がある。
241	最終アウトカム指標	000010		○「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。社会保障制度改革促進法第6条第3項に「医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思が尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。」とある。また令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。
242				「さらに推進が必要と考える事項」について 「主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた」と回答した患者の割合は48.8%から58.4%へと増加しており、相談できる環境が広がりつつある点は評価できる。しかし、依然として4割以上の患者が主治医以外に相談しやすいスタッフがいなかった。相談相手の不足は、治療方針の納得感や不安軽減に直結する大きな課題である。改善に向けては、がん相談支援センターやピアサポーターの活用に加え、緩和ケアチームや栄養サポートチームを患者にとって身近な相談先として位置づけることが有効である。患者や家族が安心して療養生活を送れる支援につながるよう、医療・心理・栄養など多面的な相談体制の整備を促進することが必要である。 この記載は厚労省としてどうなのでしょう？勿論、医療従事者として患者さんの身近な相談にのけることは良いですが、施策として栄養サポートチームに相談支援センターと同じもの、もしくはそれを補完する役割を求めるのは筋違いな気がします。看護師でも栄養士でも理学療法士でも薬剤師でも同じであり、このチームだけに専門的に相談対応を求めるのは無理があります。

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
◆チーム医療、がんリハ（がんのリハビリテーション）				
243	アウトプット指標	全体	○がんリハの専門的知識・技能を持つ医療従事者のいる医療機関がほぼ行き渡っている。#215101でプログラムの修了者は減ってCとなっているが、全体に行き渡ったのであれば、ネガティブな結果とは言えない。 ○がんリハの人的資源が充実していることは評価できる。 ○アウトプット指標として、リハビリテーション研修プログラム修了者の累計人数が増加し、人員配置も進んでいる点は評価できる。 こうした取り組みにより、患者が専門性の高いリハビリを受けられる環境整備が進んでいることは安心につながる。	○がんリハを受けられた患者の割合が42%であることが妥当かどうか、臨床的に検証する必要があると考えられる。
244	中間アウトカム指標	215201	○ベースライン値42.4% 中間43.5%と増加していることは評価できる。	○まだまだ増え方が足りないと思われる。 ○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が40%台というところは更なる取り組みが求められるのではないかと。 ○実際にリハビリテーションを受けた患者の割合は 43.5%にとどまっている。リハビリのニーズや必要性を踏まえると、この水準が適切かどうかは検討が必要である。必要な患者が確実にリハビリを受けられる仕組みの整備や、患者自身がリハビリの重要性を理解しやすい説明・相談体制の強化が求められる。 ○アウトプット指標では、知識や技能を有する医師や療法士が配置されている割合は多いものの、中間アウトカムではリハビリを受けた患者の割合が半数を切っている。退院後の通院となった場合、「病院でリハビリを受けるのではなく、民間で受ける人が増えたからなのか」「民間の受け入れ先が（とくに小児は）見つからず、リハビリを受けられていないのか」は、検証が必要なのではないかと。 ○アウトプット指標が中間アウトカムに寄与するロジックは理解できるが、その結果、何がもたらされたのかを測る指標がない。 ○分野別アウトカムの指標に、患者に生じた良い影響を置く必要がある。 ○入院中＝治療中の限定的な期間のQOL、通院中＝生活全般におけるQOLであり、通院と入院中では、評価の基準や解釈が異なる。現状の「最終アウトカム指標＝自分らしい日常生活を送れている（判定A）」と結びつけるには不十分である。
245	中間アウトカム指標	215201		がんのリハビリの適切な提供はAではあるが、4割台にとどまっている。がんのリハビリは、がんの種類によって内容に差異があるので、診療科ごとに実施率を出すアプローチが必要なのではないか。
246	分野別アウトカム指標	200001	○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。	
247	最終アウトカム指標	000010	○現在自分らしい生活を送れていると感じるがん患者の割合は増加している	○成長期にある小児がん患者においては、OT・PTなどの関わりが退院後の発達・学校生活・社会生活に大きな影響を与える。 晩期合併症との関連もあるため、評価が必要と考える。 ○「がんの死亡率の減少」と相関は認められるが、診断後のさまざまな治療が「がんの死亡率の減少」に寄与する要因として考えられ、第5期に向けて、「リハビリテーション」との因果関係として妥当か検討が必要である。患者のQOLの向上など新たな指標の設定が必要である。 ○「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。
248				「さらに推進が必要と考える事項」について がんリハの人的資源が充実していることは評価できるが、一方でがんリハを受けられた患者の割合が42%であることが妥当かどうか、臨床的に検証する必要がある。必要な患者が確実にリハビリを受けられる仕組みの整備や、患者自身がリハビリの重要性を理解しやすい説明・相談体制の確保が求められる。 保険にプレッシャーをかける意味でも、外来通院患者など必要な患者が確実にリハビリを、を入れても良いと思いました。
◆支持療法（支持療法の推進）				
249	アウトプット指標	全体	○専門資格を持つ医療従事者数や割合等、概ね上昇するか高い水準で推移している。	
250	アウトプット指標			アピアランスケアの重要性は言うまでもないが、支持療法の1丁目1番地がアピアランスかといえば疑問がある。支持療法の1丁目1番地は、できる限り無理なく標準治療を継続するためのサポートであると思う。まずは、治療の過程で生じる苦痛をどう軽減できたかを評価するのが適切ではないか。
251	アウトプット指標	216101	○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が増加している	○アピアランスケアでうまくいった事例等の情報収集や横展開を行い、全体の対応力の向上が必要 ○科学的根拠に基づく標準的な化学療法を遂行することが、支持療法の最大の課題だと思う。例えば副作用を和らげる薬剤の調整がどの程度、行われたか、などが指標として必要ではないかと思う。 ○アピアランスの重要性を否定するものではないが、アピアランス相談の件数が支持療法のアウトプット指標のコア指標なのかという疑問はある。 ○リンパ浮腫もよいが他にも支持療法を検討すべきではないか。 ○アピアランスケアは医療というより共生ではないか。
252	中間アウトカム指標	全体		○多くのアウトプット指標の評価が向上しているにもかかわらず、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が減っているのは？
253	中間アウトカム指標	216201		○「治療による副作用の見通しを持たせた患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。
254	中間アウトカム指標	216201		○2点のデータでは改善したかの評価が難しいため、今後も推移を見ていくことが必要。
255	中間アウトカム指標	216202	○身体的つらさの相談しやすさのアウトカムが大幅に改善している。 ○「身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う」と回答した患者の割合が46.5%から65.1%へと大きく増加しており、相談環境の改善が進んでいる点は患者にとって心強く、評価できる。	○分野別アウトカムに直結する中間アウトカムと考えられ、改善の理由を検証し、さらなる推進を図ることが望ましいと考えられる。 ○「身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。 ○2点のデータでは改善したかの評価が難しいため、今後も推移を見ていくことが必要。

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
256	中間アウトカム指標	216203	○中間アウトカム指標について、「外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合」以外は改善傾向であったことは評価できる。	○「外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた若年患者の割合」は3割未満だが、母数に相談を必要としない若年患者が含まれている可能性があり、評価は難しいが、相談を必要とする患者らに必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善に対する取り組みは必要。 ○各医療機関でアピアランスケアが実施されるためには、アピアランスケアについて十分な知識等を持つ医療従事者のさらなる養成及び医療従事者に対するアピアランス研修会の効果的な周知や研修を受講しやすい環境の整備が必要。 ○アピアランスの相談件数が増えているのに中間アウトカムの#216203の割合でみると25.8%にまで減っているのはまだ届いていない患者が多いのではないかと。 ○外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できた患者の割合は減少している。この乖離は、アピアランスケアに関するアンメットニーズ（満たされていない支援ニーズ）が予想以上に大きいことを示唆しているのではないかと。
257	中間アウトカム指標	216204		○拠点病院等（QI研究参加施設）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が低下していることは懸念されるため、支持療法の均てん化の促進が必要である。 ○なぜ測定値が10ポイントも低下しているのか分析が必要。薬物療法のスタッフ数は改善したのに、中間アウトカムが落ちるのはロジックに問題があるのか、スタッフ以外の要因があるのか。 ○支持療法の結果を把握する指標が必要。患者調査をもう少し詳細に取ることで指標にできるのではないかと。
258	分野別アウトカム指標	全体		○多くのアウトプット指標の評価が向上しているにもかかわらず、身体的苦痛・精神的苦痛を抱える患者の割合に変化がない
259	分野別アウトカム指標	200001	○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。	○患者の総合評価を支持療法の分野別アウトカムの指標にするのは無理があり、とりあえず#200006と#200007があればよいと思う。
260	分野別アウトカム指標	200006		○0.7%の改善でAがついているが、身体的な苦痛を抱える患者が3割に上るのは高すぎるというべき。 ○アウトプット指標にストラクチャーが挙がっており、分野別アウトカムでは患者の体感が指標になっている。その間に専門職の関与による状態改善を測る指標が必要だと思う。 ○「身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。
261	分野別アウトカム指標	200006		分野別アウトカムの身体的苦痛を抱えるがん患者（200006）は3人に1人に上り、精神・心理的苦痛を抱えるがん患者（200007）も4人に1人に上る。中間アウトカムの標準的な支持療法を実施された患者の割合（216204）は10ポイントも落ちていることは極めて深刻な点。支持療法が適切に行われたのか、その結果、どうなったのか（支持療法は奏功したのか）を検証していく必要がある。
262	分野別アウトカム指標	200007	○患者調査がロジックとして適切に使われている。精神心理的な苦痛を抱えるがん患者が4人に1人は高い。	○この数値を引き上げる中間アウトカムが見当たらない。「相談ができたか」の指標はあるが、「相談の結果、良くなったのか効果がなかったのか」を測る指標が必要。
263	分野別アウトカム指標	200007		○「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。
264				「進捗状況の評価」について 200007精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少のCについて記述がないのは、何故でしょうか？コア指標なのでコメントがあった方がよい。緩和ケアで扱われているからでしょうか？コアから外しても良いような気もします。
265				「さらに推進が必要と考える事項」について アピアランスケアについて、上二つを一つにまとめても良いのではないかと思います。
◆緩和ケア（緩和ケアの提供について）				
266	アウトプット指標	217101	○症例の増加、算定回数の増加、患者数の増加とも評価できるが、実数を見て、全体のどのくらいのニーズが満たされたのかかわからないので、一概にAと言えるかどうかかわからない。	○アウトプット指標は改善したのに、アウトカムが改善しないのは、何か評価の過程が欠落しているのではないかと。
267	アウトプット指標	217105	○神経ブロックの実施数:目標に近い数字にはなっているが頭打ちなのではないか。	○実施可能施設に限られるためゲノム医療のように拠点を作り紹介を推奨するなどの手法が必要ではないかと。
268	アウトプット指標	217107	○緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数が増加していることは、地域の中で緩和ケアにつながる患者が広がっている点で評価できる。	○拠点病院等の緩和ケアチームの新規診療症例数と比較し、必要とする全ての患者が実際に外来につながっているかどうかを検証する必要がある。 ○「取り組むべき施策」にあるように外来におけるさらなる専門的な人材の配置についての取り組みが必要であり、様々な苦痛を把握するためにも、外来での相談支援機能の充実が必要である。
269	アウトプット指標	217109	○研修の修了者数が増加し、緩和ケアに関する知識や理解が広がっている点は評価できます。現場での対応力向上にも一定の効果が期待されます。	○広く診療従事者の研修受講を促す取り組みが必要である。 ○修了者数を指標とする評価は一定の意義があるが、実際の患者や家族に届く緩和ケアに繋がっているとは言えない状況。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で断られ、結果として終末期になるまで専門的な緩和ケアにたどりつけない事例が少なくない。このような状況を踏まえると、修了者数の増加を成果とみなすだけでは不十分であり、むしろ「いかに適切な時期につなげられるか」というプロセスに着目した調査や評価を求める。
270	中間アウトカム指標	全体	○#217207：医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合が大きく増加しており、#217203-217204：心身の苦痛全般に対する医療者への信頼や安心が高まっていると考えられる。 ○「医療者はつらい症状にすみやかに対応していた」と感じる患者の割合は75.0%から90.2%へと大幅に改善しており、相談できた患者に対しては適切な対応がなされていることを示しており評価できる。	○こうした医療者への信頼感が醸成される一方、#217205-217206：本人・家族の生活などの悩みや負担に関しては、相談や支援が十分ではないと考えられる。具体的にどのような種類の悩みが解消されていないのか、それは医療的なりソースのみで解決可能なものなのか、把握することが必要。 ○身体的なつらさがある時にすぐに相談できると感じる割合：65.1%、心のつらさについてすぐに相談できると感じる割合：47.6%、がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる割合：76.3%から60.6%へ減少という結果から、相談できた人には十分な対応がされている一方で、そもそも「相談しにくい」「相談できない」患者が相当数存在し、苦しみを抱えたままになっている可能性が強く示唆される。 今後は「対応の質」だけでなく、患者が安心して相談しやすい環境をどう整えるかが重要である。がん相談支援センターやピアサポーターの活用、緩和ケアチームや心理士など多職種による相談窓口の拡充、患者や家族への積極的な声かけといった仕組みを通じて、「相談できる人を増やす」こと自体を指標として重視することが考えられる。 ○医療者に苦痛の表出ができること、の項目は総じてまだ低いことから更なる取り組みが必要。

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
271	中間アウトカム指標	217201		<p>○拠点病院等にかぎらず、地域の病院においても苦痛の把握とケアへの反映のため、「苦痛のスクリーニング」の導入医療機関を増やすなど、さらなる取組が必要。</p> <p>○患者自身と遺族の間に差異があることをどう解釈するか</p> <p>○速やかに対応はしてもらったが、必ずしも気軽に相談できるわけでもなく、苦痛が減ってもいない。評価すべき指標に何か欠落があるのではないか。</p> <p>○コロナ禍による面会制限等が影響している可能性があるため、次回の遺族調査で詳細に調査ができると良い。</p> <p>○「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 成人」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>
272	中間アウトカム指標	217205	<p>○がん患者が、医療者に苦痛の表出をできることに関しては医療スタッフや医療者が身近にいる場合は極めて良好な数字となっており、評価できる。</p>	<p>○がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合の判定がCである。相談支援センターの周知だけでなく、強化（特に人的）の必要がある。コロナ禍により、相談支援センターの利用数が減少したことも考えられるため引き続き測定を継続する必要がある。</p> <p>○がん相談支援センターの周知を強化して相談件数の増加および相談者の不安等の軽減につながるよう対応力の向上など、量的・質的の両側面からの相談支援機能の強化が必要。</p> <p>○がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合や家族に関するフォローが十分でない点がみられる。がんの相談支援・情報提供に関する一定の研修を受け、必要に応じ、がん患者やその家族等に対し、拠点病院等のがん相談支援センターを紹介できる地域や拠点病院外で活動するの人材等の育成や利用の促進が望まれる。</p> <p>○「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>
273	分野別アウトカム指標	全体	<p>○A判定が散見されるもののC判定も多い。</p>	<p>○多くのアウトプット指標の評価が向上しているにもかかわらず、特に最終段階での身体的精神的苦痛の割合が高まっている。その割合が半数にもおぼろげなところは大きな改善が求められるのではないか。</p> <p>○中間アウトカムを改善させるための検証が重要と考えられる。</p>
274	分野別アウトカム指標	200006	<p>○3人に1人のがん患者が身体的苦痛を抱えていて、療養生活の最終段階で苦痛を感じる患者が半数に上る。</p>	<p>○「身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値であるが、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p> <p>○アウトプット指標の設定はいいが、実数ではなく、何らかの割合で示すべきではないか。中間アウトカム、分野別アウトカムと進むにしたがって測定値が悪化しており、相談できるかどうかというよりも、専門職の介入の有無やその成果を測定すべきではないか。</p>
275	分野別アウトカム指標	200007		<p>○拠点病院等にかぎらず、地域の病院においても苦痛の把握とケアへの反映のため、「苦痛のスクリーニング」の導入医療機関を増やすなど、さらなる取組が必要。</p> <p>○今回は特にご遺族の満足度が低いように感じる。</p> <p>○「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は患者体験調査に基づく値であるが、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>
276	分野別アウトカム指標	200008		<p>○「療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は遺族調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>
277	分野別アウトカム指標	200009		<p>○拠点病院等にかぎらず、地域の病院においても苦痛の把握とケアへの反映のため、「苦痛のスクリーニング」の導入医療機関を増やすなど、さらなる取組が必要。</p> <p>○「療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は遺族調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>
278	分野別アウトカム指標	全体	<p>○A評価が散見されるもののC評価も多い。</p>	<p>○中間アウトカムを改善させるための検証が重要と考えられる。</p>
279	最終アウトカム指標	000010	<p>○「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」が増加している。</p>	<p>○最終アウトカム判定は「A」だが、分野別アウトカムは「C」が多く、両者の整合性について丁寧な説明が必要であると考えられる。</p>
◆妊孕性（妊孕性温存療法）				
280	アウトプット指標	全体	<p>○妊孕性温存に関する取り組みは、着実に広がっていることが感じられる結果。</p>	
281	アウトプット指標	218101	<p>○がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院等の割合がベースライン値より増加していることは評価できる。</p> <p>○がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院等の割合が若干増加している点は評価できる。患者にとって、生殖に関する意思決定支援は将来の生活設計に直結する重要な支援であり、こうした体制整備の進展は心強い。</p>	<p>○割合の増加だけでは実態を十分に把握できないため、n/N（実数）の表記を併せて示すことが望ましい。</p>
282	アウトプット指標	218102	<p>○がん相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数が増加しているのは、患者や家族が将来の生活設計に直結する重要な課題について相談できる機会が広がっている点で良い傾向である。</p>	<p>○小児がん拠点病院等のデータは含まれているかどうか。含まれているなら、成人の拠点病院等と分けて集計されていると更に適正な評価ができ、適切な対策につながると思われる。</p>
283	アウトプット指標	218103	<p>○日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）への登録症例数が285件から1453件へと大幅に増加しており、がん患者が生殖に関する医療情報を共有・活用できる体制が整いつつある点は評価できる。</p>	<p>○症例数の増加は良い傾向だが、登録の地域差や施設間のばらつきがある可能性があり、全国的に均てん化されているかを確認する必要がある。</p> <p>○また、登録症例数の増加が実際に患者や家族への支援や治療の質向上にどう結びついているのか、アウトカムとの関連を評価することが望ましい。</p>
284	中間アウトカム指標	218201	<p>○「治療開始前に生殖機能への影響に関する説明を受けた」と回答した成人がん患者・家族の割合は52.0%から71.5%へと大幅に増加しており、インフォームドコンセントの中で妊孕性への配慮が含まれるようになってきていることを示しており評価できる。患者や家族にとって、将来の生活設計に関わる重要な情報が治療前に得られることは大きな安心につながる。</p>	<p>○全体として割合が上昇しているのは良い傾向だが、年齢階層ごとの分析が不可欠である。特に、思春期・若年成人（AYA世代）や将来の妊娠・出産を希望する世代での説明状況を丁寧に把握し、十分な支援につなげる必要がある。また、高齢層や生殖希望が低いとされる層でも、説明の省略が適切かどうかを検証する視点が必要である。</p> <p>○「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 成人」患者体験調査に基づく値である。令和3年9月3日の厚生労働省・第2回がんの緩和ケアに係る部会で提示された資料2によると「約半数のがん患者はがん診療連携拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合はがん診療連携拠点病院以外でなされていることが推察」と指摘されていることから、患者体験調査による評価では「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。」との全体目標を十分に満たしているとは言えず、がん診療連携拠点病院以外の患者体験の調査が必要である。</p>

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
285	中間アウトカム指標	218201	○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、成人は、ベースライン値52%から中間71.5%と増加していることについては評価できる。 ○成人については事前説明を受けた患者割合が明らかに上がっており、アウトプットから中間アウトカムへの成果があったと評価される。	○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・家族の割合は伸びてはいるがまだ低い。 ○ただ、それが#200007の分野別アウトカムに奏功するとは思えない。
286	中間アウトカム指標	218202		○がん・生殖医療に関する臨床研究実施数がベースライン値より半減している。この分野の研究支援体制をより手厚くする必要がある。
287	分野別アウトカム指標	200007		○妊孕性温存療法が「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」と相関は認められるが、患者体験調査で回答した患者が抱く「精神心理的な苦痛」との因果関係として妥当か、第5期に向けて検討が必要である。 ○適切な分野別アウトカムが必要だと思う。
288	最終アウトカム指標	全体		○分野別アウトカム・最終アウトカムは世代別のものにはならないか。
289	最終アウトカム指標	000010	○「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」が増加している。	○最終アウトカム判定は「A」だが、分野別アウトカムは「C」であり、両者の整合性について丁寧な説明が必要であると考ええる。
290				「さらに推進が必要と考える事項」について 上の二つは、どちらもIMRTに関する整備のことなので一つにまとめた方がよいのではないかな？
291				臨床的な意思決定で患者の意向が重視されるつつあることは望ましい傾向です。しかし新たな抗がん剤の開発が進んだことで治療法が多様化しており、従来の（医療者が示す選択肢に着地する）インフォームドコンセントだけでなく、（患者と医療者が望ましい方法を探す）SDM（共有意思決定）の重要性が、どの領域でも急速に増えています。SDMのようなコミュニケーション、意思決定、合意形成をサポート（またはmediate）できる人員や、制度・組織の充実なども（指標になりにくいところかもしれませんが）今後の検討課題となると思われます。
◆希少・難治性がん（希少がん対策）				
292	アウトプット指標	全体	○希少がんの情報提供については、C判定もあるが、がん情報サービスのサイトが充実し、認知度が安定したのではないかな。ホットライン件数も伸びている。	
293	アウトプット指標	220101	○希少がんホットラインへの問合せ数がベースライン値より増加していることは評価できる。	○#220102について、相談件数は中央機関のホットラインのみではなく各地の希少がんセンターの状況もわかるよう計上したほうがいいのではないかな。
294	アウトプット指標	220102	○「がん情報サービス」や「希少がんセンター」に掲載されている希少がんの数は増えており、希少がん患者や家族が正確な情報にアクセスできる環境が整備されてきている点は評価できる。	○希少がん68がん種のページビュー数（PV数）が減少していることは懸念される。新規ページの追加や既存ページの更新頻度の減少と関連している可能性があり、患者が「最新情報が得られない」と感じてアクセスしなくなっている恐れがある。患者にとっては情報の鮮度や信頼性がとても重要であるため、定期的な更新と新規情報の充実を通じて、利用しやすく安心できる情報提供体制を維持する必要がある。 ○当該ページの新規・更新が減少していること、希少がんの数へのPV減少傾向がみられる。当該ページの積極的な更新が望まれる。 ○第5期に向けて、『がん情報サービス』を患者・家族にとっての中核的な情報プラットフォームとして強化する必要があるが、専門用語が多く情報の理解困難性や薬機法等により治療前に一般向けの薬剤情報提供の制約があるなどの視点を評価するような指標の検討も必要である。
295	アウトプット指標	220102		<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項> について最近ではAIサマリーが検索結果に揭示され、そのみで満足してしまう人がウェブサイトを閲覧せず（ゼロクリック検索）PVが全体として減少傾向となっているようです。今後AIモードの拡大にすれば、さらに減る可能性が高いため、PVに変わる指標の検討が必要と考えられます。またロジックモデルでは、プロセス・アウトプット指標が現状では重視されており、その仕事を支える人材、組織体制のようなストラクチャー部分の評価は十分でない可能性があります。どの程度の人員体制が適正かはすぐに決められないところですが、対象疾患・事項の増大、迅速な更新の必要性などを勘案して、ニーズに応えられる体制の維持が必要と思われる
296	アウトプット指標	220103		○地域で議論するときがん種ごとに展開でき患者に公開できるようになるとありがたい。都道府県ごとの議論の中にそれぞれ各地の希少がんセンターが県を超えて入って議論できるといいのではないかな。
297	アウトプット指標	220104	○中央病理コンサルテーションの数がベースライン値より倍増以上となっている点は評価できる。 ○中央病院と拠点病院との連携数倍増は明らかな成果といえる。	○小児がんにおいても病理コンサルテーションの実態を測定できる指標を考える必要がある。 ○コンサルテーションを行っている病院に地域的偏りがないか評価することも重要である。 ○アウトプット指標（連携）→中間アウトカム（確定診断までの時間短縮）へのロジックも納得感がある。
298	アウトプット指標	220105		○臨床試験を実施している拠点病院等の数は分かるが、そもそもいくつの臨床試験が実施されているかの整理が必要だと思う。 ○「小児がん」を含む「希少がん」においては、拠点病院のみならず全国の治験実施状況を一元的に把握し、治療や研究開発の進展として評価に反映させることが重要であると考ええる。
299	アウトプット指標	220106	○希少がんに関するガイドラインの数がベースライン値より漸増している点は評価できる。	○疾患数に見合うガイドラインが必要でさらなる増加を期待したい。また、エビデンスが少ない希少疾患のガイドラインの質をチェックすることも必要である。 ○エビデンスが少ない希少疾患のガイドラインの質をチェックすることも必要である。 ○作成のペースを上げていただきたい。
300	中間アウトカム指標	全体	○希少がんに関する中間アウトカムが設定され、進捗を把握できる仕組みがあることは、これまで見えにくかった希少がん対策の実態を明らかにするうえで評価できる。	○現状の数値だけでは施策の効果を十分に判断できない。特に、拠点病院への集約化が実際に診療の質や患者のアクセス改善につながっているかどうかを検証することが重要である。集約化によって「遠距離通院が増えただけ」になっていないか、また「専門性の高い医療に確実にアクセスできているか」を患者目線で評価する必要がある。
301	中間アウトカム指標	220201	○治療スケジュールの見通しに関する情報を十分えることができた希少がん患者の割合がベースライン値より上昇していることは評価できる。	
302	中間アウトカム指標	220202	○希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数がベースライン値より増加していることは評価できる。	
303	中間アウトカム指標	220203		○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が長くなる傾向がある。診療体制、とくに専門施設への速やかな連携体制構築について改善が求められる。
304	分野別アウトカム指標	200011	○希少がんについて、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ると思う患者の割合がベースライン値より増加していることは評価できる。	
305	最終アウトカム指標	000011	○「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」について、ベースライン値より増加している。	○最終アウトカム指標「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」と、分野別アウトカム指標「希少がんについて、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ると思う患者の割合」は改善しているが、中間アウトカム「連携の円滑化（速やかな医療の提供）」はベースライン値より減少している。集約化が図られる中であっても、希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、情報提供のみならず医療機関同士のさらなる連携が必要。
306				「さらに推進が必要と考える事項」について 希少がんの情報提供については、C判定もあるが、「がん情報サービス」や「希少がんセンター」に掲載されている希少がんの数は増えており、また、ホットラインへの相談件数も伸びてきており、希少がん患者や家族が正確な情報にアクセスできる環境が整備されてきている点は評価できる。一方で、希少がんのページビュー数（PV数）が減少していることは懸念される。患者にとって重要なのは情報の鮮度や信頼性とと考えられるため、定期的な更新と新規情報の充実を通じて、利用しやすく安心できる情報提供体制を維持する必要がある。 委員の文章をそのまま載せたのですが、評価の部分と施策の部分と混在しています。評価の部分は切り離して「進捗状況の評価」に移すべきです。またご存じの通りAIに吸い取られてPV数は指標として不適切であることが分かっています。コア指標ではないので無視した方がよいと思います。
◆希少・難治性がん（難治性がん対策）				
307	アウトプット指標	全体	○情報発信も増えており、連携体制も良くなっている様子。アウトプットからアウトカムへの流れが理解しやすい。	

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
◆小児・AYA〔小児がん対策〕				
308	アウトプット指標	全体	○小児がん医療体制を支える医療者数の変化を明確に捉えることができる。	○小児がん対策に不可欠な医療者が全体として減少傾向にある。特に患児だけでなく家族の心や生活面を支援する立場にある医療者が短期間で2-3割近く減っている。中間アウトカムの測定値が出ていないが影響が懸念される。原因究明が必要。 ○中間アウトカム指標「長期FUについて知っている」と回答した小児がん患者の割合」だけが用いられている。しかし、長期FUは移行医療も含め、成人医療との連携が不可欠である。したがって、推進のためには成人医療の領域の認知・利用（受入れ）実態の評価も必要と考える。 ○小児がん領域の情報提供は「がん情報サービス」を中核的な集約プラットフォームとして強化し、各施設の情報はそこで標準化された形で公開する。そのうえで、各病院は自サイトで独自の取り組みや特色を補足的に発信する、二層構造の情報提供体制が望ましい。これにより、患者・家族は迷わずに必要な情報にアクセスでき、安心して治療や施設選択に臨むことが可能となる。第5期に向けて、指標設定以前の情報提供のあり方について検討が必要である。 ○AMEDにおいて、小児・希少がんの薬剤アクセス改善を目的に「患者申出療養制度」に基づく特定臨床研究を実施している。しかしながら、その申請資料は薬事承認に利活用できない。
309	アウトプット指標	230101		○2点間での評価は難しいが、小児がん拠点病院等において、専門的知識・技能を有する医師数が減少しており、患者数の増加と逆行する傾向は医療提供体制に深刻な影響を及ぼす可能性がある。
310	アウトプット指標	230102		○専門医の減少要因（退職・配置換え・人材確保の困難さ等）を含め、現場の実態を詳細に把握し、課題を明確化する必要がある。
311	アウトプット指標	230103		○中間アウトカムの改善に向け、集約化の進展に伴い、専門医の配置や育成を一層強化し、患者増加に対応できる持続可能な体制の確保が望まれる。
312	アウトプット指標	230104		○小児がん拠点病院等において、専門的知識・技能を習得している看護師の人数が減少しており、その減少幅は医師以上である点を強く憂慮している。
313	アウトプット指標	230105		○療養支援の専門家についても大きな減少がみられ、支援体制全体の脆弱化が懸念される。これについても実態把握と再構築が必要である。
314	アウトプット指標	230106	○都道府県協議会において、長期フォローアップの連携体制に関する議論を行う都道府県の数が増加していることは評価できる。	○依然として未実施の自治体が存在するため、好事例の横展開を通じて取組を広げ、議論が進むよう促すことが必要である。
315	アウトプット指標	230107	○長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の数がベースライン値より漸増している。	○設置状況には地域差がある可能性が高く、その把握と是正が必要である。外来の設置数のみならず、提供されている支援内容や実際の利用状況を含めた質的評価を行うことで、患者の療養生活の向上に直結する体制整備につなげる必要がある。 ○マンパワーに乏しい小児がん領域で、独立した長期フォローアップ外来を設置するのは難しい施設も多い。実態に応じた測定方法を模索する必要がある。 ○中間アウトカム指標「長期FUについて知っている」と回答した小児がん患者の割合」だけが用いられている。しかし、長期FUは移行医療も含め、成人医療との連携が不可欠である。したがって、推進のためには成人医療の領域の認知・利用（受入れ）実態の評価も必要と考える。あわせて、晩期合併症の情報収集も必要である。
316				
317	アウトプット指標	230108	○多職種からなる AYA 支援チームを設置している拠点病院等の割合が増加していることは望ましい。 ○AYAチームの設置は増加している（ただし、都道府県によりばらつきが見られる。地域によっては若い患者が他県で受診しているとの声も聞かれることから、均てん化・集約化の影響も考慮する必要がある）	○AYA世代がんについて社会広報が拡がり、拠点病院等がこれに対応できている。さらなる改善を期待したい。 ○AYA 支援チームの設置が、今後どのように分野別アウトカム指標に影響するかを注視し、効果を検証していく必要がある。 ○チームの活動に加え、公的社会資源の少なさが大きな課題であるため、障害サービスの活用が可能になる等の施策が急がれる。 ○AYAチームが増加しても、連動して中間アウトカムの悩みの相談につながっていない。AYAチームが中間アウトカムで伸びた妊孕性に特化した活動になっているのか、または役割の拡大を促進する必要があるのか、もしくは相談のスタイルを変化させる必要があるのか、当事者ニーズとチームの役割のベクトルを合わせる必要がある。
318	中間アウトカム指標	230201		○集約化が測れるなら指標として極めて重要でコア指標にしたい。
319	中間アウトカム指標	230203		○長期フォローアップの認知・利用拡充の測定値が未入力だが、状況把握が望まれている項目である。 ○研究成果を踏まえて、一般病院の成人診療科との連携への施策の強化、および就学、就労といった社会課題への対応も取り組みが求められる。
320	中間アウトカム指標	230204		○測定は2点間のみであり、増減の傾向を評価することは難しい。 ○小児がんに関する治験数が減少傾向にあることを危惧している。 ○治験を実施している拠点病院の地域的な分布にも偏りがなければ、患者が治験へ公平にアクセスできる体制を確保する必要がある。 ○症例数が限られている小児がん領域で治験を行うことに困難が生じることが多い。また、小児がんの治験を行う国立がん研究センター中央病院の役割も盛り込まれていない。治験数を小児がん拠点病院および中央機関としてはどうか。 ○小児がん拠点病院で実施されている治験数はベースライン値を下回っている。小児がん拠点病院の指定要件や役割を踏まえれば、治験数を積極的な取組の一つとして評価することは妥当である。 ○しかし、がん対策の観点からは「小児がん」を含む「希少がん」においては、拠点病院のみならず全国の治験実施状況を一元的に把握し、治療や研究開発の進展として評価に反映させることが重要であると考えられる。 ○小児がんの治験・臨床試験数を増加させる対策が必要ではないか。
321	中間アウトカム指標	230205		○がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる若年がん患者の割合がベースライン値より漸減している。患者目線での相談支援体制についてさらなる改善が必要である。 ○若年がん患者が安心して相談できる体制を強化するため、AYA支援チームの活用方法を具体的に検討し、支援の実効性を高める必要がある。
322	中間アウトカム指標	230206	○AYA世代のがん対策について、アウトプット指標である「多職種からなる AYA 支援チームを設置している拠点病院等の割合」、分野別アウトカム指標「若者がん患者の診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）」、最終アウトカム「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」についてはベースライン値より増加している。	○測定値は減少しており、評価としては憂慮すべき状況である。AYA支援チームの活用を含めた具体的な改善策を検討すべきである。 ○患者目線での支援体制についてさらなる改善が必要である。 ○「外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた若年患者の割合」は5割未満だが、母数に相談を必要としない若年患者が含まれている可能性があり、評価は難しいが、相談を必要とする若年患者に必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善に対する取組みは必要。
323	中間アウトカム指標	230207	○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（小児）がベースライン値より大幅に改善していることは評価できる。	○小児がん患者に対する妊孕性温存の意識が高まっている。更なる改善を期待したい。 ○説明の実施にとどまらず、実際に妊孕性温存を行える医療機関が地域に存在するか、または他機関と連携して適切に対応できる体制が整っているかを評価する必要がある。
324	分野別アウトカム指標	200003	○若年がん患者の診断・治療全体の総合評価が上昇している点は評価できる。	○この分野別アウトカム指標のさらなる改善を期待したい。
325	最終アウトカム指標	000012	○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がベースライン値より上昇していることは評価できる。	○指標がさらに改善するよう支援体制を強化していくことが重要である。
326				
327	アウトプット指標	全体	○もともと急性期医療から地域の介護・福祉施設や在宅へ移行するための連携は診療報酬の観点からも活発に行われておりベースラインが高い。今回の調査で100%に。	○アウトプットの測定は最高値だが、中間アウトカム240201連携への評価には連動していない。医療機関から一歩出た先が見えないため、退院後の日常生活を支える体制を評価できる指標が必要ではないか。 ○高齢者は評価指標が少なすぎる。
328	アウトプット指標	240101	○地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とのつながりが100%になったことは評価できる ○検討を実施する拠点病院等の割合が100%であり、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の情報共有・役割分担が検討されていることは評価できる。	○指標上は実施率が100%であるものの、この指標では、連携の実態は十分に把握できていない。拠点病院で検討を行ったという形式的な数値ではなく、実際にどのような医療機関・介護従事者とのような連携が行われているのか、質的な評価が必要である。

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
329	アウトプット指標	240102	○拠点病院等の100%で、意思決定能力を含む機能評価を行い、ガイドラインに沿った対応を実施しているとされている点は評価できる。	○患者と医師の間で「最期の療養場所について話し合いがあった」と回答した人の割合は52.9%にとどまっており、実態との乖離が疑われる。 ○APCは都道府県に聞くとやっているというのが現況報告書ではなく、患者からの情報がほしい。
330	中間アウトカム指標	240201	○高齢者のがん対策について、中間アウトカム指標「医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した人の割合」を除き、アウトプット指標、中間アウトカム指標、分野別指標、最終アウトカム指標で改善傾向であったことは評価できる。 ○意思決定支援のアウトプット指標の測定値が100%は効果が表れている。	○「医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かった」と回答した人の割合はベースライン値より減少しているが、79.4%から77.4%という変化であり、今後も推移をみていくことが必要。 【資料6】(4)②高齢者について、厚生労働科学研究の結果を踏まえ、多職種連携における課題解決に資する取組が必要。 ○遺族調査による多職種連携の評価がCであることは、コロナ禍の影響も考えられるが、患者・家族を中心とした連携になっていたかの評価として考えられるのではないかと。
331	中間アウトカム指標	240202	○患者と医師の間で「最期の療養場所について話し合いがあった」と回答した人の割合は52.9%であり、前回より上昇している点は評価できる。 ○意思決定支援のアウトプット指標の測定値が100%は効果が表れている。	○依然として約半数にとどまっており、療養場所に関する希望が十分に共有されていない可能性がある。単に話し合いの有無を確認するだけでなく、患者の希望を踏まえた対応が実際に行われているかどうかを質的に評価していくことが重要である。 ○大きな改善だが、まずはQOLに配慮した適切な治療ができているかを問うべきで、高齢がん患者のための薬物ガイドラインはあったと思うので、この使用状況などを指標にするのが良いのではないかと。 ○療養場所に関することは、終末期の患者・家族の大きな不安であるためAの判定ではあるが、測定を継続する必要がある。
332	分野別アウトカム指標	200001		○コア指標になっているが、この総合的な患者調査で高齢者のがん対策を測るのは無理だと思う。
333	最終アウトカム指標	全体		○最終アウトカムは全体数でなく高齢者で計測すべきではないかと。
334				「さらに推進が必要と考える事項」について 拠点病院の100%で高齢者機能評価を行っているのとあるが、本当に高齢者全員に行っているのか？一部の患者に対してではないのか？ 高齢者に対して、がん治療に対するコンプライアンスを上げるために、また、治療後の自立や社会生活の維持のために、積極的に栄養介入、リハビリ介入などを進めるべきである。 (高齢者に特化した指標が少ないですが、大変重要な領域なので、推進事項として記載してはどうか？)
◆医療実装（新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装）				
335	アウトプット指標	全体		○アウトプット指標が設定されていないが、日本は現在、米国FDA主導のProject Orbisにオブザーバーとして関与しているにとどまり、並行審査・同時承認の枠組みには加わっていないため、海外で承認された薬剤が日本では依然遅れて承認される状況がある。がん患者の迅速かつ公平な治療機会を確保するためには、Project Orbisへの段階的参加を視野に、国際共同治験の推進、審査リソースの拡充、薬価制度との整合性の確保、さらにWHOが提唱するリライアンスの明確化を進めることが不可欠であり、指標設定以前の現状を把握し、あり方について検討、一層の取り組みが必要である。 ○アウトプット指標に上げられている項目はまだ4つのうち3つが作成されていないところだが全ての指標が今がん医療に求められている内容だと思う。早期の具体化を求める。
336	アウトプット指標			アウトプット指標が4つのうち3つグレーアウトになっておりますが「着実に検討を進めること」と記載されているところについては文章で記載しておいてはいかがでしょうか。 <進捗状況の評価>参考資料6を含んで記載。 ○海外の中小バイオ企業による日本での開発・薬事申請を促すため、PMDA米国事務所を相談・支援の窓口となる拠点として設置（2024年11月）し、PMDAと厚生労働省が連携して米国等において、英語で、日本の薬事制度の情報発信、薬事の相談対応を無料で行う事業（医薬品国内開発伴走事業）を実施中である。 ○令和7年度より国際共同治験ワンストップ相談窓口事業を開始し、海外のスタートアップ等が日本で開発を行う際にワンストップで相談を行える窓口の設置を進めている。 <がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項> 情報提供だけではなく ○個別施策である治療薬等へのアクセス改善に向けた研究開発の促進と実用化に向けた課題の整理と方策について着実に検討を進める
337	アウトプット指標	250101	○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等の割合が増えたことは評価できる。	○まだ78.6%なので更なる取り組みが求められる。
338	中間アウトカム指標	250201	○がんに関する臨床研究数が増加していることは、新しい治療法の開発やエビデンスの蓄積が進むという点で患者にとって大変心強く、評価できる。 ○最終アウトカムである死亡率の減少には、新薬や新しい治療の開発などが不可欠であり、がんに関する臨床研究の数が指標になっているのは納得感がある。	○患者が自ら臨床試験をきちんと探せるなど、わかりやすい治験情報提供が求められる。 ○臨床研究を実施する際の丁寧な説明、もちろん断っても構わないことなどを説明しているかどうかのソフトに関する指標も開発して欲しい。 ○2点間の比較だけでは傾向を十分に把握できないため、継続的なデータ収集と推移の確認が必要である。また、臨床研究数の増加は全体的な傾向である一方で、希少がんや小児がんといった領域では研究数が減少しており、研究環境の不均衡が課題である。患者にとって切実な領域ほど研究が停滞してしまうことのないよう、支援体制や研究資源の重点配分を検討すべきである。 ○医薬品などの開発加速と速やかな医療実装のため、特にデータが少ない小児・希少がん領域の研究開発推進のためには、時期基本計画には具体的な指標と評価が必要と考える。
339	分野別アウトカム指標	全体		○いずれの分野別アウトカムも中間アウトカムの成果として導き出されるというロジックに疑問を感じる。
340	分野別アウトカム指標	200005	○治療選択についての情報提供がベースラインより向上している	○拠点病院において、88.5%はなお低いと言うべきではないかと。 ○小児がん領域においては、適切なタイミングで最善の医療につながっていない事例や、地域・施設間における医療・情報格差が存在しており、現状の評価の枠組みでは十分に反映されていない。早急に、単に研究数や制度上の実装を評価するのではなく、患者・家族に「医療情報が適切に提供され、最善の医療にアクセスできているか」の評価が必要である。
◆がんと共生分野全体				
341		全体		Percentageを計算した分母が分からないので、わずかな変化で判定を決める妥当性が判断できませんでした。
342		全体		がんと共生分野全般については、拠点病院の要件として掲げている項目においても下がっていることから、取組状況を個別に評価をしたうえで、戦略的に取組を進める必要がある。例えば、チームで精神心理的苦痛の把握・介入や、アピアランスに関する苦痛の把握・介入等を実施する場合、診療報酬を加算するなど、拠点病院が積極的に取り組めるようなインセンティブも含めて検討する必要がある。
◆相談支援について				
343	最終アウトカム指標	000010		「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」という最終アウトカムと分野別アウトカムの間にギャップを感じる。経済状況、自立状況など多角的な評価はできないものか？
344	最終アウトカム指標	000010	自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合が79%まで向上しており、評価できる。	分野別、中間のアウトカム指標に対してC評価が続き、最終アウトカムでAになっている矛盾が生じている。また、この指標だけでは最終アウトカムのうちの「家族の苦痛の軽減」がはかれない。
345	最終アウトカム指標	000010	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合の測定値がベースライン値より上昇している。これまでの対策が総合的に奏効していると考えられ評価できる。	
346	最終アウトカム指標	000010		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とあるが、中間評価の判定でCが多いのに最終がAとなっているのは評価が甘いと思います。中間評価を踏まえて、何が必要なかを再考したほうがよいのではないのでしょうか？
347	最終アウトカム指標	000010		分野別アウトカムにおいて、ほとんどベースライン値を下回るか、または測定されていない状況で、最終アウトカムの測定値がベースライン値から大幅に向上しA判定もAである点の解釈については、相談支援についての中間アウトカムや分野別アウトカムの現状把握と対策の必要性を加味する必要がある。
348	最終アウトカム指標	000010	『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』が79%は高いと考える。	左記の79%は、データソースが患者体験調査であるため、都道府県拠点病院、地域拠点病院、地域がん診療病院および院内がん登録に参加している施設無作為を調査対象（がん全体の7割）としているが、アンケート回答者に病院やPerformance Status(PS)、リテラシーなどに偏りがいないか確認する必要がある。
349	最終アウトカム指標	000010	自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合が70.5%から79%に増えている	評価Aに甘んじることなく、全てのがん患者の、全てのステージでの患者の満足度を継続的に注目していきたい。

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
350	分野別アウトカム指標	300001		ここでは相談支援センターの認知度は減少しているが、令和4年の整備指針改定による取り組み（患者・家族等が治療開始前までにかん相談支援センターを訪問）が反映される次の患者体験調査の結果で継続して見ていく必要がある
351	分野別アウトカム指標	300001	がん相談支援を受けた人の中では、比較的高い満足度が得られていると思われる。	
352	分野別アウトカム指標	300001	「利用した人のうち、役に立ったと感じた割合」は約7割を維持している	利用できた人には有用性がある。 しかしながら、中間評価で微減していることは、例えば、就学や就労、治療と生活の両立、経済的な悩みなどにといった課題に対し、相談支援が十分に対応できていない可能性がある。 相談支援の質の向上が求められる。
353	分野別アウトカム指標	300002	「利用した人のうち、役に立ったと感じた割合」は約7割を維持している	中間評価が低下していることは、ピアサポートの実施頻度やアクセスのしやすさ、疾患別・年代別のマッチングなどに課題が残っている可能性があるのではないかと。 ニーズに対応した支援の充実が必要である。
354	分野別アウトカム指標	300003	もともと低い水準から、さらに低下している	小児がん・AYA世代がん患者家族にとって、治療・付き添い・就学・きょうだい・経済的負担など、家族の悩みは多岐かつ長期であるにもかかわらず、「十分に相談できている」と感じている家族が半数未満であり、さらに中間評価では低下している。 家族が患者を支える過程で生じる悩みや負担について、十分に相談できる支援体制が整っていないということである。 相談支援体制や人材育成、周知方法の見直しを行う必要があると考える。
355	分野別アウトカム指標	300003		家族の悩みに対する相談支援に対する満足度は未だ50%に満たない状態かつ減少しているの引き続きの対策が必要。患者体験調査（問48）で「相談支援センターが何を相談する場なのかわからなかった」という回答が12.5%あったが、家族の相談もできることが周知され改善されていくのか、次回患者体験調査の結果を継続してみる必要がある。2023年遺族調査をみるとがんでは他の疾患よりも遺族の悲嘆は大きくなっており、家族への対策はより必要と考える。
356	分野別アウトカム指標	300003		家屋の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者の割合が微減している。患者の立場からみて望ましい相談支援のあり方について見直す必要があると考える。
357	分野別アウトカム指標	300008	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念した患者の割合が減少している点は、経済・就労支援体制が整ってきていると考えられ評価できる。	
358	分野別アウトカム指標	300009	金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合が微減している点は、経済・就労支援体制が整ってきていると考えられ評価できる。	
359	分野別アウトカム指標	300010		がんの診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合が減少している。患者の立場からみて望ましい相談支援のあり方について見直す必要があると考える。
361	中間アウトカム指標	全体		満足度が高水準で推移していること自体は評価できる。一方、微減については、相談の実施形態や提供体制の変化（例：コロナ禍に伴う運用変更、オンライン相談の活用状況等）が影響している可能性がある。 要望（検討・改善）：国としてもオンライン等を活用した体制整備を進める方針であることを踏まえ、微減要因を把握できるよう、対面／オンライン等の相談形態別、相談内容別（生活・就労・医療費等）に満足度を点検し、相談の質の維持向上につなげていただきたい。
362	中間アウトカム指標	全体	満足度が高水準で推移していること自体は評価できる。一方、微減については、相談の実施形態や提供体制の変化（例：コロナ禍に伴う運用変更、オンライン相談の活用状況等）が影響している可能性がある。 要望（検討・改善）：国としてもオンライン等を活用した体制整備を進める方針であることを踏まえ、微減要因を把握できるよう、対面／オンライン等の相談形態別、相談内容別（生活・就労・医療費等）に満足度を点検し、相談の質の維持向上につなげていただきたい。	
363	中間アウトカム指標	全体		最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」はBL値より増加しているが、中間アウトカム指標・分野別アウトカム指標についてC判定がほとんどを占めており、つながりの評価が難しい。それぞれの指標のつながりが妥当であるか、次期計画策定時には検討が必要である。
364	中間アウトカム指標	全体		中間アウトカム指標の「がん相談支援センターの認知度（成人）」がBL値を下回っている。がん診療連携拠点病院等の指定要件になっているがん相談支援センターに関する広報について、【資料：第4期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧（令和7年12月時点）_共生】3(1)①相談支援の「今後予定している取組」に記載の現状報告にて要件の充足状況を確認し、把握してしていくのみならず、相談を必要とする患者・家族等にかん相談支援センターの存在が周知されるよう、効果的な広報のあり方の検討や、がん相談支援センターに関する広報・周知のさらなる取組が必要である。
365	中間アウトカム指標	全体		中間アウトカム指標の「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」はBL値を下回っているが、母数に相談を必要としない患者が含まれている可能性があり、評価は難しいが、相談を必要とする患者に必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善等に対する取組は必要。
366	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（成人）が11%低下している。相談を行った患者の70%以上が役立ったとしていることから、認知度を高める工夫が必要と思われる。
367	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターについて知っている成人がん患者の割合の測定値がベースライン値より低下している。新規相談支援件数が増加していることと相反する結果である。原因の精査が必要である。
368	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターの存在の認知度は不十分である
369	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援について知っている人の割合が依然として低く、がん拠点病院以外における患者の中での認知度なども解析する必要がある。
370	中間アウトカム指標	311201	成人の場合は、評価が低下しており、小児は中間評価値が示されていないため評価はD。 一方で、がん相談支援センターの相談件数は増加しており（判定A）、体制整備は一定程度進んでいる。	成人）ベースラインから中間測定値が下がっており、これについては、認知度が減少している可能性があり、他の指標（311202、311203、311204など相談支援センターで情報を入手しようとする割合、相談できたと感じる患者の割合、ピアサポーターを知っている患者の割合）も軒並み測定値が下がっており、相談支援へとつなげる取り組み、周知、相談員の専門性の向上、および相談支援員の増強などあり方に対する施策などが強く求められる。 小児）相談件数の増加に比べて、小児がん患者における相談支援の効果が十分に反映されていない。特に小児・AYA世代では、治療後の長期フォローアップに加え、小児医療から成人医療へのトランジションに伴う医療に関する相談支援が不十分である。 相談支援の量だけでなく、適切に成人医療や支援につながっているかという質の評価が求められる。
371	中間アウトカム指標	311201		「がん相談支援センターの認知度」がベースライン値と比較して測定値（中間）で下がるということについて解釈が難しい。データソースとして患者体験調査（成人、小児）が適切であるのか再検討が必要であると考えらる。
372	中間アウトカム指標	311201	がん相談支援センターの認知度が成人で伸びておらず、Cとなっている。	今後、拠点病院の整備指針の中で、診断時に相談支援センターに立ち寄るような対策をとっているため、その具体的な実施状況と経年的な影響を注視する必要がある。現状では、効果が数字として見えにくい、立ちより以外の有効な手だてについては考えられているか、厚労科研等での知見等あるのか、なければ厚労科研等を含めた検討や実証を求めている。加えて、多くの相談者に対応できるさらなる体制整備が重要である。また、患者体験調査についてはその結果をなるべく正確に知るためにも拠点病院の参加を各病院の判断によるのではなく、必須にしてはどうか。
373	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターを「知っているがん患者の割合（成人）」が66.4%→55.1%と低下（判定C）しており、課題が大きい。院内で医療相談窓口等と一体運用されていること自体が問題なのではなく、アピアランス、生活、就労、医療費等を含む多様な相談ができる窓口が院内・地域にあることが患者に伝わっているかが本質である。チーム医療の一環として、診療の場で医師・看護師等が標準的に相談支援センターを案内する運用（診断時、治療方針変更時、退院時、就労相談が生じた時等の定型導線）を、拠点病院等の要件・運用点検の中で実効性ある形で推進されたい。なお、取組としても「認知度向上」「適切なタイミングでの周知」が求められており、実装ギャップの解消が必要である。

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
374	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターについて、知っているがん患者の割合が減少しており、小児に関してはデータもない。低い認知度に関して、いつ、どこで、誰が、アプローチをするのが良いかを改めて考える必要がある。「がん」と診断された初診から治療開始までに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こと」が推奨されているが、がん診断直後には心身ともに不安定であり、診断前の段階、つまりは若年者を含む市民全体への啓蒙活動が重要と考える。
375	中間アウトカム指標	311201	相談支援センター、またピアサポーターともに認知度が減少している	周知の方法についてオンラインでは、高齢者など情報に取り残されやすい人に伝わらないのではないか？チラシや看板を含めた多角的アプローチが期待される。
376	中間アウトカム指標	311202	がん相談支援センターの一般の人への認知度を評価しようと試みている	引き続き（診断されていない）一般市民への認知度向上の取り組みは継続する方向性は良いと考えるが、その効果指標に関しては再考が必要と考える。
377	中間アウトカム指標	311202		「一般の人の認知度」については、現時点で測定・指標設定が十分でない（検討段階）。一般向け広報は“名称の周知”に留めず、何が相談できる窓口なのか（生活・就労・医療費・外見等）が伝わる設計が重要。要望（施策・指標）：拠点病院等に求められている「地域と連携した周知」「自施設に通院していない者も含めた周知」「オンライン活用」を、一般向け認知度の把握（継続測定）とセットで進め、困った時に相談支援につながれるという行動指標（例：相談先として想起できる／紹介されれば利用できる等）も含めて検討されたい。
378	中間アウトカム指標	311202	整備指針への記載で指定要件となっており新規相談件数が増えていることは評価できる	
379	中間アウトカム指標	312203	本人の希望を聞いている点は評価できる	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合が減少している。相談できる相談がしやすい環境が整っていない可能性を示唆する。情報過多の時代にあったりテラシー教育も含めたアプローチが必要と考える。
380	中間アウトカム指標	311203		現状評価：ピアサポーターの認知度が27.3%→15.4%と低下（判定C）しており、喫緊の課題である。一方で、拠点等における患者団体との連携数（311104）や、院内の「語り合う場」の開催（311105）は増加しており、取組（アウトプット）が当事者側の認知（アウトカム）に結びついていない可能性が高い。論点：院内の「語り合う場」を開催するだけでなく、参加者が希望に応じて、院内外の他のピアの場・患者団体・就労/生活/医療費等の支援につながる導線が必要である。認知度の低下は、診療・相談支援の動線の中でピアの位置づけが弱く、紹介・案内が起きていないことを示唆する。要望（施策）：拠点病院等が連携する患者団体の増加（311104）とセットで、相談支援センター等からピア支援へ紹介・誘導する標準フロー（説明資材、同意・プライバシー配慮、オンライン含む）を整備すること、院内の「語り合う場」から、院外の活動や多様な支援資源へ“次の一歩”を案内できる仕組み（地域資源リスト、連絡方法の提示、同席・同伴の選択肢等）を組み込むこと、を推進されたい。
381	中間アウトカム指標	311203		がんと診断されてから相談できたと感じるがん患者の割合の測定値がベースライン値より低下している。相談支援センターのあり方について検証する必要があると考える。
382	中間アウトカム指標	311203	がん相談支援センターの周知や院外相談対応、ICT活用、相談員研修の充実等を通じて、相談支援体制の整備が着実に進んでいる。	診療プロセスに組み込み、治療開始前・再発時など要所で必ず相談支援センターに到達できる導線（診療計画・チェックリスト等）を標準化し、利用率・解決率等のアウトカムで継続改善する。
383	中間アウトカム指標	311203	相談できたと感じる患者割合に大きな低下がみられる	情報提供が行われていても、診断後に相談につながったという実感が低下している。情報提供が相談行動と繋がっていないのではないか。
384	中間アウトカム指標	311204	大きな低下がみられる	ピアサポーターの役割が患者に伝わっていないのではないか。また、ピアサポートの提供体制や活動内容には地域差や疾病の差などがある。認知度指標のみで評価するのではなく、活用状況や支援の質を把握できる指標の検討が必要ではないか。
385	中間アウトカム指標	311204		ピアサポーターについて知っているがん患者の割合の測定値がベースライン値より低下している。拠点病院等1施設あたりの体験を語り合う場の開催数が増加しているデータとの乖離がある。原因について検証する必要があると考える。
386	中間アウトカム指標	311204		ピアサポーターの認知度が低く、この時点での患者体験調査では低下している。利用した経験のある人の満足度は70%以上あることから、ピアサポーター活用のための取り組みが進んでいくのかを継続して現況報告書から見ていく必要がある
387	中間アウトカム指標	311204	ピアサポーターについて知っている患者の割合が1割程度落ちている。低下度合いが大きく、理由の深堀りが必要。	ピアサポーターの活動支援や患者との接点を設ける試みがどの程度行われているのか、その頻度などの環境変化の分かる指標を途中経過の指標として作成できないか。
388	中間アウトカム指標	311204		がん拠点病院の指定要件には、「医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援」が含まれている。しかしながら、本項目に関する認知度のベースライン値は低く、測定値についてもかなり低い水準にとどまっている。当該要件に基づく取組がどの程度実施されているのかについて、活動の有無や内容、実施頻度等を行政が主導して把握し、評価に反映していくことが必要であると考え。
389	アウトプット指標	全体		各指標のベースライン値と測定値の年度を記載する必要がある。特に2020年（令和2年）からCOVID19のパンデミックの影響は無視できない。特に検診や共生において影響が大きいと思われる。
390	アウトプット指標	311101	がん相談支援センターの新規相談件数は増えていてAであるが、「311102」の相談員の人数は600人近く減少している。	
391	アウトプット指標	311101	がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数が微増である	自施設からの新規相談か、他施設からの紹介か、明確に分けて考え、分析する必要がある。のちに議論されるがん相談支援センターの認知度にも関わる課題を浮き彫りにする可能性が高い。
392	アウトプット指標	311101	新規相談件数が増加している点	相談支援センターを知っている患者の割合は低下していますが、新規相談件数は増加しているため、知っている人には相談しやすくなっている可能性があります。認知度を向上できればよりアクセスしやすくなり、救われる人が増える可能性があることから、認知度向上の強化に即ち取り組む必要があると考えます。
393	アウトプット指標	311101		『がん相談支援センターでの新規相談件数』は件数のみであり、件数が妥当であるか不明瞭である。がん患者全体における支援実態を把握するために、新規相談率などの割合の設定が適切と考える。また、件数の増加が質の改善に繋がるとは限らない。質の評価が不明であるため、がん相談支援センターにて支援した患者にその場でアンケート（formsなど）を行い、満足度を収集すること、データソースの現状報告書の様式改訂により満足度を収集することで質を評価できると考える。また検証する必要がある。
394	アウトプット指標	311101		がん相談支援センターへの新規相談件数は増加している一方、がん相談支援センターの認知度は成人において低下している。がん相談支援センターの認知度を向上させるために、9月の征圧月間等に合わせて国民へ幅広い啓発をするとともに、精密検査や告知を実施する診療所や地域の病院において、がん相談支援センターの紹介をする体制整備、医師等への研修も含めて進めていく必要がある。
395	アウトプット指標	311101	がん相談支援センターにおける新規相談件数が約8%増加しており、拠点病院整備指針に沿ったセンター紹介が一定程度実行されるようになったことがうかがえる。	アウトカムでは中間、分野別とも減少しており、特に中間アウトカムの認知度は11.3%、相談できたと感じる割合は15.7%と大きく低下している。このことから、相談件数は増加しているものの、患者の多様で複雑なニーズに十分に答え、有用性を実感してもらえる支援が提供できているかについては、改めて検証が必要だと考えられる。第4期基本計画で相談員の役割は大幅に拡大されたが、相談事業には診療報酬が付かず、体制強化や人員増が困難な現状がある。実際に現場では、相談に加えセミナーやピアサポート相談会などのイベント開催、AYAや緩和ケア委員会への参加など、業務負担が増大しており、相談員が長時間勤務を余儀なくされているケースも散見される。相談件数の量的拡充だけでなく、患者が「相談できた」「役立った」と実感できる質の確保に向けて、現在の体制が過度な負担となっていないか、持続可能な支援体制となっているかを検証する必要があるのではないか。
396	アウトプット指標	311101	がん相談支援センターの認知度が向上している。相談支援センターを周知する取り組みが成果を上げていると考えられ評価できる。	
397	アウトプット指標	311101		相談件数は増加傾向にあるが、認知度そのものはあまり高くなく、オンライン等でのいっそうの周知法を検討されたい
398	アウトプット指標	311101	がん相談支援センターの充実が評価できる	

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
399	アウトプット指標	311101	相談件数から、多くの患者にがん相談支援が行われていることがうかがえる。	がん拠点病院だけでなく、非拠点病院からのがん相談支援を提供できる仕組みづくりが必要で、そのためにも自施設以外のがん相談支援の件数を別に統計データの解析が必要である。
400	アウトプット指標	311101	他施設を含めた新規相談件数増加は評価できる	相談件数は増えているものの、中間アウトカムの評価が低い点については改善が必要である。自施設と他施設からの相談割合、ならびにオンライン相談の活用がどこまで進んでいるのかについて、今後はより詳細な集計・分析が求められる。また、がん相談支援センターの認知度についても課題がある。病院の入り口付近など目立つ場所に横断幕等で場所を明示している病院がある一方、奥まった場所に設置され、十分に周知されていない病院も見受けられる。仮に存在を知っていても、院内で知人に見られることへの不安から利用を躊躇する患者も少なくないため、院内掲示や案内方法などに工夫が必要である。オンライン相談の活用をさらに推進することで、相談に対する心理的・物理的ハードルを下げ、最終アウトカムの向上につながる可能性がある。相談の継続性や質の向上を通じて、中間アウトカム(311203)の改善にも寄与することが期待される。
401	アウトプット指標	311101	新規相談件数は増加しており一定の成果を上げている	新規相談件数は増加しているが、「がん相談支援センターの認知度」は低下している。体制整備の効果は一定程度認められるが、認知度や相談につながる実感との乖離が見られるので、「どのような患者が、どの段階でつながっているか」等を把握できる評価が必要ではないか。
402	アウトプット指標	311101	328,392件 → 353,988件と約7.8%相談件数が増加している点は評価できる。	がん相談支援センターの認知度(成人55.1%)を加味すれば、アンメットニーズはまだまだ高いと考えられる。相談支援体制の現場運用の実情とキャパの把握(たとえば、1人当たりの相談対応時間)を行い実態に合った支援体制の整備を行う必要があるのではないかと懸念される。相談支援センターの業務は多岐にわたる一方で、診療報酬の対象外であり、少数のスタッフへの過度な負担が生じていることが懸念される。中間・分野別アウトカムの改善に向けた人員の確保を検討してもらいたい。また、自施設に通院していない者からの相談への対応は患者会等でも周知に努めている。しかし、いまだ対応ができていない施設もあり、施設外からの相談対応状況の把握が必要。
403	アウトプット指標	311102		既存の相談支援員の受講率が既に高く、新規の受講者が減少傾向なのであれば、研修の質の検証が必要。
404	アウトプット指標	311102	受講人数減	単純な人数減少だけで質の低下と評価するのは慎重であるべき。フォローアップ研修(311103)が増加していることから、量から質への移行過程とも読み取れる。質の中には、受講人数だけでなく、診療報酬の加算を付ける、成人・小児を1人が兼務ではなく人数を増やすなどの対策も必要。
405	アウトプット指標	311102		相談員のさらなる要請が必要と考えられる
406	アウトプット指標	311102		相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数の測定値がベースライン値より減少している。相談件数が増えているのに人数が減少していることから、相談員1人あたりの負担が増えていると推察される。相談員減少の理由を検証する必要があると考える。
407	アウトプット指標	311102	診断後に仕事を休職・退職することなく継続する患者の割合が増加しており、早期発見や治療技術の向上で、日常生活への影響が軽減されている	仕事の一時中断を余儀なくされるケースは非常に多い。治療前の度重なる検査受診で有給休暇が底を突くことも多く、またほとんどの化学療法は最初の1クールを入院で行っている。「治療中も休職することなく仕事を継続する」という指標によって、何を測りたいのか明確にしたい。※参考値と比較した意見
408	アウトプット指標	311102	(311102・311103共通) 相談員研修を受講した相談員は減少したが、フォローアップ研修を受講者数が増加していることから、継続的な学びの機会は一定程度活用されており、単純に後退との評価にはあたらない。	現状で把握できることは、研修受講者数の増減のみであり、相談員全体の母数が明らかでないため、研修がどの程度行き渡っているのかを正確に把握することが難しい。初回研修の受講が一巡し、受講状況が飽和状態に近づいている可能性も考えられることから、受講者数のみで研修の成果や十分性を評価することには限界がある。全相談員数に対する各研修の受講者割合といった指標を用いることで、研修の到達度や継続性をより適切に評価できるのではないかと。
409	アウトプット指標	311103	フォローアップ研修を受講した相談員の人数の測定値がベースライン値より増加している。相談員の質が向上していると推察され評価できる。	
410	アウトプット指標	311103	受講者数増加は評価できる	フォローアップ研修を受講した相談員は、相談員研修を受講した相談員数(311,102参照)の4割以下にとどまっており、この状況についての確認が必要である。基礎研修については受講希望者が多く、現在は科研費を活用し、関係団体が主催する研修を受講できる体制が整いつつあるが、フォローアップ研修についても、受講機会の拡大を図る必要があると考えられる。研修自体はオンラインで受講可能であるものの、開催時間が勤務時間中に設定されていることから、業務との両立が難しく、受講が進みにくい要因となっている可能性がある。また、相談内容が多岐にわたっていること、相談業務に関わる人員配置が十分でないことから、相談員一人ひとりの業務負担が大きく、研修受講のための時間的余裕を確保しにくい実態がうかがえる。働き方改革の観点からも、相談員が研修やスキル向上に取り組む時間を業務として適切に位置づけるとともに、業務の効率化や役割分担の見直しが求められる。その際、相談員の負担軽減と支援の質の向上を図るため、社会保険労務士やファイナンシャルプランナー等の外部専門職との連携を、国の支援や既存事業の活用とあわせて進めていくことも有効である。これらの取組を通じて、中間アウトカム(312203)の改善や、ライフステージのアウトプット指数(341102)にも寄与する可能性があると考えられる。
411	アウトプット指標	311103	フォローアップ研修の受講者数の伸びは評価できる。フォローアップ研修を受けている人の割合はBLの31.8%から39.62%に増えている。この割合も評価したほうがよいのではないのでしょうか。	
412	アウトプット指標	311104	増加傾向であることは評価できる。	患者団体には全国あるいは広域で活動している団体が多くある。相談支援センター間で連携可能な患者団体の情報共有をすすめ、エリアを問わず連携可能な団体とそその地域の支援に強い団体とを拠点病院ごとに整理し、相談者のニーズに応じた支援につなげてほしい。
413	アウトプット指標	311104	拠点病院等1施設あたりの連携している患者団体の数はベースラインより増加している。	取り組むべき施策には、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体制の構築について検討するとあり、患者団体のみならず、それ以外の団体や取組との連携をも評価する枠組みが必要ではないか。
414	アウトプット指標	311104	(311104・311105共通) 連携患者団体数は0.3%増加し、体験を語る場の開催数も7.8%増加するなど、ピアサポートに関する取り組みは量的に拡充しており、特に体験を語る場の開催はほぼ倍増している。	一方、アウトカムでは中間(ピアサポーターの認知度)、分野別(ピアサポート利用が役立つ患者割合)はいずれも減少しており、取り組みの拡充が必ずしも患者の実感につながっていない可能性が示唆される。本指標の基となった「取り組むべき施策」では、拠点病院等と民間団体による相談機関やピアサポーター等との連携体制の構築に加え、ICTの活用や患者団体、社会的人材リソース、さらには地方公共団体の協力も含めた、幅広い相談支援体制の整備が想定されている。しかし、指標化にあたっては評価対象が患者団体・ピアサポートに限定されており、本来想定されていた多様な相談資源や外部相談機関の活用状況が反映されていない。その結果、患者ニーズの解決手段としての相談支援が、特定の形態に偏って運用・評価されている可能性がある。連携数や開催数といった量的指標に加え、患者の年齢や治療段階、就労・子育ての状況等に応じて、外部の専門相談機関や社会資源を含む多様な相談先につながっているかという観点から、現行指標による評価結果を丁寧に検証していく必要があるのではないかと。
415	アウトプット指標	311104	連携患者数は増加している	・病院外資源との連携が進展していることは評価できる。 ・患者団体との連携数は増加しているが、患者団体の質の担保、患者が実際に支援につながっているかという視点での評価が今後求められる。
416	アウトプット指標	311105	この間、体験を語り合う場がほぼ倍増していることは評価できる。	希少がんや小児・AYA世代など一つの拠点病院ではピアサポートを実施することが困難な疾患・カテゴリーもある。ICTを用いたハイブリッドでの開催や、入院・通院患者等によらず病院や地域の枠を超えた開催が必要である。
417	アウトプット指標	311105	開催数は大幅に増加している	ピアサポートの場は増加しているが、患者属性やニーズに応じた参加のしやすさやなど、効果の把握が今後の課題と考える。
418	アウトプット指標	311105	拠点病院等1施設あたりの体験を語り合う場の開催数が倍増している。ピア・サポーターの重要性が拠点病院で認知されていると考えられ評価できる。	

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
419				(都道府県がん診療連携病院連絡協議会の部会にて作成されたロジックモデルが秀逸でした。あるべき姿を「初期アウトカム」として当事者目線で具体化しているもので、引き続き注目していきたいところです)
420				相談支援の「支援」というネーミングが良くないのでは? 支援にはネガティブなイメージが伴います。また、AI時代になって相談と情報の境界が曖昧になっています。名前もがん相談支援センターから、がん情報・相談センターの方が良いような気がします。
◆情報提供について				
421		全体	当該指標は75.0%→88.5% (判定A) と向上しており、取組の成果として評価できる。	一方で、アウトプットのコア指標である「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」は76.3%→60.6% (判定C) と低下している。この乖離は、医療者からの情報提供への満足が一定程度確保されている一方で、患者側が質問・相談しながら理解を深め、意思決定に反映できるような双方向の対話 (SDM) が十分に担保されていない可能性を示唆する。
422	分野別アウトカム指標	300004	がん相談支援センターの相談件数は増加しており (判定A)、体制整備は一定程度進んでいる。 一方で、小児がん患者において「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割合」は測定値 (中間) が得られておらず、評価はDとなっている。	相談件数は増加している一方で、治療決定に必要な情報が患者・家族に十分に届いているかについては課題が残る。特に再発時には、受診可能な施設や専門医、治験情報等について、地域や施設間で情報格差が生じている。情報格差は治療機会や予後に直結する。相談件数といった量的指標に加え、治療選択や再発時に必要な情報が適切なタイミングで提供されたか、治験情報を含め患者・家族が十分に理解・活用できたかといった、情報提供の質を評価する指標の設定が必要である。
423	分野別アウトカム指標	300004		分野別アウトカム指標「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 (小児)」は測定値 (中間) なしのため、評価が難しい。今後も推移をみていくことが必要。
424	分野別アウトカム指標	300004	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成人患者の割合の測定値がベースライン値より上昇している。それぞれの施設での情報提供体制、相談支援体制が充実していると考えられ評価できる。 ただし、他の指標との乖離がある点は検証が必要である。	
425	中間アウトカム指標	312201		一般国民における「がん情報サービスの認知度の低さ」が指摘されているが、これは単なる広報不足ではなく、情報の届け方・使われ方そのものに構造的課題があると考えられる。例えば、医療現場から体系的に案内されていない、正確だが「遠い情報になっている、医療者・学会の関与が「裏方」にとどまっているなどの点である。よって、「医療現場そのもの」での情報提供の仕組みを作り、学会との役割分担と相互補完の明確化を行い、生活動線上に組み込む戦略が必要である。「知ってもらう情報」から「必ず使われる情報」への転換を主導していくことが求められる。
426	中間アウトカム指標	312202	低下している	初めて利用する人への配慮が不足している可能性がある。 情報量が多いため、情報の見つけやすさや導線の改善が課題ではないか。
427	中間アウトカム指標	312203		『がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合』のベースライン値と比較して測定値 (中間) で下がるということについて解釈が難しい。コロナ禍の影響か? データソースとして患者体験調査 (成人、小児) が適切であるのか再検討が必要であるとする。
428	中間アウトカム指標	312203	BL値より大幅に低下している	がんと診断されてから、病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合が測定値 (中間) で大幅に低く、相談支援がいきわたらない現状がある。診療報酬等も含めた抜本的な相談支援施策の強化が求められる。
429	中間アウトカム指標	312203		医療機関内において苦痛等を相談できる体制を充実させるとともに、がんサロン等の地域の社会資源にも繋がりがしやすい体制整備がより求められる。
430	中間アウトカム指標	312101		がん情報サービスの一般の人による認知度が低く、サイトへのアクセス件数も減少している。アクセスした人が情報にたどり着く割合は高く、また十分な情報が得られたとする割合も88.5%と高いことから、情報の発信など提供体制の向上が望まれる。
431	中間アウトカム指標	312102	コンテンツは充実している	がん情報サービスの認知度は低い
432	中間アウトカム指標	312202		がん情報サービスで探していた情報にたどり着くことができた人の割合の測定値がベースライン値より低下している。情報提供体制のあり方について検証する必要がある。
433	中間アウトカム指標	312203		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合 (成人) と同様に低下している。がん相談支援センターやがん情報サービスが、がん患者にとってより身近になる必要がある。
434	中間アウトカム指標	312203		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる患者の割合の測定値がベースライン値より低下している。情報提供及び相談支援体制について検証する必要がある。
435	中間アウトカム指標	312203		コア指標「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」が大きく低下している。第4期に取り組みが始まった対策が患者体験調査に反映されるのは次回以降となるので次の調査結果を注視。また、このコア指標は必ずしも情報提供については「相談できた」は相談支援、「情報収集することができた」が情報提供ではかれるとよいのではないかと
436	中間アウトカム指標	312203	相談支援センターの認知度も低く、相談できたと感じる人も10ポイント以上低下している。相談支援センターの周知とともに相談の質を上げることが必要と思われる。	相談内容を精査して、どのような相談で対応できていないのかが知りたい。それによって、対応できる職種や対話の手段を考え直す必要はないか。相談内容によって、対応できる職種はMSWやピアであったりするだろうが、常駐しているとは限らないので、臨機応変に対応できるような工夫が必要。
437	中間アウトカム指標	312203	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者があまり増えておらずCとなっている。合わせて「312101」のがん情報サービスへのアクセス数が激減している。	がん情報を必要としている患者、相談を必要としている患者がアクセスできていないのではないかと。がん情報サービスは患者にとっても相談員にとって最もよく利用する正しい情報源なので、その情報の更新や広報を強化する必要がある。アクセスする環境をどう担保するかが課題ではないか。
438	中間アウトカム指標			指標300004に見られるように治療に関する情報は十分に得られている。それでも312202に見られるようにがん情報サービスで満足できないのは治療以外の情報が欲しいのであろう。312203にあるように療養生活に関する情報が欲しいのであろう。
439	アウトプット指標	全体		情報提供は、情報の集約化 (ワンストップ化) とアクセシビリティの改善が重要である。患者・家族が必要な時に、信頼できる情報源へ迷わず到達できること (探しやすさ、理解しやすさ、更新の明確さ) が支援の前提となる。また、日本社会全体の状況を踏まえ、外国語対応ややさしい日本語等、誰もが情報にアクセスできるような工夫を計画的に検討していただきたい。
440	アウトプット指標	312201		情報提供は、情報の集約化 (ワンストップ化) とアクセシビリティの改善が重要である。患者・家族が必要な時に、信頼できる情報源へ迷わず到達できること (探しやすさ、理解しやすさ、更新の明確さ) が支援の前提となる。また、日本社会全体の状況を踏まえ、外国語対応ややさしい日本語等、誰もが情報にアクセスできるような工夫を計画的に検討していただきたい。
441	アウトプット指標	312101	(アウトプット312101・312102、中間アウトカム312202共通) がん情報サービスへのアクセス件数は約5,000万件から約4,000万件へと大きく減少している一方で、同サービスにアクセスして「探している情報にたどり着けた」と回答した人の割合は87.1%から82.1%と、減少幅は比較的小さい。アクセス件数の減少に比して、情報到達度の低下が限定的である点は注目される。	アクセス件数が約1,000万件、約2割減少している背景については、近年、検索エンジンにおけるAI要約の普及等により、情報サイトへの直接的な流入が減少する、いわゆる「ゼロクリック」の影響が考えられる。主要なニュースサイトやコーポレートサイトにおいてもアクセス数の減少が報告されており、特に情報提供を主とするコンテンツは、その影響を受けやすい傾向があるとされている。こうした変化は短期間で生じており、今後も加速すると予測されることから、単にコンテンツ更新数や掲載情報の充実によって対応することには限界がある。今後、「確かな情報を掲載する」ことに加え、利用者や検索環境の変化を踏まえ、科学的に信頼できる情報を誤解されにくい形での届けられるかという観点から、情報提供の在り方について検証し、再構築する必要があるのではないかと。AIによる情報要約や検索結果表示の変化を前提とした場合に、がん情報サービスの情報がどのように参照・理解されているのかについても、技術的な観点を含めて整理していくことが必要だと考えられる。
442	アウトプット指標	312101		がん情報サービスにアクセスした件数が1000万件くらい減っていますが、これはどのように分析されるのでしょうか。情報源の多様化などもあると思いますが、下のサービスにおけるコンテンツ更新数も減っておりまして、患者さんがアクセスしたときにすぐに目的の情報到達しにくい印象を受けます。
443	アウトプット指標	312101		がん情報サービスにアクセスした件数の測定値がベースライン値より減少している。がん情報サービスの認知度を上げるための方策が必要である。
444	アウトプット指標	312102		コンテンツの更新数は不十分とおもわれる

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
445	アウトプット指標	312102		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数の測定値がベースライン値より減少している。コンテンツが充実してきたため更新が不要となった可能性も考えられるが、アクセス数の減少とともに検証が必要である。
446	アウトプット指標	312202		情報提供は、情報の集約化（ワンストップ化）とアクセシビリティの改善が重要である。患者・家族が必要な時に、信頼できる情報源へ迷わず到達できること（探しやすさ、理解しやすさ、更新の明確さ）が支援の前提となる。また、日本社会全体の状況を踏まえ、外国語対応ややさしい日本語等、誰もが情報にアクセスできるような工夫を計画的に検討していただきたい。
447	アウトプット指標	312101	アクセス件数は減少	アクセス件数のみでは、がん情報サービスの役割を評価できない。 アクセス件数に加え、信頼できる情報源として選択されているかどうかの評価が重要ではないか？
448	アウトプット指標	312102	コンテンツ更新数は減少	医療情報の更新には専門的な検討が必要であるため、更新数の増減だけでは評価はできないのではないかと考える。利用者のニーズを踏まえた評価も必要ではないかと考える。
449	アウトプット指標	312103		点字資料の整備が一定程度進んでいる一方、音声資料や更新に関する指標は、実施体制などの課題により、適切な評価が困難となっている。 第5期に向けては、実際に必要な人に届き、活用されているかを評価できる指標への見直しが求められる。
450	アウトプット指標	312103	展示資料数の測定値がベースライン値より増加していることは評価できる。	反面、音声試料数の測定値がベースライン値より減少している点は、情報提供体制のあり方について検証する必要がある。
◆社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援				
451		全体	分野別アウトカム、最終アウトカムの3点はいずれも明確に改善（A判定）しており、共生領域の「人生の最終段階の支援」が前進している点として、高く評価できると思います。	
452		全体	分野別アウトカム、最終アウトカムの3点はいずれも明確に改善（A判定）しており、共生領域の「人生の最終段階の支援」が前進している点として、高く評価できると思います。	
453	最終アウトカム指標	000010	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合が79%に上昇していることは評価できる。更なる上昇が期待される。	
454	分野別アウトカム指標	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合が増加していることは評価できる	しかしながら未だ60%にとどまるので引き続きの対策が求められる
455	分野別アウトカム指標	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者割合の測定値がベースライン値より増加している。適切に緩和ケアを受ける場所を相談できている患者が増えていることは評価できる。	
456	分野別アウトカム指標	300006	320202の取り組みの成果が表れたものと思われる。	
457	分野別アウトカム指標	300006		『望んだ場所で過ごせたがん患者の割合』のデータソースが遺族調査であるため、%であるが、測定値の目標がない
458	分野別アウトカム指標	300006		遺族調査をデータソースとしているが、当該調査は対象患者を20歳以上としており、小児・AYA世代がん患者は含まれていない。そのため、この指標は成人がん患者の実態を反映したものであり、小児・AYA世代を含む「がん患者全体」の状況を把握しているとは言えない。 次期に向けて、この指標を分野別アウトカムとする場合は、対象年齢を明示するとともに、小児・AYA世代については別に実施される実態調査を参考に、世代ごとの実態を把握することが必要ではないか。
459	分野別アウトカム指標	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合が47.9%から60.2%に増加している	この結果は地域医療を担う専門職の中には現場の実態と乖離している印象を持つ人もいかもしれない。望んだ場所がどこなのか？在宅なのか、病院なのか、施設なのか、明らかにしつつ丁寧な分析を期待したい。
460	分野別アウトカム指標	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合が60%となったことは評価できる。	
461	分野別アウトカム指標	300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度が上昇して85%に達していることは評価できる。引き続き上昇することが期待される。	
462	分野別アウトカム指標	300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度が79.1%から85.5%に増加している	満足度が高いことは良いことであるが、あくまで遺族調査によるものであり間接的な評価である。遺族と一口に行っても同居で介護した家族と遠方で面会ができなかった家族では満足度にも差が出てくる。遺族の傾向が変化することを考えると、比較に値する指標かどうか、丁寧に分析する必要がある。在宅医療の満足度が高いことが、これまでの調査の結果でも示されているが、実際に在宅医療に移行し、最終的に自宅で亡くなった人がどの程度いるのかについて、直近までのデータが併記されることを希望したい。
463	分野別アウトカム指標	300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の測定値がベースライン値より上昇している。在宅での看取りが充実してきていると考えられ評価できる。	
464	中間アウトカム指標	320201		治療前にセカンドオピニオンに関する話を聞いた割合が低下していて、1/3未満となっている。SDMが推奨される時代となったが、通常電子カルテではICのデフォルト書式でセカンドオピニオンが入っていると思われ、測定値がベースラインを下回っていることはよく確認する必要がある。
465	中間アウトカム指標	320201		治療前にセカンドオピニオンの話を聞いた患者の割合が34.9%からさらに減少して31.7%と減少している。自ら上がってこない選択肢に関しては、情報提供は貴重な機会であり早急な対策が必要である。
466	中間アウトカム指標	320201		割合の現象だけでなく、3人に1人も情報提供を受けていないことに課題がある。診療情報提供料（II）の算定数（算定回数）（患者数）とも増加しており、患者のセカンドオピニオンの需要は高いことが考えられる。共同意思決定の観点からも、セカンドオピニオンという選択肢があることを初めに示しておくことは重要である。
467	中間アウトカム指標	320201	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話をうけた患者の割合が少し減っていてCとなっている。	セカンドオピニオンが普及してきている現場での実感はあるが、一部では、主治医の考え方に偏りがあるのでないか。また費用や手続きなどセカンドオピニオンのハードルが高くなっている状況もあり、測定を継続する必要がある。
468	中間アウトカム指標	320201		アウトプット指標等の他の指標が軒並み改善していることを踏まえると、患者支援の取組が一定なされている面もある可能性があり、その場合、そもそもセカンドオピニオンを希望されなかった患者さんもいるのではないのでしょうか。セカンドオピニオンの希望者の人数がどうだったのかという点も結果に影響されるのでは不会でしょうか。
469	中間アウトカム指標	320201	地域包括ケアを踏まえ、拠点病院を中心に医療・介護・在宅等との連携体制整備や情報共有の枠組みが制度的に進められている。	地域差を縮めるため、在宅移行・緊急時対応・ACPを含む地域連携パスを標準化し、実運用（紹介の成立・在宅継続・満足度等）で評価できる指標を設定する。
470	中間アウトカム指標	320201		がん治療前にセカンドオピニオンの説明を受けた者が減っていることから、精密検査実施機関（診療所・地域の病院）においてもセカンドオピニオンを説明できる体制整備が求められる。また、セカンドオピニオンはがんに限ったことではないため、国民に広く啓発を行い、必要に応じて誰もがセカンドオピニオンを選択できるということを周知していく必要がある。
471	中間アウトカム指標	320201		『がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を聞いたがん患者の割合』のデータソースが患者体験調査であるため、%であるが、測定値の目標がない
472	中間アウトカム指標	320201		アウトプット指標、分野別アウトカム指標、最終アウトカム指標ともにBL値より増加しておりA判定であるが、中間アウトカム「希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上」のみC判定である。 社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援については、【参考資料6】3(2)の「今後予定している取組」に記載の現況報告で状況把握していくのみならず、地域の実情に応じた患者支援体制のため、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等のアクセスに関する検討を進めていくことが必要。
473	中間アウトカム指標	320201		がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を聞いたがん患者の割合の測定値がベースライン値より軽度低下している。最初に受診した施設で満足した治療が受けられている可能性もあり、このデータの評価は慎重に行う必要がある。
474	中間アウトカム指標	320201		「希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上」の指標に、「がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話しを受けたがん患者の割合」だけでなく、「セカンドオピニオンを希望したのに受けられなかった割合」を検討すべきでないか

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
475	中間アウトカム指標	320201		がん治療前のセカンドオピニオンのアナウンスはより推進が必要と考えられる
476	中間アウトカム指標	320201	もともと低い水準から、さらに低下している	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が依然として30パーセント台であるのは、患者の権利を十分に行使できない状況であり、100%を目指すべき。
477	中間アウトカム指標	320201		コア指標が「がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた」ということでその割合は下がっているが、患者体験調査での結果では、利用できた患者数は増加していることが320103でわかる
478	中間アウトカム指標	320201	セカンドオピニオンが減ったのはコロナの影響もあるが残念である	セカンドオピニオン自体は周知されているのではないかとむしろ手続きや費用などが問題になっているのではないかとPHRの推進や費用負担の軽減を考えてはどうか？
479	中間アウトカム指標	320202		遺族調査をデータソースとしているが、当該調査は対象患者を20歳以上としており、小児・AYA世代がん患者は含まれていない。そのため、この指標は成人がん患者の実態を反映したものであり、小児・AYA世代を含む「がん患者全体」の状況を把握しているとは言えない。 次期に向けて、この指標を分野別アウトカムとする場合は、対象年齢を明示するとともに、小児・AYA世代については別に実施される実態調査を参考に、世代ごとの実態を把握することが必要ではないか。
480	中間アウトカム指標	320202	15ポイント以上の上昇は評価できる。	療養場所の話し合いができるようになり、300006の上昇につながっていると思う。ロジックと成果が合った好例。
481	中間アウトカム指標	320202	患者と医師間で最期の両方場所に関する話し合いがあったとする患者割合の測定値がベースライン値より大幅に上昇している。適切に緩和ケアを受ける場所を相談できている患者が増えていることは評価できる。	
482	アウトプット指標	全体	いずれの指標も改善している点は評価できる。	
483	アウトプット指標	320101	セカンドオピニオンを受けた割合が減少している	医療現場での説明・提案が十分に浸透していない。 または、いまだに患者が言い出しにくい状況にあるのではないかと？
484	アウトプット指標	320101	専門医療機関連携薬局の数が着実に増えている。	病院と日頃からどのような情報交換や連携をしているか、連携の質についても問うべき。
485	アウトプット指標	320101	専門医療機関連携の認定数の測定値がベースライン値より大きく増加している点は評価できる。	
486	アウトプット指標	320101	(320101・3120102共通) 専門医療機関連携薬局(がん)の認定数、地域緩和ケア連携調整員研修受講者数が増加しており、社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援体制は着実に拡充していると評価できる。	累計数を47都道府県で単純に割ると、連携薬局は1県あたり約4.4施設、連携調整員は約30.3人となる。地域の人口規模や医療資源、がん医療提供体制の違いを踏まえると、地域ごとに求められる適正数には差があると考えられるが、測定値が十分な水準に達しつつあるのか、あるいはさらなる増加を目指すべき段階にあるのか、判断が必要。地域特性を踏まえた適正数の考え方や評価の視点について検証を要すると考える。
487	アウトプット指標	320101		この指標も、実際には成人がん中心の体制整備を評価している可能性が高く、小児・AYA世代を含む「がん患者全体」の状況を把握しているとは言えないのではないかと。
488	アウトプット指標	320102	地域緩和ケア連携推進員研修受講者が増えている	地域緩和ケア連携推進員研修の受講者の数の増加では、その推進員が地域のどこに所属し、どのような連携をとるようになったのか見えてこない。受講者を増やすという数値目標には納得できるものの、手段が目的となることないように注意したい。これで地域連携がすすんでいるような印象を打ち出すことは危険と考える。
489	アウトプット指標	320102		この指標も、実際には成人がん中心の体制整備を評価している可能性が高く、小児・AYA世代を含む「がん患者全体」の状況を把握しているとは言えないのではないかと。
490	アウトプット指標	320102	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数の測定値がベースライン値より増加していることは評価できる。	
491	アウトプット指標	320103	診療情報提供料の算定数の測定値がベースライン値より増加している点は評価できる。	
492	アウトプット指標	320103	セカンドオピニオン利用者数は増えている。ただこの数字が妥当なものかは検証が必要。	
493	アウトプット指標	320103	(320103・3120104共通) 診療情報提供料(II)の算定回数・患者数ともほぼ同程度の増加であり、セカンドオピニオンを受ける患者が増えたことが示唆される。	一方、中間アウトカム320201では「がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた」割合が低下しており、説明の有無やタイミングにかかわらず、セカンドオピニオンを受ける機会は増加していると言える。移動が制限されたコロナ禍の影響が反映されているのか、セカンドオピニオンの考えが浸透したことによるのか、または他の要因があるのか、検証が必要だと考えられる。

◆就労支援について (医療機関側)

494	分野別アウトカム指標	全体		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(331201)が39.5%→44.0%と増加している点は評価できる一方、依然として半数未満にとどまっておられ、診断・治療開始の早期に「就労」を標準的に話題化できていない可能性がある。また、がんと診断後も仕事を継続していた患者の割合(331202)は26.0%→27.3%と改善はしているものの伸びは限定的であり、就労継続の実態としては伸び悩みがうかがえる。加えて、退職した患者のうち「治療開始前までに退職」した者の割合(331203)が56.8%→58.3%(C判定)であり、治療開始前に就労継続が断念されている状況が改善していないことも看過できない。 患者体験調査では、医療者が就労継続について話した割合が半数未満にとどまるとの指摘があり、「説明・情報提供の改善」と「就労継続の実態改善」が十分につながらない懸念がある。SDMの観点からも、治療計画と同様に「仕事・学業・生活」について患者が相談できる体制を、診断時から一体的に提供する必要がある。特に若年がん患者では、医療者から就労に関する情報提供を期待する割合が高く、治療のために休業した割合も(ご提示のデータでは全体53.4%に対し若年63.6%)高いことから、若年がん患者を重点対象として、診断時からの就労関連のスクリーニングと支援導線(相談支援センター、両立支援コーディネーター、社会保険労務士・ハローワーク等)を標準化していただきたい。
495	分野別アウトカム指標	全体		治療費用の負担が原因で治療を変更・断念したがん患者の割合(300008)が減少していること、また金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合(300009)も減少していることは、望ましい変化として評価できる。ただし、これらの指標は高額療養費制度の改定をはじめ、社会保障政策の影響を強く受ける。例えば高額療養費の引き上げ議論では「受診抑制効果」が見込まれることがある。命にかかわる医療では受診抑制が起きにくいとの指摘もあるが、それは受診を維持するための負担が家計の圧迫へ転嫁されることを意味する。生活の圧迫は、結果として「自分らしい日常生活」を送れる人を減らし、共生(QOL)の観点から重大な不利益となる。 要望(コア指標化)：以上を踏まえ、とりわけ「金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合(300009)」は、共生分野の状況を捉えるうえで政策感応度が高く、患者の生活実態(QOL)に直結するため、本分野のコア指標として位置づけ、継続的に測定・公表し、政策変更時の影響評価に活用できる体制を整えることが重要である。
496	分野別アウトカム指標			分野別アウトカム指標では患者体験調査の対象が働く世代の数字にならないとはかれないのではないかと。(300008~300009)
497	分野別アウトカム指標	300008	BL値より減少している	治療費負担や金銭的負担に影響は改善傾向にあり、経済面での支援施策の一定の成果が認められる。
498	中間アウトカム指標	331201	BL値より増加している	(331201~331202) 診断時からの情報提供体制はある程度改善していると評価できる。
499	中間アウトカム指標	331201	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の測定値がベースライン値より増加していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる。	
500	中間アウトカム指標	331201	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が増加している。	分母を就労世代にした場合に44%がどの程度の値なのか確認する必要がある。
501	中間アウトカム指標	331201	医療機関における両立支援体制の強化や主治医―産業保健連携の推進等により、治療と仕事の両立支援が前進している。	がん種・治療別に就労配慮の見通しを示せる学会横断の標準情報(説明資料)を整備し、医療側の説明の質を均てん化する。

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
502	中間アウトカム指標	331201	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は増加しており、診断時から就労を意識した情報提供が進みつつあることがうかがえる。	一方、がんと診断後も仕事を継続している患者の割合は3割未満にとどまり、改善幅も限定的である。また、退職した患者のうち、治療開始前までに退職した者の割合は依然として高く、むしろ増加している。これらの結果は、就労支援に関する説明や相談体制が整備されつつある一方で、治療による心身の変化により従前の職務を継続できない場合や、休職制度・配置転換等が制度上・運用上想定されていない職場環境においては、相談窓口があっても就業継続に結びついていないことを示している。就労支援の目的は、必ずしも就業継続そのものに限られるものではなく、患者が自身の体調や生活状況を踏まえ、十分な情報と支援のもとで納得した選択を行うことも重要である。相談件数等のアウトプット指標に加え、医療機関における就労支援が介入できなかったケースや、支援の結果としてどのような選択に至ったのかといった点にも着目し、患者ニーズの実態を把握できる指標の検討が求められる。
503	中間アウトカム指標	331201		『治療前に就労継続について説明を受けたがん患者の割合』のデータソースが患者体験調査であるため、%であるが、測定値の目標がない。またがん種別に分析することにより、実態の把握に繋がる
504	中間アウトカム指標	331201		評価が反転し、治療開始前に就労継続の説明を受けた患者割合が減少している。就労継続の可能性だけでなく、受診医療機関においてどのような形で就労継続への協力ができるか、説明内容も重要。※参考値と比較した意見
505	中間アウトカム指標	331202	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合の測定値がベースライン値より微増していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる反面、がん治療開始前に退職した患者割合が微増しているデータと乖離しており慎重に評価する必要がある。	
506	中間アウトカム指標	331202		「診断後も仕事を継続していたがん患者の割合」→「診断後、休職・休業をせずに仕事を続けていた～」としていただけないでしょうか（数字の低さに驚愕しました）→就業を希望する人が継続できるのであれば休職があっても継続できていれば問題ないのではないかと考えます。そしてこの指標は医療機関側というより職場側のようにも感じました
507	中間アウトカム指標	331202	休職・休業せず、勤務し続けられた患者割合が増えている	「がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合」は、がん治療を受けながらも、休職や退職（廃業）をすることなく就労を継続できた患者割合の指標である。このため、がん治療に伴う入院や副作用などで休職する、ごく一般的な治療経過をたどる患者は含まれない。むしろ、治療の影響によって就労の中断や雇用形態の変更を余儀なくされた患者こそ、就労継続や復職、再就職に向けた調整や意思決定支援など、より強い就労支援ニーズを有している可能性が高い。体調と折り合える働き方を目指すのであれば、治療中の患者を休むことなく就労継続させることが評価されるのではなく、休職や復職、退職後の選択を含め、治療とともにある患者が納得できる生活を維持するための現実的な選択肢を確保できるかという観点が重要である。本指標が就労支援の対象とすべき患者層や支援内容を十分に反映しているかについて、指標の定義や解釈に留意しつつ、検証を行う必要があるのではないかと。
508	中間アウトカム指標	331203	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合が増加して、Cとなっている。	就労年齢層が上がっているため、60歳以上の定年後に仕事をしている方も多い。その中で人生の中での優先順位を考え、診断時に辞めるといった状況もあるのではないかと、年齢との関連がわかるとその理由がわかりやすいのではないかと。
509	中間アウトカム指標	331203		331201では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が増加しており、医療機関が丁寧に説明しようとしていることが読み取れます。事前の説明がしっかりされ、治療を選択した場合には退職はやむを得ないが効果が非常に高いという選択肢で、治療途中ではなく、キリのいいところで治療前に退職し治療に専念したケースなどもありうるため、退職者の割合増加が一概に悪いとは言えず、前向きに受け止められる側面もあると考えます。
510	中間アウトカム指標	331203		『退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合』のデータソースが患者体験調査であるため、%であるが、測定値の目標がない。また地域別、がん種別、医療機関別に分析することにより、実態の把握に繋がる。更に『331101相談支援センターの相談件数』に質的な評価を加えて、合わせて評価することで、より正確な実態の把握に繋がると考えられる
511	中間アウトカム指標	331203		退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合が微増している。がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合が微増していることと乖離しており、慎重な評価が必要である。
512	中間アウトカム指標	331203		「診断時からの情報提供（331201）」の割合が増加しているが、退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合が増えている。これはがん患者が告知のショック等から誰にも相談できずに退職を決断している可能性がある。また、就労支援の「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（331201）」もAYA世代の「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（341205）」についても増加しているが、割合としては6割に満たない。そのため、診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。
513	アウトプット指標	全体	全体的に測定値が上昇している点は評価できる	治療開始前に就労継続について説明を受けた患者の割合は50%を下回っており、がん治療の開始前までに退職した者の割合も58.3%と高い水準にとどまっている。両立支援制度や長期療養者就職支援事業について、その存在を知らない患者は多い印象がある。こうした状況を踏まえると、産業医との連携に加え、産業保健総合支援センター（さんぼセンター）の活用促進や、主治医を含む医療チームによる制度周知・啓発の一層の強化が必要である。
514	アウトプット指標	全体	就労支援（医療機関側）に関する指標は総じて改善しており、がん診療連携拠点病院等が、がん患者の治療と仕事の両立を支える「相談・支援の場」として機能しつつあることを示す良い傾向である。	
515	アウトプット指標	331101		『拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数』は、件数が妥当であるか検証する必要がある。がんになる人年間約98.9万人（全国がん登録2021年）、継続して治療中の人は年間約394万人（患者調査2023年）であることから、就労世代のがん患者数は、年間に新たに約30万人、治療継続している患者数は約120万人であると推測される。測定値（中間）は、32,885件、判定Aであるが、分母を約30万人とした場合は約11%、治療継続している患者数を分母にした場合は、2.7%である。支援件数が妥当であるか現状では判断することが難しく、分母を正しく設定することが必要と考える。さらに、地域別、がん種別、医療機関別に分析することにより、実態を評価に繋がる。更に相談内容、質の評価が必要で、質的な評価と『331203治療開始前までに退職した者の割合』と合わせて評価することで、より正確な実態の把握に繋がると考えられる
516	アウトプット指標	331101	331101-331104の医療機関側の就労支援体制の充実が進んでいる点は評価できる	
517	アウトプット指標	331101	相談件数をはじめ、支援を享受することができてきており評価できる	
518	アウトプット指標	331101	BL値より増加している	(331101~331104) いずれの指標も増加しており、医療機関側の支援体制整備は着実に進展していると評価できる。
519	アウトプット指標	331101	拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数の測定値がベースライン値より増加していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる。	
520	アウトプット指標	331102	療養・就労両立支援指導料の算定件数の測定値がベースライン値より増加していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる。	
521	アウトプット指標	331102		今回確認すべき項目ではないが、『療養・就労両立支援指導料の算定件数』は算定回数、患者数とも増加しているものの、就労世代のがん罹患数から見て満足できる数ではない。これは医療機関側の問題ではなく、本来、就労支援の起点となるべき職場側から『勤務情報提供書』が医療機関に提出されないことに原因がある。R7年6月労働政策総合推進法改正により事業主が治療と就業の両立支援に取り組む事が努力義務として科せられることから、職場側を直接計測する指標が必要と考える。新たに評価指標を追加することは現実的ではないため、参考情報として別のデータソースを利用することも可能と考える。 ・経産省『健康経営度調査（Q47がん等の私病を持つ従業員への仕事と治療の両立支援としてどのような取り組みを行っていますか）』 https://kenko-keiei.jp/wp-content/themes/kenko_keiei_files/kk2026sample_dai.pdf ・労働政策研究・研修機構『治療と仕事の両立に関する実態調査（患者 WEB 調査）』 https://www.jil.go.jp/institute/research/2024/documents/0241_01.pdf

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、又は改善が必要な点
522	アウトプット指標	331103	拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数の測定値がベースライン値より微増していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる。	
523	アウトプット指標	311104	ハローワークと連携した就労支援をおこなっている拠点病院等の割合の測定値がベースライン値より微増していることは、就労支援について体制整備が進んでいると考えられ評価できる。	
524	アウトプット指標	331106		両立支援コーディネーターの研修修了者数をコア指標としているが、この数字は累計となので評価できない。毎年基礎講習のみで応用講習も実施されておらず。いただいた取り組み一覧には「フォローアップ調査を実施し活動状況を把握している」とありますが、どこに記載がありますか？
◆就労支援について（職場側）				
525	分野別アウトカム指標	300008	治療の変更、断念をした人の割合が4.9%から1.8%に3ポイント減ったことは大きいですが、この指標を「就労」の項目に置くことに違和感がある。費用負担が重いのは、就労継続できなかったから、とは限らず、就労継続すれば解決するものでもない。また、地域差が大きいことも特筆すべきで、新しい調査でも地域の数値を詳細に検討すべき。	地域差に着目してほしい。30年度に宮城では1割に近く、群馬では1割を超える。京都、大阪、和歌山、長崎、熊本も高い。1割近い人が治療の断念や変更をする事態は看過できない。
526	分野別アウトカム指標	300009	「金銭的負担で生活に影響があった人」の割合は2%ポイント程度しか減っておらず、依然4人に1人になる。この項目を就労支援に置くことにも違和感がある。地域差が大きいので、新しい調査でも地域の数値を詳細に検討すべき。	300008の項目と同じく、地域差が大きい。青森、宮城、山形、福岡、大分、沖縄県では3人に1人を超える。一方で、300008で数値が高い地域とズレが生じているのは、患者と家族が治療を断念するか生活を一変させるかの二択になっている可能性があり、経済的負担が治療や生活に影響している割合は300008と300009の数値を足して検討すべきかもしれない。
527	分野別アウトカム指標	300003	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合が高い点	一方で、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合が半数に持たない点は、より患者・家族がアクセスしやすい環境を提供することを検討したほうがよいと思う
528	中間アウトカム指標	331204	社内制度を活用して両立できた患者が著しく増えている	両立支援に活用できる制度として紹介する際、法定有給休暇や休職制度、高額療養費制度、傷病手当金など既存の社会制度や就業規則で整備されているものであることが多い。これまでに36.1%しか活用されていなかったとも考えにくく、どのような捉え方で患者体験調査の回答をしているのか、検証が必要。
529	中間アウトカム指標	331204	社内制度の利活用が進んでいる、または利活用しているという自覚が生まれている	質問時に、何をもち「両立支援の社内制度」とするか、定義づけがあることで、より明確な評価が可能となる。傷病手当金を社内制度と捉えている人も多い現状であり、企業として両立に資する就業規則の運用ができていくかを重視したい。※参考値と比較した意見
530	中間アウトカム指標	331204	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合の測定値がベースライン値に比しほぼ倍増している点は制度利用が進んでいると考えられ評価できる。	
531	中間アウトカム指標	331204	両立支援の社内制度を利用した患者の割合が大きく伸びており、施策の成果が表れている。	ただ、職場側の取り組みを患者に聞くだけでなく、職場から集めて横展開するような取り組みも期待される。
532	中間アウトカム指標	331204	BL値より大幅に増加している	(331204~331205) 企業における制度整備や制度利用、職場における理解や環境整備が進んだことで、両立支援を利用した患者の割合がかなり増加したことは評価できる。 この両立支援の中に、小児AYA世代がん患者のために「新規就労」と「長期フォローアップ」との両立支援も組み込んでいただけると嬉しい。
533	中間アウトカム指標	331205	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合の測定値がベースライン値より増加している点は、両立のための職場環境整備が進んでいると評価できる。	
534	中間アウトカム指標	331205	74.5%の職場で、治療と仕事の両立に配慮がなされているのは素晴らしい	治療と仕事の両立について、職場の配慮が適切であるよう、例えば産業医の講習に具体的なアドバイスを加えてはどうか？
535	中間アウトカム指標	331205		『治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合』のデータソースが患者体験調査ではあり、%であるが、測定値の目標がない。 更に、企業の取り組み状況を把握するため、実態を把握するため外部調査など別のデータソースを利用することも可能と考える。 ・経産省『健康経営度調査（Q47がん等の私病を持つ従業員への仕事と治療の両立支援としてどのような取り組みを行っていますか）』 https://kenko-keiei.jp/wp-content/themes/kenko_keiei_files/kk2026sample_dai.pdf ・労働政策研究・研修機構『治療と仕事の両立に関する実態調査（患者 WEB 調査）』 https://www.jil.go.jp/institute/research/2024/documents/0241_01.pdf
536	中間アウトカム指標	331205		評価が反転し、勤務上の配慮がある職場環境については、あまり変化のない現状が見られる。4月からの労推法の改正で、どのように企業への働きかけを行うか、考える必要がある。また、前項の社内制度利用の患者割合が高くなっていながら、配慮がなされていない患者割合が変化していないため、社内の雰囲気としてはあまり変わらない状況かと推測する。※参考値と比較した意見
537	アウトプット指標			今回確認すべき項目ではありませんが【就労形態におけるがん患者の就労及び離職の実態を把握し踏まえた就労支援の提供体制について検討】についてコメントいたします。 アウトプット指標設定がないため、がん患者に限定した就労支援ではないが、就労支援に取り組む企業の実態を把握するために別のデータソースを利用することも可能と考える。 ・経産省『健康経営度調査（Q47がん等の私病を持つ従業員への仕事と治療の両立支援としてどのような取り組みを行っていますか）』 https://kenko-keiei.jp/wp-content/themes/kenko_keiei_files/kk2026sample_dai.pdf
538	アウトプット指標			今回確認すべき項目ではないが【中小企業含めて柔軟な勤務制度の導入等の環境整備を推進するため産保センターの活用や助成金による支援普及啓発の検討】について アウトプット指標設定がないため、がんに限定した就労支援ではないが、中小企業の取り組み状況を把握するために別のデータソースを利用することも可能と考える。 ・労働者健康安全機構（JOHAS）『令和6事業年度 業績実績等報告書p.103』 https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/jigyogaiyo/jyoho/koukai_shiryou/gyoumu_jyoho/R6_gyomuziseki_hokokusyo2.pdf
539	アウトプット指標	331105	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数の測定値がベースライン値より増加している点は職場側の就労支援が奏功していると考えられ評価できる。	
540	アウトプット指標	331106		『両立支援コーディネーター研修修了者数』は、修了者数だけであるため、地域別、所属別（産業保健総合支援センター、医療機関、企業など）に分析することで実態の把握に繋がる。 更に労働局から都道府県に設置されている『地域両立支援推進チーム』が、医療機関、企業、産業保健総合支援センターなどと連携し両立支援を推進する役割を担っているため、具体的な目標と評価指標を定めて推進チームの成果を検証するよう労働局から指導してはどうか？ https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000761011.pdf
541	アウトプット指標	331106	両立支援コーディネーターの研修修了者数が11000人増えている。	必要数、配置の妥当性や活動状況を検証する必要がある。
542	アウトプット指標	331106	両立支援コーディネーター研修修了者数が増加している点は今後より一層地域職域連携が円滑に進むと考えられ評価できる。	
543	アウトプット指標	331106	331106 両立支援コーディネータの養成者数は評価できる	
544	アウトプット指標	331106	研修修了者が上増加している点は評価できる	オンラインでの受講が可能となったことにより、研修修了者数が増加している点は評価できる。一方で、フォローアップ研修等の場においては、「資格は取得したものの、現場でどのように活用すればよいかわからない」といった声も聞かれる。 研修修了者数の増加のみをもって活用が進んでいると評価するのではなく、実際に効果的な配置や役割付与がなされているかについて、別の指標を用いて確認する必要があるのではないかと考える。
545	アウトプット指標	331106	BL値より大幅に増加している	人材育成の面では着実に進展している。 今後は、実際の活動内容や支援の成果や質についてが課題と考える。

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
◆アピアランスケアについて				
546	分野別アウトカム指標	300011		「身体的・精神的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合」はアピアランスをはかっているわけではないと考える
547	分野別アウトカム指標	300011	BL値より増加している	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合が大幅に多くなっていることに関しては、医療スタッフのみならず、相談支援センター、ピアサポートでのアピアランスに関する相談支援強化が求められる
548	中間アウトカム指標	332201	BL値より減少している	(332102)では相談件数が増えていることにより、実際には、家族、友人、患者会、ピアサポーターなど、医療スタッフ以外の相談先を選択している可能性も考えられる。
549	中間アウトカム指標	332201		最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」はBL値より増加しているが、中間アウトカム指標・分野別アウトカム指標はいずれもC判定であり、つながりの評価が難しい。母数に相談を必要としていない患者が含まれている可能性があり、評価は難しいが、相談を必要とする患者に必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善に対する取組は必要。 アピアランスケアの体制整備については、【参考資料6】3(2)の「今後予定している取組」に記載のとおり令和8年度からがん診療連携拠点病院機能強化事業に組み入れられる予定であるため、中間アウトカム「アピアランスケアに関する相談支援の利用」や、分野別アウトカム「外見の変化に起因する苦痛の軽減」に資する取組についても検討されたい。
550	中間アウトカム指標	332201		アピアランスケア相談の増加が望まれる
551	中間アウトカム指標	332201		外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合が減少している。相談件数が増えているのに満足度が満たされて居らず、相談のあり方について検討を要する。
552	アウトプット指標	332101		「外見の変化に起因する苦痛の軽減(300011)」の指標がC評価であることから、患者の苦痛を把握・軽減できるようスタッフの人材育成が求められるが、アピアランスケア研修(基礎)修了者数が減少している。アピアランスケアの重要性を病院として認識してもらい、受講者が増加するような働きかけ及び受講しやすい体制整備が求められる。また、多職種等のアピアランスケアチーム等の必要性についても評価したうえで、必要に応じて診療報酬等の加算も検討する必要がある。
553	アウトプット指標	332101	アピアランスケア研修(e-learning)の修了者数については、基礎編で減少、応用編で微増となっているが、年次ごとに受講者が積み上がる性質を踏まえると、相談支援に携わる医療従事者全体の母数に対して、どの程度の割合が受講を修了しているのかは本データからは把握できないため、必ずしも否定的な進捗ではない可能性がある。	修了者数の増減のみでは、研修の到達度や現場への浸透状況を評価することは難しく、累計修了者数が対象職種全体の中でどの程度を占めているのかといった視点も含めた整理が求められる。また、情報取得や悩みへの対処は、必ずしも医療従事者への相談に限られるものではない。美容動画に慣れ親しむ世代の患者にとって、当事者発信の動画は重要な学びや心理的支えとなっている場合もある。院内に動画で学んだり試したりするブースがあるだけでも支援の拡充になるため、多様な支援のあり方を探りたい。
554	アウトプット指標	332101		関係者が修了すれば更新などが無い限り、修了者数が継続的に増加することは難しいと考えられるので、累積の修了者数も確認することが必要ではないでしょうか。
555	アウトプット指標	332101		アピアランス相談者数は増加しているものの、e-learning研修修了者数は減少しており、このあと拠点病院機能強化事業でアピアランスケアの体制整備が組み入れられることで効果的な支援につながるか継続して見ていく必要がある
556	アウトプット指標	332101		アピアランスケアe-learning研修修了者数が減少し、応用編修了者数はほぼ変化がなかった。研修方法について再検討を要すると考える。
557	アウトプット指標	332102	社会的関心の高まりで相談件数が伸びていると思われ、評価できる。	相談支援の利用は25%にとどまり、人材の育成やアピアランスケアの相談についての認知度を高める工夫が求められる。
558	アウトプット指標	332102	相談件数は伸びている	中間アウトカム「外見の悩みを医療スタッフに相談できた患者の割合」が下がっていることは、一見矛盾するようだが、一部の患者が何度も相談して、相談者の裾野が広がっていない可能性がある。支援の受け止め方や入口が多様化していることに留意して、医療機関における最適なかわり方を見極める必要がある。
559	アウトプット指標	332102	相談支援件数の伸びは評価できる。	
560	アウトプット指標	332102	拠点病院等におけるアピアランスに関する相談件数が増加している点は評価できるが、中間アウトカムには反映されていない。	
561				アピアランスケアについて、患者側から医療側に相談されることは極めて少ないため、医療者側からアピアランスケアセミナー等を開催することが必要。その際、アピアランスケアという名称では患者には伝わらない。
◆がん診断後の自殺対策について				
562		全体	がん診断後の自殺対策に関して、拠点病院等における自殺リスクに関する研修実施割合(333102)が29.8%→40.6%(A)と向上しており、医療従事者側の認知・対応力の底上げが進んでいる点は評価できる。また、心のつらさがあるときにすぐ医療スタッフに相談できると感じる患者割合(333201)も32.8%→47.6%(A)と改善している。	
563		全体	緩和ケアの提供体制に関する指標では、緩和ケア研修修了者数(333101)が171,779→199,563(A)と増加しており、担い手育成の進展は評価できる。また、地域緩和ケア連携調整員研修(320102)や診療情報提供料(II)(320103)の算定数も増加しており、地域連携の強化や実績の「見える化」が進んでいる点は望ましい。	懸念(昨今の環境変化):一方で近年、訪問看護ステーション併設の高齢者住宅、いわゆる「ホスピス型住宅」をめぐる、不正・過剰な訪問看護の疑い、看護指示書への不適切な要求、ケアの質のばらつき等が報道・調査で指摘されている。この状況下では、緩和ケアの「診療数(算定)」の増加のみでは、どのような体制で、患者が望む緩和ケアが提供されているかを十分に評価できないおそれがある。 要望(指標・評価の改善):したがって、緩和ケアについては、量(診療・算定)に加えて、少なくとも以下を点検できる枠組みが必要である。提供の場・体制別(自宅、病院、緩和ケア病棟、施設・ホスピス型住宅等)の層別で、苦痛緩和・意思決定支援(ACP/SDM)・満足度等を評価すること、患者の望み(療養場所・ケア内容)と実際のケアの一致(「望むケアが行われたか」)を、患者体験・遺族調査等で把握すること
564				うつを自殺対策の項に持ってくるのであれば、項目名を「自殺対策」ではなくて「心のケア・自殺対策」とした方がよい。自殺は減っても心のケアはまだ足りていないのでは?
565	分野別アウトカム指標	300012	減少していることで成果は見られる	ただし、自殺数の減少のみをもって精神的苦痛などが十分に軽減されていると評価することはできず、引き続き患者の心理的苦痛そのものに着目した評価が重要である。
566	分野別アウトカム指標	300012	自殺数は減少しており、評価できる	
567	分野別アウトカム指標	300012	がん患者の自殺数が減少している点は、対策が円滑に進んでいると考えられ評価できるが、さらに改善するよう対策を継続する必要がある。	
568	中間アウトカム指標	333201	手引き改訂や研修、院内フロー整備等、がん医療における自殺対策を実装するための基盤整備が進められている。	公表・周知に留めず、導入施設割合・スクリーニング実施率・連携件数等の運用指標を設定してモニタリングし、実装の質改善につなげる。
569	中間アウトカム指標	333201	BL値より増加していることは評価できる	「相談できると感じている」と、「実際に苦痛が軽減されている」ことは必ずしも一致しない可能性がある。
570	中間アウトカム指標	333201	心のつらさがあるときに、すぐ医療スタッフに相談できると感じている患者の割合の測定値がベースライン値より増加している点は、自殺対策が奏効していると考えられ評価できる。	
571	アウトプット指標	333202		一方で、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者割合(333202)は24.0%→26.2%(C)と悪化しており、研修・相談導線の整備と並行して、苦痛の早期把握と支援につながる実装(院内フロー等)の継続的点検が必要である。
572	中間アウトカム指標	333202		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合の測定値がベースライン値より微増している。医療スタッフに相談できると感じている患者割合が増えていることと乖離している。相談できるが苦痛を緩和できていない可能性があり相談のあり方について検討を要する。
573	中間アウトカム指標	333202		自殺リスクに関する研修会を実施した拠点病院割合は増加しているが、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合は微増し3割程度もあることから、より精神心理的な苦痛を把握し、適切に対応できるスタッフの人材育成が求められる。それには、精神科を標榜しない病院もあることから、病連携やリエゾンチームも含め、必要な患者にメンタルサポートが実施できる体制整備が求められる。
574	中間アウトカム指標	333203		遺族調査をデータソースとしているが、当該調査は対象患者を20歳以上としており、小児・AYA世代がん患者は含まれていない。そのため、この指標は成人がん患者の実態を反映したものであり、小児・AYA世代を含む「がん患者全体」の状況を把握しているとは言えない。 次期に向けて、この指標を分野別アウトカムとする場合は、対象年齢を明示するとともに、小児・AYA世代については別に実施される実態調査を参考に、世代ごとの実態を把握することが必要ではないか。

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
575	中間アウトカム指標	333203		療養生活の最終段階において精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合の測定値がベースライン値より微増している。医療スタッフに相談できると感じている患者割合が増えていることと乖離している。相談できるが苦痛を緩和できていない可能性があり相談のあり方について検討を要する。
576	中間アウトカム指標	333203	治療の最終段階で精神的辛さを抱える患者が4割に上るのは、基本的な緩和ケアができていないと見るべきだと思う。	自殺対策を考えるとというよりも、緩和ケア全体の底上げが必要。精神と身体の苦痛を取り除くという基本的な緩和ケアの中の1テーマとして自殺対策を位置付けないと奏功しないと思われる。
577	中間アウトカム指標	333204	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができるとする患者の割合が増加している点は、円滑な支援ができていると考えられ評価できる。	
578	中間アウトカム指標	333205	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合が増加しAとなっている。	両立支援が進んだ結果であり、職場側の取り組みはもちろんだが、医療機関側との連携なしでは行え無いと考える。がん相談支援センターに所属している両立支援コーディネーターとしての社会福祉士が機能していると考えられ、社会福祉士のより確実な配置が望まれる。
579	中間アウトカム指標	333205	身体的な苦痛を感じる患者も4割近い。333203と並んで基本的な緩和ケアが実現できていないと見るべき。	自殺対策を考えるとというよりも、緩和ケア全体の底上げが必要。精神と身体の苦痛を取り除くという基本的な緩和ケアの中の1テーマとして自殺対策を位置付けないと奏功しないと思われる。
580	中間アウトカム指標	333205	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合が微減しているが、有意とは言えない。悪化していないとは評価できる。	
581	中間アウトカム指標	333206		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合が微増しているが、有意とは言えない。ほぼ変化なしという評価が妥当と考える。
582	アウトプット指標		指標の評価はいずれもAとなっており自殺対策は改善している。取組一覧に「がん対策推進協議会で自殺対策フローを公表」とありますが、いつになりますか	
583	アウトプット指標	333101	緩和ケア研修修了者数の測定値がベースライン値より増加している点は、自殺対策について正しい知識をつけた医療従事者が増加していると考えられ評価できる。	
584	アウトプット指標	333102	自殺リスクに関する研修等を実施した拠点病院等の割合が増加し、Aとなっている。	がんの自殺リスクが高いことは承知しているが、自殺予防は、病院の医療安全対策と密接な関連があり、他の疾患との並びも考えるべきである。がんだけで対策をするより、自殺総合大綱等との連動が求められる。
585	アウトプット指標	333102	29.8から40.6は改善ではあるが、がん告知後の患者の自殺率が高いことが分かっているのに、研修を実施する拠点病院が半数に満たないのは低いというべき。	
586	アウトプット指標	333102	自殺リスクに関する研修会を実施した拠点病院等の割合の測定値がベースライン値より増加している点は、自殺対策について施設の意識が高まったと考えられ評価できる。	
587	アウトプット指標	333103	特定疾患治療管理料がん患者指導管理料の算定数の測定値がベースライン値より増加している点は、自殺対策が進んでいると考えられ評価できる。	
588	アウトプット指標	333104	特定疾患治療管理料がん患者指導管理料の算定数の測定値がベースライン値より増加している点は、自殺対策が進んでいると考えられ評価できる。	

◆その他の社会的な問題について

589				サバイバーシップで晩期毒性に対するケアのがきちんとできているかどかの視点が欠けていると感じました。
590		全体		「がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合(334201)」が12.3%→23.2%(C)と悪化している。また「(家族以外の)周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合(334202)」も5.3%→7.4%(C)と悪化している。一方で、地域向けセミナー等の開催回数(334102)は1,717→1,926(A)と増加しており、啓発(アウトプット)と当事者の体験(アウトカム)の間にギャップがある可能性がある。患者体験調査では、偏見や不必要な気遣いの経験が特にAYA世代で目立つとの指摘がある。啓発の継続は重要だが、それだけでは当事者の困難は解消されにくく、「受け止め・相談・調整」など以下のサポートがセットが必要である。 ・啓発と並行して、相談支援センター等における差別・偏見や職場/学校での困りごとの相談專線(心理支援、就労・就学支援、必要に応じた関係機関へのつなぎ)を強化すること。
591	中間アウトカム指標	334201		がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合がベースライン値からおよそ倍増していることに関しては、調査行い、対応策を策定する必要がある。
592	中間アウトカム指標	334202	BL値より増加している	家族以外の周囲からがんに対する偏見を感じる割合が増加しており、偏見の払拭に向けた取組は依然として課題が残る。 小児・AYA世代では、外見の変化や治療による生活上の制約が目立ちやすく、学校や職場、同世代の人間関係の中で偏見や無理解を受けやすい状況にある。 若年層を含む社会全体に対し、がんに関する正しい理解を促す継続的な啓発が必要である。
593	アウトプット指標			経済的な課題についての指標ができていないが、現在高額療養費の見直し案で表面化しているので、明記が必要ではないか。
594	アウトプット指標	全体		高額療養費制度の改正など、患者にとって影響の大きい経済的課題が生じている。現時点では、これらの課題に直接対応する指標は設定されていないものの、分野別アウトカム(30009)では、金銭的負担が原因で生活に影響があったと回答したがん患者の割合が24.2%に上っている。これは、経済的負担が患者の療養生活や治療継続に実質的な影響を及ぼしていることを示す重要な指標である。 今後の制度動向を注視するとともに、患者の生活と治療の両立を支えるため、行政が必要な対応を早急に検討し、課題解決に向けた施策を推進していくことが求められる。
595	アウトプット指標	334101	当該指標は38.8%→46.7%(判定A)と改善しており、情報取得・意思疎通に配慮が必要な患者への対応体制を底上げするうえで望ましい進捗である。	一方で、なお半数に満たないため、引き続き拠点病院等における整備を促進するとともに、作成にとどまらず、①現場で実際に使える運用(説明場面での手順・支援ツール・連携先)、②当事者参画による点検・改善、③周知(患者が存在を知り利用できる專線)の強化、を進めていただきたい。あわせて、障害等により配慮が必要な人や日本語を母国語としない人への情報提供体制を検討する方針とも整合的に、より実効性のある体制整備を期待する。
596	アウトプット指標	334102	開催回数が増加している点は評価できる	がんに対する偏見の払しょくに関する中間アウトカム2項目はいずれも悪化しており、改善が急務である。偏見や誤解が、就労継続の断念や離婚といった深刻な社会的影響につながった事例も報告されており、この問題は個々の患者や家族の生活に直接的かつ重大な影響を与えている。 地方公共団体や患者団体等との連携は重要であるが、まずは国として一定の方向性や基本的な考え方を明確に示し、その実施に向けた予算措置を講じることが不可欠である。患者や家族が精神的・社会的苦痛を過度に負うことがないよう、教材整備や普及啓発手法の標準化を含め、セミナーやがん教育を通じた体系的かつ継続的な啓発を今後も国の主導で推進していく必要があると考える。
597	アウトプット指標	334102		「民間団体や患者団体等と連携」とあるが、地域を対象としたがんに関するセミナー等の回数となっているが、連携の有無がわからないため、共催等の記載のあるものを抽出するべきと考える。
598	アウトプット指標	334102	拠点病院の地域がんセミナーの実施数が12%増加	取り組むべき施策としては、がんに対する「偏見」の払拭や正しい理解促進のため、地方公共団体が民間団体や患者団体等と連携して普及啓発に努めることが掲げられている。一方、アウトプット指標として設定されているのは、「拠点病院等で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数」であり、施策と指標評価の実施主体が一致していない。三次医療機関であるがん拠点病院は、一般に紹介状がなければ受診できず、地域住民にとって日常的にアクセスしやすい場とは言いがたい。そのため、病院主催のセミナーの参加者は既存の患者や家族に偏りやすく、地域全体に向けた偏見払拭や理解促進という本来の目的到達への限界があると考えられる。実際、セミナー開催に際し集客に苦慮する例も少なくない。セミナー開催数とともに、地域住民の参加者がどの程度増加したかを含めて検証する必要がある。こうした状況を踏まえると、セミナー開催回数の増加は、医療機関への業務負担を課す一方で、施策目的との整合性や実効性と乖離している可能性がある。本来の施策どおり、地方公共団体が主体となり、医療機関に協力を求める形で、学校、職場、地域活動の場など、住民が日常的にアクセスしやすい場を活用した啓発の取り組みや、民間団体・患者団体との協働による発信の到達度を評価できる指標の検討が求められる。

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
◆小児・AYA世代について				
599	最終アウトカム指標	000010	現在、自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 [A] は評価できる。	本指標は「がん患者」を対象としており、AYA世代の評価を反映していると考えられる。小児がんの場合、日常生活の質は患者本人のみならず、親の生活や就労、精神的負担に大きく影響される。小児がんにおいては、患者本人の評価に加え、親・家族の生活の質や負担感をどのように把握・評価するのかという視点が必要である。
600	最終アウトカム指標	000010	「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」が改善傾向であったことは評価できる	最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」はBL値より増加しているが、中間アウトカム指標・分野別アウトカム指標については、CもしくはD判定（測定値（中間）なし）がほとんどであるため、つながりの評価が難しい。 最終アウトカム指標は、すべてのがん患者が対象と思われるが、小児・AYA世代の回答も、同様の傾向が検証する必要がある。
601	最終アウトカム指標	000010		指標の数字は「すべてのがん患者」のものであるが、ここは若年での世代別のデータとしてはいかか
602	分野別アウトカム指標	300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合の測定値がベースライン値よりわずかに減少している。求められている支援が行えるように新たな対策を講じる必要がある。
603	分野別アウトカム指標	300003	再掲) 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[A]は評価できる 一方で、家族への支援・サービス・場所の充実[D]	小児がんの場合には、患者本人ではなく親の離職や就労継続の困難さが課題となっている。がん相談支援センターにおける親を対象とした相談支援がどのように実施・評価されているのかは明確でない。小児がん特有の課題として、親の就労や経済的影響に対する相談支援の内容や質を評価する視点が求められる。
604	分野別アウトカム指標	300003	家族支援が進んでおり、適切に支援を受けられる家族が増加している。	評価が反転し、特に若い世代の場合は家族関係が密接であったり、変化する時期と重なったりするため、この家族支援充実の傾向を加速させるために、家族も相談できることの広報・周知を徹底したい。※参考値と比較した意見
605	分野別アウトカム指標	300004	(測定値が得られておらず評価はD)	就学の継続は、小児・AYA世代がん患者の将来の自立や社会参加に直結する重要なアウトカムであるが、中間時点では測定値が得られておらず評価はDとなっている。
606	中間アウトカム指標			小児AYA世代のがん治療全般に対する実態把握が十分ではないと思われます
607	中間アウトカム指標			小児患者体験調査の結果待ちであり評価できない。今後患者体験調査と同時期に調査することはできないか
608	中間アウトカム指標	341201	(測定値が得られておらず評価はD)	(341201~341203) 教育支援は、小児・AYA世代のがん患者に特有の重要な課題である。 入院治療中の支援にとどまらず、復学後も見据えた切れ目のない支援体制の整備が求められており、医療従事者と教育関係者との一層の連携が不可欠である。
609	中間アウトカム指標	341202	就学支援制度の利用の拡大について、結果はでていないが重要。	休学、復学について文部科学省当等との連携を図り、体制整備を進めるとともに、医療機関で教育機関と連携をする社会福祉士の配置の充実が必要ではないか。
610	中間アウトカム指標	341203		がん治療と教育の両立については、より地域の学校との連携を強化し、孤独感がない環境を提供できるようなサポートが必要と思われる
611	中間アウトカム指標	341204	(測定値が得られておらず評価はD)	外来設置数は増加している一方で、患者・家族への周知や理解が十分に進んでいない可能性がある。 再発や二次がん・晩期合併症の早期発見につなげるためには、長期FUの重要性について、診断時・治療中からの継続的な情報提供が重要である。
612	中間アウトカム指標	341205	増加傾向であることは評価できる。	小児・AYA世代に関しても、治療開始前に就労継続の説明を受けた割合（341205）は54.9%→57.7%にとどまり、さらなる底上げが必要である。国が示す方針（主治医から産業医への情報提供、産業保健との連携、調整支援体制の整備）を、現場で実装できる形に落とし込むため、①医師・看護師等が診療プロセスの中で就労継続を必ず確認・助言する仕組み、②両立支援コーディネーター等への自動紹介（院内連携の標準手順化）、③若年がん患者を含む重点層への情報提供の強化、を求める。
613	中間アウトカム指標	341205		外来設置数は増加している一方で、患者・家族への周知や理解が十分に進んでいない可能性がある。 再発や二次がん・晩期合併症の早期発見につなげるためには、長期FUの重要性について、診断時・治療中からの継続的な情報提供が重要である。
614	中間アウトカム指標	341205	知慮開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合が微増している。就労支援について医療者側からの援助が改善している点は評価できるが、更なる向上が得られるように方策を考える必要がある。	
615	中間アウトカム指標	341205		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がわずかに増えて57.7%になっているが（分母は就労中に発症したがん患者と思われる）、まだ十分とは言えない。
616	中間アウトカム指標	341205		「診断時からの情報提供（331201）」の割合が増加しているが、退職したがん患者のうち、がん治療の開始までに退職した者の割合が増えている。これはがん患者が告知のショック等から誰にも相談できずに退職を決定している可能性がある。また、就労支援の「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（331201）」もAYA世代の「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（341205）」についても増加しているが、割合としては6割に満たない。そのため、診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。
617	中間アウトカム指標	341206	(測定値が得られておらず評価はD)	小児・AYA世代では、症状の訴えにくさや心理的要因等により、患者本人の声が十分に反映されにくい特性がある。 また、前回の「小児患者体験調査」は家族による代理回答であったため、患者本人の実感が十分に反映されていない可能性に留意が必要である。
618	アウトプット指標		令和8年度は小児がん拠点病院等の整備について改定されることから、さらに個別施策が反映された指針ができ施策が進むことに期待する	
619	アウトプット指標		長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の数（341104）は123→130（A）と増加しており、体制整備が進んでいる点は高く評価できる。	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数（341103）は250→190（C）と減少しており、担い手育成・知見共有の観点で課題がある。一方で、長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の数（341104）は123→130（A）と増加しており、体制整備が進んでいる点は高く評価できる。 設置拠点数が増える中で研修参加が減っていることは、拠点整備が進む一方で、現場の多忙化等により研修参加機会が確保しにくい可能性や、施設間で知見が均てん化しにくいリスクを示唆する。また長期フォローアップや移行期支援は、成人診療科との連携を含む「切れ目のない支援体制」の構築が求められている。特にAYA世代は進学・就労等で移動が多く、県境を越えた継続支援の難しさが顕在化しやすい。そこで、長期フォローアップ外来の整備に合わせ、以下の実態把握を計画的に行い、改善につなげていただきたい。 ・長期フォローアップの運用上の課題（対象者把握、受診中断、成人科への移行、地域連携、情報共有の壁など）の整理 ・AYA世代を含む「広域移動（他県通学・転居等）」時のフォロー継続の障壁と解決策（紹介・情報連携の標準化等） ・研修参加の減少要因分析と、オンライン等も活用した継続教育の強化 また、国の厚労科研では、長期フォローアップ体制構築の研究として、長期フォローアップセンター（全国規模の情報インフラ）を構築し、JCCG大規模観察研究の一次調査データを基に前向き観察研究を計画したとされる。このような情報基盤・レジストリ研究の動き（AYA領域でのレジストリ研究を含む）を、現場で生じている課題の把握とセットで回し、「整備したが機能しない」を防ぐ改善サイクルとして活用していただきたい。

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
620	アウトプット指標	341101		小児・AYA世代の発育・療養上の相談支援のうち「教育に関する相談件数」は2,232→1,926 (判定C) と減少しており、支援ニーズの把握・接続の観点から課題がある。 一方で、ICTを活用した遠隔教育（オンラインで授業参加できる環境）の進展は、療養中の学びの継続にとって非常に大きい。国としても、教育支援の充実、医療従事者と教育関係者の連携、ICT遠隔教育の実態把握を進める方針が示されている。このため、相談件数の減少が「支援ニーズの低下」を意味するとは限らず、支援が必要な患者・家族が相談支援センターにつながっていない／学校連携の地域差で相談が成立しにくい可能性も含めて検討が必要である。 要望（施策）：大阪府のように自治体単位でAYA支援を展開し（例：AYA支援病棟等）、学校との連携が比較的スムーズに進む地域があるとの現場実感も踏まえ、教育支援を「個別担当者の努力」に依存させず、以下を推進されたい。 ・学校連携も含めたAYA支援専門チームの整備：相談支援センター／医療者／MSW等が、学校・教育委員会と連絡調整できる体制を明確化する。 ・県境を越える連携の標準化：他県の学校では対応が途切れるという課題があるため、転居・進学・広域通学も想定した「紹介・情報共有・支援継続」の標準手順を整備する。 ・教育委員会の参画：自治体の教育委員会にもがん対策への協力を位置づけ、病気療養児への支援状況（双方向型授業配信等）を踏まえた取組を各地域で底上げする（文科省による調査結果の周知も行われている）。
621	アウトプット指標	341101		このような仕組みがあることを医療機関に任せるだけではなく、国も周知に努めるべきだと考えます。
622	アウトプット指標	341101		小児がん拠点病院等のがん相談支援センターにおける、教育に関する相談件数の測定値がベースライン値より減少している。コロナ禍でICTを活用した遠隔教育が進んだため、教育に関する相談が減少した可能性もあると考える。
623	アウトプット指標	341101	相談件数は減少している	教育に関する相談は、学校、家族、友人、教育者など、医療スタッフ以外の相談先を選択している可能性も考えられる。
624	アウトプット指標	341102	研修修了者数は増加している	小児・AYA世代特有の課題に対応できる人材育成がすすんでいると評価できるが、研修修了者の配置先まで追跡が必要。 小児がん相談員の研修者の内訳は、成人と小児の兼務者も多く、今後は、配置された人材が実際に相談対応や支援の質向上にどの程度寄与しているかについて、アウトカム指標との連動が求められる。
625	アウトプット指標	341102	基礎研修(1)(2)を受講後、「小児がん相談員専門研修」を終了し、小児がん拠点病院等に配置されている者の数の測定値がベースライン値より増加している。小児がんに特化した研修を受けた相談員が増えたことは評価できる。	
626	アウトプット指標	341103		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の測定値がベースライン値より減少している。令和1年には4回開催されていた研修会が、一時コロナ禍で年2回となり、測定値の対象となった令和5年には年3回となったことが影響している可能性がある。
627	アウトプット指標	341103		コア指標である長期フォローアップに関する研修会参加人数が減少していることは何か事情があるのか検証が必要。（長期フォローアップセンターと何らかの関連があるのでしょうか）
628	アウトプット指標	341103		小児がん・AYAがん患者の長期フォローアップは重要な課題であり、医療者側の認識度向上が求められる。がん診療病院連携研修等で周知が図られているか？
629	アウトプット指標	341103	BL値より減少している	ベースライン値250に対し、測定値（中間）が150。今後も研修が予定されていると推察するが、長期フォローアップについての受講が進むよう対策するべき。
630	アウトプット指標	341103		研修会が十分に周知されているか不明ですが、研修会の認知度が原因ではないでしょうか。
631	アウトプット指標	341104	設置医療数は増加している	体制整備は進展しているが、今後は認知度や利用率の向上が課題となる。
632	アウトプット指標	341104	長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の数の測定値がベースライン値より微増している。長期フォローアップに力を入れている施設が増えていることは評価できる。	
633	アウトプット指標	341105	小児がん拠点病院等のがん相談支援センターにおける終了に関する相談件数の測定値がベースライン値より約3倍に増加している。就労支援の体制が充実してきたと考えられ評価できる。	
634	アウトプット指標	341105	相談件数は増加している	小児・AYA世代がん患者が抱える就労についての課題が、がん相談支援センターへの相談として表れてきていると考えられる。 一方で、相談件数の増加が実際の就労や就労継続につながっているかどうかの検証が重要である。
635	アウトプット指標	341106	連携患者数は増加している	患者団体との連携数は増加しているが、患者団体の質の担保、患者が実際に支援につながっているかという視点での評価が今後求められる。
636	アウトプット指標	341106	小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数が著増している。患者団体との連携が深まってきていることは評価できる。	
637	アウトプット指標	341106	就労相談件数や患者団体との連携数が増加している	取り組むべき施策において、ハローワークや地域若者サポートステーション等、就労支援に関係する機関との連携を含めた取組の推進が明記されているが、アウトプット指標では患者団体との連携数のみとなっており、就労支援を専門とする外部機関との連携状況や、その機能がどの程度活用されているのかは明らかになっていない。患者団体が果たす役割は重要である一方、就労の成立や社会移行を支えるためには、キャリア形成、職業相談、就労訓練、雇用調整等を担う専門機関との連携が不可欠である。患者団体との連携が、実際にどのような就労支援プロセスにつながっているのかという点も含め、施策の想定と指標との対応関係について検証していく必要がある
638				「進捗状況の評価」について 230101医師数の減少は、まだ出生数減少の範囲内に収まっているが、230105療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数の減少は、急激で早急に対策を要するのではないかと、同じCでも意味が全く異なる。このことは「さらに推進が必要と考える事項」には記載されているが、重要な問題なので「進捗状況の評価」のところにも記載した方がよい。

◆高齢者について

639	最終アウトカム指標	000010		指標の数字は「すべてのがん患者」のものであるが、ここは今後高齢者ではかれるようにしてはいかかが
640	分野別アウトカム指標	300006	BL値より増加している	(30006・7・300015) 在宅で亡くなった高齢がん患者の医療に対する満足度は向上しており、在宅医療・緩和ケアの質の向上が示唆
641	分野別アウトカム指標	300006		望んだ場所で過ごせたがん患者の数は増加したとはいえ未だ60%台なので更なる検討が必要。2023年遺族調査の結果を見ると死亡前1か月間の患者の療養生活の質では体の苦痛がなく過ごせた等々他のものであるが、他の疾患と比べて低いことがわかる。また、この指標の遺族調査の数字は高齢者のものではかるべきでは。
642	分野別アウトカム指標	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者が60%と向上したのは喜ばしい。	残りの40%が望んだ場所で過ごせなかった理由を分析して、何が障害になっていて、どう障害を取り除けるかというアプローチが必要
643	中間アウトカム指標	342202		最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」はBL値より増加しているが、中間アウトカム指標「医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合」のみC判定である。79.1%から77.5%という変化であり、評価は難しいが、今後も推移をみていくことが必要。 【資料：第4期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧（令和7年12月時点）_共生】(4)②高齢者について、厚生労働科学研究の結果を踏まえ、多職種連携における課題解決に資する取組が必要。
644	アウトプット指標	342102		退院時に算定する他の連携項目に移行している可能性は否定できません。
645	アウトプット指標	342102	相談件数は減少している	医療者間連携に対する評価は高水準であるものの、わずかに低下しており、連携の質の維持・向上に向けた継続的な取組が求められる。
646	アウトプット指標	342102	整備指針によって指定要件が定められたことから全拠点病院で情報共有がなされ役割分担や支援について検討がはじまり100%となったところ	高齢がん患者支援では地域での多職種連携を加速化し力を入れてほしいところ。次なる指標では実際のアクション、たとえば「退院時には介護保険につながっている」割合をはかるなど地域で安心して生活できることにつながる指標ではかっていただきたい

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
647	アウトプット指標	342102		退院時共同指導料1の算定数が増加していることは評価できる。一方で、介護支援等連携指導料の算定数が減少していることから、その理由を分析し、本人の希望に沿って介護サービスにつなげられる体制整備が必要である。
648	アウトプット指標	342102	算定回数・患者数ともに減少	制度の活用が十分に進んでいない可能性がある。 制度の認知や運用上の課題について整理が必要である。
649	アウトプット指標	342103	介護支援連携指導料の算定数が減っているため、Cとなっている。	「342101」の医療と介護等の役割分担が100%となっている所から連携は進んでいると考えられる。介護支援等連携指導料は入院患者の算定であるが、外来で医療・介護体制については話し合うことが増えている。患者・家族等が抱える課題は医療だけではなく、社会的な課題も多く存在するため、外来でのケースカンファレンスを実施するためにはマネジメントをする社会福祉士の人員確保、体制の確立が重要である。
650	アウトプット指標	342104	人生最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定支援について拠点病院では100%でAとなっている。	高齢者のがん医療については倫理的課題も多くあり、拠点病院以外でがん患者を診る病院についても医療機関の実情に合わせたガイドラインを作成していないか等を病院報告等で聞くことはできないか。
651	アウトプット指標	342104	ベースライン値99.6%に対して測定値(中間)100%となっていることは評価できる。	高齢がん患者の人生最終段階の療養場所について意思決定する状況は医療機関で厳しい現実と向き合っている際と考えられ、それ以前に平素よりACP(人生会議)を踏まえて、生き方や死に方について話し合う場ということについて第5期基本計画策定に向けて検討する必要があると考える。
652	アウトプット指標	342104		測定値は100%でA評価となっているものの、中間アウトカム(342203)では、最期の療養場所について話し合いがあったと回答した割合は50.9%にとどまっている。さらに、最終アウトカム(30006)においても、望んだ場所で最期を過ごせたがん患者の割合は改善傾向ではあるが60.2%にとどまり、依然として課題が残されている。 最期の療養場所に関する話し合いが個別対応の中でどのように実施されているかについて、実態を把握し、評価指標と患者・家族の実際の状況との間に乖離がないか検証することが求められる。
653	アウトプット指標	342104	100%達成は一応の成果を上げている。	しかし、アウトプットとアウトカムにはまだ乖離が診られる。342203など大きく改善しているがまだ半数なので一層の推進が必要である。
654	アウトプット指標	342104	高齢がん患者の人生最終段階における療養場所の選択に対して、各種ガイドラインに沿って個別の対応をした拠点病院が100%になった	拠点病院で100%であっても全国の地域医療の現場の実情はわからない。がん拠点病院での看取りが多くない現状(この実態調査も必要であるが)を踏まえ、都道府県を中心とした丁寧な地域での発展的な調査を期待したい。
◆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				
79	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。
80		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	
81	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
82	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
83	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。
84	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。	
85	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。
86	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。
87	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。
88	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。
89	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	
90	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。
91	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。
92	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
93	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?)
94	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用。
95	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。
96	アウトプット指標	410102		
◆人材育成の強化				
97	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はなく、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。
98	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	
99	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。
100	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の評価(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と。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
101	アウトプット指標	420102	人材育成が不調である	
102	アウトプット指標	420102	583→550人へ減少	人数が減っていることだけでなく、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等との連携も必要となることもある。
103	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	
104	アウトプット指標	420103	人材育成が不調である	
105	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の評価(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と。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
106	アウトプット指標	420104	人材育成が不調である	

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
107	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の評価（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と。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
108	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。	「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と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。
109	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	・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。
110	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と。
111	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。
112	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の評価（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と。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
113	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でいいのか
114	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はどうか。 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。
115			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。
116			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。
117				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？
118				「進捗状況の評価」について 2年で27,784名もの「も」の意味は何でしょうか？不要に感じます。
119				「さらに推進が必要と考える事項」について 身体的、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は増加傾向であり、とありますが、身体的な苦痛は減少しており記載が正確ではありません。
◆がん教育及びがんに関する知識の普及啓発				
120	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？
121	中間アウトカム指標	430201		「がんは誰もが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ます。
122	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ます。
123	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？
124	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。
125	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と。
126	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と。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。
127	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。
128	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。
129	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。
130	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が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。
131	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%にしかなっていない。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。
132	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	
133	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と。
134	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。

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
135	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。
136	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）
137	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）
138	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、冨瀬悟、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、403203の項目を追加するといのではないか。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。
139	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B L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
140	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と思います。
141		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	
142	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。
◆がん登録の利活用の推進				
143	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。
144	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。
145	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。
146	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出すことが望ましい
147	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。
148	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。
149	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				
150		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
151	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）
152	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いかかが。
153	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う。	
154	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	
155	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。
156	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。
157	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
158	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、測定値（中間）が未測定となっているが、各都道府県の協議会委員名簿を用いることで、一定程度の状況把握が可能と考える。 患者代表の参画は当事者の視点を施策に反映するうえで重要であることから、既存情報をもとに把握できる範囲で状況を整理することは、より実態に即した評価に役立つと考える。 加えて、患者代表の継続的な参画を確保する観点から、患者委員の育成や研修機会の整備について、関係機関との連携のもと検討を進めることも有用と考える。

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
159	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繁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いかがか。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いかがか。
160	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。
161	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。
162	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。
◆デジタル化の推進				
163		全体	自治体検診DXのモデル事業を開始したこと	
164				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？
165	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、医師への報酬など更なる取り組みが必要と思います。
166	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は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
167	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。
168	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。
◆全体				
655				全体的な意見ですが、がん拠点病院等だけでなく、手術など含めそれ以外の医療機関でもがん治療が行われています。それらの医療機関などへの広がりをどのように評価するか視点が大切だと考えます。
656				介入の度合いを測る評価項目が多い。一方で、介入の結果、患者の状態像がどう変化したか、のデータが薄く、介入の効果が良く分からない。手術や放射線、薬物などは治療効果を何で測るかが難しいが、支持療法、緩和ケアなどは評価を患者の主観にゆだねることが適切な項目と言える。技術的にも、患者調査の設問を工夫すれば、データを取ることが可能ではないか。
657				中間指標の数字の解釈、評価、更なる検討は、直接施策に結びつくものではないので、委員の意見であっても「さらに推進が必要と考える事項」ではなく「進捗状況の評価」に分類すべきである。
658				「がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項」には、委員の意見でなくても、厚労省として将来進めるべきことを記載しても良いのではないかな？
659				厚労省の施策は「進捗状況の評価」に書かれている。大事なものは繰り返しのようになってしまったので「さらに推進が必要と考える事項」にも記載すべきであろう（大体できているが一部で不足している）
660				関連学会による診療ガイドラインの整備・更新と共に、各学会に対して診療ガイドラインの作成方法の啓発、作成された診療ガイドラインの評価・一般公開を進めている日本医療機能評価機構Mindsの安定的な運営も重要と考えられます。（現在は単年の厚労省委託事業であり、中長期的な展望に基づく体制づくりが望まれます）。