

日本医療政策機構（HGPI）がんプロジェクト

政策対話

患者アクセスの視点から考えるがん遺伝子パネル検査
—診療報酬制度と保険外併用療養費制度に求められる在り方—

論点整理

2025 年 11 月



趣旨

2019 年にがん遺伝子パネル検査が保険収載されて以降、がんゲノム医療に関する臨床での経験や様々な研究結果の蓄積が進んでいます。また、2023 年 6 月には良質で適切なゲノム医療を全国民が安心して受けられる体制構築を目的とした法律（いわゆる「ゲノム医療法」）が成立し、がんゲノム医療推進の機運が高まりつつあります。しかしながら、がんゲノム医療が患者に広く適切に提供されるためには、様々な課題が存在しています。

このような背景を踏まえ、日本医療政策機構（HGPI）では、2021 年以降がんゲノム医療・個別化医療に関する取り組みを開始し、2025 年 4 月にはがんゲノム医療の推進に関する政策提言書を公表しました。また、日本臨床腫瘍学会（JSMO: Japanese Society of Medical Oncology）、日本癌学会（JCA: The Japanese Cancer Association）、日本癌治療学会（JSCO: Japan Society of Clinical Oncology）は共同で、2025 年 6 月 11 日に「次世代シーケンサー等を用いた遺伝子パネル検査に基づく固形がん診療に関するブリーフィングレポート」を公表しています。2019 年の保険収載時には、3 学会によるガイダンスがその重要な根拠として活用されており、今回の文書も、次期診療報酬改定に向けても参考とすべき指針となります。まさに今、患者がより適切な形でその恩恵を享受するために、がんゲノム医療の推進に向けた議論を深め、具体的なアクションにつなげる重要な時期を迎えています。

本政策対話は、産官学民の多様なステークホルダーが一堂に会し、がんゲノム医療の現状と課題、そして未来について議論する機会として設定しました。

開催概要

- 日時： 2025 年 7 月 14 日（月）18:00-19:30
- 会場： Global Business Hub Tokyo
（東京都千代田区大手町 1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階）
- 形式： 対面のみ（招待制・チャタムハウスルール）
- 主催： 特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）

チャタムハウスルールについて

チャタムハウスルールは、話し手に匿名性を提供し、情報の公開と共有を促進することを目的に、英国における Chatham House が起源となり始まったルールです。現在では、自由な議論を促す助けとして世界中で使用されています。

「チャタムハウスルールの下で会議やその一部が開催される場合、参加者は受け取った情報を自由に使用することができますが、発言者や他の参加者の身元も所属も明らかにすることはできません。」

（引用：Chatham House）

議論概要

開会趣旨説明・政策提言書の紹介

河野 結（日本医療政策機構 マネージャー）

政策対話の趣旨

本政策対話は、がんゲノム医療に関する制度的な課題と今後の在り方について、医療者、研究者、行政、企業、患者など多様な立場の約 40 名の参加者による率直かつ建設的な議論を行う場として設けた。政策対話という名前の通り、本日の主眼は明確な結論を急ぐことではなく、立場を超えた率直な対話と意見交換に置いている。ぜひ幅広い視点から多様なご意見をいただきたい。

「誰一人取り残さないがん対策」としてのがんゲノム医療

現行の第 4 期がん対策推進基本計画では「誰一人取り残さないがん対策」が掲げられており、ゲノム医療についても「患者起点」「患者還元」が重要視されている。2025 年 8 月以降には、ゲノム医療施策の基本計画策定も本格化していく。また、来年 2026 年には、第 4 期がん対策推進基本計画の中間評価の時期に相当すると同時に、がん対策基本法施行から 20 年を迎える。

がん対策基本法の成立には、患者・当事者がその成立に大きく貢献しており、厚生労働省が設置するがん対策推進協議会へ「がん患者及びその家族又は遺族を代表する」委員の参画が規定された。審議会等の会議体への患者・当事者参画を目指す動きは広がり、その流れはアレルギー疾患対策や循環器病対策等の個別疾患はもちろん、医療計画や健康増進計画等の疾患横断的かつ地域に根ざした計画にまで及んでいる。

一方で、ゲノム等の科学技術の発展に伴い、がん医療の在り方は当時と比べて大きく変容してきた。社会経済や人口動態の影響もあり、改めて「患者起点」「患者還元」の視点からがん医療を問い直す必要が生じている。

がん遺伝子パネル検査という新たな政策課題－「患者起点」「患者還元」の視点から

当機構では 2025 年 4 月に「がん遺伝子パネル検査へのアクセス確保と保険外併用療養費制度のあり方に関する政策提言書」を公表した。本日はこの提言や学会等からの要望書をベースに、がんゲノム医療のなかでもとりわけがん遺伝子パネル検査について議論を深めたい。提言では、以下の 3 点を柱として提示している。

- ・ がん遺伝子パネル検査の適切なタイミングでの実施
- ・ 保険外併用療養費制度の活用に関する公平性と透明性への配慮
- ・ 患者アクセスの観点からの制度的改善の必要性

現在の保険制度下では、がん遺伝子パネル検査の実施が「標準治療終了後またはその見込みのある患者」に限られている。この「標準治療の終了」や「終了の見込み」については、主治医の判断により決定されるため、比較的早期の段階で実施している病院も存在するなど、医師の判断によって患者の治療時期が異なっている。そのため、正しい制度の理解を広めたくうえで、必要に応じて柔軟に適切な判断ができる医師を増やすとともに、診療報酬制度上の記載も解釈により差が生まれないよう修正していく必要がある。さらに、がん遺伝子パネル検査の活用実態や患者への説明内容にも地域によってばらつきが見られ、アクセス格差の顕在化が懸念される。こうした背景を踏まえ、本政策対話を通じて患者が適切なタイミングで検査を受けられる環境や、公平で透明性ある制度運用の在り方について、中長期的な改善に繋げていきたい。

最新の3学会ガイドスの紹介

武藤 学（京都大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学 教授）

はじめに

2019年に我が国で初めてがん遺伝子パネル検査が保険収載されてから6年が経過し、10万人以上の患者が検査を受けている。しかし、実際にかん遺伝子パネル検査に基づいた治療に到達した患者は8.2%にとどまり、臨床試験や臨床研究にアクセスできた患者も1.5%にすぎない。「検査の広がり」と「治療へのアクセス」の間には大きな乖離が生じている。

この現状を踏まえ、2025年6月に3学会（日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会）は「がん遺伝子パネル検査の臨床的活用に関するブリーフィングレポート」を公表した。本レポートは、各学会の理事長・理事等が参加するタスクフォースおよび実務者によるワーキンググループによって作成され、制度設計上の課題と改善提案を12項目に整理している。本講演では、その中でも特に患者の治療アクセスに直結する5つの論点を紹介する。

1. コンパニオン診断（CDx）機能とプロファイル検査機能の一体的な運用

がん遺伝子パネル検査は、保険適用された薬剤を判定する「コンパニオン診断（CDx）機能」と、治験などの新たな治療法の評価を目的とする「プロファイル検査機能」の両機能を併せ持ち、一つの検査として実施すべきである。しかし、現行の保険制度上では両者が異なる枠組みとして扱われているため、CDxとして実施した検査結果は検査費用自体（約46万円）より診療報酬が低く（最大約20万円）ため実施が困難である。プロファイル検査として実施すれば、病院の持ち出しは基本的になくなるが、その対象が標準治療終了（見込みを含む）となっていることから、治験や臨床研究へ参加しにくいなどの状況が発生している。

今後は、検査・診断・治療を一体的に活用できる制度設計を進め、現場での運用をより柔軟かつ効率的に行える体制整備が求められる。

2. 検査実施タイミングの柔軟化

がん遺伝子パネル検査の保険適用は、現在「標準治療が終了（見込みを含む）」場合に限定されている。しかし、近年では治験段階の薬剤や治療初期の段階から有効性が期待できる薬剤が増加しており、治療開始前に遺伝子変異の情報を得ることによって、より適切な治療選択を行うことが可能である。それにもかかわらず、上述した現行制度の制約により、検査の臨床的価値が十分に発揮されていないのが現状である。

実際、標準治療後に検査を実施した場合には、全身状態や臓器機能の悪化により提案薬剤を使用できない症例が10～30%に上ると報告されており、治療到達率が8.2%にとどまっている。一方で、標準治療開始前の段階で検査を行った場合には、治療到達率が19.8%、1年後には22.7%に上昇することが先進医療Bの枠組みで確認されている。

こうした課題を踏まえ、がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議 診療ワーキンググループ（2025年3月）では、「標準治療終了（見込みを含む）」の解釈を主治医の臨床判断に委ねることができるとの見解を示した。これにより、患者の病状や治療経過を踏まえた柔軟な判断が可能となり、現場ではこの裁量を生かした運用が徐々に広がりつつある。今後は、こうした状況を制度として明確に支援し、がん種や薬剤適応の特性に応じて、より柔軟かつ臨床的有用性に基づいた検査実施の最適化を進めることが求められる。

3. 検査後の出口戦略の欠如（検査と治療の接続経路の明確化）

現状、日本では検査結果から臨床試験や薬剤投与へ円滑に移行する明確な接続経路（出口戦略）が制度上存在していない。一方、海外では、検査結果をもとに未承認薬や治験薬へのアクセスを支援する仕組みが整備されている。たとえば、米国では専門家の判断に基づき、医学的に効果が期待できる場合、承認されていない薬剤を人道的に提供するコンパッションネートユース制度やオフラベルユース（既承認薬の適応外使用）が運用されており、ベルギーなど欧州では治療到達率が60%を超える報告もされている。

今後は、得られた検査情報をもとに、既承認薬、適応拡大が見込まれる薬剤、治験、コンパッションネートユース、オフラベルユースなど多様な治療経路へとつなげる仕組みを整備することが重要である。がん遺伝子パネル検査が患者にとって「治療への希望の入り口」となるよう、検査と治療の接続を制度的に保証する枠組みの構築が求められる。

4. エキスパートパネル（EP）の柔軟な運用

全症例でEPの開催が求められている現行制度では、結果返却の遅延や医療者負担の増大が課題となっている。エビデンスレベルが確立した変異に対してまで形式的にEPを開催することは非効率であり、迅速な治療開始を妨げる場合がある。

海外では判断に困った場合に開催される多職種によるモレキュラーボードが主流であり、その判断を尊重したうえで薬剤アクセスが保証されている。日本でも2025年7月に厚生労働省から「持ち回り協議（事前検討）で合意がある場合は、リアルタイム開催を必須としない」との通知が発出され、柔軟化が進みつつある。今後は診療報酬制度上の位置づけを含め、現場で実効的に運用できる体制の整備が期待される。

5. 専門家判断に基づく薬剤アクセスの仕組み

がん遺伝子パネル検査で遺伝子変異が明らかになっても、対応する薬剤が未承認の場合、適応外使用や治験への参加制度が十分に整備されていない場合がある。こうした社会制度上の構造的な課題が検査の臨床的価値を大きく損なっており、治療到達率は依然として低い水準にある。

一方、米国では専門家の判断に基づき薬剤を提供するコンパッションネートユース制度が整備され、複数の企業が無償提供プログラムを展開している。ベルギーではリアルワールドデータに基づく制度評価が進み、治療到達率は60%を超えるという報告もある。これらの事例は、制度設計次第で「検査から治療への橋渡し」を確保できることを示している。日本でも、専門家の臨床判断を尊重し、検査結果を確実に治療へと結びつける制度の構築が求められる。

結び

日本のがん遺伝子パネル検査制度は、「導入フェーズ」から「実装・定着フェーズ」へと移行すべき時期にある。診断から治療までを一体的に設計し、患者が適切なタイミングで検査を受け、結果を確実に治療につなげられる制度運用を構築することが求められる。今後の政策設計では、「柔軟な検査タイミング」「費用対効果の視点」「公平なアクセス」「地域格差の是正」「より幅広い医療機関での活用」を柱に、制度の持続性と患者中心の医療提供体制の実現を目指す議論が期待される。

ラウンドテーブル（指定発言）

桜井 なおみ（一般社団法人 全国がん患者団体連合会 副理事長／一般社団法人 CSR プロジェクト 代表理事）

はじめに

2025 年 6 月 11 日、患者団体の立場から「がん遺伝子パネル検査ラグを起因としたドラッグ・ラグ、ドラッグ・ロス解消へ向けた要望書」を公表した。患者支援の現場では、「検査を受けたくても、いつ・どこで受けられるのかが分からない」との相談が多数寄せられている。がん遺伝子パネル検査による治療選択の最適化が重要性を増す一方で、体制整備や情報提供の不足が、検査機会の逸失や治療到達の格差につながっている。

近年、カピバセルチブが承認されたが、日本では FoundationOne® CDx がンゲノムプロファイルのみがカピバセルチブに対応する CDx として承認された。そのため、薬剤の承認は得られていても、その薬剤を使用するために必要な検査とされる CDx の承認や普及が遅れることで、薬剤の使用が遅れるいわゆる「検査ラグ」が生じ、薬剤アクセスに影響を及ぼしているとの指摘がある。また、検査ラグによって、標準治療を一定のレジメンまで進めた患者が国際共同治験の適格性を満たせず、参加機会を失う事例も報告されている。企業が人道的観点から FoundationOne® CDx がンゲノムプロファイルの無償提供プログラムを実施しているが、これだけでは構造的な課題の解消には至っていない。患者にとって「ライト・ペイシェント」「ライト・タイミング」「ライト・トリートメント」が実現する検査・治療環境の整備が求められている。

保険制度上の検査実施タイミング－制度運用上の「誤解」と患者への影響

現行制度では、がん遺伝子パネル検査は「標準治療終了後または終了見込み」の患者を対象として保険適用されている。しかし、一部の臨床現場では、「ガイドラインに記載されている標準治療をすべて終えるまで検査できない」という誤った解釈を行っている医師もあり、主治医から患者にがん遺伝子パネル検査に関する説明が行われていないケースも多い。そのため、検査の開始が遅れ、治療の機会を逸する患者が生まれている。

なお、制度上は令和元年 5 月 31 日付の厚生労働省通知（疑義解釈資料その 16）において、「標準治療の終了が見込まれる者とはどのような者をさすのか。」という質問に対して、「医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者。」と回答が行われており、主治医の判断でがん遺伝子パネル検査の実施タイミングをある程度判断できる旨が示されている。また、2025 年 4 月のがんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議診療ワーキンググループからの文書（ゲノムプロファイル目的としてがん遺伝子パネル検査を実施する際の「標準治療終了（見込みを含む）」の臨床的解釈に関する見解）でも、すべての標準治療を終えることが条件ではなく、一次治療中に、患者の状態や病状進行、治療継続可能性などを踏まえたうえで、速やかにがん遺伝子パネル検査を実施し、プロファイル検査に基づく治療が実施可能か検討することが肝要であると整理されている。

がん遺伝子パネル検査の実施には、主治医の現行制度に対する正しい理解と医学的判断の双方が必要といえる。がんは急速な病状悪化によって、次の治療に進めない例が多数存在する。医療機関や一人ひとりの医療従事者が、がんパネル検査の制度を正しく理解するとともに、柔軟に解釈できるリテラシー向上に切迫感を持って取り組む必要がある。

説明・実施体制の地域格差－エキスパートパネル（EP）の在り方

検査結果をもとに行われるエキスパートパネル（EP）についても、結果返却までに時間を要する場合があります、

治療開始の遅れや医療者側の負担増につながっていることが課題である。特に、既知のエビデンスレベル A の変異については、専門医の判断で治療へ移行できるよう、EP の省略を認める仕組みの導入が必要である。2025 年 7 月 7 日には、厚生労働省から「全症例の持ち回り協議による EP 運用を容認する」通知が発出されており、今後の現場運用の柔軟化に期待が寄せられる。

さらに、がんゲノム医療中核拠点病院であっても、遺伝カウンセラーなどの専門人材が不足している実情があり、非常勤職員の活用やオンライン支援など、地域間での協働体制の構築が必要である。患者が次の治療の選択肢を見失うことなく、適切な時期に検査を受けられる体制を整えるために、制度運用と現場支援の両面での改善が必要である。

ラウンドテーブル（全体ディスカッション）

モデレーター：鈴木 秀（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

ディスカッションの全体像

本セッションでは、がんゲノム医療における制度的課題と将来展望について、医療従事者、行政、研究者、産業界、患者団体など幅広い立場から活発な意見交換が行われた。

論点 1 費用対効果と医療技術への投資

- がん遺伝子パネル検査の普及に伴い、検査費用の増加が国の財政に与える影響が懸念されているとの意見があった。1件あたり約 46 万円の検査費用は決して安価ではなく、その費用対効果を正確に評価することは必要不可欠である。なお、現在のがん遺伝子パネル検査に関連する医療費は、年間 100 億円ほどとなっており、より多くの患者に検査を実施しても、その費用は抗がん剤一剤の薬剤費に満たない。むしろ、ドライバー遺伝子が同定できた際には免疫チェックポイント阻害剤の薬剤費を抑えることができるという意見もある。しかし、費用対効果を議論するうえでは、単に検査や治療にかかる直接費用だけを考慮するのでは不十分である。検査や治療を経て、患者が長期にわたり社会経済活動に参加し、労働生産性や税収に貢献するなどの社会的利益も包括的に評価しなければならない。
- 一方で、がん遺伝子パネル検査を含め費用対効果の正確な算定方法は、疾患の多様性や治療効果のばらつきなどもあり、極めて複雑である。現在の学術界でも算定・評価体系に関する明確な合意はまだ形成されていない。さらに、費用対効果の評価を過度に厳密化すると、新しい医療技術の普及をかえって阻害し、医療革新を遅らせる恐れも指摘されている。費用対効果の算定・評価は、単なる短期的なコスト収支の分析に留まらず、医療技術への将来的な投資としても活用されるべきである。
- 2025 年 7 月時点では、標準治療前のがん遺伝子パネル検査の実施について、先進医療 B での検証から先進医療 A へと移行することが検討されている。これまでの先進医療 B の枠組みで蓄積されたデータによると、当該検査を用いた治療にかかる年間コストは約 2000 億円に及ぶ一方で、その延命効果の経済的価値は約 500 億円にとどまっているとの指摘があった。これにより、現段階では費用対効果は必ずしも十分とは言えない。しかし、承認薬の種類の増加や検査体制の充実により治療に到達する患者が増加すれば、費用対効果の改善が期待される。その後 2025 年 10 月 3 日に開催された先進医療会議では、国立がん研究センター中央病院の「進行または再発した固形がん患者に対して標準治療終了前に実施する包括的ゲノムプロファイリング」について先進医療 A の枠組みで検証を行うことが承認されたが、こうした背景を踏まえ、今後の先進医療 A における検証においても、費用対効果の在り方等について幅広い検討が期待される。

論点 2 検査実施タイミングと制度運用の柔軟化

- 現行の保険制度下では、日本ではがん遺伝子パネル検査の実施対象が「標準治療終了後または終了見込み」に限定されている。しかし、この要件は臨床現場によっては過度に厳密に解釈されており、医療機関間で検査を実施するタイミングにばらつきが生じている。本来は厚生労働省による通知で周知されている通り「主治医の医学的判断」に基づく柔軟な対応が可能であるが、現在は患者が最適なタイミングで検査を実施しづらくなっている。それゆえ、標準治療前に実施した場合の薬剤到達率は 23%であるのに対し、「がん遺伝子パネル検査の治療到達率は約 10%にすぎない」という言説が制度評価の基準の 1 つとして一人歩きしている傾向は大きな課題である。がん遺伝子パネル検査の前提となる制度設計の見直

しによって、治療到達率はさらに向上すると考えられる。

- 日本特有の「検査ラグ」が国際共同治験や新薬開発にも影響を及ぼしている。がん遺伝子パネル検査のタイミングが標準治療終了後に限られているため、たとえ新規薬剤が承認された場合でも、治療の初期段階から本来その薬剤を使える患者が検査を受ける機会すら持てず、新薬の恩恵を受けづらい。なお、がん遺伝子パネル検査がコンパニオン診断薬として承認されていれば制度上使用は可能であるが、現場では病院のコスト負担の観点から使用しにくい状況である。そのため、産業界等にとっても国際共同治験の対象となる適格患者の十分な抽出が困難となり、結果としてグローバル本社が日本市場での薬剤開発を慎重に進めるか、場合によっては参入を見送るリスクが高くなっている。検査制度の見直しと薬剤開発の連携強化が急務である。
- 標準治療前のがん遺伝子パネル検査は先進医療 B の枠組みの下で検証されてきた。先進医療 B は技術の有効性と安全性を評価する枠組みであるため、実施施設の基準やガイドライン遵守、詳細なプロトコル整備などが求められる。そのため、データ収集が慎重に行われる一方で、新しい医療技術の迅速な導入を進めるには制約が大きい。先進医療 B を補完する形で、保険外併用療養費制度のような柔軟かつ実効性の高い制度を活用し、エビデンスの蓄積と医療現場への速やかな導入の両立を図る制度設計の検討が進められている。なお、前述の通り 2025 年 10 月 3 日の先進医療会議において「進行または再発した固形がん患者に対して標準治療終了前に実施する包括的ゲノムプロファイリング検査」の先進医療 A の実施が了承された。
- エキスパートパネル（EP）の省略については診療報酬改定と連動させた検討が必要である。2025 年 7 月時点の診療報酬では、「がんゲノムプロファイリング評価提供料」（B011-5）など EP の開催を算定要件とする報酬項目が含まれており、EP の開催を省略した場合には同評価提供料を算定できない可能性がある。ただし、EP を省略しても、主治医（担当医）による医学的判断は必須であり、医療技術の評価する同評価提供料の点数自体を減算することについては慎重な対応が必要である。また、既に持ち回り方式での EP 運用やメンバー選定基準の通知は既に示されており、実装可能な体制は整いつつあるため、診療報酬制度として適切な形で省略化への後押しが求められる。

論点 3 地域格差と人材・体制

- がん遺伝子パネル検査の実施に付随する、患者への同意説明・結果説明、情報の入力や整理などの周辺業務が煩雑化している。特に大規模病院以外の施設ではこれらが検査実施の大きな障壁となり得る。加えて、遺伝カウンセラー、腫瘍内科医、分子腫瘍学の専門職は都市部に集中しており、地方での確保が難しいことも検査実施体制整備の遅れにつながっている。結果的に、がん遺伝子パネル検査に対する期待と実施状況には都市部と地方で大きな差が存在しており、地方では「検査が治療に繋がらない」との認識が強くなりがちであり、がん遺伝子パネル検査を実施する動機づけが低下している。このような現状を踏まえ、オンライン支援（遠隔カンファレンス・遠隔説明）や拠点病院間のネットワーク連携、タスクシフティングを通じた役割分担の推進など、地域を越えた柔軟な協働体制の構築が求められる。
- がん遺伝子パネル検査については、「薬を見つけるための検査」と受け止められる傾向が依然としてみられる。しかしながら、この検査は治療方針の最適化や臨床試験への接続、将来の治療開発の基盤構築などに資するものであり、単に「治療薬の有無」を判定するためのものではない。検査結果が直ちに治療に結びつかなくても、次の治療選択や研究参加につながる重要な情報であることを、患者・医療従事者

双方に周知する必要がある。

- がん遺伝子パネル検査の臨床的有用性はがん種や病態によってばらつくことから、画一的な運用ではなく、エビデンスや治療選択肢の状況を踏まえた検査体制の最適化が求められる。既知の高エビデンス（例：レベル A 相当）の遺伝子異常については、エキスパートパネル（EP）の省略を認め、検査結果を遅滞なく患者に返却し、学会が指針を作成したうえで、専門医の判断で迅速に治療へ移行できる運用を整える必要がある。

論点 4 「ゲノム医療施策に関する基本的な計画（案）」への課題と今後の方向性

- 2025 年 7 月時点で、政府は次期 5 年間を対象とする「ゲノム医療施策に関する基本的な計画（案）」を策定している。同計画案では教育・啓発や人材育成が重点的に記載されている一方で、検査から治療への接続を制度的に保証する視点には改善の余地があり、「現場の切迫感を十分に反映していない」との指摘もあった。特に、「教育・啓発に偏らず、制度改革や保険制度の二重構造の解消に踏み込むべき」という意見や、「CDx 機能とプロファイル検査機能の二項対立に切り込まなければドラッグ・ロスやドラッグ・ラグがさらに拡大する」との懸念が示された。
- 次期 5 か年計画を通じて、検査・診断・治療が一体的に活用でき、治療につながるゲノム医療の実現を支えられる制度基盤を再設計すべきである。そのためにも、がん遺伝子パネル検査は標準治療の一環として、がんゲノム医療中核拠点病院等だけではなく、がん診療連携拠点病院等でも実施可能とする方針を国の基本計画に明確に位置付けることが望ましい。学会からの提言を受け、「がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられているがん診療連携拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である」との方針が既に厚生労働省の会議体やがん・疾病対策課長通知の中で示されている。

参加者リスト（敬称略・五十音順）※ご所属等はお参加当時

安達 秀樹 （中外製薬株式会社 渉外調査部 副部長）
 井口 豊崇 （独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 新薬審査第五部長）
 市瀬 亮太 （中外製薬株式会社 ファウンデーションメディシン事業推進部 部長）
 岩壁 賢治 （一般社団法人 日本臨床検査薬協会／シスメックス株式会社 LS 事業本部 本部長）
 植木 貴之 （EY ストラテジー・アンド・コンサルティング株式会社 シニアマネージャー）
 柏崎 修一 （一般社団法人 日本臨床検査薬協会／ライフテクノロジーズジャパン株式会社 遺伝子解析ソリューション事業部 クリニカルシーケンシング部 シニアマネージャー）
 鴨志田 朗 （SOMPO ひまわり生命保険株式会社 商品企画部 特命課長）
 川口 耕 （イーライリリー株式会社 研究開発メディカルアフェアーズ統括本部 オンコロジー部門 部長）
 木原 稔之 （アストラゼネカ株式会社 オンコロジー事業本部 乳癌 マーケティングダイレクター）
 桜井 なおみ （一般社団法人 全国がん患者団体連合会 副理事長／一般社団法人 CSR プロジェクト 代表理事）
 真田 昌爾 （神戸大学医学部附属病院 臨床研究推進センター長／教授）
 徐 涵 （EY ストラテジー・アンド・コンサルティング株式会社 マネージャー）
 砂川 優 （聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座 主任教授）
 角南 久仁子 （国立がん研究センター中央病院 臨床検査科 医長）
 高木 実加 （ガーダントヘルスジャパン株式会社 代表取締役社長）
 瀧本 小百合 （アストラゼネカ株式会社 政策・渉外部 アソシエイトダイレクター）
 田倉 智之 （日本大学医学部 社会医学系医療管理学分野 主任教授）
 千葉 晶輝 （厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課 課長補佐（併）難病対策課 移植医療対策推進室 室長補佐）
 蝶野 和子 （株式会社エスアールエル SRL Genomics 本部 Fellow）
 鶴田 真也 （厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課長）
 中川 健太郎 （ガーダントヘルスジャパン株式会社 メディカルアフェアーズ部 部長）
 中西 哲帥 （ヤンセンファーマ株式会社 医療政策部 アソシエイトダイレクター）
 中野 陽介 （厚生労働省 医政局 研究開発政策課 医療イノベーション推進室 ゲノム解析専門官）
 西田 美和 （ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社 薬事グループ シニアマネージャー）
 藤井 昌美 （ファイザー株式会社 ポリシーアンドパブリックアフェアーズ担当部長）
 古田 一行 （中外製薬株式会社 FoundationOne CDx ライフサイクルリーダー）
 堀池 健志 （SOMPO ひまわり生命保険株式会社 商品企画部 課長代理）
 水野 孝昭 （慶應義塾大学医学部がんゲノム医療センター 特任助教／株式会社 CLINIAL 代表取締役社長）
 武藤 学 （京都大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学 教授）
 村 剛 （ガーダントヘルスジャパン株式会社 政策渉外&マーケットアクセス ディレクター）
 森久保 典子 （ファイザー株式会社 薬事統括部 開発薬事第一グループ部長）
 安水 大介 （ヤンセンファーマ株式会社 医療政策部 ディレクター）
 谷田部 恭 （国立がん研究センター中央病院 病理診断科 科長）

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがあります。それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛企業（五十音順）

ガーダントヘルスジャパン株式会社

中外製薬株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

執筆者

河野 結 （日本医療政策機構 マネージャー）

鈴木 秀 （日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

渡部 大地（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）



特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org