

日本医療政策機構  
血液疾患プロジェクト

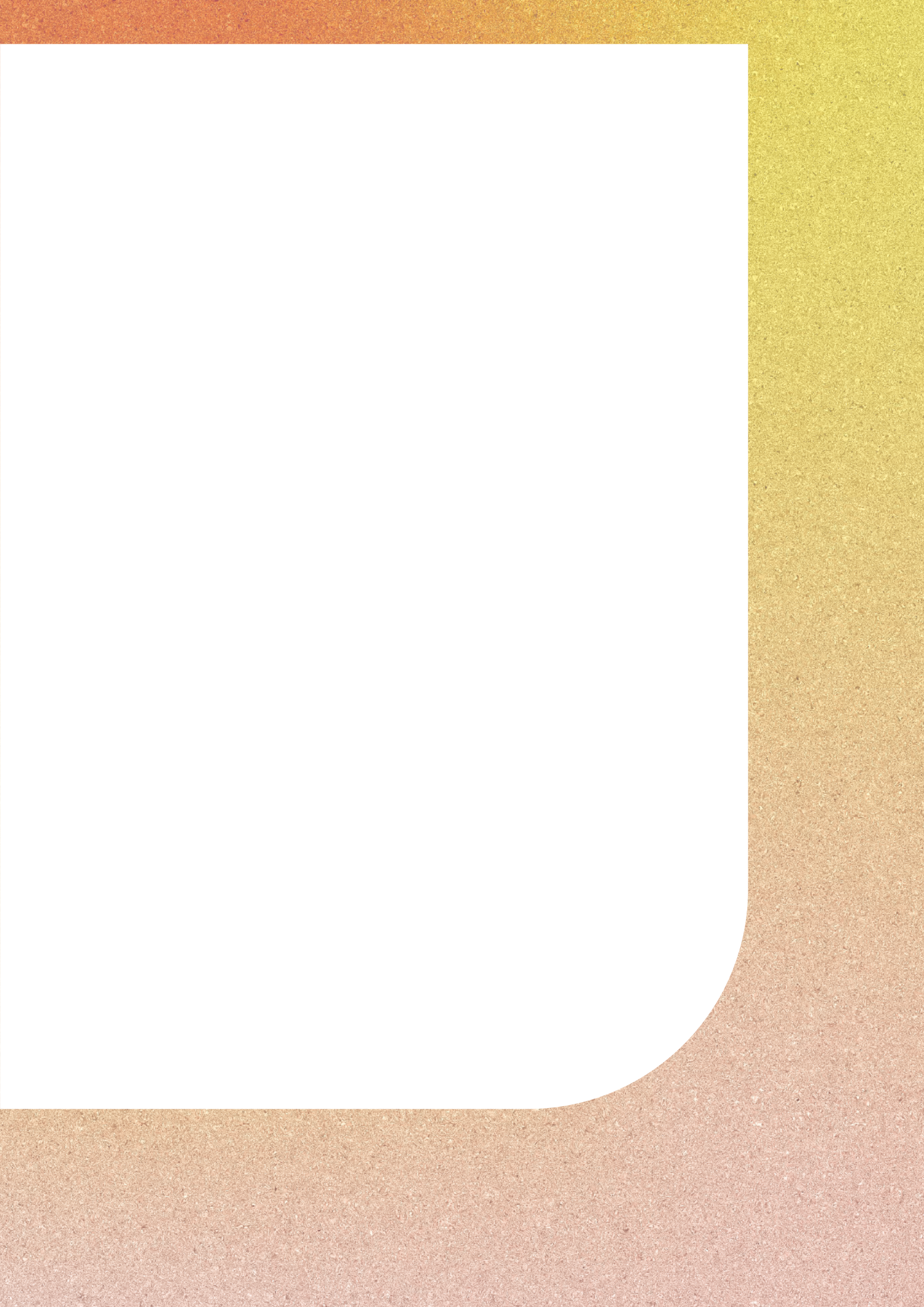
# 血液疾患領域における 政策提言

患者・当事者中心の医療エコシステムの構築に向けて



**HGPI** Health and Global  
Policy Institute

2026年3月  
特定非営利活動法人 日本医療政策機構  
Health and Global Policy Institute



# INDEX

## 1. 背景と目的 02

- 1.1 血液疾患医療の転換期 —「治す医療」から「ともに生きる医療」へ 02
- 1.2 データが示す血液疾患医療の現在地 03
- 1.3 ライフステージ別にみる患者の課題 03
- 1.4 2040年に向けた需要の構造変化 04
- 1.5 持続可能な医療提供体制の構築に向けて 05
- 1.6 本プロジェクトの歩みと本提言書の目的 06
- 本提言書における用語の定義 07

## 2. 血液疾患領域における政策提言 08

- 提言の全体像 09
- 柱1 重層的な医療連携体制の構築 09
- 柱2 患者中心の医療コミュニケーションと支援 20
- 柱3 医療DXと情報連携 27
- 柱4 制度的支援と研究開発 32

## 3. 今後の展望 39

## 4. 参考文献 41

## 5. 謝辞 44

# 1.

## 背景と目的

### 1.1

#### 血液疾患医療の転換期

#### —「治す医療」から「ともに生きる医療」へ

血液疾患医療は今、歴史的な転換期を迎えている。医療者・研究者の長年にわたる献身的な取り組みと、分子生物学・免疫学の目覚ましい進歩により、かつては予後不良とされた多くの血液疾患において、長期生存が現実のものとなった。

チロシンキナーゼ阻害薬(TKI:Tyrosine Kinase Inhibitor)をはじめとする分子標的薬、二重特異性抗体、そしてキメラ抗原受容体T(CAR-T:Chimeric Antigen Receptor T-cell)細胞療法といった画期的なイノベーションの実用化は、血液疾患診療のあり方を劇的に変容させた。例えば、慢性骨髄性白血病(CML:Chronic Myeloid Leukemia)の患者は、適切な治療により「薬を服用しながら普通の生活を送る」ことが可能となり、無治療寛解(TFR:Treatment-Free Remission)という新たな治療目標も視野に入ってきている。多発性骨髄腫(MM:Multiple Myeloma)や一部の悪性リンパ腫においても、新規治療法の登場により予後は大きく改善した。特にCAR-T細胞療法は、再発・難治性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫において治癒を目指す治療選択肢として確立されつつある。

造血幹細胞移植の技術と支持療法の進歩も著しく、移植後の長期生存者(サバイバー)は着実に増加している。急性白血病であっても、強力な化学療法や移植を経て寛解に至り、社会復帰を果たす患者が増えていることは、医療の進展がもたらした確かな結実である。

こうした成果は、専門医療機関における高度な医療提供体制、学会・研究者による臨床研究の推進、患者団体による支援活動など、多くの関係者の協働によって実現されてきた。日本の血液疾患医療は、治療成績において世界でも高い水準を維持しており、この基盤の上に次なる発展を目指すことができる。

治療成績の向上という今日的な到達点は、同時に新たな課題と機会をもたらしている。多くの血液疾患が「急性期に集中的な治療を行う疾患」から「長期にわたり付き合っていく慢性疾患」へと性質を変えつつある中、医療提供体制もこの変化に対応した進化が求められている。

従来の医療提供体制は、急性期の入院治療を中心に設計されており、「治す医療」において大きな成功を収めてきた。今、この成功を土台として、患者が疾患と向き合いながら自分らしい生活を送ることを支える「ともに生きる医療」への発展が期待されている。

長期生存が可能になった今こそ、患者の生活の質(QOL:Quality of Life)を高め、社会参加を支援し、心理的・社会的なサポートを充実させる仕組みづくりが重要となる。これは医療の質的転換であり、血液疾患医療が次のステージへ進むための大きな機会である。

## 1.2

## データが示す血液疾患医療の現在地

血液疾患医療の今後の方向性を検討するにあたり、まずデータに基づいて現状を正確に把握することが重要である。血液疾患は、その疾患特性から、医療資源の集中的な投入を必要とする領域であることが、各種統計から明らかになっている。

## 医療資源の投入状況

厚生労働省「令和4(2022)年度 国民医療費」によると、血液疾患に対する医療費は相当な規模に達している。

- 白血病の医科診療医療費(入院):  
1,736億円(男性1,007億円、女性728億円)
- 悪性リンパ腫の医科診療医療費(入院):  
1,928億円(男性1,060億円、女性868億円)

また、健康保険組合連合会の調査によれば、白血病の推計1入院

当たり平均在院日数は男性で44.54日、女性で43.34日に達し、1入院当たり医療費は約470万円(男性)に上る。これらの数値は、血液疾患が高度な専門性と濃厚な支持療法(無菌室管理、輸血等)を要する疾患であることを反映している。

## 専門医療機関における献身的な取り組み

厚生労働省「令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計」によれば、血液内科を標榜する医師の97.5%が病院勤務であり、診療所勤務は2.5%に留まる。この数値は、血液内科専門医が高度医療の最前線で献身的に診療に当たってきたことを示している。

専門医療機関への集中的な体制は、高度な治療を必要とする患者に対して質の高い医療を提供する上で重要な役割を果たしてきた。一方で、専門医の負担軽減と、より持続可能な体制の構築に向けた取り組みも、今後の重要なテーマとなっている。

## 1.3

## ライフステージ別にみる患者の課題

血液疾患は、小児から高齢者まで幅広い年齢層で発症し、各ライフステージに特有の課題が存在する。

## 小児・思春期(0-14歳)

成長発達期の治療は、身体的発育、学業の継続、心理社会的発達に影響を与える。院内学級や復学支援、長期フォローアップ体制

の整備が重要である。また、家族(特に親)の付き添いに伴う経済的・心理的負担も大きい。

## AYA(Adolescent and Young Adult)世代患者(15-39歳)

学業、就労、恋愛、結婚、妊娠・出産といったライフイベントの重要な時期に発症するため、治療が人生設計に与える影響が特に大

さい。化学療法や造血幹細胞移植は妊孕性(妊娠するために必要な能力)に影響を与える可能性があり、治療開始前の妊孕性温存に関する情報提供と意思決定支援が重要である。また、治療と就労・学業の両立支援に加え、治療後の新規就労への支援も課題となっている。移植片対宿主病(GVHD: Graft Versus Host Disease)等の移植後合併症や社会保険加入の障壁など、社会復帰に向けた包括的な支援体制の整備が求められる。

### 壮年期・中年期(40-64歳)

就労世代であり、治療と仕事の両立が大きな課題となる。休職・復職支援、職場での理解促進、経済的負担の軽減が求められる。

また、子育て世代でもあり、家族への影響も考慮した支援が必要である。

### 高齢期(65歳以上)

認知機能低下、多疾患併存、フレイル、ADL低下など、加齢に伴う課題が治療選択や療養生活に影響を与える。本人の意思決定能力の評価、家族・介護者との連携、アドバンスド・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)の実践が重要である。

各ライフステージに応じた医療者教育、情報提供体制、相談支援体制の充実が求められている。

## 1.4

## 2040年に向けた需要の構造変化

Narimatsuら(2020)による疫学研究では、神奈川県がん登録のデータと将来人口推計を用い、血液悪性腫瘍(白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫)の新規罹患数を推計している。その結果、神奈川県における血液がん新規罹患数は2010年から2040年にかけて約38%(1,970人→2,712人)の増加が見込まれている。とりわけ65歳以上の高齢患者では、2010年を100とした指数値で、2040年に白血病が169、悪性リンパ腫が167、多発性骨髄腫が169と、いずれも約7割の増加が予測されている。一方、骨髄破壊的移植の候補となる40歳未満の白血病患者は2040年には2010年の67%まで減少すると推計されており、患者層の構造的変化が示唆されている。同研究は山形・大阪・長崎の3県でも同様の傾向を確認しており、この傾向が全国共通のものであること、そして特に都市部(神奈川・大阪)でより速い増加速度が予測されていることを示している。

さらに、Nguyenら(2023)による長期推計研究は、全がん22部位を対象に2050年までの有病患者数(5年有病数)を推計しており、血液がん領域の相対的な増加率の高さを明示している。男性の5

年有病数は2020年から2050年にかけて、悪性リンパ腫が32.3%(65,400人→86,500人)、白血病が34.2%(22,400人→30,100人)、多発性骨髄腫が35.2%(12,400人→16,800人)の増加と推計されている。女性においては悪性リンパ腫の増加率が71.6%(61,000人→104,600人)と特に高い。注目すべきは、これらの増加率が全がん合計の有病数増加率(13.1%)を大幅に上回っている点であり、血液疾患領域における医療需要の拡大が他のがん種と比較しても際立っている。

また、高齢化の進行に伴い、骨髄異形成症候群をはじめとする高齢者に多い血液疾患のニーズが特に増大することが予測される。加えて、治療技術の進歩による生存率の改善は有病患者数のさらなる増加をもたらす、長期フォローアップや支持療法の需要を押し上げる構造的要因となっている。

一方で、血液疾患に特化した2040年問題への対策は、都道府県レベルでも具体的な施策として十分に検討されていないとの指摘がある。がん全体についての検討が始まった段階であり、血液がん特有の課題への対応は発展途上にある。

## 1.5

## 持続可能な医療提供体制の構築に向けて

## 新たな地域医療構想に関する国の方向性

厚生労働省は2024年12月に「新たな地域医療構想に関する検討会とりまとめ」を公表し、2040年を見据えた医療提供体制の再編に向けた方向性を示した。急性期医療需要(手術など多くの医療資源を要するもの)は2040年に向けて減少すると見込まれており、急性期病床の稼働率低下による医療機関経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約しながら急性期医療・救急医療を提供する体制の構築が求められている。

こうした急性期病床の集約・再編の方向性は、血液疾患医療の提供体制と密接に関わる。造血幹細胞移植やCAR-T療法等の高度治療を担う専門医療機関の機能維持と、地域かかりつけ医との連携強化が同時に求められており、血液疾患領域においても集約化と均てん化を両立する医療提供体制の整備が急務となっている。

## がん医療提供体制に関する国の方向性

前節で示したとおり、血液がん領域では2040年に向けて患者数の大幅な増加が見込まれている。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は2025年8月、「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」を公表した。この報告書は、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が進む中、持続可能ながん医療提供体制の構築に向けた方向性を示している。

報告書では、医療技術の観点から、高度な医療技術については「集約化」により質の高い医療提供体制を維持しつつ、広く普及した医療については「均てん化」を推進するという基本的な考え方が示された。特に注目すべきは、「がん予防、支持療法・緩和ケア、低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組む」とされ、かかりつけ医の役割の重要性が明記された点である。

## 血液疾患領域における集約化と均てん化の方向性

血液疾患領域においては、高度な治療(造血幹細胞移植、CAR-T療法、強力化学療法等)は専門医療機関への集約を進めつつ、均てん化が必要な領域(輸血、経口抗がん剤の処方・管理、安定期のフォローアップ、支持療法等)については地域での提供体制を充実させることで、患者にとってより利便性の高い医療提供体制の構築が可能となる。

特に高齢患者にとっては、専門医療機関へのアクセスが大きな負担となっている。定期的な輸血が必要な骨髄異形成症候群の高齢患者が、毎週自ら車を運転して遠方の病院に通院しているケースも報告されており、近隣で輸血等の支持療法を受けられる体制整備は喫緊の課題である。Nguyenら(2023)の推計では、2050年にはがん有病患者のうち75~84歳が最も多い年齢層となることが示されており、高齢者特有の多疾患併存やフレイルを考慮した包括的ケア体制の整備が急務である。こうした需要の増加に対応しつつ、質の高い医療を持続的に提供していくためには、医療提供体制の効率化と役割分担の明確化が不可欠である。

## 集約化の推進に伴う構造的課題

集約化の推進には構造的な課題も多く指摘されている。医師の働き方改革の進展に伴い、大学病院から地域中核病院への医師派遣が困難になりつつあり、地域の医療機関が疲弊する一方で、大学病院が地域医療の受け皿とならざるを得ない状況が生じているとの報告がある。また、病院の診療科ごとの縦割り構造により、血液内科の病床数を柔軟に増加させることが難しいといった指摘もある。

例えば、造血幹細胞移植に不可欠な全身放射線照射について、施設の集約化を進める方針が検討された際には、多くの移植認

定施設が自院で照射を行えなくなり、移植医療そのものの継続が困難になるリスクが指摘され、慎重な検討が求められた経緯がある。このように、集約化と均てん化のバランスは、現場の実態を踏まえた丁寧な制度設計が必要である。

こうした課題を踏まえつつも、血液疾患医療にはさらなる発展の可能性が広がっている。以下では、持続可能な体制構築に向けた三つの機会を示す。

### 地域連携モデルの構築

固形がん領域では、「がん地域連携クリティカルパス」を活用した専門医療機関と地域医療機関との連携が進んでいる。血液がんについては、国の制度上これを排除する規定は存在しないものの、現時点で各都道府県における血液がんの地域連携クリティカルパスは5大がんと比較し整備が遅れているとの指摘がある。

この状況は、今後の発展の余地を示すものである。血液疾患は、長期にわたる化学療法や、寛解と経過観察の繰り返しといった固形がんとは異なる特性を持つ。こうした特性に適した新たな連携モデルの構築が期待されており、先進的な取り組みを行う医療機関や地域の知見を活かした検討が進められている。

### 多職種協働による包括的ケア

血液疾患診療においては、医師を中心とした診療体制が構築されてきたが、薬剤師、看護師、臨床検査技師、医療ソーシャルワーカー

カー（MSW: Medical Social Worker）等の専門性を活かしたチーム医療への期待が高まっている。

分子標的薬の服薬管理、副作用モニタリング、心理的支援、社会復帰支援など、多職種が協働することでより充実した患者支援が可能となる領域は広い。各専門職の能力を最大限に発揮できる体制整備は、医師の負担軽減にも寄与するとともに、患者にとってもより手厚いケアを受けられる機会となる。

### 在宅医療・地域医療の発展

在宅医療や地域医療の分野では、先進的な取り組みが各地で芽生えている。例えば、NPO法人「血液在宅ねっと」による在宅輸血の普及活動、血液疾患に特化した専門クリニックの開設など、患者の選択肢を広げる取り組みが進められている。

安達ら（2014）による血液疾患患者を対象としたアンケート調査では、90%以上が血液専門医の診療を望む一方で、「体力的負担の軽減」（84%）、「時間的余裕の確保」（79%）、「家族負担の軽減」（73%）への期待も高いことが示されている。「専門性の確保」と「アクセスの改善」を両立させる仕組みづくりが、患者のニーズに応える鍵となる。

## 1.6

## 本プロジェクトの歩みと本提言書の目的

### 第1フェーズ（2024年度）の成果

日本医療政策機構は2024年度、「血液疾患対策推進プロジェクト」の第1フェーズとして、産学民のマルチステークホルダーによる議論を重ね、血液疾患対策の現状と課題を整理した。

アドバイザーボードには、血液内科専門医、在宅医療に取り組む医師、薬剤師、患者団体代表など多様な立場の専門家が参画し、建設的な議論が行われた。その成果は「論点整理：血液疾患対策の推進に向けた現状の課題と展望」として取りまとめられ、以下の四つの視点から今後の方向性が整理された。

1. 医療提供体制の構造的課題
2. 地域移行と診療連携の課題
3. 患者中心の医療とQOL向上に向けた課題
4. 研究開発と制度的支援の課題

## 第2フェーズ(2025年度)の挑戦

2025年度の第2フェーズでは、第1フェーズで整理された課題認識を踏まえ、具体的な政策提言の策定に取り組んできた。追加のヒアリング調査を実施し、現場の声を丁寧に収集するとともに、先進的な取り組みを行う医療機関や団体の知見を参照しながら、実効性のある提言の検討を進めてきた。

本提言書は、これらの議論の成果を集約し、血液疾患医療のさらなる発展に向けた具体的な道筋を示すものである。

## 本提言書の目的

本提言書は、以下を目的として策定された。

- 血液疾患対策の推進に向けた具体的な政策提言を提示すること
- 患者・当事者が「自分らしく生きる」ことを支える医療エコシステムの構築に向けた方向性を示すこと
- 関係するステークホルダー(行政、医療者、患者団体等)が協働して取り組むべきアクションを明確化すること

本提言が、血液疾患医療の発展に向けた建設的な議論の契機となり、患者・当事者を中心とした持続可能な医療エコシステムの実現に寄与することを期待する。

## 本提言書における用語の定義

本提言書では、以下のとおり定義し、使い分ける。

### ● 専門医療機関

大学病院、がん診療連携拠点病院等、血液専門医が常勤し、造血幹細胞移植やCAR-T療法等の高度医療を提供する医療機関

### ● 地域医療機関

血液内科専門クリニック、一般内科クリニック、在宅療養支援診療所等、患者の生活圏域において継続的なケアを提供する医療機関

### ● 関連学会

日本血液学会、日本造血・免疫細胞療法学会、日本輸血・細胞治療学会、日本小児血液・がん学会、日本リンパ腫学会、日本臨床腫瘍学会、日本臨床腫瘍薬学会等の血液疾患領域に関連する学会

### ● 地域血液専門医(CH:Community Hematologist)

地域医療機関において血液疾患患者の継続的なフォローアップを担う医師。血液専門医資格を有する医師、または専門医療機関との連携のもとで血液疾患診療に従事する医師を含む

# 2.

## 血液疾患領域における政策提言

柱	提言
<b>柱 1</b> 重層的な 医療連携体制の構築	<b>提言 1-1</b> 高度な専門医療と継続的なケアの役割分担を明確化し、 患者の状態に応じた最適な医療提供体制を構築する
	<b>提言 1-2</b> 専門医療機関と地域医療機関の連携により、 患者が安心して治療を継続できる体制を構築する
	<b>提言 1-3</b> 在宅輸血・在宅化学療法の実進により、 患者が住み慣れた地域で安心して療養できる環境を整備する
	<b>提言 1-4</b> 多職種の専門性を活かしたチーム医療の実進とコーディネート機能の強化により、 患者を包括的に支援する体制を構築する
<b>柱 2</b> 患者中心の 医療コミュニケーションと支援	<b>提言 2-1</b> 患者が十分な情報を得た上で治療を選択できるよう、 意思決定支援の環境を整備する
	<b>提言 2-2</b> 患者の心理的・社会的な負担を軽減するため、 相談支援体制の充実とピアサポートの実進を図る
<b>柱 3</b> 医療DXと情報連携	<b>提言 3-1</b> 専門医療機関と地域医療機関の間で 診療情報を効率的に共有できる仕組みを整備する
	<b>提言 3-2</b> 患者自身が治療経過を把握し、 医療者との双方向的な情報連携を実現する仕組みを整備する
<b>柱 4</b> 制度的支援と研究開発	<b>提言 4-1</b> 血液疾患の特性を踏まえた制度基盤を整備し、 医療提供体制の持続可能性と患者負担の公平性を確保する
	<b>提言 4-2</b> 臨床研究・治験基盤の強化とイノベーション・エコシステムの構築により、 血液疾患領域の国際競争力を高める

## 提言の全体像

第1フェーズで明らかになった課題を踏まえ、血液疾患領域における患者・当事者中心の医療提供体制の構築に向けた四つの柱と10の提言として提示する。これらの提言は相互に関連しており、統合的に推進することでより大きな効果が期待される。特に、柱1の「重層的な医療連携体制の構築」は他の三つの柱の基盤となるものであり、重点的な取り組みが期待される。連携体制の構築(柱1)を、患者中心のコミュニケーション(柱2)と医療DX(柱3)が支え、それらを持続可能とする制度的支援(柱4)が全体を支えるという構造である。

また、各提言は、「現状と課題」の分析、具体的な「提言内容」、および実施主体別の「期待されるアクション・効果」を明示する構成とし、実効性のある政策実装を目指すものである。

血液疾患領域は、これまでも患者・当事者の視点を積極的に取り入れ、日本の医療における先進的な取り組みを進めてきた分野

である。本提言が、すべての患者が質の高い医療と生活を両立できる、持続可能なエコシステムの構築に向けた一助となることを願っている。

※なお、本提言書では、血液疾患に特有の課題を中心に据えつつ、がん治療を含む医療制度全般に共通する課題(意思決定支援、ピアサポート、医療DX等)についても、血液疾患患者の視点から具体的な実装方法を提示するものである点について留意されたい。

## 柱1

### 重層的な医療連携体制の構築

血液疾患領域における医療提供体制は、専門医療機関への患者の一極集中と、地域医療機関との連携が発展途上であるという構造的課題を抱えている。「令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計」(厚生労働省 2024)によれば、血液内科を標榜する医師のうち、病院勤務が97.5%を占める一方、診療所勤務はわずか2.5%にとどまる。2022年の同調査と比較すると、診療所勤務の割合は微増傾向であるものの、循環器内科や消化器内科といった他領域と比較すると、依然として病院勤務の割合が突出して高い状態にある。

一方で、近年の治療技術の進歩により、かつては寛解が困難とされた多くの血液疾患が、長期的な管理が可能な疾患へと移行しつつある。この変化は、患者が疾患と「ともに生きる」ことを支える包括的なアプローチへの転換を促している。本柱では、高度医療の集約化と継続的ケアの均てん化を両立させる重層的な医療連携体制の構築に向けた四つの提言を行う。

## 提言 1-1

### 高度な専門医療と継続的なケアの役割分担を明確化し、患者の状態に応じた最適な医療提供体制を構築する

#### 現状と課題

血液疾患の診療は高度な専門性を要するため、その多くが専門医療機関に集中している。現状では高度医療と継続的なフォローアップの役割分担の整理が発展途上にあり、安定期の患者を含めて多くの患者が専門医療機関を受診する構造となっている。

「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」(厚生労働省 2025)は、生産年齢人口の急減と高齢者人口のピークが重なる2040年に向けて、医療供給体制の再構築の方向性を示している。血液疾患領域においても、「集約化」が有効な高度医療と、「均てん化」が望ましい継続的ケアを整理し、機能分化を進めることが期待される。

CMLやMMのように、患者が仕事や家庭生活を送りながら長期間にわたり治療を継続する疾患が増加している。こうした患者にとって、生活圏域での継続的なケアへのアクセスは、QOL向上に資するものと考えられる。

集約化の推進に際しては、患者の経済的負担や時間的負担(いわゆる「経済毒性」「時間毒性」)への配慮が重要である。西出ら(2012)によると、血液がん患者では往復1万円以上の費用を要する患者が47%に達するとの調査結果や、寺田ら(2017)によると、小児急性リンパ性白血病患者では19歳以降の通院継続率低下との報告がある。治療が長期化する傾向にあるCML患者の中には既に新幹線で県を超えた通院を行っている実態も報告されており、特に小児患者の保護者の付き添い費用、交通費、生活費への支援が必要とされている。

また、集約化の推進にあたっては、日本の医療体制特有の課題にも留意が必要である。諸外国のアカデミア医療機関(大学病院等)と比較した医療スタッフの絶対数の不足、診療科間の縦割り構造による病院内の病床数配分の固定化、働き方改革による地方派遣の困難化、医師の診療科選択の変化などにより、欧米型の

センター化をそのまま適用することは難しい面がある。集約化と均てん化を同時並行で進める必要がある。

なお、医療リソース配分には構造的なジレンマが存在することにも留意する必要がある。医師個人は過剰労働の問題を抱える一方、働き方改革による勤務時間制限による障壁がある。そしてクリニックは経営を成立させる必要があり、大学病院は医師を地域に派遣することで診療報酬を失う可能性がある。こうした課題に対して、国からアカデミア(学会等)への正式な働きかけがなければ、医療リソースの適切な配分は進まないとの指摘もある。

そのほかにも、地域においてがん専門クリニックが病院と在宅の中間を担うモデルの必要性も指摘されている。病院削減が進む中、血液内科専門医の約98%が病院勤務という構造的な課題があり、病院が機能縮小した場合の受け皿整備が喫緊の課題である。

#### 提言内容

#### 1-1-1. 造血幹細胞移植、CAR-T療法等の集約化が有効な高度医療を整理し、専門医療機関への機能集約を図る

以下のような高度医療については、専門医療機関への集約化により、医療の質と安全性の向上が期待される。なお、具体的な対象医療については、学会等の専門的な検討を経て整理されることが望ましい。

- 造血幹細胞移植(同種・自家)、CAR-T療法
- 急性期の強力化学療法(寛解導入療法、地固め療法等)
- 造血管腫瘍遺伝子パネル検査のエキスパートパネル
- 複雑な合併症を伴う重症例の管理 等

#### 1-1-2. 安定期のフォローアップ、経口抗がん剤の長期処方管理等の均てん化が望ましい継続的ケアを整理し、地域での提供体制を整備する

以下のような医療については、地域医療機関での提供体制を整備することで、患者の通院負担軽減とQOL向上が期待される。なお、具体的な対象医療については、学会等の専門的な検討を経

で整理されることが望ましい。

- 安定期のフォローアップ(定期的な血液検査、病状評価)
- TKI等の経口抗がん剤の長期処方管理
- 支持療法(輸血、感染症予防・治療、栄養管理等)
- 移植後の長期フォローアップ(晩期合併症管理)等

### 1-1-3. 疾患別・病期別の役割分担モデルを検討し、地域移行のタイミングの目安を明確化する

疾患ごとの特性(急性度、治療強度、経過観察期間等)を踏まえ、病期に応じた役割分担モデルを検討することが有益である。たとえば、CMLでは「深い分子遺伝学的寛解達成後」、悪性リンパ腫では「完全寛解達成後の経過観察期」など、地域移行のタイミングの目安を整理することで、円滑な連携が促進されると期待される。

### 1-1-4. 治療終了後のフォローアップ患者について、地域全体で受け入れる体制を整備する

治療終了後のフォローアップ患者について、血液疾患の既往があるだけで地域医療機関から受け入れを敬遠される状況の改善に向けた取り組みが必要との指摘がある。一般内科医・開業医への血液疾患の理解促進、外科系がんの連携手帳モデルの応用等により、地域全体でフォローアップ患者を支える体制づくりが期待される。また、集約化に伴う経済毒性(交通費、宿泊費)・時間毒性への対応が必要である。特に小児患者の保護者の付き添い費用、交通費、生活費への支援の検討が求められる。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	役割分担の基本的考え方の提示、診療報酬体系における機能分化の促進(提言1-1-1、1-1-2)、集約化に伴う経済毒性・時間毒性への支援策の検討(提言1-1-4)	医療資源の効率的配分、患者アクセスの改善
関連学会	集約化が有効な高度医療の整理(提言1-1-1)、均てん化が望ましい継続的ケアの整理(提言1-1-2)、疾患別・病期別の役割分担モデルの検討、地域移行の目安の明確化(提言1-1-3)	標準的な役割分担モデルの普及、エビデンスに基づく地域移行の促進
都道府県	地域の実情に応じた医療機関の役割整理、医療計画等の行政計画への反映(提言1-1-1、1-1-2)、フォローアップ患者の地域受け入れ体制の整備推進(提言1-1-4)	地域における切れ目のない医療提供体制の構築
専門医療機関	地域医療機関との連携推進・教育支援(提言1-1-2、1-1-4)、地域移行のタイミングに関する情報提供(提言1-1-3)	新規・急性期患者への対応能力の向上、フォローアップ患者の円滑な地域移行

## 提言 1-2

### 専門医療機関と地域医療機関の連携により、 患者が安心して治療を継続できる体制を構築 する

#### 現状と課題

がん医療における地域連携クリティカルパスは、5大がん(胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がん)を中心に整備が進んでおり、5大がんについては全都道府県で整備されている。一方、血液がんについては、国の制度上、これを排除する規定はないものの、実際には5大がんと比較して整備が遅れている。近年、神奈川県立がんセンター(悪性リンパ腫におけるG-CSF皮下注射の地域連携診療計画書)、大阪国際がんセンター(地域医療連携DXを活用した血液がん連携の実証事業)など、一部地域で先駆的な取り組みが始まっているが、全国的な普及には至っていない。

この背景には、血液疾患特有の経過の複雑さがある。固形がんが比較的直線的な経過をたどることが多いのに対し、血液疾患は、長期にわたる化学療法、寛解と経過観察の繰り返し、移植後の長期フォローアップなど、多様で非直線的な経過をたどることが多い。こうした疾患特性が、既存の地域連携クリティカルパスの枠組みでは対応しにくい要因となっている。

また、血液内科専門医の数は他の内科サブスペシャリティ(循環器内科、消化器内科等)と比較して少なく、その地域偏在も顕著である。日本血液学会の専門医検索データおよび総務省統計局人口推計(2023年10月1日現在)に基づくと、全国平均で人口10万人あたりの病院勤務血液内科医師数は2.34人であるが、最多の京都府(5.17人)と最少の青森県(1.10人)の間には約4.7倍の格差がある。「令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計」(厚生労働省2024)によれば、血液内科を標榜する医師のうち、病院勤務が97.5%を占める一方、診療所勤務はわずか2.5%にとどまる。すなわち、地方部では血液内科専門医が開業しているケースは極めて稀であり、地域によっては基幹病院の血液専門医と在宅医・一般開業医の二者連携が現実的なモデルとなる。こうした医師の偏在は、高度医療へのアクセスにも影響しており、医師多数区域と

少数区域の間ではCAR-T療法や同種移植の人口あたり実施件数にも格差が生じている。連携体制の構築にあたっては、こうした地域ごとの医療資源の実情を踏まえた柔軟な設計が不可欠である。

安達ら(2014)による血液疾患患者を対象としたアンケート調査では、在宅医療への移行に対する懸念として「主治医との関係が切れること」を挙げた患者が72%に達している。血液疾患は、寛解と再発を繰り返すなど予後が不確実な疾患が多く、患者は長期にわたり専門医との信頼関係の中で治療を継続してきた。こうした背景から、地域医療機関への移行に際して心理的な不安を感じる患者も少なくない。また、通院負担の観点からは、寺田ら(2017)による小児急性リンパ性白血病患者における外来通院状況を調査した研究において、外来通院の自己中断が報告されており、遠方からの長期通院が治療継続の障壁となりうることが示唆されている。患者が安心して治療を継続できるよう、専門医との関係性を維持しながら地域医療機関との連携を進める仕組みづくりが求められている。

地域連携を推進する上では、病院、地域医療機関、患者・家族の三者がWIN-WIN-WINとなる仕組みを構築することが重要である。例えば、輸血の地域移行については、病院側は経営的メリット(病床稼働率の最適化、外来待ち時間の短縮)があり、地域医療機関は早期からの介入と集患機会を得られ、患者・家族は通院負担と介護負担の軽減を実現できる。香西ら(2025)による在宅輸血に移行した患者を対象とした調査では、移行前に「自宅での輸血は心配だった」との声がある一方、実際の移行後には患者のQOL改善が報告されており、適切な体制整備のもとで在宅輸血が患者にとって有益な選択肢となりうることが示されている。一方、化学療法の地域移行については、病院側の収益性や医師のモチベーション維持、地域医療機関の薬剤仕入れ・暴露対策・バックベッド確保など、複雑な課題が存在する。地域連携の推進にあたっては、各医療行為について三者のメリット・デメリットを明確化し、病院経営を圧迫せず、地域医療機関が持続可能な形で参画でき、患者のQOLが向上する仕組みを設計することが求められる。

一部の地域では、こうした連携の先駆的な取り組みが始まっている。定期的なウェブ会議等を通じて大学病院と地域の病院が密に情報交換を行い、患者の状態や治療方針を共有する体制が構築

されている地域や、大病院と連携した血液内科クリニックの開設により外来負担軽減と専門的ケアの両立を実現している地域がある。また、こうした取り組みの背景に、他の疾患領域における地域連携の成功経験（例えば、出張研修を通じた正確な知識の普及により地域の医療機関の受け入れ体制を整備した経験）が応用されている事例もある。こうした経験は、疾患に対する知識の普及と理解の促進が均てん化の成否を左右する鍵であることを示している。今後は、こうした好事例を参考にしつつ、診療報酬等の制度的後押しにより幅広い地域で実施可能なモデルを構築することが重要である。

## 提言内容

### 1-2-1. 専門医療機関の主治医と地域医療機関のかかりつけ医が併診する「地域連携型複数主治医制」を構築し、オンライン診療等を活用して専門医へのアクセスを確保する

専門医療機関の主治医と地域医療機関のかかりつけ医が「複数の主治医」として併診する体制を構築する。専門医が高度医療・専門的判断を担い、かかりつけ医が日常的な健康管理やQOLモニタリングを担うことで、それぞれの強みを活かした連携が可能となる。

また、「並診」（定期的な病院外来受診と、その間の在宅医療の組み合わせ）の運用モデルとして、例えば3ヶ月に1回の専門医外来と、その間の在宅医による管理を組み合わせるパターンも実践例として報告されている。地域のクリニックで化学療法を実施可能とする診療報酬体系を整備することも期待される。具体的には、以下のような要素が考えられる。

- 定期的な専門外来受診（年1～4回程度）による専門医フォローの継続
- 日常的な診療・処方がかかりつけ医が担当
- 病状変化時の緊急受診・入院ルートの特化（バックアップ体制）
- 遠隔相談・オンライン診療の活用による専門医へのアクセス確保

複数主治医制の具体的な運用として、オンライン診療の多様な活用が有効と考えられる。現行のオンライン診療の類型には、医師对患者（D to P）、かかりつけ医同席のもとで専門医がオンライン参加する「D to P with D」、医師間の遠隔相談（D to D）等があり、いずれも血液疾患の地域連携において活用の余地が大きい。例えば、「D to P with D」スキームでは、かかりつけ医のもとで患者が受診しながら専門医がオンラインで診療に参加することにより、三者が同時に治療方針を共有できる。また、地域の医療機関で検査を受けながら専門医のオンライン診療を受ける形態や、医師間のオンライン症例相談により、かかりつけ医が専門的な判断について専門医から即座に助言を得られる体制も有効である。患者の状態や地域の実情に応じた柔軟な活用が期待される。

なお、連携プロセスの効率化に向けては、医師同士が直接「受入可」を表明できる医師間連携プラットフォーム等のデジタルツールの開発も進められている。従来の地域連携室を介した紹介プロセスの効率化が期待されており、詳細は提言3-1で述べる。

### 1-2-2. 疾患・病期ごとの地域移行の目安とフォローアップガイドを一体的に整備し、患者が安心して移行できる連携基盤を構築する

疾患・病期ごとに地域移行の目安を整理し、患者・医療者双方が移行の見通しを共有できるようにする。具体的には、以下のような連携基盤を一体的に整備することが望ましい。

- 疾患別フォローアップガイドの策定・運用
- Community Hematologistの情報集約や公表
- 連携可能な医療機関の情報公開（対応可能な疾患、検査体制等）
- 連携パスの標準フォーマット策定
- 有害事象発生時の対応フロー（専門医療機関への連絡基準、緊急受診の判断基準等）の整備

地域移行の対象として優先的に検討されうる疾患・病期には、CML（TKI内服中の安定期患者）、悪性リンパ腫（完全寛解後の経過観察期患者）、造血幹細胞移植後（長期フォローアップ期の患者）、高齢者の骨髄異形成症候群（MDS: Myelodysplastic Syndrome）／骨髄増殖性腫瘍（MPN: Myeloproliferative

Neoplasms) (支持療法中心の患者)等がある。こうした連携基盤の有効性を検証するため、モデル地域を選定したパイロット事業の実施も有益と考えられる。

地域移行に際しては、専門医との関係が継続することを患者に丁寧に説明し、安心感を提供することが重要である。移行前の専門医・かかりつけ医・患者の三者面談の実施や、移行後の定期的な専門外来フォローにより、心理的な不安の軽減が期待される。

なお、地域連携を担う多職種人材の育成については、提言1-4で詳述する。

### 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	効果的な連携モデルへの診療報酬上の評価検討(提言1-2-1)、好事例の収集・普及支援(提言1-2-2)	連携推進のインセンティブ創出、全国への効果的な普及
関連学会	連携モデルの運用ガイドの検討(提言1-2-1)、疾患別フォローアップガイドの策定、地域移行の目安の整理(提言1-2-2)	標準的な連携の枠組みの普及、エビデンスに基づく連携モデルの確立
都道府県医師会	地域の連携体制の調整(提言1-2-1)、Community Hematologistの情報集約や公表(提言1-2-2)、モデル地域での連携体制の試行(提言1-2-2)	地域における連携ネットワークの構築、実践知の蓄積
専門医療機関	連携推進・地域医療機関への教育支援(提言1-2-1)、オンライン診療を活用した連携の実践(提言1-2-1)、地域移行時の患者への説明・心理的サポート(提言1-2-2)	患者の安心感向上、円滑な移行の実現
産業界	連携ツールの開発支援(提言1-2-1→提言3-1参照)、疾患啓発活動	持続可能な連携体制の構築

## 提言 1-3

### 在宅輸血・在宅化学療法の推進により、患者が住み慣れた地域で安心して療養できる環境を整備する

#### 現状と課題

在宅輸血は、患者のQOL向上だけでなく、医療費削減にも寄与する可能性がある。一部の試算によれば、入院で輸血を実施する場合と比較して、在宅で輸血を実施した方が3万円以上の医療費削減につながるかとされている。また、外来輸血と比較すると医療費は増加するものの、待ち時間の短縮や患者・家族の休職・休暇の削減を考慮すれば、社会的コスト全体としては削減されている可能性もある。このように、在宅輸血は患者のQOL向上と医療経済的合理性を両立させる取り組みとして期待される。

安達ら(2014)による血液疾患患者を対象としたアンケート調査では、在宅医療への期待として「体力的負担の軽減」(84%)、「時間的余裕の確保」(79%)が上位を占めている。また、在宅輸血の継続希望は赤血球53.5%、血小板53.9%と高い水準にある。一方で、在宅医療への懸念として「緊急時の対応」(76%)、「主治医との分離」(72%)が挙げられており、安全面と連携面での安心感の確保が課題となっている。患者のニーズに応えつつ、安全で質の高い在宅医療を提供できる体制の整備が求められている。

在宅輸血については、各地域で個々の医師・医療機関による取り組みが増えており、「自宅で輸血が実施できる」という認識は広がりがつつある。しかし、普及に向けてはいくつかの構造的な障壁が存在する。病院側では「輸血は入院・外来で行うもの」という認識が根強く、在宅医療機関への依頼に至らないケースが多い。在宅医療側においても、アナフィラキシーショック等のリスクへの心理的障壁に加え、赤血球輸血に約2時間を要する一方で訪問看護の算定枠が60分に限られるといった運用上の制約もある。また、血液製剤の調達・管理の煩雑さがあり、実施可能な医療機関は限られている。診療報酬上の評価も十分とは言えず、在宅輸血に取り組む経済的インセンティブの不足も指摘されている。

また、在宅輸血の推進にあたっては、輸血継続の適切な判断とい

う倫理的課題にも留意が必要である。病態の進行に伴い輸血の効果が限定的となるケースにおいて、QOLの維持と過剰医療の回避をいかに両立させるかについては、現時点でコンセンサスが形成されておらず、専門家によるさらなる検討が求められている。このほか、在宅での薬剤投与に関しては、顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF: Granulocyte Colony Stimulating Factor)製剤の在宅自己注射が日本では認められていないなど、既存薬剤の適応拡大における制度的課題もある。新薬の場合は企業主導で承認申請が進む一方で、既存薬剤の適応拡大については企業にインセンティブが働きにくく、在宅医療の推進に資する適応拡大を促進する仕組みの整備が必要である。

#### 提言内容

##### 1-3-1. 移動困難な患者や高齢患者を対象に、在宅での輸血実施体制を整備する

移動が困難な患者、高齢で通院負担が大きい患者等を対象に、在宅での輸血実施体制を整備する。日本輸血・細胞治療学会が策定した「在宅赤血球輸血ガイド」やNPO法人「血液在宅ねっと」が整備した在宅輸血の手順・実施要領に関する研修動画等を参照し、安全な実施手順の標準化を進める。

在宅輸血の普及に向けては、病院側の認知向上と、在宅医療側の実施体制の両面からのアプローチが必要である。在宅輸血の有用性・安全性に関する研究成果の発信も重要である。

こうした体制整備を通じて、患者のQOL向上と医療経済的合理性を両立させることが期待される。

##### 1-3-2. 皮下注射製剤、経口抗がん剤等について、在宅化学療法の実施体制を整備する

皮下注射製剤、経口抗がん剤等、在宅での投与が可能な薬剤については、在宅化学療法の実施体制を整備する。患者の状態と薬剤特性を踏まえた適応基準の整理が望ましい。なお、化学療法後の好中球減少症を軽減するG-CSF製剤については、現在日本では患者による自己注射が認められておらず、諸外国と比較して制度上の遅れが生じている。G-CSF自己注射の解禁に向けた制度的検討を進めることにより、化学療法中の通院頻度を低下させ、患者・家族の負担軽減と医療機関のリソース効率化を同時に実

現できる可能性がある。

### 1-3-3. 在宅輸血・在宅化学療法の研修プログラムを整備し、地域医療機関の対応能力を向上させる

在宅血液医療を担う医療機関を増やすため、以下のような方策が有益である。

- 在宅輸血・化学療法の研修プログラム整備(YouTube等オンライン教材の活用も含む)
- 先進的取り組みを行う医療機関による指導・メンタリング
- 緊急時のバックアップ体制の明確化(専門医療機関との連携協定等)

### 1-3-4. 在宅輸血・在宅化学療法に対する診療報酬上の適切な評価を検討する

在宅輸血・在宅化学療法の実施に対する診療報酬上の適切な評価を検討する。現行制度では在宅での血液疾患診療に対するインセンティブが限定的との指摘があり、適切な評価により実施医療機関の拡大が期待される。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	在宅輸血・在宅化学療法に対する診療報酬上の評価検討(提言1-3-4)、在宅医療推進施策との連携、G-CSF在宅自己注射等の既存薬剤の適応拡大に関する承認促進の仕組みの検討(提言1-3-2)	在宅血液医療の実施インセンティブ創出、患者の選択肢の拡大
関連学会	在宅輸血・在宅化学療法の安全基準策定(提言1-3-1、1-3-2)、「在宅赤血球輸血ガイド」の普及・更新(提言1-3-1)、在宅輸血の有用性・安全性に関する研究成果の発信(提言1-3-1)、研修プログラムの整備(提言1-3-3)	安全で質の高い在宅血液医療の普及、在宅輸血のエビデンス蓄積と標準化
専門医療機関	地域医療機関との連携強化、緊急時バックアップ体制の構築(提言1-3-3)、在宅輸血の有用性に関する病院内での認知向上(提言1-3-1)	安心感のある在宅医療環境の実現
そのほか(NPO法人「血液在宅ねっと」等)	標準プロトコルの普及、研修動画等を活用した教育・啓発活動(提言1-3-1、1-3-3)、先進的取り組みを行う医療機関による指導・メンタリングの推進(提言1-3-3)	実践知の共有と横展開

## 提言 1-4

### 多職種の特長性を活かしたチーム医療の推進とコーディネーター機能の強化により、患者を包括的に支援する体制を構築する

#### 現状と課題

血液疾患患者の治療とケアは、診断・治療から長期フォローアップ、社会復帰支援に至るまで、多岐にわたるニーズを伴う。こうした包括的なケアを提供するためには、医師を中心としながらも、多職種が協働するチーム医療の推進が不可欠である。

専門医療機関においては、看護師、薬剤師、臨床検査技師、MSW、管理栄養士、リハビリ専門職、臨床心理士等の多職種が連携してケアを提供する体制が構築されつつある。一方で、造血細胞移植コーディネーター（HCTC: Hematopoietic Cell Transplant Coordinator）について、2013年に全国初の13名が認定されて以降、2023年現在174名まで増加しているが、全国約200施設の移植認定施設の全施設には配置されておらず、HCTCの雇用問題や働き方等も課題として挙げられている（金本, 2023）。また、役割や業務内容は施設の事情や各HCTCが持つ職能に委ねられており、職位が明確にされていない状況にある（沖田, 2022）。つまり現状では、HCTC等の専門コーディネーター職の配置は十分とは言えず、養成・配置の推進が求められている。加えて、造血器腫瘍遺伝子パネル検査の導入に伴い、遺伝カウンセリングを担う認定遺伝カウンセラーの需要が高まっているが、資格要件によるタスクシフトの困難さもあり、人材確保が追いついていない状況にある（提言4-2参照）。

多職種連携の中でも、薬剤師による服薬支援体制の整備は重要な課題の一つである。TKI等の分子標的薬による治療が長期化する中、服薬アドヒアランスの維持は治療成功の鍵となる。しかし、専門医療機関の薬剤部と地域薬局との情報共有体制は十分に構築されていない。院内処方率が高い専門施設においては、地域連携薬局をはじめとしたかかりつけ薬局との関係断絶、トレーシングレポートの形骸化、「がんのことは専門施設で」という地域薬局の意識など、連携を阻害する要因が指摘されている。病院薬

剤師と薬局薬剤師の連携（薬薬連携）を強化し、患者の服薬を地域全体で支える体制の構築が求められている。

こうした多職種連携やコーディネーター機能を持続可能な形で推進するためには、相応の診療報酬上の評価が不可欠である。しかし現状では、多職種チーム医療に対する評価は限定的であり、高度医療コーディネーターは収益につながりにくいため、医療機関が自前で人員を確保しなければならない状況にある。また、経口抗がん剤（CMLに用いるTKI等）を長期服用する患者に対する薬局薬剤師の関与についても、トレーシングレポートの対象が注射剤による治療を受ける患者中心となっている等、診療報酬上十分に評価されていない。

#### 提言内容

#### 1-4-1. 看護師、薬剤師、MSW、管理栄養士、リハビリ専門職、臨床心理士等の多職種連携体制を整備する

看護師、薬剤師、MSW、管理栄養士、リハビリ専門職、臨床心理士等の多職種連携体制を整備し、医師の時間的制約を補完しながら患者の生活の質評価・相談を行う。具体的には、以下のような役割分担に基づく連携体制の整備を推進する。

- **看護師**：症状管理、患者教育、移行支援
- **薬剤師**：服薬指導、副作用モニタリング
- **MSW**：医療費相談、社会復帰支援、就労支援
- **管理栄養士**：栄養管理、食事指導
- **リハビリ専門職**：身体機能維持・回復支援
- **臨床心理士**：心理的サポート

定期的なカンファレンス、電子カルテ上での情報共有、多職種向けマニュアルの整備等、連携を支える仕組みも併せて整備する。

#### 1-4-2. 造血細胞移植コーディネーター（HCTC）等のコーディネーター職の養成・配置を推進し、高度医療の橋渡し機能を強化する

造血細胞移植コーディネーター（HCTC）、がん相談支援員等のコーディネーター職の養成・配置を推進する。患者と医療チーム

の橋渡し役として、多職種連携の要となる人材の確保が重要である。また、HCTCに加えて、CAR-T療法等の高度医療コーディネーターを担う専門職の配置・育成も急務である。コーディネーター職の持続可能な運営に向けた制度的基盤の整備については、提言1-4-5で述べる。

### 1-4-3. 病院薬剤部・専門医療機関連携薬局・かかりつけ薬局の三層構造による連携を推進し、患者の長期服薬を地域全体で支える体制を構築する

「病院薬剤部」・地域の専門拠点の中核として、がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる「専門医療機関連携薬局」・入院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる地域連携薬局をはじめとした「かかりつけ薬局」の三層構造による連携体制を構築し、高額薬剤の在庫リスクを分散しつつ、患者の利便性を確保するとともに、服薬支援の継続性を高める。

- **病院薬剤部**：治療計画、副作用情報の提供、高度専門治療の薬剤管理等
- **専門医療機関連携薬局**：地域薬局への教育・支援、複雑な症例の対応、高額がん専門薬の在庫確保、かかりつけ薬局への融通ハブ機能等
- **かかりつけ薬局（地域連携薬局を含む）**：日常的な服薬管理、基礎疾患の薬剤対応、副作用モニタリング等

トレーシングレポートの実質化、電子お薬手帳の活用、患者アプリによる副作用情報の事前収集等により、情報共有の仕組みを併せて整備する。

### 1-4-4. 血液疾患の地域連携を担う多職種人材の育成を推進し、専門医療機関と地域医療機関の橋渡し機能を強化する

血液疾患の地域連携を推進するためには、専門医療機関と地域医療機関の橋渡しを担う人材の育成が重要である。血液内科専門医だけでなく、一般内科医、総合診療医、在宅医、看護師、薬剤師、MSW等の多職種が、血液疾患の特性、長期フォローアップの要点、地域医療機関との連携方法について学ぶ機会を拡充する。

具体的には、医学教育・看護教育・薬学教育等のカリキュラムにおいて地域連携の視点を組み込むとともに、学会や職能団体が提供する生涯教育プログラムにおいても、地域連携に関する内容を充実させることが期待される。また、血液疾患の薬物療法に関しては、実際の患者との対話を通じた実地教育の機会創出や、専門職と地域の職種をつなぐ相談体制の構築等の取り組みも有益である。

### 1-4-5. 多職種によるチーム医療、コーディネート機能および薬薬連携の持続可能な運営に向け、診療報酬上の評価の充実を図る

多職種連携やコーディネート機能を持続可能な形で推進するためには、相応の診療報酬上の評価が不可欠である。特に、以下の三領域について評価の充実が期待される。

- **多職種チーム医療**：多職種カンファレンス、多職種による包括的患者支援等に対する評価の充実
- **コーディネーター職の配置・運営**：HCTC、CAR-T療法コーディネーター等の高度医療コーディネーター職について、現状では収益にならず医療機関が自前で人員を確保しなければならない状況にあり、配置・運営に対する診療報酬上の評価が求められる
- **薬薬連携における情報共有**：トレーシングレポートの実質化や情報共有に対する加算の充実、経口抗がん剤を長期服用する患者に対する薬局薬剤師の関与への評価等

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	チーム医療・コーディネーター職・薬薬連携に対する診療報酬上の評価検討(提言1-4-5)	多職種連携推進のインセンティブ創出
関連学会	チーム医療のモデル提示・多職種連携ガイドの策定(提言1-4-1)、HCTCの養成・認定の推進、コーディネーター職の職位・役割の明確化(提言1-4-2)、薬薬連携プロトコルの検討・情報共有項目の標準化(提言1-4-3)、生涯教育プログラムへの地域連携内容の組み込み(提言1-4-4)	効果的な連携モデルの普及、連携の枠組みの確立、コーディネーター人材の確保と持続可能な運営基盤の整備
専門医療機関	多職種チームの編成・連携体制の構築(提言1-4-1)、コーディネーター職の配置(提言1-4-2)、地域薬局との連携強化(提言1-4-3)、地域医療機関への教育・支援(提言1-4-4)	包括的な患者支援の実現
日本薬剤師会・ 日本病院薬剤師会	薬薬連携体制の構築支援(提言1-4-3)、多職種人材育成への参画(提言1-4-4)	地域薬局の対応能力向上
教育機関・ 職能団体	医学・看護・薬学教育カリキュラムへの地域連携視点の組み込み、実地教育機会の創出(提言1-4-4)	地域連携を担う人材の持続的な輩出

## 柱2

# 患者中心の医療コミュニケーションと支援

血液疾患患者は、長期にわたる治療、再発への不安、社会復帰の困難など、様々な心理的・社会的負担を抱えることが多い。本柱では、患者が十分な情報を得た上で治療を選択し、療養生活を送ることができるよう、意思決定支援と相談支援体制の充実に関する二つの提言を行う。

### 提言 2-1

#### 患者が十分な情報を得た上で治療を選択できるよう、意思決定支援の環境を整備する

#### 現状と課題

血液疾患の治療においては、複数の治療選択肢が存在する場合が少なくない。患者が自身の価値観や希望を踏まえて治療を選択できるよう、共同意思決定(SDM: Shared Decision-Making)の考え方に基づく医療の提供が期待されている。SDMの実践にあたっては、以下のような構造的課題が存在する。

第一に、医師・患者間の認識ギャップの問題である。患者の生活の質、社会的背景、価値観といった「臨床指標以外の要素」について対話することの重要性が、十分に認識されていない実態がある。実際、患者と医師の間には優先事項のギャップが存在することが科学的に明らかになりつつある。Langら(2025)によるCML患者を対象とした国際調査では、医師は患者の最優先目標は「生存」だと考えていた一方で、実際には患者は「生活の質」をより重視していることが示されている。このような認識のずれは、患者にとって真に重要な情報が十分に提供されない要因となっている。これらが示すのは、医師・患者間の認識ギャップの本質が「コミュニケーション能力」の問題ではなく、「何を伝えるか(コミュニケーションの内容)」についての医療者側の認識が十分でない点であ

る。このような認識の構造的課題に対処することが、真の意味でのSDM実現の前提となる。

第二に、治療選択に必要な情報提供の不足である。例えば、CMLには6種類のTKIがあるが、初発時に薬剤選択の説明を十分に受けていない患者が多いとの指摘がある。医師側には「たくさん薬があると混乱させてしまう」という配慮もあるが、患者からは「何の説明もなくこれだと言われて渡された」という声も聞かれる。また、製薬企業が作成する患者向け資料は、薬剤選択に関する部分が欠落しているケースもある。さらに、無治療寛解(TFR)達成率など長期予後データの提示も不足しており、患者が治療のゴールを見据えた意思決定を行うための情報提供がさらに充実することが期待される。特に、AYA世代(15-39歳)の血液疾患患者にとって、治療が妊孕性に与える影響は将来設計に直結する重要な問題である。化学療法、放射線療法、造血幹細胞移植などの治療開始前に、妊孕性温存(精子凍結・卵子凍結等)の選択肢について十分な情報提供を受けることが重要であるが、現状では初発時にこれらの情報が適切に提供されていないケースがある。また、妊孕性温存には経済的負担が伴い、一部の自治体では助成制度があるものの、全国的には不十分である。さらに、妊孕性温存の実施可能な施設へのアクセスや、治療スケジュールとの調整に関する情報も不足しており、患者が適切なタイミングで意思決定を行うことが困難となっている。

第三に、SDMを実践するための支援環境が未整備である。意思決定支援ツール(Decision Aids)やプレーン・ランゲージ・サマリー(PLS: Plain Language Summary)といった、患者が複雑な医療情報を理解し意思決定を行うための支援ツールの開発・普及が不十分である。また、医師が患者との対話に十分な時間を確保できる診療体制の整備も課題となっている。SDM実践にあたっては、患者が何を指して治療しているのか、治療をどこまで受け入れられるのか(経済的・体力的)をしっかりと話し合うことが重要である。例えばCML患者の約7割は生涯にわたって服薬すると

されており、「どのくらいの量の薬を飲み続けるか」が課題となる。徐々に減量してジェネリックを少量で飲み続ける選択肢も含め、患者の価値観に基づいた意思決定支援が求められている。

第四に、治療の最終段階における意思決定支援の課題である。血液疾患は抗がん剤が効果を示すと治癒や長期寛解が期待できる一方、病勢が進行した場合には急速に悪化するケースもある。主治医が治療に全力を尽くす中で、患者が家族と静かな最期を迎える時間が取れなくなることもある。また、「家族に迷惑をかけたくない」という患者の願いがある場合、在宅療養が逆に患者の希望を損なうこともある。患者の価値観や希望を早期から確認し、それに沿った医療を提供するアドバンスド・ケア・プランニング(ACP)の実践が不十分である。

これらの課題を解決し、患者中心の医療を実現するためには、医療者教育の充実、中立的な立場からの情報提供体制の構築、意思決定支援ツールの整備、患者の生活の質を体系的に把握する仕組みづくり、人生の最終段階における意思決定支援など、多面的な環境整備が求められている。

## 提言内容

### 2-1-1. 主要な血液疾患について、包括的な患者向け情報提供資料を整備する

主要な血液疾患について、患者が治療選択を行う際に参照できる包括的な情報提供資料を整備する。具体的には以下のとおりである。

- **意思決定支援ツール(Decision Aids)およびプラン・ランゲージ・サマリー(PLS)の開発・普及**

治療の効果・副作用・長期予後等の情報を、患者にわかりやすい形で提示する。複数の治療選択肢がある場合には、それぞれの特徴を比較できる形で提示することが重要である。

- **初発患者向け薬剤選択ガイドの整備**

初発患者に対して、利用可能な薬剤の選択肢、それぞれの特徴(効果、副作用、服薬方法、TFR達成率等の長期予後データ)を含む説明資料を整備する。製薬企業が作成する資料では薬剤選択に関する部分が欠落しているケー

スもあるため、学会等が中立的な立場から包括的な情報提供を推進することが望まれる。

- **長期予後データの可視化**

TFR達成率、長期生存率、晩期合併症の発生率等、長期予後に関するデータを患者にわかりやすく提示する仕組みを整備する。患者が将来の見通しを持って治療に臨めるよう、科学的根拠に基づいた情報提供が重要である。

### 2-1-2. 患者報告アウトカム(PRO)を診療に活用し、患者の状態をよりの確に把握する

患者の主観的な症状や生活の質を評価する患者報告アウトカム(PRO: Patient-Reported Outcome)を診療に活用する。具体的な活用方法としては、以下が考えられる。

- **定期的なQOL評価の実施**

年1回程度の包括的なQOL評価を実施し、患者の全体的な状態を把握する。Langら(2025)やHillisら(2023)によると、医師と患者の優先順位の乖離を埋めるための具体的な解決策として「ツールの導入」が挙げられている。例えばカナダでは診療所の待合室でシンプルな書面資料(3~5つの質問)を配布し、患者が自身の状況を整理できるようにする取り組みなどが実践されている。

- **電子的患者報告アウトカム(ePRO: Electronic Patient-Reported Outcome)の活用**

患者がアプリ等で副作用情報を入力し、診察前に送信する仕組みを構築する。薬剤師・看護師が事前にチェックし、診察前面談で活用することで、医師への提案(「この症状があるので次回処方でこの薬を検討してください」等)や、テレフォンプォローの代替が可能となる。

- **カルテ共有による多職種連携**

病院で記録されたPROデータを薬局や訪問看護ステーションでも閲覧できる環境を整備し、医療者同士で情報を共有することで、患者指導や看護の質向上につなげる。PROの定期的な収集・分析により、患者の状態をよりの確に把握し、個別化された医療の提供が可能となる。

### 2-1-3. SDM実践のための環境整備と患者の主体的参加を促進する

SDMを実践するためには、医師と患者が十分にコミュニケーションを取る時間の確保が不可欠である。診療報酬上の評価、看護師・薬剤師等によるサポート体制の整備により、SDMを推進するための環境整備が望まれる。

また、患者が診察時に自身の状況や希望を効果的に伝えられるよう、診察前に懸念事項を整理できる支援ツールの提供や、診療所・病院における患者教育資料の配布等を通じて、患者の主体的な参加を促進する。特に、一部の患者は「効果的な治療を受けているのだから、副作用について声を上げるべきではない」という心理(いわゆる「サバイバーの罪悪感」)を感じるとの声がある。治療が効いている場合であっても、生活の質に関する懸念や症状について医師に伝えることは患者の正当な権利であることを明確にする患者教育を推進することも重要である。

### 2-1-4. アドバンスド・ケア・プランニング(ACP)を推進し、患者の価値観や希望に沿った医療を提供する

血液疾患は抗がん剤が効果を示すと治癒や長期寛解が期待できる一方、病勢が進行した場合には急速に悪化するケースもある。主治医が治療に全力を尽くす中で、患者が家族と静かな最期を迎える時間が取れなくなることもある。

また、「家族に迷惑をかけたくない」という患者の願いがある場合、在宅療養が逆に患者の希望を損なうこともある。主治医をはじめとした多職種チームでアドバンスド・ケア・プランニング(ACP)を早期から行い、患者の価値観や希望を確認し、それに沿った医療を提供することが重要である。

急性骨髄性白血病(AML)患者への早期からの緩和ケア介入とACPの導入が、患者のQOL改善につながることを示されている(El-Jawahriら 2021)。血液がん患者が在宅で最期を過ごした場合でも、他のがん種と遜色なくQOLと終末期ケア(end of life care)が提供できることが報告されており、最期を過ごす場所としての地域移行は、病院・地域・患者の三者にとって望ましいWIN-WIN-WINの結果をもたらし得ることから、さらなる推進が期待される。

### 2-1-5. AYA世代患者に対して、妊孕性温存を含む将来設計に関する情報提供と意思決定支援を充実させる

AYA世代(15-39歳)の血液疾患患者に対して、治療が妊孕性に与える影響、妊孕性温存の選択肢(精子凍結・卵子凍結・胚凍結等)、実施可能な施設、経済的支援制度(自治体の助成制度等)について、治療開始前に十分な情報提供を行う。産婦人科や生殖医療専門医との連携体制を整備し、患者が希望する場合には速やかに専門医への紹介が可能となる体制を構築する。また、妊孕性温存に関する全国的な助成制度の拡充、実施可能施設の情報集約と公開を推進する。治療中・治療後においても、妊娠・出産に関する継続的な相談支援を提供し、患者が将来設計を描きながら治療に臨める環境を整備する。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	SDM推進に向けた診療報酬上の評価検討(提言2-1-3)、ePRO基盤整備への支援(提言2-1-2)、ACP推進施策との連携(提言2-1-4)、妊孕性温存に関する全国的な助成制度の拡充(提言2-1-5)	SDM・PRO活用・ACPの普及促進、AYA世代の将来設計支援の制度的基盤整備
関連学会	主要疾患の包括的患者向け情報提供資料・意思決定支援ツールの整備(提言2-1-1)、初発患者向け薬剤選択ガイドの策定(提言2-1-1)、PROの診療への組み込みに関する指針の検討(提言2-1-2)、ACP実施に関する推奨の整理(提言2-1-4)	中立的で包括的な情報提供の実現、エビデンスに基づくSDMの普及
専門医療機関	PROの診療への組み込み、ePROシステムの導入(提言2-1-2)、SDM実践のための診療体制整備(提言2-1-3)、多職種チームによるACP実施体制の構築(提言2-1-4)、AYA世代患者への妊孕性温存に関する情報提供、生殖医療専門医との連携体制整備(提言2-1-5)	患者の状態の的確な把握、個別化医療の推進、患者満足度の向上
患者団体	患者教育プログラムへの参画(提言2-1-3)、PROツール開発への患者視点の反映(提言2-1-2)、AYA世代のピアサポートとの連携(提言2-1-5)	患者エンパワーメントの促進
製薬企業	学会と連携した情報提供資料の作成支援(提言2-1-1)、長期予後データの可視化への協力(提言2-1-1)	患者への適切かつ中立的な情報提供

## 提言 2-2

### 患者の心理的・社会的な負担を軽減するため、相談支援体制の充実とピアサポートの推進を図る

#### 現状と課題

血液疾患患者は、長期にわたる治療、再発への不安、就労や経済面での困難など、様々な心理的・社会的負担を抱えることが多い。がん診療連携拠点病院等には「がん相談支援センター」が設置されているが、その認知度や活用率は十分とは言えない状況にある。

また、同じ疾患を経験した患者同士が支え合う「ピアサポート」の重要性が認識されているが、組織的な活動は発展途上にある。骨髄バンク運動に見られるように、血液疾患領域には患者と医療者が協働してきた歴史があり、この基盤を活かしたピアサポートの推進が期待される。近年、治療成績の向上や移植以外の治療選択肢の拡大により、ピアサポートの担い手となりうる経験者は増加している一方、患者の治療経験・経過は多様化しており、それぞれの経験に寄り添い支え合えるピアサポートへのニーズは一層高まっている。

一方、現状では、他のがん領域（乳がん、婦人科系がん等）では学会レベルで患者市民参画プログラムが整備されているのに対し、血液疾患領域では、臨床試験・治験段階での患者参画の例が少なく、インフォームドコンセント文書やガイドライン作成レベルでも患者市民の視点が十分に取り入れられていないとの指摘もある。特に、移植後の長期フォローアップやサバイバー支援は患者参画が力を発揮できる領域であるにもかかわらず、全国レベルでの移植後患者会自体が少なく、長期フォローアップ研究への患者参画機会が多くない状況にある。

さらに、血液疾患、特にGVHD等の希少な合併症については、一般市民だけでなくメディアにおいても認知度が低いとの指摘がある。こうした認知度の低さは、患者が疾患や治療経過を職場や周囲に説明することを困難にし、就労をはじめとする社会参加の障壁となっているケースも少なくない。製薬企業等によるメディア

向けプレスセミナーや患者体験発信を通じた認知度向上の取り組みが行われているものの、希少性や専門用語の難しさから個別の取り組みだけでは社会的認知の定着には限界がある。政策面での体系的な取り組みはまだ十分ではなく、関係者が連携した広報啓発戦略が求められる。

#### 提言内容

##### 2-2-1. がん相談支援センターの機能強化と認知度向上を図り、血液疾患患者の特有のニーズに対応する

がん相談支援センターの認知度向上を図るとともに、血液疾患患者の特有のニーズ（長期治療、移植後ケア等）に対応できる機能強化を推進する。

##### 2-2-2. 血液疾患患者が治療を継続しながら仕事や社会生活を送れるよう、両立支援の充実を図る

血液疾患患者が治療を継続しながら仕事や社会生活を送れるよう、両立支援の充実を図る。血液疾患には固形がんとは異なる両立阻害要因が存在する。化学療法に伴う好中球減少期の感染リスクによる出勤制限、突発的な入院や輸血のための頻回通院、TKI等の経口抗がん剤の長期服用に伴う慢性的な副作用（倦怠感、筋痙攣等）、移植後のGVHDや免疫抑制状態に伴う就労制限など、様々な要因が重なることで就労の見通しが立てにくく、休職と復職を繰り返すケースも少なくない。また、1.3節で述べたとおり、治療後の新規就労においては、GVHD等の後遺症や社会保険加入の障壁が課題となっている。

こうした血液疾患特有の課題に対応するため、産業医・主治医・MSW間の情報連携の強化、事業主に対する血液疾患の特性（治療の長期性・急変リスク・感染リスク等）に関する啓発、テレワークや時差出勤等の柔軟な勤務体制の推進が有益である。加えて、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（厚生労働省 2024）の活用促進とともに、血液疾患の特性を踏まえた具体的な職場復帰事例の蓄積・共有も望まれる。

### 2-2-3. 患者団体との連携を強化し、ピアサポーターの養成や活動の場の確保等を推進する

患者団体との連携を強化し、ピアサポート活動を推進する。ピアサポーターの養成、活動の場の確保、医療機関との連携体制の構築等が有益である。

血液疾患領域には骨髓バンク運動など患者と医師が協働してきた歴史がある。これら既存の活動をさらに発展させる形でピアサポートや患者市民参画(PPI: Patient and Public Involvement)を推進することが、学会・医師にも受け入れられやすい。なお、患者団体の持続的活動を支援するため、最低限の活動資金確保(交通費・宿泊費等)の仕組みを整備するとともに、患者団体向けの利益相反(COI: Conflict Of Interest)ルール策定を支援することもあわせて検討が期待される。

### 2-2-4. AYA世代患者に対して、妊孕性・将来設計に関する継続的相談支援を提供する

治療中・治療後においても、妊娠・出産に関する継続的な相談支援を提供する。妊孕性温存を実施した患者、実施しなかった患者の双方に対して、将来の家族計画に関する情報提供と心理的サポートを行う。また、ピアサポートを通じて、同じような経験をした患者同士が情報交換や相談をできる場を提供する。

### 2-2-5. 研究開発や政策形成過程への患者市民参画(PPI)を推進する

研究開発や政策形成過程への患者市民参画(PPI)を推進する。日本血液学会等の学会レベルでの患者市民参画プログラムの整備、ガイドライン改訂への患者参画などが、ブレイクスルーになり得るとの期待もある。

### 2-2-6. 学会・患者団体・企業・行政等が連携した血液疾患に関する広報啓発を推進する

前述の認知度の課題に対応するため、学会・患者団体・製薬企業・行政等の関係者が連携し、血液疾患に関する体系的な広報啓発戦略を推進する。具体的には、メディア向けプレスセミナーの継続的な開催、患者の体験発信を通じた疾患理解の促進、血液疾患に関する正確でわかりやすい啓発コンテンツ(動画、ウェブサイト等)の共同制作、ならびに「血液がん啓発月間」等の社会的認知向上キャンペーンの検討が有益である。特に、GVHDをはじめとする希少な合併症については、専門用語をわかりやすく伝えるための工夫(ブレーン・ランゲージの活用等)も含めた啓発手法の開発が期待される。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	両立支援施策との連携(提言2-2-2)、患者団体の活動基盤整備に関する支援の検討(提言2-2-3)	治療と社会生活の両立を支える制度的基盤の整備
関連学会	PPI推進体制の整備、ガイドライン改訂への患者参画(提言2-2-5)、血液疾患に関する広報啓発への協力(提言2-2-6)	患者視点を反映した医療の発展、疾患の社会的認知度向上
専門医療機関 (がん診療連携拠点病院)	がん相談支援センターの機能強化・認知度向上(提言2-2-1)、AYA世代患者への妊孕性・将来設計に関する継続的相談支援の提供(提言2-2-4)	血液疾患患者の特有のニーズに対応した支援体制の充実
患者団体	ピアサポート活動の推進、ピアサポーターの養成(提言2-2-3)、AYA世代の情報交換・相談の場の提供(提言2-2-4)、PPIへの積極的参画(提言2-2-5)、COIルール策定への取り組み(提言2-2-3)	当事者視点の反映、患者同士の支え合い、活動の持続性確保
産業界 (製薬企業等)	メディア向け疾患啓発活動(プレスセミナー等)の実施、患者体験発信への支援(提言2-2-6)	血液疾患・希少合併症の社会的認知度向上
事業主・産業医	血液疾患の特性を踏まえた治療と仕事の両立支援体制の整備、柔軟な勤務体制の推進、主治医・MSWとの情報連携(提言2-2-2)	患者の社会参加の促進

## 柱3

## 医療DXと情報連携

専門医療機関と地域医療機関の連携を効果的に進めるためには、診療情報の適切な共有が不可欠である。また、患者自身が治療経過を把握し、医療者との双方向的な情報連携を実現することも、治療の質向上と患者のエンパワーメントに資する。現状では紙・FAXに依存した情報共有が多く、デジタル技術の活用による効率化の余地が大きい。本柱では、医療者間の情報連携基盤の整備と、患者を含む情報共有の仕組みづくりに関する二つの提言を行う。

## 提言 3-1

## 専門医療機関と地域医療機関の間で診療情報を効率的に共有できる仕組みを整備する

## 現状と課題

専門医療機関と地域医療機関の連携においては、診療情報の共有が不可欠であるが、現状では紙・FAXベースの情報共有が主流であり、効率性に課題がある。また、情報共有の内容や形式が標準化されておらず、医療機関ごとにバラバラの運用となっている。血液疾患領域においては、この課題がとりわけ深刻な構造的背景がある。血液内科を標榜する医師の大半が病院に勤務しており、診療所における血液内科医はごく少数にとどまる。このため、専門医療機関間および専門医療機関と地域のかかりつけ医療機関との間で、異なる電子カルテシステム間の情報連携が必然的に求められる。また、血液疾患は長期にわたる治療経過、頻回の検査データ、多剤併用療法など、共有すべき情報量が多いことも特徴である。

医師間における情報共有の仕組みが確立されていないことは、地域連携の推進を阻む構造的課題の一つである。情報共有の効

率化が進まない背景として、「IT共有した方が儲かる制度設計になっていない」という経済的インセンティブの不在が指摘されている。松本(2022)は、地域医療情報連携ネットワークの利用が診療報酬で十分に評価されていないことが普及の阻害要因であることを指摘しており、制度的なインセンティブ設計の重要性が学術的にも裏付けられている。また、情報共有が医局・学閥等の人間関係に依存する属人的な状況も報告されており、特定の人物や施設の異動・退職によって連携体制が崩壊するリスクを内包している。属人的な連携から、制度的・技術的な基盤に支えられた連携への転換が求められている。

一方、血液疾患は採血データでほぼ患者の状況把握が可能であるという特性を有しており、共有すべき情報(採血結果、症状、服薬履歴等)が比較的明確である。この特性は、電子的な情報共有基盤の構築に適しており、血液疾患が情報連携のモデル領域となりうる可能性を示唆している。

紹介状作成の負担も課題として挙げられている。短期的には疾患別の共通雛形の整備が、中長期的には大規模言語モデル(LLM: Large Language Model)等のAI技術を活用した診療情報サマリーの自動生成が有効と考えられる。

さらに、在宅医療の現場では、訪問診療所・薬局・訪問看護ステーション等の多職種チーム間での情報共有も課題となっている。現状ではSNS等を活用した非公式な連携のほか、多職種連携コミュニケーションツールが自治体・医師会単位で導入されている地域もあるが、個々の医療機関・事業所レベルでの採用状況には地域間格差があり、全国的に標準化された仕組みの整備には至っていない。在宅輸血等の医療行為においては、遠隔モニタリングの活用により輸血中の付き添い時間を短縮し、医療者の負担軽減を図る可能性も指摘されている。

## 提言内容

### 3-1-1. 血液疾患の連携において共有すべき最小共通データセットを標準化し、連携可能な医療機関の情報公開を推進する

血液疾患の連携において共有すべき最小共通データセット(疾患名、治療歴、現在の治療内容、注意すべき事項等)を標準化する。これにより、情報共有の効率化と質の向上が期待される。併せて、Community Hematologistの情報集約や公表、連携可能な医療機関の情報公開(対応可能な疾患、検査体制等)を推進し、連携先の「可視化(見える化)」を図ることが望ましい。こうした情報基盤の整備は、提言1-2で述べた地域連携体制の構築を技術面から支えるものである。

### 3-1-2. 全国がん登録、日本血液学会血液疾患症例登録等の既存制度との整合性を確保し、データ連携を推進する

全国がん登録、日本血液学会血液疾患症例登録、日本造血・免疫細胞療法学会のレジストリ等、既存のデータ収集制度との整合性を確保し、重複入力の負担を軽減する。特に、造血器腫瘍遺伝子パネル検査では初発時点からの検査適用と長期にわたる追跡入力力が求められ、固形がんに比して入力継続負荷が高い。こうした業務負荷をDXにより省力化することは、パネル検査の普及促進にも直結する(提言4-2参照)。がん登録データ等を研究者が活用しやすい環境の整備も、血液疾患領域の研究推進に資するものである。

### 3-1-3. 電子的な診療情報共有基盤を整備し、医師間連携ツール(D to D)や在宅チーム間の情報連携を推進する

専門医療機関と地域医療機関の間で、電子的に診療情報を共有できる基盤を整備する。全国医療情報プラットフォームとの連携、地域医療情報連携ネットワークの活用等が考えられる。医師間連携を支援するデジタルツール(D to D)の活用も有効である。医師同士が直接「受入可」を表明できる仕組みが開発されており、病診連携センター経由の従来の紹介プロセスをより効率的なものへと改善する可能性がある。こうしたツールの活用によ

り、属人的な連携から、制度的・技術的基盤に支えられた連携への転換が期待される。

また、在宅医療の現場における多職種チーム(訪問診療所・薬局・訪問看護ステーション等)間の情報共有の標準化や、在宅輸血等における遠隔モニタリングの活用も推進する。

### 3-1-4. 疾患別紹介状共通雛形の整備およびAIによる診療情報サマリー作成支援により、紹介状作成負担を軽減する

短期的には、血液疾患の疾患別紹介状共通雛形(Wordファイル等)を整備し、必要最小限の情報を効率的に共有できるようにする。中長期的には、LLMによる診療情報サマリー作成AIを導入し、電子カルテから自動的に必要情報を抽出・要約する仕組みを構築することが期待される。

### 3-1-5. 情報共有のIT化を推進するため、診療報酬上のインセンティブを検討する

情報共有のIT化を推進するため、診療報酬上のインセンティブ設計を検討する。現状では電子的な情報共有に対する経済的メリットが乏しいことが普及の障壁となっており、IT化を積極的に推進する医療機関が報われる制度設計が求められる。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省・デジタル庁)	全国医療情報プラットフォームの整備(提言3-1-3)、診療報酬上の評価検討(提言3-1-5)、がん登録データの研究利用環境の改善(提言3-1-2)	電子的情報共有基盤の構築、IT化のインセンティブ創出
関連学会	共有項目の標準化、雛形の整備(提言3-1-1、3-1-4)、CH情報集約・連携可能医療機関の情報公開の推進(提言3-1-1)、データ連携の整合性確保(提言3-1-2)	情報共有の効率化・質の向上、連携先の「見える化」
医療機関	情報共有基盤の活用・連携体制の構築(提言3-1-3)、在宅チーム間の情報連携推進(提言3-1-3)	効率的な医療連携の実現
産業界	D to D連携ツールの開発・提供(提言3-1-3)、AIサマリー生成ツールの開発(提言3-1-4)、遠隔モニタリング技術の開発(提言3-1-3)	利便性の高い連携環境の実現

## 提言 3-2

### 患者自身が治療経過を把握し、医療者との双方向的な情報連携を実現する仕組みを整備する

#### 現状と課題

患者自身が治療経過を把握し、必要に応じて医療機関間で情報を共有できることは、医療の質向上と患者のエンパワーメントの両面で重要である。しかし、現状では患者が自身の治療情報を体系的に管理・共有する仕組みは十分に整備されていない。

現在の医療体制では、医師から患者への一方向的な情報提供が中心であり、患者から医師への情報フィードバックや相談の機会が限定的となっている。診察時間が限られる中で、患者が日々の体調変化や副作用の程度といった主観的情報を適切に伝える手段が乏しく、医師は限られた情報の中で治療判断を行わざるを得ない。近年では、患者報告アウトカム(PRO)やePROを活用した取り組みも一部で始まっているが、制度化された支援には至っていない。

また、血液疾患の診療は高度な専門性を要するため、患者自身が病状や治療内容を正しく理解し、適切に治療選択や自己管理を行うことは容易ではない。インターネットやSNS上には膨大な情報があふれており、患者が不確かな情報に接することで不安が増幅されるケースも指摘されている。信頼性の高い情報へのアクセスを保障する体制の強化が求められている。

デジタルツールの普及にあたっては、いくつかの実装上の障壁にも留意が必要である。近年、血液疾患患者向けのQOL評価ツールやアプリ(症状記録、服薬管理、血液データ共有等の機能を備えたもの)の開発・実証が進められており、患者側からは一定の評価を得ている。しかし、最大のボトルネックは医療従事者側の活用が進まない点にあり、多忙な診療の中でアプリ情報を確認する余裕がないことが指摘されている。デジタルツールの導入にあたっては、医療者の既存ワークフローへの組み込みや、診療プロセスにおける活用場面の明確化が不可欠である。また、高齢患者のデジタルリテラシーの差も普及上の課題であり、デジタル

ツールの導入と併せて、高齢者を含む全ての患者がアクセスできるアナログ代替手段(紙ベースの質問票等)を並行して整備する視点が重要である。

#### 提言内容

##### 3-2-1. 患者向け治療サマリー・経過記録の標準フォーマットを整備し、患者自身による情報管理を支援する

患者が自身の治療経過を把握できるよう、患者向けの治療サマリー・経過記録の標準フォーマットを整備する。外科系がんで活用されている連携手帳のモデルを参考に、血液疾患に適した形式の検討が有益である。電子お薬手帳等の既存ツールとの連携も視野に入れ、患者が保有する情報を医療機関間で共有しやすい環境を併せて整備する。また、信頼性の高い疾患情報・治療情報を患者が容易にアクセスできるポータル整備も望ましい。

##### 3-2-2. ePRO等のデジタルツールを活用し、患者と医療者の双方向的な情報連携を推進する

服薬管理アプリ、ePRO(電子的患者報告アウトカム)等のデジタルツールを活用し、患者自身による健康管理と医療者への情報フィードバックを支援する。具体的には、患者がアプリ等で副作用情報を入力し診察前に送信する仕組みを構築し、薬剤師・看護師が事前にチェックして診察前面談で活用する等の運用が考えられる。

ePROやデジタルツールを活用する際には、病院で記録した内容を薬局や訪問看護ステーションでも閲覧できる環境整備が重要である。全国統一フォーマットのもとでデジタル記録を蓄積することにより、後方視的な解析が可能となるとともに、患者自身の健康管理の質の向上にもつながる。

なお、高齢患者等デジタルツールの利用が困難な場合に備え、紙ベースの簡易質問票等のアナログ代替手段を並行して整備することも重要である。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省)	ePRO基盤整備への支援(提言3-2-2)、全国統一フォーマットの整備促進(提言3-2-2)	双方向的情報連携の制度的基盤構築
関連学会	患者向け治療サマリーの標準フォーマット策定(提言3-2-1)、信頼性の高い疾患情報の整備・提供(提言3-2-1)	患者による情報管理の促進
患者団体	患者視点からのツール活用促進、普及啓発患者教育プログラムへの参画、PROツール開発への患者視点の反映(提言3-2-2)、ツール活用の普及啓発(提言3-2-1)	患者のエンパワーメントの促進
産業界	ePROアプリ・QOL評価ツール等のデジタルツール開発・提供(提言3-2-2)	患者のセルフケア支援、双方向的情報連携の実現

# 柱4

## 制度的支援と研究開発

血液疾患の治療は、長期入院、高額薬剤、頻回輸血等の特性から、患者・医療機関双方に経済的負担を生じさせることがある。本提言書の柱1～3で示した連携体制やDX基盤を実効あるものとするためには、それらを支える制度的基盤の整備が不可欠である。また、血液疾患領域は再生医療やゲノム医療など医学のフロンティアに位置しており、臨床研究・治験基盤の強化とイノベーション・エコシステムの構築は、日本の医療全体の発展にも寄与しうるのである。本柱では、医療提供体制の持続可能性と患者負担の公平性を確保するための制度整備(提言4-1)と、臨床研究・治験基盤の強化およびイノベーション・エコシステムの構築(提言4-2)に関する二つの提言を行う。

### 提言 4-1

#### 血液疾患の特性を踏まえた制度基盤を整備し、医療提供体制の持続可能性と患者負担の公平性を確保する

##### 現状と課題

血液疾患医療の提供においては、現行の診療報酬・保険制度が必ずしも適切に対応できていないとの指摘がある。本提言書では、柱1(地域連携・多職種連携)、柱2(患者中心のコミュニケーション)、柱3(医療DXと情報連携)において、具体的な連携体制の構築を提言しているが、これらを実現するためには、それぞれの取り組みを経済的に持続可能なものとする制度設計が不可欠である。

##### 経済的インセンティブ設計の不在

診療報酬による経済的インセンティブの設計が、医療提供体制を

大きく左右する。在宅医療が普及した背景には財政的インセンティブがあったとされ、地域での血液疾患診療を広げるためには、適切な診療報酬上の評価が不可欠であるとの指摘がある。「理念だけでは絶対に広がらない」「儲かるという経済的インセンティブがなければ参加者は増えない」との声は、地域連携・多職種連携・情報共有のいずれの領域においても共通して聞かれる。

##### 高度医療の経営的持続可能性の危機

高度医療(CAR-T療法等)については、DPC制度のもとで重症有害事象発生時に大幅な赤字となるリスクがあり、病院経営層から実施を控えるよう圧力がかかるケースもあるとの指摘がある。CAR-T細胞療法に関する手技の診療報酬は自家末梢血幹細胞移植術の診療報酬制度が準用されているが、実施に必要な人員・設備等の医療提供体制にかかるコストは現行の診療報酬ではカバーされない部分があるとの指摘もある。高度医療を担う専門医療機関が経営的に持続可能となるような制度設計が求められている。

##### 患者の経済的負担の地域差・制度的不合理

患者の経済的負担に関しても制度的課題が存在する。同一疾患の処方期間が県により異なる「ローカルルール」の存在が指摘されており、CML治療薬の処方期間について、一部の県では1ヶ月処方のみとされる一方、3ヶ月処方が可能な県もあり、最大で約3倍の医療費負担差が生じているとの報告がある。NPO法人キャンサーネットジャパンが2022年にCML患者を対象として実施したアンケート調査(n=138)においても、処方期間の都道府県間格差が患者から指摘されており、当事者視点からもこの問題の是正が求められている。

また、2026年8月以降に予定されている高額療養費制度の自己負担上限額の引き上げは、長期治療を継続する血液疾患患者に大きな影響を与える可能性がある。転職・退職時に保険者が変わる

と多数回該当がリセットされる問題、ジェネリック普及により高額療養費の対象外となりかえって支払いが増える逆転現象など、制度の構造的課題への対応も求められている。

## 提言内容

### 4-1-1. 地域連携・多職種連携等の連携体制の構築を支えるため、血液疾患の特性を踏まえた診療報酬上の評価を体系的に整備する

本提言書の柱1～3で示した各連携体制を実現するためには、それぞれの取り組みを経済的に持続可能とする制度設計が不可欠であり、以下の領域において診療報酬上の評価が体系的に整備されることが望ましい。

- 「血液疾患地域連携指導料(仮称)」(柱1関連)：専門医療機関と地域医療機関の連携(提言1-2)に対する評価
- 「在宅輸血管管理料(仮称)」(柱1関連)：在宅輸血管管理、地域での経口抗がん剤管理等(提言1-3)に対する評価
- 「血液疾患長期療養指導管理料(仮称)」(柱1関連)：多職種チーム医療、コーディネーター職の配置・運営、薬薬連携の情報共有(提言1-4)に対する評価
- 「患者報告アウトカム活用加算(仮称)」(柱2関連)：PRO活用、SDM実践を含む長期療養支援(提言2-1)に対する評価
- 「医療情報連携推進加算(仮称)」(柱3関連)：情報共有のIT化を推進するインセンティブ設計(提言3-1)

各領域の診療報酬の具体的な設計については、各柱の提言においてその方向性を示している。国(厚生労働省・中央社会保険医療協議会(中医協))においては、これらの提言を踏まえ、血液疾患の特性に即した体系的な報酬評価の検討が望まれる。

### 4-1-2. CAR-T療法等の高度医療について、医療機関が損失を被らない収益構造を実現する

CAR-T療法等の高度医療を担う医療機関が少なくとも損失を被らない制度設計を実現する。具体的には、DPC制度における高度医療の評価見直し、合併症発生時の追加コストへの対応、他院からの

紹介を積極的に受け入れるインセンティブの付与等が検討課題である。高度医療の集約化(提言1-1)を実効あるものとするためにも、集約化を担う施設の経営的持続可能性の確保は不可欠である。

### 4-1-3. 保険適用に関するローカルルールの実態を把握し、全国統一的な運用を推進する

社会保険診療報酬支払基金(支払基金)や国民健康保険団体連合会(国保連)といった審査支払機関などを中心に、診療報酬・保険適用に関する地域差(いわゆる「ローカルルール」)の実態を把握し、科学的根拠に基づいた統一的な運用の推進が望まれる。具体的には、レセプト分析や患者調査を実施することが望まれる。血液疾患の標準的モニタリング検査については、全国で同様の運用がなされることが期待される。オンライン診療の活用により全国統一的な運用を促進することも、患者負担軽減の有効な手段と考えられる。

### 4-1-4. 高額療養費制度の運用改善により、長期治療を継続する患者の経済的負担の安定性・公平性を確保する

2026年8月以降に予定されている自己負担上限額の引き上げが長期治療を継続する血液疾患患者に与える影響を注視するとともに、以下のような制度の構造的課題の検討が求められる。

- 転職・退職時のリセット問題(保険者変更に伴う多数回該当のリセット)
- ジェネリック普及による逆転現象(高額療養費の対象外となりかえって支払いが増加)
- 年間上限額の実効性(中間所得層で53万円と高く設定されている問題)

患者が安心して長期にわたる治療を継続できる環境の整備が望まれる。

### 4-1-5. 治療実態に即した規制の合理化を進め、外来治療の拡大と患者利便性の向上を図る

血液疾患の治療実態に即した規制の合理化を推進する。CMLにおける無治療寛解(TFR)のように新しい治療ゴールが生まれた

際に、それを支えるモニタリング検査等が迅速に評価される仕組みの整備が重要である。

また、外来治療の拡大に向けた制度的障壁の解消も課題である。例えば、中心静脈カテーテル留置での外来治療が許容されていない現状や、外来でのポンプ使用に対する加算がない状況により、ブリナツモマブ等の連続投与薬剤において不必要な入院が生じているとの指摘がある。

一部の薬剤管理においては、リスク・ベネフィット評価に基づかない過度な規制も指摘されている。科学的根拠に基づいた規制の見直しが期待される。

### 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省・ 中医協)	本提言書が示す連携体制を支える診療報酬の体系的検討(提言4-1-1)、高度医療のDPC評価見直し(提言4-1-2)、ローカルルールの実態把握・運用適正化の推進(提言4-1-3)、高額療養費制度の構造的課題の検討(提言4-1-4)、外来治療拡大に向けた規制合理化(提言4-1-5)	連携推進のインセンティブ創出、制度の公平性確保、高度医療の持続可能性確保
関連学会	各提言の実現に必要なエビデンスの提示、要望書の提出(提言4-1-1~5)	科学的根拠に基づく制度設計
患者団体	患者の声の集約・発信、高額療養費制度に関する実態調査への協力(提言4-1-3、4-1-4)	当事者視点の政策反映
支払基金・国保連	審査運用の適正化(提言4-1-3)	全国統一的な運用の実現

## 提言 4-2

### 臨床研究・治験基盤の強化とイノベーション・エコシステムの構築により、血液疾患領域の国際競争力を高める

#### 現状と課題

血液疾患領域は、再生医療やゲノム医療など医学のフロンティアに位置しており、CAR-T細胞療法、造血器腫瘍遺伝子パネル検査、iPS細胞治療等の革新的な治療・診断技術が相次いで登場している。しかし、これらのイノベーションを患者に届けるための研究開発基盤、データインフラ、規制・経済制度の各層に構造的な課題が存在しており、研究の持続可能性とイノベーションへの公平なアクセスの双方を同時に確保する包括的な取り組みが求められている。

#### 研究実施体制の脆弱性

血液疾患領域における臨床研究・治験体制には、人材面・制度面の双方で課題がある。臨床研究コーディネーター(CRC: Clinical Research Coordinator)、データマネージャー、生物統計家等の研究支援人材の不足は慢性的な問題であり、若手研究者・臨床医が研究と臨床を両立できるキャリアパスの整備も急務である。また、近年の利益相反(COI: Conflict of Interest)規制、プロモーション規制、広告規制等の強化により、かつて行われていた複数企業と医師との協働による長期エビデンス形成が困難になりつつあるとの指摘がある。適切なCOI管理を前提としつつ、産学連携による臨床研究を促進する仕組みが必要である。小規模製薬企業にとっては日本での開発をスタートできる体力(資金・人材)がなく、日本の製薬企業とのマッチングがうまくできないと開発が始まらないという課題も存在する。

#### データ基盤・レジストリの持続可能性の危機

造血幹細胞移植やCAR-T療法等の長期フォローアップに不可欠な患者レジストリの財政基盤についても、深刻な課題が指摘されている。国はCAR-T療法の長期フォローアップを実施施設に義務

付けているにもかかわらず、レジストリ運営への公的資金投入は極めて限定的である。

全国がん登録や学会登録等の個別のデータは存在するが、それらを連結して活用することが困難な状況にある。研究者が先行者利益を手放したくないという感情的要因と、倫理手続きの煩雑さ・コストが障壁となっている。

#### ドラッグラグ・ドラッグロスと経済的持続可能性

血液疾患は疾患数の分散と患者数の少なさにより、採算性が問題となっている。新薬が増加し競争が激化することにより商業的に成立しにくくなり、参入が困難となるケースがある。血液がんでは固形がんへの適応拡大が困難なケースが多く、適応範囲の狭さが投資回収の制約となっている。

新薬承認の時間差「ドラッグラグ」から、新薬がそもそも日本市場に導入されない「ドラッグロス」への移行が懸念されており、再生医療等製品の7割が日本では未承認であるとの指摘がある。CAR-T細胞療法等の再生医療等製品の製造が主に海外に依存している現状も、供給の安定性や国際競争力の観点から課題である。

そのほか、新薬開発が欧米主導で進み、開発および承認申請が企業主体で判断される現状では、日本に患者が集中する希少疾患に対する治療薬開発が進みにくい構造となっていることも注目に値する。

血液疾患領域ではコンパニオン診断や診断と治療の同時設計が進んでいる先駆的な領域の一つであるが、検査の開発・製造・運用にかかるコストと保険点数の間に乖離があり、検査提供の持続可能性に懸念が生じている。

#### 造血器腫瘍パネル検査の普及・運用上の課題

造血器腫瘍遺伝子パネル検査(血液がんパネル検査)は、個別化医療の高度化に資する重要な検査である。ヘルムサイト承認時の中医協提出資料(中央社会保険医療協議会 総会第604回, 令和7年2月19日)によると、造血器腫瘍患者を対象とした試験において、科学的根拠が示され臨床の有用性が高い遺伝子異常が、診断74%、予後予測41%、治療法選択12%の患者で確認されている。全体では臨床的に有用な遺伝子異常が約80%の患者で検出され、そのうち科学的根拠が示されている遺伝子異常は約75%の

患者において確認されている。また、検査の受付から検査結果報告までに要する時間(ターンアラウンドタイム、TAT: Turn Around Time)の短縮も進んでいる。

一方で、保険適用後1年時点で出検実績があるのは、がんゲノム中核拠点病院等のうち約150施設(約半数)にとどまっている。院内がん登録(2023年)において白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫等を1例以上登録している造血器腫瘍診療施設は約720施設あるが、厚生労働省「がんゲノム医療提供体制におけるがんゲノム医療中核拠点病院等一覧表」(令和8年2月1日時点)においてがんゲノム医療に対応しているのはその41%であり、さらにその半数のみが出検実績を有する。結果として、全体の約4分の1の施設でしか検査を提供できない状況にある。認知度は血液内科医の間で90%以上と高い一方、普及阻害の要因は施設要件の厳格さ、エキスパートパネル運用に伴う人的負担等、主に運用体制にある。

人材不足の構造はとりわけ深刻である。レポート解析を担う血液内科医、高度な資格要件が求められる遺伝カウンセリングを担う遺伝カウンセラー、出検前後の情報入力等を担う事務・コメディカル人材のいずれもが不足しており、予算不足により医師が事務作業を肩代わりしている実態がある。先行して導入された固形がんパネル検査の際には運営を支える人員確保のための公的予算措置が講じられたのに対し、血液がんパネル検査については同様の措置が行われておらず、医療機関が自前で人員を確保しなければならないとの指摘がある。診療報酬面でも、結果説明に対する加算は固形がんパネルと同一の評価にとどまっており、造血器領域では初発時点からの検査適用や長期追跡入力の継続など、固形がんとは異なる業務負荷が存在するにもかかわらず、その差異は評価に反映されていない。

制度面では、がんゲノム医療未対応病院から対応病院への検体のみの移送が認められておらず、患者自身が対応病院へ移動する必要がある。急性期の血液疾患患者にとっては移動が困難であり、検査機会を逸する事例も生じている。

また、がん診療連携拠点病院制度は5大がんを中心に設計されており、血液がんの診療実績が高い施設であっても、固形がんの診療実績が少ない場合は拠点指定を受けられず、結果としてゲノム診療施設の指定を受けられないという構造的問題が複数のヒアリングにおいて指摘されている。

さらに、造血器領域に特有の倫理的配慮も重要な課題である。ドナー選択と生殖細胞系列変異の関係等、固形がんとは異なる論点が存在しており、ゲノム医療法に基づく枠組みの中で造血器特有のガイドライン整備が必要とされている。

## 提言内容

### 4-2-1. 臨床研究コーディネーター(CRC)等の研究人材を育成し、研究支援スタッフを確保する

血液疾患領域の臨床研究・治験を持続的に推進するため、以下の取り組みが求められる。

- 若手研究者・臨床医のキャリアパス支援(研究と臨床の両立モデルの提示)
- 臨床研究コーディネーター(CRC: Clinical Research Coordinator)の養成・配置推進
- 研究支援スタッフ(データマネージャー、生物統計家等)の確保

### 4-2-2. 国際共同治験への早期参加を促進し、医師主導治験(特に希少疾患領域)を推進する

ドラッグラグの解消に向け、国際共同治験への日本の参加を早期段階(第I/II相)から促進する。また、後期開発段階(第III相)の治験を確実に実施できる体制の充実も重要である。ALアミロイドーシスやPOEMS症候群等の希少疾患については、医師主導治験やレジストリ研究を推進することが重要である。

治験の効率化(シングル治験審査委員会(IRB: Institutional Review Board)の導入検討、書類の簡素化、分散型臨床試験(DCT: Decentralized Clinical Trial)の推進)も併せて進める。適切なCOI管理を前提としつつ、産学連携による臨床研究を促進する仕組みの構築、小規模製薬企業の日本市場参入を支援するマッチング機能の強化等も検討課題である。

### 4-2-3. がん登録・レジストリの研究活用を促進するとともに、長期フォローアップに不可欠なレジストリの財政基盤を強化する

全国がん登録、院内がん登録、日本血液学会血液疾患症例登録、日本造血・免疫細胞療法学会のレジストリ等、既存のデータ収集制度の研究活用を促進する。データの連結利用を可能とする環境整備、倫理手続きの合理化等が求められる。

造血幹細胞移植やCAR-T療法の長期フォローアップに不可欠な患者レジストリについては、公的資金投入の拡充が喫緊の課題である。今後、iPS細胞治療をはじめとする再生医療全体の発展・信頼性確保の観点からも、レジストリの財政基盤強化は重要である。患者の研究参画(PPI)の推進や治験情報へのアクセス改善も、データ基盤の充実に資するものである(提言2-2参照)。

### 4-2-4. ドラッグロス問題に対応するとともに、造血器腫瘍パネル検査の運用体制を整備し、血液がんの特性を踏まえた拠点病院制度の見直しを推進する

イノベーションを適切に評価する薬価制度のあり方については、国際的な視点からの検討が求められる。また、再生医療等製品の特性を踏まえた市場拡大再算定ルールの見直しも重要な課題である。さらに、検査の開発・製造・運用にかかるコストを適切に反映した価格評価の仕組みの整備も求められる。

日本に患者が集中する希少難治性血液疾患については、研究開発初期段階から承認・実装に至るまでを一貫して支援する公的枠組みを強化することも検討が期待される。特に、患者数の少なさや薬価水準の制約等により民間主導では事業化が困難な領域に対しては、戦略的な研究費配分、官民連携スキームの拡充、ならびに条件付き早期承認制度等の活用を推進する。

造血器腫瘍パネル検査の普及に向けては、以下の取り組みを推進する。

- パネル検査の運営に必要な人員配置への公的予算措置の確保
- 施設要件の柔軟化および検体移送制度の見直しによるアクセス改善
- 造血器領域の業務負荷の特性(初発からの適用、長期追

跡入力等)を反映した診療報酬上の評価

- 造血器領域に特有の倫理的論点(ドナー選択と生殖細胞系列変異の関係等)に関するガイドライン整備と情報提供体制の充実

がん診療連携拠点病院制度については、血液がんの診療実績に基づく拠点指定基準の見直しを検討し、ゲノム診療施設へのアクセスを確保する。

### 4-2-5. CAR-T細胞療法等の再生医療等製品の国内製造拠点整備を推進し、安定供給と国際競争力を確保する

国内製造拠点の整備を、以下の観点から推進する。

- 患者への安定供給の確保: 海外製造への依存に伴う供給途絶リスクの低減
- 製造コストの削減: 国際輸送コストの低減、製造プロセスの効率化・自動化
- 国際競争力の強化: 医薬品開発製造受託機関(CDMO: Contract Development and Manufacturing Organization)の国内整備による再生医療産業全体の競争力強化
- 次世代治療への基盤整備: iPS細胞由来の細胞治療製品の実用化を見据えた、再生医療全体を支える産業基盤の構築

経済産業省による補助金等を活用した国内製造拠点の整備が進められており、こうした動きを加速させることが期待される。

## 期待されるアクション・効果(実施主体別)

実施主体	期待されるアクション	期待される効果
国(厚生労働省・ 文部科学省・ AMED)	研究費・人材育成支援(希少難治性血液疾患に対する研究開発初期から承認・実装までを一貫して支援する公的枠組みの構築を含む)、(提言4-2-1)、治験環境の整備、(提言4-2-2)、レジストリへの公的資金投入拡充(提言4-2-3)、パネル検査の人員配置への公的予算措置・施設要件の柔軟化・検体移送制度の見直し・拠点病院制度の見直し検討(提言4-2-4)、造血器特有の倫理的論点に関するガイドライン整備(提言4-2-4)	研究基盤の強化、国際競争力の向上、希少疾患に対する創薬促進、パネル検査へのアクセス改善
国(経済産業省)	CDMO整備支援、製造拠点への投資促進(提言4-2-5)	国内製造能力の強化、安定供給の実現
関連学会	キャリア支援プログラム、PPI推進の整備(提言4-2-1)、多施設共同研究の運営(提言4-2-2)、レジストリの運営・データ連結の推進(提言4-2-3)、エキスパートパネル運用の効率化(提言4-2-4)	持続可能な研究体制の構築
日本造血・ 免疫細胞療法学会	レジストリ運営、データ収集・分析基盤の整備(提言4-2-3)	長期フォローアップ体制の確立
患者団体	研究参画(PPIへの参画)、治験リテラシー向上活動(提言4-2-3→提言2-2参照)	当事者視点の研究への反映
産業界(製薬企業)	産学連携の推進、希少疾患領域における官民連携モデルの構築、早期開発段階からの日本参加、(提言4-2-2)、国内製造投資(提言4-2-5)、パネル検査の技術革新・ターンアラウンド短縮(提言4-2-4)、イノベーション評価に関する対話への参加(提言4-2-4)	新薬・新規診断技術の迅速な患者へのアクセス

# 3.

## 今後の展望

本提言書では、血液疾患領域が直面する構造的課題を四つの柱から分析し、計10の具体的な政策提言を提示した。本章では、これらの提言を実効性あるものとしていくための今後の方向性と、中長期的な展望を述べる。

### 「治す医療」から「ともに生きる医療」への転換を実装する

第1章で述べたとおり、分子標的薬をはじめとするイノベーションの進展により、多くの血液疾患は「長期にわたり付き合っていく疾患」へと性質を変えつつある。一方、CAR-T細胞療法に代表される革新的治療は、一部の疾患において治癒そのものを現実的な目標とする段階に達しており、血液疾患医療は慢性疾患管理と治癒

志向の両面で大きな転換期を迎えている。この変化は、急性期治療の成功を前提としつつ、患者が疾患とともに自分らしく生きることがを支える医療エコシステムの構築を求めている。本提言が目指すのは、この「ともに生きる医療」への転換を具体的な制度・体制として実装することにほかならない。

### 短期的な優先課題

### 連携モデルの構築と制度的基盤の整備

提言の実現に向けて、まず優先的に取り組むべきは、専門医療機関と地域医療機関の連携モデルの構築である(提言1-1、1-2)。固形がん領域で先行する地域連携クリティカルパスの知見を参照しつつ、血液疾患の特性——長期にわたる化学療法サイクル、寛解と経過観察の繰り返し、急変リスクの存在——に適した連携の仕組みを整備する必要がある。「Community Hematologist(地域血液専門医)」という新たな役割の確立とともに、在宅輸血・在

宅化学療法の制度的環境整備(提言1-3)を進めることが、患者のアクセス改善と専門医療機関の負担軽減を同時に実現する鍵となる。

あわせて、患者が十分な情報に基づいて治療を選択できる環境の整備(提言2-1)や、造血器腫瘍遺伝子パネル検査の運用体制の確立(提言4-2)など、制度的基盤の整備を並行して進めることが重要である。

### 中期的な展望

### 医療DXによる連携の高度化とデータ駆動型医療の実現

中期的には、医療DXの進展が提言全体の実効性を大きく左右する。電子カルテ情報共有サービスや全国医療情報プラットフォームの整備が進む中、血液疾患領域においても、専門医療機関と地域医療機関の間で検査データや治療経過をリアルタイムに共有する仕組みの構築が現実味を帯びてきている(提言3-1)。患者自身が治療経過を把握し、ePROを通じて医療者と双方向的に情報を共有する仕組み(提言3-2)は、Shared Decision Making(SDM)

の質を高め、患者中心の医療を技術的に裏付けるものとなる。さらに、レジストリデータの充実とリアルワールドデータの活用は、治療の最適化や新薬開発の加速に寄与するとともに、血液疾患領域の政策立案に不可欠なエビデンス基盤を提供する。本提言で示したデータインフラの整備(提言4-2)が実現すれば、日本発のエビデンスに基づく個別化医療のさらなる高度化が期待できる。

## 長期的な展望

### 2040年問題への備えとライフサイクルアプローチの深化

将来推計が示すように、血液がん患者数は2040年に向けて罹患数・有病数ともに大幅な増加が見込まれている。特に65歳以上の高齢患者の急増と、40歳未満の若年患者の減少という構造的変化は、医療ニーズの質的な転換をもたらす。高齢者に多い骨髄異形成症候群をはじめとする疾患のニーズ増大、多疾患併存やフレイルを考慮した包括的ケアの必要性、AYA世代患者の妊孕性温存や就学・就労支援など、年齢層ごとに異なる課題に対応する

ライフサイクルアプローチ(提言1-4、2-1、2-2)の深化が求められる。

生産年齢人口が急減する中で増大する医療需要に対応するためには、本提言で示した多職種協働体制の推進(提言1-4)と医療DXによる業務効率化(提言3-1、3-2)を車の両輪として、限られた医療人材の最適配置を実現することが不可欠である。

## マルチステークホルダーの協働と継続的な政策対話

本提言で掲げた10の提言は、いずれも単一の主体では実現し得ない。行政(厚生労働省、経済産業省、文部科学省等)、学会・医療者団体、医療機関、患者団体、産業界が、それぞれの強みを活かしながら協働することが不可欠である。本プロジェクトの第1フェーズ(2024年度)および第2フェーズ(2025年度)を通じて構築されたマルチステークホルダーの対話の枠組みは、提言の実装段階においても重要な役割を果たすものと考えられる。

今後は、各提言の進捗を定期的にモニタリングし、成果と課題を検証しながら政策提言を更新していく継続的なサイクルの確立が望まれる。また、本提言書で取り上げることのできなかった論点(例えば、血液疾患対策における都道府県計画への反映、円滑な移行期支援のための環境整備、災害時の血液疾患患者への対応、国際的な人材交流・研究連携のあり方等)についても、今後の検討課題として引き続き議論を深めていくことが必要である。

## おわりに

血液疾患医療は、先人たちの努力によって治療成績において世界有数の水準を達成してきた。本提言書は、その成果を土台として、すべての血液疾患患者が住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らし続けることのできる社会の実現を目指すものである。本提言が、血液疾患対策のさらなる推進に向けた建設的な議論

の出発点となり、関係者の協働を通じて、患者・当事者を中心とした持続可能な医療エコシステムの実現に寄与することを切に期待する。

# 4.

## 参考文献

### 学術文献

安達昌子, 塚田唯子, 近藤咲子, 朝倉敬子, 松木絵里, 川越正平, 橋口さおり, 野中博, 武田純三, 岡本真一郎. (2014). 血液疾患患者の在宅医療についてのアンケート調査. *臨床血液*, 55 (11), 2262–2270. <https://doi.org/10.11406/rinketsu.55.2262> (アクセス日:2026年2月1日)

El-Jawahri, A., LeBlanc, T. W., Kavanaugh, A., Webb, J. A., Jackson, V. A., Campbell, T. C., O'Connor, N., Luger, S. M., Gafford, E., Gustin, J., Bhatnagar, B., Walker, A. R., Fathi, A. T., Brunner, A. M., Hobbs, G. S., Nicholson, S., Davis, D., Addis, H., Vaughn, D., & Temel, J. S. (2021). Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: A randomized clinical trial. *JAMA Oncology*, 7 (2), 238–245. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.6343> (アクセス日:2026年2月1日)

金本美代子. (2023). 我が国における造血細胞移植コーディネーター(HCTC: Hematopoietic Cell Transplant Coordinator)の誕生とさらなる飛躍—その発展と課題—. *日本輸血細胞治療学会誌*, 69 (5), 巻末21.

香西康司, & 本村小百合. (2025). 在宅輸血のいろは—現状と課題をおさえる 3. それぞれの立場からみた在宅輸血の現状と課題 4) 連携医療機関の立場から(1) 多摩地域での現状と課題. *Medical Technology*, 53 (10), 1007–1009.

松本武浩. (2022). 具体的な地域医療活動 地域医療と情報通信技術(Information and Communication Technology: ICT). *日本内科学会雑誌*, 111 (4), 795–799. <https://doi.org/10.2169/naika.111.795> (アクセス日:2026年2月1日)

Narimatsu, H., Sakaguchi, M., Nakamura, S., & Katayama, K. (2020). Future patient incidence in hemato-oncology: A study using data from cancer registries in Japan. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2407–2414. <https://doi.org/10.2147/RMHPS277207> (アクセス日:2026年2月1日)

Nguyen, P. T., Hori, M., Matsuda, T., & Katanoda, K. (2023). Cancer prevalence projections in Japan and decomposition analysis of changes in cancer burden, 2020–2050: A statistical modeling study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 32 (12), 1756–1770. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-23-0754> (アクセス日:2026年2月1日)

Lang, F., Pemberton-Whiteley, Z., Clements, J., Ruiz, C., Rea, D., Machado, L., Takahashi, N., Moon, S.-H., Grigg, A., Borowczak, C., Schuld, P., Frank, P., Constantinescu, C., Boquimpani, C., & Cortes, J. E. (2025). Improving chronic myeloid leukemia management and quality of life: patient and physician survey on unmet needs from the CML SUN survey. *Haematologica*. Advance online publication. <https://doi.org/10.3324/haematol.2025.287772> (アクセス日:2026年2月1日)

Hillis, C., Flynn, K. E., Goldman, E. H., Moreira-Lucas, T. S., Visentini, J., Dorman, S., Ballinger, R., Byrnes, H. F., De Palma, A., Barbier, V., Machado, L., & Atallah, E. (2023). A survey of patient experience in CML: American and Canadian perspectives. *Patient Preference and Adherence*, 17, 331–347. <https://doi.org/10.2147/PPA.S394332> (アクセス日:2026年2月1日)

西出優子, 村田和夫, & 小松恒彦. (2012). 電子カルテ Data Warehouse から抽出したデータと「Google Earth」および「Batch Geo」を用いた血液がん患者分布の可視化と運送に関わる費用の推計. *医療情報学*, 32 (3), 139–143. <https://doi.org/10.14948/jami.32.139> (アクセス日:2026年2月1日)

沖田正樹. (2022). 造血細胞移植コーディネーターの役割と今後の課題. 京都市立病院紀要,42, 79-83.  
<http://hdl.handle.net/11665/2973> (アクセス日:2026年2月1日)

寺田和樹, 植木英亮, 小泉奈美, 土持太郎, 宮嶋暁世, 木川崇, 高橋聡子, 櫻井彩子, 野口靖, 五十嵐俊次, & 角南勝介. (2017). 当院で経験した小児急性リンパ性白血病患者における外来通院状況の検討. 日本小児血液・がん学会雑誌,54 (1), 11-14.  
<https://doi.org/10.11412/jspho.54.11> (アクセス日:2026年2月1日)

## 政府・行政資料

厚生労働省. (2024). 令和4(2022)年度 国民医療費の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/22/index.html> (アクセス日:2026年2月1日)

厚生労働省. (2025). 令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/index.html> (アクセス日:2026年2月1日)

厚生労働省. (2025). 新たな地域医療構想に関するとりまとめ. [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_47465.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html) (アクセス日:2026年2月1日)

厚生労働省. (2025). 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.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_60675.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_60675.html) (アクセス日:2026年2月1日)

厚生労働省. (2026). がんゲノム医療提供体制におけるがんゲノム医療中核拠点病院等一覧表(令和8年2月1日時点).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryohi/kenkou/gan/gan\\_byoin.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohi/kenkou/gan/gan_byoin.html) (アクセス日:2026年2月1日)

厚生労働省. (2024). 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225327.pdf> (アクセス日:2026年2月1日)

中央社会保険医療協議会. (2025). 中央社会保険医療協議会 総会(第604回)(令和7年2月19日). 厚生労働省. [造血器腫瘍遺伝子パネル検査(ヘルムサイト)に係る臨床的有用性に関する資料] [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_51409.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_51409.html) (アクセス日:2026年2月1日)

総務省統計局. (2023). 人口推計(2023年10月1日現在). <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/> (アクセス日:2026年2月1日)

## 団体・組織資料

健康保険組合連合会. (2025). 令和4年度 新生物(悪性及び良性・その他の新生物)の受診状況及び医療費に関する調査.  
[https://www.kenporen.com/toukei\\_data/pdf/chosa\\_r06\\_03\\_04.pdf](https://www.kenporen.com/toukei_data/pdf/chosa_r06_03_04.pdf) (アクセス日:2026年2月1日)

一般社団法人日本血液学会. (2023). 血液専門医検索 (2023年10月1日現在). <https://www.jshem.or.jp/> (アクセス日:2026年2月1日)

NPO法人キャンサーネットジャパン. (2022). CML患者を対象としたアンケート調査 (n=138).  
[https://www.cancernet.jp/wp-content/uploads/2022/04/enquete\\_CML-patients.pdf](https://www.cancernet.jp/wp-content/uploads/2022/04/enquete_CML-patients.pdf) (アクセス日:2026年2月1日)

日本医療政策機構. (2025). 論点整理:血液疾患対策の推進に向けた現状の課題と展望.  
<https://hgpi.org/research/bd-20250611.html> (アクセス日:2026年2月1日)

日本輸血・細胞治療学会. (2017). 在宅赤血球輸血ガイド. <https://yuketsu.jstmct.or.jp/guidelines/> (アクセス日:2026年2月1日)

国立がん研究センターがん情報サービス. (2023). 院内がん登録 全国集計 (2023年データ). <https://ganjoho.jp/> (アクセス日:2026年2月1日)

# 5. 謝辞

本政策提言の作成にあたっては、以下のアドバイザリーボードメンバーおよび有識者から、ヒアリングを実施しました。深く御礼申し上げます。なお、本政策提言は、ヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、アドバイザリーボードメンバーなどの関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものでは一切ありません。

## 「血液疾患プロジェクト」アドバイザリーボード（敬称略・五十音順）

新井 文子

聖マリアンナ医科大学 医学部 血液・腫瘍内科 主任教授

大橋 晃太

トータス往診クリニック 院長／NPO血液在宅ねっと 理事長

小林 竜太郎

慢性骨髄性白血病患者・家族の会「いずみの会」代表

高折 晃史

京都大学医学部附属病院 病院長／日本血液学会 理事長

高久 智生

埼玉医科大学 医学部血液内科 教授

橋本 明子

特定非営利活動法人 血液情報広場つばさ 理事長

張家 銘

ノバルティス ファーマ株式会社 執行役員兼血液腫瘍領域事業部長

武藤 真祐

医療法人社団 鉄祐会 理事長

山口 正和

公益財団法人 がん研究会 有明病院 薬剤部 薬剤部長

渡邊 健

ハレノテラスすこやか内科クリニック 院長

Lisa Machado

Canadian CML Network 創設者

## ヒアリングご協力者（敬称略・五十音順）

伊豆津 宏二

国立がん研究センター中央病院 血液腫瘍科長

太田 健介

医療法人 LIGARE 血液内科太田クリニック・心斎橋 理事長

河田 純一

東京大学医科学研究所 公共政策研究分野 特任研究員／慢性骨髄性白血病患者・家族の会「いずみの会」副代表

神田 善伸

自治医科大学 内科学講座血液学部門 教授

桑 哲雄

静岡県立静岡がんセンター 薬剤部

小林 孝一郎

参議院議員

豊嶋 崇徳

北海道大学大学院医学研究院 血液内科学教室 教授／日本造血・免疫細胞療法学会 理事長  
／日本輸血・細胞治療学会 副理事長

成松 宏人

神奈川県立がんセンター 臨床研究所 がん予防・情報学部 部長  
／神奈川県立保健福祉大学 ヘルスイノベーション研究科 教授

宮下 直洋

HOME CARE CLINIC N-CONCEPT 院長

## ヒアリングご協力団体・企業（順不同）

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課

ノバルティス ファーマ株式会社

株式会社インテグリティ・ヘルスケア

アステラス製薬株式会社

大塚製薬株式会社

Meiji Seika ファルマ株式会社

## 日本医療政策機構 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。



## 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、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してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健全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ています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

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を続けていきます。

## 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>

## 執筆協力者

**渡邊 亮** 神奈川県立保健福祉大学  
ヘルスイノベーション研究科 教授

## 執筆者

**渡部 大地** 日本医療政策機構 シニアアソシエイト  
**ヒーリングス セリナ** 日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト  
**乗竹 亮治** 日本医療政策機構 代表理事・事務局長



**HGPI** Health and Global  
Policy Institute

特定非営利活動法人 日本医療政策機構 <https://hgpi.org/>  
〒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 03-4241-5020 FAX 03-6859-9291 E-MAIL [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)

