

第一期がんファイナンス対策推進基本計画
(Financial Toxicity ゼロ計画 2026-2030)



令和8年2月22日制定

日本対がんファイナンス・プランナーズ協会

(Japan Association For Cancer Financial Planners)

代表理事：川原拓人

専務理事：浅水勇須佳

常務理事：上條範昭

常務理事：雨宮蓮太

常務理事兼監事：樋口貴士

事務局長兼会計長：中村悠希

記

序文

日本対がんファイナンス・プランナーズ協会（以下「JCFP」）は、本計画を「第一期がんファイナンス推進基本計画（2026-2030）」として策定する。本計画は、がんを巡る社会環境の変化、医療技術の高度化、就労構造の変容、および国が示す第4期がん対策推進基本計画の方向性を踏まえ、がんと経済・生活の接点に存在する課題を体系的に解決するための中期行動計画である。

がんは、医療の問題であると同時に、生活、就労、家族関係、将来設計に深く関わる社会的課題である。医療の進歩により治療の選択肢は拡大しているが、その一方で、経済的不安、就労への影響、制度の複雑さ、情報の過多と不確実性が、患者および家族の意思決定を困難にしている。JCFPは、この領域において、医療行為を行わない立場から、がんと向き合うすべての人の生活と選択を支える専門的基盤を構築することを使命とする。本計画は、その具体的実装の第一歩である。

1 計画策定の背景

我が国では、がん対策基本法の制定以降、予防、医療体制の整備、共生社会の構築が進められてきた。第4期がん対策推進基本計画は、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」、「これからは支える新しい技術」の四本柱を掲げ、「誰一人取り残さないがん対策」を目指している。しかしながら、現場においては、制度と制度の間、医療と生活の間、企業と地域の間には支援の空白領域が存在する。特に、検診を受けるかどうかの段階、治療選択に直面した段階、休職・復職を検討する段階、高度な医療技術に関する判断を迫られる段階において、医療行為とは異なる専門性が求められている。JCFPは、この空白領域を埋める専門職としてCancer FP®を育成し、社会実装を推進してきた。本計画は、その取り組みを理念から制度へ、個別支援から再現可能なモデルへと発展させるものである。

2 基本理念（Mission・Vision・Valuesとの接続）

2.1 Mission

「Financial Toxicityから、すべての人を解放する」

がんと向き合う人々が直面する経済的負担は、治療の継続、生活の安定、将来設計に深刻な影響を及ぼす。この現象は「Financial Toxicity（経済毒性）」と呼ばれる。JCFPは、がんと向き合うすべての人を、経済的理由によって選択肢を失う状態から解放することをMissionとする。本計画は、そのMissionを実装するための中期計画である。

2.2 Vision

「がんと金融の専門家ネットワークを社会基盤へ」

JCFPは、がんと金融・生活設計の両面に通じた専門家ネットワークを拡大し、地域、企業、医療機関、自治体と連携することで、がんと共に生きる社会を支える新しい支援モデルを構築することをVisionとする。本計画期間中においては、Cancer FP®の体系的育成、職域および地域での制度実装、ガバナンスと倫理基盤の確立を通じて、持続可能な社会インフラとしての基盤形成を目指す。

2.3 Values

JCFP の活動は、患者・家族中心、科学と倫理、先手の備え、共創とネットワーク、持続可能な成長、イノベーションと挑戦という一連の Values に基づいて展開される。これらは、がんと向き合う人々の生活と選択を支えるうえでの判断軸であり、JCFP のすべての事業・連携・意思決定の基盤を成すものである。本計画においては、これらの Values を理念として掲げるにとどめず、具体的な運用規程および評価基準へと落とし込むことを重視する。そのため、倫理と透明性を制度として整備し、技術進歩を無批判に受け入れることなく、その影響と限界を見極めながら活用する姿勢を徹底する。また、支援を情報提供に終わらせるのではなく、行動と評価を伴う実践へと転換し、個人や組織間の連携を属人的な関係に依存させず、持続可能な仕組みとして構築することを基本姿勢とする。

3 Financial Toxicity の定義と本計画における位置づけ

3.1 Financial Toxicity の概念定義

Financial Toxicity（経済毒性）とは、がんの診断および治療に伴って生じる医療費等の直接負担に加え、就労制限・収入減少・家計構造の変化・制度対応の複雑性・将来見通しの不確実性が相互に作用することによって生じる、経済的・心理的・社会的負担の総体を指す。ここでいう負担は、単なる支出増加や可処分所得の減少にとどまらず、当事者および家族が意思決定を行う際の現実的な制約として現れ、結果として「選択肢の縮小」や「治療・生活上の判断回避」を引き起こし得る点に本質がある。本計画において JCFP は、Financial Toxicity を医療の副作用に類する「生活上の副作用」として捉える。すなわち、医療の質や治療選択肢が拡大するほど、生活側における情報処理負担、手続負担、就労・家計の調整負担が増幅し、当事者の意思決定を阻害するリスクが高まるという構造的課題として位置づける。

3.2 境界（医療の外側で扱うべき領域の明確化）

Financial Toxicity は医療費の問題であると同時に、生活基盤と意思決定の問題である。JCFP および Cancer FP®は、治療内容の推奨や医学的判断を行わない一方で、医療の外側に位置する「生活・制度・就労・家計・情報」の領域において、当事者が医療機関での説明や判断に向き合う前提条件を整える支援を担う。したがって本計画が対象とする Financial Toxicity は、医療行為の代替ではなく、医療が最大限に機能するために必要な生活側の条件整備としての介入可能領域に限定される。これは、医療と生活の分断によって生じる支援の空白を埋め、当事者が「治療を受けるか」以前に「生活が崩れる」ことを防ぐための社会的実装課題である。

3.3 構造定義

Financial Toxicity は単一の現象ではなく、少なくとも以下の四つの要素から構成され、相互に連鎖しながら深刻化する。

(1) 直接的経済負担

医療費自己負担、先進医療・自由診療等の支出、通院交通費、家族の付き添い・宿泊等の付随費用など、家計から直接流出する負担。

(2) 間接的経済影響（就労・収入）

休職・時短・配置転換・離職等に伴う収入減少、キャリア毀損、就労継続に必要な調整コストなど、所得側に生じる負担。

(3) 生活基盤への波及（家計構造）

住宅費、教育費、介護負担、家族の役割変化等への影響を通じて、家計の固定費構造や生活維持能力が揺らぐことによる負担。

(4) 心理的・意思決定負担（不確実性）

「どれだけかかるか分からない」「仕事はどうなるか分からない」といった不確実性が意思決定を阻害し、判断回避や先送りを生むことによる負担。これは結果として支援接続の遅れや、手続未実施、精検離脱、治療中断等を招き得る。

JCFP は、Financial Toxicity をこれらの構成要素の合計としてではなく、連鎖構造として把握する。すなわち、直接負担が就労不安を増幅し、就労不安が制度利用の遅れを生み、制度利用の遅れが家計崩壊リスクを高め、最終的に意思決定の停止を招く、といった「悪循環」を断ち切ることが支援設計の中心となる。

3.4 本計画における操作的定義（評価可能性の確保）

本計画は、Financial Toxicity を「理念」ではなく「運用対象」として扱うため、以下の観点から把握・評価する。

- 状態（アウトカム）：生活・就労・家計の安定性、経済的不安の程度、意思決定の停滞の有無
- 過程（プロセス）：制度接続の有無、申請・調整の進捗、精検・受療への離脱の有無
- 支援の到達（アウトプット）：面談到達率、フォロー移行率、行動計画（ToDo）明確化率 等

これにより、「何を実施したか」ではなく、「負担が軽減され、意思決定が可能になったか」という実効性の観点から施策を検証できる構造を確保する。

3.5 四本柱との接続

本計画の四分野（予防・医療・共生・新技術）は、いずれも Financial Toxicity の予防・軽減を目的として設計されており、分野横断の共通設計軸として機能する。

- がん予防：検診から精検までの離脱を防ぎ、早期対応により重度の経済負担の発生確率を低減する。
- がん医療：Economic Informed Consent (EIC) により、費用・就労・制度の見通しを整理し、意思決定負担を軽減する。
- がんとの共生：就労継続・復職・定着を制度化し、生活基盤の毀損を抑制する。

- 新技術：技術選択に伴う理解格差・情報格差・費用負担・家族影響を整理し、誤解や不安の増幅を抑える。

すなわち Financial Toxicity は、各分野の成果を統合的に評価するための共通言語であり、本計画全体の整合性を担保する中心概念である。

3.6 第一期計画における重点（2026–2030 の射程）

第一期計画（2026–2030）では、Financial Toxicity の「測定」そのものを先行目的とするのではなく、①構造的把握の枠組み、②支援接続の導線、③運用ルールとガバナンス、④KPI に基づく改善サイクルを確立することを優先する。そのうえで、計画後半において指標体系および評価手法の高度化を検討し、第二期計画へと接続する。

4 本計画の位置づけ

本計画は、国のがん対策と競合するものではなく、それを補完し、社会の現場で機能させるための実装計画である。JCFP は、医療を担う組織ではない。しかし、医療が最大限に機能するための生活基盤を整える専門組織である。第一期計画（2026–2030）は、その役割を明確化し、制度として定着させるための初期段階である。

5 基本原則

本章は、「第 1 期がんファイナンス対策推進計画」に基づき実施されるすべての施策に共通して適用される、基本的な考え方および運用原則を定めるものである。本計画に基づくすべての事業、連携、支援活動は、以下の原則を遵守して実施される。

5.1 役割の境界（医療行為と非医療支援の明確化）

日本対がんファイナンシャル・プランナーズ協会（以下「JCFP」という）および JCFP が認定・育成する Cancer FP[®]は、医療行為を行わない立場を明確にする。具体的には、疾病の診断または診断に準ずる判断、治療内容・治療方法・投薬等に関する提示や推奨、選択の勧奨、ならびに医学的見地に

基づく治療効果や予後に関する判断または断定を行わないものとする。これらは、医師その他の医療従事者が担うべき専門的な医療行為であり、JCFP および Cancer FP®はその領域を侵すことはない。

一方で、JCFP および Cancer FP®は、国のがん対策に関する基本的な方針および第4期がん対策推進基本計画の趣旨に沿い、医療の外側に位置する領域において専門的な支援を行う。具体的には、がん検診や受診に関する行動を支援し、受診に向けた環境を整理するとともに、治療と仕事の両立、就労の継続や復職に関する支援を行う。また、社会保障制度、企業制度、保険制度等についての理解を促し、それらを適切に活用するための支援を提供するほか、医療費、生活費、収入の変動を含めた家計全体を整理し、将来に向けた見通しを示す。さらに、複数の選択肢が存在する状況においては、非医療領域における意思決定支援を通じて、当事者が納得して選択できる環境を整えることを役割とする。

これらの支援は、医療行為を代替または補完するものではなく、患者および家族が医療機関において適切な医療を受けるための前提条件を整える非医療的支援として位置づけられる。JCFP および Cancer FP®は、医療的判断が必要であると認められる場合には、速やかに医療機関、相談支援センター、主治医等の適切な医療資源へ接続し、医療と生活の円滑な連携を担う橋渡し役としての役割を果たす。

5.2 倫理・透明性（Values の運用）

JCFP は、本計画に基づくすべての活動において、協会が定める Values である「患者・家族中心」「科学と倫理」の原則を、理念にとどめず、具体的な運用規程として実装する。そのため、JCFP および Cancer FP®が関与するすべての連携（企業、医療機関、医療保険者、自治体、検査・テクノロジー事業者、教育機関等を含む）において、以下の事項を必ず明確化・標準化する。

■ 目的の明確化

当該支援および連携については、何のために実施されるのかという目的を明確にするとともに、患者および家族にとってどのような具体的利益がもたらされるのかを事前に整理するものとする。あわせて、その支援や連携が営利目的によるものか、研究目的によるものか、あるいは社会実装を目的とした取組であるのかといった位置づけを明確にし、当事者本人に対して十分に説明できる状態を常に確保する。

5.3 利益相反（COI）の管理

JCFP、Cancer FP[®]、および連携先が有する経済的または組織的な関係性については、紹介、提携、報酬、委託等の有無を含めて必要に応じて適切に開示するものとする。これにより、支援や連携の背景が不透明となることを防ぎ、常に患者および家族の利益が最優先される構造が維持されるよう配慮する。

5.3.1 個人情報の適正な取扱い

情報の取得にあたっては、本人の明確な同意を前提とし、その利用目的および情報を共有する範囲をあらかじめ特定・明示するものとする。あわせて、情報の保管方法および保管期間を定め、利用目的を終えた情報については適切な方法により速やかに廃棄する。これら一連の取扱いを標準化し、個人情報保護法その他の関係法令を遵守するとともに、JCFP が別途定める倫理・透明性に関する規程およびガイドラインに基づいて運用することで、本計画の実施における信頼性と社会的正当性の基盤とする。

5.4 段階別運用

本計画の実効性を確保するため、JCFP は Cancer FP[®]資格体系を単なる知識区分ではなく、実務上の役割・責任範囲を明確にした段階的運用体系として

位置づける。第一期計画期間中（2026年3月～2030年3月）においては、以下の三段階を実務要件として確定させ、施策運用に反映する。

5.4.1 BCFP（基礎レベル）

BCFPは、がんファイナンス支援の入口を担う人材として、がん予防、検診、治療に伴って生じる生活上の不安を丁寧に受け止める役割を担う。あわせて、受診や相談、制度利用といった行動に踏み出すための第一歩を支援し、一次相談を通じて当事者が抱える課題を整理する。そのうえで、医療機関、各種専門職、または上位資格者による支援が適切と判断される場合には、速やかかつ確実に接続を行う。BCFPは自ら課題を解決することを目的とするのではなく、必要な支援につなぐこと自体を重要な専門的役割として位置づける。

5.4.2 ACFP（応用・実務レベル）

ACFPは、複数の制度や選択肢を横断的に統合し、それらを具体的な行動計画へと落とし込む役割を担う。社会保障制度、企業制度、保険制度等について適切な活用設計を行い、家計および就労を含めた中期的な生活計画を策定する。あわせて、Economic Informed Consent（経済的意思決定支援）を実施し、当事者が置かれた状況や不確実性を整理したうえで判断できる環境を整えるとともに、企業や職域における施策の実装に向けた支援および助言を行う。ACFPは、個別の支援を助言にとどめることなく、実行可能な計画へと変換する専門職として位置づけられる。

5.4.3 ECFP（上級・統合レベル）

ECFPは、複雑性の高い事案への対応および制度設計を担う中核的な人材として位置づけられる。高額な医療費を伴うケースや、複雑な家計構造、家族や介護の問題を含む複合的な課題に対応するとともに、自治体や企業における制度設計およびその実装を支援する。また、多職種・多

機関が関与する支援において、連携の設計および調整を担い、あわせて倫理、個人情報、利益相反等に関するガバナンスについて現場での責任を負う。ECFP は、JCFP の Values を現場において体現し、本計画全体の品質と信頼性を支える存在として位置づけられる。

第一章：法令・公的政策との整合、および国際動向を踏まえた位置づけ

1. 国内法令・公的政策との整合（日本）

本計画は、国のがん対策およびゲノム医療推進に関する法令・基本計画の方向性と整合し、医療提供体制を代替するものではなく、医療の外側に存在する「生活・就労・制度・意思決定環境」を整備することによって、患者・家族が適切な医療と社会生活を両立できる条件を補完的に整えるものである。

1.1. 改正がん対策基本法と「事業主の責務」の明確化

がん対策基本法の改正により、事業主は、がん患者の雇用の継続等に配慮するよう努めるとともに、国および地方公共団体のがん対策に協力するよう努める旨が「事業主の責務」として位置づけられている。本計画は、職域におけるがん対策を単発の福利厚生施策としてではなく、検診・精検・治療期の就労調整・休職から復職・定着に至るまでを一体として運用する枠組みとして設計し、事業主が求められる配慮と協力を、実務上“回る仕組み”として実装することを支援する。

1.2. ゲノム医療推進法および基本計画との整合（がんゲノム医療を含む）

2023年に公布・施行されたゲノム医療推進法（通称）は、国民が良質かつ適切なゲノム医療を安心して受けられるよう、施策を総合的・計画的に推進する枠組みを定めている。また、同法に基づく「ゲノム医療施策に関する基本的な計画」が2025年11月21日に閣議決定され、政府としての基本方針と実施施策が整理されている。ゲノム医療、とりわけがんゲノム医療は、個人のみならず家族・血縁者への影響、情報の不確実性、費用と時間軸、同意・記録、差別・偏見、保険・雇用など、多層の論点を伴う。本計画は、医療判断の領域に踏み込まず、生活側の整理と意思決定環境の整備（説明理解の前提条件、同意の考え方、家族影響の整理、

COI と情報源の透明性、費用見通し等) を制度化することで、国のゲノム医療推進の方向性と整合的に、社会実装上のリスクを低減する。

1.3. 個人情報保護・差別防止・倫理の観点

ゲノム情報（遺伝情報）および健康情報は、本人の権利利益に直結し得る高度な情報である。厚生労働省の整理においても、ゲノム医療の推進にあたり、個人情報保護、生命倫理、不当な差別への対応等を含む関係施策が体系的に示されている。本計画は、同意取得・記録、個人情報の管理・共有・保管・廃棄、利益相反（COI）の把握と開示を、JCFP の Values（「患者・家族中心」「科学と倫理」）に基づく運用規程として位置づけ、誰が関与しても一定水準の透明性と信頼性が担保されるガバナンスを整備する。

2. 国際動向との比較（米国・英国・EU/ユーロ圏・フランス等）

ゲノム医療および精密医療は、先進国を中心に、国家戦略・医療提供体制・データガバナンス・差別防止の制度が相互に補強し合う形で進展している。本計画は、国内法令・基本計画に整合しつつ、国際潮流で共通して重視される「データと倫理」「差別防止」「国民の信頼」を、実装上の要件として内蔵する。

2.1. 米国：Precision Medicine Initiative（PMI）／All of Us／GINA

米国では 2015 年に PMI が公表され、精密医療を国家的研究努力として推進する方針が示された。その後、NIH 主導の大規模コホートである All of Us Research Program が、精密医療の研究基盤として位置づけられている。また、遺伝情報に関する差別を抑止する枠組みとして、GINA（2008 年）は、遺伝情報に基づく雇用差別の禁止や、健康保険分野における遺伝情報の取扱いを規律する構造を持つ。示唆として、米国型は「研究・データ基盤の大規模化」と「遺伝情報差別への法的対応」を両輪として発展してきた点に特徴がある。

2.2. 英国：NHS を軸にしたゲノム医療の社会実装＋保険に関する協定

英国では、NHS の患者 (希少疾患・がん等) を対象とした 100,000 Genomes Project が、ゲノム医療の基盤形成に寄与したことが明示されている。さらに、遺伝学的検査結果と保険引受の関係について、政府と保険業界 (ABI) 間の「遺伝子検査と保険に関するコード (Code on Genetic Testing and Insurance)」のように、社会的受容性と利用者保護の観点から一定のルールを設けている。示唆として、英国型は「公的医療の中での実装 (NHS)」と「保険等の周辺領域における信頼確保 (コード化)」がセットで進む点に特徴がある。

2.3. EU/ユーロ圏：GDPR による遺伝データ保護+がん計画+EHDS

EU では GDPR により、遺伝データ・健康データが「センシティブデータ」として整理され、取扱いに高い保護が求められる。また、Europe's Beating Cancer Plan (2021) は、がん対策を予防からサバイバーシップまで包括しつつ、デジタル・AI・ゲノミクス・個別化医療の人材育成等にも言及している。加えて、European Health Data Space (EHDS) は、個人の電子健康データへのアクセス・コントロールの強化と、研究・イノベーション等の二次利用の枠組みを規律する制度として 2025 年の規則により整備が進む。示唆として、EU 型は「権利保護 (GDPR)」と「データ利活用の制度化 (EHDS)」を同時に進めることで、信頼と革新の両立を志向している点に特徴がある。

2.4. フランス：国家計画としてのゲノム医療産業・医療基盤形成フランスで

「Médecine France Génomique 2025 (PFMG2025)」が国家的取組として位置づけられ、希少疾患やがんを含む領域で、ゲノム解析のルーチン化・アクセス拡大を目標としている。示唆として、フランス型は「医療提供体制」と「国家としての産業・研究基盤」を同時に育てる戦略性が明確である。

3. 本計画 (JCFP) への含意：国際潮流を踏まえた“実装要件”の明確化

以上の国際動向に共通するのは、①ゲノム医療・精密医療の進展、②データ利活用の拡大、③差別・不利益取扱いへの懸念、④信頼確保のためのガバナンス整備である。本計画は、国内法令・基本計画に整合しつつ、国際的に重視される論点 (同意・記録、個人情報保護、家族影響、COI、差別・偏見、費用と時間軸) を、Cancer FP®

教育と運用規程に落とし込み、医療を代替しない形で「医療が機能するための生活側インフラ」を社会実装することを目指す。

第二章：がんファイナンス対策推進基本計画の「4本の柱」

1 がん予防（検診行動と“告知前の安心設計”）

本章は、第4期がん対策推進基本計画における「がん予防」の方針に基づき、がん検診を中心とした予防施策を、単なる啓発にとどめず、実際の行動につなげることを目的として定めるものである。JCFPは、がん予防を「健康情報の提供」ではなく、将来の治療選択肢と生活の安心を確保するための社会的インフラ整備として位置づけ、職域および地域における実装を推進する。

A) 目標（到達状態）

本計画期間におけるがん予防分野の到達目標は、以下のとおりとする。第一に、がん検診を「知っている」「勧められている」という段階から、「予約する」「受診する」「必要に応じて精密検査を受ける」という一連の行動へ確実につなげることである。すなわち、予防領域を啓発中心の施策から、行動中心の施策へ転換する。第二に、職域においては、厚生労働省が推進するがん対策推進企業アクションの方向性を踏まえ、がん検診受診率60%以上を目指す動きと整合した実装モデルを確立する。これらの目標を通じて、検診の受診そのものを目的とするのではなく、早期発見・早期対応によって、治療選択肢と生活の選択肢を失わない状態を社会全体でつくることを最終的な到達状態とする。

B) JCFPとしての達成戦略（組織としての取組）

① 「職域実装 OS」の標準化とパッケージ化

JCFPは、職域におけるがん検診受診率の向上を、個々の担当者の工夫や努力に依存する取組から脱却させ、再現性のある仕組みとして定着させることを目指す。そのため、受診率が実際に向上する要因を分析し、それらを属人的な対応ではなく、組織として運用可能な「手順」として固定化する。具体的には、年齢、性別、扶養状況、勤務形態等の情報に基づき対象者を適切に抽出・セグメント化し、それぞれの属性に応じた個別通知を行う。一斉周知にとどまらず、受診行動につながりやすいメッセージ設計を行うことで、行動変容を促す。また、「受診したいが手続きが煩雑である」という障壁を取り除くため、予約に至るまでの導線

を最短化し、手続きの簡素化を図る。あわせて、半日休暇や特別休暇、業務時間内での受診など、実際に受診が可能となる勤務環境の整備を支援するとともに、自己負担の軽減や受診動機付けにつながる費用補助やインセンティブの仕組みを組み込む。さらに、要精密検査と判定された場合に受診が滞ることを防ぐため、精密検査へのフォロー体制をあらかじめ設計し、検診から精検までを一連のプロセスとして管理する。これらの要素を、単なる施策の集合ではなく、「研修」「運用支援」「評価指標」まで含めたパッケージとして体系化し、企業が自社の実情に応じて導入・運用できる「職域実装 OS」として提供することで、持続的かつ実効性のあるがん検診体制の構築を支援する。

② 企業向け説明言語の「健康経営」への転換

JCFP は、企業に対する提案および説明において、がん検診を単なる福利厚生や善意に基づく取組として位置づけることはしない。経済産業省が示す「健康経営」、すなわち従業員等の健康管理を経営的視点から捉え、戦略的に実践するという定義に沿い、がん検診の意義を企業経営の文脈に翻訳して提示する。具体的には、がん検診を、生産性損失の回避、人材の定着および離職防止、採用力や企業価値の向上、ならびに休職や長期離脱に伴うコストの低減といった経営課題と結び付けて説明する。これにより、がん検診を「やるべきこと」や「配慮事項」としてではなく、企業経営にとって合理性があり、持続可能な投資判断の一部として位置づけることを目指す。

1.1 「検診の先」までを含めた設計（精検・受療の離脱防止）

JCFP は、検診受診率の向上にとどまらず、検診後に要精密検査と判定された段階で支援が途切れてしまう状況を重大な課題として捉える。検診から精密検査へと進まない背景には、不安や恐怖感、費用に対する懸念、時間的制約、家庭や仕事との両立の難しさといった複合的な要因が存在する。JCFP は、これらの要因を家計、制度、就労の観点から整理し、それぞれに対して具体的に解消するための導線を設計する。あわせて、相談支援や医療機関へ適切につながるための紹介基準および運用ルールを整備し、「不安はあるが、

どこに相談すればよいかわからない」という状態を生じさせない体制を構築することで、検診から精密検査、さらには受療へと円滑につながる支援を実現する。

1.2 地域（自治体）モデルへの展開

職域において構築した実装モデルについては、企業内に限定して活用するのではなく、自治体においても応用可能な仕様として整理する。自治体向けには、住民の行動変容を促すための行動デザインと、施策の効果を検証するための評価指標を一体として提供し、単発的な取組にとどまらない運用を可能とする。これにより、各自治体が地域の実情や特性に応じて柔軟に導入・運用できるモデルとして展開し、地域全体におけるがん予防施策の実効性向上に寄与する。

1.3 Cancer FP®としての達成戦略（現場での実装行動）

1.3.1 BCFP（入口レベル）

BCFP は、がん予防支援の最前線に立つ人材として、以下を担う。

- がん検診を「怖さ」ではなく、将来の選択肢を確保する行動として説明する。
- 受診を妨げている要因（時間、費用、家庭事情等）を丁寧に聞き取り、具体的な行動計画（予約、日程、利用可能な制度）に落とし込む。
- 精密検査が必要となった場合には、医療行為を行わず、適切な医療機関や相談窓口へ確実に接続する。

1.3.2 ACFP（統合設計レベル）

ACFP は、検診後の不安が離脱につながらないように、以下を担う。

- 精密検査から受療に進む場合の費用、就労、制度利用の見通しを整理する。
- 不確実性を可視化し、過度な不安による判断停止を防ぐ。

- 職域における休暇制度や費用補助の整備について、企業側へ助言を行う。

-

1.3.3 ECFP（高度・統合レベル）

ECFP は、制度設計および多主体連携の中核として、以下を担う。

- 企業・自治体における導入設計および実装支援
- 保険者、健診機関、産業保健等、複数関係者の調整
- KPI 設計および運用評価
- 利益相反（COI）、同意取得、データ運用に関する現場責任

1.4 評価（KPI 仕様）

本章に基づく施策の評価は、以下の指標を用いて行う。

- がん種別の検診受診率
- 案内から予約に至った割合（予約率）
- 要精検者の精密検査受診率
- 未受診者に対する精検フォロー到達率
- 本計画に基づく導入企業数および導入自治体数
- 研修受講者数（Cancer FP[®]・企業担当者等）

これらの指標を用い、施策の実効性を定期的に検証し、改善につなげる。

2 がん医療（高度化する医療を“選べる現実”にする）

本章は、第4期がん対策推進基本計画が掲げる「医療の質の向上」および「療養生活の質の向上」という目標に対し、JCFP が医療の外側から果たすべき役割を明確にするものである。近年のがん医療は、治療技術の高度化や選択肢の多様化が進展している一方で、患者や家族にとっては、治療内容そのもの以上に、治療に伴う経済的影響、就労や日常生活への影響、さらには制度や支援の仕組みが複雑で分かりにくいことが、意思決定における大きな負担となっている。JCFP は、こうした医療を取り巻く非医療領域における負担を整理し、軽減することで、患者および家族が安心して治療を継続し、安定した療養生活を送ることができる環境を整えることを、本章における基本的な使命として位置づける。

2.1 目標（到達状態）

本計画期間におけるがん医療分野の到達目標は、患者および家族が、医療内容そのものを十分に理解する以前の段階で、生活や経済に対する不安を理由として治療選択を諦めてしまう状況を減少させることにある。治療の選択肢が存在しているにもかかわらず、経済的または社会的な制約によって、事実上その選択肢を選ぶことができない状態を防ぐことも、重要な目標の一つである。そのうえで、医療機関における専門的な説明や判断を尊重しつつ、生活面および経済面の整理があらかじめなされた状態で意思決定に臨める環境を整えることを目指す。これにより、医療の高度化が本来意図する「選択肢の拡大」が、結果として「意思決定負担の増大」へと転じてしまうことを防ぐことを、本計画における最終的な到達状態として位置づける。

2.2 JCFP としての達成戦略（組織としての取組）

2.2.1 Economic Informed Consent（EIC）の標準手順化

JCFP は、がん医療における意思決定支援の中核として、Economic Informed Consent（EIC：経済的インフォームドコンセント）を標準的な支援手順として位置づける。EIC とは、医療内容の説明や判断を行うも

のではなく、治療選択に伴う生活・経済への影響を整理し、患者・家族が判断可能な状態を整える支援である。JCFPは、EICを属人的な面談に依存させず、以下の観点を必ず確認・整理する標準手順として固定する。

- 支払いの整理

医療保険適用・非適用の区分、支払時期、自己負担の発生タイミング

- 収入への影響

休職、時短勤務、離職等が家計に与える影響の見通し

- 制度接続

高額療養費制度、傷病手当金、企業制度等の申請要否と段取り

- 保障の過不足

保障の不足が生じる領域の可視化および、過剰な不安を生まない整理

これにより、患者・家族が「知らないことによる不安」ではなく、「整理された情報」に基づいて意思決定できる状態を支援する。

2.2.2 医療連携（相談支援センター等）との紹介プロトコル整備

JCFPは、医療機関内外に設置されている相談支援体制と連携し、非医療領域に関する課題に対して適切なタイミングで支援が届くよう、紹介プロトコルを明確化する。そのため、費用に対する不安や就労上の懸念、介護や家族に関する問題など、医療行為以外の領域における課題が顕在化した場合に支援へ接続するための基準を整理・標準化する。あわせて、支援に必要な範囲に限定した本人同意の取得および情報共有に関する最低限のルールを定めるとともに、初回面談において課題を適切に整理するためのフォーマットを統一する。さらに、一時的な支援で完結するケースと、継続的な支援が必要となるケースとを適切に切り分けるための分岐基準を設ける。これらの取組を通じて、医療現場の負担を増

大きさせることなく、非医療領域における課題を専門的に引き受けるための明確な導線を構築する。

2.2.3 ゲノム医療等の新技術に対する「非医療ナビ」の設計

がん医療の高度化に伴い、ゲノム医療をはじめとする新たな技術が臨床現場に導入されている。JCFP は、ゲノム医療推進法が掲げる、権利利益および尊厳への配慮のもとでこれらの技術を総合的に推進するという趣旨に整合し、医療行為に踏み込まない範囲において支援を行う枠組みを整備する。その際、技術そのものの優劣や適否を判断することは行わず、技術選択に伴って生じる費用や時間的負担、家族への影響、制度上の位置づけといった生活側の要素を整理することを役割とする。また、医療者による専門的な説明を前提としつつ、生活および経済の視点から意思決定を支援することで、当事者が状況を冷静に整理できる環境を整える。これにより、新技術が期待や不安、誤解を過度に増幅させることを防ぎ、患者および家族が納得して選択に向き合うことができるよう、非医療領域におけるナビゲーションを制度として確立する。

2.3 Cancer FP®としての達成戦略（現場での実装行動）

2.3.1 BCFP（基礎・入口レベル）

BCFP は、がん医療支援の入口において、以下の役割を担う。

- 受療や制度に関する基本的な情報を整理し、全体像を示す
- 医療者の説明を代替・補完するのではなく、生活側で生じている困りごとを構造化する
- 自ら解決しようとせず、必要に応じて専門家へ適切に接続する

2.3.2 ACFP（統合設計レベル）

ACFP は、EIC を実際に運用し、以下を担う。

- 家計、制度、就労を含めた統合的な生活プランの作成
- 治療に伴う不確実性を整理し、判断停止を防ぐ支援

- 申請手続や会社との調整に向けた具体的な行動計画の策定

2.3.3 ECFP（高度・統合レベル）

ECFP は、複雑性の高い事案および連携全体を担う。

- 高額治療、複雑な家計構造、家族全体への影響を伴う事例への対応
- 医療機関、企業、自治体を跨ぐ連携設計
- 倫理、個人情報、利益相反に関するガバナンスの現場責任

2.4 評価（KPI 仕様）

本章に基づく施策の評価は、以下の指標により行う。

- 相談・紹介から初回面談に至った割合（到達率）
- 初回面談後、継続フォローに移行した割合
- 面談後に ToDo（次の行動）が明確化された割合
- 費用不安・就労不安に関する主観的指標の前後差（簡易尺度）

これらの指標を通じ、支援が実際に意思決定負担の軽減につながっているかを検証する。

3 がんとの共生（就労・生活・家計を制度化する）

本章は、第4期がん対策推進基本計画が掲げる「がんとの共生」の方針に基づき、がんと診断された後の生活を、個人の努力や周囲の善意に委ねるのではなく、制度と運用によって持続的に支える社会構造を構築することを目的とする。がん医療の進歩により、治療を受けながら就労を継続し、社会生活を維持することは、医学的には可能となりつつある。しかし現実には、就労や収入の見通し、家計への影響、生活設計の不確実性といった非医療的な要因が大きな不安となり、治療の継続や社会参加そのものを困難にしている。これらの課題は、医療の問題ではなく、制度や運用の不足によって生じる社会的課題である。JCFPは、がんとの共生を「個別の相談対応」や「例外的な配慮」にとどめるのではなく、誰もが同様の支援を受けられる再現可能な制度と運用へと転換することを、本章における基本的な役割として位置づける。具体的には、就労継続や復職に向けた制度設計、家計および生活全体を見据えた支援の仕組みを、企業や地域に埋め込み、当事者が特別な交渉や自己申告をしなくても支援にアクセスできる環境を整えることを目指す。がんとの共生とは、治療が終わった後の話ではなく、診断された瞬間から始まる生活の再設計である。JCFPは、医療の外側に立つ専門組織として、就労、生活、家計という現実的な基盤を制度として支え、がんと共に生きることが「個人の負担」にならない社会の実現に貢献する。

3.1 目標（到達状態）

本計画期間におけるがんとの共生分野の到達目標は、以下の状態を実現することにある。第一に、がんと診断された後の生活支援を、個人や担当者の裁量に委ねるのではなく、企業および地域において再現可能な制度と運用として定着させることである。第二に、がん対策基本法が示す事業主による雇用継続等への配慮に関する努力義務について、理念にとどめることなく、実務として機能する仕組みへ落とし込むことを目指す。これにより、がんになったこと自体が、即座に離職や社会的孤立につながる状況を減少させ、治療と生活の両立が「特別な配慮」ではなく「当たり前を選択できる状態」を実現する。

3.2 JCFP としての達成戦略（組織としての取組）

3.2.1 企業向け「がん両立支援 OS」の整備

JCFP は、がんと仕事の両立支援を、個別の判断や場当たりの配慮に委ねるのではなく、企業が自律的に運用できる仕組みとして整備することを目指す。その際、経済産業省が示す「健康経営」、すなわち従業員等の健康管理を経営的視点で捉え、戦略的に実践するという定義に沿い、両立支援を企業経営の一部として位置づける。具体的には、本人からの相談を起点として、産業保健部門、人事部門、上司へと適切に接続される相談導線を設計し、相談の有無や担当者の判断によって対応が分断されない体制を整える。また、休職、復職、通院への配慮については、制度の有無や担当者の経験に左右されることなく対応できるよう、運用ルールを標準化する。あわせて、判断や配慮が個々の管理職の価値観に依存しないよう、管理職向けの研修を実施し、がんと仕事の両立に関する共通理解を形成する。さらに、当事者自身が「何をどのように伝え、どのような選択肢があるのか」を把握できるよう、情報を整理したガイドを整備するとともに、同僚に対しても、過度な配慮や誤解を生じさせないための情報提供や職場環境の整備を行う。これらの要素を個別に導入するのではなく、一体的に整備することで、企業が導入から運用、評価までを自ら行うことができる「がん両立支援 OS」として提供し、がんと仕事の両立支援を企業内に定着させることを目指す。

3.2.2 地域共生モデルの設計（自治体 × 企業 × 医療 × JCFP）

JCFP は、がんと共生を職域内の取組にとどめることなく、地域全体で支えるモデルとして設計する。職域における予防や両立支援と、地域における相談支援、福祉制度、医療資源とを有機的に接続することで、「会社では対応しきれない」「地域では個々の就労状況が把握できない」といった理由から生じる支援の空白を減少させることを目指す。そのため、自治体、企業、医療機関、JCFP がそれぞれの役割と強みを明確にし、相互に連携する体制を構築する。どの窓口で相談した場合であっても、当事

者が必要な支援へと適切につながる導線を整えることで、支援の分断を防ぎ、地域におけるがんと共生の実効性のある仕組みとして定着させる。

3.2.3 Financial Toxicity スクリーニングの標準化

JCFP は、がんと共生に伴って生じる課題を早期に把握するため、Financial Toxicity（経済毒性）に関するスクリーニングを標準化する。このスクリーニングは、医療費の負担のみに着目するものではなく、就労や収入への影響、住宅に関する負担（家賃や住宅ローン等）、教育費、介護や家族支援といった生活全体に及ぶリスクを包括的に対象とする。これらの要因を早い段階で可視化し、支援が必要となる兆しを捉えることで、適切な制度や専門職へ速やかに接続する導線を確保する。その結果、問題が深刻化してから対応するのではなく、予防的かつ段階的な支援を可能とし、がんと共に生活を続けるための基盤を安定させることを目指す。

3.2.4 人生設計と意思決定基盤の整備

がんと共生において重要なのは、治療と生活の両立だけではない。診断以降、当事者と家族は連続的な意思決定を迫られる。その多くは医療判断そのものではなく、生活基盤をどう維持するかという問題である。本協会は、意思決定の前提条件となる生活構造を整備することを共生支援の中核に位置づける。

Advance Care Planning は、その象徴的領域である。ACP は将来の医療や療養の在り方を話し合う営みであるが、本質的には「どのように生きたいか」という価値観の確認である。この価値観は、資産の使い方、家族への責任、就労の継続、住環境の選択と密接に関わる。本協会は医療判断を担わないが、価値観の整理と並行して家計構造、資産寿命、保障内

容、公的制度の活用可能性を可視化し、経済的不安が意思決定を歪めない環境を整備する。

3.2.5 資産構造の再編と承継設計支援

病状の進行や治療方針の転換は、資産構造の再編を伴う。収入減少、資産取り崩し、保障見直し、住宅問題、事業承継などが同時に発生しうる。さらに、相続設計が未整理である場合、死別後に家族間の混乱や紛争を招き、Financial Toxicity が次世代へ連鎖する可能性がある。

本協会は法的代理を行わないが、資産構造の全体像を可視化し、生命保険と相続財産の関係、納税資金確保の必要性、遺言整備の重要性を整理し、適切な専門家へ接続する。ACP の過程で生き方を整理することは、同時に遺し方を整える行為でもある。がんと共生は、承継設計と不可分である。

3.2.6 グリーフ期における生活再構築支援

死別後のグリーフ期は心理的喪失の過程であると同時に、生活構造が急激に変化する時期である。主収入者の不在、扶養関係の変化、教育資金計画の再設計、住居維持、債務処理などが短期間に集中する。この時期に経済的支援が遅れることは、長期的な不安定を招く。

本協会は心理療法を提供する立場にはないが、生活基盤の初期安定化を担う。生命保険金請求、医療費精算、公的給付手続きの整理、相続財産の概略把握、初期キャッシュフローの設計を通じて、混乱を構造化する。保険金は受取人固有財産であるが、相続税上のみなし相続財産となる場合があり、制度理解が不可欠である。相続放棄や債務確認を含めた全体像を整理し、専門家へ接続することで、悲嘆が経済的不安定へ転化することを防ぐ。

3.2.7 時間軸に沿った Financial Toxicity の予防

がんは診断前から死別後まで、家族構造と資産構造を揺さぶる長期的事象である。Financial Toxicity は治療費に限定されず、意思決定負担、家族内葛藤、承継問題、生活再建遅延として時間軸上に現れる。本協会は、意思決定前の構造整理、療養期の家計支援、終末期の承継設計整理、死別後の生活再構築支援を一体的に設計することにより、経済的不安定の連鎖を遮断する。

本章で扱う支援は、医療判断、法的代理、税務申告、心理療法を行うものではない。生活構造の可視化、制度理解の整理、専門家接続を通じて、意思決定環境を整えるものである。

3.3 Cancer FP®としての達成戦略（現場での実装行動）

3.3.1 BCFP（基礎・入口レベル）

BCFP は、がんとの共生支援における入口として、以下を担う。

- 生活課題の整理および可視化
- 当事者が抱える不安や困難を言語化し、支援につなげる一次相談
- 自ら抱え込まず、必要に応じて上位資格者や専門機関へ接続する

3.3.2 ACFP（統合設計レベル）

ACFP は、復職・生活再建に向けて、以下を担う。

- 復職までの家計、制度、保障の統合的な設計
- 企業制度と個別事情の整合を取り、実行可能な計画へ落とし込む
- 本人・企業双方にとって無理のない調整案を提示する

3.3.3 ECFP（高度・統合レベル）

ECFP は、制度設計および複雑事案への対応を担う。

- 企業における制度設計および運用支援
- 自治体との連携設計

- 複雑な家庭背景や多重課題を抱えるケースの統合支援
- 多職種連携における調整およびガバナンスの現場責任

3.4 評価（KPI仕様）

本章に基づく施策の評価は、以下の指標を用いて行う。

- 休職から復職に至った割合
- 復職後の定着率（3か月・6か月）
- 導入された制度の利用率
- Financial Toxicity スクリーニングから支援接続に至った割合

これらの指標を通じ、制度が実際に機能しているか、当事者の生活再建に寄与しているかを検証する。

4 これからを支える新しい技術（技術進歩を“安心”に変換する）

本章は、がん医療および関連分野における技術進歩が、患者・家族にとって新たな希望であると同時に、格差・誤解・過剰な期待・意思決定負担を生み得る現実を踏まえ、それらを社会的に制御・翻訳する枠組みを構築することを目的とする。AI、ゲノム医療、新規検査技術、データ活用等の進展は、医療の可能性を広げる一方で、「理解できないまま選択を迫られる」「選べるはずの選択肢を自ら閉ざしてしまう」といった新たな不安を生じさせている。JCFP は、こうした技術進歩をそのまま社会に放出するのではなく、生活・経済・倫理の視点から“安心へと変換する役割”を担う。

4.1 目標（到達状態）

本計画期間における新技術分野の到達目標は、以下の状態を実現することにある。第一に、新しい技術の普及によって生じる理解格差、情報格差、意思決定格差を最小化することである。第二に、患者・家族が、「分からないから不安」「分からないから選べない」状態に置かれることなく、自らの生活や価値観に照らして選択できる社会実装を行うことである。第三に、ゲノム医療推進法が示す権利利益および尊厳への配慮のもとでの総合的推進という趣旨に整合し、医療行為に踏み込まない非医療領域において、明確なガバナンスと運用ルールを確立することを目標とする。これにより、技術進歩が新たな不安や混乱を生むのではなく、安心して選択できる基盤として社会に定着する状態を到達点とする。

4.2 JCFP としての達成戦略（組織としての取組）

4.2.1 新技術リテラシーの必修化（Cancer FP®教育体系への組み込み）

JCFP は、新技術が関わる支援を属人的な判断や経験則に委ねることなく、一定水準の専門性と倫理性をもって提供できる体制を構築するため、新技術リテラシーを Cancer FP®の必修要件として明確に位置づける。AI、がんゲノム医療、新規検査技術などの急速な進展は、患者・家族の意思決定や経済的選択に直接的な影響を及ぼす一方で、その有効性や適用範囲、

不確実性に関する理解が十分でなければ、過度な期待や不安を助長するリスクも内包している。そのため本カリキュラムでは、各技術の有用性のみならず、限界や不確実性を適切に理解し、説明できる力を養うことを重視する。また、導入や利用に際して求められる同意取得の基本的な考え方と倫理的留意点、さらに遺伝情報などが家族・血縁者に及ぼし得る影響についても体系的に学修する。加えて、短期的費用のみならず中長期的な経済的負担や時間軸を踏まえた整理能力を身につけるとともに、関連事業者や医療機関との関係性に起因し得る利益相反(COI)の構造と、その適切な開示の重要性についても理解を深める。これらを標準カリキュラムとして組み込むことにより、Cancer FP®が特定の技術を過度に肯定することも、根拠なく否定することもなく、常に中立的かつ冷静に論点を整理できる知識基盤を備えていることを制度として担保する。

4.2.2 職域×DXによる「がん対策DX」の設計

JCFPは、職域におけるがん対策を単発的な取り組みにとどめるのではなく、継続的に検証と改善が行われる「仕組み」として設計することを基本方針とする。経済産業省が示す健康経営の枠組みを踏まえつつ、デジタル技術を活用することで、検診予約率、検診受診率、精密検査受診率、さらには休職後の復職状況およびその後の職場定着状況といった一連の指標を分断することなく一体的に管理・運用する。これらの指標を可視化し、相互の関連性を踏まえて継続的にモニタリングすることにより、「施策を実施したか否か」という形式的評価にとどまらず、「実際に機能しているかどうか」という実効性の観点から評価できる運用モデルを構築する。これにより、職域がん対策を組織文化として定着させ、持続可能な改善サイクルへと発展させることを目指す。

4.2.3 ガバナンス標準の制定（同意・個人情報・COI）

JCFPは、行政、大企業、医療機関等と連携するにあたり、信頼の前提となるガバナンス標準を明確に規程化することを基本姿勢とする。連携の

広がりとともに取り扱う情報や利害関係が複雑化する現状を踏まえ、情報の取得および利用に関する同意のあり方、個人情報の管理・共有・保管・廃棄に至るまでの一貫したルール、さらに利益相反（COI）の把握と適切な開示の仕組みについて、具体的な運用規程として整備する。これらは単なる形式的な規則ではなく、JCFP の Values である「科学と倫理」および「患者・家族中心」を実務レベルに落とし込むための基盤である。新技術を扱う場面においても、関与する個人の裁量や経験に依存するのではなく、誰が関わっても一定水準の透明性と信頼性が確保される体制を構築することで、持続可能な連携モデルを実現する。

4.3 Cancer FP®としての達成戦略（現場での実装行動）

4.3.1 BCFP（基礎・入口レベル）

BCFP は、新技術に関する支援の入口として、以下を担う。

- 技術情報について断定的な説明や評価を行わない
- 当事者の不安や疑問を整理し、必要に応じて医療へ接続する
- 「分からないこと」を前提に、安心して相談できる環境を整える

4.3.2 ACFP（統合設計レベル）

ACFP は、新技術の選択が生活に与える影響について、以下を担う。

- 技術選択に伴う費用、就労、生活設計の整理
- 不確実性を含めた上での意思決定支援
- 医療判断を前提とした、非医療領域での整理と計画化

4.3.3 ECFP（高度・統合レベル）

ECFP は、新技術を扱う連携全体の責任者として、以下を担う。

- 企業、自治体、医療機関とのデータ運用設計
- 同意設計および記録管理
- 利益相反（COI）管理の現場責任
- 多主体連携におけるガバナンス確保

4.4 評価（KPI仕様）

本章に基づく施策の評価は、以下の指標により行う。

- 適切な同意取得が行われた割合
- 記録・管理体制が整備された案件の割合
- 利益相反（COI）が適切に開示・管理された割合
- 新技術リテラシー研修の受講者数
- 本計画に基づく導入企業数および導入自治体数
- 新技術を含む共同プロジェクト等の稼働連携数

これらを通じて、新技術の活用が安心と信頼につながっているかを継続的に検証する。

5 推進体制（計画を“回す”ための実装設計）

本章は、「第一期 がんファイナンス推進基本計画（2026–2030）」（通称：Financial Toxicity ゼロ計画 2026–2030）を、単なる理念や方針の提示にとどめることなく、実効性をもって運用し、継続的に改善していくための推進体制および管理方法を定めるものである。本計画は、予防、医療、共生、新技術といった複数の分野に横断的に関わる中長期計画であり、個別施策の単なる集合体ではなく、全体として整合性と一貫性を保ちながら機能することが求められる。そのためJCFPは、責任の所在を明確にし、透明性ある意思決定プロセスを整備するとともに、評価と改善を循環させる仕組みを内在化した推進体制を構築する。これにより、本計画を持続的かつ戦略的に前進させる基盤を確立する。

5.1 推進体制

5.1.1 計画推進委員会（理事会直下）

JCFPは、「第一期 がんファイナンス推進基本計画（2026–2030）」を統括する体制として、理事会直下に計画推進委員会を設置する。もともと、本計画の開始初年度である2026年においては、立ち上げ期としての機動性と一貫性を確保する観点から、理事会が本計画の管轄主体となり、全体の進捗管理および重要事項の意思決定を直接担う。2027年より、計画の本格的な実行・検証フェーズへの移行にあわせて、理事会直下に計画推進委員会を正式に設置し、統括機能を段階的に移管する。計画推進委員会は、本計画の最高意思決定機関として、計画全体の進捗管理および中長期的な方向性の統括を担うとともに、各分野における施策状況の把握および優先順位の決定を行う。また、KPIの達成状況を踏まえた方針修正や是正判断、制度改正や医療・技術動向など外部環境の変化を踏まえた計画運用の調整についても責任を負う。同委員会は理事会と密接に連携しつつ、JCFPとしての意思決定と説明責任を一元的に担う体制へと移行することで、本計画を持続的かつ戦略的に推進する基盤を確立する。

5.1.2 四本柱とワーキンググループ（WG）

本計画の実装を担う実務組織として、四つの分野別ワーキンググループ（WG）——「がん予防 WG」「がん医療 WG」「がんとの共生 WG」「新技術対応 WG」「がん保険 WG」「医療保険 WG」——を設置する。各 WG は、それぞれの専門分野における具体施策の設計および実行を担うとともに、現場からの課題を継続的に抽出し、KPI データの収集・分析を行い、その結果を踏まえた改善案の検討および提案を行う。これらの活動状況および成果については、計画推進委員会へ定期的に報告し、計画全体の評価と修正に反映させる。各 WG は、Cancer FP®（BCFP・ACFP・ECFP）を中核構成員とし、必要に応じて外部専門家を参画させる体制とする。これにより、専門性と実務性を両立させながら、現場実装と計画全体の戦略的方向性とを結びつける中核機能として位置づける。

5.1.3 倫理・透明性体制（個人情報・利益相反・監査）

JCFP は、本計画の信頼性および社会的正当性を担保するため、倫理および透明性の確保を事務局が中核となって担う体制を構築する。個人情報の適切な取扱い、利益相反（COI）の把握と開示、同意取得および記録運用の適正性の確保、ならびに Values である「患者・家族中心」および「科学と倫理」の運用状況の確認について、事務局が統括的に管理・運用する。事務局は、各委員会およびワーキンググループと連携しながら、関連規程の整備と運用状況の点検を行い、必要に応じて是正提案や改善案を理事会へ上申する役割を担う。これにより、形式的なチェックにとどまらず、実務レベルにおいて倫理性と透明性が確保されているかを継続的に検証する仕組みを内在化させる。本体制のもと、JCFP の活動が社会的信頼を損なうことのないよう、理事会直下の各組織と連動しながら監督機能を果たし、持続可能で信頼性の高い運営基盤を確立する。

5.2 年次運用（PDCA サイクル）

5.2.1 年次レビュー（Plan・Do・Check）

JCFP は、本計画の実効性を確保するため、年次単位で PDCA サイクルを明確に運用する。計画を策定して終わりとするのではなく、毎年度、実施状況を客観的に検証し、その結果を次年度の方針および施策へと反映させる仕組みを制度化する。具体的には、各分野に設定された KPI の達成状況をレビューするとともに、個別施策ごとの進捗、成果、顕在化した課題を体系的に整理する。また、社会環境の変化や制度改正、医療・技術動向といった外部要因についても分析し、計画内容との整合性を検証したうえで必要な修正を行う。これにより、本計画を固定化された文書として扱うのではなく、現実の変化に即して柔軟かつ継続的に改善される運用モデルへと進化させる。

5.2.2 施策の重点化・改廃 (Act)

年次レビューの結果を踏まえ、計画推進委員会は本計画に位置づけられた各施策について総合的な評価を行い、必要な見直しを実施する。具体的には、効果が高く成果が確認された施策については重点化・拡充を図る一方、効果が限定的である施策については内容の再設計を行う。また、社会状況や制度環境の変化に対応するため、新たに必要と認められる施策を追加するとともに、実効性を欠く施策については廃止または他施策との統合を検討する。このような重点化および改廃の判断を制度的に位置づけることで、本計画を「策定して完結する計画」とするのではなく、環境変化と実績評価に応じて進化し続ける動的な計画として維持する。

5.2.3 年次報告書の作成および公表

JCFP は、本計画の運用に関する透明性を確保し、説明責任を明確に果たすため、年次報告書を作成する。年次報告書は、事務局が実務的に取りまとめを行い、理事会がその内容を確認のうえ正式に報告する体制とする。報告書には、各分野に設定された KPI の達成状況（定量的評価および定性的評価を含む）、主要施策の実施状況およびその成果、さらに明らかとなった改善点と次年度に向けた課題を体系的に整理して記載する。

これにより、計画の進捗と実効性を客観的に示すとともに、次年度の方針決定に資する基礎資料とする。なお、報告書に掲載するデータについては、個人が特定されることのないよう十分な匿名化および統計化を行い、個人情報保護および倫理面に最大限配慮する。年次報告書は、理事会および関係者への説明資料として活用するとともに、必要に応じて外部にも公表し、JCFP としての社会的説明責任を果たすための基盤とする。

第二章：計画の段階的展開

本計画（2026–2030）は、単年度ごとの施策の積み上げではなく、段階的に発展する中期戦略として設計されている。理念を制度へ、制度を社会実装へ、そして社会基盤へと進化させるため、本計画期間を三つのフェーズに区分し、段階的に推進する。

1 制度基盤確立期（2026年）

計画初年度は、理念を具体的な制度および運用へと固定化する「制度基盤確立期」と位置づける。本フェーズでは、各分野における施策の標準手順、KPI仕様、ガバナンス体制を明確化し、属人的な対応に依存しない再現可能な運用モデルを確立することを主眼とする。具体的には、職域実装モデルや両立支援モデルの標準化、Economic Informed Consent（EIC）の運用手順の整理、新技術リテラシーの教育体系への組み込み、ならびに同意取得・個人情報管理・利益相反（COI）に関する規程整備を進める。また、初年度は理事会が本計画の管轄主体となり、全体の方向性および重要事項を統括する。本フェーズは、本計画の実効性を左右する基盤整備期間であり、以降の展開に耐え得る制度的土台を構築する段階である。

2 社会実装拡張期（2027–2028年）

第二フェーズは、確立した制度および運用モデルを社会へ拡張する「社会実装拡張期」と位置づける。本フェーズでは、企業および自治体への導入を進め、各分野ワーキンググループ（WG）を中心に、現場における実装と改善を繰り返しながら、モデルの有効性を検証・高度化する。2027年より計画推進委員会を正式に設置し、計画全体の進捗管理および戦略調整機能を移行する。あわせて、KPIデータの蓄積と分析を通じ、施策の実効性を客観的に評価し、必要な修正を行う。本フェーズは、本計画を理念や制度にとどめず、実際に機能する社会モデルへと転換する段階である。

3 高度化・社会基盤化期（2029–2030年）

第三フェーズは、実装されたモデルを高度化し、持続可能な社会基盤として定着させる「高度化・社会基盤化期」と位置づける。本フェーズでは、各施策の成果と課

題を総合的に検証し、制度および運用の精緻化を図るとともに、外部連携の深化を通じて支援ネットワークの安定化を目指す。また、次期計画への接続を見据え、KPI体系および評価手法の見直しを行い、第一期計画の成果を踏まえた継続的な発展の枠組みを整備する。本フェーズを通じて、本計画は単なる期間限定の取組ではなく、がんと向き合う人々を支える社会基盤の一部として定着することを目標とする。

4 フェーズ設計の意義

この三段階構造により、本計画は「策定して完結する計画」ではなく、段階的に進化する動的な戦略として運用される。制度整備、社会実装、基盤化という明確なステップを経ることで、持続可能性と説明責任を両立し、社会に対する信頼性を確保する。

第三章：財務基盤の確立及び持続可能性の確保

本協会は、本計画を理念的宣言にとどめることなく、社会的実装を伴う中期戦略として確実に推進するため、安定的かつ自律的な財務基盤を制度として確立する。2028年を目途にNPO体制へ移行し、公益性および透明性を組織構造の中核に据えることで、社会的信頼に足る財務運営体制を構築する。

NPO体制への移行は、単なる法人格の変更ではなく、財務運営における説明責任、独立性、透明性および持続可能性を制度的に担保するための構造転換である。本協会は、拡大局面においてこそ財務規律を強化し、社会的信用を資本とする公益団体としての基盤を固める。

1 財源構造の基本設計

本計画における財源は、会費を基盤とし、寄付および公益事業収益を加えた三層構造により構築する。この三層構造は、収益の安定性と拡張性を両立させることを目的とする。第一層である会費は、最も安定的かつ予測可能な財源として位置づける。第二層である寄付は、社会的共感および公益性の広がりを見える化する財源である。第三層である公益事業収益は、社会実装の成果として得られる対価であり、活動規模拡大の推進力となる。

単一財源への依存は、政策環境や社会情勢の変動による影響を受けやすい。本協会は、三層構造による複線的な財源確保を通じ、外部環境の変化に耐え得る財務体質を形成する。

2 会費収入の位置づけおよび管理

会費は、本協会の活動基盤を支える最も重要な財源である。年会費は年額11,000円とし、2030年までに累計資格取得者数2万人から4万人体制の構築を目標とする。有効会員率80%以上を維持することを運営上の重要指標とし、会費納入率の継続的モニタリングを行う。会員管理システムを整備し、納入状況、継続率、地

域別分布等を定量的に把握することで、安定的な収入見通しを確保する。2030年時点における想定会費収入は以下のとおりである。

- 有効会員 2 万人規模：年間約 2 億円規模
- 有効会員 4 万人規模：年間約 4 億円規模

この収入は、事務局運営、人件費、システム維持費、倫理管理、広報活動、研究開発、地域支援等の基盤的経費を支える。

会費は、特定事業への対価ではなく、本協会の Mission 実現のための共同出資的性格を持つものと位置づける。したがって、会費の使途は原則として公益目的活動に充当し、透明性の高い会計報告を行う。

3 寄付財源の設計および管理

寄付は、本協会の公益性および社会的共感の広がりを示す重要な財源である。Financial Toxicity の予防および軽減という社会的課題に賛同する個人および法人からの支援を広く受け入れる。寄付形態としては、単発寄付、定期寄付（マンスリーサポーター制度）、法人寄付、プロジェクト指定寄付、遺贈寄付等を整備する。寄付者に対しては、活動報告および成果報告を定期的を実施し、資金の使途を明確にする。2030年時点においては、年間 5,000 万円から 1 億円規模の寄付収入を目標とする。寄付収入は、研究活動、奨学支援、低所得者支援プログラム、社会啓発活動等、公益性の高い領域に優先的に充当する。寄付の受入れにあたっては、利益相反（COI）管理規程を厳格に運用する。寄付が特定の医療技術、商品、サービス、政策判断に影響を与えることがないように、寄付契約の透明性を確保し、必要に応じて倫理委員会の審査を経る。

4 公益事業収益の位置づけ

本協会は、職域実装支援、自治体連携事業、共同研究、研修提供等の公益事業を実施し、その対価として適正な事業収益を得る。これらの収益は営利を目的とす

るものではなく、社会実装の推進および公益活動の持続可能性を担保する補完財源である。2030年時点においては、年間1億円から2億円規模の事業収益を目標とする。事業収益は、地域支援体制の強化、新規事業開発、データ基盤整備、政策提言活動等へ再投資する。事業収益についても、契約内容、収益構造、利益相反管理を明確にし、外部からの批判や誤解を生じさせない透明な運用を行う。

5 財務規律および内部留保方針

財務運営にあたっては、以下の原則を遵守する。

第一に、単一財源依存の回避。

第二に、安定的な内部留保の確保。

第三に、外部監査の実施。

第四に、年次財務報告書の作成および公表。

第五に、公益目的への支出優先。

内部留保については、少なくとも年間運営費の6か月分相当額を目標とする。これは急激な会員減少、社会的危機、災害、法制度変更等の不測の事態に備えるためである。内部留保は拡張資金ではなく、危機対応資金として位置づける。必要に応じて理事会の決議により活用する。

6 年次レビューおよび透明性確保

財務状況は、年次レビューにおいて検証し、計画推進委員会および理事会へ報告する。財務報告書には、収入内訳、支出内訳、寄付比率、事業収益比率、内部留保状況等を明記する。外部監査を実施し、その結果を会員および社会に公表する。これにより、本協会の財務運営が公益目的に沿って適切に行われていることを客観的に担保する。

7 総括

本協会は、規模の拡大そのものを目的とするのではなく、Financial Toxicity からすべての人を解放するという Mission の実現を最上位目標とする。財務基盤はそのための手段であり、透明性と倫理性を前提とした持続可能な運営を行う。2030年までに累計資格取得者数2万人から4万人体制の構築を目指すとともに、量的拡大と質的担保を両立させることで、社会的信頼に足る公益団体としての基盤を確立する。

第四章：NPO 移行後のガバナンス体制

本協会は、組織規模の拡大および公益性の強化に伴い、2028 年より NPO 体制へ移行する。NPO 体制への移行は、単なる法人格変更を目的とするものではなく、公益団体として求められる透明性、説明責任、権限分離、倫理性および社会的中立性を制度として確立するための構造転換である。本協会は、拡大局面においてこそ統治機能を強化し、持続可能かつ信頼性の高い組織運営を確立する。

1 統治原則

NPO 移行後の統治は、以下の基本原則に基づいて運営される。第一に、公益性の優先。すべての意思決定は、本協会の Mission である「Financial Toxicity から、すべての人を解放する」の実現に資するか否かを基準として判断される。第二に、透明性の確保。意思決定過程、財務状況、利益相反関係、事業成果について、合理的範囲で公開可能な体制を整備する。第三に、権限分離と相互牽制。意思決定、執行、監督の機能を明確に区分し、特定個人または特定部門への権限集中を防止する。第四に、専門性と独立性の両立。医療、法務、公益分野等の外部専門家を理事会構成に含め、内部論理のみによらない客観性を確保する。

2 理事会の役割と構成

理事会は本協会の最高意思決定機関であり、戦略方針の決定、中期計画の承認、予算および決算の承認、重要契約の承認、代表理事の選任・監督等を担う。理事会は、代表理事、業務執行理事、外部理事および監事をもって構成する。外部理事は医療、法務、会計、公益政策等の専門家から選任し、少なくとも複数名を含める。これにより、専門的見地および第三者的視点を統治構造に内在化させる。監事は、財務および業務執行の適正性を監督し、理事会から独立した立場で監査機能を果たす。監査報告は理事会に提出され、必要に応じて会員および社会に公表される。理事会は、合議制を原則とし、重要事項は出席理事の過半数以上の賛成をもって決定する。決議内容は議事録として記録し、適切に保存する。

3 執行体制と責任分界

実務執行は事務局が担い、理事会と執行機能を明確に分離する。理事会は戦略および監督に専念し、日常的業務の遂行は事務局が担う。事務局には、事務局長を置き、理事会の方針に基づく執行責任を負う。さらに、財務責任者、コンプライアンス責任者、教育責任者、地域連携責任者等を配置し、それぞれの職務権限および責任範囲を明文化する。代表理事は組織を代表するが、単独で重大な財務決定または方針変更を行うことはできない。一定額以上の支出、長期契約、外部連携協定等については、理事会決議を必要とする。事務局と監査機能は明確に分離し、財務処理と監督機能が同一部門に集中しない体制を構築する。

4 独立委員会の設置

本協会は、倫理性および透明性を制度的に担保するため、倫理委員会、利益相反(COI)管理委員会、個人情報保護委員会を設置する。倫理委員会は、活動方針がMissionおよびValuesに適合しているかを検証し、疑義が生じた場合には理事会へ勧告を行う。利益相反管理委員会は、寄付、連携、事業契約等に関する利害関係を把握し、適切な開示および管理を行う。個人情報保護委員会は、個人情報および健康関連情報の取得、利用、保管、廃棄の運用を監督する。これらの委員会は理事会に報告義務を負うが、審査過程において一定の独立性を保持する。

5 専門職の質担保と社会的信頼の維持

本協会は更新研修制度を設けないが、その代替として年次倫理誓約、年次活動報告、利益相反申告を制度化する。これにより、形式的な更新要件ではなく、実践に基づく責任の明確化を図る。年次活動報告は、一定の様式に基づき提出し、統計的に分析することで、資格制度の実効性を検証する。外部監査を実施し、その結果を公表することで、専門職団体としての社会的信頼を維持する。

6 リスク管理体制

本協会は、医療領域への越境リスク、個人情報漏洩リスク、寄付依存リスク、急拡大に伴う品質低下リスク、政治的中立性毀損リスクを主要リスクとして認識する。医療越境リスクについては、支援領域の明確化および紹介プロトコルの整備

により回避する。個人情報漏洩リスクについては、アクセス制限、暗号化、内部監査を実施する。寄付依存リスクについては、単一寄付者比率の上限管理を検討する。急拡大リスクについては、ACFP40%、ECFP5%の専門職構造を維持し、質の担保を図る。政治的中立性については、特定政党・政策への組織的支持を行わない方針を明確化する。これらのリスクは、年次レビューにおいて検証し、必要に応じて統治体制を見直す。

7 規模目標と統治責任

2030年までに、Cancer FP®累計資格取得者数2万人から4万人体制の構築を目指す。その際、ACFP40%、ECFP5%の専門職構造を維持し、量的拡大と質的担保を両立する。規模の拡大は目的ではなく、Mission実現のための手段である。本協会は、規模の拡大に比例して統治機能および倫理管理体制を強化し、公益団体としての責任を果たす。本協会は、Financial Toxicityからすべての人を解放するという使命の実現を最上位目標とし、持続可能かつ信頼性の高い組織運営を行う。

第五章：総括—Financial Toxicity ゼロ社会への道筋

本計画（第一期がんファイナンス対策推進基本計画 2026–2030）は、がん対策の歴史的蓄積と医療の進歩を前提としつつ、その外側に存在する構造的課題、すなわち Financial Toxicity（経済毒性）に正面から向き合う初の体系的な中期計画である。

がんは、もはや医学的課題にとどまらない。診断の瞬間から、就労、家計、家族関係、将来設計といった生活基盤全体に影響を及ぼす社会的事象である。医療の高度化は選択肢を拡大する一方で、費用、制度、時間軸、不確実性に関する理解負担を増幅させる。この構造の中で、当事者が経済的理由によって選択肢を失い、判断を回避し、生活基盤を揺るがせる現象が生じる。本計画は、この構造を「副次的問題」ではなく「制度的課題」として定義し、概念から実装へと転換することを目的とする。

本計画の核心は、Financial Toxicity を理念的概念として掲げるのではなく、運用対象として扱う点にある。直接的経済負担、間接的経済影響、生活基盤への波及、心理的・意思決定負担という四つの要素を連鎖構造として把握し、悪循環を断ち切るための実装モデルを構築した。四本柱（がん予防・がん医療・がんと共生・新技術対応）は、それぞれ独立した施策領域ではなく、この連鎖を遮断するための分野横断的な実装軸として設計されている。

さらに、本計画は理念、概念、戦略、実装管理、財務基盤、統治体制という多層構造を有し、単年度事業の集合体ではなく、持続可能な社会基盤の形成を志向している。推進体制の段階的整備、PDCA サイクルの制度化、KPI による検証、財務三層構造の確立、NPO 体制への移行およびガバナンス強化は、本計画を「宣言」に終わらせないための設計である。

本計画は、国のがん対策と競合するものではない。医療を代替するものでもない。医療が最大限に機能するための生活側インフラを整える補完的基盤として位置づけられる。医療判断は医療従事者が担う。一方で、生活・制度・就労・家計・情報整理とい

う領域は、これまで制度的空白が存在してきた。本計画は、その空白を専門職ネットワークと制度設計によって埋める試みである。

2030年に向け、本協会は累計資格取得者数2万人から4万人体制の構築を目標とする。しかし、規模の拡大自体が目的ではない。量的拡大と質的担保を両立し、ACFP40%、ECFP5%という専門職構造を維持しながら、社会的信頼に足る専門職基盤を確立することが本質である。規模の拡大に比例して統治機能と倫理管理を強化し、公益団体としての責任を自覚的に果たす。

第一期計画は、制度基盤確立期、社会実装拡張期、高度化・社会基盤化期という三段階を経て、理念を制度へ、制度を社会実装へ、そして社会基盤へと進化させることを目指す。その過程において、本計画は固定的文書ではなく、環境変化と検証結果に応じて更新され続ける動的戦略である。「Financial Toxicity から、すべての人を解放する。」この Mission は理想ではなく、実装対象である。本計画は、その実装の第一歩である。医療の外側に立ちながら、医療を支える生活基盤を整備する専門職ネットワークを社会インフラへと昇華させることが、本協会の歴史的責務である。

第一期計画は、その出発点である。