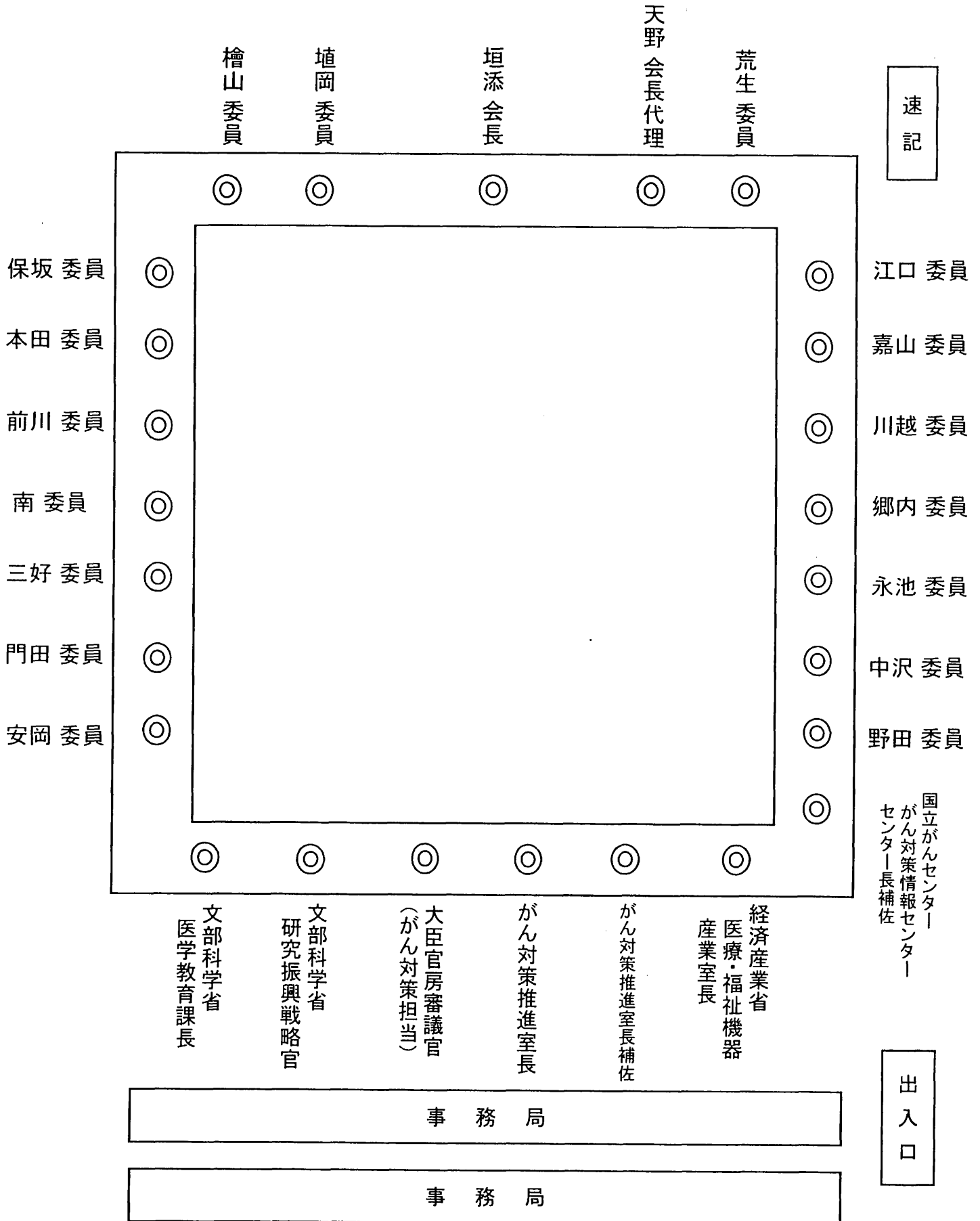


第13回 がん対策推進協議会

座席表

平成22年5月28日(金) 13:00~
ホテルはあといん乃木坂 B1Fフルール



(傍 聴 席)

がん対策推進協議会委員名簿

平成22年5月28日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
あらお かよ 荒生 佳代	山形県酒田市健康福祉部健康課主任
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
◎ かきぞえ ただお 垣添 忠生	財団法人日本対がん協会会長
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
ごうない じゅんこ 郷内 淳子	カトリアの森代表
ながいけ きょうこ 永池 京子	社団法人日本看護協会常任理事
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	財団法人癌研究会癌研究所所長
はにおか けんいち 埴岡 健一	特定非営利活動法人日本医療政策機構理事
ひやま えいそう 檜山 英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
みなみ ひろのぶ 南 博信	国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授
みよし あや 三好 綾	特定非営利活動法人がんサポートかごしま代表
もんでん もりと 門田 守人	国立大学法人大阪大学理事・副学長
やすおか ゆりこ 安岡 佑莉子	特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長

◎・・・会長、○・・・会長代理

(50音順、敬称略)

第13回がん対策推進協議会議事次第

日時 平成22年5月28日(金)

13:00～16:00

場所 ホテルはあといん乃木坂 B1F フルール

【大臣官房審議官挨拶】

【協議事項】

がん対策推進基本計画中間報告について

【資料】

がん対策推進基本計画中間報告書(案)

添付資料1 がん対策推進協議会委員名簿

添付資料2 がん対策推進協議会開催状況

添付資料3 がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール

添付資料4 がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況

添付資料5 がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題一覧

添付資料6 がん対策推進基本計画に掲げる個別目標(がんの早期発見)

【参考資料】

参考1 都道府県がん対策推進計画等策定状況

参考2 緩和ケア研修会修了証書の交付枚数

参考3 がん登録における課題と対応策(案)

がん対策推進基本計画 中間報告書
(案)

平成22年〇月〇日
厚生労働省

【目次（案）】

- 第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨
- 第2章 中間報告の目的と検討経緯
 - I 中間報告の目的
 - II 中間報告の検討経緯
- 第3章 中間報告
 - I 全体目標に対する進捗状況と今後の課題等
 - 1 がんによる死亡者の減少
 - 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上
 - II 重点的に取り組むべき課題
 - III 分野別施策の個別目標に対する進捗状況と今後の課題等
 - 1 がん医療
 - ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
 - ②緩和ケア
 - ③在宅医療
 - ④診療ガイドラインの作成
 - 2 医療機関の整備等
 - 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供
 - 4 がん登録
 - 5 がんの予防
 - 6 がんの早期発見
 - 7 がん研究
 - 8 その他
- 第4章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項
 - 1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
 - 2 都道府県による都道府県計画の策定
 - 3 関係者等の意見の把握
 - 4 がん患者を含めた国民等の努力
 - 5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
 - 6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価
 - 7 基本計画の見直し
- 第5章 終わりに

- 添付資料 1 がん対策推進協議会委員
- 添付資料 2 がん対策推進協議会開催状況
- 添付資料 3 がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール
- 添付資料 4 がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況
- 添付資料 5 がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題一覧
- 添付資料 6 がん対策推進基本計画に掲げる個別目標（がんの早期発見）

第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨

昭和59（1984）年度から開始された「対がん10か年総合戦略」を始めとして、平成6（1994）年度からの「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年度からの「第3次対がん10か年総合戦略」等、厚生労働省を始めとした政府においてがん対策を実施してきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状や患者からがん対策に係る法律の制定を求める声が上がったことから、超党派の国会議員により法案が提出され、平成19（2007）年4月1日にがん対策基本法（以下「基本法」という。）が施行された。

さらに、基本法第9条第1項において、政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画を策定しなければならないこととされていることから、長期的視点に立ちつつ、平成19（2007）年度から平成23（2011）年度までの5年間を対象とした「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が作成され、基本計画は平成19（2007）年6月に閣議決定されている。なお、基本計画は、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

第2章 中間報告の目的と検討経緯

I 中間報告の目的

基本計画に定める目標等を確実に達成するため、基本計画の進捗状況を把握することが極めて重要との考えから、がん対策推進協議会の意見を聴きながら検討し、中間報告を行う。

II 中間報告の検討経緯

中間報告を行うに当たって、がん対策推進協議会において、専門家及び関係者からの意見を聴取し、検討を行った。

なお、平成22年4月に設定した厚生労働省における組織目標においても、総合的ながん対策の観点から、がん予防、検診率の向上、がん医療の均てん化の促進等を図るため、がん対策推進協議会等において、がん患者の方々からのご意見を伺うこととした。

第3章 中間報告

I 全体目標に対する進捗状況と今後の課題等

1 がんによる死亡者の減少

（個別目標）

放射線療法及び化学療法¹の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成等を内容とする「がん医療」を中心としつつ、「がんの予防」、「がん

の早期発見」等、基本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とした。

なお、目標値については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」を今後10年間の全体目標とした。

おって、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」という全体目標を達成するためには、進行・再発がん患者に対するがん医療の更なる充実等を図る必要があるが、これは「5年生存率の改善」にもつながるものと考えられる。

（進捗状況）

基本計画策定の際に得られていた平成17（2005）年のがんの年齢調整死亡率¹（75歳未満）の92.4を100%とすると、平成20（2008）年のがんの年齢調整死亡率（75歳未満）の87.2は94.4%に相当する。

（今後の課題等）

年齢調整死亡率は年々減少しているものの、専門家の多くが目標達成不可能という印象を持っており、専門家の中でも死亡数と年齢調整死亡率の年次推移の区別がついていないとの意見がある。指標の意味合いを正確に伝えるためには、年齢調整死亡率の推移に加えて、死亡数（75歳未満と75歳以上に分けて）の推移も常に提示する必要があるとの意見がある。

なお、75歳未満の年齢調整死亡率は既に述べたとおりであるが、死亡数は、平成17年人口動態統計によると、75歳未満が164,553人、75歳以上が161,373人（年齢不詳15人）であったのに対し、平成20年人口動態統計によると、75歳未満が160,192人、75歳以上が182,748人（年齢不詳23人）であり、75歳以上のがん死亡数は増加しているものの、75歳未満のがん死亡数は減少している。国民に対して更に分かりやすく訴求力がある表示を行うという観点から、目標と現在の数字の差（ギャップ）を、「救えるはずの命」として表示するなど、目標に向けて国民全体が取り組めるようにすべきであるとの意見がある。

一方、平成17（2005）年以降、年率2%程度で年齢調整死亡率は減少しており、20%減少という目標が低すぎるという指摘もある。

¹年齢調整死亡率は、昭和60年当時に、現在の医療提供体制が整備されていたと仮定した場合の10万人当たりの死亡者数から算出した。

確かに、平成17(2005)年の直近10年間に限ると年率2%程度の減少傾向を示しており、目標が低いとの指摘は正しい面もあり、年率2%減少の要因分析を進める必要がある。ただし、イギリスでも10数年で20%減少との目標設定をしていることを考えると、目標を30%から40%程度の減少に引き上げるのは、設定し直す新たな根拠が必要であり、新たな根拠が出てくるまでは、現状の目標維持が妥当との意見がある。

また、諸外国の多くのがん計画では、がん死亡率の減少に加えて、がん罹患率の減少を目標の一つとして設定している。予防の評価には罹患率が必須であり、検診・医療の評価にも、罹患率と死亡率の傾向を比較する必要がある。我が国は、国レベルでの罹患率の測定精度が悪く、年次推移を観察しにくい面もあるが、目標に罹患率を加えることで、更に精度の高い地域がん登録の適切な推進に向けた、予算上及び制度上の包括的な取り組みを行う必要があるとの指摘がある。

さらに、将来的には、都道府県別及びがんの種類別に、罹患率及び死亡率の減少と生存率の向上について目標を設定すべきであるとの意見がある。

2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

(個別目標)

治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とした。

(進捗状況)

この目標達成に向けた進捗状況について把握すべく、厚生労働省研究班において、受療行動調査や患者アンケート調査等を通して評価方法の開発を行い、測定の可能性を検討しているところである。

(今後の課題等)

がん患者の苦痛とは、がんのあらゆる時期に患者が経験する身体的苦痛と心の苦痛等を含む。苦痛の軽減をすることは患者や家族の願いであると同時に、科学的な視点からも対応が求められる。患者の苦痛の軽減に関する適切で測定可能な指標を早期に設定することが必要である。また、この目標の評価に関しては、がんのみならず他疾患や地域の状況等の多くの要因を考慮に入れる必要がある。

また、目標達成に向けては、緩和ケアの推進及び医療と介護の連携等の生活支援が重要である。

なお、家族や遺族の苦悩についての直接的な施策として、次期基本計画（基本計画の見直し・変更をしたもの）において、グリーフケアを家族のケアを推進すべきとの意見がある。

II 重点的に取り組むべき課題

基本計画において重点的に取り組むべき課題とされた「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」及び「がん登録の推進」について、特に積極的に取り組んできたところであるが、各重点課題に係る進捗状況等については、IIIの分野別の個別目標に対する進捗状況等に記載する。

III 分野別施策の個別目標に対する進捗状況と今後の課題等

1 がん医療

①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

(個別目標①)

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院（「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）の別添「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定める都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置することを目標とした。

(進捗状況①)

厚生労働省においては、平成20（2008）年3月、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を見直し、拠点病院の指定にあつては、専門的な知識及び技能を有する医師を始めとした医療従事者の配置や専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置を、都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の指定にあつては、放射線療法部門及び化学療法部門の設置を指定要件とし、放射線療法及び化学療法の推進を図った。

なお、平成20（2008）年3月以前に拠点病院として指定された病院については、これらの指定要件が平成22（2010）年3月まで猶予された。

放射線療法や化学療法を実施するために必要な設備の整備等に資するよう、放射線治療機器のリニアックの緊急整備を、平成19(2007)年度及び平成20(2008)年度において63施設に対して実施した。

平成22年度診療報酬改定においては、放射線療法及び化学療法の推進に係る評価が行われた。具体的には、外来化学療法加算の評価の充実、介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定、放射線治療病室管理加算の引き上げ、抗悪性腫瘍剤処方管理加算の新設等が行われた。

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター(旧国立がんセンターがん対策情報センター。以下「がん対策情報センター」という。)においては、放射線療法や化学療法に従事する医療従事者に対する研修会を実施するとともに、厚生労働省においては、拠点病院の機能強化として研修会に医療従事者が参加して地域の指導者となることに関する経費の補助を行った。また、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランでは、大学院において、放射線療法や化学療法等のがん医療に専門的に携わる医師、看護師等の医療従事者の養成(平成21(2009)年5月時点の受入数:約1,500人)を図っている。

拠点病院においては、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修を実施するとともに、がん診療に専門的に携わる医師がインターネットを利用した学習を可能にする環境の構築を行っている。

これらの取組の結果、平成19(2007)年8月に都道府県を通じて拠点病院の現況を把握したところ、当時の拠点病院286施設のうち、締切期限までに回答があった267施設について、93.2%に相当する249施設においてリニアックを有し、94.4%に相当する252施設が外来化学療法室を有していた。平成22(2010)年4月1日時点では、拠点病院377施設のすべてがリニアック及び外来化学療法室を有している。

放射線療法部門及び化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院は、平成19(2007)年8月時点において、当時のこれらの病院59施設のうち、それぞれ49.2%に相当する29施設であった。平成22(2010)年4月1日時点では、都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院91施設²のすべてが放射線療法部門及び化学療法部門を設置している。

² 地域がん診療連携拠点病院又は都道府県がん診療連携拠点病院として指定された特定機能病院74施設及び特定機能病院ではない都道府県拠点病院17施設。

なお、参考として、平成20年医療施設調査によると、外来化学療法室を有する施設数は1,376で全病院の15.6%に当たり、その病床数は8,775床に及ぶ。

(今後の課題等①)

放射線療法や化学療法を推進する上で、設備面等の量的充足状況の評価だけでなく、手術療法等も含めた集学的治療に係る診療実績や適切な人員配置等、質的な評価を検討する必要がある。したがって、経年的に拠点病院を中心に、詳細な診療実績の調査等を実施し、国民に対して適切な情報提供等を行うことが望ましい。特に、がん難民を減らす観点からも、実際に患者家族が必要と考える情報の提供が重要であることから、患者家族を対象とした、適切な情報提供の項目についての調査等が必要である。

放射線療法及び外来化学療法の実施体制については、現状の把握や将来望ましい医療従事者数の推計を行い、個別に専門性の高い医療従事者の配置を行うとともに、複教科及び多職種で構成されたチーム医療の体制が整備され、患者及びその家族が希望する安全で質の高いがん医療の提供を行う必要がある。そのため、個別の研修事業だけでなく、実践的なチーム医療が展開できることを目的とした研修（チーム医療研修）等を実施し、実際の診療体制の整備を検討する必要がある。

また、拠点病院において専門性の高い人材の適正配置を実現する観点から、まずは拠点病院の機能を明確に設定し、専門知識を有する医師や薬剤師のほか、例えば、がん看護専門看護師やがん治療関連の認定看護師等も含めた適正な人員配置の評価を行う必要がある。これに加えて、拠点病院における人員配置状況の変化を経年的に把握する必要がある。

なお、放射線、化学療法などにおける診療報酬において評価される施設基準を参考として、化学療法、放射線療法等を行う医療機関が当該施設基準を満たすよう促進することにより、がん医療の更なる充実を図るべきとする指摘もあった。

(個別目標②)

抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することを目標とした。

(進捗状況②)

医療上必要な抗がん剤等の医薬品について、我が国の医療現場で早

期に使用できるようにするため、平成19（2007）年4月に策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮し、米国並みとすることを目標とした。具体的には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「総合機構」という。）の新薬審査人員を平成19（2007）年度からおおむね3年間で、112人から286人に増員するとともに、ガイドラインの策定等による審査基準の明確化、国際共同治験の活性化、すべての治験相談にタイムリーに対応できる総合機構の体制の整備等に取り組むことにより、承認審査の迅速化や、承認申請までの期間短縮を図っているところである。

一般に世界で最も早い時期に新薬が上市される米国と我が国における新薬の上市時期の差をもってドラッグ・ラグを試算することとし、ドラッグ・ラグを承認申請時期の差（申請ラグ）と承認申請から承認までの審査に要する期間の差（審査ラグ）に分けて試算した。具体的には、申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との差の中央値を試算した。審査ラグについては、米国食品医薬品庁（FDA）が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査期間の中央値の差を試算した。その結果、ベースラインである平成18（2006）年度においては、申請ラグは1.2年、審査ラグは1.2年で、ドラッグ・ラグは2.4年であった。その後の進捗状況については、平成19（2007）年度においては、申請ラグは2.4年、審査ラグは1.0年で、ドラッグ・ラグは3.4年であり、平成20（2008）年度においては、申請ラグは1.5年、審査ラグは0.7年で、ドラッグ・ラグは2.2年であった。

（今後の課題等②）

ドラッグ・ラグに関して、米国と比較すると、ベースラインである平成18年度から、全体ではやや改善を認めたものの、申請ラグの延長が認められた。ドラッグ・ラグの解消に関しては、総合機構の体制の強化のみならず、メーカー、医療機関、患者等の各当事者が十分に役割を果たせるような包括的な戦略の策定が必要であり、そのためには省庁横断的な体制構築も重要であるとの意見がある。

こうした状況の中、医師主導治験の積極的導入と実施目標を設定すべきであり、企業治験の実施における経費の実態を踏まえて、医師主導治験に対する科学研究費の大幅な増額が必要であるという指摘がある。

文部科学省が助成していたがんトランスレーショナルリサーチのような単施設・少数例（10例未満程度）の医師主導治験は掛かる経費が少額

で済み、既存の科学研究費内での実施が可能であるが、本格的第Ⅱ相多施設共同医師主導治験（症例数は数十例から100例規模）の実施には研究費額の抜本的な拡充が必要との指摘もある。

そのほか、企業からの医薬品等の調達交渉等は、約1年超を要することから、研究期間は5年程度が妥当であるとの指摘や、成功の鍵は医師主導治験の治験調整事務局の練度であるが、すべての医療機関への事務局の整備は難しく、治験中核病院の一部と文部科学省トランスレーショナルリサーチ³拠点に限定して整備することが現実的であると指摘されている。

なお、コンパッションエートユース（人道的使用。基本的に生命に関わる疾患や身体障害を引き起こすおそれのある疾患を有する患者の救済を目的として、代替療法が無いなどの限定的状況において未承認薬の使用を認める制度⁴）等他の救済策の実施目標を提示すべきという指摘に関して、学会、患者団体等から開発の要望のあった抗がん剤等の未承認薬・適応外薬については、平成22年2月から「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」における検討を開始しており、医療上の必要性が高いと評価された場合には、原則として、国が企業に開発の要請を行う予定としている。同会議の検討を踏まえ、更なるドラッグ・ラグ解消に向けた取組が期待される。

また、新薬の審査開始を早める対策が必要であるとの指摘に関して、新薬の審査開始時期については申請者に依存するところが大きいですが、臨床評価ガイドラインの策定、治験相談の充実、国際共同治験の推進等の取組を実施しているところであり、今後、早期化が進むことを期待する。

（個別目標③）

放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとされている。

（進捗状況③）

拠点病院における放射線療法については、5大がんの平均治療人数及び平均治療回数は、平成19（2007）年4月から同年5月までにおける267施設の平均実績が1施設当たり50.2人及び548.4回であったのに対し、平成21（2009）年6月から同年7月までにおける375施設の平均実績は1施設当たり34.4人及び660.3回であった。拠点病院における放射線療法の平均治療人数及び平均治療回数が減少しているのは、平成19（2007）年度から平成21（20

³ 基礎研究の優れた成果を次世代の革新的な診断・治療法の開発につなげるための橋渡し研究

⁴ 社団法人日本薬学会薬学用語解説 <http://www.pharm.or.jp/dictionary/wiki.cgi>

09) 年度の間に放射線療法の治療実績が比較的少ない施設が多く拠点病院の指定を受けたことが影響していると考えられる。

全国の放射線療法の実施施設及び件数については、社会医療診療行為別調査及び厚生労働省保険局医療課調べにより、放射線治療専任加算の算定が、平成19(2007)年度においては438施設、9,017件であったのに対し、平成20(2008)年度においては452施設、11,138件であった。直線加速器による定位放射線治療の算定については、平成19(2007)年度においては159施設、1,361件であったのに対し、平成20(2008)年度においては195施設、319件であった。強度変調放射線治療の算定については、平成20(2008)年度から保険導入され、当該年度においては47施設、4075件であった。

なお、日本放射線腫瘍学会調べによると、放射線治療患者数は増加しているとの報告もある。

拠点病院における化学療法については、外来化学療法加算の平均算定件数は、平成19(2007)年4月から同年5月までの267施設の平均実績が1施設当たり321.2件であったのに対し、平成20(2008)年6月から同年7月までの375施設の平均実績は1施設当たり410.4件であった。

全国の外来化学療法の実施施設及び件数については、社会医療診療行為別調査及び厚生労働省保険局医療課調べにより、外来化学療法加算の算定が、平成19(2007)年度においては1,722施設、91,164件であったのが、平成20(2008)年度において外来化学療法加算1の算定が1,146施設、95,801件、外来化学療法加算2の算定が899施設、18,319件であった。⁵

(その他)

医療従事者の育成に関し、必要数を算定し、不足や偏在を把握して計画的に育成配置をするための「がん医療に携わる医療従事者の計画的育成事業」が、平成22年度において予算化された。本事業の進捗状況に関して、がん対策推進協議会においてモニターすべきとの意見がある。また、専門医制度の改革が行われ、質の担保と必要な数の確保の両立が進むようにすることが重要であるとの意見がある。

②緩和ケア

(個別目標①)

⁵ 外来化学療法加算は、平成20(2008)年度診療報酬改定において、外来化学療法加算1及び2に区分された。

10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標とした。

(進捗状況①)

平成20(2008)年3月に、緩和ケア研修会の質を確保するため、医師が基本的な知識の習得を行い、治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」を策定するとともに、都道府県や拠点病院等において、同指針に則った緩和ケア研修会が実施された。

緩和ケアについての基本的な知識を習得したとして厚生労働省が修了証書を発行した医師は、平成19(2007)年3月末時点ではいなかったが、平成22(2010)年3月末時点では11,254人に上る。

また、平成20(2008)年3月に拠点病院の指定要件を見直し、身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師及び看護師等から構成される緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付けること、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、緩和ケアチーム、主治医、看護師等が参加するカンファレンスの開催、緩和ケアに関する相談等の窓口の設置、緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること等を指定要件に位置付けた。

さらに、緩和ケア研修会の指導者の育成を目的とした研修及び緩和ケアチームに対する研修を、がん対策情報センターにより実施した。

そのほか、がん診療に専門的に携わる医師がインターネットを利用した学習を可能にする環境を構築し、がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術に関する研修の実施や、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会の開催、「医療用麻薬適正使用ガイドランス」の配布を麻薬管理者・麻薬施用者に対して行うとともに、厚生労働省及びがん対策情報センターホームページから入手できるようにした。

なお、平成22年度診療報酬改定においては、「がん性疼痛緩和指導管理料」、「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」及び「がん患者カウンセリング料」について、緩和ケア研修会を修了している医師が治療に携わることが算定条件になった。

(今後の課題等①)

同個別目標においては10年以内の目標達成を掲げているが、運用上5年以内の達成を目指しており、今後ますます研修会の普及を促す必要がある。しかしながら、研修が必要な医療従事者数が記載されていない

ため、計画的な緩和ケア研修の実施に資するよう、平成22年度において、がん医療に従事する医療従事者の実態や、医療の提供を受けるがん患者の方々の状況等を通じて、国・都道府県別にがん医療に携わる医療従事者の必要数や、不足している医療従事者の正確な数を把握することとしている。

さらに、研修会の進捗状況のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価を行うとともに、いわゆる座学中心から実地研修中心に移行すべき等といったがん患者やその家族の意見を研修会の内容に反映させるべきとの意見もある。

(個別目標②)

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を修得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数か所整備することを目標とした。

(進捗状況②)

独立行政法人国立がん研究センター（旧国立がんセンター）及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数は、平成19（2007）年3月末時点ではいなかったが、平成22（2010）年5月末時点においてはそれぞれ836人、445人であった。

また、緩和ケアチームを設置している医療機関数は、平成19（2007）年5月時点において326施設であったが、平成20（2008）年10月時点⁶では612施設であった。

なお、平成19（2007）年5月時点における緩和ケアチームを設置している医療機関数については、同月時点における緩和ケアチームを設置している拠点病院数に、同年7月時点において緩和ケア診療加算を算定している病院数を加え、当該加算を算定している拠点病院数を差し引いたものである。

(今後の課題等②)

平成20年医療施設調査によると、緩和ケアチームを設置している医療機関数は612施設あるが、緩和ケアチームの設置された医療機関の無い医療圏は、349医療圏のうち、92医療圏⁷である。今後、最終報

⁶ 平成20（2008）年医療施設調査

⁷ 医療施設調査のデータを使用し、厚生労働省健康局にて作成。ここにいう「緩和ケアチーム」は、

告に向け、緩和ケアチームの設置の推進に努めなければならない。その際、在宅療養における緩和ケアも推進すべきとの意見がある。

緩和ケアチームや在宅療養を積極的に推進するという視点に立ち、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成も重要である。また、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、在宅緩和ケアに携わる医療福祉機関の3つの役割が連携し、地域において面的な切れ目のない緩和ケア体制を確保できるように、2次医療圏等の地域ごとに計画を立案することが重要であるとの意見がある。

(個別目標③)

医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当でないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとした。

(進捗状況③)

医療用麻薬の消費量は、日本のモルヒネ換算消費量として、平成19(2007)年において3,835kgであったが、平成20(2008)年において4,152kgであった。

(今後の課題等③)

医療用麻薬の消費量のみならず、その使用人数の推移を比較すべきとの意見がある。参考値として、平成20年医療施設調査によると、医療用麻薬の処方を行った施設は、13,258施設⁸であった。

なお、平成20年度診療報酬改定により、「がん性疼痛緩和指導管理料」が新設されたことから、今後最終報告に際しては、「がん性疼痛緩和指導管理料」の算定件数の推移を確認することにより、医療用麻薬の使用状況の把握が可能となる。また、疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用に関する事業の推進の政策強化も重要である。

③在宅医療

(個別目標)

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。

(進捗状況)

平成18(2006)年医療法改正において、医療計画の記載事項に、

緩和ケア診療加算の施設基準を満たさないものも含む。

⁸病院5,434施設、一般診療所7,824施設。

「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。同計画等に基づき、拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した。

また、平成18（2006）年度診療報酬改定においては、新たに24時間の往診及び訪問看護の提供体制を持つ診療所を在宅療養支援診療所と位置付け、手厚い評価を実施した。その結果、在宅療養支援診療所の数は、平成20年7月1日時点において、11,450施設となった。

在宅緩和ケアに関する従事者に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修等を実施した。このほか、静岡市や尾道市において地域の医師会が中心となって在宅医療に係る先進的な取組が行われており、このような好事例を厚生労働省において紹介するとともに、介護関係者も含めた連携体制を地域で構築するための協議会の設置を支援するなど、在宅医療の提供体制の整備に努めている。

さらに、がん診療連携拠点病院等が実施する緩和ケア研修会において、在宅における緩和ケアについても医師等に対して研修を行うとともに、在宅がん患者に対して医師、看護師等のチームで緩和ケアを提供するプログラム開発のための介入研究を行っている。

がん患者の在宅での死亡割合は、平成17（2005）年人口動態統計では、自宅は5.7%、老人ホームは0.5%、介護老人保健施設は0.1%であったのに対し、平成20（2008）年人口動態統計では、自宅は7.3%、老人ホームは0.8%、介護老人保健施設は0.2%であった。

（今後の課題等）

本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある。がん患者の在宅の看取り率は、平成17年から平成20年にかけて1.6%の増加を認めるが⁹、十分に在宅医療が整備されているとは言い難い。「家で看取る」ことを最終目標とするのではなく、あくまで患者の希望する療養の場所を常に提供できる体制が望まれているのであり、例えば、病状の悪化により、結果的に緊急入院することが必要となることも想定される。このため、病院と在宅を支える医療機関等が十分な連携を図って、在宅での療養生活を希望するがん患者が安心して在宅医療を選択できるような医

⁹ 増加は統計学的に有意である。

療提供体制を整備する必要がある。

そのためには、個別目標の視点として、在宅医療の質の評価を行うため、在宅における療養期間や病院からの在宅移行数、連携する在宅療養支援診療所数、訪問看護事業所数、診療報酬上の評価項目である「在宅時医学総合管理料」、「在宅患者訪問看護指導料」、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」等を算定している医療機関数やサービス提供量等、今後新たな評価指標を検討すべきであると指摘されている。また、医療と介護の連携の評価も必要であると指摘されており、適当な指標を検討する必要がある。また、次期基本計画を策定するに当たっては、病院での緩和ケアに加え、在宅での緩和ケアを併せて推進していく必要があり、緩和ケアを提供する在宅医療体制の整備や量的・質的评价についても継続的に検討する必要がある。

また、地域ごとに在宅医療推進協議会等を置き、在宅医療に関する提供者等、関係者と当事者が集まり、地域におけるネットワークを構築することが重要であるとの意見がある。拠点病院に加えて、例えば年間100件程度以上の看取りを行い、地域の診療所等に対する教育機能等も果たすがん拠点診療所を新たに整備すべきといった提案もある。

なお、患者及びその家族の求めに応じ、地域連携クリティカルパス（拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）等を用いた、がん治療に係る在宅医療の提供体制の整備も必要と考えられる。また、こうした医療体制をコーディネートする機能の検討も必要と考えられる。

さらに、今後、都道府県別の在宅看取り率を公表できるよう、検討を行う。

④診療ガイドラインの作成

(個別目標)

科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とした。

(進捗状況)

厚生労働科学研究費補助金の研究班により、診療ガイドラインの作成状況について調査し、診療ガイドラインを作成し、又は更新すべきがんの種類についてリストアップし、これを踏まえて診療ガイドラインの作成・更新を実施しているところである。また、診療ガイドラインや新薬

等の情報を収集し、がん医療についての情報をがん対策情報センターのホームページ等へ掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を迅速化した。

がん対策情報センターの調べによると、作成されているガイドライン数は、平成19（2007）年3月末時点において15であったのに対し、平成22（2010）年1月時点において25であった。また、更新されているガイドライン数は、平成19（2007）年3月末時点において2であったのに対して、平成22（2010）年1月時点において15であった。

（今後の課題等）

がんに関する診療ガイドラインは、学会や研究班等で作成されており、新規に作成されているガイドライン及び更新されているガイドラインの数は増加傾向にある。今後は、補助療法・副作用対策のガイドラインシリーズを策定していくべきとの意見がある。

今後、次期基本計画策定に当たっては、取り組むべき施策として、「診療ガイドラインの作成」にとどまらず、標準治療等質の高い診療の普及を目指すべきである。したがって、作成されたガイドラインを遵守して、標準的ながん治療を行っている医療機関数を把握したり、診療ガイドラインに基づく診療の検証も必要であるとの指摘がある。その際、臨床指標等の収集・分析・開示を行う「ベンチマークセンター」を設置すべきとの意見がある。また、診療ガイドラインの作成に、患者関係者が参加すべきとの意見もある。

2 医療機関の整備等

（個別目標）

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、おおむね1か所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とした。

（進捗状況）

拠点病院については、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を戦略目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」等に基づき、その整備を進めてきたところであるが、基本計画において、更なる機能強化に向けた検討を進めていくなどとされていることから、平成20（2008）年3月に拠点病院の指定要件の見直しを行った。また、医療連携体制の強化を図るため、拠点病院の

全国連絡協議会を実施した。さらに、平成22年度診療報酬改定においては、拠点病院におけるキャンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実を含めて、一層の評価を行うこととされ、「がん診療連携拠点病院加算」が引き上げられた。

なお、平成20（2008）年3月の拠点病院の指定要件の見直しにおいて、我が国に多いがんについて、平成23年10月までに、地域連携クリティカルパスを整備すべきものとした。その整備の促進のため、厚生労働科学研究費補助金の研究班により、全国の拠点病院において活用可能な地域連携クリティカルパスの開発を行っている。また、平成22年度診療報酬改定において、拠点病院と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療の計画をあらかじめ作成し、その計画に基づき連携して治療を行うとともに、適切に情報交換を行うことが評価された。

2次医療圏に対する拠点病院の整備率は、平成19（2007）年5月時点において79.9%（358医療圏に対して286施設）であったのに対し、平成22（2010）年4月時点において108.0%（349医療圏に対して377施設）であった。我が国に多いがんのうち、その一部について地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19（2007）年5月時点において13.6%（拠点病院286施設のうち、39施設）であったのに対し、平成21（2009）年9月時点において26.4%（拠点病院375施設のうち、99施設）であった。一方、我が国に多いがんすべてについて地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19（2007）年5月時点において2.1%（拠点病院286施設のうち、6施設）であったのに対し、平成21（2009）年9月時点において6.7%（拠点病院375施設のうち、25施設）であった。

（今度の課題等）

基本計画に基づき、全国どこでも質の高いがん医療を提供するため、拠点病院の整備を行い、その結果、平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の拠点病院が整備されている。拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある拠点病院がカバーすることとなっていることから、おおむね、すべてのがん患者が拠点病院によりカバーされているといえ、拠点病院の総数は目標値に達している。

一方、拠点病院については、複数の機関で連携して指定要件を満たす病院についても指定を受けることができるようにすべきといった意見や、新たに準拠点病院制度を作るべきといった意見があり、今後、次期基本計画策定に向けて、拠点病院の在り方について、検討を行う必要がある。

その際、拠点病院間のネットワークによる患者カバー率と質の向上の両立、切れ目のない医療連携等、あるべき姿の実現に向けた制度設計が重要である。

また、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会は、その機能を強化するため、医療従事者の育成、緩和ケア、在宅医療、医療機関の整備、相談支援・情報提供、がん登録、がんの予防、がんの早期発見等の分科会を設置し、テーマごとに状況、問題点の共有を図るべきとの意見がある。

今後、次期基本計画を策定するに当たっては、拠点病院における医療の質の評価が必要であり、例えばDPCデータやレセプトデータ等既存データから、「どのような病院でどのようながん治療をしているか」「患者がどのような流れになっているのか」を明らかにし、そこから、今後の課題や評価指標の設定を検討すべきとの意見がある。これらについては、「ベンチマークセンター」を設置して公表すべきとの意見がある。また、医療を受ける患者や家族の視点での満足度調査を行うことが提案されている。

地域連携クリティカルパスは、医療機関の役割分担、連携のツールとして有用であり、積極的に推進すべきであると指摘されているが、未だ拠点病院における整備率は十分ではない。「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」において、拠点病院については、我が国に多いがんについて地域連携クリティカルパスを平成23年10月末までに整備しなければならないこととしていることから、最終報告までには、少なくとも拠点病院における整備は進められることとなる。

なお、各がん種について、治療法別、状態別に多く存在する地域連携クリティカルパスについて、その中で特に策定すべきものを提示できるよう、研究班において検討を行う。また、緩和ケアに係る地域連携クリティカルパスを作成する際には、積極的な疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用についての視点も重要である。さらに、整備された地域連携クリティカルパスの積極的活用の促進とその効果の検証も必要である。

3 がん医療に関する相談支援及び情報提供 (個別目標①)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターをおおむね1か所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することを目標とした。

(進捗状況①)

拠点病院については、相談支援センターの設置を指定要件としていたが、平成20（2008）年3月に指定要件の見直しを行い、相談支援センターの設置に加え、がん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談員を2人以上配置すべきものとした。ただし、平成20（2008）年3月以前に拠点病院として指定された病院については、当該研修を修了した相談員の配置を平成22（2010）年3月まで猶予した。

また、拠点病院に対しては、相談支援センターの機能強化を図るため、これに必要な経費に関する補助を行った。また、がん対策情報センターにおいては、がん相談員研修の実施及び相談支援マニュアルの作成のほか、ホームページや各種イベントによる情報提供等を実施した。

拠点病院の無い空白の医療圏においては、患者及びその家族等ががんに関する相談ができるように、都道府県が自ら指定する拠点病院や相談支援センターの設置に対しても、厚生労働省が補助を行うことができる。

2次医療圏に対する相談支援センターの整備率は、平成19（2007）年5月時点において78.5%（358医療圏に対して281施設）であったのに対し、平成22（2010）年4月時点において108.0%（349医療圏に対して377施設）であった。がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を相談支援センターに配置している拠点病院は、平成19（2007）年4月時点において無かったのに対し、平成22（2010）年4月時点においては377拠点病院すべての相談支援センターにおいて相談員が配置された。

(今後の課題等①)

相談支援センターは、患者及びその家族等の相談窓口として、全国どこでも、がんに対する不安や疑問に適切に対応できるよう、設置することとしており、厚生労働省としては、まずは拠点病院に相談支援センターの設置を求めたところである。平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の相談支援センターが拠点病院に設置されている。拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある相談支援センターがカバーすることとなっていることから、おおむね、現時点においてカバーされているといえ、拠点病院の総数は目標値に達している。

今後、相談支援機能の質の向上が必要であり、研修修了者の質を評価する利用者満足度調査を行うことや、患者の経済的負担と生活に関する相談を強化すること、相談支援センターが患者擁護の趣旨から設置され

ていることを周知徹底すること、相談支援センターを院長直轄的な組織と位置付けることが提案されている。また、相談支援センターの相談員は、異動等に伴う離職率が高く、習熟した相談員が定着し難いという指摘がある。このような状況の中、相談員の質の担保に対する支援や取組を行うことが必要である。

さらに、相談支援センターについては、地域のがん患者及びその家族等と共同で、患者及びその家族を対象とするピアサポートを行い、これを国として推進すべきという意見がある。その際、医療従事者等のプロ・サポーターとピア・サポーターの交流や相互啓発活動も重要であり、体と心の痛みの軽減を支援できるプログラムを開発し、実施することが望ましいとの意見がある。そのほか、地域統括相談支援センターの設置や、がん経験者支援部の設置による長期生存者（サバイバー）の相談支援も必要との意見がある。

さらに、相談支援機能は相談支援センターのみならず診療現場においても適切に行われるべきとして、チーム医療による情報提供と相談支援を強化すべきとの意見がある。

(個別目標②)

がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させることを目標とした。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とした。

(進捗状況②)

がん対策情報センターにおいて、小児がんを含む各種がんに関するパンフレットを作成した。パンフレットの作成に当たっては、編集委員会を設置し、患者・市民パネル、専門家パネルによる査読を行った。パンフレットは拠点病院、都道府県、日本医師会等を通じて医療機関へ配布するとともに、保健所、公共図書館等の公共機関へも配布した。

がん対策情報センターが作成したパンフレットの種類は、平成19（2007）年4月時点において4種類であったのに対し、平成22（2010）年3月時点において46種類であった。これらパンフレットは、がん対策情報センターのホームページに掲載されるとともに、がん対策情報センターから拠点病院等に対して配布され、さらに、拠点病院から該当医療圏の医療機関に配布された。

がん患者にとって必要な情報を取りまとめた患者必携については、が

ん対策情報センターが平成21年6月試作版を作成し、患者等の意見を反映し、修正を加えた上で、平成22年度から、がん対策情報センターのホームページに掲載するとともに、配布を開始する予定である。

(今後の課題等②)

がん対策情報センターが作成するパンフレットの種類は着実に増加しており、また、パンフレットや患者必携等はホームページに掲載され、誰でも入手可能となり、情報提供が進んでいる。今後は、患者が必要とするがん情報や提供方法を定期的にモニタリングすることにより、提供する情報や提供方法を見直すことが重要であり、これに伴い情報提供に関する指標の再検討が必要との意見がある。そのためには、患者や国民の視点に沿った情報や提供媒体を増やすため、情報の作成プロセスに、患者及びその家族を始めとする国民の意見を取り入れる活動を推進すること、がん対策情報センターの提供する「がん情報サービス」ホームページの認知率をあげることが重要であるとの意見がある。その際、がん患者の意向を踏まえると、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるようにするための相談支援及びその情報提供を行うためのサポートセンターの設置並びに地域の療養情報の提供が重要であるとの意見がある。

(個別目標③)

拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させることを目標とした。

(進捗状況③)

拠点病院に毎年診療実績等に関する現況報告書を提出することを求め、当該情報をごん対策情報センターにおいて公表している。

がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目は、平成19(2007)年4月において44項目であったのに対し、平成22(2010)年4月において452項目となっている。

(今後の課題等③)

拠点病院の施設別の機能や診療アウトカム情報について、より分かりやすく検索・比較可能な情報の提供方法を検討すべきとの指摘がある。

がん治療や療養に関する、信頼性や科学的根拠に乏しい情報の発信や広告について、何らかの規制等の在り方について検討する必要があるとの意見がある。

4 がん登録

(個別目標①)

院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況等）を把握し、その状況を改善することを目標とした。

（進捗状況①）

拠点病院の指定要件を平成20（2008）年3月に見直し、院内がん登録の集計結果等ががん対策情報センターに情報提供すべきものとした。ただし、平成20（2008）年3月以前に拠点病院として指定された病院については、平成22（2010）年3月まで猶予した。

また、院内がん登録の機能強化を図るため、これに必要な経費に関する補助を行うとともに、地域や全国レベルで拠点病院における正確ながん診療の実態を把握するための整備を行い、その実態に関する情報を拠点病院等へ提供した。精度の高いがん登録を実施するため、がん対策情報センターが拠点病院の院内がん登録の現況調査を実施し、その結果を踏まえ、拠点病院等に対する支援策について検討し、拠点病院等におけるがん登録関連業務の現地指導を実施した。

平成19（2007）年8月時点での院内がん登録の実施状況調査においては、242の拠点病院ですべてのがんを対象とした標準的な院内がん登録が実施され、平成21（2009）年12月時点における院内がん登録の実施状況調査においては、366の拠点病院で標準的な院内がん登録を実施しており、院内がん登録実施医療機関数は着実に増加している。一方、生存率等の計測に必要な、外部照会を含めた予後調査については、平成19（2007）年及び平成21（2009）年のいずれの調査でも、74.1%（拠点病院375病院に対して278病院）の拠点病院で実施されておらず、大きな課題として残っている。

（今後の課題等①）

院内がん登録については、拠点病院の増加に伴い、実施医療機関数は増加している。今後の課題として、外部照会を含めた予後調査の実施が低率であり、早急に体制を構築しなければならない。また、院内がん登録の精度向上につながることを期待されるため、院内がん登録の施設別データを公開することを検討すべきとの意見がある。

（個別目標②）

すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することを目標とした。

（進捗状況②）

拠点病院の指定要件を平成20（2008）年3月に見直し、がん対策情報センターによる研修を受講した専任のがん登録の実務を担う者を配置すべきものとした。

がん対策情報センターによる研修は、院内がん登録に関し、その実務を担う者を対象に実施しており、その修了者数については、初級者研修会は平成20（2008）年度が485人、平成21（2009）年度が1,133人であり、中級者研修会は平成20（2008）年度が83人、平成21（2009）年度が75人、指導者研修会は平成20（2008）年度が32人、平成21（2009）年度が23人であった。

がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録の実務を担う者を配置している拠点病院は、平成20（2008）年3月時点において55.4%（拠点病院267施設のうち、148施設）であったのに対し、平成22（2010）年4月には拠点病院377施設のすべてにおいて当該研修を修了したがん登録の実務を担う者が配置された。

（今後の課題等②）

院内がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することについては、拠点病院の指定要件を平成20（2008）年3月に見直したことにより、平成22年4月にはすべての拠点病院に研修修了者が配置されたところであるが、今後は、研修内容の評価が必要である。

（個別目標③）

がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめることを目標とした。

（進捗状況③）

がん登録に対する国民の認知度について調査するため、平成19（2007）年9月及び平成21年9月に世論調査を実施した。平成19年（2007）9月の世論調査によると、がん登録を知っているかという問に対し、「よく知っている」又は「言葉だけは知っている」と答えた者の割合は13.4%であったのに対し、平成21（2009）年9月の世論調査によると、13.6%であった。

地域がん登録については、平成19年4月時点において実施自治体数が35道府県1市であったのに対し、平成22年5月時点において、38道府県1市において実施されているが、主治医の篤志協力に依存した制度であるため登録漏れが多数存在する等の今後の課題がある。

また、地域がん登録、院内がん登録及び臓器がん登録のがん登録の課題及びその対応策については、厚生労働科学研究やがん研究助成金の研究班において取りまとめられた。

(今後の課題等③)

がん登録の認知度は低く、今後がん登録の認知度向上のための施策の検討が必要との意見がある。

また、がん登録の法制化の検討も含めた在り方については、研究班でとりまとめられた課題及び対応策について、国において検討する必要がある。

さらに、次期基本計画においては、地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録に関し、それぞれの整備計画と目標を明記することが重要であるとの意見がある。

5 がんの予防

(個別目標①)

発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策について、すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること、さらに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とした。

(進捗状況①)

たばこの受動喫煙防止対策の重要性等の正しい知識の普及のために、平成21年度については、5月23日に京都で、5月31日に東京で計2回のシンポジウムを行うとともに、啓発用ポスターの作成するなどした。また、地方自治体の申請に基づき、地方自治体が行う地域の実情に合わせたたばこ対策に対し、平成21年度は48,358千円の国庫補助を行った。さらに、平成20(2008)年度から開始された、正しい健康情報の発信、生活習慣を改善するための専門プログラム等の提供を行うための健康増進総合支援システムの運用を行った。そのほか、「がん予防重点健康養育及びがん検診実施のための指針について」(平成20年3月31日付健康発第0331058号厚生労働省健康局長通知)において、予防健康教育の対象に、胃がんと喫煙等との関係の理解等についてを追加した。

また、平成21年3月に「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」が取りまとめられたことを踏まえ、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性等について、平成22年2月に健康局長通知により指針

を示したところである。

さらに、職場における受動喫煙防止対策について、平成21年7月から「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」において、有識者による検討を行い、平成22年5月に今後の職場における受動喫煙防止対策の基本的な方向性等について、報告書が取りまとめられたところである。

喫煙が及ぼす健康影響に関する十分な知識の普及については、平成15(2003)年及び平成20(2008)年国民健康・栄養調査によると、それぞれ87.5%が肺がんに対する健康影響を知っていると回答した。

未成年者の喫煙率は、平成16年度の厚生労働科学研究の研究班の調査によると、男性(中学1年)3.2%、男性(高校3年)21.7%、女性(中学1年)2.4%、女性(高校3年)9.7%であったのに対し、平成20(2008)年度の厚生労働科学研究の研究班の調査によると、男性(中学1年)1.5%、男性(高校3年)12.8%、女性(中学1年)1.1%、女性(高校3年)5.3%であった。

なお、たばこについては、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があるため、平成22年度税制改正において、1本当たり3.5円の税率引き上げを行うこととした。

(今後の課題等①)

発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策についてより強力に推進する必要があるが、まずは国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識することが重要である。国民健康・栄養調査によると、既に高い割合の国民が喫煙の健康影響について認識しているが、更に認識を深めるために、たばこの包装への害の説明をより説得力のあるものにすることを提言すべきとの意見がある。

また、喫煙の害については学習指導要領において取り上げられており、未成年者の喫煙率は低下傾向にあるものの、「未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること」という個別目標を達成できなかったことから、禁煙対策の更なる推進が必要との指摘がある。あわせて、未成年に接することの多い大人に対する喫煙調査の実施を検討すべきとの意見がある。

そのほか、たばこ税の増税を今後引き続き継続して、先進国並みとすべくがん対策推進協議会として要請すべきとの意見がある。また、禁煙

や分煙対策をしている事業所、公共の施設の実施状況について情報収集に努める必要がある。

なお、神奈川県の実施状況を参考に、受動喫煙防止対策を国レベルで進めるべきとの意見があるが、先般、健康局長通知により受動喫煙防止対策の実施状況についての指針を示しており、まずは、その実施の実態を把握し、その結果を受けて検討していくこととしている。

そのほか、次期基本計画等において、喫煙率の目標値を定める必要があるとの意見がある。

(個別目標②)

健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」等为目标とした。

(進捗状況②)

野菜の摂取量については、成人1日当たりの平均摂取量が、平成18(2006)年国民健康・栄養調査によると、303gであったのに対し、平成20(2008)年国民健康・栄養調査によると、295gであった。成人1日の食事において、果物類を摂取している者の割合については、平成16(2004)年国民健康・栄養調査によると、63.5%であったのに対し、平成18(2006)年国民健康・栄養調査によると、60.0%であった。1日当たりの平均脂肪エネルギー比率については、20～40歳代において、平成16(2004)年国民健康・栄養調査によると、26.7%であったのに対し、平成18(2006)年国民健康・栄養調査によると、27.1%であった。

(今後の課題等②)

「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」については、食育との共同推進が重要である。また、がんを予防することについて科学的根拠が蓄積されている運動についても、推進方策を検討すべきとの意見があり、今後基本計画を見直す際には検討する必要がある。

(その他)

子宮頸がん予防ワクチンが平成21年10月に承認され、12月から販売を開始している。

6 がんの早期発見

(個別目標①)

がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とした。

（進捗状況①）

がん検診受診率50%に向けた取組を検討し、平成20（2008）年10月には、がんに関する普及啓発懇談会を設置して、国・自治体・企業・検診機関・患者団体等が一体となった、がん検診受診率向上に向けた広報を全国展開した。

さらに、平成21年度から、がん検診の受診率向上に向けた取組をより一層進めるため、以下の取組等を行った。

- がん検診50%推進本部の設置
- がん検診に係る地方交付税の大幅な拡充
- 約740万人の女性に対し、子宮頸がん検診及び乳がん検診の無料クーポン券及び検診手帳を配布する女性特有のがん検診推進事業の実施
- がん検診50%集中キャンペーン期間の設定とがん検診50%推進全国大会の開催
- 働く人の検診率を上げるため、がん検診に理解の深い企業等との連携（通称：「がん検診企業アクション」）
- かかりつけ医が患者に対してがん検診を受診勧奨するためのハンドブックを作成するなどして、医師から患者への受診勧奨の推進

がん検診の受診率は、平成16（2004）年6月に実施した国民生活基礎調査によると、男性は胃がん27.6%、肺がん16.7%、大腸がん22.2%、女性は胃がん22.4%、肺がん13.5%、子宮がん20.8%、乳がん19.8%、大腸がん18.5%であったのに対し、平成19（2007）年6月に実施した国民生活基礎調査によると、男性は胃がん32.5%、肺がん25.7%、大腸がん27.5%、女性は胃がん25.3%、肺がん21.1%、子宮がん21.3%、乳がん20.3%、大腸がん22.7%であった。

なお、国民生活基礎調査は、職域で行う健診や人間ドック等を含んだがん検診受診状況を調査しているものであり、全国約76万人を調査対象として、調査員配布による自計・密封回収方式により実施されているが、同じく、職域で行うがん検診や人間ドック等を含んだがん検診受診率を調査するものとして、全国約3千人を調査対象とし、調査員による個別面接聴取方式により実施している世論調査（内閣府実施）があり、これによると、平成19年9月において、男性は胃がん40.5%、肺

がん45.6%、大腸がん35.1%、女性は胃がん32.8%、肺がん37.0%、子宮がん39.0%、乳がん37.4%、大腸がん32.5%であったのに対し、平成21(2009)年9月において、男性は胃がん42.3%、肺がん44.7%、大腸がん35.3%、女性は胃がん32.9%、肺がん40.1%、子宮がん37.2%、乳がん35.7%、大腸がん31.3%であった。

また、市町村が行うがん検診の受診率については、平成18年度地域保健・老人保健事業報告と、胃がん12.1%、肺がん22.4%、子宮がん18.6%、乳がん12.9%、大腸がん18.6%であったのに対し、平成20年度地域保健・健康増進事業報告によると、胃がん10.2%、肺がん17.8%、子宮がん19.4%、乳がん14.7%、大腸がん16.1%であった。

なお、これらの検診受診率については、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」(平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知。以下「検診指針」という。)で定められている年齢及び受診間隔を考慮して計算したものである¹⁰。

(今後の課題等①)

がん検診の受診率は、国民生活基礎調査によると、胃がん、肺がん、大腸がんにおいては増加傾向がみられたが、子宮がん、乳がんについてはその程度が低い。国民生活基礎調査によるがん検診受診状況は、3年ごとに6月に実施され、基本計画は平成16年国民生活基礎調査結果を踏まえて策定されている。平成19年国民生活基礎調査は基本計画が閣議決定された6月に実施されたことから、基本計画策定後のがん検診受診率の推移は、平成22年国民生活基礎調査の結果を待って評価することになる。

なお、がん検診の受診率について、職域での受診率を別に計上すべきであり、市区町村のがん検診と職域でのがん検診のそれぞれについて受診率向上策を推進すべきとの意見がある。具体的には、市区町村の実施するがん検診に関しては地方交付税が適切に使われているか調査すべきであり、職域で実施されるがん検診に関しては特に中小企業のがん検診実施率が低いことを踏まえた方策を検討すべきとの指摘がある。

なお、市町村の検診を呼び掛けても、「がん検診は労働安全衛生法で義務付けられていないので、実施勧奨等の働きかけはしていない」という

¹⁰ 平成16(2004)年及び平成19(2007)年国民生活基礎調査においては、過去1年間の受診状況を調査したものである。(子宮がん検診及び乳がん検診については、検診指針には原則として2年に1回受診とされている。)

職域関係者の声や、仕事が休めないなどの理由で受診につながらず、また、その従業員が退職しても、「今までがん検診を受診していないから、今後も受けなくてもよい」とする声等も聞かれるため、市区町村のがん検診の実施主体と職域のがん検診の実施主体との連携が重要であると指摘されており、国として、職域も含めたがん検診の受診勧奨について普及啓発が重要である。

今後、がん検診受診率に加えて、普及・啓発活動について個別目標を設定してはどうかという指摘がある。諸外国に比べ、日本のがん検診受診率が低い理由に、がん検診の重要性が国民に十分理解されていないことが理由の1つと考えられるとの指摘がある。特に、小中高校生に対するがんに関する教育の効果的推進、検診を受診していない成人に対する「がん検診企業アクション」等の取組強化等が必要であり、これらに対する普及啓発に関する評価指標を定めてはどうかという協議会委員からの提案もある。

平成19年9月及び平成21年9月に実施された世論調査において調査されたがん検診受診率は、調査対象者及び調査方法が国民生活基礎調査と異なるため、一概に比較できるものではなく、国民生活基礎調査の結果よりも高い受診率を示している。世論調査において、経年的にがん検診受診状況に明らかな改善は認められず、基本計画に定めた目標である50%には及んでいない。しかしながら、平成21年世論調査によると、97.4%の者ががん検診は重要であると回答しており、今後、いかに行動変容を促すかが重要である。

なお、平成18年度地域保健・老人保健事業報告及び平成20年度地域保健・健康増進事業報告によると、胃がん、肺がん、大腸がんにおいて、検診受診率が低下している。平成20年度から従来の基本健診がいわゆるメタボ健診（特定健診）に変更されたことに伴うものではないかとの指摘が従前からされており、実証的に確認されたわけではないものの、その実施体制等について把握に努める必要がある。

このような状況から、受診率向上をより強力に進めるためには個人への受診勧奨システムの確立に取り組むべきとする指摘があり、ヨーロッパ等の組織型検診での基本体制である網羅的な名簿に基づく個別受診勧奨の体制を整えるなど、実際に受診に結びつく受診勧奨ツールを研究により開発して用いる必要がある。このため、現在実施されている女性特有のがん検診推進事業に関しては、個人への受診勧奨とその効果について再評価するなど、研究班等での検討が必要である。今後、名簿を活用した個別勧奨等による受診率の向上を目指した普及啓発事業も併せて推進することが重要である。

また、今後は、検診指針に基づいたがん検診の推進を目的として、実施主体である自治体関係者や検診を実際に実施する検診機関に対して、がん検診の受診勧奨に関するハンドブック等を用いた普及啓発を始め、がん検診をもっとよく知ってもらうための研修等の検討を行う必要がある。

さらに、国全体の受診率の網羅的な把握のために、医療保険の予防給付等がん検診体制の制度変更も含めた検討が必要との指摘や、根拠法を健康増進法からがん対策基本法に変更し、所管をがん対策推進室に変更してはどうかという指摘もある。

検診受診率50%の目標については、これまでの対策のみで達成できるかどうか予断を許さない状況であるため、さらに検診受診率を向上させるために、がん対策推進協議会等の関係者の意見を聴きながら、関係者が一丸となって、一層の努力を図る必要がある。

(個別目標②)

すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とした。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとした。

(進捗状況②)

今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方を検討し、その結果を踏まえ、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知）の別添）等を策定した。

また、「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（平成20年3月31日付け健総発第0331012号厚生労働省健康局総務課長通知）において、生活習慣病検診等管理指導協議会の下に各がん部会（胃がん部会等）を設置し、生活習慣病検診等従事者講習会等の各種講習会等の実施、事業評価及び精度管理等の実施を行った。

さらに、がん検診精度管理を向上させるため、検診機関の設置基準や実施担当者の習熟度等のプロセス評価、及び受診率、要精密検査率、がん発見率等の数値基準等のアウトカム評価等を推進するための検討会を

開催した。なお、市町村が実施するがん検診については、各実施機関ごとの受診者数、要精密検査率等のデータが把握できていないことから、都道府県においてがん検診実施機関の個別データを収集してデータベースを構築する体制を事業化した。また、乳がん検診に用いられるマンモグラフィの精度管理に関しては、読影技術の補完としてCAD(Computer Aided Design: コンピューター支援設計システム)を導入し、見落とし等の件数を削減し、検診精度管理の向上を図った。さらに、これまで検診体制確立のため、読影医師等の研修に取り組んできたところであるが、これらの研修を受けた者を含め、更にレベルアップさせるための上級研修を実施し、より精度の高いマンモグラフィの実施を推進した。これに加えて、読影による診断に困難な事例がある場合等、より読影力のある読影医師のいる病院等へデータで送受信し、的確な助言・指導を受けることができるよう診断支援を行った。

厚生労働科学研究によると、事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体は、平成19(2007)年度において、胃がん検診57.9%、大腸がん検診53.6%、肺がん検診50.8%、乳がん検診55.7%、子宮がん検診54.8%であったのに対し、平成21年(2009)年度において、胃がん検診は56.5%、大腸がん検診は53.5%、肺がん検診は53.9%、乳がん検診は54.4%、子宮がん検診は56.5%であった。なお、平成21(2009)年度調査では、回答の正確性を担保するために回答基準を平成19(2007)年度調査より厳しく設定しており、前回調査と単純比較はできない。また、検診指針どおりにがん検診を実施している市町村の割合は、平成18(2006)年1月の調査によると、胃がん99.7%、子宮がん99.6%、肺がん90.1%、乳がん83.5%、大腸がん98.9%であったのに対し、平成20(2008)年1月の調査によると、胃がん97.8%、子宮がん93.9%、肺がん92.3%、乳がん87.9%、大腸がん97.8%であった。

(今後の課題等②)

がん検診によるがん対策の成果を上げるためには、科学的根拠(有効性)に基づいた検診を推進することが重要であるが、精度管理・事業評価を適切に実施している市区町村の割合は60%程度にとどまり、十分に実施されていないという指摘がある。今後、継続的に現状把握に努めるとともに、科学的根拠に基づいたがん検診の推進を行う必要がある。

また、エビデンスに基づいたがん検診に係るガイドラインの作成と活用が不可欠であり、その作成・更新を行っていくと同時に、作成されたガイドラインを、国としてオーソライズする仕組みの必要性が指摘されている。なお、海外の成功事例に倣い、がん検診事業の一部として継続

的にがん検診の精度管理・事業評価を行うべきであり、がん検診に係る管理体制の整備に関して再検討すべきという指摘があった。

さらに、乳がん検診における視触診検査・マンモグラフィ等、各種がん検診の有用性について再評価を行い、エビデンスに基づいた検診の実施状況の評価が必要であるとの指摘や、がん検診によるがん発見率や発見に伴う一人当たりの経費等、精度管理や費用対効果等に対する評価の検討等が必要であるとの指摘、また、精度管理に用いる指標として推定追加救命数も算定すべきとの指摘がある。今後、研究班等でがん検診に対する検証や再評価等を行っていく必要がある。

そのほか、検診の効果と限界及びデメリットに関しても受診者に対して十分に説明した上で、検診の受診勧奨を行うことが必要であり、それらを記載した標準説明書を作成すべきとの指摘がある。

7 がん研究

(個別目標)

がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進していくことを目標とした。

(進捗状況)

厚生労働省においては、厚生労働科学研究によりがんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進するとともに、がん対策情報センターによる多施設共同臨床試験を支援した。また、文部科学省では、平成19(2007)年度から開始した橋渡し研究支援推進プログラム等において、がん等の有望な基礎研究の成果の実用化に向けた取組を推進した。さらに、経済産業省における「分子イメージング機器研究開発プロジェクト」及び「インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト」については厚生労働科学研究費補助金(医療機器開発推進研究事業)と一部連携し、産官学が連携した事業支援(マッチングファンド)を行った。

研究費関連予算額については、平成18(2006)年度において厚生労働省83億円、文部科学省151億円、経済産業省98億円であったのに対し、平成22(2010)年度において厚生労働省61億円、文部科学省152億円、経済産業省7.1億円であった。

(今後の課題等)

一定の研究予算による支援が行われ、基礎研究を中心に優れた研究が

推進されている。ただし、その結果が、必ずしも新規がん医療の開発や革新的予防法の確立等につながっておらず、効率的にがん対策に資するものとなっていない点が問題であるという指摘がある。このため、より一層の研究予算の充実と、多彩ながん研究の分野に対応した研究の進展に関する正確でわかりやすい評価指標を示すことが必要であるとの指摘がある。

このため、基本計画におけるがん研究の個別目標を一層推進するためには、がん対策推進協議会と連携するがん研究に特化した国家戦略的調整機能が不可欠であるとの指摘がある。国内のがん研究全体を俯瞰すると同時に、がんの種類や研究フェーズ（基礎、トランスレーショナルリサーチ及び臨床研究等）ごとに、がん研究の推進状況を把握し、それに基づいて明確な国家レベルのがん研究戦略を立案し、これを省庁横断的に推進するとともに、様々な機関における研究内容を把握し、各研究機関の役割分担を明確にすべきとの指摘がある。

また、文部科学省が、従来のように生命科学に基づくがんの基礎研究をしっかりと推進すると同時に、その成果を新たながん医療の開発に効果的につなげるべく努力すべきとの指摘があり、文部科学省に設置されたがん研究戦略作業部会において、文部科学省として総合的・戦略的にがん研究を進めるための今後の方策を現在検討中である。平成22年3月に中間とりまとめを行い、同年6月中を目途に最終報告書を取りまとめる予定である。

このほか、がん研究の推進体制を強化するため、優れた基礎研究の成果をシーズとして、医薬品・医療機器の開発を通じ、基礎と臨床の間の「死の谷」を乗り越え、がん医療のイノベーションを起こす研究・開発機能の強化が必要である。

また、がん研究の成果ががん対策の事業等に結びつくよう、がん研究の成果発表会に、がん対策推進協議会の委員が参加すること、がん研究という専門的分野に、患者・市民の視点を入れること等の新たな提案がある。

さらに、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業については、平成18年度から平成21年度まで国立がんセンター（当時）が研究費配分機関としてその機能を果たしていたが、平成22年4月の独立行政法人化に伴い、厚生労働省が研究費を配分することとなった。公平、中立で開かれた研究費配分機関を確立することが重要であるとの意見がある。

第4章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

がん対策を実効あるものとして総合的かつ計画的に展開していくためには、国及び地方公共団体を始め、関係者等が一体となって取り組む必要がある。がん対策推進協議会等には関係学会からの推薦者が参画し、関係学会との有機的連携・強力が図っているところである。今後、医療従事者の育成に当たっては、関連学会のプロフェッショナリズムに基づく自律的な育成との連携が不可欠である。また、学会は、患者団体や関係団体との協力により、解説資料の作成等を通じて、がん患者やその家族における診療ガイドラインへの理解を助けることができるように努めることとされており、その取組はがん対策情報センターのホームページ等により一部取り組まれているものの、更なる推進が期待される。

2 都道府県による都道府県計画の策定

国が作成した基本計画を踏まえ、平成19年度中に都道府県計画を策定したのは38都道府県である。平成21年11月に、全ての都道府県においてがん対策推進計画が策定され、また計画を実施するための具体的な対処方針を定めた「がん対策推進計画を推進するための都道府県の主な取組」（通称「アクションプラン」）は38都道府県（平成22年5月27日現在）において策定された。

なお、都道府県計画等策定にあたり、がん患者及びその家族又は遺族の視点も踏まえることが重要であるとされているにもかかわらず、十分に患者等の視点を反映できていない例もあるとの指摘がある。

3 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、関係者等の意見を集約し、これらのがん対策に反映させていくことが重要である。がん対策推進協議会が、関係者等の意見をまとめた提案書を提出した。これを踏まえ、国、都道府県、市町村といった関係者がより強力に連携し総力を上げ、がん対策を充実強化することが重要である。また、各地域において、がん患者等ががん対策の政策決定に参画する機会が広まってきているものの、地域によってその取組に強弱があるとの指摘がある。今後、各都道府県等においては、患者の主体性を尊重したがん対策の更なる推進が望まれている。

4 がん患者を含めた国民等の努力

基本計画においては、がん患者を含めた国民が、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣とがんとの関係についての知識を得ることに努めるとともに、がん検診を受診するように努め、これらがん対策について主体的かつ積極的に活動する必要があるとされている。生活習慣とがんとの関係についての知識の習得については、主体的かつ積極的な活動がみられる

ものの、検診の受診については未だ課題が山積している。また、ドラッグ・ラグ解消に向け、治験や臨床試験への国民の参加を促す広報活動を、がん患者を含めた関係者が協働して展開することが望まれる。

5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化

基本計画においては、がん対策の総合的かつ計画的な推進に資するよう、より効率的な予算の活用を図ることとされている。がん対策推進協議会においては、厚生労働省の予算のみならず、関係省庁の予算についても議論を行っているが、今後引き続き、関係府省の連携強化・重複排除を図ることが重要である。

6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、その進捗管理を行うことが極めて重要であるとされている。これを踏まえ、厚生労働省においては、関係省庁の取組もとりまとめ、基本計画の中間報告を行う。

7 基本計画の見直し

基本計画に記載されていないものの、重要な視点であり、今後取り組むべき事項について、がん対策推進協議会において以下の提案があった。

- 基本計画を、国際機関や都道府県計画も参考に、政策評価のロジックモデルに基づいて、再構成すべき。政策評価に関しては、アウトカム評価を中心にすべきであり、アウトカム（成果）←インパクト（影響度）←アウトプット（活動結果）←アクティビティ（活動）の体系で考えるべき。
- がん検診受診率等がん対策の各種指標を適時に集計・評価し、都道府県別に公表する仕組みが必要。
- がん対策推進本部の活動を活性化すべき。
- がん対策立案及びモニターのプロセスを改革すべき。
- がん登録の推進に加えて、化学療法、放射線療法、手術療法及び緩和ケアの各々の診療の質を評価する指標を開発・設定し、その一部の指標の実測を拠点病院等で試み、現状のがん医療の質の見える化及び、質向上を進めることを重点的に取り組むべき。
- がん治療に伴う医療従事者の健康被害（抗がん剤の曝露等）の報告が複数なされているため、がん治療を行う医療従事者の確保と安全管理という視点から、がん治療に関連した医療従事者の健康被害対策についても取り組むべき。
- がん治療の基盤は病変の正しい病理学的診断に基づいているが、その専門家である病理医は大きく不足している。この病理医の育成、拠点病院等の病理医の支援（コンサルテーション等）が重要であり、取組を進めるべき。同様に放射線診断医もがん診療に重要な役割を

果たしており、育成・支援の取組を進めるべき。

- がんの種類別に対策を推進し、我が国に多いがんのみならず、小児がん等患者数の少ないがんの対策も着実に実施すべき。
- 肝がん対策を肝炎対策と関連させて推進すべき。
- がん対策の進捗状況を広い視点から総括する「がん対策白書」を発行すべき。
- 療養生活の質の維持向上の観点から、がん患者の就労支援に関する取組を推進すべき。
- 治療による経済的負担の増加により、がん患者の治療や療養に支障が生じ得る現状があることから、長期にわたり継続して治療を受けるがん患者の経済的負担の軽減等について検討すべき。
- 独立行政法人国立がん研究センターについて、患者の身体的・精神的・社会的な苦痛の軽減に向けて、基幹的な研究に取り組む組織とするなど、その在り方について検討すべき。
- 国のがん対策予算の策定課程において、国と地方とのコミュニケーションが未だに不足しており、地域の意見を取り入れる取組の更なる推進をすべき。
- 都道府県等が行うがん対策の好事例を収集すべき。
- 国、国立がん研究センター、都道府県、市町村等の役割を明確に示すべき。

これらの貴重な意見は、次期基本計画を作成する際の論点とする。

第5章 終わりに

基本計画の中間報告では、各個別目標の進捗状況や今後の課題等について提示した。基本計画の最終評価まで残された期間は長くないが、個別目標の達成に向け、今後、基本計画にある各個別目標の「取り組むべき施策」等を踏まえた更なる対策の推進が必要である。なお、本報告書において示された意見や指摘等については、今後、基本計画の最終報告や次期基本計画を作成する際に検討を行うべきと考える。

がん対策推進協議会委員名簿

平成22年5月28日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
あらお かよ 荒生 佳代	山形県酒田市健康福祉部健康課主任
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
◎ かきぞえ ただお 垣添 忠生	財団法人日本対がん協会会長
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
ごうない じゅんこ 郷内 淳子	カトレアの森代表
ながいけ きょうこ 永池 京子	社団法人日本看護協会常任理事
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	財団法人癌研究会癌研究所所長
はにおか けんいち 埴岡 健一	特定非営利活動法人日本医療政策機構理事
ひやま えいそう 檜山 英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
みなみ ひろのぶ 南 博信	国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授
みよし あや 三好 綾	特定非営利活動法人がんサポートかごしま代表
もんでん もりと 門田 守人	国立大学法人大阪大学理事・副学長
やすおか ゆりこ 安岡 佑莉子	特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長

◎…会長、○…会長代理

(50音順、敬称略)

がん対策推進協議会開催状況

平成19年4月1日 がん対策基本法施行

【第1回】

- 日時：平成19年4月5日（木）10：30～12：30
場所：厚生労働省 省議室
- ・厚生労働大臣挨拶
 - ・会長選任及び会長代理指名
 - ・がん対策推進協議会の運営について

【第2回】

- 日時：平成19年4月17日（火）10：00～12：00
場所：東海大学校友会館 望星の間霞ヶ関ビル33階
- ・がん対策推進協議会のスケジュールについて
 - ・がん対策推進基本計画のイメージについて

【第3回】

- 日時：平成19年5月7日（月）12：30～16：30
場所：厚生労働省 専用第22会議室
- ・がん対策推進基本計画の重点事項等について

【第4回】

- 日時：平成19年5月18日（金）18：30～22：30
場所：厚生労働省 専用第22会議室
- ・がん対策推進基本計画（事務局案）について

【第5回】

- 日時：平成19年5月30日（水）10：30～12：30
場所：厚生労働省 専用第22会議室
- ・がん対策推進基本計画(案)について

平成19年6月15日 がん対策推進基本計画閣議決定

【第6回】

- 日時：平成19年11月19日（月）13：00～15：00
場所：虎ノ門パストラル 新館5階マグノリア
- ・平成20年度がん対策関係予算概算要求について
 - ・都道府県がん対策推進計画の策定状況について
 - ・平成20年度診療報酬改定の検討状況について
 - ・がん対策に関する世論調査について
 - ・がん対策情報センターの取り組みについて

【第7回】

日 時：平成20年5月16日（金）14時00分～16時00分

場 所：虎ノ門パストラル 新館4階 プリムローズ

- ・平成20年度がん対策関係予算について
- ・平成20年度診療報酬改定について
- ・都道府県がん対策推進計画の策定状況について
- ・各種通知について
- ・平成21年度がん対策の推進について

【第8回】

日 時：平成20年11月28日（金）13：00～16：00

場 所：法曹会館2階「高砂」

- ・平成21年度がん対策関係予算概算要求について
- ・がん対策推進基本計画の進捗状況について
- ・今後のがん対策の推進について
- ・その他

【第9回】

日 時：平成21年2月26日（木）13：00～16：00

場 所：はあといん乃木坂 6階 「ソレイユ」

- ・平成21年度がん対策関係予算案について
- ・がん対策推進基本計画の進捗状況について
- ・今後のがん対策の推進について
- ・その他

平成21年3月19日「平成22年度がん対策予算に向けた提案書」
を舩添大臣に手交

【第10回】

日 時：平成21年6月24日（水）14：00～16：30

場 所：法曹会館 2階 「高砂」（東京都千代田区霞が関1-1-1）

- ・平成21年度がん対策関係補正予算について
- ・がん対策推進基本計画の進捗状況について
- ・今後のがん対策の推進について
- ・その他

【第11回】

日 時：平成21年12月2日（水）9：30～12：30

場 所：三田共用会議所3階大会議室（東京都港区三田二丁目1番8号）

- ・平成22年度がん対策関係予算概算要求について
- ・がん対策推進基本計画の進捗状況について
- ・今後のがん対策の推進について
- ・その他

【第12回】

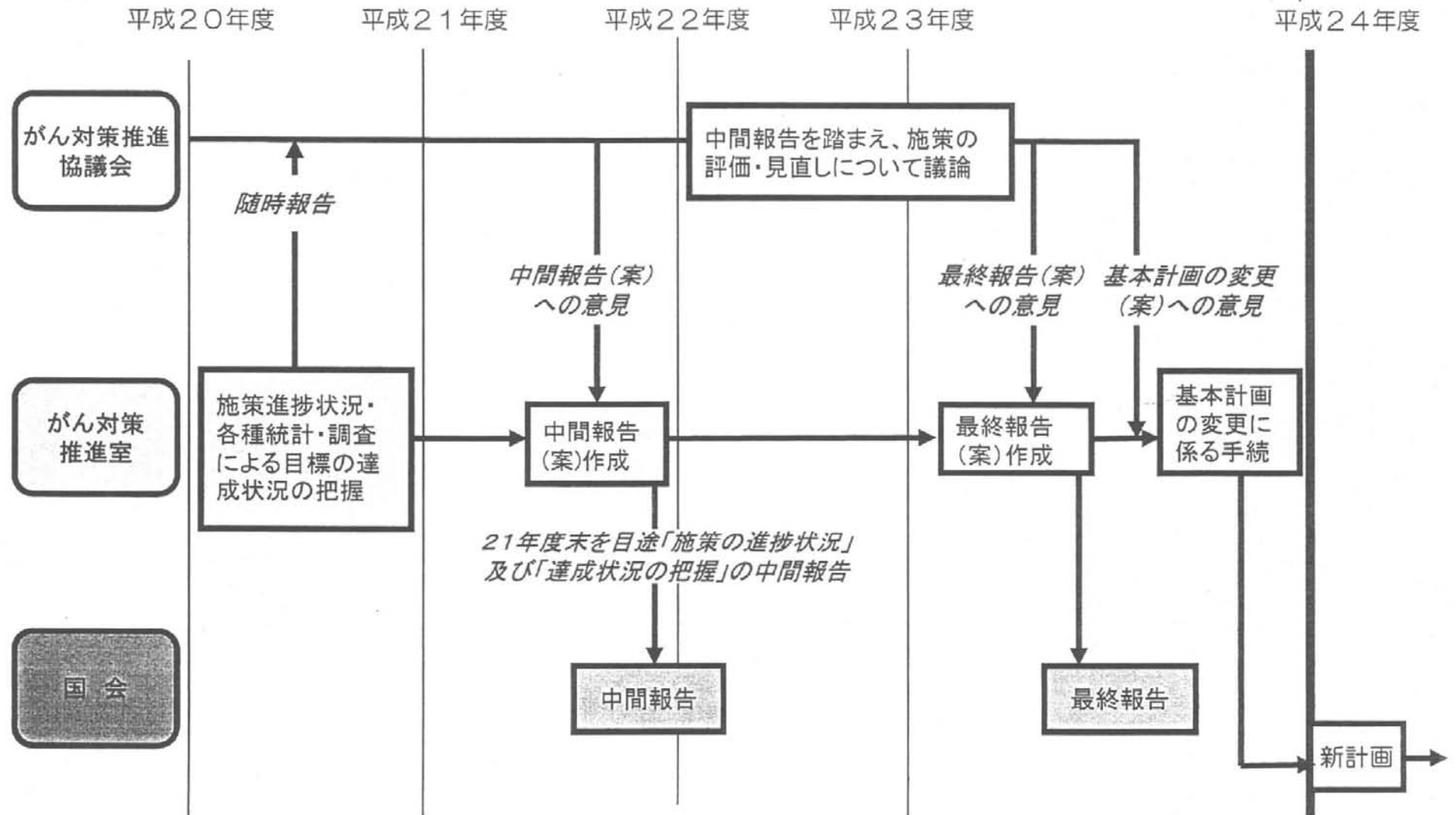
日 時：平成22年3月11日（木）13：00～16：00

場 所：三田共用会議所 1階 講堂（東京都港区三田二丁目1番8号）

- ・平成22年度がん対策関係予算案について
- ・がん対策推進基本計画の進捗状況について
- ・今後のがん対策の推進について
- ・その他

平成22年4月9日「平成23年度がん対策に向けた提案書」
を長妻大臣に手交

がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール



(添付資料3)

がん対策推進基本計画に掲げる主な目標に対する進捗状況

主な目標	ベースライン	現状	目標達成時期
がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少) ^{※1} 【10年以内】	平成17年 92.4 (100%)	平成20年 87.2 (94.4%)	平成27年 73.9以下 (80%以下)
医療機関の整備等 原則として全国すべての2次医療圏において、概ね1か所程度拠点病院を設置【3年以内】 ^{※2}	平成19年度 79.9% ($\frac{286\text{施設}}{358\text{医療圏}}$)	平成22年4月1日 108.0% ($\frac{377\text{施設}}{349\text{医療圏}}$)	平成21年度末 100%以上 ($\frac{358\text{施設以上}}{358\text{医療圏}}$)
がん医療に関する相談支援及び情報提供 原則として全国すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1か所程度整備【3年以内】	平成19年度 42.2% ($\frac{151\text{施設}}{358\text{医療圏}}$)	平成22年4月1日 108.0% ($\frac{377\text{施設}}{349\text{医療圏}}$)	平成21年度末 100%以上 ($\frac{358\text{施設以上}}{358\text{医療圏}}$)
がんの早期発見 効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、受診率 ^{※2} を50%以上とする。【5年以内】	平成16年度 (男性) 胃 27.6% 肺 16.7% 大腸 22.2% (女性) 胃 22.4% 肺 13.5% 大腸 18.5% 子宮 20.8% 乳 19.8%	平成19年度 (男性) 胃 32.5% 肺 25.7% 大腸 27.5% (女性) 胃 25.3% 肺 21.1% 大腸 22.7% 子宮 21.3% 乳 20.3%	平成23年度末 (男性) 胃 50%以上 肺 50%以上 大腸 50%以上 (女性) 胃 50%以上 肺 50%以上 大腸 50%以上 子宮 50%以上 乳 50%以上

※1 昭和60年当時に、現在の医療提供体制が整備されていたと仮定した場合の100,000人当たりの死亡者数を表す。

※2 国民生活基礎調査から。(当該調査は3年に1回実施)

がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題一覧(案)

※ 指標のベースラインについては、基本計画の対象期間が平成19年度からであることから、原則として①「平成19年4月1日現在」又は②「それ以前」の数値とする。ただし、①及び②の数値以外で、ベースラインとして適当な数値がある場合は、当該数値を用いるものとする。以上の方針に従ってベースラインが把握できない場合は、「0」又は「データなし」とする。

分野別施策	個別目標	ベースライン	進捗状況	今後の課題
放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成	がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備すること(5年以内)	①放射線療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(リニアックの有無) <u>93.2%</u> (249/267) 【平成19年8月現在】 (平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」) ②外来化学療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(外来化学療法室の有無) <u>94.4%</u> (252/267) 【平成19年8月現在】	①放射線療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(リニアックの有無) <u>100%</u> (375/375) 【平成22年4月現在】 (現況報告書(平成21年9月1日健総発0901第1号厚生労働省健康局総務課長通知)) ②外来化学療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(外来化学療法室の有無) <u>100%</u> (375/375) 【平成22年4月現在】	○放射線療法、化学療法および手術療法を含む集学的治療の診療実績等質の評価 ○現状の把握と将来望ましい医療従事者の推計調査 ○専門性の高い人材の適正配置 ○がん医療における複数科・多職種で構成されたチーム医療体制の整備 ○がん医療におけるチーム医療の実践を可能とする研修の実施
	拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、放射線療法部門及び化学療法部門を設置すること(5年以内)	①放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 <u>49.2%</u> (29/59) 【平成19年8月現在】 (平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」) ②化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 <u>49.2%</u> (29/59) 【平成19年8月現在】	①放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 <u>100%</u> (91/91) 【平成22年4月現在】 (現況報告書) ②化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 <u>100%</u> (91/91) 【平成22年4月現在】	
	抗がん剤等の医薬品について、新薬の上市までの期間を2.5年短縮すること(5年以内)	米国とわが国における新薬の上市時期の差をもってドラッグ・ラグを試算*【平成18年度】 ①承認申請時期の差(申請ラグ)1.2年 ②承認申請から承認までの審査に要する期間の差(審査ラグ)1.2年 ③申請ラグと審査ラグの総計(ドラッグ・ラグ)2.4年 ※申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との	米国とわが国における新薬の上市時期の差をもってドラッグ・ラグを試算*【平成20年度】 ①承認申請時期の差(申請ラグ)1.5年 ②承認申請から承認までの審査に要する期間の差(審査ラグ)0.7年 ③申請ラグと審査ラグの総計(ドラッグ・ラグ)2.2年 ※申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との	○医師主導治験の積極的導入の検討 ○医師主導治験の研究費の大幅増額 ○本格的第Ⅱ相多施設共同医師主導治験(症例数は数十例から100例規模)の実施に係る研究費額の抜本的な拡充 ○治験中核病院と文科省指定TR病院を中心とした医師主導治験の調整事務局の設置

	<p>なお、放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとする。</p>	<p>差の中央値を試算。審査ラグについては、米国食品医薬品庁（FDA）が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査期間の中央値の差を試算。</p> <p>①-1（参考値）放射線療法の実施件数（一拠点病院あたりの5大がんの外来・入院放射線療法の平均実施件数（2ヶ月間）） <u>50.2人</u>（267拠点病院の2ヶ月間の5大がんの平均治療人数） <u>548.4回</u>（267拠点病院の2ヶ月間の5大がんの平均治療回数） 【平成19年4月～5月】</p> <p>①-2（参考値）全国の放射線治療の実施設及び治療件数 ・放射線治療専任加算 438施設【平成19年7月現在】 9017件【平成19年6月】 ・直線加速器による定位放射線治療 159施設【平成19年7月現在】 1361件【平成19年6月】 ・強度変調放射線治療(IMRT) 0施設【平成19年7月現在】 0件【平成19年6月】 （平成20年度より保険導入）</p> <p>②-1（参考値）外来化学療法の実施件数（一拠点病院あたりの外来化学療法加算の平均算定件数（2ヶ月間）） <u>321.2件</u>（267拠点病院の2ヶ月間の平均算定件数） 【平成19年4月～5月】</p> <p>②-2（参考値）全国の外来化学療法の実施設及び治療件数 ・外来化学療法加算 1722施設【平成19年7月現在】 91164件【平成19年6月】 （平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」）</p>	<p>差の中央値を試算。審査ラグについては、米国食品医薬品庁（FDA）が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査期間の中央値の差を試算。</p> <p>①-1（参考値）放射線療法の実施件数（一拠点病院あたりの5大がんの外来・入院放射線療法の平均実施件数（2ヶ月間）） <u>34.4人</u>（375拠点病院の2ヶ月間の5大がんの平均治療人数） <u>660.3回</u>（375拠点病院の2ヶ月間の5大がんの平均治療回数） 【平成21年6月～7月】</p> <p>①-2（参考値）全国の放射線治療の実施設及び治療件数 ・放射線治療専任加算 452施設【平成20年7月現在】 11138件【平成20年6月】 ・直線加速器による定位放射線治療 195施設【平成20年7月現在】 319件【平成20年6月】 ・強度変調放射線治療（IMRT） 47施設【平成20年7月現在】 4075件【平成20年6月現在】</p> <p>②-1（参考値）外来化学療法の実施件数（一拠点病院あたりの外来化学療法加算の平均算定件数（2ヶ月間）） <u>410.4件</u>（375拠点病院の2ヶ月間の平均算定件数） 【平成20年6月～7月】</p> <p>②-2（参考値）全国の外来化学療法の実施設及び治療件数 ・外来化学療法加算1 1146施設【平成20年7月現在】 95801件【平成20年6月】 ・外来化学療法加算2 899施設【平成20年7月現在】 18319件【平成20年6月】</p>	<p>○放射線療法、化学療法、手術療法をはじめとする集学的治療の診療実績の情報提供による質的評価の検討 ○患者家族の求める診療情報や実情を反映した診療実績の情報提供</p>
--	---	--	--	---

		(平成19年社会医療診療行為別調査) (平成20年中医協資料)	(現況報告書(平成21年9月1日健総発0901第1号厚生労働省健康局総務課長通知) (平成20年社会医療診療行為別調査) (平成21年中医協資料)	
緩和ケア	すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること(10年以内)	○開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数 <u>0人</u> (厚生労働省発行修了証書数) 【平成19年3月末現在】	○国(がん室)において発行した修了証書数にて把握 <u>11,254人</u> (厚生労働省発行修了証書数) 【平成22年3月末現在】	○がん医療に従事する医療従事者の実態把握 ○研修会の進捗内容のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること(5年以内)	○国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数 <u>0人</u> (厚生労働省発行修了証書数) 【平成19年3月末現在】	○「緩和ケア指導者研修会」修了者数 <u>836人</u> 「精神腫瘍学指導者研修会」修了者数 <u>445人</u> 【平成22年5月末現在】	
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備すること(5年以内)	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 <u>326病院</u> (参考値) 【平成19年5月】 ※【緩和ケアチームを設置している拠点病院数(平成19年5月)】+【緩和ケア診療加算を算定している病院数(平成19年7月)】-【加算を算定している拠点病院数】	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 <u>612病院</u> (平成20年度医療施設調査)	○緩和ケアチームの設置推進 ○緩和ケアチームの薬剤師や看護師等の医療従事者の育成
	なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。	○(参考値)医療用麻薬の消費量 <u>3835kg</u> (日本のモルヒネ換算消費量) 【平成19年】	○(参考値)医療用麻薬の消費量 <u>4152kg</u> (日本のモルヒネ換算消費量) 【平成20年】	

在宅医療	がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加させること	○(参考値)がん患者の在宅での死亡割合 5.7%(自宅) 0.5%(老人ホーム) 0.1%(介護老人保健施設) (平成17年人口動態統計)	○(参考値)がん患者の在宅での死亡割合 7.3%(自宅) 0.8%(老人ホーム) 0.2%(介護老人保健施設) (平成20年人口動態統計)	○患者の希望する療養場所の提供体制の整備 ○病院と在宅を支える医療機関の連携体制の構築 ○在宅医療の質の評価指標の検討 ○医療と介護の連携評価指標の検討 ○在宅における緩和ケアの推進 ○がん治療に係る在宅医療の推進 (地域連携クリティカルパスの整備とコーディネート機能の整備)
診療ガイドラインの作成	科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくこと	○作成されているガイドライン数15(がん対策情報センター調べ) 【平成19年3月末】	○作成されているガイドライン数25(がん対策情報センター調べ) 【平成22年1月】	○各がん種に対する診療ガイドラインの把握 ○ガイドラインを遵守し、がん治療を行う医療機関数の把握
医療機関の整備等	原則として全国すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を整備すること(3年以内) すべての拠点病院において、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備すること(5年以内)	○2次医療圏に対する拠点病院の整備率 79.9%(286病院/358医療圏) 【平成19年5月現在】 ○地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合 2.1%(6/286)(5大がんすべて) 13.6%(39/286)(5大がんのうち一部のみ) 【平成19年5月現在】「がん診療連携拠点病院の現況把握について」	○2次医療圏に対する拠点病院の整備率 108.0%(377病院/349医療圏) 【平成22年4月現在】 ○地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合 6.7%(25/375)(5大がんすべて) 26.4%(99/375)(5大がんのうち一部のみ) 【平成21年9月現在】	○患者満足度調査 ○拠点病院のあり方検討 ○都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の活性化 ○策定すべき地域連携クリティカルパスのリスト化
がん医療に関する相談支援及び情報提供	原則として全国すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所程度整備すること(3年以内) すべての相談支援センターにおいて、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置すること(5年以内)	○2次医療圏に対する相談支援センターの整備率 78.5%(281病院/358医療圏) 【平成19年5月現在】 ○がん対策情報センターによる研修を修了した(一部を含む)相談員を配置している拠点病院の割合 0% 【平成19年4月現在】	○2次医療圏に対する相談支援センターの整備率 108.0%(377病院/349医療圏) 【平成22年4月現在】 ○がん対策情報センターによる研修を修了した(一部を含む)相談員を配置している拠点病院の割合 100%(377/377) 【平成22年4月現在】	○空白の医療圏に対する拠点病院以外の相談支援センターに対する補助 ○相談支援機能の充実度評価

	<p>がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させること。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすること</p> <p>拠点病院における診療実績、専門的ながん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させること。</p>	<p>①がん対策情報センターのパンフレットの種類 4種類 【平成19年4月1日】</p> <p>②（HPに掲載したなどの定性的な説明とする） 平成19年4月2日に4種類のパンフレットをHPに掲載。</p>	<p>①がん対策情報センターのパンフレットの種類 46種類 【平成22年3月】</p> <p>②平成22年3月4日時点で46種類のパンフレットをHPに掲載。</p>	○患者必携修正版の完成・公表
		○がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目 44項目 【平成19年4月】	○がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目 130項目 【平成20年4月】	
がん登録	<p>院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善すること</p>	<p>①院内がん登録を実施している医療機関数 拠点病院242施設 【平成19年8月】 ※標準的な院内がん登録を実施している拠点病院数</p> <p>②外部調査を含めた予後調査の非実施率 74.1% 【平成19年8月】</p>	<p>①院内がん登録を実施している医療機関数 拠点病院366施設 【平成21年12月】 ※標準的な院内がん登録を実施している拠点病院数</p> <p>②外部調査を含めた予後調査の非実施率 74.1% 【平成21年12月】</p>	○予後調査実施体制の構築
	<p>すべての拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講すること（5年以内）</p>	<p>○がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録実務者を配置している拠点病院の割合 55.4%(148/267) 【平成20年3月】</p>	<p>○がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録実務者を配置している拠点病院の割合 100%(377/377) 【平成22年4月】</p>	○研修内容の評価
	<p>がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめるこ</p>	<p>（参考値）がん登録の認知度 13.4%（「よく知っている」、「言葉だけは知っている」と答えた者の割合） （平成19年9月世論調査）</p>	<p>（参考値）がん登録の認知度 13.6%（「よく知っている」、「言葉だけは知っている」と答えた者の割合） （平成21年9月世論調査）</p>	○がん登録の認知度向上

がんの予防	<p>と</p> <p>発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策について、すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を0%とすること（3年内）、さらに、禁煙支援プログラムのさらなる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくこと</p>	<p>○喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及（知っている人の割合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺がん 87.5%（平成15年国民健康・栄養調査） <p>○未成年者の喫煙率（喫煙している人の割合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性（中学1年）3.2% ・男性（高校3年）21.7% ・女性（中学1年）2.4% ・女性（高校3年）9.7% <p>（平成16年度未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査（平成16年度厚生労働科学研究））</p>	<p>○喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及（知っている人の割合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺がん 87.5%（平成20年国民健康・栄養調査） <p>○未成年者の喫煙率（喫煙している人の割合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性（中学1年）1.5% ・男性（高校3年）12.8% ・女性（中学1年）1.1% ・女性（高校3年）5.3% <p>（平成20年度未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国実態調査結果（平成20年度厚生労働科学研究））</p>	<p>○たばこ対策の強力な推進</p> <p>○喫煙の健康影響に関する国民の認識</p> <p>○未成年者の禁煙対策の推進</p> <p>○未成年に接する者に対する喫煙調査の実施</p> <p>○受動喫煙防止の実態把握</p> <p>○禁煙や分煙対策をしている事業所、公共の施設の実施状況について情報収集</p>
	<p>健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」</p>	<p>○野菜の摂取量の増加（1日あたりの平均摂取量）成人 303g （平成18年国民健康・栄養調査）</p> <p>○1日の食事において、果物類を摂取している者の増加（摂取している人の割合）成人 63.5% （平成16年国民健康・栄養調査）</p> <p>○脂肪エネルギー比率の減少（1日あたりの平均摂取比率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20～40歳代 26.7% <p>（平成16年国民健康・栄養調査）</p>	<p>○野菜の摂取量の増加（1日あたりの平均摂取量）成人 295g （平成20年国民健康・栄養調査）</p> <p>○1日の食事において、果物類を摂取している者の増加（摂取している人の割合）成人 60.0% （平成18年国民健康・栄養調査）</p> <p>○脂肪エネルギー比率の減少（1日あたりの平均摂取比率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20～40歳代 27.1% <p>（平成18年国民健康・栄養調査）</p>	<p>○食育との共同推進</p>
がんの早期発見	<p>がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果</p>	<p>○がん検診の受診率</p>	<p>○がん検診の受診率 【平成22年6月】 （調査結果は平成23年度中公表）</p>	<p>○市町村でのがん検診受診率とともに、職域の受診率の把握と推進</p> <p>○各企業に、がん検診の正しい情報の提供</p>

	<p>的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすること（5年以内）</p>	<p>【平成16年】 ＜男性＞ 胃がん：27.6% 肺がん：16.7% 大腸がん：22.2% ＜女性＞ 胃がん：22.4% 肺がん：13.5% 子宮がん：20.8% 乳がん：19.8% 大腸がん：18.5% (国民生活基礎調査)</p>	<p>【平成19年】 ＜男性＞ 胃がん：32.5% 肺がん：25.7% 大腸がん：27.5% ＜女性＞ 胃がん：25.3% 肺がん：21.1% 子宮がん：21.3% 乳がん：20.3% 大腸がん：22.7% (国民生活基礎調査)</p>		<p>と協力要請の実施 ○小中高校生に対するがん検診の普及啓発 ○女性特有のがん検診推進事業による個人への受診勧奨とその効果に対する検討 ○がん検診受診者名簿の推進と活用 ○自治体や医療機関に対するがん検診受診率向上に係る研修の実施 ○がん検診ハンドブックの普及啓発</p>
	<p>すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されること</p>	<p>①精度管理・事業評価を適切に実施している市町村の割合 (厚生労働科学研究の研究班調べ) 事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体 【平成19年度】 胃がん：57.9% 肺がん：50.8% 子宮がん：54.8% 乳がん：55.7% 大腸がん：53.6%</p> <p>②国の指針に基づくがん検診を実施している市町村の割合 胃がん：99.7% 子宮がん：99.6% 肺がん：90.1% 乳がん：83.5% 大腸がん：98.9% 【平成18年1月1日】</p>	<p>①精度管理・事業評価を適切に実施している市町村の割合 (厚生労働科学研究の研究班調べ) 事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体 【平成21年度】 胃がん：56.5% 肺がん：53.9% 子宮がん：56.5% 乳がん：54.4% 大腸がん：53.5%</p> <p>※なお、平成21(2009)年度調査では、回答の正確性を担保する為に回答基準を平成19(2007)年度調査より厳しく設定しており、前回調査と単純比較はできない。</p> <p>②国の指針に基づくがん検診を実施している市町村の割合 胃がん：97.8% 子宮がん：93.9% 肺がん：92.3% 乳がん：87.9% 大腸がん：97.8% 【平成20年1月1日】</p>	<p>○科学的根拠に基づいたがん検診の検討と推進 ○がん検診の精度管理や費用対効果の検討 ○自治体や医療機関に対するがん検診精度管理に係る研修の実施</p>	
<p>がん研究</p>	<p>がんによる死亡者数の減少、がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持</p>	<p>○研究関連予算額 (参考値) 83億円(厚労省) 151億円(文科省)</p>	<p>○研究関連予算額 (参考値) 61億円(厚労省) 152億円(文科省)</p>	<p>○各分野(基礎医学、治療法、患者支援、情報提供等)の研究の進捗や、係る費用の推移、主要雑誌への掲載状況等、研究内容や進捗に対する理解できる指標の検討</p>	

<p>向上を実現するための がん対策に資する研究 をより一層推進してい くこと</p>	<p>98億円（経産省） 【平成18年度】</p>	<p>71億円（経産省） 【平成22年度】</p>	<p>○基礎研究の成果を seeds として、医薬品・ 医療機器の開発を通じ、基礎と臨床の間の「死 の谷」を乗り越え、がん医療の innovation を 起こす研究・開発の強化</p>
---	-------------------------------	-------------------------------	---

がん対策推進基本計画に掲げる個別目標（がんの早期発見）

がん対策推進基本計画に掲げるがんの早期発見については、国民生活基礎調査によってベースラインが設定されている。

	基本計画前	基本計画策定時 (計画策定：平成19年6月15日)	目標達成時期
	平成16年度 (調査実施日：平成16年6月10日)	平成19年度 (調査実施日：平成19年6月7日)	平成23年度末
がんの早期発見 (目標) 効果的・効率的な受診間隔や 重点的に受診勧奨すべき対象者 を考慮しつつ、受診率を50% 以上とする。 【5年以内】	(男性) 胃 27.6% 肺 16.7% 大腸 22.2% (女性) 胃 22.4% 肺 13.5% 大腸 18.5% 子宮 20.8% 乳 19.8%	(男性) 胃 32.5% 肺 25.7% 大腸 27.5% (女性) 胃 25.3% 肺 21.1% 大腸 22.7% 子宮 21.3% 乳 20.3%	(男性) 胃 50%以上 肺 50%以上 大腸 50%以上 (女性) 胃 50%以上 肺 50%以上 大腸 50%以上 子宮 50%以上 乳 50%以上

※ 国民生活基礎調査（調査対象：全国約76万人、調査方法：調査票回収方式）

<参考>世論調査（調査対象：全国3,000人、調査方法：調査員による個別面接聴取）

平成19年度 (調査時期：平成19年9月13日 ~9月23日)	平成21年度 (調査時期：平成21年8月27日 ~9月6日)
(男性) 胃 40.5% 肺 45.6% 大腸 35.1%	(男性) 胃 42.3% 肺 44.7% 大腸 35.3%
(女性) 胃 32.8% 肺 37.0% 大腸 32.5% 子宮 39.0% 乳 37.4%	(女性) 胃 32.9% 肺 40.1% 大腸 31.3% 子宮 37.2% 乳 35.7%

「がん対策推進計画を推進するための都道府県の主な取組」報告状況
(平成22年5月27日時点)

	都道府県	報告状況	報告時期 (公表の有無)	備考(策定までのプロセス、がん患者・家族における代表の協議・参画の有無等)
1	北海道	有	平成22年5月 (公表)	「北海道がん対策推進協議会」※に諮り作成 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画 http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kak/tkh/framepage/gantaisaku.htm
2	青森県	有	平成22年3月 (検討中)	「青森県がん医療検討委員会」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
3	岩手県	有	平成22年3月	
4	宮城県	有	平成22年3月 (公表)	「宮城県がん対策推進協議会」に諮り作成 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画 http://www.pref.miyagi.jp/situkan/gan-portal/actionplan/actionplantop.html
5	秋田県	未	平成22年10月予定 (公表予定)	
6	山形県	有	平成21年10月 (公表)	本計画の具体的な施策にさらに補足してまとめ、「山形県がん対策推進計画策定委員会」※の構成団体、拠点病院、検診機関、市町村等に照会のうえ策定 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
7	福島県	未	検討中	
8	茨城県	有	平成21年10月 (公表)	「茨城県総合がん対策推進計画—第二次後期計画」をアクションプランとして策定 上記については「茨城県総合がん対策推進会議」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
9	栃木県	有	平成21年10月 (公表)	「栃木県がん総合対策検討会」※に諮り作成 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
10	群馬県	有	平成22年3月 (検討中)	「群馬県がん対策推進協議会」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
11	埼玉県	有	平成22年3月 (公表予定)	「埼玉県がん対策推進協議会」※に諮り作成 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
12	千葉県	有	平成21年10月 (公表)	「千葉県がん対策推進部会」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画 http://www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/e_kenzou/kenpro/gan/gantisakap.html#a02
13	東京都	有	平成21年12月 (公表)	「東京都がん対策推進協議会」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gantaisaku/suishinkeikaku/
14	神奈川県	有	平成22年5月 (公表予定)	平成21年度に実施した「がんへ挑戦・10か年戦略」の中間評価※等を踏まえ作成 ※「がんへの挑戦・10か年戦略」の中間評価にはがん患者の代表が参画
15	新潟県	有	平成21年12月 (公表)	「新潟県がん対策推進協議会」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
16	富山県	有	平成22年4月 (検討中)	「富山県がん対策推進本部会議」※において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画
17	石川県	有	平成22年3月 (公表)	「石川県医療計画推進委員会がん医療対策部会」において承認 ※がん患者・家族等の代表が委員として参画 http://www.pref.ishikawa.jp/kenkou/gankeikaku/gan-keikaku-torikumi.htm
18	福井県	有	平成21年10月 (公表)	「福井県がん委員会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/gantaisaku-suisinkeikaku.html
19	山梨県	有	平成21年10月 (公表)	「山梨県がん対策推進協議会」※において策定 ※がんの患者・家族等の代表が参画
20	長野県	有	平成21年12月 (公表)	「長野県医療審議会」※において承認 ※長野県がん対策推進協議会でがんの患者・家族等の代表が参画し、検討

	都道府県	報告状況	報告時期	備考
21	岐阜県	有	平成22年2月 (公表)	「岐阜県がん対策推進協議会」※において協議 ※がんの患者・家族等の代表が参画
22	静岡県	有	平成21年10月 (公表)	「静岡県がん対策推進協議会」※において協議し、策定 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/cancer/index.html
23	愛知県	有	平成22年3月 (公表)	「愛知県がん対策推進計画委員会」※及び「愛知県生活習慣病対策協議会がん対策部会」構成員から意見聴取 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.aichi.jp/0000031092.html
24	三重県	有	平成21年10月 (公表)	「三重県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画
25	滋賀県	有	平成22年3月 (公表)	「滋賀県がん対策推進協議会」※において意見交換 ※がんの患者・家族等の代表が参画
26	京都府	未	年度内予定 (公表予定)	
27	大阪府	有	平成21年10月 (公表)	平成21年3月に開催した「大阪府がん対策推進計画協議会」※資料をベースに作成 ※がんの患者・家族等の代表が参画
28	兵庫県	有	平成22年3月 (公表予定)	平成21年3月に開催した「ひょうご対がん戦略会議」において了承。※がんの患者・家族等の代表が参画 患者会について別途、事後説明
29	奈良県	有	平成21年11月 (検討中)	「奈良県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画
30	和歌山県	未	年度内予定 (検討中)	
31	鳥取県	有	平成21年11月 (公表)	「鳥取県がん対策推進協議会」※において策定 ※がんの患者・家族等の代表が参画
32	島根県	有	平成21年11月 (5月公表予定)	「島根県がん対策推進協議会」※において承認。4月に第2版策定。 ※がんの患者・家族等の代表が参画(下部組織の患者支援部会長に患者代表就任)
33	岡山県	有	平成21年10月 (公表未定)	「岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会がん診療拠点部会」にて意見聴取 また、がん患者団体からも意見聴取
34	広島県	有	平成21年10月 (公表)	「広島県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画
35	山口県	有	平成22年3月 (公表)	「健康やまぐち21推進協議会」※において協議し、作成 ※がんの患者・家族等の代表が参画
36	徳島県	有	平成21年10月 (公表)	「徳島県がん対策連絡会議」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.tokushima.jp/docs/2010052400053/
37	香川県	有	平成21年10月 (公表)	「香川県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.kagawa.lg.jp/kenkosomu/cancer/ (調整中)
38	愛媛県	有	平成21年11月 (公表)	「愛媛県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.ehime.jp/h20180/gan_iryuu/actionplan/ganactionplan.pdf
39	高知県	有	平成21年10月 (公表)	「高知県がん対策推進協議会」※において承認 ※がんの患者・家族等の代表が参画
40	福岡県	有	平成21年10月 (公表)	「福岡県がん対策推進協議会」※において協議 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.fukuoka.lg.jp/f08/ganntaisaku2008.html

	都道府県	報告 状況	報告時期	備考
41	佐賀県	未	5月予定	「佐賀県がん対策等推進協議会」※において協議 ※がんの患者・家族等の代表が参画
42	長崎県	未	平成22年度内予定	
43	熊本県	有	平成22年1月 (公表)	「熊本県がん対策推進協議会」※において協議 ※がんの患者・家族等の代表が参画
44	大分県	未	検討中	
45	宮崎県	未	未定	
46	鹿児島県	未	未定	
47	沖縄県	有	平成21年12月 (公表)	「沖縄県がん対策推進協議会」※において協議 ※がんの患者・家族等の代表が参画 http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/iryotaisaku/gantaisaku/actionplan.pdf

緩和ケア研修会修了証書の交付枚数

(平成22年3月31日現在)

都道府県	開催形式	修了証書の 交付枚数 ^(※1)	開催回数
	(一般型は空欄/単位型)		
01 北海道		519	29
02 青森県	単位型	104	7
03 岩手県	単位型	266	13
04 宮城県	単位型	121	7
05 秋田県	単位型	186	10
06 山形県	単位型	203	8
07 福島県	単位型	174	11
08 茨城県	単位型	194	10
09 栃木県		224	10
10 群馬県		242	15
11 埼玉県		212	18
12 千葉県	単位型	254	15
13 東京都		808	36
14 神奈川県	単位型	238	14
15 新潟県	単位型	98	10
16 富山県	単位型	194	10
17 石川県		192	7
18 福井県		185	10
19 山梨県		163	6
20 長野県		278	13
21 岐阜県		241	8
22 静岡県	単位型	40	3
23 愛知県		444	17
24 三重県	単位型	248	10
25 滋賀県	単位型	137	9
26 京都府		398	14
27 大阪府		804	32
28 兵庫県		458	17
29 奈良県		147	6
30 和歌山県	単位型	286	10
31 鳥取県		39	4
32 島根県		131	6
33 岡山県		237	11
34 広島県	単位型	293	15
35 山口県		162	10
36 徳島県	単位型	173	7
37 香川県		154	7
38 愛媛県		227	9
39 高知県	単位型	125	8
40 福岡県		492	21
41 佐賀県	単位型	100	4
42 長崎県	単位型	204	9
43 熊本県		156	11
44 大分県		217	9
45 宮崎県		161	9
46 鹿児島県		146	7
47 沖縄県		179	6
合計	一般型：27都道府県 単位型：20県	11,254	538

(※1) 都道府県からの依頼を受け厚生労働省において決裁を了し、交付した修了証書の枚数
(参考) ・研修会一回当たりの平均参加人数20.9名、最大84名、最小4名

- ・一般型は同一主催者により、同一参加者に対して2日間以上で行われるもの。
- ・単位型は同一あるいは異なる主催者により、異なる参加者に対して単位制で必要な単位を取得させるために行われるもの。

がん登録における課題と対応策（案）

がん登録関連研究班・主任研究者研究代表者連絡会議

がん研究助成金

- 総合研究 20-2 「地域がん登録資料のがん対策およびがん研究への活用に関する研究」大阪府立成人病センター 井岡亜希子
- 計画研究 20-3 「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」千葉県がんセンター 三上春夫
- 総合研究 15-1 「主要がんの全国登録に基づく患者情報の解析と活用に関する研究」国立がんセンター 浅村尚生
- 分野別指定研究 21 分指-10 「がん登録等、がんの実態把握に資する疫学的・基盤的研究」国立がんセンター 祖父江友孝
- 分野別指定研究 21 分指-10-① 「院内がん登録および臓器がん登録と連携した診療科データの構築と活用に関する研究」国立がんセンター 西本寛

第3次対がん総合戦略研究事業

- H21-3 次がん一般-013 「がん罹患・死亡動向の実態把握の研究」国立がんセンター 祖父江友孝
- H19-3 次がん一般-036 「院内がん登録の標準化と普及に関する研究」国立がんセンター 西本寛
- H19-3 次がん一般-038 「がんの診療科データベースと Japanese National Cancer Database (JNCDB) の構築と運用」
大阪大学大学院医学系研究科 手島昭樹

がん臨床研究事業

- H18-がん臨床一般-020 「がん患者の医療機関受診に関する動態調査」大阪府立成人病センター 津熊秀明
- H19-がん臨床一般-009 「タイムスタディ等の定量的な検討を踏まえたがん医療における専門スタッフの効果的な配置や支援のあり方に関する研究」
大阪大学大学院医学系研究科 大野ゆう子
- H19-がん臨床一般-012 「小児がん治療患者の長期フォローアップとその体制整備に関する研究」国立成育医療センター研究所 藤本純一郎

地域がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 医療機関からの患者情報収集（医療機関→県）					
	1-1.	主治医の篤志協力に依存し、届出漏れが多数存在	1-1. 登録実務者による拠点病院院内がん登録の整備、拠点以外の院内がん登録の整備拡大、拠点病院への患者集約	1-1. 地域がん登録の法律により、登録実務者の配置による医療機関等の届出・採録への協力を義務化	
	1-2.	記入情報の質が不均一	1-2. 院内がん登録整備、地域がん登録中央登録室からの出張採録	1-2. —	
	1-3.	医療機関に対して支払う届出謝金が財政を圧迫	1-3. 届出謝金の廃止	1-3. —	
	1-4.	他県医療機関で診療を受けた患者情報収集が困難	1-4. 施設より各県に提出、または、県間で情報交換	1-4. 国レベルでの個人情報収集の検討	
	1-5.	病理検査機関、検診機関からの協力体制整備が困難	1-5. 病理検査機関、検診機関からの協力事例の収集と体制の検討、試行	1-5. 国レベルの病理検査データベース、検診データベースの構築	
	1-6.	レセプト、DPC 等の利用が困難	1-6. —	1-6. 「医療の質」の評価を含めたがん診療情報の収集・整備体制の検討	
	1-7.	漢字（氏名・住所）の外字の扱いが電算システム間で不統一なため、電子媒体でのデータのやりとりが困難	1-7. 電算システム間での外字の扱いの統一化	1-7. 漢字氏名にかわる個人同定番号の導入	
2. 罹患情報補足としての死亡情報の利用（県）					
	2-1.	新統計法に従った申請方法に対応する必要あり	2-1. 県からの二次利用申請の定式化 2-2. 標準判断基準の徹底と死因コー	2-1. 法律による人口動態統計死亡データ利用の明文化、電子媒	

2-2. がん死亡・非がん死亡の判断が不統一

ドによる確認作業の標準化

体による個人情報の利用

2-2. 国レベルでの振り分け済み死亡情報の電子媒体による提供

3. 地域がん登録室における品質管理（県）

3-1. 標準 DBS 導入地域以外の個人同定手法と品質管理に遅れ

3-1. 標準 DBS の普及

3-1. —

3-2. 個人同定指標の記載不備、改名、転居等により、同一人物が誤って別人と登録されると統計指標が不正確

3-2. 住民票照会の実施

3-2. 何らかの ID 番号の利用による個人同定精度の向上

B) 予後情報収集

1. 予後情報としての死亡情報の利用（県）

1-1. 非がん死亡情報との照合ができていない登録が多い

1-1. 非がん照合作業の人員確保、実施タイミングの標準化、住民票照会との併用

1-1. 国レベルでの予後調査の実施の検討

1-2. 人口動態統計に由来する死亡情報を届出元医療機関に還元できない

1-2. 法律による利用許可

1-2. —

2. 住民票照会の円滑化（県）

2-1. 個人同意がない閲覧あるいは写しの発行に対する各市区町村の対応が異なる

2-1. 公的な通知による対応の統一化と、自治体・登録室双方への予算面・人員面への配慮

2-1. 住基ネットなどの電算処理による予後調査

3. 住基ネットの利用（県）

2-2. 条例を制定した県のみ可能

2-2. いくつかの県での事例を蓄積・共有

2-2. 法律による利用の明文化

2-3. 利用可能な情報が限られ、手作

2-3. 同上

業での照合が基本

2-3. ファイル照合による生死確認の
可能性を探る

C) 集計・報告

1. 地域がん登録室における集計・報告（県）

1-1. 標準 DBS 導入県以外では、集計表が不
統一

1-1. 標準 DBS 導入促進

1-1. -

1-2. 報告書の配布先が限定、ホームページの
整備遅れ

1-2. ホームページの整備促進

1-2. -

2. 全国モニタリング集計（県→国）

2-1. 研究班活動とがん対策情報センター業
務とが混在

2-1. がん対策情報センターでの事業
化、NPO への事業委託

2-1. -

2-2. 未実施県の存在するため全県での実測
ができない

2-2. 国の整備事業予算化

2-2. 法律により、がん登録自体を
国の事業として予算化

2-3. 登録漏れが多く、データの質が不均一

2-3. -

2-3. 法律による届出義務化

2-4. 集計年が遅い（2004 年罹患を 2009
年収集）（2-3 年の短縮が望ましい）

2-4. 拠点病院からの届出増大に対す
る人員の手当て

2-4. 地域がん登録の法制化によ
り、医療機関からの届出期限
の定義

2-5. 地域間重複データ（診断時住所で制御）
のチェックができない

2-5. -

2-5. 国レベルでの個人情報収集

3. 全国モニタリング集計における品質管理（県→国）

3-1. 品質管理作業に時間を要し、データ収集
から報告書作成まで 1 年かかっている。

3-1. 予算・人員の確保、県からの提
出データの品質向上

3-1. -

4. 全国モニタリング集計による生存率集計（県→国）

4-1. 集計年が遅い（2002 年罹患を 2009
年収集）

4-1. -

4-1. -

4-2. 通常の 5 年生存率では、5 年前の診療

4-2. Period Analysis による最近の
診療を加味した評価（→1 年ご

4-2. -

評価しかできない

との予後調査が必要)

D) 分析・評価・活用

1. 県における地域がん登録データの分析・評価・活用 (県)

1-1. 県での人口動態死亡データの利用体制が異なる(人口動態死亡データを購入手続きがない県、購入手続きしても地域がん登録で利用できない県がある)	1-1. -	1-1. -
1-2. 集計結果を解釈し、有効活用する人員・体制が多くの県で未整備	1-2. 利用の実例に関する講習の継続、拡大	1-2. -
1-3. データ利用に関する手続きが県により異なる	1-3. データ利用について、研究班で標準化(手続きや標準 DBS からのデータ出力)を整備中	1-3. -
	がん登録の目的として、資料の活用範囲を予め明示する	
	データ利用を計画し、実施し、報告できる人員を確保	

2. 国における地域がん登録データの分析・評価・活用 (国)

2-1. 国立がんセンターでの人口動態死亡データの入手・利用範囲が限定されている(統計法第33条の手続きに基づく)	2-1. 人口動態統計死亡情報の利用範囲拡大、利用手続きの簡素化-	2-1. -
2-2. がん対策推進基本計画に利用されなかった	2-2. 罹患データの対策への利用	2-2. -
2-3. 予め定めた利用範囲での利用に限定している(登録精度の向上までは、結果を解釈しうる関係者に限定した方が望ましい)	2-3. 予算措置と精度向上をした上で のデータ活用推進	2-3. -

E) 体制整備

1. 地域がん登録室の体制整備 (県)

1-1. 登録業務の標準化において、研究班活動としては成果を上げているが、県業務に対して研究として介入することについて限界がある	1-1. 標準化推進に対する予算措置	1-1. ー
1-2. 登録室人員（責任者、医師、職員）の確保が困難	1-2. 講習会等の機会拡充と人的予算措置	1-2. ー
2. 地域がん登録における個人情報保護（県）		
2-1. 各県が専門知識をもたずに、バラバラに対応している	2-1. 地域がん登録室におけるデータ安全管理措置についてハンドブックを作成。実態調査を行った上で、課題へ対応。	2-1. 第三者による認証システム
3. 中央機関における体制整備（国）		
3-1. 国立がんセンターがん対策情報センターのスタッフと研究班非常勤職員で対応しているが、人員不足	3-1. NPO に業務委託する等の手段で人員を確保	3-1. ー
4. 医療の質を評価するための体制整備（医療機関→県→国）		
4-1. ー	4-1. ー	4-1. 「医療の質」の評価を視野に入れたがん登録の役割、連携体制の見直しが必要

院内がん登録

課題分野	課題項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 院内がん登録室における患者情報収集（医療機関）					
	1-1.	院内・地域の登録の不一致	1-1.	院内・地域で登録項目の統一（院内から地域への登録の際に無変換で登録可能な定義に統一）	1-1. — 1-2. — 1-3. —
	1-2.	対象者抽出・登録作業の標準化、質の向上			
	1-3.	他府県居住者の対応	1-2.	同上	
			1-3.	施設より各県に提出、または、県間で情報交換を実施	
2. 院内がん登録室における品質管理（医療機関）					
	2-1.	HosCanR(国がん提供の登録ソフト)以外の独自システムにおける品質管理の実態不明	2-1.	標準的な院内がん登録における品質管理ロジックの要件整理と公表	2-1. — 2-2. —
	2-2.	品質管理ツールによるデータクリーニングが不徹底	2-2.	—	
B) 予後情報収集					
1. 住民票照会などの体制整備（医療機関）					
	1-1.	院内がん登録からの住民票照会の手順・手続きが未整備	1-1.	予後情報の収集と情報共有の流れの整理（院内・地域双方の死亡・生存確認情報の届出・還元体制）と法律による対応	1-1. 国レベルでの予後調査実施の検討 1-2. 同上 1-3. 同上
	1-2.	住民票照会に伴う人員・費用（手数料、郵送料、印刷代等）の確保されていない	1-2.	同上	
	1-3.	市区町村側の負担増大（実施施	1-3.	同上	

設数の増加、同じ患者に対する
複数問い合わせの対応)

C) 集計・報告

1. 拠点病院院内がん登録集計（医療機関）

1-1. 個々の医療機関での集計報告が統一されていない	1-1. 標準となるモデルを提示	1-1. ー
-----------------------------	------------------	--------

2. 拠点病院院内がん登録全国集計（国）

2-1. 施設間重複データがチェックできない	2-1. ー	2-1. 国レベルで個人情報を収集して、重複データのチェックを実施
2-2. 未提出施設あり	2-2. 提出の徹底	2-2. ー

3. 拠点院内全国集計における品質管理（国）

3-1. 集計結果の即時性を優先し、エラーデータを集計対象から外して集計し、品質管理結果の還元は、集計結果と同時に実施	3-1. データ提出時のエラーチェックを徹底	3-1. ー
---	------------------------	--------

4. 拠点院内全国集計における生存率集計（国）

4-1. 2007年患者の3年予後を2011年に収集予定。その後、5年後に拡大。	4-1. 2011年収集予定の予後調査体制整備	4-1. 国レベルでの予後調査を検討（県間の転出入の確認が省けて効率的）
--	-------------------------	--------------------------------------

D) 分析・評価・活用

1. 県における院内がん登録データの分析・評価・活用（県）

1-1. 施設別集計の活用・公表は、県によって不統一	1-1. 県がん診療連携協議会の場合を活用して、分析・評価・活用を促進。活用事例を共有	1-1. ー 1-2. ー
----------------------------	---	------------------

2. 国における院内がん登録データの分析・評価・活用（国）

- | | | | |
|-------------------------------|------------------|------|---|
| 2-1. 2007年診断例を2009年に初めて収集して集計 | 2-1. 今後とも毎年収集を継続 | 2-1. | — |
| 2-2. 活用は未着手 | 2-2. 活用は今後検討 | 2-2. | — |

E) 体制整備

1. 院内がん登録室の体制整備（医療機関）

- | | | | |
|------------------------|-------------------|------|---|
| 1-1. 担当職員の確保・育成が十分ではない | 1-1. 研修、現地訪問による指導 | 1-1. | — |
|------------------------|-------------------|------|---|

2. 院内がん登録室の個人情報保護（医療機関→国）

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|------|---|
| 2-1. データ提出時の匿名化プロセスが不統一 | 2-1. 標準ソフトの普及、手順書の提示 | 2-1. | — |
|-------------------------|----------------------|------|---|

3. 中央機関の体制整備（国）

- | | | | |
|------------------------|-------------------|------|---|
| 3-1. 担当職員の確保・育成が十分ではない | 3-1. 研修、現地訪問による指導 | 3-1. | — |
|------------------------|-------------------|------|---|

4. 医療の質を評価するための体制整備（医療機関→国）

- | | | | |
|-------------------------------------|---|------|---|
| 4-1. 医療の質を測定するために必要な詳細臨床情報を得る仕組みがない | 4-1. 既存データベース（DPCなど）との照合、サンプリング調査、臓器がん登録との連携を検討 | 4-1. | — |
|-------------------------------------|---|------|---|

臓器がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 医療機関からの患者情報提供（医療機関）					
	1-1.	診療科データベースの運営が医師の篤志的努力による場合が多い	1-1. 病院としての支援	1-1. —	
	1-2.	同一病院内での院内がん登録と診療科データベースとの連携が不十分な施設が多い	1-2. 院内がん登録と診療科データベースの連携を促進するモデルを提示	1-2. —	
3. 医療機関における品質管理（医療機関）					
	2-1.	品質管理手順について統一したものはなく、登録担当者の自発的努力によっている	2-1. 臓器がん登録室からの指示の徹底、統一的な品質管理基準を検討する	2-1. —	
4. 臓器がん登録室の品質管理（学会）					
	3-1.	品質管理手順について統一したものはなく、登録担当者の自発的努力によっている	3-1. 臓器がん登録間で、定期的な情報交換の場を設定し、統一的な品質管理基準を検討する	3-1. —	
B) 予後情報収集					
1. 医療機関における体制整備（医療機関）					
	1-1.	病院における予後調査体制が未整備	1-1. 病院における予後調査を支援	1-1. 国レベルでの予後調査実施の検討	
	1-2.	院内がん登録との情報共有がされていない	1-2. 院内がん登録との情報共有促進	1-2. —	

C) 集計・報告

1. 集計解析 (学会)

1-1. データ管理専門家の関与がない
場合が多い

1-1. ー

1-1. 中央登録室業務を支援するデータセンターの設置を検討

2. 結果公表 (学会)

2-1. 各実施主体が独自形式での報告、公表体制をとっており(年報発行、販売、英語論文のみなど)、活用が十分ではない

2-1. 公表に際してのモデルの提示、公表のための費用支援

2-1. ー

D) 分析・評価・活用

1. 個別データの分析・評価 (学会)

1-1. 学会員・登録者のみが利用可能の場合が多い

1-1. 第三者利用の条件・体制の検討

1-1. ー

2. 資料の活用 (学会)

2-1. 病期分類の改善案の提案、ガイドライン策定などで一部の臓器において限定的に利用されているのみ

2-1. 好事例の情報を共有する

2-1. ー

2-2. 施設ごとの情報還元があまりなされていないため、診療の質の測定には利用されていない

2-2. 同上

2-2. ー

3. 国際活動 (学会)

3-1. 国際的な病期分類改訂に際して、日本からの提案の証拠として利用されることが少ない

3-1. 好事例の情報を共有する

3-1. ー

E) 体制整備

1. 中央登録室の体制整備 (学会)

- | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| 9-1. 財政支援の基盤が弱く、登録業務担当者の負担が大きい | 9-1. 公的研究費による支援の強化 | 9-1. 中央登録業務を支援するデータセンターの設置 |
| 9-2. 意志決定には、実施学会の手続きが必要であり、登録に最適な体制作りが迅速に行いづらい | 9-2. 学会内での登録委員会の役割と意志決定方法の明確化 | 9-2. — |

2. 個人情報保護 (学会)

- | | | |
|--|--|---------|
| 10-1. 連結可能匿名化で情報提供をする場合、匿名化プロセスについて各臓器がん登録がバラバラに対応している | 10-1. 匿名化プロセスについて、臓器がん登録間で、定期的な情報交換の場を設定する | 10-1. — |
|--|--|---------|

3. 臓器がん登録間の連携 (学会)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|--------|
| 4-1. 臓器がん登録間での情報交換を行うシステムが未整備 | 4-1. 定期的な情報交換の場を設定 | 4-1. — |
|-------------------------------|--------------------|--------|

4. 医療の質を評価するための体制整備 (学会)

- | | | |
|------------------------|---------------------------------|--------|
| 5-1. 質を評価するための取り組みが少ない | 5-1. 学会として質評価のための活動に臓器がん登録を利用する | 5-1. — |
|------------------------|---------------------------------|--------|

小児がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 学会登録					
	1-1.	日本小児血液学会の小児血液腫瘍登録(2006年開始)、日本小児がん学会の小児全般の登録(2005年開始、中断後2009年再開)は、web登録を基本。前者は、臨床研究活動と連動し、後者へ情報提供。提供者からの同意取得はしない。この他に、日本小児外科学会の小児固形腫瘍登録(病型限定、同意取得あり)、日本眼科学会の網膜芽腫登録(同意取得せず)があるが、悉皆性の高い登録は確立していない。	1-1. 各学会登録の連携を促進。小児がん専門医の認定条件の1つとする。病理データベースなどとの照合を検討。	1-1. 地域がん登録との連携を念頭に、悉皆性登録は地域がん登録への移行を検討。学会登録は、体質や循環因子との関連など二次調査に特化。小児慢性特定疾患研究事業の見直し(治療終了5年で給付の打ち切り)	
	1-2.	病理中央診断による登録の一本化と引き継いだ観察研究の仕組みを確立中	1-2. —	1-2. —	
2. 他のがん登録との協力					
	2-1.	地域がん登録の項目が、小児がんとはあわない。モデル地域に	2-1. 登録項目の変更、小児がん登録専門登録士の養成、小児がん専	2-1. 小児がんも年齢区分の違いとして集計されるようにする	

	て検討中		門病院の拠点化と院内がん登録の促進、臨床研究グループとの連携		小児慢性疾患登録情報参照の精度整備
2-2.	匿名データなので、臓器がん登録と照合できない。			2-2.	—
		2-2.	放射線治療に関しては、可能性があるので検討		
3. 品質管理					
3-1.	日本小児がん学会の登録は、診療科単位であるため、重複登録が多くなる可能性あり	3-1.	—	3-1.	個人情報つきの登録を検討
		3-2.	—	3-2.	同上
3-2.	匿名化登録のためデータクリーニングが容易ではない	3-3.	固形腫瘍の臨床研究と連携し、診断精度を向上させる	3-3.	—
3-3.	診断の正確さをチェックしていない				
B) 予後情報収集					
1. 学会登録					
1-1.	血液腫瘍に関しては、毎年予後情報を収集しているが、個人情報の取り扱いが厳格になる状況では、予後情報登録率は低下傾向。固形がんに関しては、予後情報収集の計画なし	1-1.	臨床研究グループによる予後調査観察研究の推進との連携、小児がんフォローアップセンター整備による長期予後情報収集	1-1.	小児がん拠点病院間での、質の高い情報収集
2. 他のがん登録との協力					
2-1.	小児がんの場合、「死亡」以外の予後も重要であるが、データ収集はできていない	2-1.	上述の予後調査観察研究と連携、および、臨床研究グループとの連携	2-1.	法的制度が必要

C) 集計・報告

1. 学会登録

1-1.	固形腫瘍登録は、精度が低くかつ登録が低いため、活用が難しい	1-1.	データ精度の向上	1-1.	—
		1-2.	小児がん情報データベースサイトの開設（成育HP内に小児がん情報ステーション開設）	1-2.	—
1-2.	学会ホームページや学会雑誌掲載のため周知がされていない				

D) 活用（単位：国、ブロック、県）

1. 学会報告

1-1.	—	1-1.	—	1-1.	—
------	---	------	---	------	---
