

第28回 がん対策推進協議会 座席表

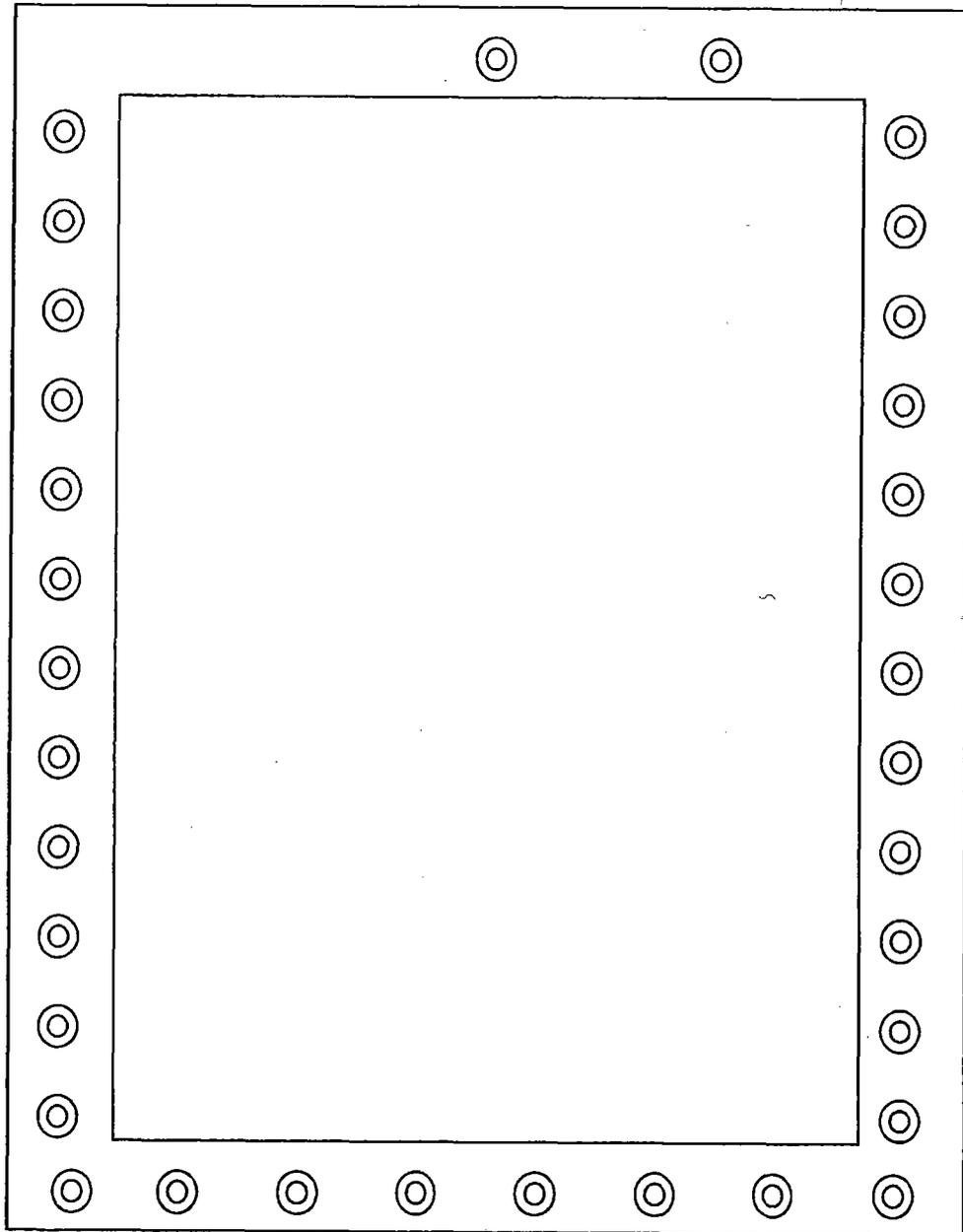
日時：平成23年11月21日(月)16:00～19:00

場所：厚生労働省 18階 専用第22会議室（東京都千代田霞ヶ関1-2-2）

速記

天野会長代理

門田会長



花井 委員

原 委員

保坂 委員

本田 委員

前川 委員

前原 委員

眞島 委員

松月 委員

松本 委員

宮下 参考人

職業安定局
首席職業指導官室

職業安定局
派遣・有期労働対策部
就労支援室

上田 委員

江口 委員

嘉山 委員

北岡 委員

田村 委員

中川 委員

中沢 委員

野田 委員

後藤 参考人

斎藤 参考人

東 参考人

労働基準局
安全衛生部
労働衛生課

医学科学省
文部科学省

企画官
先端医学科学研究
文部科学省

健康局総務課
生活習慣病対策室長

健康局長

がん対策推進室長

事務局

事務局

経済産業省
医療・福祉機器
産業室長

出入口

事務局

(傍聴席)

第28回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成23年11月21日（月）
16：00～19：00

場 所：厚生労働省18階専用第22会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 報告事項

- (1) がん研究専門委員会報告書について
- (2) がん登録について

3 議 題

- (1) がん予防・がん検診について
- (2) 就労・経済負担、サバイバーシップについて
- (3) がん対策指標について（意見聴取）
- (4) 次期がん対策推進基本計画骨子（案）（一部）について

4 その他

【資 料】

- 資料1 がん対策推進協議会委員名簿
 - 資料2 がん研究専門委員会報告書に関する委員からの意見のまとめ
 - 資料3 がん登録に関する委員からの意見のまとめ
 - 資料4 がん予防・検診に関する委員からの意見のまとめ
 - 資料5 がん対策としてのがん検診のありかた（斎藤参考人提出資料）
 - 資料6 就労・経済負担、サバイバーシップに関する委員からの意見のまとめ
 - 資料7 がん対策における指標の考え方（東参考人提出資料）
 - 資料8 がん患者の療養生活の質の評価方法について（宮下参考人提出資料）
 - 資料9 National Clinical Database（後藤参考人提出資料）
 - 資料10 次期がん対策推進基本計画の全体構成（案）
 - 資料11 次期がん対策推進基本計画骨子（案）（緩和ケア、地域連携と在宅医療、医療機関の整備等、がんに関する相談支援及び情報提供、がん登録、小児がん、がんの教育）
 - 資料12 平成24年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について
-
- 参考資料1 今後のがん研究のあり方について（がん研究専門委員会報告書）
 - 参考資料2 がん検診の受診率及び無料クーポンの利用率等について
 - 参考資料3 病気分類の分布（米国との比較・2008年データ）
 - 参考資料4 たばこの規制に関する枠組条約について
 - 参考資料5 がん対策推進基本計画の全体目標と個別目標について

北岡委員提出資料 洲本市における各種検診の取り組み状況

前原委員提出資料 脱たばこ社会の実現に向けて

がん対策推進協議会委員名簿

平成23年9月1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
うえだ りゅうぞう 上田 龍三	名古屋市病院局長
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
きたおか くみ 北岡 公美	兵庫県洲本市健康福祉部健康増進課保健指導係
たむら かずお 田村 和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
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参事監(兼)保健医療部長
のだ てつお 野田 哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
はない みき 花井 美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
はら じゅんいち 原 純一	大阪市立総合医療センター副院長
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
まえはら よしひこ 前原 喜彦	九州大学大学院医学研究院臓器機能医学部門 外科学講座消化器・総合外科学分野(第二外科)教授
まじま よしゆき 眞島 喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事
まつづき みどり 松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
まつもと ようこ 松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
◎ もんでん もりと 門田 守人	公益財団法人がん研究会有明病院副院長

◎…会長、○…会長代理

(50音順、敬称略)

がん研究専門委員会報告書に関する委員からの意見のまとめ

- ◇ HTLV-1によるがんのように、日本人に多いがんについては日本がその分野の研究をリードしなければ進展は見込めない。日本人特有のがんを重点的に取り組むべきではないか。(天野委員)
- ◇ 倫理審査委員会の考え方が施設ごとに異なることが臨床研究を進める上での障壁となっている。申請者に対する研修や指導のみならず、審査する側に対する研修やレベルの向上も重要である。(前原委員)
- ◇ 海外では HTA (Health Technology Assessment) があり、患者も参画して承認した薬の費用対効果も分析している。日本にもこうした取組が必要ではないか。
- ◇ 日本では臨床研究への参加が患者にとって最後の選択肢となっている。学会の診療ガイドラインに臨床研究も一つの選択肢となることを明記することが必要ではないか。(以上、真島委員)
- ◇ 文科省、厚労省、経産省の連携は重要であり、これまでも総論で連携するとされていても個別の課題ではなかなか実現されていない。各論においても連携を明記するべきである。
- ◇ 患者の立場からの研究促進にがん登録のデータは必須、研究推進の立場からもがん登録の法制化についても明記するべき。(以上、上田委員)
- ◇ 90年代にメディカルイノベーションがあったが、結果的には抗がん剤が1つできたただけであった。成功の鍵は、国民と医療者が対立するのではなく、協働していく文化の醸成が必要。
- ◇ 倫理については国際的な動きや国内の倫理指針改正の動きを踏まえる必要がある。(以上、嘉山委員)
- ◇ がん患者が臨床研究に参画するためには、データを公開し、透明化することで参加しやすい環境を整備することが必要(天野委員)

がん登録に関する委員からの意見のまとめ

1. がん登録の必要性

- ◇ 国民にとっては、臓器がん登録、院内がん登録、地域がん登録の順で直接的に利益が出る。一方、行政にとっては、政策立案のために地域がん登録は不可欠である。(上田委員)
- ◇ 東日本大震災に伴う原子力災害に対する漠然とした健康不安を持っている中、政府ががんに関する基礎的なデータを持っていないことが、将来、大きな禍根を残すと懸念される。こういった視点からもがん登録推進の必要性について考える必要がある。(天野委員)
- ◇ がん登録は、国として取り組んでいるがん対策の基礎や評価となるデータとして不可欠。附帯決議にも書かれているように、がん検診の評価にとっても不可欠だが、現行のがん登録にはがん検診を評価できるデータが十分に揃っていないことが問題と考える。
- ◇ 全国民が自分の身にふりかかる可能性のあるがんに対して、予防から予後までの必要な施策とその効果を検証し、優先的に取り組むべき課題の解決や地域間格差の是正。さらなるがん検診の質の向上を目指すために、がん登録は必要と考える。特に地域がん登録は、全国の市町村レベルでの実態や課題を掴み、地域間に共通の課題から国レベルでの施策に反映することで地域間格差を解消していけるメリットがある。現状では、地域がん登録は、国民を納得させるだけのメリットと方法が提示できないとして義務化されていないが、次期5年間の計画見直しの時には、検討いただきたい。(以上、北岡委員)
- ◇ 例えば院内がん登録を公開することで、患者の医療機関の選択等に役立つのではないかと。一方で、患者側も数字だけに惑わされることのないよう正しい知識を身につけることが重要。(松本委員)
- ◇ がん登録のデータを活用して、地域ごとの実績やがん医療の現状、医療機関別の診療件数および生存率を公開することは、がん医療の均てん化の進捗を把握するために重要。

- ◇ 検診受診者ファイルと地域がん登録データとの照合が可能となるよう、制度や指針等で担保し、がん検診とがん登録を組み合わせることによってさらにがん登録のデータを有効活用できるのではないかと。(以上、天野委員)
- 2. がん登録に対する国民の理解の促進
 - ◇ 自分たちの罹患情報が後の患者の役に立つことを患者に説明すれば、がん登録の理解は必ず得られる。(花井委員)
 - ◇ がん登録の法制化について国民の理解を得るには、がん登録が国民にもたらす利益を示すことが必要。(嘉山委員)
 - ◇ がん登録の必要性を次期基本計画の中で国民に訴えていくことは重要。(松本委員)
 - ◇ がん対策を推進する上で、がん登録は非常に重要。出版物やウェブサイトを通じた広報活動により、がん登録に対する国民の理解を得るとともに、国の取り組みを国民に発信していくことが大切。広報活動についても協議会の中で議論すべき。(眞島委員)
 - ◇ がん登録の重要性に関する市民啓発策は、一般市民に対しての啓発、病院受診者・検診受診者に対する啓発、がん患者・家族に対しての啓発というように対象の関心レベルに応じた啓発方法を推進すべきである。(江口委員)
- 3. がん登録の登録項目
 - ◇ 地域がん登録の項目は、政策立案に必要な項目だけでよく、細かい項目は必要ない。(嘉山委員)
 - ◇ がん登録の目的を明確にした上で、現場への負担も考慮し、登録項目を策定すべき。(川越委員)
- 4. がん登録と個人情報保護との関係
 - ◇ 現状、各自治体の長も、個人情報保護の観点からがん登録の情報を外に出したくない。(嘉山委員)
 - ◇ がん登録は必要だが、個人情報管理を担保することも重要。(本田委員)

◇ 院内がん登録、地域がん登録に際して、自治体毎に個人情報保護に関する対応が異なっている。がん登録における例外規定に関しては全国の自治体に対して十分に周知する必要がある。(江口委員)

◇ 個人情報保護については、アメリカでは法整備が進んでいる。がん研究を進める上でも、個人情報保護を担保する法整備が必要ではないか。(眞島委員)

5. がん登録のデータ収集における問題点

◇ 届出票、死亡票を集めるにあたっては、紙ベースで収集することで、各医療機関、保健所、登録室に手間、経費、保管スペースなど、多大な負担をかけることになっている。電子媒体でデータ収集ができるようなシステムの開発が必要ではないか。

◇ 地域がん登録の届出票の提出が義務ではないため、医療機関の協力が得られにくい。届出票の謝金を支払わない県(たとえば福岡県)では、DPC対象病院以外には届出のメリットがない。

◇ 日本外科学会主導で、わが国の外科手術症例の登録制度(National Clinical Database:NCD)がスタートしたが、各学会と連携して、将来的に臓器別がん登録の制度を組み込もうとしている。今後、地域がん登録、院内がん登録の整備と足並みを揃えるためにも、腫瘍関連学会との連携が必要ではないか。(以上、前原委員)

◇ データ収集の際に、患者同意を求めたのでは、拒否する人がいることでデータにバイアスがかかるため望ましくない。(中川委員)

◇ 患者一人一人に説明して登録への同意を求める方法は現場の負担が増え、がん医療そのものにも影響することが懸念される。今の患者への利益も大切だが、将来の国民全体への利益を考えるべきと思う。(花井委員)

6. がん登録の法制化の必要性

◇ 各がん登録の登録率に関する具体的な目標設定や、がん登録推進の上で予算補助と法制化のどちらを優先するかなどを明確にすることが大切。(上田委員)

◇ 地域がん登録は、がん対策の基礎となるデータの把握・分析のためには不可欠な事業である。都道府県によっては追跡調査の際に住民基本台帳ネットワークの活用により情報の把握を行っているところもあるが、自県以外に居住するがん患者の情報が確認できないなど、その取組みにも限界がある。全てのがん患者の情報が集約できる全国統一の体制を構築するためには、医療機関や地方自治体の役割を明確にするなど、地域がん登録の法制化が必要と考える。(中沢委員)

◇ 患者本人の同意があれば問題はないが、拒否者の情報を、あえて登録しにくいという意見がある。また、欠落が多い場合のデータの精度上の問題、未告知者への対応、同意手続の医療機関の負担等を考えると、法的整備が必要である。(前原委員)

◇ 欧米では幼児の急性リンパ性白血病が一貫して増加していると言われていたが、わが国ではまったく不明である。法制化によって悉皆登録が担保されたデータベースがなければ、今後の医療ニーズの予測、発症予防のための研究も行うことができない。(原委員)

◇ がん登録の法制化が必要であると言うことを協議会として訴えるべき。(嘉山委員)

◇ がん登録の法制化に賛成(保坂委員)

◇ 法制化は必要であるが、患者はがん登録についてよく知らないのは問題。(前川委員)

◇ 死亡票データなどの既存のデータや、住基ネットなどの既存のシステムでの情報が地域がん登録で円滑かつ安全に活用できるよう、制度や指針等で担保することが必要。(天野委員)

◇ がん登録はわが国のがん医療やがん研究の向上のために必要不可欠なものであり、国民全体に大きな利益をもたらすものである。がん登録の推進のために法制化は必要である。ただし、個人情報の保護を重要視し、がん登録における個人情報を扱う立場の地位の確立や扱い方のルールなども厳しく法制化していくことも求められる。(花井委員)

7. 社会保障番号制度とがん登録

◇ がん検診とがん登録をつなげるためには社会保障番号制度が鍵となる。
(中川委員)

◇ 社会保障番号制度については、健康に関する情報も含めて一元的に管理されることでどのようなリスクがあるのかもと議論するべき。(保坂委員)

◇ 社会保障番号制度のがん登録へのメリットは大きい。個人情報保護についてはさらに議論を深めるべき。(田村委員)

7-8. その他

◇ がん登録の情報を継続して更新するため、がん登録を地域連携クリティカルパスと一体化する仕組みを現在検討している。(嘉山委員)

◇ 小児がんのような希少がんは悉皆登録が最低限必要だが、同時に臓器がん登録による情報も重要である。そのため、地域がん登録と臓器がん登録を連結させる仕組みも検討して欲しい。また、希少がんについては臓器がん登録も国の事業として実施されることが望ましい。(原委員)

◇ 登録実務者の地位を向上させ、非常勤ではなく定着させるような取組が必要。(松本委員、天野委員)

がん予防・検診に関する委員からの意見のまとめ

1. がん予防

- ◇ がんが見つかった時からの医療・緩和ケア・介護・就労支援など多岐にわたる検討をしているが、生活習慣病として発症予防からの視点での研究や対策の弱さが目立つ。(北岡委員)
- ◇ がん予防において重要な対策のひとつである「喫煙対策」は、市町村や保健所単位で取り組みが展開されており、個別・あるいは集団で、年間延べ約30万5千人の国民が市町村・保健所における禁煙指導を受けている。こうした取り組みのほとんどは、市町村や保健所、産業分野で保健師を主たる担当として企画・実施されており、がん予防対策全般において保健師活動をさらに活用してはどうか。(松月委員)
- ◇ がん予防の効果的な方策や今後の課題は、多くの研究によりすでに明らかである。がん予防の普及啓発のために、児童からの「がん教育」、成人への「がん啓発」を協力を推進することが必要である。(花井委員)

2. がん検診

(1) がん検診に関する国民への正しい情報提供の必要性

- ◇ がん検診が偽陽性となった場合には、受診者は精神的、また経済的な負担を強いられることとなるが、日本では受診者への偽陽性についての教育が不足しているのではないかと。(眞島委員)
- ◇ がん検診の目的、方法と共に、受診者の利益と不利益も含めた正しい情報を提供すること。(松本委員)
- ◇ 過去に精密検査を必要と判断された人が精密検査で「異常なし」と判断された場合、再び要精密検査と判断されても受診しないことが多い。そのため、がん検診の偽陽性率の減少と精密検査を受けた方への検診実施機関からの正しい情報提供が必要と考える。(北岡委員)
- ◇ 偽陽性者(要精密検査対象者)の中には、精密検査の重要性を理解されていない受診者もいる。また、体に変調がないため、精密検査の必要性を理解されない受診者もいる。検診後の追跡調査を行っていく上でも、検診時に精密検査の内容(どのような検査であるか)、概ねの費用等の情報を伝え、受

診推奨に移めていく必要がある。(前原委員)

(2) がん検診の精度管理

- ◇ 職場などにおける検診についても、精度管理や事業評価が徹底されるよう方策を講じる必要がある。(松本委員)
- ◇ がん検診に関して市町村が実施すべき精度管理項目が膨大すぎる。市町村が検診機関と契約する際の視点としては理解できるが、直接がん検診を実施している現場ではこれが有効なのかどうかかわからない。
- ◇ 市町村は、検診機関そのものの精度管理体制を監督する立場ではない。都道府県などでその役割をきちんと担える仕組みが必要と考える。(以上、北岡委員)
- ◇ 検診機関の委託先を検診価格のみで決定しているとも聞く。検診機関毎の、検診の精度管理評価が不十分である。(前原委員)
- ◇ 検診項目をひろげた時に偽陽性の方への対応をどうすべきか検討が必要。(保坂委員)

(3) がん検診推進のための医師・医療機関等の整備

- ◇ 検診受診率の上昇とともに、医師・医療機関側の支援や整備が重要ではないか。例えば乳がん検診では、要精検となった受診者が、専門医のいる精密検査実施機関に集中するために、通常の乳がんの診療に支障を来している場合がある。集団検診においては、検診受診率：50%の受診者数に対応をするマンモグラフィ検診車の台数確保はできていないのではないかと。視触診を行う医師の不足も問題である。(前原委員)
- ◇ 乳がん検診においては医師不足の問題があると考えますが、診断機器の改善や技師による検診の可能性を検討する必要があるのではないかと。(田村委員)
- ◇ 医師不足については、乳がんのみならず、子宮頸がん検診においても同様である。集団検診機関においては、医師の確保に非常に苦慮しており、検診方法等の検討も今後必要である。(前原委員)
- ◇ 検診実施機関、精密検査実施医療機関、人的資源などが地域によって偏り

なく十分に確保されるよう、予算措置を含め方策を講じることが必要。(松本委員)

- ◇ 高齢化に伴う生活習慣病対策の一環として、「がん」や「がん検診」に対する国民の意識や認識を変えていく教育(地域づくり)が必要。そのためには、市町村や産業に働く保健師がその地域で住んでいる人、働いている人の意識や認識の実態を掴み、その課題解決に向けた健康づくり活動を充実していく必要があると考える。そのために市町村保健師や産業保健師の人員増と予算の裏づけが必要。(北岡委員)

(4) がん検診の検診主体について

- ◇ 検診制度を一本化すべきである。現在の日本の検診制度は、市町村、組合等の保険者、個人の大きく3つの主体によって行われており、主体も財源もそれぞれ異なっている。市町村では首長の判断で予算規模が異なり、職域で受診する場合には企業規模等により提供される受診機会が異なってくるといった問題がある。ヨーロッパの多くの国では乳がん検診は組織型、つまり国家が主体となって行っている。(嘉山委員)
- ◇ がん検診は、住民検診のみならず、零細企業の従業員なども含めた職域検診などでも実質的には行われている。しかし、各々の検診主体で行われているがん検診の実績は全体を統一して把握する事ができず、それに基づく検診の新たな総合的方策も検討不可能である。検診主体を一元化し(データを共通化することなど)、受診者IDにより個人勸奨、受診データなどを集約すること。また、がん登録との連携システムを構築し、地域および国のがん予防検診対策の策定に役立てるように仕組みの改善が必要である。(江口委員)
- ◇ がん検診の受診率向上には、現状の健康増進法を根拠とした市町村が実施主体となるがん検診の体制に限界がある。職域にいる働き盛り層にがん検診を受診していただくには、特定健診のようにがん検診も保険者を実施主体とするがん検診に転換するなどの制度の見直しが必要と考える。次期5年間の計画見直しでは、踏み込んだ検討をしていただきたい。また、それに伴う予算措置も必要と考える。(北岡委員)

(5) がん検診の受診率及びその向上

- ◇ コールリコールシステムはエビデンスのある受診率向上対策とされており重要である。(天野委員)

- ◇ 無料クーポンの実施により、単年度の受診者数が数%向上していることは事実。しかし、継続受診につながる対策にはなっていないし、受診者数が増えることでの早期発見や予後の効果性が検証できないため、市町村現場は検診屋になりがち。(北岡委員)
- ◇ 特定健診や介護予防検診と同日に同会場でがん検診を受けられるようにすると受診率の向上につながると考えるが、法的根拠の異なる健診で各課にまたがる検診調整をするには、組織の見直しやそれを担うマンパワーと予算が必要。(北岡委員)
- ◇ がん検診受診率50%目標と言った時に、どの検診を指すのかを明確にすることが必要。
- ◇ がん検診受診率50%を達成させるためには、財源や医療資源を確保することが必要。(以上、保坂委員)
- ◇ がん検診率目標50%とあるが、日本のがん検診は一般診療の中で、がん検診的視野も考慮して比較的注意深く診療が行われており、且つ、患者さんも診療所に行くことと検診目的の区別が明かでないため、統計上の検診率が非常に低く出ているか。がん検診率の統計上の背景をもう少し正確に分析し、明確にする必要がある。統計の根拠がはっきりしていないのに、施策を決定したり、欧米と比較しても意味がないと思われる。
- ◇ がん検診で最も重要な点は、検診未受診者、診療未受診者の検診率をいかに上げるかであり、その対策こそが日本で最も重要視すべきと考える。この際、がん腫別に日本の実情に合わせた対策が必要。(以上、上田委員)
- ◇ がん検診の受診率は未だ目標に届かない現状ではあるが、市町村では、地域の住民組織の一つである健康づくり推進員会等を設置する市町村は、そうでない市町村と比較し、胃がん検診受診率が高いという好事例も見られる。保健師が公衆衛生看護の視点をもって地域の住民(個や組織)と協働し、住民にがん予防の重要性、ひいてはがん検診の大切さを効果的に周知することによって、さらなる受診率向上、精密検査の受診率につながることが期待される。(松月委員)

(6) 有効性のあるがん検診の研究、質の高いがん検診体制の確立

- ◇ 都道府県のがん関連協議組織などにもがん検診の専門家は不足している。従って行政や検診団体などが、がん検診の具体的なデザイン、組織構築、精度管理などに関し、十分な認識を持ち得ずに対応の遅れも認められる。全国的に質の高いがん検診体制の確立を目標に、がん検診専門家によるアドバイザリーボードを中央に設置し、行政や検診団体に対する支援を行う仕組みを設置すること。
 - ◇ がん対策推進計画を策定後、現実には、肺癌などのがん検診受診者数は全国的に減少している。このアドバイザリーボードを中心に、喫緊の課題として、これら減少の原因を分析し、その対策を検討する必要がある。また、このアドバイザリーボードのもとに、受診者のリスク群別勧奨方法、検診方法論の科学的な妥当性の検証などに関するがん検診研究プロジェクトを策定し、厚生省研究班などで検証を進める。体系的なロードマップにより、本邦のがん死亡率減少に寄与するがん検診のあり方を具体的に確立させるべきである。
 - ◇ 肺がん検診に関しては、胸部写真による検診の有効性が否定され（米国 PLCO 研究 2011 年）、低線量 CT による肺がん検診の有効性が検証された。（米国 NLST 研究 2010 年）本邦の肺がん検診のあり方に関しても、アドバイザリーボードで検討する必要がある。（以上、江口委員）
 - ◇ がん検診で早期発見・早期治療することにより、その後の予後が左右される可能性の高いがんについて、有効性があり受診者の負担が少ないがん検診の開発と受けられる検診実施機関や体制整備が不十分である。（北岡委員）
 - ◇ 検診の質を担保することが必要。
 - ◇ 対策型検診を死亡率減少効果で決定しているようだが、海外での研究を基にする議論が多く、相反する結果が出た時の決定方法が不明確。方法の選択の議論もわかりにくい。（以上、保坂委員）
- (7) がん検診の地域での取組における課題
- ◇ がん検診ができる医療機関や施設が少ない地域がある。それを解消するための方法の一つとして市町村の枠を超えて受診できる体制を考えるが、医師会調整・受診券調整など市町村レベルでは調整困難な事柄が多い。健康福祉

事務所などで調整する体制が必要。

- ◇ 無料クーポンなど予算の裏づけは必要だが、市町村の地域性や独自性が発揮できるような活用ができるようにしてほしい。
 - ◇ 無料クーポンなどの受診率向上施策が単発的に実施されることにより、突発的な事務量が増え、検診に追われることになっている。今どうするかだけに留まり、見通しをもった市町村レベルで効果的な体制づくりを考えるに至らないことが多い。（以上、北岡委員）
 - ◇ 財政的な面では、がん検診は一般財源化され、首長の判断による所が大きい。検診に積極的な自治体と消極的な自治体があり、将来的には地域格差も発生することが予測される。（前原委員）
- (8) その他
- ◇ 日本では、胃・大腸・肺がんについては、世界的に見ても早期発見において優れているが、その理由としては、がん検診を受けなくても、医師が通常の診療の範囲でがん検診に相当する部分を行っていることが考えられる。一方、乳がんについては、早期発見できていないのは、日本の女性が自覚症状がなければ通常の診療の中で乳房の診察を受診しないことが考えられる。よって、乳がん検診は国家レベルで進めていくべきではないか。（嘉山委員）
 - ◇ そもそも市町村の全体の予算に占める検診に係る予算の割合が少なく、検診受診率が50%になった場合には足りなくなる様な規模の予算しか組んでいないことが、検診の運営に支障を来しているのではないか。（保坂委員）
 - ◇ がん検診の制度上の問題としては、がん検診予算が、使途が市町村の裁量に任せられる一般財源化されたことで、財政状況が厳しい市町村はがん検診に回さず、他の事業に使用してがん検診予算が空洞化している可能性が懸念される。また、特定健診は医療保険者が加入者に対して実施することとなったことから、例えばサラリーマンの妻（被扶養者）の場合などにおいて、がん検診の受診機会が複雑になり、受診率の低下を招いている。（天野委員）
 - ◇ 特定健診との連携は非常に重要である。実施主体の相違から（特定健診は保険者、がん検診は市町村が主体）、地域の集団検診において、がん検診の受診率も伸びない状況が発生している。（前原委員）

- ◇ 日本におけるがん検診の諸問題について、現在まで行われた個別的な改善施策は、がん検診の効果的な推進に極めて影響が小さい。がん検診に関する対策の大幅な見直しによるがん検診の抜本的な体制改革を行う必要がある。(江口委員)
- ◇ 一般内科診察時に乳がんの触診等行うことが理想であると考えるが、内科医の触診実施に際しての教育、実践体制の整備、看護師の介助、患者への実施の理解を十分に行う必要がある。現状においては、診療科を問わず自己検診法の普及を行っていくことも重要である。(前原委員)
- ◇ そもそも協議会として、がん対策基本計画の中のがん検診をどのように定義していくか議論が必要。(保坂委員)
- ◇ がん検診は、地域や検診機関によっての格差があると聞く。がん医療と同じく、がん検診の均てん化も必要である。(花井委員)

がん対策としてのがん検診のありかた

独立法人国立がん研究センター
齋藤 博

1

スクリーニングの定義の多様性

目ごろから、スクリーニングは以下のどの意味でも使われており、混乱の原因になっている。

1	(一定のプログラムではなく)個人にあるときに勧められるスクリーニング検査	職域
2	スクリーニング検査から治療までゆるい一連の流れからなる大雑把なスクリーニングプログラム(精度管理等の厳密なしくみがないプログラム)	大半の自治体
3	リスク低減の達成のために、 かつ スクリーニングプログラム	され、 ごく一部の自治体

- ◆ A screening test offered opportunistically to one person
- ◆ A set of loosely linked activities encompassing screening tests and interventions that roughly comprise a screening programme
- ◆ A rigorously quality-assured and evidence-based screening programme encompassing all necessary steps for achievement of risk reduction.

国際標準の検診体制—Organized screening (組織型検診)

決められた検診(科学的根拠を前提)
徹底的に質を管理
受診率を上げて高く維持

EU議会が推奨する体制

Program vs. non-program

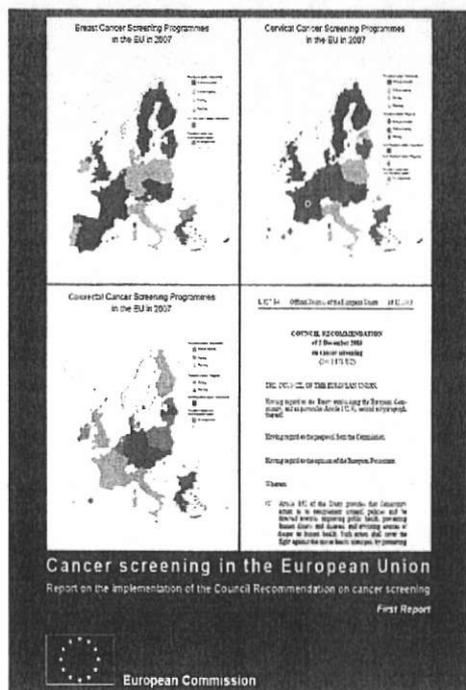
- ・ 検診法など方針の法律、規則、勧告等での明記
- ・ 検診費用の公費負担(一部負担を含め)

Organized program

- 高度なプログラムの管理が必要
- ・ 検診法、検診間隔、対象年齢など方針の明確な指定
(-科学的根拠によることが前提)
- ・ 実施における管理者チーム(国/地域レベル)の設定
検診実施や結果報告などの調整等
検診各段階の管理方法の設定やその標準化
(実施全体に関するガイドラインや実施方法の規則)
- ・ 品質保証の仕組み、疾病負担確認(罹患データなど)の手段

Population-based vs. non-population-based

- ・ 対象者個人ごとの名簿
- ・ 個別受診勧奨 (Call-recall システム)



European Commission

推奨が明記されているがん検診

対象臓器	推奨されている検診方法	対象と適切な受診間隔
胃	胃X線	40歳以上の男女 年に1回
子宮頸部	細胞診	20歳以上の女性 2年に1回
乳房	視触診とマンモグラフィ(乳房X線)の併用	40歳以上の女性 2年に1回
肺	胸部X線と喀痰検査(喫煙者のみ)の併用	40歳以上の男女 年に1回
大腸	便潜血検査	40歳以上の男女 年に1回

日本のがん検診の位置付け—現状

program vs. non-program

検診方法・間隔・対象

指針の遵守市町村: 30%台以下

population-based vs. non-population-based

対象者(個人ごと)の名簿
個別受診勧奨

名簿: 70%

受診勧奨体制: 40%/ 8% 以下

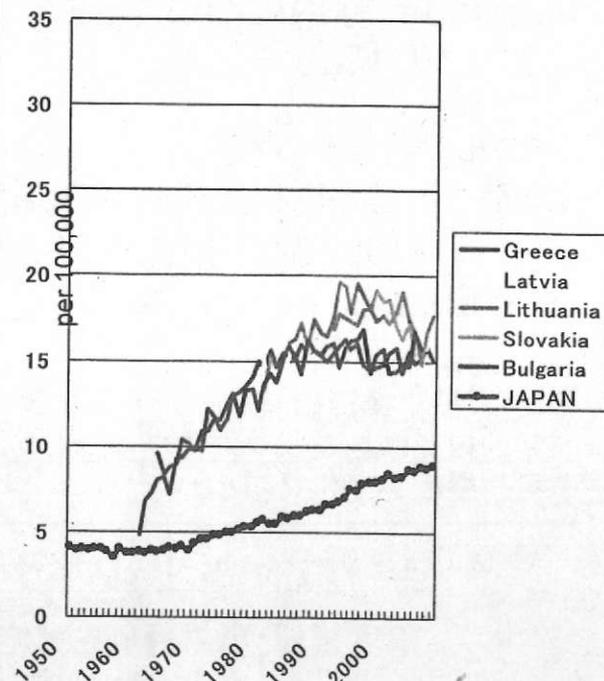
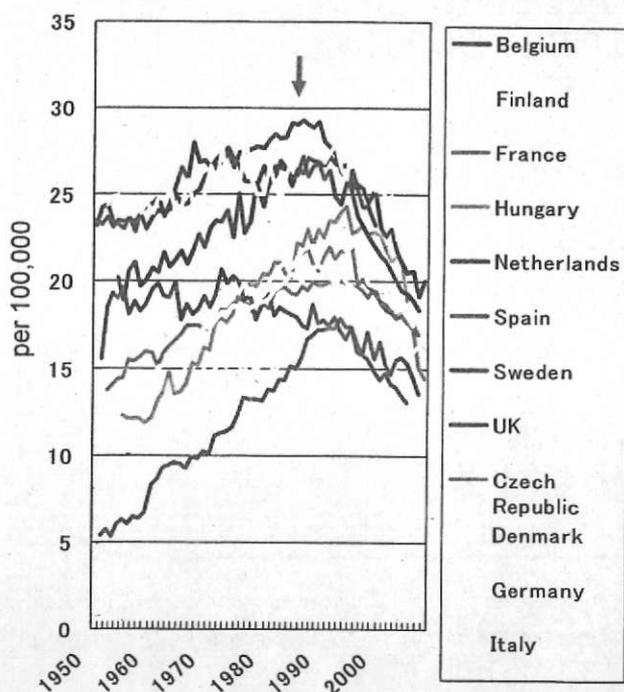
5

検診の体制による死亡率減少効果の違い —乳がん

Source: WHO mortality database

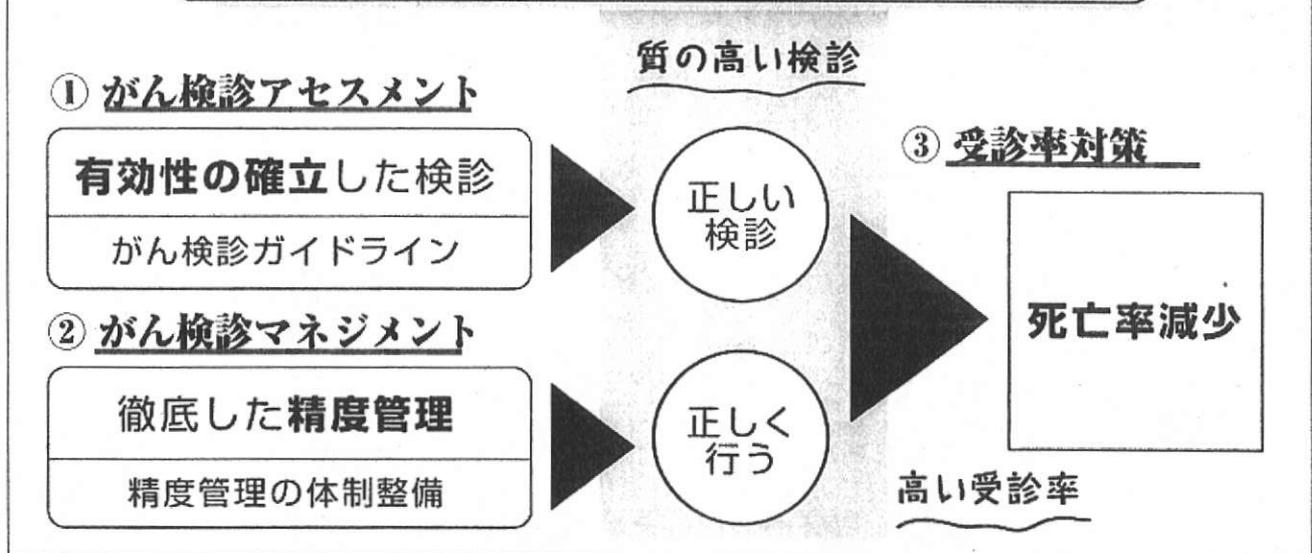
Program, Population-based

No program / Non-population based



がん検診の3本柱

がん検診によりがん死亡を減少させるためには、
有効ながん検診を正しく実施する必要がある



7

がん対策推進基本計画

平成19年6月

第3-2 (1)全体目標(抜粋):
74歳以下の年齢調整死亡率の20%減少

第3-3 (6)がんの早期発見 個別目標(抜粋):

- がん検診の受診率について、5年以内に、50%以上とすることを目標とする。

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
- 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する。

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する

科学的根拠に基づくがん検診のみを実施している市町村数：33%

厚労省公表資料：H20年度市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果より

精度管理・事業評価を実施している市町村数：55%

がん対策推進基本計画 中間報告書(平成22年6月)

8

推奨されていない方法でがん検診を行う理由(複数回答)

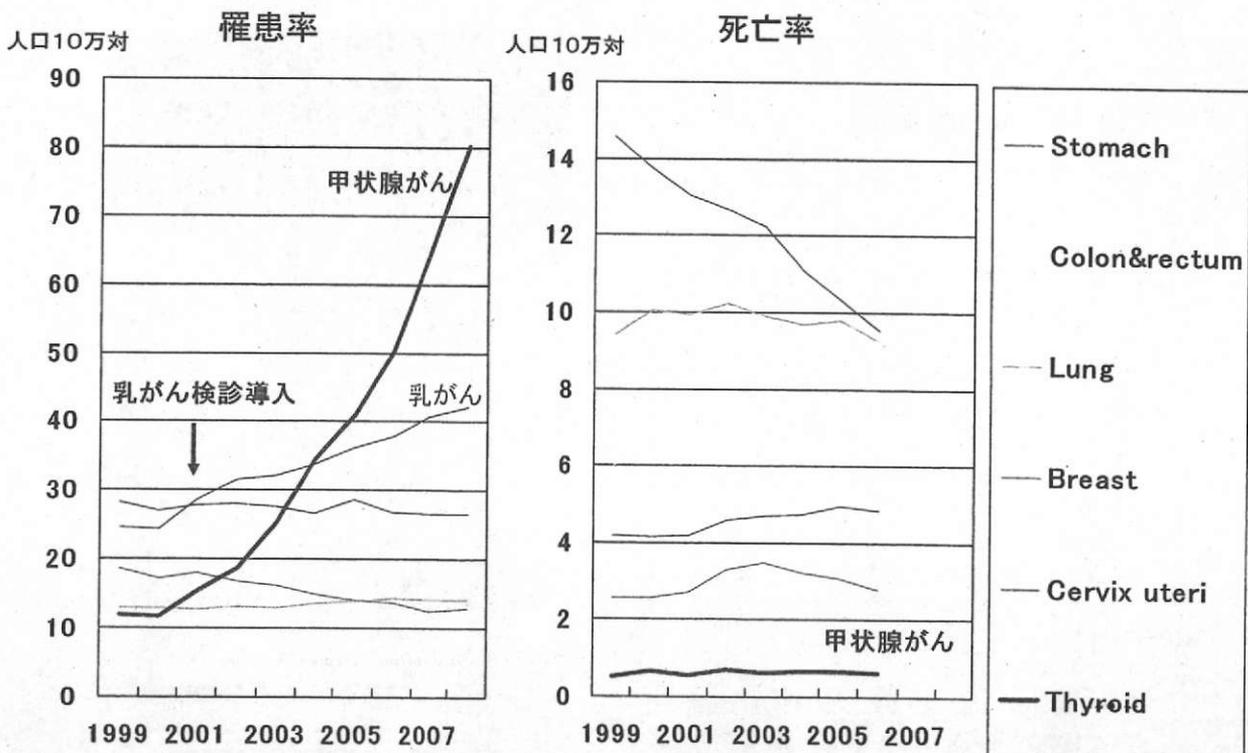
	専門家(医師等)	市町村担当者(保健師)
受診者からの要望があるから	61%	27%
発見率が高いから	54%	27%
新しい方法だから	15%	6%
専門家(医師など)に勧められたから	7%	31%

Hamashima C, et al. Cancer Sci. 2007

がん発見率が有効性のエンドポイント(指標)という誤解 過剰診断がんの存在

9

過剰診断がんの発生の例—韓国の年齢調整罹患・死亡率(女性)



出典 罹患率 Annual report of cancer statistics in Korea (韓国標準人口で年齢調整)
死亡率 WHO mortality database (世界標準人口で年齢調整)

10

検診と診断の違い

がん検診	検診	診断
対象	健常者	患者
目的	死亡リスク減	早期診断
過剰診断	あり/多	なし
エンドポイント	死亡率	感度/発見率

11

がん検診の不利益—過剰診断

インサイドNCI

■ 癌検診について Dr. Barry Kramer 氏は語る

【YouTube スクリプト】

Rick Marlow 氏: 今週のイ
NCI コミュニケーション・フォー
ラムに、Dr. Barry Kramer
NCI 癌予防部の副部長兼
PDQ 編集長が「がん検診」
について、よく話を、ご紹介し
ます。

Barry Kramer 氏: 話し
ます。

Marlow 氏: ランダムに癌を
検出する一方で、健康なエピソード

広く一般に知られている
のは、放射線検査の定数率が
異なるが、同じレベルで
検出されるかどうか

Kramer 氏: 不利益よりも
行われている原因は、明らか
にリスクを減らす、明らか

それ以外の理由で、癌検診に
対して、癌の発生を減らす
ことは、癌を減らすこと
が目的です。

最近では、検診に用いる
装置で検出された 60cm の
ガンダムに比べて、大腸癌に
対して検出率が 20% 程度
高いと報告されています。

Marlow 氏: マンモグラフィ
は、どうですか？

Kramer 氏: マンモグラフィ
は、どうですか？

これまで受けた 7-6 の
検診結果から、それだけ
検出される癌は少ないと
思います。

3 年検診は、検出される
癌は少ないと報告されて
います。

マイナス面には、さらに、偽陽性があります。

癌はかくも恐ろしい病気であるため、偽陽性により健康な人が癌であるかもしれないと示された場合、非常に不安を生じ多くの精密検査を行うことになりえます。

また偽陰性の場合もあります。これは、癌があるにもかかわらず見逃される可能性があるということです。

ありふれているわけではないが最も深刻な不利益は、過剰診断と言われる現象です。検診によって陽性とされた癌患者に過剰診断が起こります。発見された癌の進行がとて遅く、もし検診を受けていなければ見つかることもなく患者の生涯において決して悪影響を及ぼさなかったと考えられる場合です。

それにもかかわらず、過剰診断は侵襲的な検査や治療、時には体を傷める大手術、放射線、化学療法などを惹き起こします。

Inside NCI

U.S. Preventive Services Task Force

USPSTF Home • Resource Links • E-mail Updates

You Are Here: U.S. Preventive Services Task Force

U.S. Preventive Services Task Force

The USPSTF is an independent panel of non-Federal experts in prevention and evidence-based medicine and is composed of primary care providers (such as internists, pediatricians, family physicians, gynecologists, obstetricians, nurses, and health behavior specialists).

The USPSTF conducts scientific evidence reviews of a broad range of clinical preventive health care services (such as screening, counseling, and preventive medications) and develops recommendations for primary care clinicians and systems. These recommendations are published in the form of Recommendation Statements.

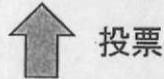
AHRQ's Prevention and Care Management Portfolio provides ongoing administrative, research, technical, and

<http://www.youtube.com/watch?v=WLBfA9Okrf4>

12

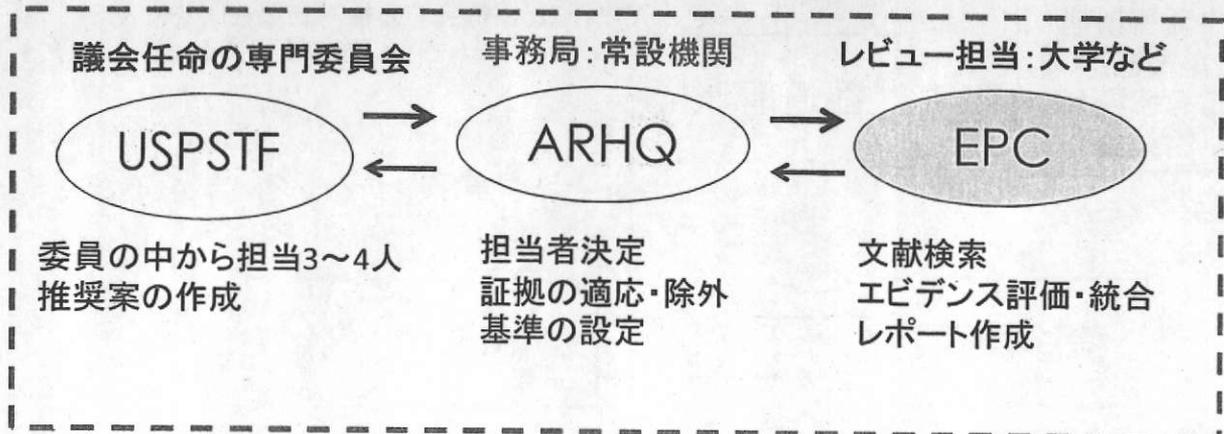
ガイドライン作成：米国USPSTF

推奨の決定



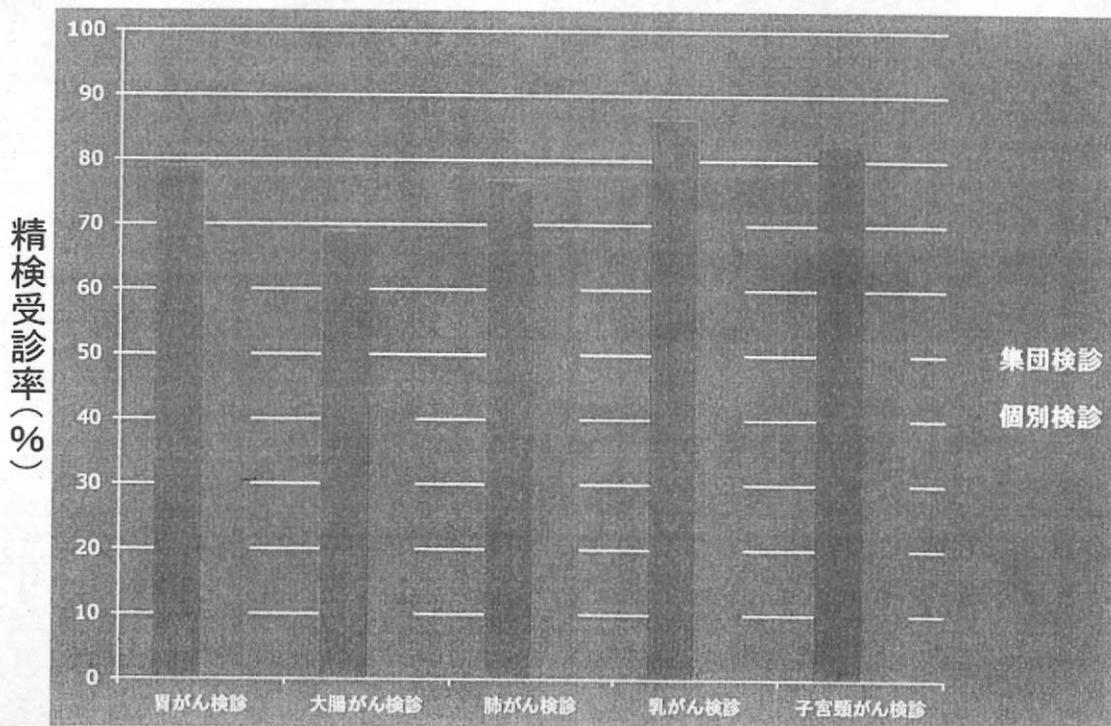
USPSTF 定期会議
エビデンスの提示・推奨案の提案・討議

ガイドライン作成チーム



13

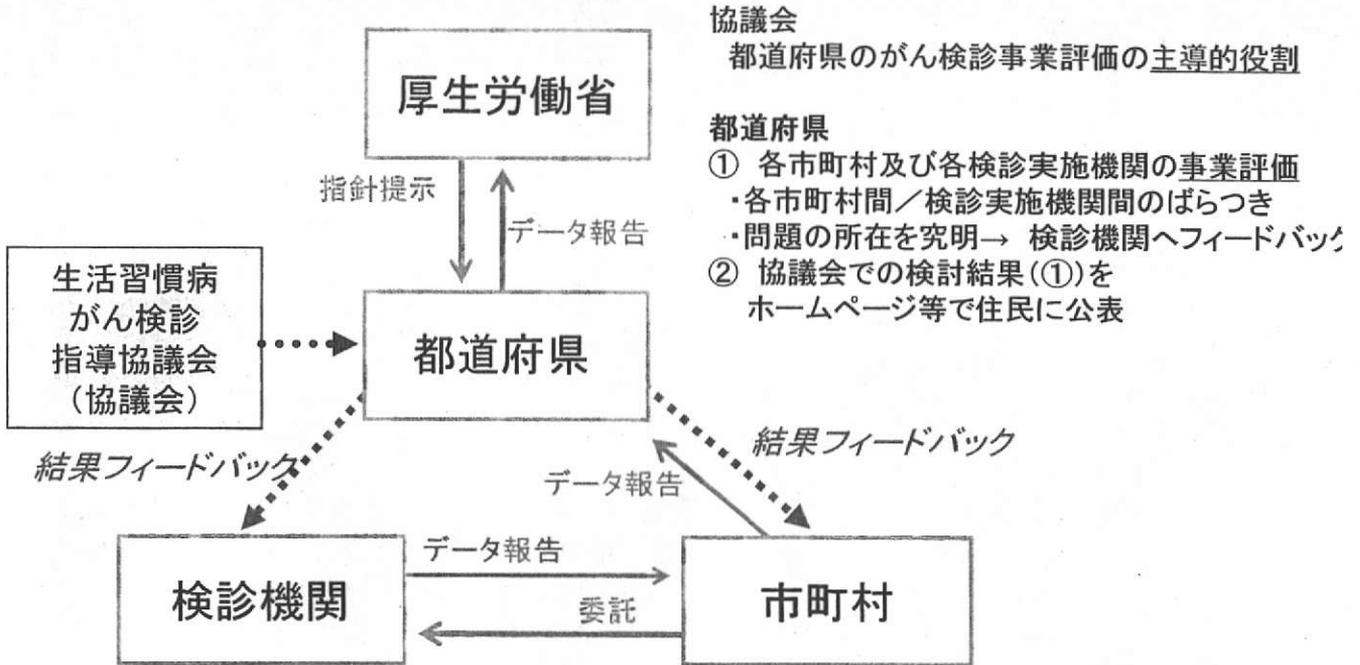
がん検診の精度管理の問題点—精検受診率



H19年度地域保健・老人保健事業報告より

がん検診精度管理・事業評価の流れ

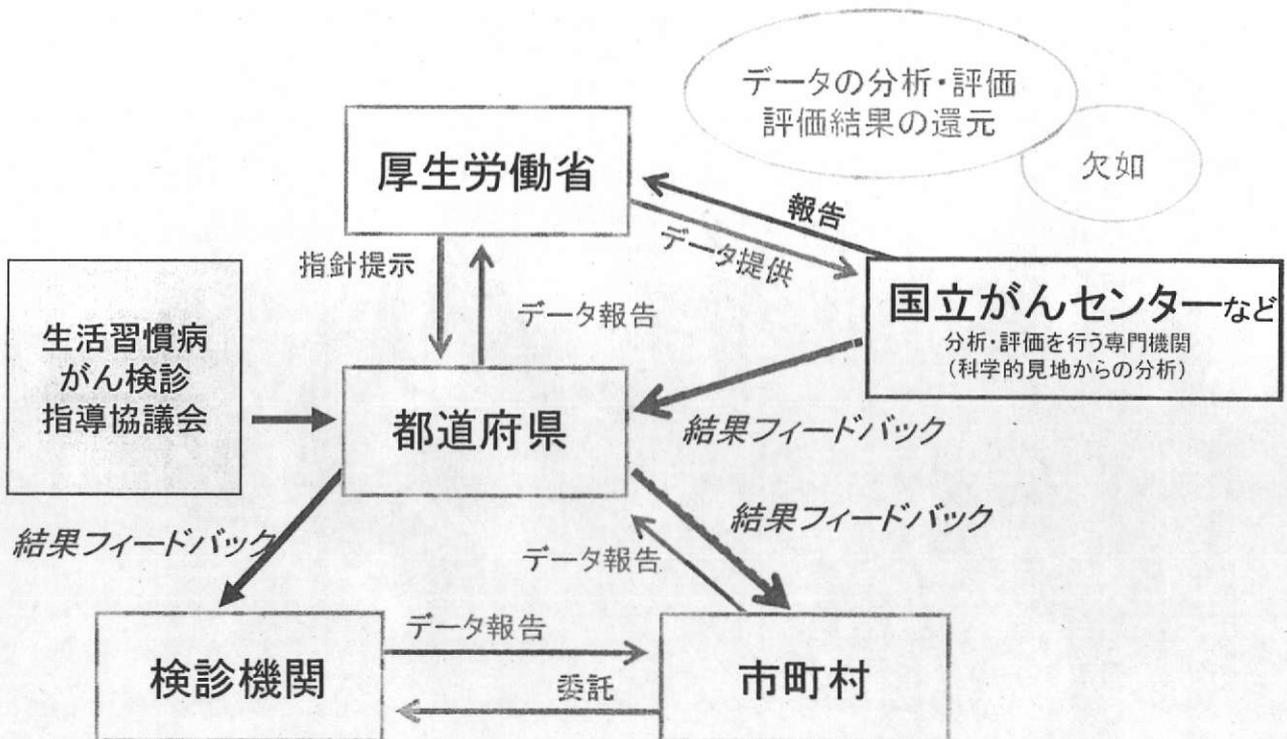
がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月より改変)



15

がん検診精度管理・事業評価の流れ

がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月より改変)



16

生活習慣病等検診管理指導協議会 肺がん部会全国研修会（斎藤班実施）

日時 平成23年3月5日(土) 13時-16時

場所 国立がん研究センター 国際交流会館3F

研修会概要

- 研修会実施の経緯と目的
 - がん検診精度管理についての講義(基礎&応用)
 - 生活習慣病検診等管理指導協議会における精度管理の講義
- 各論:協議会が精度管理評価を行うための、具体的なツールの提示
管轄内市町村の評価・フィードバック、評価結果の公表、自治体支援等の方法

出席状況 44県の協議会関係者（計54名）

研修会後の参加者の評価

- 行政が精度管理をしていないこと(検診のやりっぱなし)が一番の問題。
精度管理のツールを提供してくれて非常にありがたい。
- このスキームでの活動が定着すれば、各自治体による自己評価ができる。

17

がん検診受診率向上に関する介入研究のレビュー(抜粋)

米国CDCのTask Force on Community Preventive Servicesによる介入効果のレビュー

	介入方法	乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮がん検診 (Papテスト)	大腸がん検診 (FOBT)
受診者	受診勧奨システム (Call-recall システム)	14.0% IQI=2.0, 24.0	10.2% IQI=6.3, 17.9	11.5% IQI=8.9, 20.3
	インセンティブ(単独)	エビデンス不十分	エビデンス不十分	エビデンス不十分
	マスメディア(単独)	エビデンス不十分	エビデンス不十分	エビデンス不十分
	スモールメディア	7.0% IQI=0.3, 13.2	4.5% IQI=0.2, 9.0	12.7% IQI=0, 26.4
	金銭負担の軽減	11.5% IQI=6.0, 28.5	エビデンス不十分	エビデンス不十分
提供者	提供者の評価と フィードバック	14% IQI=3, 21	9% IQI=4, 30	13% IQI=12, 23
	インセンティブ	エビデンス不十分	エビデンス不十分	エビデンス不十分

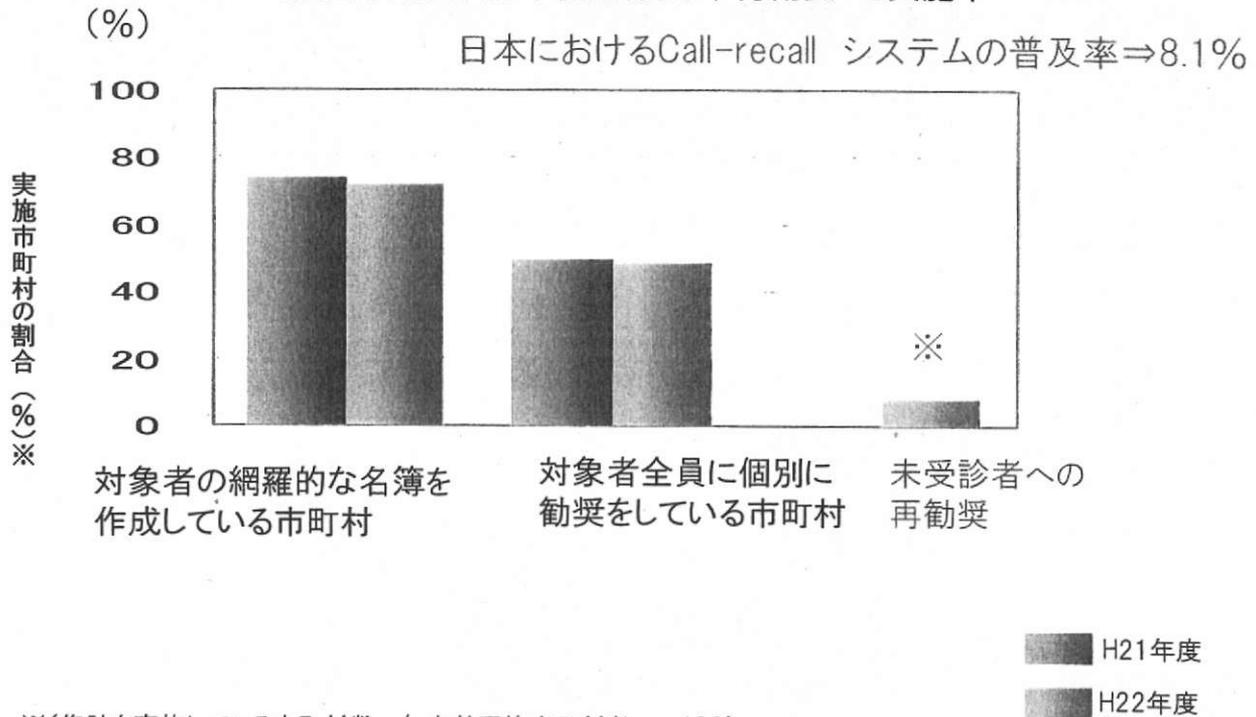
IQI: 4分位範囲

Source: Am J Prev Med 2008;35(1S) 18

受診率向上体制は整備されているか？

全国市町村における実施率

～網羅的な名簿作成 / 個別勧奨 / 再勧奨 の実施率～



19

我が国のがん検診において、がん死亡率減少を達成する為に必要な条件

組織型検診の体制を確立すること

- 科学的根拠に基づいたがん検診を展開する。
 - 科学的根拠を周知するために、常設機関からのガイドラインの発行が求められる。
- 品質保証による精度管理の仕組みを都道府県で確立する
 - 生活習慣病管理検診等指導協議会を活性化する仕組み
- 受診率向上のための仕組み
 - 対象者名簿にもとづく個人受診勧奨と再勧奨(call-recallシステム)の確立が求められる。

なお残る課題

職域検診をカバーしない
自治体のインセンティブ-財源不足

- ・国の事業としての位置付け・義務化が必要
- ・がん対策基本法の中での明確な位置付け(現在は健康増進事業の努力義務)
- ・実施主体の変更

20

就労・経済負担、サバイバーシップに関する委員からの意見のまとめ

1. がんサバイバーの就労支援

- ◇ がんサバイバーの就労支援は、①不当な差別で仕事ができなくなる場合、②現実に仕事の効率が落ちるために就労できない場合に分けて考える必要がある。
 - ◇ がんサバイバーの就労支援の法制化を考える場合は、正規雇用のみならず、日本で圧倒的に多い非正規雇用の方々をどうカバーするかを考えるべき。
 - ◇ 就労可能な者への差別撤廃の方法の一つとして、産業保健センターの活用が考えられるが、一方で、産業保健センターに対する国の予算は削減されているという問題がある。(以上、保坂委員)
 - ◇ がんサバイバーの就労支援は、全てを一気に実現しようとするのではなく、まずは就労可能な者への差別撤廃から始めるべき。(嘉山委員)
 - ◇ 女性の乳がんでは、術後補助療法で定期的な通院が必要で、通院終了後には十分に働くことができるにも関わらず、退職を勧告されることが多い。そういうことも不当な差別として扱うべきである。(本田委員)
 - ◇ 乳がんの治療は長期にわたるため、患者は経済的問題に苦慮し、治療を断念するケースもある。乳がんに限らず、長期的な治療を要する場合の経済支援や就労支援を制度の面から考える必要がある。(花井委員)
 - ◇ がん罹患者の3人に1人は就労可能年齢と言われており、職場復帰、社会復帰への支援がますます重要となっている。職場との調整や復帰者の支援・相談は、産業分野における保健師の重要な役割のひとつである。大企業のみならず、全事業所の多くを占める中小・零細企業においては、産業保健推進センターや地域産業保健センターの保健師による支援が強く望まれている。(松月委員)
- ### 2. 各種普及啓発の必要性
- ◇ がん患者に対する誤解と偏見が就労に関する問題を生み出していることが多い。法制化による就労支援を進めるために、まずはサバイバーシップの普及が必要ではないか。(花井委員)

- ◇ 国民のがんに対する調査結果より、国民が未だがんに対して正しい知識を持っていないことが明らかである。海外でのサバイバーズシップデーなどの啓発活動により、がんに対して正しく理解してもらう文化を作ることが重要。(本田委員)
 - ◇ がん検診のみならず、がん対策の重要性を事業者と労働者に啓発していく必要がある。(中川委員)
 - ◇ 医療面の支援だけでなく、社会での支援が必要である。企業や地域社会での、これまでの「予防」「検診」を中心とした啓発に加え、「後遺症」や「働き方への周囲の配慮」などに関する啓発に取り組むことが重要。(松本委員)
- ### 3. がんサバイバーと他の疾病を抱える人との協働
- ◇ 国連では非感染性疾患が取り上げられており、サバイバーシップをがんのみならず非感染性疾患へと広げていく、または協働していくことが必要ではないか。(田村委員)
 - ◇ 数の多いがんサバイバーへの社会的支援に取り組み、モデルを作ることで、今後、他の疾病などで働きづらさを抱える人への支援につながることも考えられる。(松本委員)。
- ### 4. その他
- ◇ がん対策推進基本計画に「就労」の問題を加える必要がある。(中川委員)
 - ◇ 「がん研究専門委員会報告書」の中で、「がんに関わる心理・社会学的研究等についても強力に推進する必要がある。」とあり、就労・サバイバーシップの議論も進めて欲しい。(花井委員)
 - ◇ がん診断を受けて生存する人が増えていく現状に対応するため、経済的な負担軽減や就労の問題など、小児がんを含めたがん経験者、家族に対する社会的痛みについてこれまでの対策とは違う新たな取り組みが必要。
 - ◇ 協議会としての姿勢を明確にした上で、経済や労働、社会保障、福祉に関する機関などとも協働し、対策を講じる必要がある。必要に応じては、各機関が連携し専門的に協議する場を設けることも重要。

- ◇ がん患者の就労に関する相談窓口の一つとして、既存の「相談支援センター」だけでなく、あらゆる窓口を活用できないか。特に、「ハローワーク」は大きな役割を果たすことが期待できる。(以上、松本委員)

- ◇ 地域や産業分野において、がん予防、がん検診の受診勧奨、復職支援などをより積極的に行うための体制強化として、市町村はもとより、企業や産業保健推進センター、地域産業保健センターへの保健師の配置増、および効果的な対策の推進に関する専門職研修実施のための体制整備・予算措置が必須である。(松月委員)

がん対策における指標の考え方

平成23年11月21日

第28回がん対策推進協議会

東京大学医学系研究科公衆衛生学/健康医療政策学

東 尚弘

1

アウトライン

1. 指標を考える上での留意事項
2. 指標の整理と系統的策定
3. データ源
4. 測定結果の利用体制
5. 標準診療実施の評価
6. 指標と評価の影響

2

1. 指標を考える上での留意事項

評価無くして改善無し、しかし限界のない指標は無い

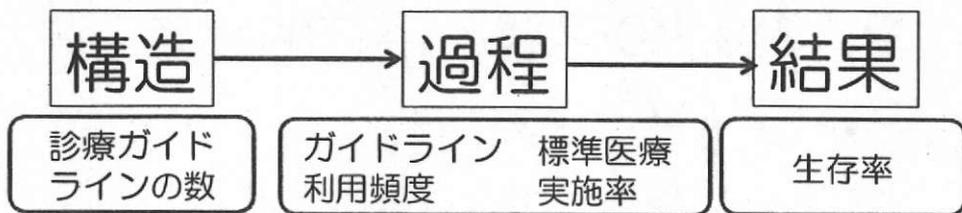
- 測りたい目標が測れているか（妥当性）
例）麻薬消費量で緩和ケアの活動が測れているか
- 同じ状況には同じ測定結果ができるか（信頼性）
例）同じ便検査を受けてもある人は大腸がん検診、別の人は衛生検査と考える
- 指標が施策の影響により変化するか（鋭敏性）
例）「研修終了者数」は容易に増加、死亡率は変化しづらい
- 結果が出るまでの時間（タイムラグ）
例）喫煙率が下がってから死亡率が下がるのはずっと後

3

2. 指標の整理と系統的策定

構造→過程→結果の流れに沿って指標作成が可能

- 例）標準医療の普及



一般的特徴

	構造指標	過程指標	結果指標
変化・効果	現れやすい	比較的現れやすい	現れにくい
測定しやすさ	多くは容易	施策・指標による	比較的容易
指標の意義	小さい	中間	大きい

注：過程と結果の切れ目は時に曖昧、分類の議論は2次的。整理の枠組みが有用 4

3. データ源

- 既存のものをまず、最大限活用
例) 受療行動調査(十患者調査)から
がん患者の満足度
がん患者情報ニーズ

レセプト/DPCデータから
標準医療の実施率
拠点病院と一般病院の連携

5

データ間でリンクすれば更に有用

医療機関・患者ベース

- 院内がん登録
- レセプト/DPC
- 指定要件に関する情報
- 臓器がん登録/NCD
- 患者調査・受療行動調査
などの医療機関ベースの
統計調査

地域・住民ベース

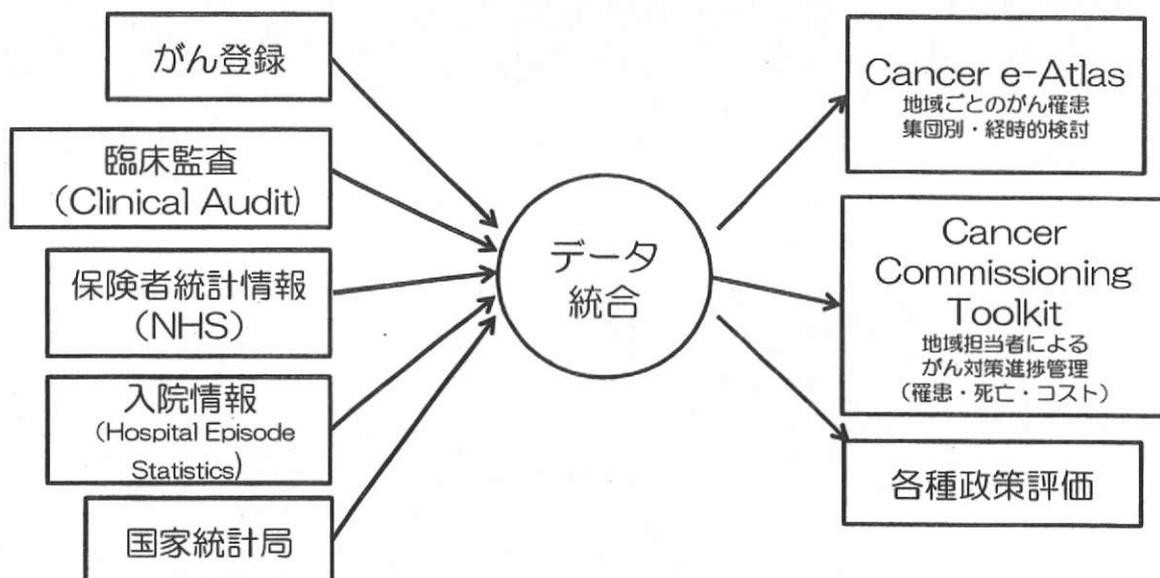
- 地域がん登録
- 住民基本台帳
- 人口動態統計
- 死亡診断書情報
- がん検診後の受療情報

十適宜、個別に特別研究(Special Study)
(例えば、治療までの待ち日数など)

6

先進他国の例：データのリンク・集中利用

- イギリス：National Cancer Intelligence Network



- 米国：SEER (がん登録) + Medicare (レセプト) など
- カナダ・オンタリオ：Cancer Care Ontarioで情報管理

7

4. 測定結果の利用体制

指標を主に使う担当責任者を設定して進捗管理を

カナダ・オンタリオ州の例：

- 14の地域それぞれに地域がん対策担当責任者 (Regional Vice President) を任命
- 担当者の年4回の会合で進捗を管理
- 目標の設定とそれに対する予算を設定

8

カナダ・オンタリオ州：詳細な内部評価

指標→	RADIATION (Apr-Mar 05)			SYSTEMIC (Apr-Mar 05)			SURGERY (Apr-Mar 05)			COLENDROOPY (Apr-Mar 05)				OCBPC (Apr-Mar 05)			Therapy	MCC	Overall Prevalent Rank	Change from Previous Ranking
	WT 100-149 kg with 10 years	WT 150-199 kg with 10 years	WT 200 kg with 10 years	STAGING (Apr-Mar 05)																
	△↑	△↑	●↑	△↑	●→	●↓	△↑	△→	●↓	●↓	●↓	△	●↑	△↑	△↑	●	●			
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	●↑	△→	●↑	●↓	●↓	△	NA	●↑	●↑	●	●	1	2	
	●↓	●↑	●↑	△↑	●↑	●↑	●↑	●↑	●↓	●↓	●↓	△	●↑	△↑	●↑	●	●	2	4	
	●↓	●↓	●↓	△↓	●↓	●↓	●↓	●↓	●↓	●↓	●↓	△	●↓	△↓	●↑	●	●	3	-1	
	△↑	●↑	●↓	●↑	●↑	△↓	●↓	△↑	●↑	●↓	●↑	△	●↓	●↓	●↑	●	●	4	-1	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	●↑	●↓	●↓	●↓	●↓	△	NA	△↑	●↓	●	●	5	-4	
	△↑	●↑	△↓	△↑	●↑	●↓	△↑	△↑	●↑	△↓	●↓	△	●↑	●↓	●↑	●	●	6	2	
	△↑	△↑	●↑	●↓	●↓	●↑	●↑	△↓	●↑	●↑	●↓	△	●↓	●↓	●↓	●	●	7	-2	
	△↑	●↑	●↑	●↑	●↑	●↑	△↓	△↓	●↓	●↓	●↓	△	△↑	●↓	●↓	●	●	8	2	
	△↑	●↑	●↑	△↑	△↓	●↑	△↓	●→	●↓	●↓	△↓	●↑	●↑	●↑	●	●	●	9	-2	
	△↓	●↑	●↓	△↓	NA↓	●↑	●↑	●↑	●↓	●↑	●↓	△	●↓	NA	△↑	●	●	10	-2	
	●↓	●↑	●↑	△↓	△↓	●↓	△↓	△↓	●↓	●↓	●↓	△	●↑	●↑	△↑	●	●	11	1	
	●↑	△↑	●↑	△↓	△↓	●↑	●↑	●↑	●↓	●↓	△↓	△	●↑	△↓	●↑	●	●	12	2	
	●↓	●↑	●↑	△↑	●↑	●↑	△↑	●→	△↑	●↓	●↓	△	●↑	△↓	△↑	●	●	13	-1	
	△↓	△↓	●↓	●↓	△↓	●↓	△↓	●↓	●↑	●↓	△↓	△	●↑	●↑	●↑	●	●	13	-2	

地域目標に対する達成度

- 目標達成せず
- △ 目標を達成していないが、改善中／州全体の目標値はクリア
- 目標達成か、2%以内の域にある

前回の成績表からの変化

- ↑ 改善
- ↓ 下降
- ↔ 不変

カナダ・オンタリオ州：Cancer Care Ontario訪問時資料。許可を得て使用

5. 標準診療実施の評価



指標、評価法は研究班で検討中

(がん臨床研究事業：医療機関におけるがん診療の質を評価する指標の開発とその計測システムの確立に関する研究、主任：祖父江友孝)

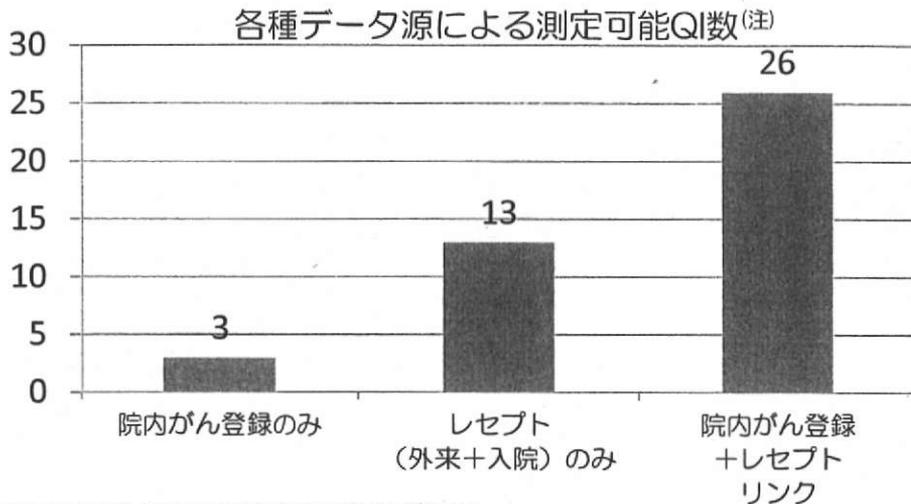
- ・ 臨床専門家により5大がん（胃・大腸・肺・乳腺・肝臓）で指標（QI、Quality Indicator）を作成
- ・ パイロット測定（がん登録実務者による診療録採録）
→ 優先度の高い指標を選定（50程度）

データ収集方法

院内がん登録実務者による診療録レビュー：

- 全セットで患者1件30~40分、優先セット平均20分程度

別のデータ源は？ → やはりリンクが必要



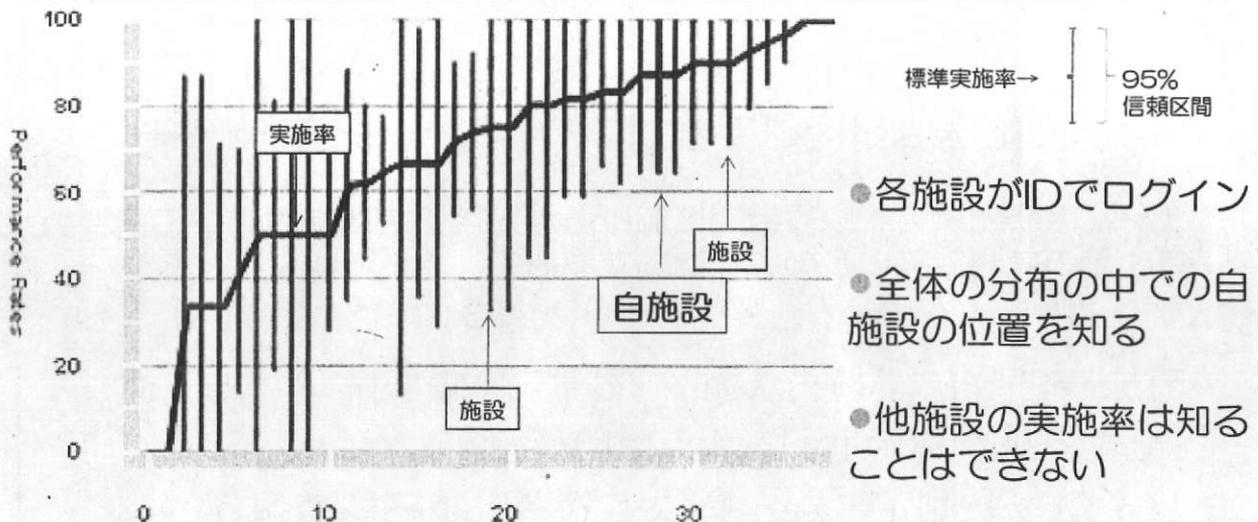
注：標準医療に対する例外の検討は診療録の検討が必要

11

海外の測定・運用例

米国外科専門医会 (American College of Surgeons) の運営する
院内がん登録による計測例

QI：ステージⅢ結腸癌患者の術後化学療法—実施率の施設分布
(デモ画面。ある州のなかでの比較)

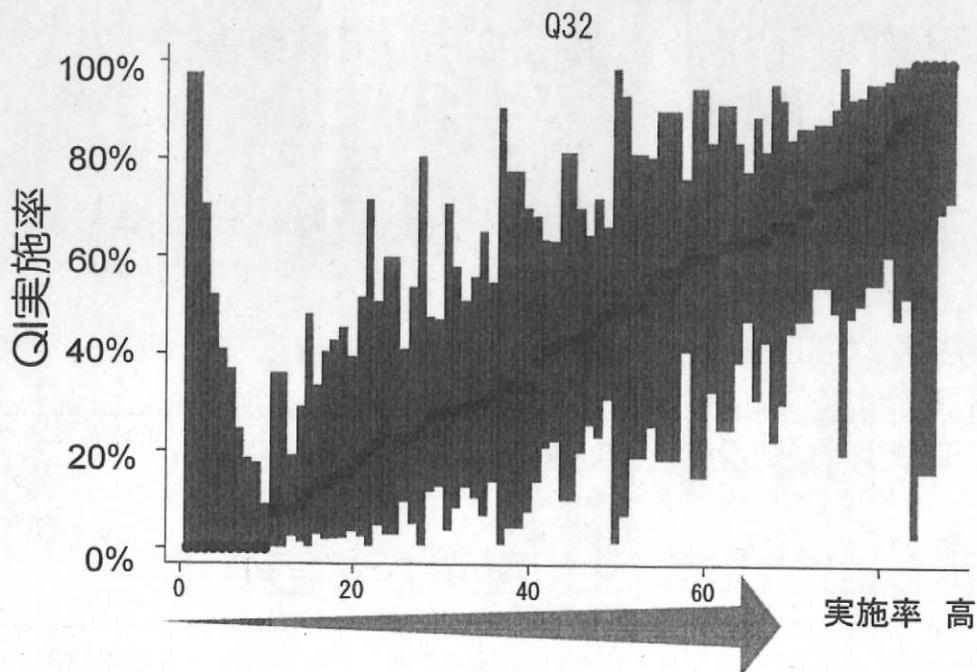


図は米国外科専門医会がん登録本部より提供。許可を得て使用

12

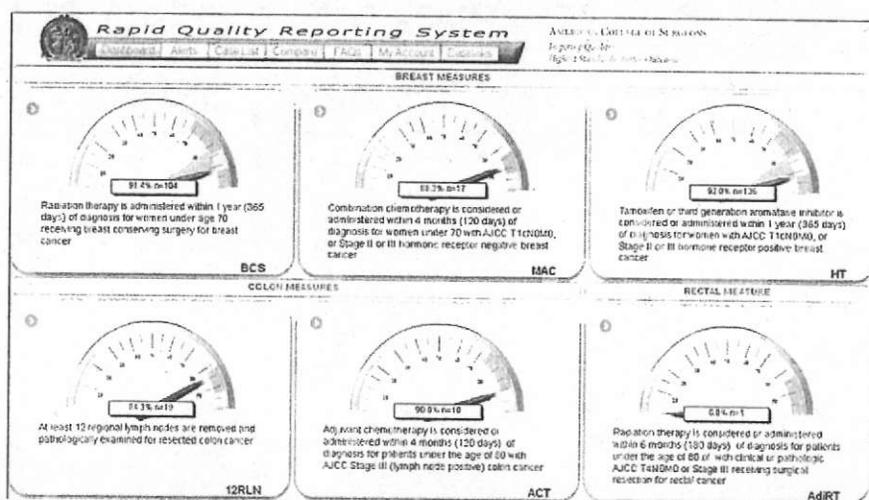
QI実施率 施設分布の例 (大腸癌研究会全国登録1998年症例)

術後ステージⅢの大腸癌に対する術後補助化学療法施行
実施率：68.7% (ただし1998年症例)



13

米国外科専門医会のシステムは進化 即時的フィードバックシステム (6QI)



- 施設が症例提出すると、その時点での標準実施率が表示
- 標準非実施症例リストの提示
- 標準実施期限が近づくと警告表示も

図は米国外科専門医会がん登録本部より提供。許可を得て使用

6. 指標と評価の影響

- 評価によって行動が変わる
 - 改善が期待 \leftrightarrow 場合によっては弊害も
 - 検証体制が必要

例) 米国ニューヨーク州心臓外科手術、死亡率公開

- 1990年～
 - 施設名つきでHP上に公開
 - 統計的リスク調節により、基礎状態の違いを補正
- 死亡率減少: 3.52% (1989) \rightarrow 2.76% (1992)

(懸念) 重症患者の手術が避けられるのでは?

15

基礎疾患保有率は急増

- ニューヨーク州心臓手術患者の基礎疾患の頻度

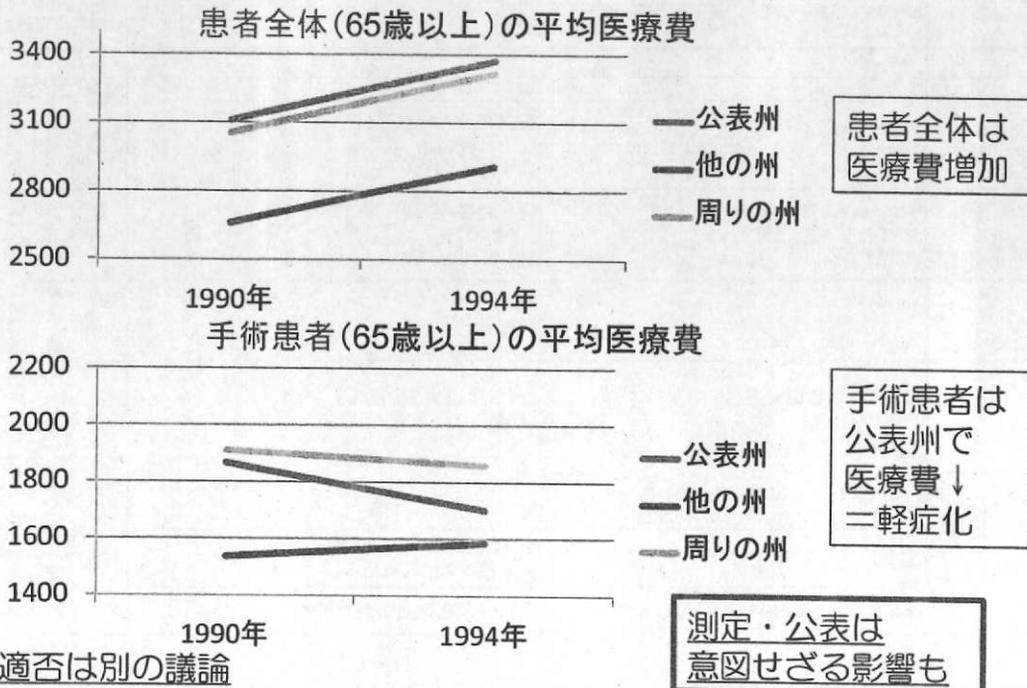
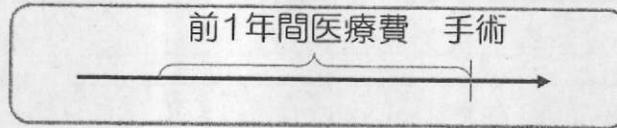
	1989	1990	1991
腎不全	0.4	0.5 \nearrow	2.8
心不全	1.7	2.9 \nearrow	7.6 \nearrow
肺気腫	6.9	12.4 \nearrow	17.4 \nearrow
不安定狭心症	14.9	21.1 \nearrow	21.8
心機能低下	18.9	23.1 \nearrow	22.2

公表開始

しかし、実際に基礎疾患が増えている? vs 報告が増えているだけ?

Green, J and Wintfeld, N. New England Journal of Medicine 1999;332:1229-32より演者¹⁶改変

報告の偏りを受けない重症度指標
 =患者の手術前1年の医療費



注：軽症化の適否は別の議論

Dranove et al. Journal of Political Economy, 2003;111(3): 555-588データより演者作成

17

まとめ

1. 評価無くして改善無し、しかし限界のない指標は無い
2. 施策毎に、構造→過程→結果の流れに沿って指標作成が可能
3. データ源は既存のものをまず最大限活用（リンクも）
4. 指標の利用体制の整備を
5. 標準医療の実施率検証体制の構築を
6. 測定が行動を変える力がある。意図せざる影響も注意

各種施策と対応指標の構造・過程・結果(施策特異的)の例

(注)本分類はあくまで系統的に指標を整理する方法を示すための例示です。以下、3点ご注意ください:1)分類の区分は曖昧な部分を含んでいますが、この指標は「過程」に分類されるべきと「結果とすべき」という分類そのものへの議論は生産的ではありません。2)参考指標を含んでおり、高(低)い方が良い、と一概に言えないものもあります。

3)挙げられた指標を必ずしも作者が推奨するものではありません。

色分け			
黒:がん対策推進基本計画中間報告で触れられているもの	緑:触れられていないが、別の場所に既に集計がある(ことが予想される)もの	青:既存のデータを加工・集計すれば算出可能な(と予想される)もの	赤:新たにデータをとる必要があるもの
			ただし、【】は副次的(手間に指標意義/精度が見合わない可能性が高い)
施策	構造	過程	結果(施策特異的)
外来化学療法の推進		実施件数 レジメン毎の外来点滴割合 入院療法割合	がん患者就労者割合 がん患者満足度(受療行動調査)
放射線療法の推進	リニアックの保有施設割合 IMRTの保有施設割合 放射線治療医の人数	実施件数(全体・[適応対象患者中]) 【稼働率】 待ち時間(日数)	生存率
ドラッグラグの短縮			申請ラグ 承認ラグ 販売後警告発行数
緩和ケアの推進	緩和ケア研修の実施(数) 研修終了人数	【標準緩和ケア実施率】 麻薬使用量(総量・患者あたり)	症状コントロール成功率 除痛率
	緩和ケアチームの設置施設数		がん患者満足度
	施設ホスピスの病床数	ホスピス希望者の待ち日数 終末期ホスピス利用率	患者(家族)満足度
	緩和ケア外来の予約枠数	緩和外来希望者の待ち時間	がん患者満足度

施策	構造	過程	結果(施策特異的)
在宅医療の推進	がんに対応可能な在宅医療機関数		がん患者の在宅死亡割合 がん患者の死亡前6ヶ月の入院日数(レセプト) がん患者満足度
標準医療の普及による生存率向上	現行診療ガイドライン数 (5年以内に作成)	【診療ガイドライン利用頻度】/発行部数 →標準医療の実施率	生存率 QOLの向上
医療機関の整備 (ここではアクセス向上について例示)	拠点病院数	拠点病院を受診する患者割合	患者自宅-拠点病院距離(平均・最大)
地域連携の推進	5大がんにおける、地域連携クリティカルパスをもつ拠点病院数(割合)	5大がんにおける、地域連携CPを使った患者数	がん患者就労者割合 がん患者満足度
相談支援センターの整備	相談支援センター整備率 相談支援員研修終了者数 相談支援センター認知度(内閣府・世論調査)	相談支援件数(拠点現況調査) 内容別支援件数	患者情報ニーズ充足度(受療行動調査)
情報提供	パンフレット数 病院実績・提供項目数 がん情報サービス認知度(内閣府・世論調査)	情報利用率 (アクセスカウント、患者の調査)	患者情報ニーズ充足度
がん登録(院内がん登録)	院内がん登録実施施設数		院内がん登録活用事例数
	院内がん登録研修終了者数		院内がん登録精度
	予後調査の実施機関数 医療機関への予後情報提供可能市町村数	5年予後判明率	生存率(がん種別・ステージ別) 院内がん登録活用事例数
がん登録(地域がん登録)	がん登録認知度(内閣府・世論調査)	がん登録への国民サポート(内閣府・世論調査) 個人情報活用へのサポート 法制化	地域がん登録捕捉指標(DCN、DCO) 地域がん登録活用事例数 精度基準を満たす都道府県の割合

施策	構造	過程	結果(施策特異的)
がん登録(臓器がん登録)	臓器がん登録参加施設数	臓器がん登録提出症例数 NCDにおけるがん患者データ提出数	診療ガイドラインのエビデンス充足率 生存率 社会的・臨床的活用事例数
がん予防	禁煙啓発活動数 喫煙制限施策 未成年への教育活動数	喫煙率(未成年、成人) 受動喫煙暴露割合 禁煙試行数、成功率	喫煙関連がん種罹患率(地域がん登録によるがん種別推計)
	栄養関連啓発活動数	野菜・果物摂取量 塩分摂取量 脂肪比率	強度飲酒者割合 肥満者割合 栄養関連がん種罹患率
早期発見	がん検診機関の受診者受け入れ可能数 がん検診の利便性(夜間受診可能数、複数がん種の同時受信可能数)	がん検診受診率	早期発見割合 検診対象がん種死亡率
	精度管理評価市町村・検診機関数	がん検診精度指標(感度・特異度・要精検率・陽性的中率)	
がん研究(基礎研究)	研究関連予算	論文数	新技術の開発数
がん研究(疫学・臨床研究)	研究関連予算 臨床試験情報公開数	臨床試験患者数 臨床試験報告数 研究論文数	診療ガイドラインのエビデンス充足率
がん研究(社会研究)	研究関連予算		エビデンスに基づく施策数 研究に基づく政策評価数

がん患者の療養生活の質の 評価方法について

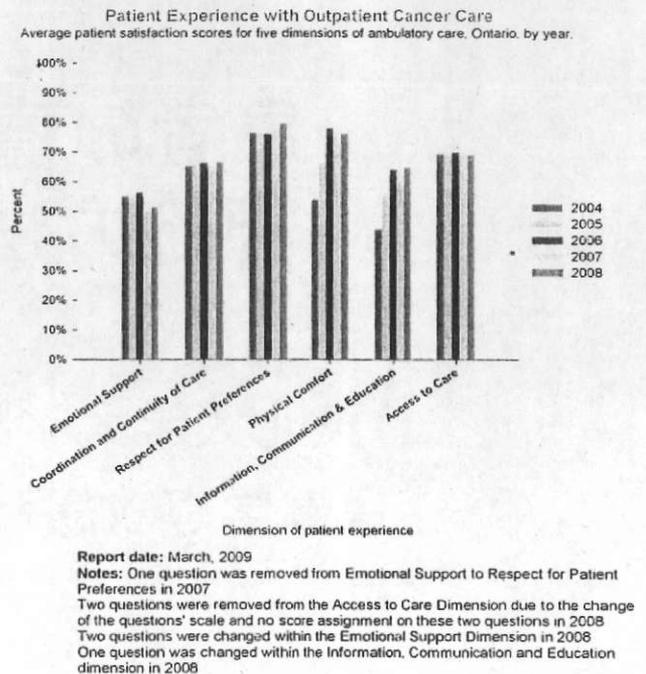
東北大学大学院医学系研究科
保健学専攻緩和ケア看護学分野
宮下光令

がん患者の療養生活の質の評価

- がん対策推進基本計画 全体目標(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
- がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。さらに、がん患者及びその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、様々な困難に直面している。こうしたことから、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する。

カナダにおける外来調査

- オンタリオ州
- Cancer System Quality Index
- オンタリオ州の病院、がんセンターの外来患者への郵送調査（回収率60%程度）
- ケアに対する満足度を測定
 - 心理サポート
 - ケアの調整と継続
 - 患者の希望の尊重
 - 身体的安楽
 - 情報、教育
 - コミュニケーション
 - ケアのアクセス



CSQI 2009

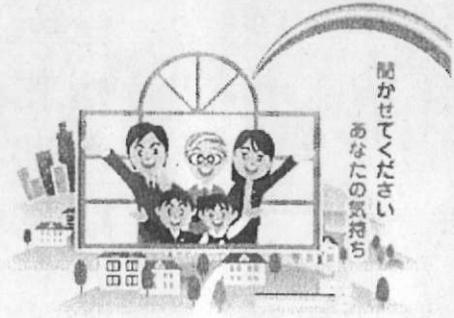
日本におけるがん患者の療養生活の質の評価

- 厚労科研「がん対策に資するがん患者の療養生活の質の評価方法の確立に関する研究」班にて評価方法を検討
- H23年受療行動調査（入院・外来）＋患者調査のデータ・リンケージで、がん患者の療養生活の質を評価する方法を開発

受療行動調査

- 全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や満足度を調査する、患者を対象とした政府統計
- 全国の一般病院を利用する患者(外来・入院)を対象として、層化無作為抽出した一般病院(500施設)を利用する患者が対象
- 3年に1回実施
- 同時に実施される「患者調査」とデータをリンケージして「がん患者」に絞った分析が可能

これからの医療のために



平成23年 受療行動調査
調査日 平成23年10月 日

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/09/tp0901-1.html>

受療行動調査 調査施設内訳(平成20年度)

	施設数	有効回答数		
		総数	外来	入院
施設総数	484	154,185	100,946	53,239
特定機能病院	35	37,498	23,072	14,426
大病院	69	50,747	32,367	18,380
中病院	142	41,206	27,474	13,732
小病院	115	11,974	9,464	2,510
療養病床有する病院	123	12,760	8,569	4,191

- 特定機能病院: 特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている病院
- 大病院: 病床規模が500床以上の一般病院
- 中病院: 病床規模が100床～499床の病一般病院
- 小病院: 病床規模が20床～99床の一般病院
- 療養病床を有する病院: 主に長期療養患者の入院のための病床を有する病院

厚生労働省統計情報部「平成20年受療行動調査」

リンケージ可能な受療行動調査票における 悪性新生物患者回答数・割合

調査年度		有効回答数	関連集計 可能客体数	悪性新生物患 者回答数
平成14年度	総数	115,907	39,227	5,238
	外来	73,370	23,455	1,733
	入院	42,537	15,772	3,505
平成17年度	総数	172,809	56,398	8,483
	外来	112,719	35,328	3,386
	入院	60,090	21,070	5,097
平成20年度	総数	154,185	50,431	8,922
	外来	100,946	31,509	3,777
	入院	53,239	18,922	5,145

厚生労働省統計情報部「平成20年受療行動調査」

H23年受療行動調査における がん患者の療養生活の質を評価しうる主な項目 (平成20年度から継続)

問11 この病院における入院についての感想をお聞かせください。(それぞれ○はひとつだけ)

内 容	非常に 満足 している	やや 満足 している	ふつう	やや 不満 である	非常に 不満 である	その他
医師による診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師以外の病院スタッフの対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
痛みなどのからだの症状をやわらげる対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
精神的なケアに満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室でのプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室・浴室・トイレなどに満足していますか	1	2	3	4	5	6
食事の内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
全体としてこの病院に満足していますか	1	2	3	4	5	6

平成20年度受療行動調査の分析結果 (外来患者・一部抜粋)

平成20年度項目別にみた外来患者の満足度(全体・悪性新生物患者のみ)割合(%)

(単位:%)	対象	満足			不満足		その他/ 無回答
		非常に満足	やや満足	ふつう	やや不満足	非常に不満足	
	痛みなど体の症状を和らげる対応全体	17	22	34	5	1	21
	悪性新生物	20	23	29	4	1	23
	精神的なケア全体	18	19	38	6	2	18
	悪性新生物	19	20	35	7	2	18
	病院に対する全体的な満足度全体	26	32	29	4	1	8
	悪性新生物	31	36	23	3	1	6
	医師による診療・治療内容全体	28	28	30	5	1	7
	悪性新生物	33	31	26	4	1	6
	医師との対話全体	30	27	29	6	1	7
	悪性新生物	35	29	24	5	1	5

※全体の割合は、厚生労働省のホームページに公開されているデータを使用

平成20年受療行動調査と患者調査を元に集計

平成20年度受療行動調査の分析結果 (入院患者・一部抜粋)

平成20年度項目別にみた入院患者の満足度(全体・悪性新生物患者のみ)割合(%)

(単位:%)	対象	満足			不満足		その他/ 無回答
		非常に満足	やや満足	ふつう	やや不満足	非常に不満足	
	痛みなどのからだの症状を和らげる対応全体	36	24	23	4	1	12
	悪性新生物患者	42	27	18	3	0	10
	精神的なケア全体	32	22	28	5	2	12
	悪性新生物患者	35	24	26	5	1	9
	病院に対する全体的な満足度全体	37	29	23	4	1	7
	悪性新生物患者	39	35	19	2	1	4
	医師による診療・治療内容全体	46	24	19	3	1	7
	悪性新生物患者	52	28	14	2	1	4
	医師との対話全体	43	23	21	5	1	7
	悪性新生物患者	50	26	15	4	1	4
	看護師、その他の医療従事者による看護全体	46	25	18	4	1	6
	悪性新生物患者	54	26	14	2	1	4

※全体の割合は、厚生労働省のホームページに公開されているデータを使用

平成20年受療行動調査と患者調査を元に集計

H23年受療行動調査における がん患者の療養生活の質を評価しうる主な項目 (新規項目)

問3 現在の心身の状態についてお聞かせください。(それぞれ○はひとつだけ)

内 容	そう 思う	ややそう 思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう 思わない
からだの苦痛がある	1	2	3	4	5
痛みがある	1	2	3	4	5
気持ちがつらい	1	2	3	4	5
歩くのが大変だ	1	2	3	4	5
身の回りのことをするのに介助が必要だ	1	2	3	4	5

問4 ふだんの自分の健康をどのように思いますか。(○はひとつだけ)

1 よい	2 まあよい	3 ふうつう	4 あまりよくない	5 よくない
------	--------	--------	-----------	--------

療養生活の質を直接的に評価する項目を新規追加

受療行動調査を利用した がん患者の療養生活の質の評価のまとめ

- 比較的早期のがん患者は受療行動調査と患者調査のデータ・リンケージで、療養生活の質を今後3年ごとに評価することが可能
- 一部項目は平成20年以前のデータも評価可能
 - 療養生活の質 (Quality of Life)
 - 身体的苦痛
 - 精神的苦痛
 - 疼痛
 - 日常生活動作
 - 全般的なQuality of Life
 - 満足度
 - 医師からの診断や治療方針の説明の理解度、疑問点への対応
 - セカンドオピニオン
 - 医療機関への不満とそれに対する相談の実施
 - 今後の療養場所の希望、自宅療養の可能性(入院のみ)
 - 経済状況(外来のみ)
- 終末期のがん患者に関しては受療行動調査でも把握できない可能性が高い

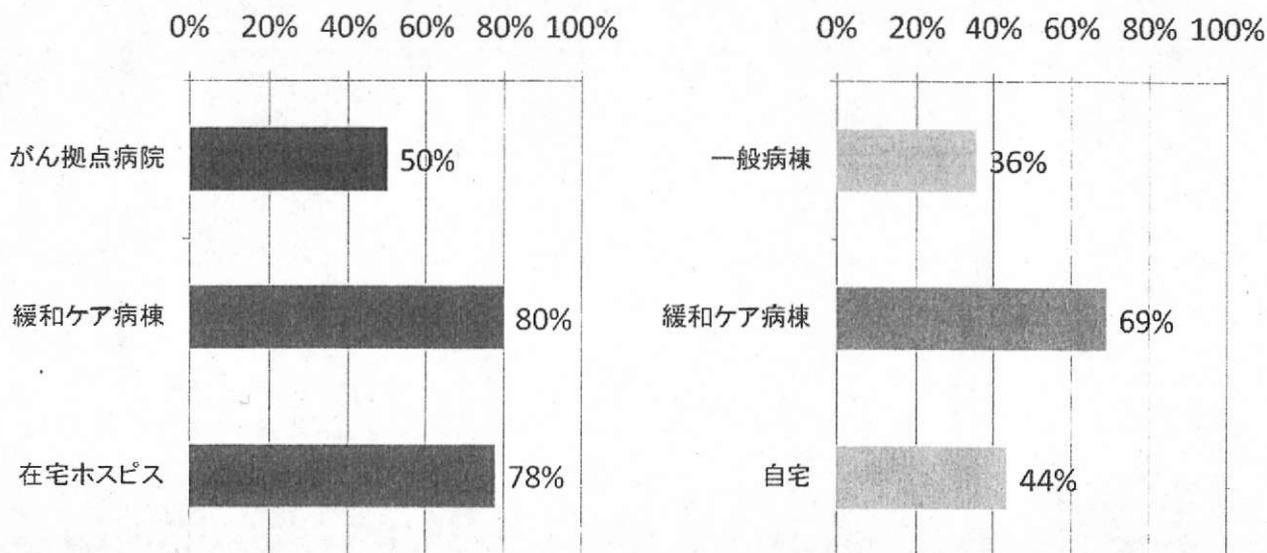
終末期がん患者の療養生活の質の評価 米国における死亡小票を利用した遺族調査

Table 3. Patient- and Family-Centered Outcomes at the Last Place of Care*

	Last Place of Care†								
	Total Unadjusted % (95% CI)	Home With Home Care Nursing Services		Home With Hospice Care		Nursing Home		Hospital	
		Unadjusted %	Adjusted OR (95% CI)‡	Unadjusted %	Adjusted OR (95% CI)‡	Unadjusted %	Adjusted OR (95% CI)‡	Unadjusted %	Adjusted OR (95% CI)‡
疼痛ケアが不十分な割合									
Provided Desired Physical Comfort and Emotional Support to Patient									
Patient did not receive any of enough help with									
Pain	24.2 (21.2-27.3)	42.6	1.6 (1.1-2.0)	18.3	Reference	31.8	1.6 (1.0-2.2)	19.3	1.2 (0.3-1.9)
Dyspnea	22.4 (18.7-26.0)	33.0	1.4 (0.5-2.2)	25.5	Reference	25.7	1.0 (0.6-1.7)	35.0	0.7 (0.3-1.2)
Emotional support	50.2 (44.4-55.0)	70.0	2.7 (1.7-3.1)	34.6	Reference	56.2	1.3 (1.1-1.5)	51.7	1.3 (1.0-1.6)
Supported Shared Decision Making									
Respondent wanted but did not have contact with physician	30.1 (24.1-36.1)	22.5	1.6 (0.5-3.3)	14.0	Reference	31.3	2.0 (1.4-2.5)	51.3	1.6 (1.5-1.9)
Respondents with contact had concern(s) about physician communication	23.0 (20.1-26.4)	26.6	1.1 (0.4-2.1)	17.6	Reference	17.7	1.2 (0.5-2.1)	27.0	1.3 (0.6-1.9)
Treated Patient With Respect									
Not always treating patient with respect	21.1 (18.3-23.9)	15.5	2.5 (1.5-4.3)	3.6	Reference	31.8	2.6 (2.3-2.9)	20.4	3.0 (2.2-3.8)
Attended to Needs of the Family									
Concern(s) about emotional support	34.6 (31.5-37.8)	45.4	1.5 (1.0-1.9)	21.1	Reference	36.4	1.6 (1.3-1.9)	33.4	1.5 (1.3-1.8)
Concern(s) about information regarding what to expect while patient was dying	29.2 (22.3-36.1)	31.5	0.9 (0.4-1.6)	20.2	Reference	44.3	1.5 (1.2-1.7)	50.0	1.4 (1.1-1.6)
Coordinated Care									
Staff did not know enough	15.2 (12.7-17.7)	7.5	0.7 (0.2-2.3)	7.9	Reference	19.6	2.0 (1.2-2.9)	15.4	1.5 (0.9-2.4)
全体的なケアの質が「Excellent」の割合									
Overall Assessment of Quality of Care									
Excellent	49.4 (45.9-52.9)	46.5	0.4 (0.2-0.9)	70.7	Reference	41.6	0.4 (0.3-0.6)	46.8	0.6 (0.3-0.7)

Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care. *JAMA* 2004; 291: 88-93.

日本における終末期がん患者に関する遺族調査 「からだの苦痛が少なく過ごせた」



J-HOPE Study (2007-8)
各施設から遺族へ調査票を郵送
合計8163人

厚生科研(2009)
一般市民を対象に過去10年間の
家族のがん死亡経験を調査
合計458人

Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol*. 2008; 26(23): 3845-52.

終末期がん患者の療養生活の質の評価 課題と提案

• 課題

- 終末期がん患者の療養生活の質を患者自身が評価することは困難であり、遺族調査が世界的に共通の評価方法である
- ある特定の施設群における調査では参加施設の偏りが避けられず、全国の代表的なデータが得られない
- 施設での作業の負担やサンプリングの問題がある

• 提案

- 死亡小票からサンプリングした全国の大規模な遺族調査を経年的に実施する
- 比較対照の設定・がん患者の他の疾患による死亡の状況の把握のために、がん以外の死因も含んだ遺族調査とする