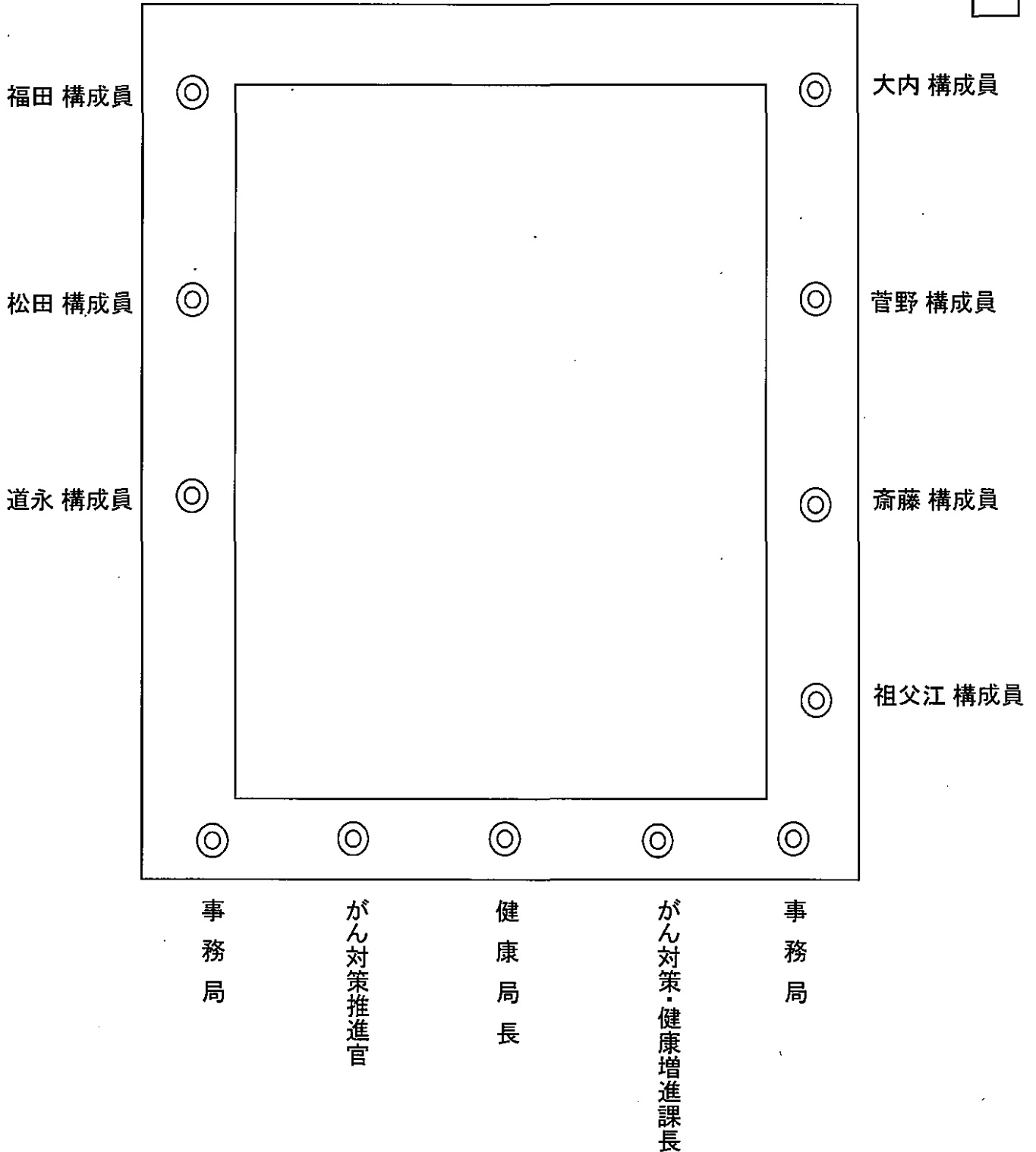


第1回 がん検診のあり方に関する検討会 座席表

日時：平成24年5月28日(月)16:00~18:00

場所：全国都市会館 3階 第1会議室(東京都千代田区平河町2-4-2)

速記



事務局

出入口

(傍 聴 席)

第1回がん検診のあり方に関する検討会 議事次第

日 時：平成24年5月28日（月）

16:00～18:00

場 所：全国都市会館 3階 第1会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- ・がん検診の現状について
- ・がん検診に関する最近の知見等について
- ・今後の検討会の進め方について

【資 料】

資料1 「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱

資料2 がん検診の現状

資料3 がん対策推進基本計画（変更案）がんの早期発見部分抜粋

資料4 がん死亡減少のためのがん検診（祖父江構成員提出資料）

資料5 がん検診に関する最近の知見等について

資料6 「がん検診のあり方に関する検討会」の今後の議事の進め方（案）

参考資料1 がん対策推進基本計画（変更案）

参考資料2 がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

参考資料3 市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果

（平成22年1月1日時点）

「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱

1. 趣旨

がん検診は健康増進法に基づく市町村の事業として行われている。がん検診の実施については「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（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）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進しているところである。また、がん検診受診率向上に向け、平成21年度よりがん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携の促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。

しかしながら、がん検診については、科学的根拠に基づくがん検診の実施について十分でないこと、検診受診率についても依然として諸外国に比べ低いこと等の課題が指摘されている。

本検討会においては、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行うとともに、受診率向上施策について、これまでの施策の効果を検証した上で、より効率的・効果的な施策等を検討することとする。

2. 検討事項

- (1) がん検診の項目について
- (2) がん検診受診率向上に向けた施策について
- (3) がん検診の精度管理・事業評価について

3. その他

- (1) 本検討会は健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
- (3) 本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本検討会は、原則として公開とする。
- (5) 本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

「がん検診のあり方に関する検討会」 構成員名簿

- 大内 憲明 国立大学法人東北大学医学部医学系研究科長・医学部長
- 菅野 匡彦 東京都八王子市健康福祉部地域医療推進課課長補佐
兼主査(成人健診・がん検診担当)
- 斎藤 博 独立行政法人国立がん研究センター
がん予防・検診研究センター検診研究部部長
- 祖父江 友孝 国立大学法人大阪大学医学系研究科環境医学教授
- 福田 敬 国立保健医療科学院研究情報支援研究センター
上席主任研究官
- 松田 一夫 財団法人福井県健康管理協会副理事長
- 道永 麻里 社団法人日本医師会常任理事

(五十音順・敬称略)

がん検診の現状

平成24年5月28日

厚生労働省健康局

がん対策・健康増進課

がん検診の種類

検診方法	対策型検診	任意型検診
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる 公共的なサービス	医療機関・検診機関などが 任意で提供するサービス
検診対象者	構成員の全員 (一定の年齢範囲の住民など)	定義されない
検診費用	公的資金を使用	全額自己負担
利益と不利益	限られた資源の中で、 利益と不利益のバランスを考慮し、 集団にとっての利益を最大化	個人のレベルで、 利益と不利益のバランスを判断

がん検診のあゆみ

年次	
昭和58年2月	老人保健法施行 胃がん・子宮がん検診の開始
昭和62年	がん検診に子宮体部がん・肺がん・乳がん検診を追加
平成4年	がん検診に大腸がん検診を追加
平成10年4月	老人保健法にもとづかない事業と整理 がん検診等に係る経費の一般財源化
平成20年4月	健康増進法上(第19条の2)の健康増進事業として がん検診を位置づけ

がん検診の根拠となる法令（健康増進法）

健康増進法（平成14年8月2日法律第103号）

（市町村による健康増進事業の実施）

第19条の2

市町村は、第17条第1項に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

健康増進法施行規則（平成15年4月30日 厚生労働省令第86号）

（市町村による健康増進事業の実施）

第四条の二 法第十九条の二 の厚生労働省令で定める事業は、次の各号に掲げるものとする。

一 歯周疾患検診

二 骨粗鬆症検診

三 肝炎ウイルス検診

四 四十歳以上七十四歳以下の者であって高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第二十条 の特定健康診査の対象とならない者（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項 の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成二十年厚生労働省告示第三号）に規定する者を除く。次号において「特定健康診査非対象者」という。）及び七十五歳以上の者であって同法第五十一条第一号 又は第二号 に規定する者に対する健康診査

五 特定健康診査非対象者に対する保健指導

六 がん検診

がん対策基本法（平成18年6月23日法律第98号） におけるがん検診の位置づけ

第三章 基本的施策

第一節 がんの予防及び早期発見の推進

（がんの予防の推進）略

（がん検診の質の向上等）

第十三条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、

がん検診の方法等の検討、

がん検診の事業評価の実施、

がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保

その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策

を講ずるとともに、

がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発

その他の必要な施策

を講ずるものとする。

がん検診の検診項目等

がん検診の方法等の検討

- ◆ 平成15年12月 厚生労働省内に「がん検診に関する検討会」設置

目的：市町村事業におけるがん検診のあり方について、科学的根拠に基づいた検討を行うとともに、各がん検診の事業評価に必要な項目（チェックリスト）等について主に専門的な観点からの検討を行う。

- ◆ 平成16年3月 がん検診に関する検討会報告

「乳がん検診及び子宮がん検診の見直しについて」

- ◆ 平成17年2月 がん検診に関する検討会報告

「乳がん検診及び子宮がん検診における事業評価の手法について」

- ◆ 平成18年2月 がん検診に関する検討会報告 「大腸がん検診の見直しについて」

- ◆ 平成19年6月 がん検診に関する検討会報告 「胃がん検診の見直しについて」

- ◆ 平成19年6月 がん検診に関する検討会報告 「がん検診の事業評価の手法について」

- ◆ 平成20年3月 がん検診に関する検討会報告 「肺がん検診の見直しについて」

- ◆ 平成19年6月 厚労省内に「がん検診事業の評価に関する委員会」設置

目的：がん検診受診率向上に向けた取組や精度管理・事業評価を幅広く実施していくための具体的な取組のあり方についての検討

- ◆ 平成20年3月 報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」

- ◆ 平成20年3月 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」 策定

市町村のがん検診の項目について

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」
(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)を定め、
市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

指針で示しているがん種のがん検診における 指針以外の検査項目の実施状況

	指針で示している がん種のがん検診における、 指針以外の検査項目(複数回答)	市区町村数 (回答数1783市区町村)
胃がん検診	胃内視鏡検査	234(13.1%)
	ペプシノゲン法	53(3.0%)
	ヘリコバクター・ピロリ抗体	18(1.0%)
肺がん検診	CT検査	150(8.7%)
大腸がん検診	大腸内視鏡検査	32(1.8%)
	S状結腸鏡検査	30(1.7%)
	注腸X線検査	5(0.3%)
乳がん検診	エコー検査	536(30.1%)
子宮がん検診	HPV検査	26(1.5%)

※対象者全てに実施している市区町村及び対象者の一部(希望者のみ等)に実施している市区町村の合計数 (重複回答)

出典：市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果について(平成22年1月1日現在 健康局総務課がん対策推進室調べ)

指針で示しているがん種以外の がん検診の実施状況

指針で示しているがん種以外のがん検診の実施状況	市区町村数 (回答数1783市区町村)
指針で示しているがん種以外も実施	1238 (69.4%)
指針で示しているがん種のみ実施	527 (29.6%)

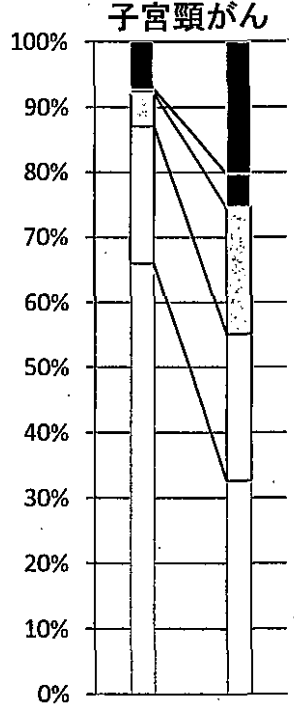
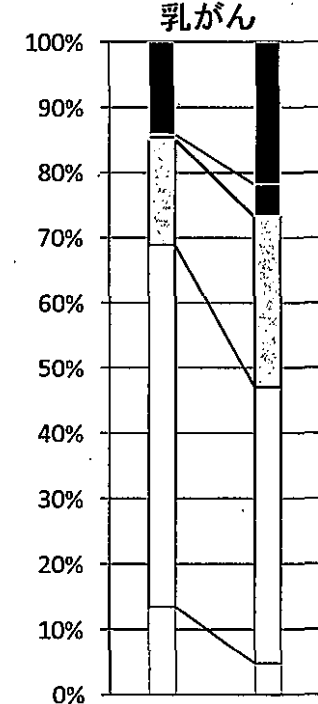
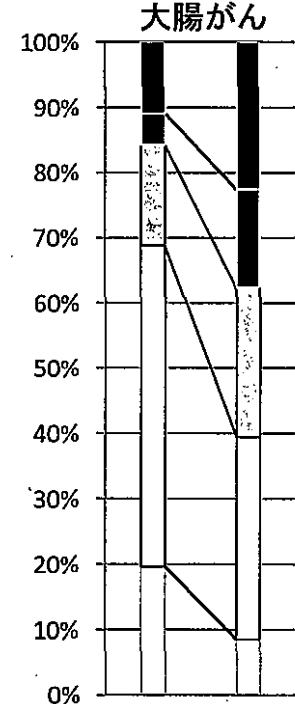
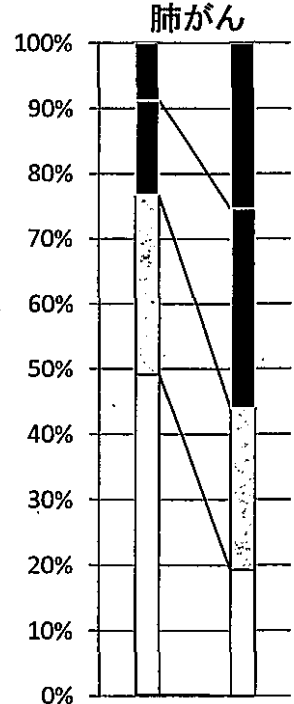
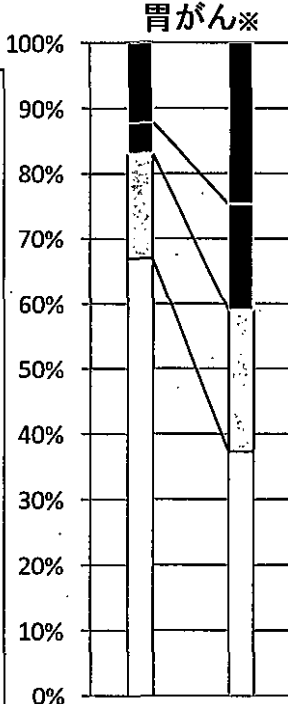
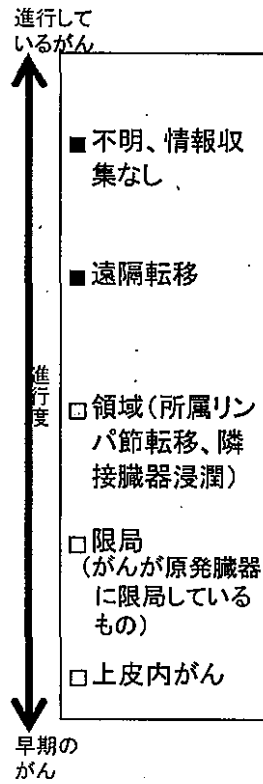
指針で示している がん種以外のがん検診 (複数回答)	市区町村数 (回答数1783市区町村)
前立腺がん (PSA検査等)	1205 (67.6%)
肝臓がん・胆嚢がん・膵臓がん (超音波・血液検査)	55 (3.1%)
卵巣がん (超音波検査)	29 (1.6%)
甲状腺がん (超音波検査)	10 (0.6%)
咽頭がん・口頭がん・口腔がん	25 (1.4%)
腹部 (超音波)	55 (3.1%)
その他のがん	44 (2.5%)

(重複回答)

出典：市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果について（平成22年1月1日現在 健康局総務課がん対策推進室調べ）

発見経緯別のがんの割合及び進行度分布

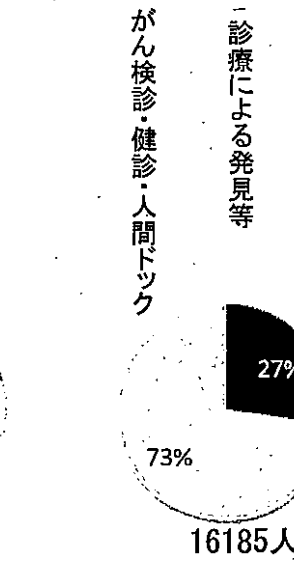
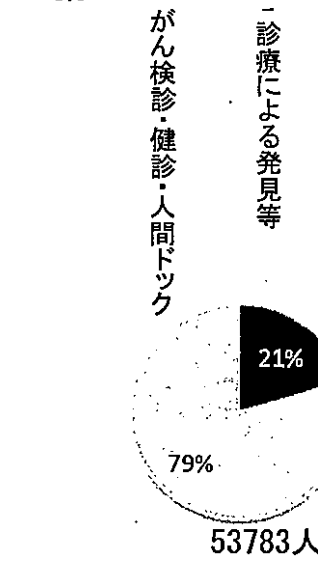
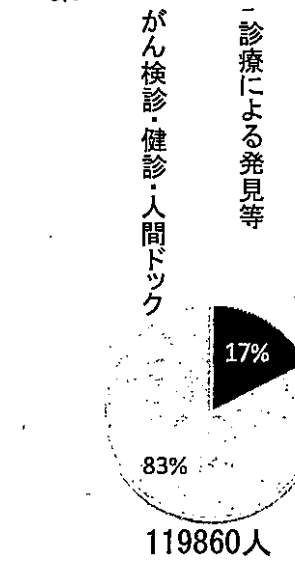
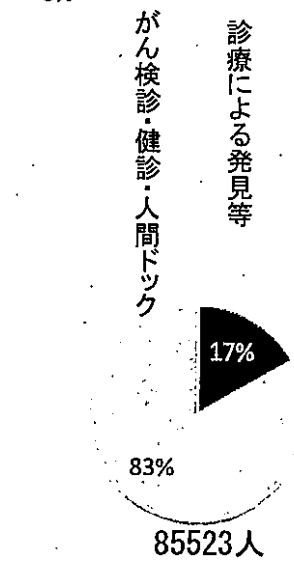
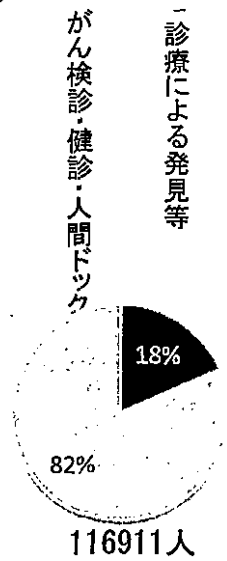
がん検診等により発見されたがんは、通常の診療等により発見されたがんと比較して早期のがんが多い



データ出典
地域がん登録
(2006年)

■ がん検診・健診・人間ドック
診療による発見等

全国罹患数



※胃がんについては、上皮内がんに対応するがんも、「限局」に含まれている

がん検診を行ったことにより 死亡が回避されたと推計される人数

	現状の受診率にて 検診を行ったこと により、当該がんによる 死亡が避けられたと推 計される人数（人） <small>（受診率を※の範囲で 推移させた際の推計回避死亡数）</small>	対象者全員が がん検診を受診した 場合の当該がんの 死亡率の減少 ¹⁾	がん検診受診率 ²⁾ <small>（※都道府県別男女別 受診率 最低値－最高値）</small>	各がんの 年間死亡者数 <small>（現状）³⁾</small>
胃がん検診	11,244 <small>(7,665-19,328)</small>	61%減（男性） 50%減（女性）	30.1% <small>(18.3%-50.5%)</small>	49,772
肺がん検診	4,790 <small>(2,734 - 8,067)</small>	28%減	23.0% <small>(13.5% - 37.1%)</small>	69,591
大腸がん検診	7,744 <small>(4,900 - 13,397)</small>	60%減	24.8% <small>(16.6% - 38.7%)</small>	44,300
子宮頸がん検診	886 <small>(701 - 1,326)</small>	78%減	32.0% <small>(26.7% - 42.6%)</small>	2,664
乳がん検診	641 <small>(505 - 967)</small>	16%減	31.4% <small>(25.0% - 46.2%)</small>	12,204

1) 有効性評価に基づくがん検診ガイドライン（日本人対象の症例対照研究、ただし乳がんはアメリカのシステマティックレビュー）

2) 平成22年国民生活基礎調査（胃、肺、大腸、乳は40歳以上、子宮は20歳以上の受診率）

3) 平成22年人口動態統計（胃、肺、大腸、乳は40歳以上、子宮頸は20歳以上の死亡者数）

＜考え方＞

例えば、胃がん検診であれば、胃がんの死亡率を減少させる胃部エックス線検査の受診率30.1%である場合、受診率が0%の場合と比較して、胃がんによる死亡を約11000人避けることができると推計される

＜参考：各がん検診の年間推計受診者数及び検診単価＞

	胃がん検診	肺がん検診	大腸がん検診	子宮がん検診	乳がん検診
①推計受診者数 ¹⁾	21,119千人	16,126千人	17,430千人	16,394千人	11,670千人
②検診単価 ²⁾	9,200円	5,100円	2,600円	4,400円	6,700円
①×②	約1943億円	約822億円	約453億円	約721億円	約782億円

1) 平成22年国民生活基礎調査（胃、肺、大腸、乳は40歳以上、子宮は20歳以上）

2) 全国の検診実施機関に対するアンケート調査より57施設の平均を算出。

（検査項目や受診者によって単価が異なる施設は、その平均値を回答）

出典：厚生労働科学研究費補助金「がん対策の医療経済的評価に関する研究」報告書

がん検診の精度管理・事業評価

がん検診の精度管理・事業評価について

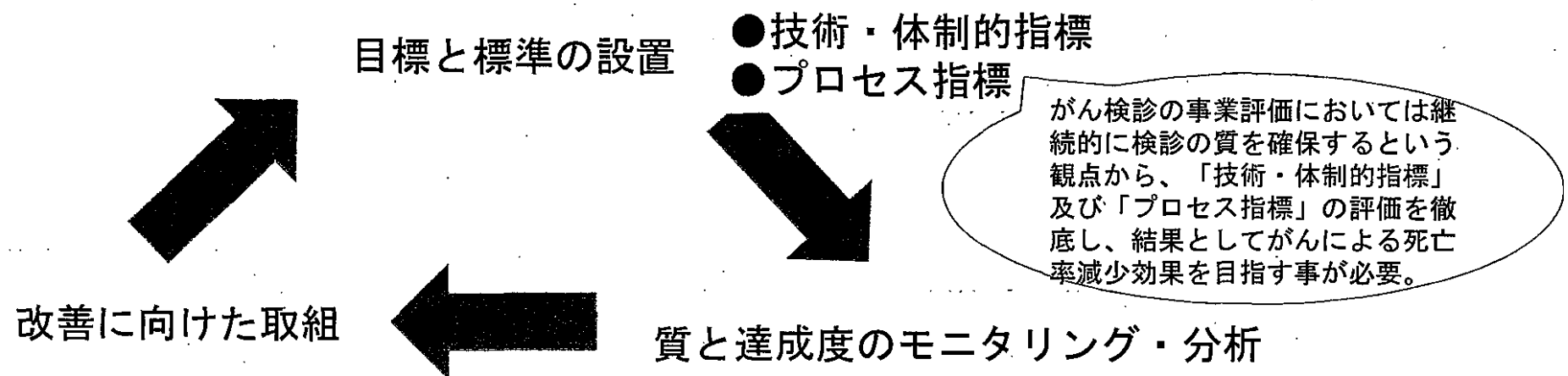
がん検診の精度管理を推進するためには、

「目標と標準の設置」

「質と達成度のモニタリング・分析」及び

「改善に向けた取組」

の3つの段階について、がん検診に関わる関係者（国、都道府県、市町村、検診実施機関等）の役割を明確にした上で、それぞれが果たすべき役割を着実に果たしていくことが求められる。



技術・体制的指標

技術・体制的指標の具体的内容については、「がん検診に関する検討会」において、

- 「事業評価のためのチェックリスト」（都道府県用、市町村用、検診実施機関用）
- 「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」としてとりまとめ、推奨している。

チェックリストの例（胃がん検診 市町村用）

胃がん検診のためのチェックリスト【市町村用】

1. 検診対象者

- (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか
- (2) 対象者に均等に受診勧奨を行っているか

2. 受診者の情報管理^{注1)}

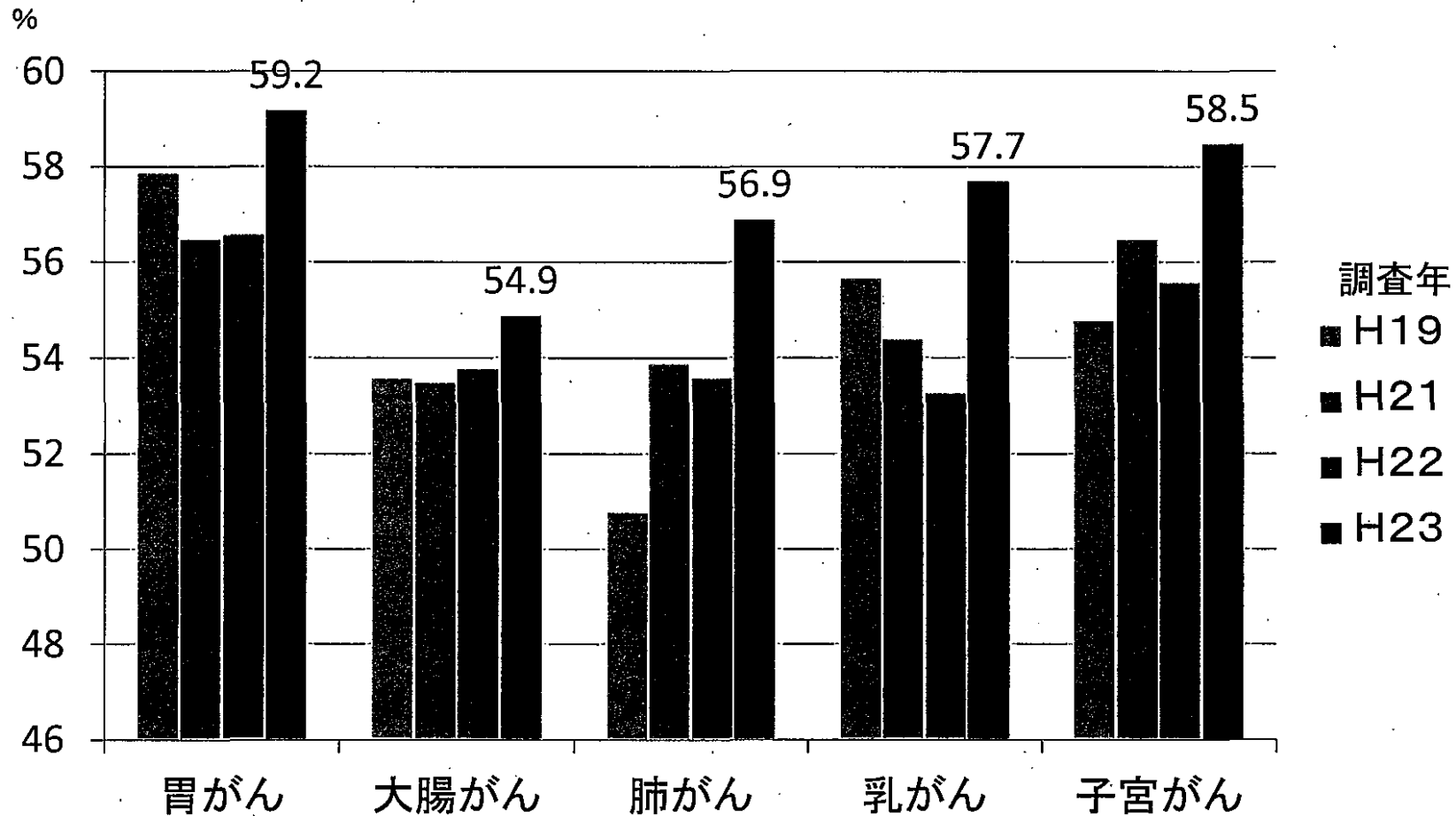
- (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか
- (2) 受診者数を性別・年齢階級別に集計しているか
- (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか
- (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか^{注2)}
- (3-b) 受診者を検診実施機関別に集計しているか
- (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか

3. 要精検率の把握^{注1)}

- (1) 要精検率を把握しているか
- (2) 要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか

技術・体制的指標のモニタリング

チェックリストの大項目を8割以上実施している市区町村の割合



出典：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
標準的検診法と制度管理に係る新たなシステムなどの開発に関する研究班調べ

プロセス指標

プロセス指標については、「がん検診事業の評価に関する委員会」において、「各がん検診に関する事業評価指標とそれぞれの許容値及び目標値」として提示。

	許容値					目標値
	乳がん	子宮頸がん	大腸がん	胃がん	肺がん	全がん
精検受診率	80%以上	70%以上				90%以上
未把握率	10%以下					5%以下
未受診率	10%以下	20%以下				5%以下
未受診率+未把握率	20%以下	30%以下				10%以下
要精検率	11.0%以下	1.4%以下	7.0%以下	11.0%以下	3.0%以下	
がん発見率	0.23%以上	0.05%以上	0.13%以上	0.11%以上	0.03%以上	
陽性反応的中度	2.4%以上	4.4%以上	1.9%以上	1.0%以上	1.3%以上	

活用方法：各都道府県において各指標について提示されている数値指標との比較を行う等の方法により、都道府県全体としてのがん検診の事業評価を行う等。

プロセス指標のモニタリング (地域保健・健康増進事業報告結果)

平成21年度がん検診受診者における要精密検査の受診状況

(単位:人)

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
がん検診受診者数 ¹⁾	3 794 488	6 680 014	6 499 000	4 275 409	2 502 080
要精密検査者数 ¹⁾	362 471	193 631	480 447	60 864	220 793
精密検査受診率 (%)	79.7	75.8	62.9	64.2	82.3
要精検率 (%)	9.55	2.90	7.39	1.42	8.82
がんであった者数 ¹⁾	6 332	3 871	14 228	3 238	7 447
「がん検診受診者数」に対する割合(がん発見率) (%)	0.17	0.06	0.22	0.08	0.30
「要精密検査者」に対する割合(陽性反応的中度) (%)	1.75	2.00	2.96	5.32	3.37
精密検査未受診者数 ¹⁾	36 088	20 674	88 592	9 395	14 265
精密検査未受診率 ²⁾ (%)	10.0	10.7	18.4	15.4	6.5
精密検査未把握者数 ¹⁾	37 515	26 109	89 544	12 360	24 839
精密検査未把握率 ²⁾ (%)	10.4	13.5	18.6	20.3	11.2

注：東日本大震災の影響により、岩手県の一部の市町村（釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市）、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県の一部の市町村（南相馬市、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、飯館村、会津若松市）が含まれていない。

1) 平成21年度がん検診受診者における要精密検査者は、必ずしも受診年度（平成21年度）に結果が判明しているとは限らないため、その翌年度（平成22年度）に判明した者も含めて把握している。そのため、「がん検診受診者」についても平成21年度受診者を平成22年度報告で改めて把握したものであり、「表8 がん検診受診者数及び受診率の年次推移」の平成21年度がん検診受診者数の数値とは異なる。

2) 「精密検査未受診者数」及び「精密検査未把握者数」が計数不詳の市区町村を除く。

プロセス指標の許容値を満たしている

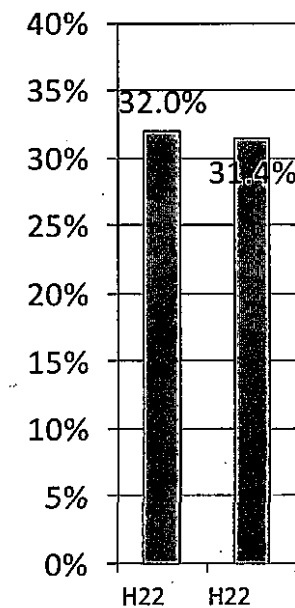
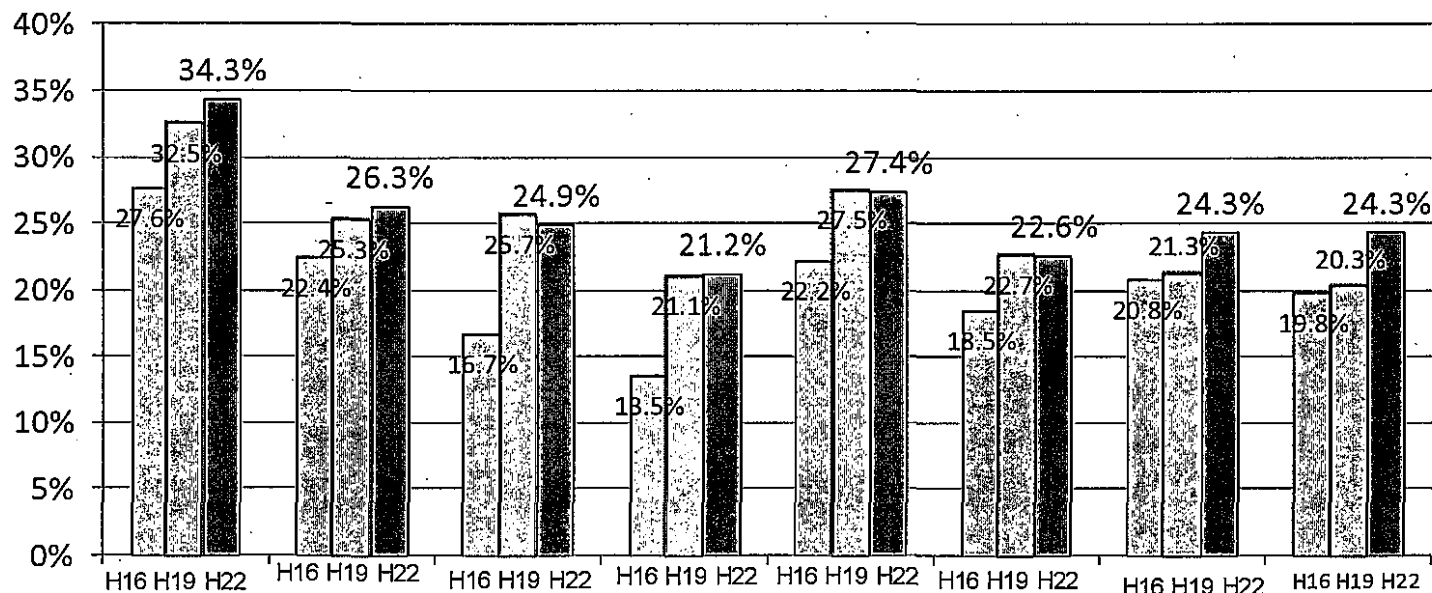
プロセス指標の許容値を満たしていない

がん検診の受診率の現状及び 向上に向けた取組

がん検診受診率の把握

地域保健・健康増進事業報告	国民生活基礎調査
<p>1 報告者：全国の市区町村</p> <p>2 報告の頻度：毎年</p> <p>3 内容 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」にもとづいて自治体を実施したがん検診の事業結果</p> <p>4 結果 対象者数、受診者数、受診率、要精密検査者数、結果人数等</p>	<p>1 回答者 層化無作為抽出された5510国勢調査区の全ての世帯（約29万世帯）及び世帯員（約75万人）（平成22年の場合）</p> <p>2 調査の頻度 がん検診に係る項目は3年に1度</p> <p>3 内容 「あなたは過去1年間に下記のがん検診を受けましたか」という質問に回答。（子宮がん・乳がん検診については過去2年間の状況も調査）</p> <p>4 結果 受診者数、受診率</p>
<p>欠点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市区町村以外で行った検診（職域、個人）については把握不可能 	<p>欠点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市区町村、職域、個人において受診したががん検診を全て含んだ受診率であるが、それぞれには分割不可能 ・市区町村単位での受診率の算出は不可能 ・調査対象者の主観的な回答となる

がん検診の受診率の推移 (国民生活基礎調査)



胃がん検診
(男)

胃がん検診
(女)

肺がん検診
(男)

肺がん検診
(女)

大腸がん検診
(男)

大腸がん検診
(女)

子宮がん検診
(女)

乳がん検診
(女)

子宮がん検診
(女 過去2年)

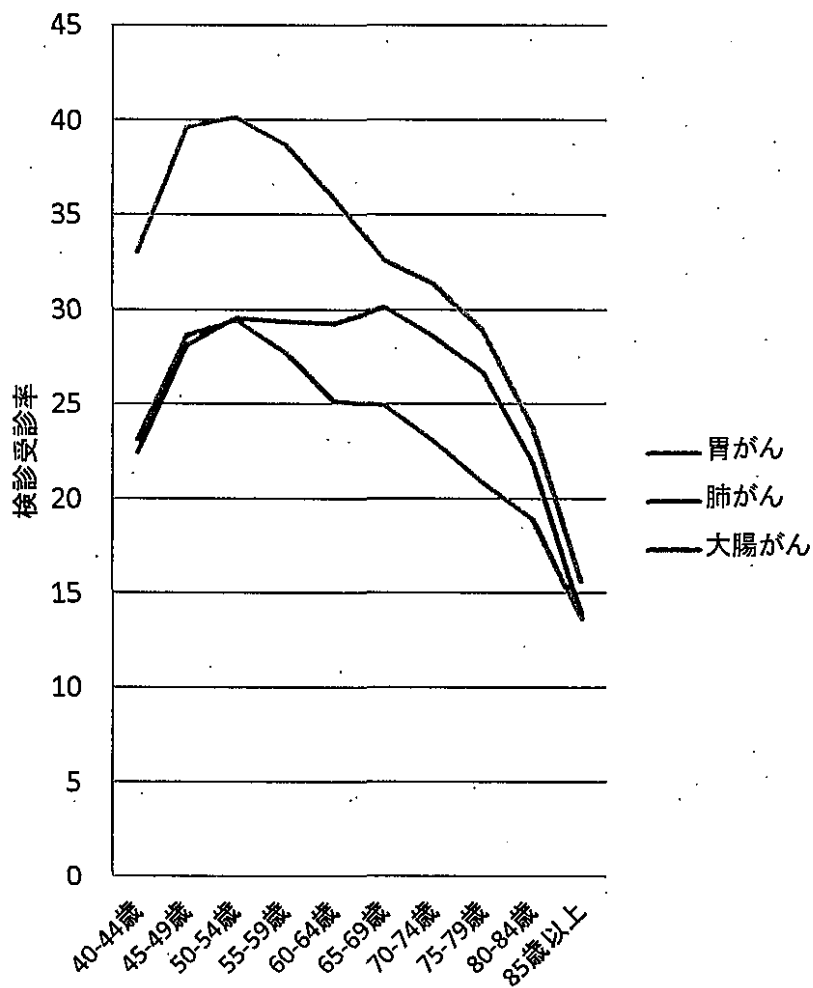
乳がん検診
(女 過去2年)

- 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳以上、子宮がんは20歳以上を対象。
- 健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものも含む。

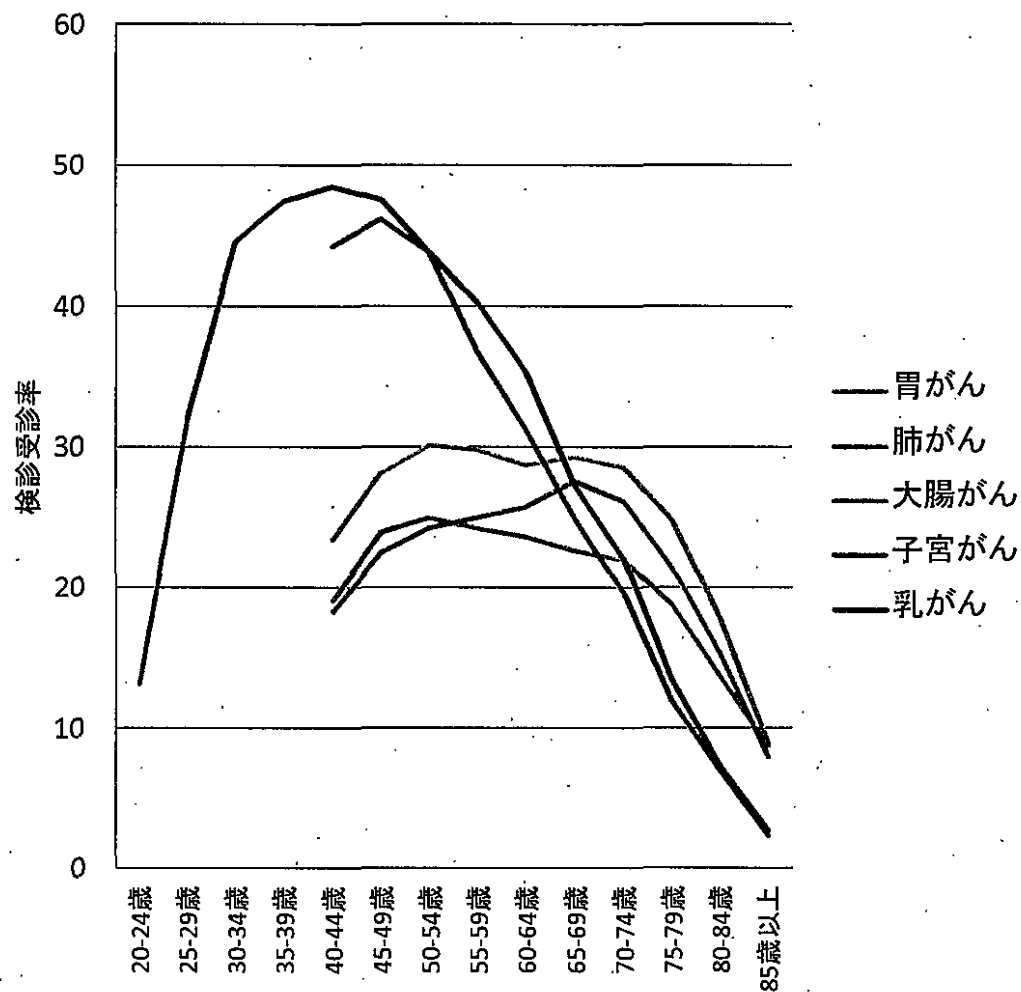
出典：平成22年国民生活基礎調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）

年齢階級別がん種別検診受診率

(男)

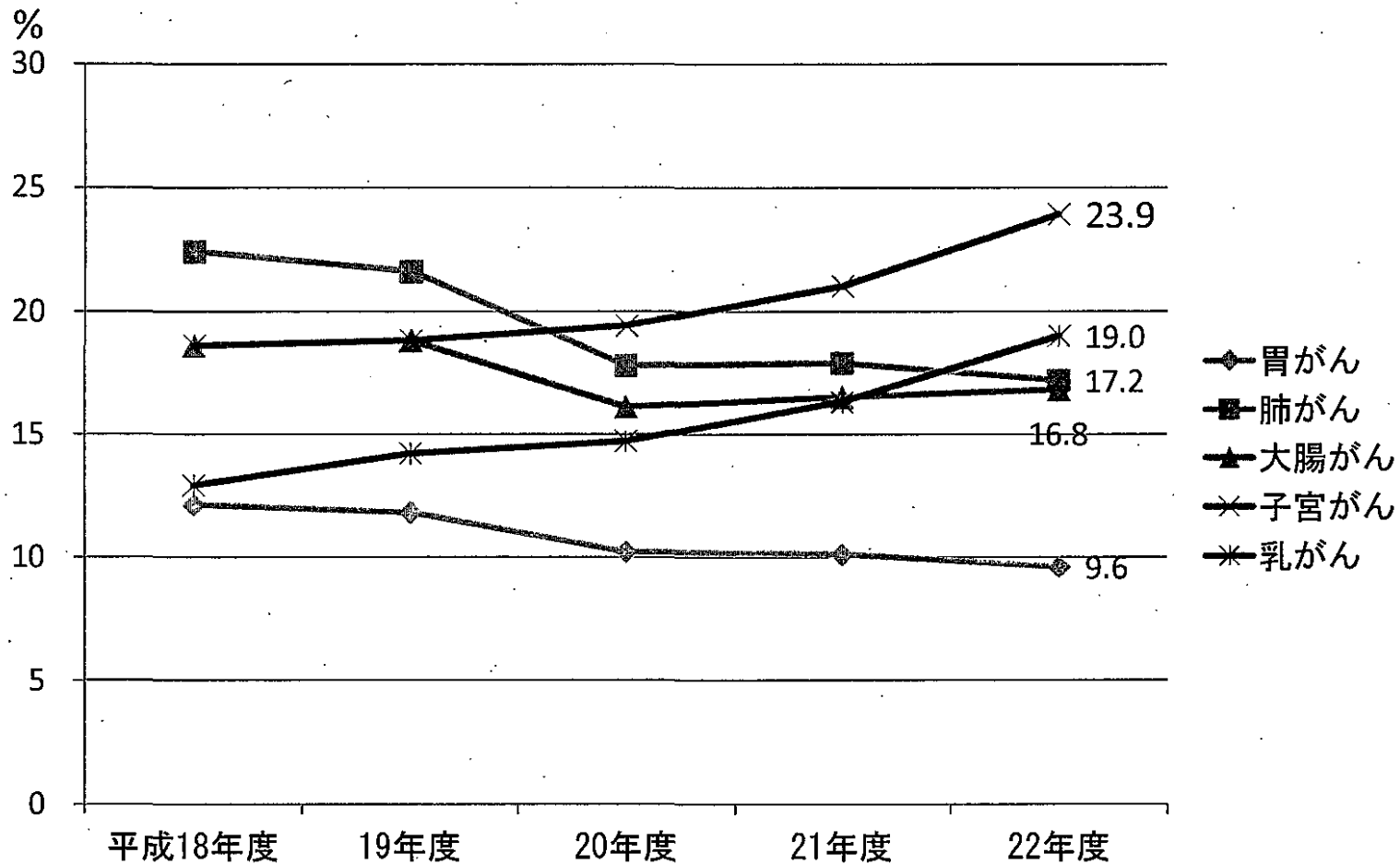


(女)



出典:平成22年国民生活基礎調査

がん検診受診率の推移 (地域保健・健康増進事業報告)

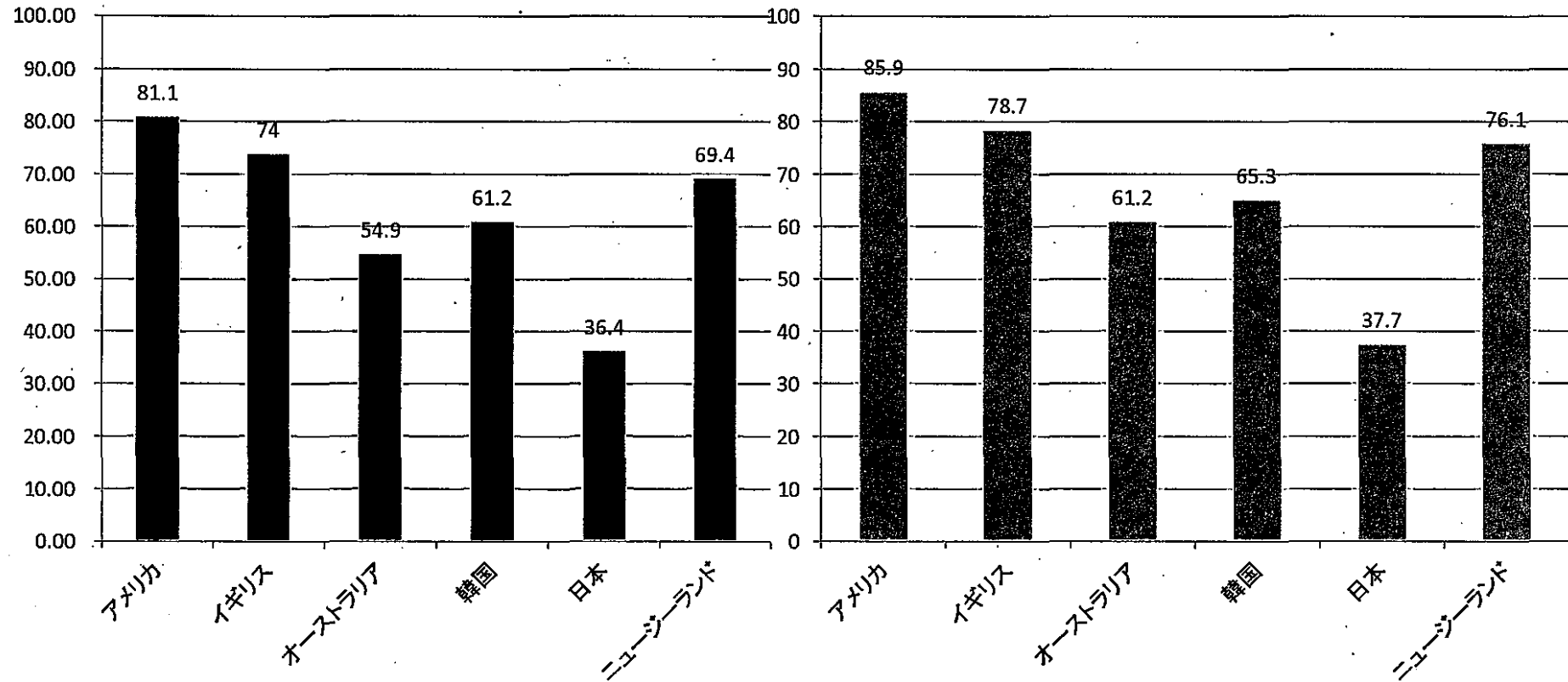


- ・平成22年度は、東日本大震災の影響により、岩手県の一部の市町村（釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市、野田村）、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県の一部の市町村（南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、新地町、飯舘村、会津若松市）が含まれていない。
- ・受診率は、計数不詳の市区町村を除く。

がん検診受診率の国際比較

乳がん検診(50-69歳)

子宮がん検診(20-69歳)



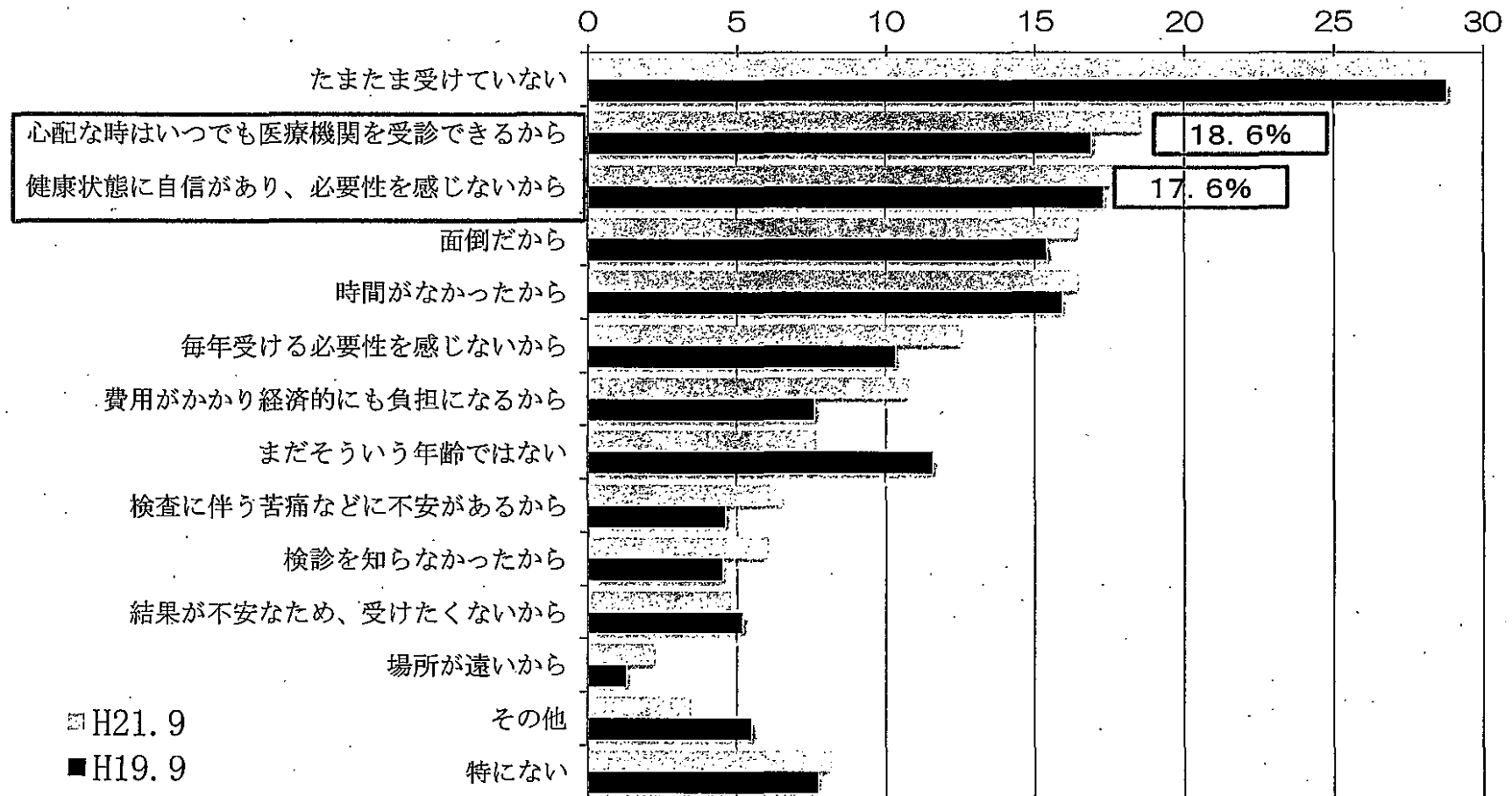
出典: OECD Health Data 2011

海外のがん検診について

	乳がん		子宮頸がん		大腸がん	
英	50-70歳	3年に1回	25-49歳 50-64歳 65歳以上	3年に1回 5年に1回 50歳から一度も検診を受けていない者あるいは過去の検査結果で異常があった者	60-69歳	2年に1回
豪	50-69歳	2年に1回	18-69歳	2年に1回	2011年1月～2014年12月の間に50,55,65歳になった者	
NZ	45-69歳	2年に1回	20-69歳	2年に1回	-	-
韓国	40歳以上	2年に1回	30歳以上	2年に1回	50歳以上	毎年
米	40-64歳	州により異なる	18-64歳	州により異なる	50-64歳	州により異なる
加	50-69歳	2年に1回	18-69歳	3年に1回	50歳以上	1-2年に1回
日本	40歳以上	2年に1回	20歳以上	2年に1回	40歳以上	1年に1回

- 英はNHS Cancer Screening Programsより
- 豪はBreastScreen Australia Program, National Cervical Screening Program, National Bowel Cancer Screening Programより
- NZはBreastScreen Aotearoa, National Cervical Screening Programmeより
- 韓国はNational Cancer Screening Programより
- 米はNational Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, Colorectal Cancer Control Programより
- 加はHealth Canadaのホームページより

がん検診未受診の理由



出典：平成21年がん対策に関する世論調査（内閣府大臣官房政府広報室）

受診率向上のための取組①

がん検診推進事業

- 子宮頸がん・乳がん検診については、平成21年度から子育て・教育支援の一環として、一定の年齢に達した女性に対し、検診の無料クーポンと検診手帳を配布する「女性特有のがん検診推進事業」を実施
- 平成23年度より「がん検診推進事業」として対象を大腸がんにも拡大

○対象年齢

子宮頸がん検診	20歳、25歳、30歳、35歳及び40歳の女性
乳がん検診	40歳、45歳、50歳、55歳及び60歳の女性
大腸がん	40歳、45歳、50歳、55歳及び60歳の男性及び女性

平成21年度補正予算 216億円

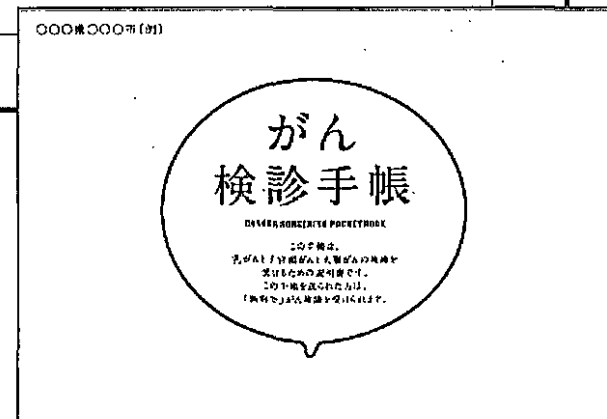
○補助先等：市区町村（検診費（10/10）、事務費（10/10））

平成22年度予算 76億円

平成23年度予算 113億円

平成24年度予算 105億円

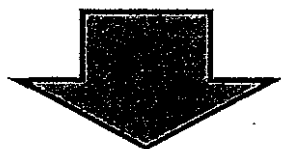
○補助先等：市区町村（検診費（1/2）、事務費（1/2））



受診率向上のための取組② がん検診受診促進企業連携推進事業 (がん検診企業アクション)

▶ 企業の立場

1. 社員に対する役割
 - ▶ 「がん」に対する理解の促進 (社員等への啓発)
 - ▶ がんの早期発見に対する支援 (社員等のがん検診の推進)
 - ▶ がんになった際のフォロー (社員等の福利厚生)
2. 社会に対する役割
 - ▶ 「がん」についての普及啓発 (がん検診、緩和ケア等)
3. その他の役割
 - ▶ がん患者等に対する支援 (関連製品の開発等)



事業内容

- 企業連携の推進
- コンテンツ作成、Web運営などによる情報発信の推進
- 事業者向け説明会等による意識啓発
- 職域健診におけるがん検診受診率の現状及び課題の把握
- シンポジウム開催による推進パートナーとの認識共有
- マスコミへの情報提供によるパブリシティ効果の向上

賛同団体・企業
817団体・企業
(2012年4月現在)

がん対策推進基本計画（変更案）がんの早期発見部分抜粋

5. がんの早期発見

（現状）

がん検診は健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業として行われている。

国は、平成23（2011）年度までにがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては40%を超えているが、依然として諸外国に比べて低く、20%から30%程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているが、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

（取り組むべき施策）

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。

がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

(個別目標)

5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

がん死亡減少のためのがん検診

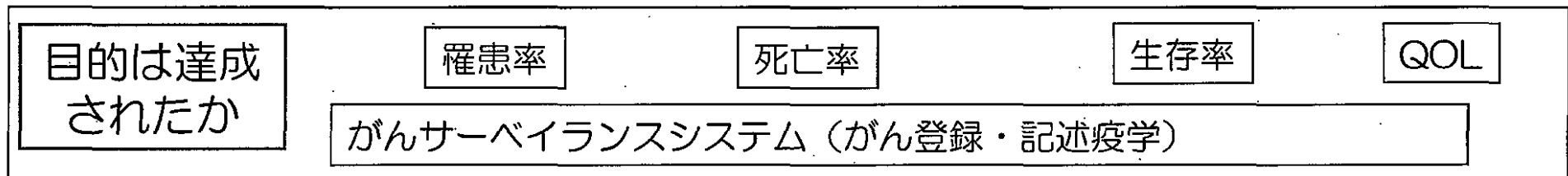
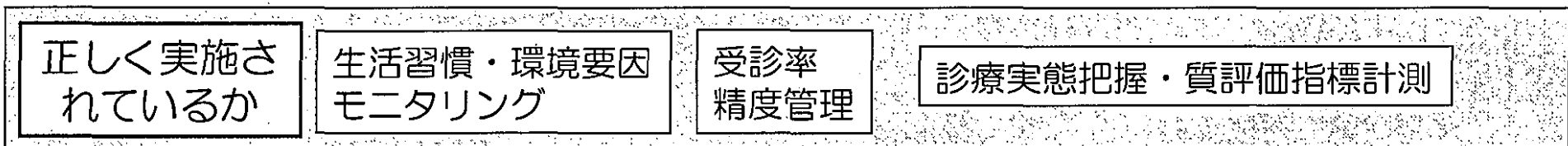
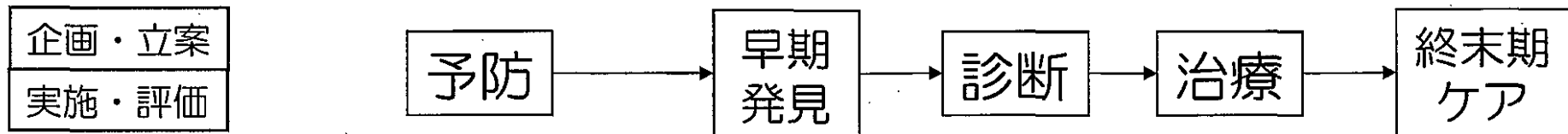
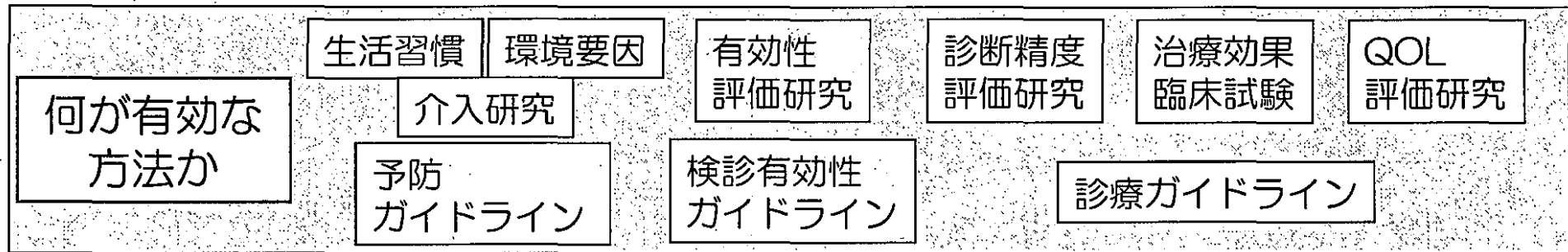
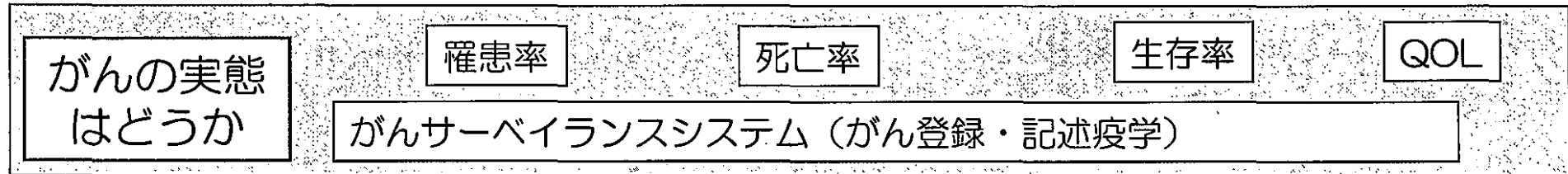
- 検診アセスメント・マネジメント
- ガイドライン作成
 - 組織・手順
 - 証拠のレベル・推奨のレベル
 - 検診のもたらす不利益
 - 対策型検診・任意型検診

大阪大学大学院医学系研究科環境医学

祖父江友孝

データに基づいたがん対策の推進

目的 ●がん罹患・死亡の減少 ●がん患者・家族のQOL向上



がん検診の目的：
対象とするがんの死亡率（進行がんの罹患率）
を減少させること

対象とするがんの死亡率を減少させるには、
「有効な検診を、正しく行う」
必要がある。

死亡率減少効果を示
す科学的証拠がある
かどうかを判断する

がん検診アセスメント

検診有効性評価
ガイドライン

質の高い検診を、
多くの対象者に受
診してもらう

がん検診実施マネジメント

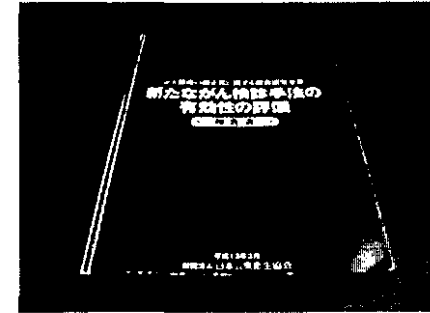
精度管理
受診率向上

がん検診アセスメント

2001年3月 久道班「新たながん検診手法の有効性の評価」報告書

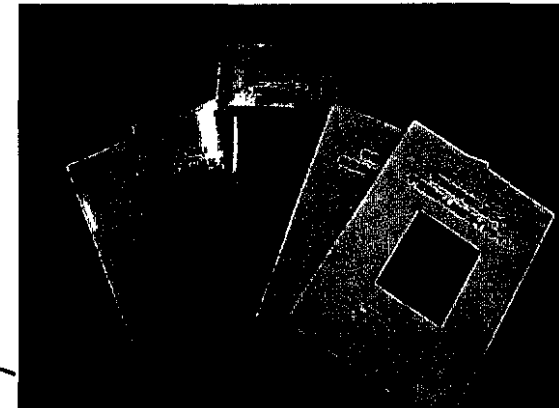
胃・子宮頸・子宮体・卵巣・乳房・肺・大腸・肝がん肝
炎・前立腺について評価

「新たな研究の進展にあわせて、定期的に見直し更新
することが重要であり、そのための常設的な機関をわが国
に設置すること」が今後の課題として指摘された。



がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班
(主任研究者 濱島ちさと/祖父江友孝)

- 2005年3月 「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン作成手順」
「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」
- 2006年3月 「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」
- 2006年9月 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」
- 2008年3月 「有効性評価に基づく前立腺
がん検診ガイドライン」
- 2009年10月 「有効性評価に基づく子宮頸がん
検診ガイドライン」
- 2011年3月 「有効性評価に基づく前立腺
がん検診ガイドライン」 PLCO・
ERSPCに関する更新ステートメント



1) がん検診有効性評価ガイドライン作成手順の定式化

「がん検診有効性評価ガイドライン作成手順」における
作成手順の概要

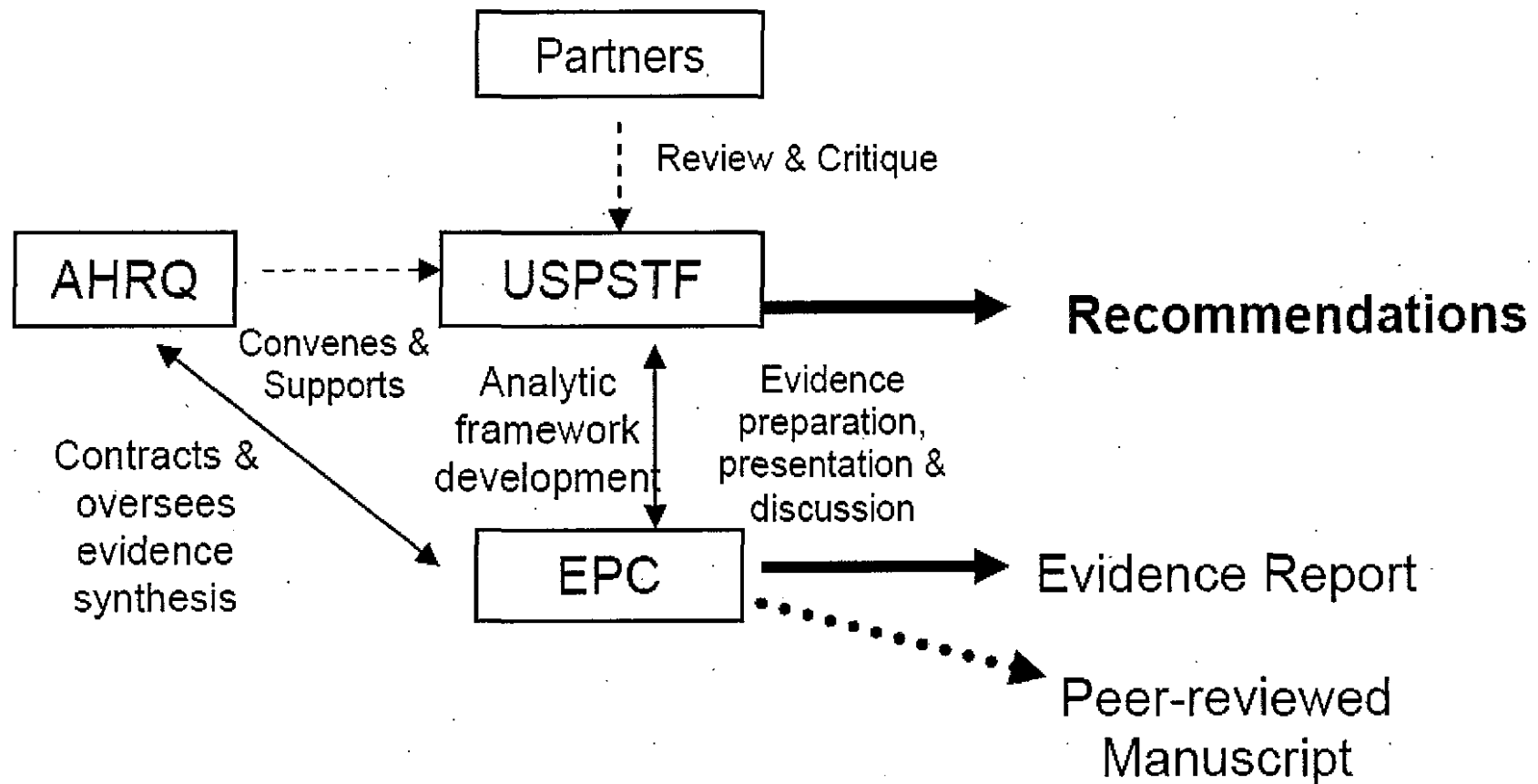
1. ガイドライン作成委員会の編成
2. 対象となるがん検診の選定
3. Analytic Frameworkの作成
4. 文献の選択
 - ・ 文献検索（データベース検索条件、ハンドサーチ）
 - ・ 抄録チェックによる採用文献リストの確定
5. 個別研究の評価
 - ・ 質の評価のためのチェックリスト
 - ・ 構造化要約の作成
6. 証拠のまとめの作成（個別研究の総括） → 証拠のレベル
7. 証拠のまとめから推奨への翻訳 → 推奨のレベル
8. ガイドライン報告書作成
9. 外部委員による評価
10. ガイドラインの公開
11. ガイドラインの評価・更新

■ Evidence Practice Center

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

USPSTF: US Preventive Services Task Force

EPC: Evidence Practice Center



■Evidence Practice Center

The current EPCs are located at: アメリカ（カナダ）に14カ所

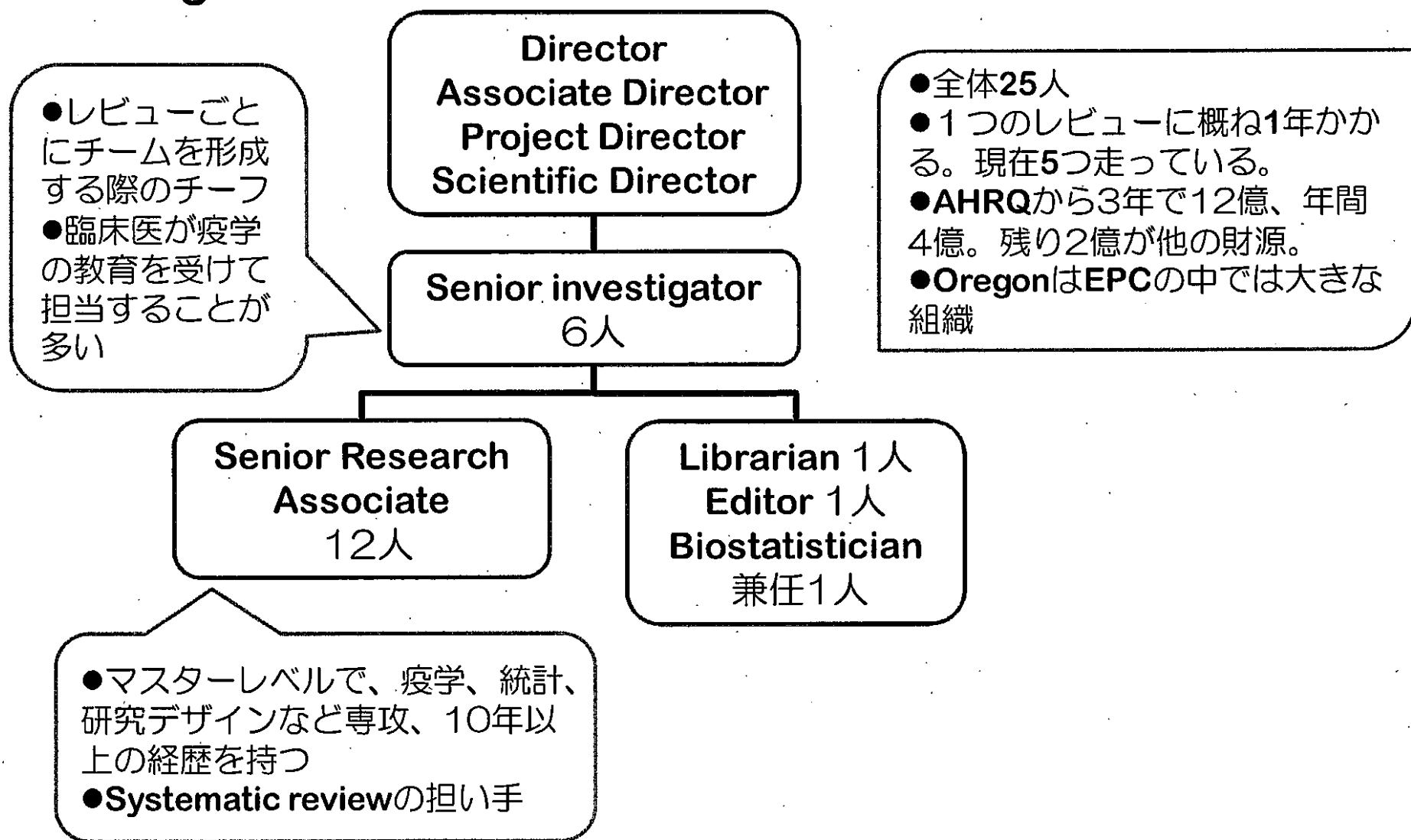
- Blue Cross and Blue Shield Association, Technology Evaluation Center. .
- Duke University.¹
- ECRI Institute.¹
- Johns Hopkins University.
- McMaster University.
- Minnesota Evidence-based Practice Center.
- Oregon Evidence-based Practice Center.²
- RTI International—University of North Carolina.
- Southern California.
- Tufts—New England Medical Center.¹
- University of Alberta.¹
- University of Connecticut.
- University of Ottawa.
- Vanderbilt University.

USPSTFと連携

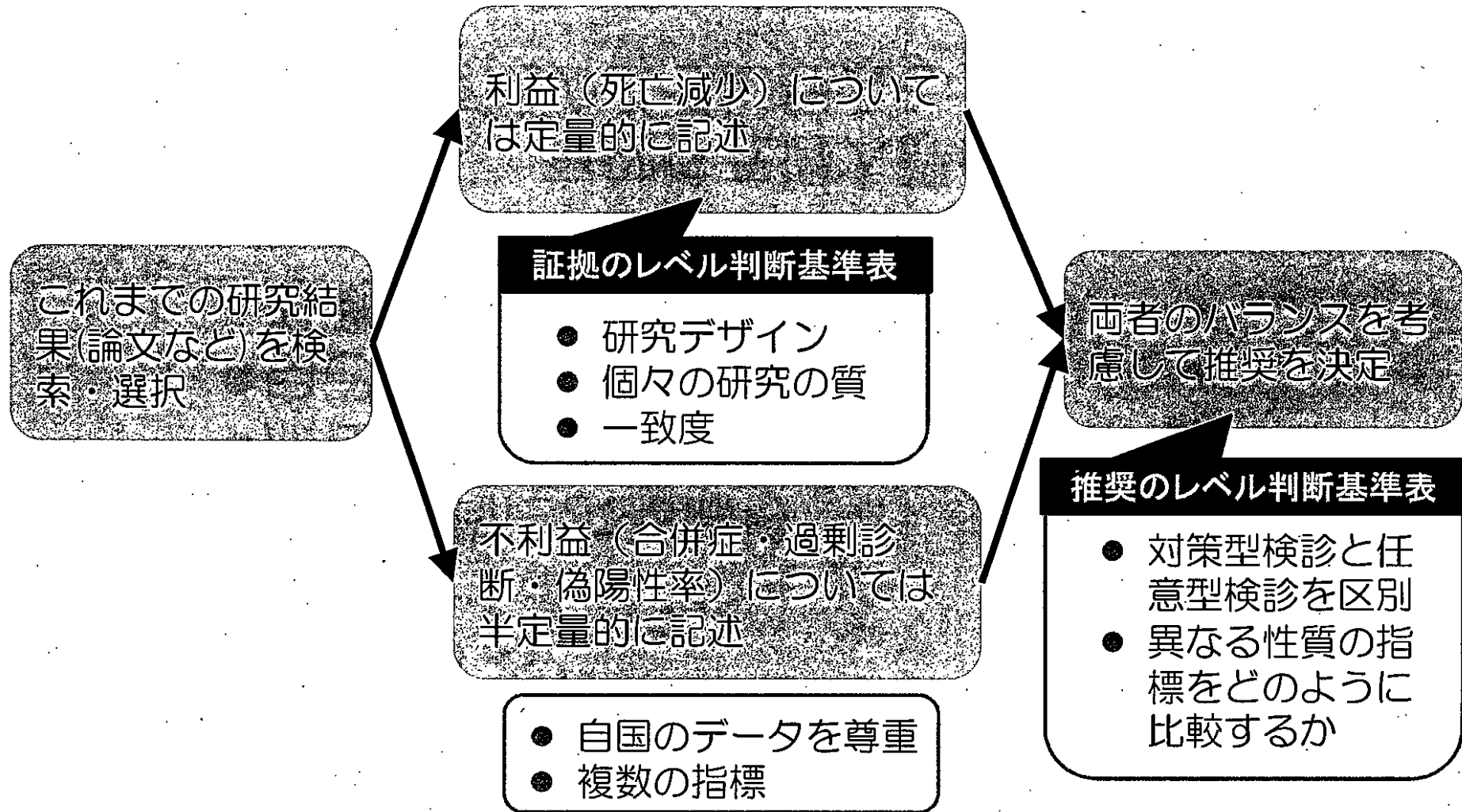
■Evidence Practice Center

Oregon-EPC

Oregon Health and Science University



ガイドラインにおける推奨の判断過程



検診発見がんの生存率が、症状発見がんよりも高いことで評価すると、

- 先行時間による偏り
- 滞在時間の長さによる偏り
- 自己選択による偏り
- 過剰診断による偏り

の影響を受けて、有効性を過大評価（有効でなくても見かけ上有効のように見える）することが知られている。

ちなみに、 $1 - \text{生存率} = \text{致命率} \neq \text{死亡率}$

証拠のレベル判定基準表（濱島班／祖父江班）

レベル	主たる研究方法	内容
1++	RCT/系統的総括	一貫性を認める質の高いRCT・系統的総括
1+	RCT/系統的総括	一貫性を認める中等度の質のRCT・系統的総括
	AF組み合わせ	AFの重要な段階においてRCTが行われており、2++以上の症例対照・コホート研究が行われ、死亡率減少効果が示唆される
1-	RCT/系統的総括	質の低いRCT・系統的総括
2++	症例対照/コホート	一貫性を認める質が高い症例対照・コホート研究
2+	症例対照/コホート	一貫性を認める中等度の質の症例対照・コホート研究
	地域相関・時系列	一貫性を認める質が高い地域相関研究・時系列研究
	AF組み合わせ	死亡率減少効果を指標とした直接的証拠はないが、AFの重要な段階においてRCTが行われており、一連の研究の組み合わせにより死亡率減少効果が示唆される
2-	症例対照/コホート	質が低い症例対照・コホート研究
	地域相関・時系列	中等度の質以下の地域相関研究・時系列研究
	AF組み合わせ	死亡率減少効果を指標とした直接的証拠はないが、AFを構成する複数の研究がある
3	その他の研究	横断的な研究、発見率の報告、症例報告など、散発的な報告のみでAFを構成する評価が不可能である
4	専門家の意見	専門家の意見

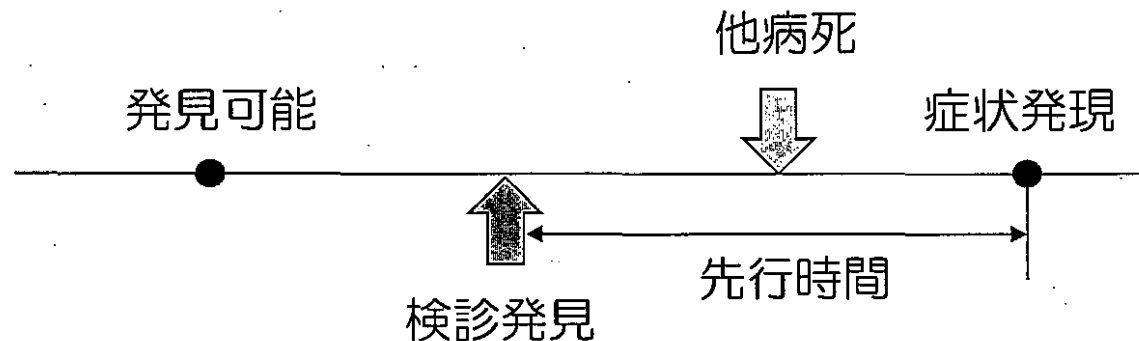
- 研究デザインだけでなく、個別研究の質・結果の一貫性を考慮した。
- 直接証拠だけでなく、間接証拠（AF組み合わせ）を取り入れた。

がん検診がもたらす不利益

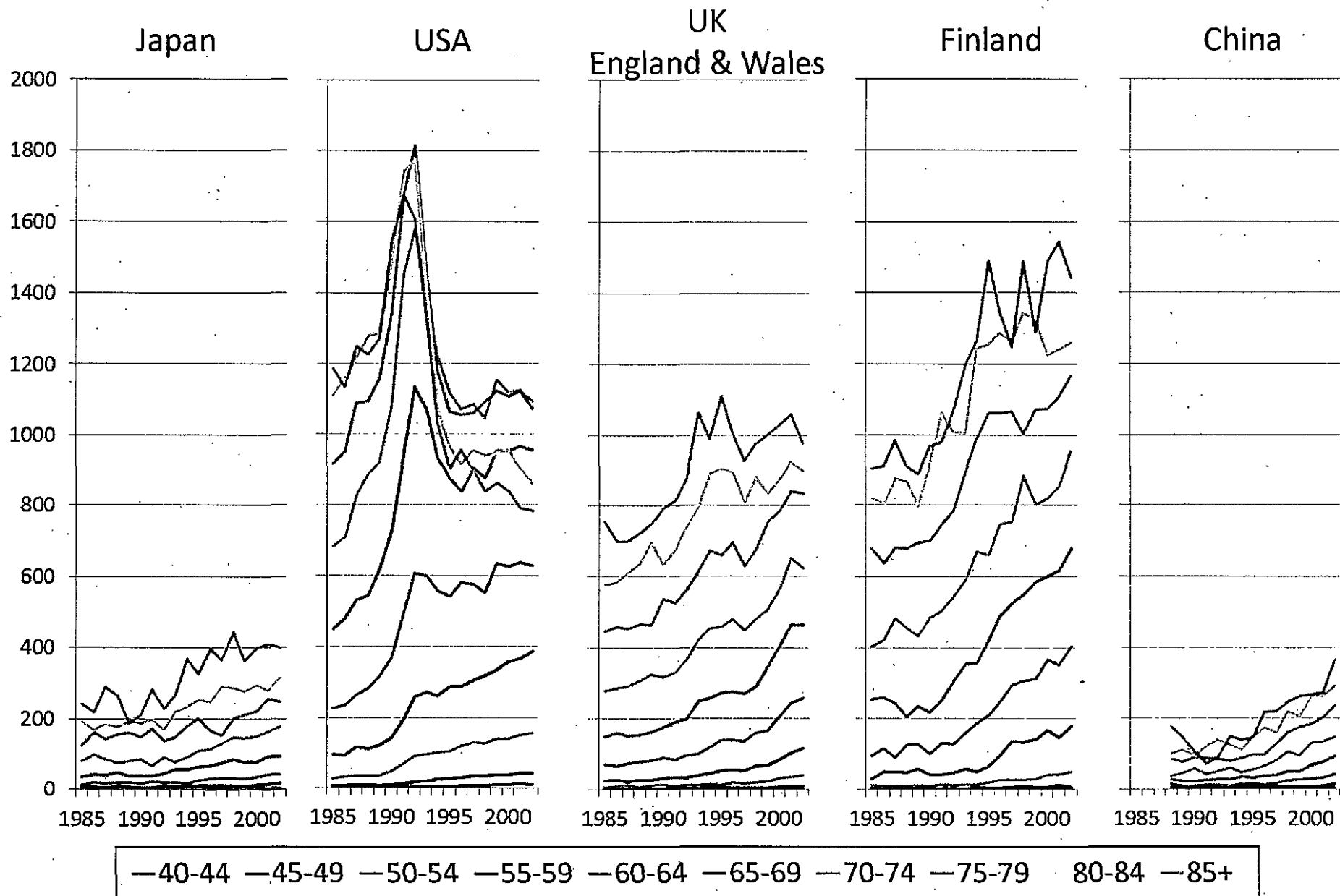
- 偽陽性者への不必要な検査・精神的負担
- 偽陰性者の治療遅延

		疾患あり	疾患なし
検査結果	陽性	真陽性	偽陽性
	陰性	偽陰性	真陰性

- 検診にともなう合併症
- 寿命に比べて臨床的に意味のないがんの診断・治療
(過剰診断)

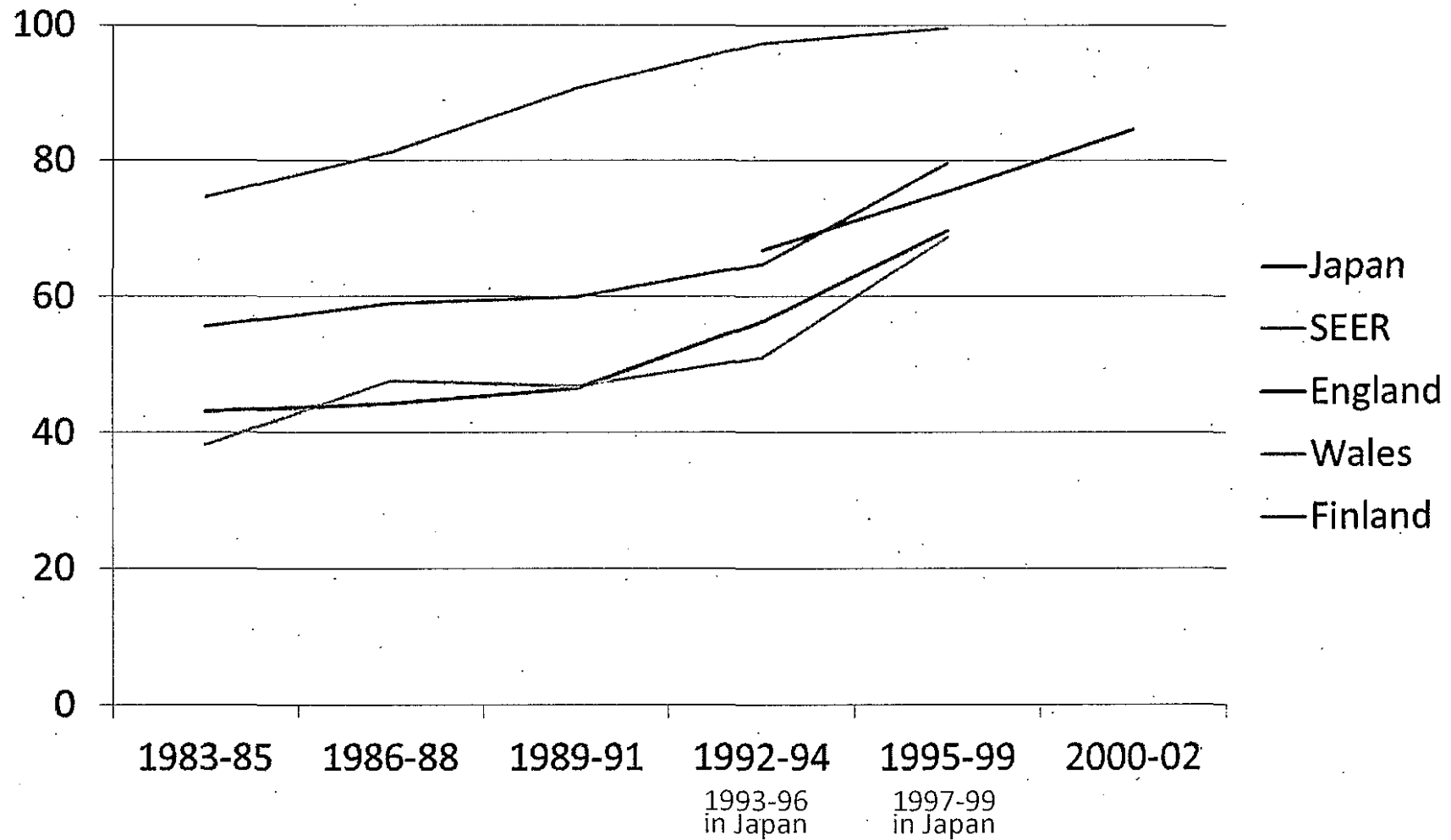


Prostate cancer incidence rates (per 100,000)



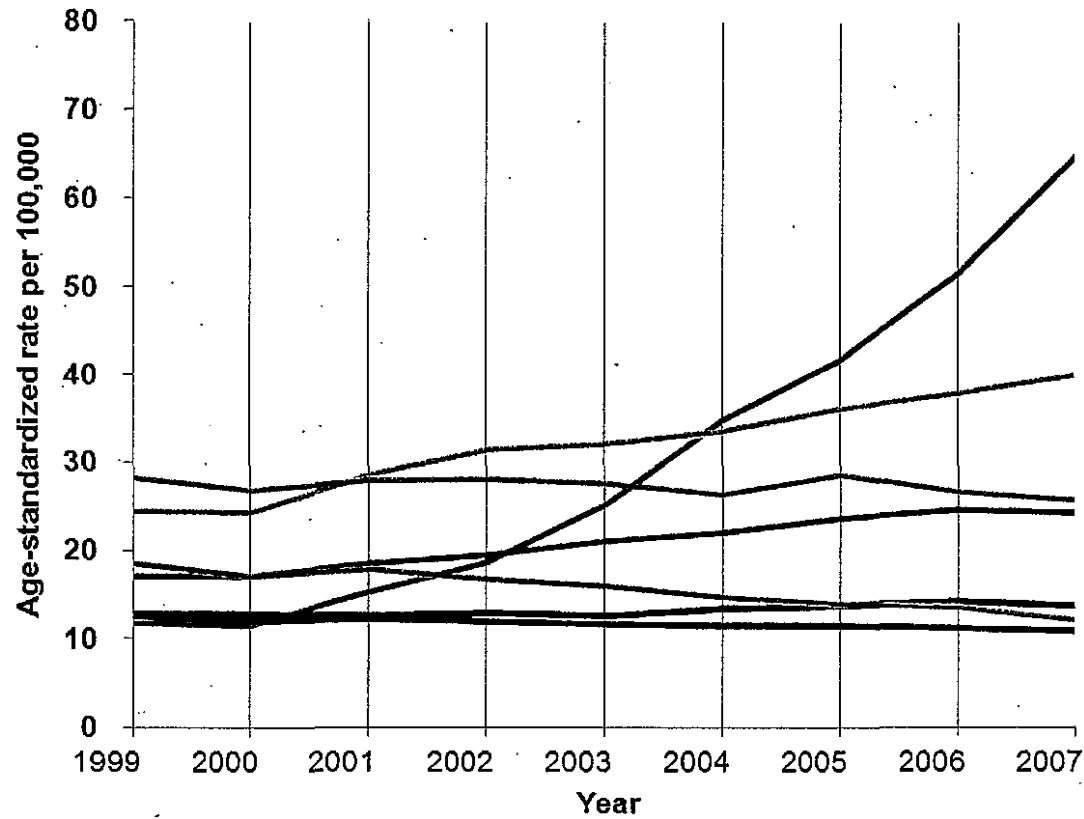
Source: Cancer in Five Continents

Trends of prostate cancer 5-year survival rates (%) by year of diagnosis



Japan: MCIJ project, SEER: SEER9 program, England, Wales and Finland: EUROCARE study

Trend of Major Cancers in Korea, Female



Site	Year		Annual Percent Change (%)
	1999	2007	
Thyroid	11.9	64.8	26.0 *
Breast	24.5	39.9	6.6 *
Stomach	28.3	25.7	-0.7
Colon and rectum	17.1	24.3	5.3 *
Lung	12.9	13.7	1.2 *
Cervix uteri	18.6	12.2	-4.9 *
Liver	12.6	10.9	-1.6 *

* P < .05

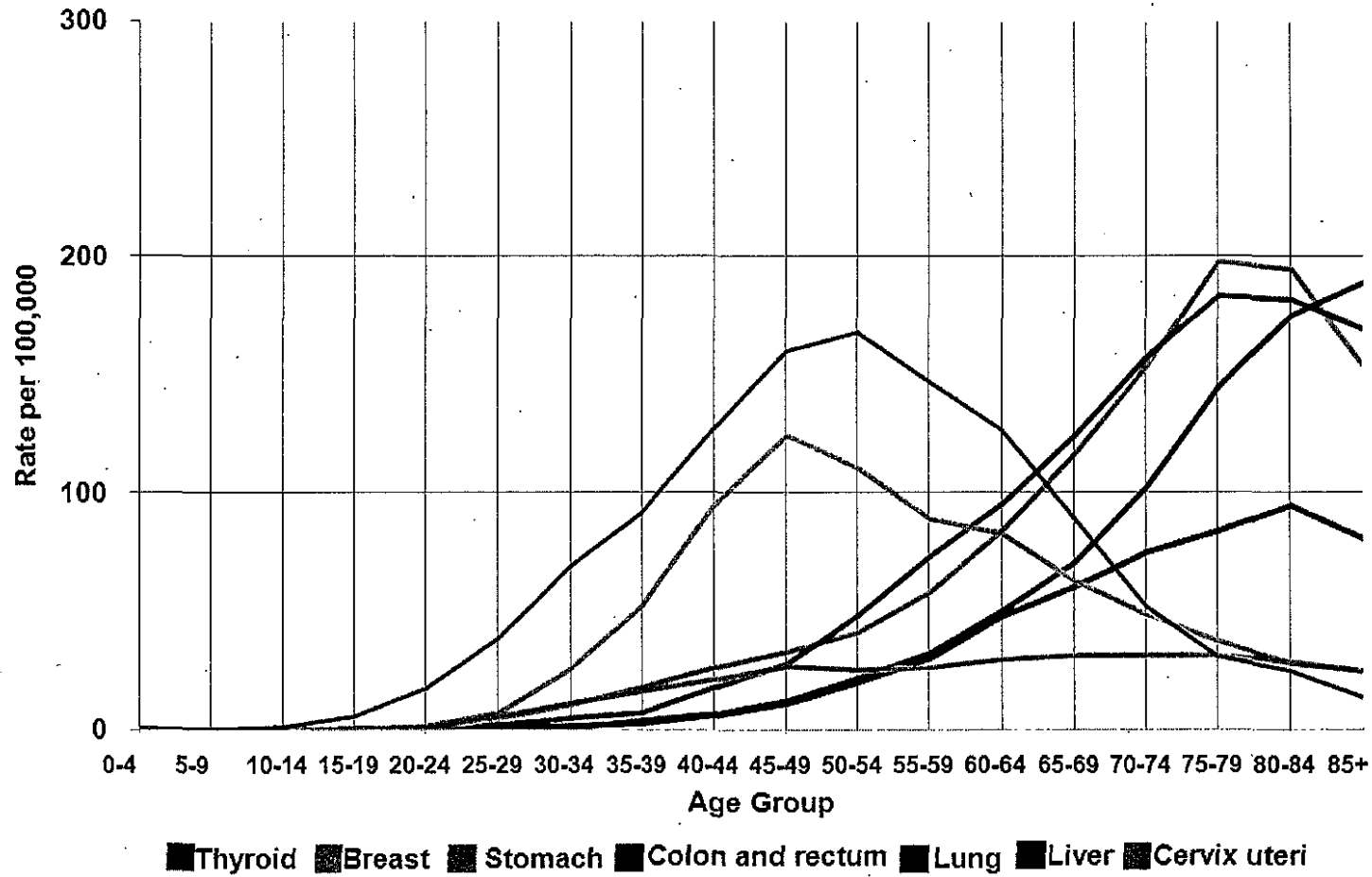
■ Thyroid ■ Breast ■ Stomach ■ Colon and rectum ■ Lung ■ Cervix uteri ■ Liver



MINISTRY FOR HEALTH,
WELFARE AND FAMILY AFFAIRS



Age-specific incidence rates by cancer sites, Female, 2007



推奨レベル判定基準表（濱島班／祖父江班）

推奨	表現	対策型 検診	任意型 検診	証拠の レベル
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。	推奨する	推奨する	1++/1+
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する	2++/2+
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる	推奨しない	条件付きで実施できる	1++/1+/ 2++/2+
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない	1++/1+/ 2++/2+
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない	1-/2- /3/4

注 推奨Iと判定された検診の実施は、有効性評価を目的とした研究を行う場合に限定することが望ましい。

対策型検診と任意型検診の比較

	対策型検診	任意型検診
基本条件	当該がんの死亡率を下げることを目的として公共政策として行うがん検診	対策型がん検診以外のもの
検診対象者	検診対象として特定された集団構成員の全員(一定の年齢範囲の住民など) ただし、無症状であること。症状があり、診療の対象となる者は該当しない	定義されない ただし、無症状であること。有症状者や診療の対象となる者は該当しない
検診方法	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法を実施する	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法が選択されることが望ましい
利益と不利益	利益と不利益のバランスを考慮する。利益が不利益を上回り、不利益を最小化する	検診提供者が適切な情報を提供した上で、個人のレベルで判断する
検診費用	公的資金を使用 無料あるいは一部少額の自己負担が設定される	全額自己負担 ただし、保険者などが一定の補助を行っている場合もある
受診率対策	受診率を100%に近づけることが求められる	一定の方針はない
具体例	健康増進事業による市町村の住民対象のがん検診(特定の検診施設や車検診による集団方式と、検診実施主体が認定した個別の医療機関で実施する個別方式がある)	検診機関や医療機関で行う人間ドックや総合健診 保険者が福利厚生を目的として提供する人間ドック

助成金浜島/祖父江班におけるがん検診有効性評価ガイドラインのまとめ

臓器	検査	推奨 レベル	対策型検診	任意型検診
大腸がん	便潜血検査	A	推奨する	推奨する
	全大腸内視鏡	C	推奨しない	条件付きで実施できる
	S状結腸内視鏡	C	〃	〃
	注腸X線	C	〃	〃
胃がん	胃X線	B	推奨する	推奨する
	胃内視鏡	I	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない
	ペプシノゲン	I	〃	〃
肺がん	胸部X線と喀痰細胞診	B	推奨する	推奨する
	低線量CT	I	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない
前立腺がん	PSA	I	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない
子宮頸がん	細胞診	B	推奨する	推奨する
	HPV検査	I	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

科学的根拠に基づくがん検診 推進のページ

基本理念 がん検診ガイドラインの考え方 ガイドライン作成手順 がん検診ガイドライン がん検診フォーラム ガイドライン周知度

一般向けリーフレット 精度管理・事業評価 受診率対策 用語解説 がん検診Q&A 研究班 リンク(準備中)

がん検診ガイドライン

最新更新日 09/12/4

子宮頸がん

胃がん | 大腸がん | 肺がん
前立腺がん | 肝臓・肝臓がん

がん検診フォーラム

最新更新日 09/5/7

子宮頸がん

前立腺がん 09/10/13更新
胃がん | 大腸がん | 肺がん

精度管理・事業評価

最新更新日 09/10/7

結果の通知/把握用様式

概要 | 事業評価指標 09/05/13更新
指標の算出方法 | チェックリスト | 仕様書
都道府県がん対策推進計画
関連学会精度管理指針 | 関連学会認定医制度

がん検診Q&A

最新更新日 09/6/19

医療従事者向け | 受診者向け(準備中)

検診推進情報

>>過去情報

- 09/12/15 一般市民参加協力による「子宮頸がん検診リーフレット(20代向け)」を公開しました。 01/15/7
- 09/12/4 子宮頸がん検診リーフレット作成委員の募集を開始しました。 01/15/7
- 09/11/20 子宮頸がん検診リーフレット作成委員の募集を開始しました。 01/15/7
- 09/9/31 一般市民参加協力による「大腸がん検診リーフレット」を公開しました。
- 09/9/31 「肝臓・肝臓がん検診ガイドライン」ワーキンググループ会議日程を更新しました。
- 09/5/18 「肝臓・肝臓がん検診ガイドライン」ワーキンググループ会議日程を更新しました。
- 09/5/18 「子宮頸がん検診ガイドライン」一般向けリーフレットの作成委員募集は終了しました。
- 09/5/7 子宮頸がんガイドラインドラフト案2版を公開しました。
- 09/6/7 子宮頸がんガイドラインフォーラムの指定発言への回答を掲載しました。
- 09/4/15 「子宮頸がん検診ガイドライン」一般向けリーフレットの作成委員募集を開始しました。
- 09/3/25 前立腺がん検診ガイドラインにおけるPSA検診の再検討を開始しました。
- 09/1/30 肝臓・肝臓がん検診ガイドライン(仮称)の会議日程を更新しました。
- 09/1/8 子宮頸がん検診ガイドラインフォーラムの議事録を公開しました。
- 09/11/27 肝臓・肝臓がん検診ガイドライン(仮称)の会議日程を公開しました。
- 09/11/25 子宮頸がんガイドラインドラフトを公開しました。
- 09/11/25 子宮頸がん検診ガイドラインフォーラムのプログラムを公開しました。
- 09/11/10 子宮頸がん検診ガイドラインフォーラムの参加者登録を開始しました。

ATOK 関連 R 漢

17 09/05/13 KSH

がん検診に関する最近の知見等について

- ・がん検診に関する最近の研究結果(主なもの)
- ・がん検診に関するガイドライン等(最近改訂・作成された主なもの)
 - 一子宮頸がん
 - 一胃がん
 - 一乳がん
 - 一肺がん
 - 一大腸がん
 - 一前立腺がん
- ・がん検診の有効性評価・精度管理・受診率向上施策等に係る最近の主な厚生労働科学研究一覧

子宮頸がん検診に関する最近の研究結果
(主として子宮頸がん死亡率・浸潤がん罹患率をエンドポイントとしている研究)

論文名 (文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, Hingmire S, Malvi SG, Thorat R, Kothari A, Chinoy R, Kelkar R, Kane S, Desai S, Keskar VR, Rajeshwarkar R, Panse N, Dinshaw KA. N HPV screening for cervical cancer in rural India. Engl J Med. 2009 Apr 2;360(14):1385-94.	2009	インド	無作為化比較 試験	HPV or CC or VIA Vs 検診なし	浸潤がん罹患率・ 死亡率
Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. New Technologies for Cervical Cancer screening (NTCC) Working Group. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2010; 11:249-57.	2011	イタリア (NTCC)	無作為化比較 試験	Round 1: HPV+LBC vs CC Round 2: CC vs HPV	浸潤がん罹患率
Schiffman M, Glass AG, Wentzensen N, Rush BB, Castle PE, Scott DR, et al. A long-term prospective study of type-specific human papillomavirus infection and risk of cervical neoplasia among 20,000 women in the Portland Kaiser Cohort Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011;20:1398-409.	2011	米国	コホート 研究	HPV+CC VS HPV or CC	CIN3以上の累積 罹患率
Rikaart DC, Berkhos J, Rozendaal L, van Kemenade FJ, Bulkman NW, Heideman DA, et al. Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2012;13:78-88.	2012	オランダ (POBASCAM)	無作為化比較 試験	Round 1: HPV+CC Vs CC Round 2: HPV+CC Vs HPV+CC	浸潤がん罹患率

注) HPV: HPV検査、CC: 細胞診 (従来法)、LBC: 細胞診 (液状検体法)

子宮頸がん検診に関するガイドライン
(海外において最近改訂・作成され、HPV検査の評価を行っている主なもの)

ガイドライン等の名称	公表年	作成場所	種別
Population screening for cervical cancer. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2011; publication no. 2011/07E.	2011	オランダ Health Council	ガイドライン
Screening for Cervical Cancer. U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement (March 2012) Ann Intern Med. 2012 Mar 14	2012	米国USPSTF	ガイドライン
American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer (2012)	2012	米国ACS(がん協会)	ガイドライン

胃がん検診に関する最近の研究(胃がん死亡率をエンドポイントとした研究)

論文名(文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
伊藤史子, 渡邊能行, 三木一正 地域住民を対象とした2段階ペプシノゲン法胃がん検診の死亡減少効果の検討. 日本がん検診・診断学会誌(1881-8846)14巻2号 Page156-160(2007.03)	2007	日本	コホート研究	ペプシノゲン法	胃がん死亡率
Yoshihara M, Hiyama T, Yoshida S, Ito M, Tanaka S, Watanabe Y, Haruma K Reduction in gastric cancer mortality by screening based on serum pepsinogen concentration: a case-control study. Scand J Gastroenterol. 2007 Jun;42(6):760-4.	2007	日本	症例対照研究	ペプシノゲン法	胃がん死亡率
Matsumoto S, Yamasaki K, Tsuji K, Shirahama S. Results of mass endoscopic examination for gastric cancer in Kamigoto Hospital, Nagasaki Prefecture. World J Gastroenterol. 2007 Aug 28;13(32):4316-20.	2007	日本	前後比較研究	内視鏡	胃がん死亡率
Hosokawa O, Miyanaga T, Kaizaki Y, Hattori M, Dohden K, Ohta K, Ito Y, Aoyagi H Decreased death from gastric cancer by endoscopic screening: association with a population-based cancer registry. Scand J Gastroenterol. 2008;43(9):1112-5.	2008	日本	コホート研究	内視鏡	胃がん死亡率
小越 和栄, 成澤 林太郎, 加藤 俊幸, 齋藤 征史, 船越 和博, 木滑 孝一, 藤田 一隆, 佐野 正俊 新潟市住民に対する胃がん内視鏡検診 日本消化器がん検診学会雑誌 2009: 47 (5) : 531-541	2009	日本	コホート研究	内視鏡	胃がん死亡率
松本 吏弘 X線検診, 検診未受診と対比した胃内視鏡検診による死亡率減少効果 日本消化器がん検診学会雑誌 2010: 48 (4) : 436-441	2010	日本	コホート研究	内視鏡	胃がん死亡率
細川 治, 新保 卓郎, 松田 一夫, 宮永 太 任意型内視鏡検診での胃がん死亡率減少効果。 日本消化器がん検診学会雑誌 2011: 49 (3) : 401-407	2011	日本	コホート研究	内視鏡	胃がん死亡率

胃がん検診に関するエビデンス・レポートやコンセンサス・レポート
 (最近改訂・作成され、ヘリコバクタ・ピロリ抗体検査や内視鏡の評価を行っている主なもの)

論文名 (文書名)	公表年	作成場所	種別
Fock KM, Talley N, Moayyedi P, Hunt R, Azuma T, Sugano K, Xiao SD, Lam SK, Goh KL, Chiba T, Uemura N, Kim JG, Kim N, Ang TL, Mahachai V, Mitchell H, Rani AA, Liou JM, Vilaichone RK, Sollano J. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. Asia-Pacific Gastric Cancer Consensus Conference.	2008	アジア・パシフィック (Asia-Pacific Gastric Cancer Consensus)	コンセンサス・レポート
Leung WK, Wu MS, Kakugawa Y, Kim JJ, Yeoh KG, Goh KL, et al. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. Lancet Oncol 2008; 9: 279-87.	2008	アジア (OMED & Asia Pacific Society of Digestive Endoscopy)	コンセンサス・レポート
Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report The European Helicobacter Study Group (EHSg). Gut. 2012 May;61(5):646-664.	2012	ヨーロッパ (Maastricht IV/Florence Consensus)	コンセンサス・レポート
Dinis-Ribeiro M, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Endoscopy. 2012 Jan;44(1):74-94.	2012	ヨーロッパ (ヨーロッパ3学会合同)	コンセンサス・レポート
Stomach (Gastric) Cancer Screening (PDQ®) 2012	2012	米国NCI (国立がん研究所)	エビデンス・レポート

乳がん検診に関する最近の研究結果(主として40歳代を対象とした研究)

論文名(文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
Bjurstam N, Björnelid L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nyström L, Walker N, Cahlin E, Eriksson O, Hafström LO, Lingaas H, Mattsson J, Persson S, Rudenstam CM, Salander H, Sävje-Söderbergh J, Wahlin T. The Gothenburg Breast Screening Trial. Cancer. 2003 May 15;97(10):2387-96.	2003	スウェーデン	無作為化 比較対照試験	マンモグラ フィー Vs 検査なし	乳がん死亡率
Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L; Trial Management Group. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. Lancet. 2006 Dec 9;368(9552):2053-60.	2006	イギリス	無作為化 比較対照試験	マンモグラ フィー Vs 検査なし	乳がん死亡率
Kasahara Y, Kawai M, Tsuji I, Tohno E, Yokoe T, Irahara M, Tangoku A, Ohuchi N. Harms of screening mammography for breast cancer in japanese women. Breast Cancer. 2012 Jan 27.	2012	日本	横断研究	マンモグラ フィー	マンモグラ フィーの不利益

乳がん検診に関するガイドライン等(最近改訂・作成された主なもの)

ガイドライン等の名称	公表年	作成場所	種別
Screening for breast cancer. U.S. Preventive Service Task Force recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151(10):716-26, W-236	2009	米国 USPSTF	ガイドライン
Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ, November 22, 2011, 183(17)	2011	カナダ CTFHOC	ガイドライン

肺がん検診に関する最近の研究結果
(主としてCT検診の評価を行っている研究)

論文名(文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, et al. International Early Lung Cancer Action Program Investigators, Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. N Engl J Med. 2006;355(17):1763-71.	2006	米国、カナダ、ヨーロッパ、イスラエル、 中国、日本、台湾 (IELCAP)	生存率解析 (多施設共同 研究)	低線量CT	肺がんの 生存率等
Bach PB, Jett JR, Pastorino U, et al. Computed tomography screening and lung cancer outcomes. JAMA. 2007;297(9):953-61.	2007	米国、イタリア	生存率解析 (多施設共同 研究)	低線量CT	肺がん罹患、死 亡等(予測モデ ルとの比較)
National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, Gareen IF, Gatsonis C, Marcus PM, Sicks JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):395-409. Epub 2011 Jun 29.	2011	米国 (NLST)	無作為化比較 対照試験	低線量CT Vs 胸部単純X線	肺がん死亡率
PLCO Project Team. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. JAMA. 2011 Nov 2;306(17):1865-73. Epub 2011 Oct 26.	2011	米国 (PLCO)	無作為化比較 対照試験	胸部単純X線 Vs 検診なし	肺がん死亡率

肺がん検診に関するガイドライン等
 (N L S T 公表後改訂・作成された主なもの)

ガイドライン等の名称	公表年	作成場所	種別
国際肺癌学会らせんCT検診声明 (2011)	2011	国際肺癌学会	ステートメント
NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Lung Cancer Screening Version 1.2012	2012	米国NCCN	ガイドライン
Providing Guidance for Lung Cancer Screening: The American Lung Association Interim Report on Lung Cancer Screening (2012)	2012	米国ALA (肺がん協会)	ガイドライン
American Cancer Society Interim Guidance on Lung Cancer Screening (2012)	2012	米国ACS (がん協会)	ガイドライン
Lung Cancer Screening (PDQ®) (2012)	2012	米国NCI (国立がん研究所)	エビデンス・ レポート

大腸がん検診に関する最近の研究結果
 (主としてS状結腸鏡の評価を行っている研究)

論文名 (文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JM, Parkin DM, Wardle J, Duffy SW, Cuzick J; UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2010 May 8;375(9726):1624-33. Epub 2010 Apr 27.	2010	イギリス	無作為化比較対照試験	S状結腸鏡 VS 検診なし	大腸がん罹患率、死亡率
Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, Risio M, Sciallero S, Zappa M, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Casella C, Crosta C, Falcini F, Ferrero F, Giacomini A, Giuliani O, Santarelli A, Visioli CB, Zanetti R, Atkin WS, Senore C; SCORE Working Group. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian Randomised Controlled Trial—Score J Natl Cancer Inst. 2011 Sep 7;103(17):1310-22.	2011	イタリア	無作為化比較対照試験	S状結腸鏡 Vs 検診なし	大腸がん罹患率、死亡率
Schoen RE, et al. Colorectal-Cancer Incidence and Mortality with Screening Flexible Sigmoidoscopy. N Engl J Med. 2012 May 21.	2012	米国 (PLCO)	無作為化比較対照試験	S状結腸鏡 VS 検診なし	大腸がん罹患率、死亡率

前立腺がん検診に関する最近の研究結果(主なもの)

論文名 (文書名)	公表年	場所	研究方法	検診方法	評価指標
Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. Lancet Oncol. 2010;11:725-32.	2011	スウェーデン	無作為化比較対照試験	PSA検査 Vs 検査なし	前立腺がん罹患率、死亡率
Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. Engl J Med. 2012 Mar 15;366(11):981-90.	2012	ヨーロッパ 7カ国 (ERSCPC)	無作為化比較対照試験	PSA検査 Vs 検査なし	前立腺がん死亡率
PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. J Natl Cancer Inst. 2012 Jan 18;104(2):125-32. Epub 2012 Jan 6.	2012	米国 (PLCO)	無作為化比較対照試験	PSA検査 +直腸診 Vs 検査なし	前立腺がん死亡率

前立腺がん検診に関するガイドライン等
 (ERSPC、PLCO中間報告(2009)公表後、海外において改訂・作成された主なもの)

ガイドライン等の名称	公表年	作成場所	種別
Prostate-Specific Antigen Best Practice Statement:2009 Update	2009	米国泌尿器科学会	ガイドライン
Prostate Cancer Screening (PDQ®)	2009	米国NCI (国立がん研究所)	エビデンス・ レポート
CLINICAL CANCER ADVANCES 2009	2009	米国ASCO (臨床腫瘍学会)	レポート
Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care: PSA testing in asymptomatic men	2010	イギリスNHS (国民保健サービス)	エビデンス・ レポート
American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010.	2010	米国ACS (がん協会)	ガイドライン
NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer early detection.	2010	米国NCCN	ガイドライン
Guidelines on Prostate Cancer	2010	欧州EAU (泌尿器科学会)	ガイドライン
Screening for prostate cancer. U.S. Preventive Service Task Force recommendation Statement. Ann Intern Med 2012;157(2)	2012	アメリカ USPSTF	ガイドライン

がん検診の有効性評価・精度管理・受診率向上施策等に係る
最近の主な厚生労働科学研究一覧

	研究期間	研究課題	主任研究者
胃がん	H22-25	内視鏡による新たな胃がん検診システム構築に必要な検診方法の開発とその有効性評価に関する研究	濱島ちさと (国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部検診評価研究室)
	H22-24	ピロリ感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究	後藤田卓志 (東京医科大学消化器内科)
	H19-21	新たな胃がん検診システムに必要な検診方法の開発とその有効性評価に関する研究	深尾 彰 (山形大学大学院医学系研究科 生命環境医学専攻公衆衛生学講座)
子宮頸がん	H23	わが国の子宮頸がん検診における新たな検診手法の有効性についての研究	青木 大輔 (慶應義塾大学 医学部)
肺がん	H23-25	低線量胸部CTによる肺がん検診の有効性評価のための無作為比較試験	佐川元保 (金沢医科大学医学部呼吸器外科学)
	H22-25	低線量らせんCTを用いた革新的な肺がん検診手法の確立に関する研究	中山富雄 (大阪府立病院機構大阪府立成人病センターがん予防情報センター)
乳がん	H23-24	乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験	大内憲明 (東北大学病院 (大学院医学系研究科腫瘍外科学分野))
大腸がん	H23-25	消化器内視鏡検査等による新しいがん検診の開発と有効性評価に関する研究	工藤 進英 (昭和大学横浜市北部病院 消化器センター)
受診率・精度管理	H22-24	標準的検診法と精度管理に係る新たなシステムなどの開発に関する研究	斎藤博 (国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部)
	H22-24	離島をモデルとした新しい対策型大腸がん検診システムの構築とその実現に向けた研究 -新島STUDY-	松田尚久 (国立がん研究センター中央病院消化管内視鏡科)
	H20-22	受診率向上につながるがん検診の在り方や、普及啓発の方法の開発等に関する研究	渋谷 大助 ((財) 宮城県対がん協会 がん検診センター)

「がん検診のあり方に関する検討会」 の今後の進め方(案)

第1回 (5月28日)

- ・がん検診の現状
- ・がん検診に関する最近の知見
- ・構成員よりヒアリング
- ・今後の検討会の進め方について

第2回以降

(検診項目について)

- ・子宮頸がん(HPV検査)
- ・胃がん(ヘリコバクター抗体検査・ペプシノゲン検査、内視鏡検査)
- ・肺がん(CT検査)
- ・大腸がん(内視鏡検査等)
- ・前立腺がん(PSA)
- ・乳がん(エコー、視触診、デジタルマンモグラフィ等)

※検討の順番については、すでいくつかの研究結果や海外のガイドライン等が公表されている子宮頸がんについて先に検討してはどうか。

※さらに、多くの自治体で、内視鏡など指針以外の方法でがん検診を実施している、胃がんについても、知見を整理した上で、検討を進めるべきではないか。

※各がん種について関係学会の推薦者に検討会に参画いただくよう依頼してはどうか。

※各がん種について、それぞれ2-4回を目安に結論を得るよう進めてはどうか。

(受診率向上施策について)

- ・平成25年度でクーポン事業が5年経過することから、クーポン事業の検証や継続の可否も含めて検討を行う。
- ・市町村、県、企業の取組のヒアリング。
- ・受診率向上に関する研究結果の報告等。

(精度管理について)

- ・市町村、県、企業の取組のヒアリング。
- ・精度管理に関する研究結果の報告等。
- ・検討結果を踏まえ、指針に反映する。

がん対策推進基本計画 (変更案)

平成24年5月

目次

はじめに	1
第1 基本方針	2
1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施	2
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施	2
3. 目標とその達成時期の考え方	2
第2 重点的に取り組むべき課題	3
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成	3
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進	4
3. がん登録の推進	4
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実	5
第3 全体目標	5
1. がんによる死亡者の減少	5
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	6
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築	6
第4 分野別施策と個別目標	6
1. がん医療	6
(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進	6
(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	10
(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	11
(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築	14
(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	16
(6) その他	18
2. がんに関する相談支援と情報提供	19
3. がん登録	20
4. がんの予防	22
5. がんの早期発見	24
6. がん研究	26
7. 小児がん	29

8. がんの教育・普及啓発	30
9. がん患者の就労を含めた社会的な問題	31
第5 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	33
1. 関係者等の連携協力の更なる強化	33
2. 都道府県による都道府県計画の策定	33
3. 関係者等の意見の把握	33
4. がん患者を含めた国民等の努力	33
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	34
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定	35
7. 基本計画の見直し	35

はじめに

がんは、日本で昭和56（1981）年より死因の第1位であり、平成22（2010）年には年間約35万人が亡くなり、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和59（1984）年に策定された「対がん10か年総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき取り組んできた。

さらに、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が平成18（2006）年6月に成立し、平成19（2007）年4月に施行され、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成19（2007）年6月に策定された。

前基本計画の策定から5年が経過した。この間、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られた。

しかしながら、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患^{りかん}者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

この基本計画は、このような認識の下、基本法第9条第7項の規定に基づき前基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかに

するものであり、国が各分野に即した取り組むべき施策を実行できる期間として、平成24（2012）年度から平成28（2016）年度までの5年程度の期間を一つの目安として定める。

また、この基本計画の策定に当たっては、基本法に基づき、がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の意見を聴くことになっている。また、専門的な知見を要する分野である小児がん、緩和ケア、がん研究については協議会の下に専門委員会が設置され、報告書が協議会へ提出された。

今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体とマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を目指す。

第1 基本方針

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法の基本理念に基づき、国、地方公共団体と関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。

また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

3 目標とその達成時期の考え方

基本計画では、これまでの政府のがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標を設定する。

また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定する。

第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法（この基本計画では薬物療法等を含むものとする。）などがあり、単独又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われている。

日本では、胃がんなど、主として手術療法に適したがんが多かったこともあり、外科医が化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術療法と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積されてきたことから、様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、化学療法、さらにこれらを組み合わせた集学的治療がそれぞれを専門的に行う医師の連携の下実施されていくことが求められている。

一方で、今も手術療法ががん医療の中心であることに変わりはないが、外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっている。

このため、これまで手術療法に比べて相対的に遅れていた放射線療法や化学療法の推進を図ってきたが、今後は、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要がある。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、各職種専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがんの罹患やがん患者の転帰、その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの現状を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために不可欠なものである。

地域がん登録は平成24（2012）年度中に全ての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難であることなどいくつかの問題がある。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、こうした問題を解決し、患者を含めた国民ががん登録情報をより有効に活用できるよう、法的位置付けの検討も

含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図ることが必要である。

4 働く世代や小児へのがん対策の充実

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している。また、がんは40代より死因の第1位となり、がんは高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題である。

働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。

このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がん罹患したこと起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である。

また、小児についても、がんは病死原因の第1位であり、大きな問題である。医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要である。

第3 全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

1 がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させるこ

とを目標とする。

2 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、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、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進 (現状)

がん医療の進歩は目覚ましく、平成12(2000)年から平成14(2002)年までに診断された全がんの5年相対生存率は57%と3年前に比べて約3%上昇しており、年齢調整死亡率も1990年代後半から減少傾向にあるが、一方で原発巣による予後の差は大きく、膵臓がん、肝臓がん、肺がんの5

年相対生存率はそれぞれ6%、27%、29%と依然として低い現状にある。

このため、特に日本に多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳）を中心に、手術療法、放射線療法、化学療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供とともにがん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心に院内のクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）を策定し、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンスをいう。）などを整備してきた。また、放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとする医療従事者の配置やリニアックなどの放射線治療機器の整備など、特に放射線療法と化学療法の推進を図ってきた。

しかし、これまで医療体制の量的な整備が進められてきた一方、患者が自分の病状や検査・治療内容、それに伴う副作用・合併症などについて適切な説明を受け、十分に理解した上で自身の判断で治療方針などに対して拒否や合意を選択するインフォームド・コンセントが十分に行われていない、あるいは、患者やその家族が治療法を選択する上で第三者である医師に専門的な見解を求めることができるセカンドオピニオンが十分に活用されていないなど、患者やその家族の視点に立った医療体制の質的な整備が依然として十分でない指摘されている。

また、近年、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、放射線療法や化学療法の専門医の不足とともに外科医の不足が指摘されている。こうした医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、また、治療による身体的、精神心理的負担を抱える患者とその家族に対して質の高い医療を提供しきめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになっている。

この他、拠点病院を含む医療機関では、放射線治療機器や手術機器の多様化などに伴う医療技術の施設間格差や実績の格差が生じていることから、地域での効率的な医療連携や役割分担などによる地域完結型の医療体制を整備する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

○チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

より正確で質の高い画像診断や病理診断とともに治療方針を検討できるよう、放射線診断医や病理診断医等が参加するキャンサーボードを開催するなど、がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制を整備する。

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきた

ところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

○放射線療法の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

医療安全を担保した上で、情報技術を活用し、地域の医療機関との間で放射線療法に関する連携と役割分担を図る。

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発を推進するとともに、その進捗状況を加味し、医療従事者等が協力して、国内での計画的かつ適正な配置を検討する。

○化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された化学療法チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制

を通院治療を含めて整備する。

○手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などととも、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制を検討する。

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。

(個別目標)

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

(現状)

がんの専門医の育成に関しては、厚生労働省では、平成19(2007)年からeラーニングを整備し、学会認定専門医の育成支援を行っている。また、文部科学省では、平成19(2007)年度から平成23(2011)年度までに「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学では、放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行っている。その他、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、独立行政法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)などで、医療従事者を対象

として様々な研修が行われ、がん診療に携わる専門的な薬剤師、看護師等の認定や育成を行っている。

しかし一方で、放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に専門的に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成が依然として不十分である他、多様化かつ細分化した学会認定専門医制度になっており、専門医の質の担保や各医療機関の専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていないなどの指摘がある。

(取り組むべき施策)

質の高いがん医療が提供できるよう、より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。

大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める。

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

(個別目標)

5年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(現状)

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな

問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケア

チームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

医療従事者に対するがんと診断された時からの緩和ケア教育のみならず、大学等の教育機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める。

緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

(個別目標)

関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、

5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(現状)

医療提供体制については、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的根拠に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。平成24(2012)年4月現在、397の拠点病院が整備され、2次医療圏に対する拠点病院の整備率は68%となっている。

しかし、近年、拠点病院間に診療実績の格差があることに加え、診療実績や支援の内容が分かりやすく国民に示されていないとの指摘がある。また、拠点病院は、2次医療圏に原則1つとされているため、既に同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、原則指定することができない。さらに、国指定の拠点病院に加え、都府県が独自の要件に従ってがん医療を専門とする病院を指定しているため、患者にとって分かりにくいとの指摘もあり、新たな課題が浮かび上がっている。

地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、平成20(2008)年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。

しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。

また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去5年間大きな変化が見られていない。

こうした状況の中、施設中心の医療から生活の場で必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。

そのため、入院医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、患者とその家族に十分に説明した上で、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療や介護を担う医療福祉従事者の育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細かな知識と技術を習得させることが必要である。さらに、市町村等でも、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が求められている。

(取り組むべき施策)

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

(個別目標)

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

(現状)

がん医療の進歩は目覚ましいが、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっている。

こうした問題に取り組むため、政府では「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」(平成19(2007)年)、「新たな治験活性化5か年計画」(平成19(2007)年)、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20(2008)年)に基づき医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきている。

また、欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応(未承認薬・適応外薬)に係る要望の公募を実施し、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性を判断し、企業への開発要請や開発企業の募集を行う取組が平成21(2009)年より進められている。

具体的には、学会や患者団体等から平成21(2009)年当時、未承認薬のみならず、適応外薬についても多くの要望が提出され、そのうち医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、承認に向けた取組が進められている。

しかしながら、国際水準の質の高い臨床研究を行うための基盤整備が十分でないほか、がんの集学的治療開発を推進するための研究者主導臨床試験を実施する基盤も不十分である。特に希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されており、一層の取組が求められている。

(取り組むべき施策)

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院(仮称)を整備していくほか、引き続き研究者やCRC(臨床研究コーディネーター)等の人材育成に努める。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

なお、がんを含め、致命的な疾患等で他の治療法がない場合に、未承認薬や適応外薬を医療現場でより使いやすくするための方策については、現行制度の基本的な考え方や患者の安全性の確保といった様々な観点や課題を踏まえつつ、従前からの議論を継続する。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

（個別目標）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有

効で安全な医薬品を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

(6) その他

(現状)

病理診断医については、これまで拠点病院では、病理・細胞診断の提供体制の整備を行ってきたが、依然として病理診断医の不足が深刻な状況にある。

リハビリテーションについては、治療の影響から患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害が生じることがあり、また、がん患者の病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化することがしばしば見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、肉腫、口腔がんや成人T細胞白血病（以下「ATL」という。）など、数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

(取り組むべき施策)

病理診断については、若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

リハビリテーションについては、がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

希少がんについては、患者が安心して適切な医療を受けられるよう、希少がんに関する標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等を参考にしながら検討する。

(個別目標)

3年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。また、拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。希少がんに対しては、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

2. がんに関する相談支援と情報提供

(現状)

医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者やその家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっていることから、これまで拠点病院を中心に相談支援センターが設置され、患者とその家族のがんに対する不安や疑問に対応してきた。

また、国立がん研究センターでは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や各種がんに関する小冊子の作成配布等、相談支援と情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。さらに、学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロンや患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりがつつある。

しかしながら、患者とその家族のニーズが多様化している中、相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念されている。また、相談に対応可能な人員が限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

(取り組むべき施策)

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

(個別目標)

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

3. がん登録

(現状)

がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。

地域がん登録は健康増進法（平成14年法律第103号）第16条に基づき平成24（2012）年1月現在、45道府県で実施され、平成24（2012）年度中に全都道府県が実施する予定となっている。また、地域がん登録への積極的な協力と院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23（2011）年5月、国立がん研究センターが拠点病院の院内がん登録情報を初めて公

開した。

地域がん登録の取組は徐々に拡大し、登録数も平成19（2007）年35万件から平成22（2010）年59万件へと順調に増加しているが、医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分であること、現在の制度の中で、患者の予後情報を得ることは困難又はその作業が過剰な負担となっていること、地域がん登録は各都道府県の事業であるため、データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護の取扱いなどの点でばらつきがみられることなどが課題としてあげられる。さらに、国の役割についても不明確であり、こうした理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる。また、地域がん登録を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。

国、地方公共団体、医療機関等は、地域がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、将来的には検診に関するデータや学会による臓器がん登録等と組み合わせることによって更に詳細にがんに関する現状を分析していくことを検討する。

国立がん研究センターは、拠点病院等への研修、データの解析・発信、地域・院内がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関は院内がん登録に必要な人材を確保するよう努める。

（個別目標）

5年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標とする。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目標とする。

4. がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがある。特に、喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されている。

たばこ対策については、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、日本でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出等対策を行ってきた。また、平成22（2010）年10月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、1本あたり3.5円のたばこ税率の引上げを行った。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から19.5%（平成22（2010）年）と減少したところであるが、男性の喫煙率は、32.2%（平成22（2010）年）と諸外国と比較すると依然高い水準である。

また、成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、28.9%（平成19（2007）年）から37.6%（平成22（2010）年）と増加している。

受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は16.9%（平成20（2008）年）、医療機関は13.3%（平成20（2008）年）となっている。一方、職場の受動喫煙の状況については、「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合が64%、職場で受動喫煙を受けている労働者が44%（平成23（2011）年）とされ、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。また、家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は10.7%（平成22（2010）年）、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は50.1%（平成22（2010）年）となっている。

また、ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。例えば、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がん

と関連する肝炎ウイルス、A T Lと関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリなどがある。この対策として、子宮頸がん予防（HPV）ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査体制の整備、HTLV-1の感染予防対策等を実施している。

がんと関連する生活習慣等については、「21世紀における国民健康づくり運動」等で普及・啓発等を行ってきたが、多量に飲酒する人の割合や野菜の摂取量に変化が見られず、果物類を摂取している人の割合が低下しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。

（取り組むべき施策）

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成22（2010）年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

感染に起因するがんへの対策のうち、HPVについては、子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。また、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図る。肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎ウイルスワクチンの接種の方法等のあり方について検討を行う。HTLV-1については、感染予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。

(個別目標)

喫煙率については、平成34(2022)年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とする。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34(2022)年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32(2020)年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34(2022)年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

5. がんの早期発見

(現状)

がん検診は健康増進法に基づく市町村(特別区を含む。以下同じ。)の事業として行われている。

国は、平成23(2011)年度までにがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては40%を超えているが、依然として諸外国に比べて低く、20%から30%程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針

以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているが、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

(取り組むべき施策)

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。

がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

(個別目標)

5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

6. がん研究

(現状)

日本のがん研究は、平成16（2004）年度に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」を基軸として、戦略的に推進されるとともに、これまでの基本計画で掲げられた、難治性がんの克服や患者のQOL向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究や、がん医療の均てん化など政策的に必要性の高い研究に重点的に取り組んできている。

また、国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の関係省庁により実施され、内閣府の総合科学技術会議と内閣官房医療イノベーション推進室によって各省庁によるがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価や予算の重点化が行われ、省庁間の一定の連携が図られるとともに、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらしている。

しかし、依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、近年は、国際的に進められているがんワクチン開発等の免疫療法をはじめ、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。

また、基礎研究、臨床研究、公衆衛生研究等、全ての研究分野でその特性に適した研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門

の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。

さらに、各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定と省庁間連携、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握と更なる戦略的・一体的な推進が求められている。

この他、全てのがん研究に関して、その明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

また、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、がん免疫療法のがんワクチンや抗体薬の有用性を踏まえた創薬研究をはじめ、国際水準に準拠した上で、first-in-human 試験（医薬品や医療機器を初めてヒトに使用する試験をいう）、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。

より効率的な適応拡大試験などの推進のため、平成24（2012）年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。

固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向け、先端的生命科学をはじめとする優良な医療シーズ（研究開発に関する新たな発想や技術などをいう。）を生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のが

んゲノム解析を推進する。

国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。また、実際に一定数のがん患者に対して高度標準化治療を実施している施設に医療機器開発プラットフォームを構築し、それを活用した効率的な臨床試験の推進に対して継続的に支援する。

がんの予防方法の確立に向けて、大規模な公衆衛生研究や予防研究が効率的に実施される体制を整備し、放射線・化学物質等への健康影響、予防介入効果、検診有効性等の評価のための大規模疫学研究を戦略的に推進するとともに、公衆衛生研究の更なる推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、がんに関する情報や行政資料を利用するための枠組みを整備する。

社会でのがん研究推進全般に関する課題を解決するため、研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持するとともに、がん研究全般の実施状況とその成果を国民に積極的に公開することにより、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する。

がん登録の更なる充実を通じて、がん政策科学へのエビデンスの提供を推進するとともに、予防・検診・診断ガイドラインの作成や、がん予防の実践、がん検診の精度管理、がん医療の質評価、患者の経済的負担や就労等に関する政策研究に対して効果的な研究費配分を行う。

若手研究者（リサーチ・レジデント等）や研究専門職の人材をはじめとするがん研究に関する人材の戦略的育成や、被験者保護に配慮しつつ倫理指針の改定を行うとともに、研究と倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

（個別目標）

国は、「第3次対がん10か年総合戦略」が平成25（2013）年度に終了することから、2年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とする。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立っ

て実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とする。

7. 小児がん

(現状)

「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。

一方、小児がんの年間患者の数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

また、強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。

さらに、現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留

まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築、コールセンター等による相談支援、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う中核的な機関のあり方について検討し整備を開始する。

(個別目標)

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

8. がんの教育・普及啓発

(現状)

健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

また、患者を含めた国民に対するがんの普及啓発は、例えば「がん検診50%集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターや拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診の普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。しかし、いまだがん検診の受診率は20%から30%程度であるなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。

さらに、職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治験に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(取り組むべき施策)

健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

国民への普及啓発について、国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。

患者とその家族に対しても、国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

(個別目標)

子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

(現状)

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの5年相対生存率

は57%であり、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

一方、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がん罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。

また、拠点病院の相談支援センターでも、就労、経済面、家族のサポートに関する事など、医療のみならず社会的な問題に関する相談も多い。しかしながら、必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。

(取り組むべき施策)

がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

(個別目標)

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

第5 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. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要である。

2. 都道府県による都道府県計画の策定

都道府県では、基本計画を基本として、平成25(2013)年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画」の見直しを行うことが望ましい。

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、国と地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要である。

4. がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

なお、がん患者を含めた国民には、基本法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じがん検診を受け

るよう努めることの他、少なくとも以下の努力が望まれる。

- がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も医療従事者との信頼関係を構築することができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、がん対策を議論する場に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。
- 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る。

6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行い、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

7. 基本計画の見直し

基本法第9条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められているが、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更する。

写

健発第0331058号
平成20年3月31日各
〔都道府県知事
保健所設置市長
特別区長〕殿

厚生労働省健康局長

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

がん検診については、健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2に基づく健康増進事業として位置付けられ、引き続き市町村が実施することとされたところである。

上記に伴い、今般、別添のとおり「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、平成20年4月1日から適用することとしたので、その趣旨を十分に御理解の上、貴管内市町村（特別区を含む。）及び関係団体等に対し、周知徹底及び適切な指導を行い、事業の円滑な実施に遺漏のないよう、特段の御配慮をお願いする。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

第1 目的

この指針は、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん予防重点健康教育及びがん検診の実施に関し必要な事項を定め、がんの予防及び早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させることを目的とする。

第2 がん予防重点健康教育

1 種類

がん予防重点健康教育の種類は、次のとおりとする。

- (1) 胃がん予防健康教育
- (2) 子宮がん予防健康教育
- (3) 肺がん予防健康教育
- (4) 乳がん予防健康教育
- (5) 大腸がん予防健康教育

2 実施内容

がん予防重点健康教育は、がん検診を受診することの重要性に加え、おおむね次に掲げる事項に関し実施するものとする。

なお、次に掲げる事項以外の事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく健康増進事業について」（平成20年3月31日付け健発第0331026号厚生労働省健康局長通知）の別添「健康増進事業実施要領」

（以下「健康増進事業実施要領」という。）の第2の3等に準ずるものとする。

- (1) 胃がんに関する正しい知識並びに胃がんと食生活及び喫煙等との関係の理解等について
- (2) 子宮がん（子宮頸がん及び子宮体がんをいう。以下同じ。）に関する正しい知識及び子宮頸がんと活発な性活動との関係の理解等について
- (3) 肺がんに関する正しい知識及び肺がんと喫煙との関係の理解等について
- (4) 乳がんに関する正しい知識及び乳がんの自己触診の方法等について
- (5) 大腸がんに関する正しい知識及び大腸がんと食生活等との関係の理解等について

3 実施に当たっての留意事項

- (1) 胃がん予防健康教育を実施する場合は、胃がんの予防においては、食生活の改善や禁煙等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担うことから、胃がん検診と緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮するものとする。

(2) 子宮がん予防健康教育を実施する場合は、子宮頸がんの多くに性感染症の病原体の一つであるヒトパピローマウイルスが関与していることを踏まえ、必要に応じ、教育関係者や母子保健担当者とも連携を図るなど、その効率的・効果的な実施に配慮するものとする。

なお、エストロゲン単独投与を受けたことがある者等子宮体がんのハイリスク者と考えられる者については、子宮体がん罹患する可能性が高いことを説明した上で、今後不正性器出血等の臨床症状を認めた場合には、速やかに専門医療機関を受診するよう指導すること。

(3) 肺がん予防健康教育を実施する場合は、肺がん検診の実施会場において同時に実施するなど、他の事業との連携や対象者の利便性に配慮するものとする。

(4) 乳がん予防健康教育を実施する場合は、我が国において40歳代の女性に罹患率が高い状況を踏まえ、働く女性に対する健康教育を実施する産業保健とも緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮するものとする。

なお、30歳代の女性については、この指針に規定する乳がん検診の対象とはならないものの、罹患率が上昇傾向にあることを踏まえ、自己触診の重要性及び異常がある場合の専門医療機関への早期受診等に関する指導を行うこと。

(5) 大腸がん予防健康教育を実施する場合は、大腸がんの予防においては、食生活の改善等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担うことから、大腸がん検診と緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮するものとする。

第3 がん検診

1 総則

(1) 種類

がん検診の種類は、次に掲げる検診（当該検診に基づく受診指導を含む。）とする。

- ① 胃がん検診
- ② 子宮がん検診
- ③ 肺がん検診
- ④ 乳がん検診
- ⑤ 大腸がん検診
- ⑥ 総合がん検診

(2) 実施体制

がん検診の実施体制は、次のとおりとする。

- ① がん検診に習熟した検診担当医及び検診担当臨床検査技師等が確保されていること。
- ② 2から7までに規定する検診項目、結果の通知及び記録の整備が実施され

ていること。

- ③ 都道府県に、「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0331012号厚生労働省健康局総務課長通知）の別添「健康診査管理指導等事業実施のための指針」（以下「健康診査管理指導等事業実施のための指針」という。）に基づき、生活習慣病検診等管理指導協議会が設置され、同協議会の下に、がんに関する部会（胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会及び大腸がん部会をいう。以下「各部会」という。）が設置されていること。
- ④ 各部会において、この指針及び「健康診査管理指導等事業実施のための指針」に基づくがん検診の評価、指導等が実施されていること。
- ⑤ その他精度管理に関する事項が適切に実施されていること。

（3）対象者

- ① 胃がん検診、肺がん検診及び大腸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。
- ② 乳がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の女性を対象とする。
- ③ 子宮がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する20歳以上の女性を対象とする。
- ④ 総合がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳及び50歳の者を対象とする。

（4）実施回数

- ① がん検診は、原則として同一人について年1回行うものとする。
ただし、乳がん検診及び子宮がん検診については、原則として同一人について2年に1回行うものとし、前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うものとする。また、受診機会は、乳がん検診及び子宮がん検診についても、必ず毎年度設けることとし、受診率は、以下の算定式により算定するものとする。

$$\text{受診率} = \left((\text{前年度の受診者数}) + (\text{当該年度の受診者数}) - (\text{前年度及び当該年度における2年連続受診者数}) \right) / (\text{当該年度の対象者数} *) \times 100$$

*対象者数は、年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

- ② 総合がん検診を行った者に関しては、胃がん検診、肺がん検診及び大腸がん検診については当該年度において、乳がん検診及び子宮がん検診については当該年度及び次年度において、その実施を要しないものとする。

（5）受診指導

① 目的

受診指導は、がん検診の結果「要精検」と判定された者に対し、精密検査の重要性を説明した上で、医療機関への受診を指導することにより、的確な受診が確保されることを目的とする。

② 対象者

がん検診の結果「要精検」と判定された者

③ 実施内容

ア 指導内容

がん検診の結果「要精検」と判定された者に対し、医療機関への受診を指導するものとする。

イ 結果等の把握

医療機関との連携の下、受診の結果等について把握するものとする。

なお、個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日付け医政発第1224001号・薬食発第1224002号・老発第1224002号厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）を参照すること。

④ 記録の整備

受診の有無、受診指導及び当該受診指導後の受診状況の記録は、がん検診の記録と合わせて台帳を作成・管理するなど、継続的な受診指導等に役立てるものとする。

⑤ その他

各部会は、市町村における受診指導の実施状況について把握し、広域的な見地から精検受診率を向上させるための具体的な改善策を検討するものとする。

2 胃がん検診

(1) 検診項目

胃がん検診の検診項目は、次に掲げる問診及び胃部エックス線検査とする。

① 問診

問診に当たっては、現在の病状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取するものとする。

② 胃部エックス線検査

ア 胃部エックス線検査は、胃がんの疑いがある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、原則として間接撮影とする。

ただし、地域の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えないものとする。

なお、間接撮影は、7×7cm以上のフィルムを用い、撮影装置は、被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。

イ 撮影枚数は、最低7枚とする。

ウ 撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会の方式によるものとする。

エ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意するものとする。

(2) 胃部エックス線写真の読影方法

胃部エックス線写真の読影は、原則として十分な経験を有する2名以上の医師によって行うものとし、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

(3) 結果の通知

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知するものとする。

(4) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診の受診状況、胃部エックス線写真の読影の結果及び精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、治療の状況等を記録するものとする。

(5) 事業評価

胃がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（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）。以下「報告書」という。）の「胃がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(市町村用)」を参考とするなどして、検診の実施状況を把握するものとする。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、胃がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行うものとする。

また、都道府県は、胃がん部会において、地域がん登録を活用し、及び報告書の「胃がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行い、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うものとする。

なお、胃がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

(6) 検診実施機関

① 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で胃がん検診が円滑に実施されるよう、報告書の「胃がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(検診実施機関用)」を参考とするなどして、胃部エックス線検査の精度管

理に努めるものとする。

- ② 検診実施機関は、胃がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならないものとする。
- ③ 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならないものとする。
- ④ 検診実施機関は、胃部エックス線写真を少なくとも3年間保存しなければならないものとする。
- ⑤ 検診実施機関は、胃がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めるものとする。

3 子宮がん検診

(1) 検診項目

- ① 子宮がん検診の検診項目は、次に掲げる問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じてコルポスコープ検査を行うものとする。
- ① 問診の結果、最近6月以内に、不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）及び褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、子宮体がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨するものとする。

ただし、引き続き子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）を実施することについて本人が同意する場合には、子宮頸がん検診と併せて引き続き子宮体部の細胞診を行うものとする。

ア 問診

問診に当たっては、妊娠歴、分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無及び過去の検診の受診状況等を聴取するものとする。

イ 視診

膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察するものとする。

ウ 子宮頸部及び子宮体部の細胞診（細胞採取の方法）

子宮頸部の細胞診については子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法によって、子宮体部の細胞診については吸引法又は擦過法によって検体を採取し、迅速に固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察するものとする。

エ 内診

双合診を実施するものとする。

(2) 子宮頸部及び子宮体部の細胞診の実施

- ① 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行うものとする。この場合において、医師及び臨床検査技師は、日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

② 子宮頸部の細胞診の結果は、細胞診クラス分類（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ a、Ⅲ b、Ⅳ、Ⅴ）又はベセスダシステムによって分類し、精密検査の必要性の有無を決定し、速やかに検査を依頼した者に通知するものとする。

③ 子宮体部の細胞診の結果は、「陰性」、「疑陽性」及び「陽性」に区分し、速やかに検査を依頼した者に通知するものとする。

（3）結果の通知

子宮頸部の検診の結果については精密検査の必要性の有無を附し、子宮体部の細胞診の結果については子宮体部の細胞診の結果その他臨床症状等を総合的に判断して精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知するものとする。

（4）記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診の受診状況、子宮頸部及び子宮体部それぞれの細胞診の結果、子宮頸部及び子宮体部それぞれの精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、治療の状況等を記録するものとする。

（5）事業評価

子宮がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、報告書の「子宮頸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（市町村用）」を参考とするなどして、検診の実施状況を把握するものとする。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、子宮がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定や実施方法等の改善を行うものとする。

また、都道府県は、子宮がん部会において、地域がん登録を活用し、及び報告書の「子宮頸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行い、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うものとする。

なお、子宮がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

（6）検診実施機関

① 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で子宮がん検診が円滑に実施されるよう、報告書の「子宮頸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、細胞診等の精度管理に努めるものとする。

② 検診実施機関は、子宮がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならないものとする。

- ③ 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならないものとする。
- ④ 検診実施機関は、検体及び検診結果を少なくとも3年間保存しなければならないものとする。
- ⑤ 検診実施機関は、子宮がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めるものとする。

4 肺がん検診

(1) 検診項目

肺がん検診の検診項目は、次に掲げる問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とし、喀痰細胞診は、問診の結果、医師が必要と認める者に対し行うものとする。

① 問診

問診に当たっては、喫煙歴、職歴及び血痰の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取するものとする。

② 胸部エックス線検査

ア 65歳未満を対象とする胸部エックス線検査は、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を撮影し、読影するものとする。

イ 65歳以上を対象とする胸部エックス線検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」第53条の2第3項に規定する定期の健康診断等において撮影された肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を用い読影するものとする。

③ 喀痰細胞診（喀痰採取の方法）

ア 問診の結果、喀痰細胞診の対象とされた者に対し、喀痰採取容器を配布し、喀痰を採取するものとする。

イ 喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。

ウ 採取した喀痰（細胞）は、固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察するものとする。

(2) 胸部エックス線写真の読影方法

胸部エックス線写真は、2名以上の医師（このうち1名は、十分な経験を有すること。）によって読影するものとし、その結果に応じて、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

(3) 喀痰細胞診の実施

① 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行うものとする。この場合において、医師及び臨床検査技師は、日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

また、同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師に

よりスクリーニングするものとする。

- ② 専門的検査機関は、細胞診の結果について、速やかに検査を依頼した者に通知するものとする。

(4) 結果の通知

検診の結果については、問診、胸部エックス線写真の読影の結果及び喀痰細胞診の結果を総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知するものとする。

(5) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診の受診状況、胸部エックス線写真の読影の結果、喀痰細胞診の結果及び精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録するものとする。

さらに、精密検査の結果がんと診断された者については、必ず個人票を作成し、組織型、臨床病期及び治療の状況（切除の有無を含む。）等について記録するものとする。

(6) 事業評価

肺がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、報告書の「肺がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（市町村用）」を参考とするなどして、検診の実施状況を把握するものとする。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、肺がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行うものとする。

また、都道府県は、肺がん部会において、地域がん登録を活用し、及び報告書の「肺がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行い、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うものとする。

なお、肺がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

(7) 検診実施機関

- ① 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺がん検診が円滑に実施されるよう、報告書の「肺がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診の精度管理に努めるものとする。

- ② 検診実施機関は、肺がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならないものとする。

- ③ 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならないものとする。
- ④ 検診実施機関は、細胞診を他の細胞診検査センター等に依頼する場合は、細胞診検査機関の細胞診専門医や細胞検査士等の人員や設備等を十分に把握し、適切な機関を選ばなければならないものとする。
- ⑤ 胸部エックス線写真や喀痰細胞診に係る検体及び検診結果は、少なくとも3年間保存しなければならないものとする。
ただし、65歳以上を対象者とする胸部エックス線写真については、結核健診の実施者において保存するものとする。
- ⑥ 検診実施機関は、肺がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めるものとする。

(8) その他

喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての喫煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進するものとする。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並びに肺がんに関する正しい知識等の啓発普及を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努めるものとする。

5 乳がん検診

(1) 検診項目

乳がん検診の検診項目は、次に掲げる問診、視診、触診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。

なお、乳房エックス線写真の読影と視診及び触診（以下「視触診」という。）は、原則として同時に実施するものとする。ただし、乳房エックス線撮影装置を搭載した検診車による乳がん検診を実施し、及び乳房エックス線写真の二重読影を実施する場合は、この限りでないものとする。

① 問診

問診に当たっては、乳がんの家族歴、既往歴、月経及び妊娠等に関する事項、乳房の状態、過去の検診の受診状況等を聴取するものとする。

② 視診

乳房、乳房皮膚、乳頭及び腋窩の状況を観察するものとする。

③ 触診

乳房、乳頭及びリンパ節の触診を行うものとする。

④ 乳房エックス線検査

ア 別紙の3の(1)の④のアに規定する基準に適合した実施機関において、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行うものとする。

イ 40歳以上50歳未満の対象者については、アの内外斜位方向撮影と共に頭尾方向撮影も併せて行うものとする。

ウ 乳房エックス線写真の読影は、適切な読影環境の下で、二重読影（このうち1名は、十分な経験を有する医師であること。）により行うものとする。

（2）結果の通知

検診の結果については、問診、乳房エックス線検査の結果及び視触診の結果を総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知するものとする。

（3）記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診の受診状況、乳房エックス線検査の結果、視触診の結果及び精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録するものとする。

（4）事業評価

乳がん検診の実施に当たっては、特に乳房エックス線検査など、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、報告書の「乳がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（市町村用）」を参考とするなどして、検診の実施状況を把握するものとする。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、乳がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行うものとする。

また、都道府県は、乳がん部会において、地域がん登録を活用し、及び報告書の「乳がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行い、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うものとする。

なお、乳がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

（5）検診実施機関

① 乳がん検診のうち特に乳房エックス線検査を行う検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で乳がん検診が円滑に実施されるよう、報告書の「乳がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、乳房エックス線写真の撮影及び読影等の精度管理に努めるものとする。

② 検診実施機関は、乳がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなけ

ればならないものとする。

- ③ 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならないものとする。
- ④ 検診実施機関は、乳房エックス線写真及び検診結果を少なくとも3年間保存しなければならないものとする。
- ⑤ 検診実施機関は、乳がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めるものとする。

(6) その他

乳がんは、日常の健康管理の一環としての自己触診によって、しこり（腫瘍）に触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。このため、検診の場で受診者に対し、乳房エックス線検査による乳がん検診を定期的に受診することの重要性だけでなく、乳がんの自己触診の方法、しこりに触れた場合の速やかな医療機関への受診、その際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を図るよう努めるものとする。

6 大腸がん検診

(1) 検診計画の策定等

大腸がん検診の実施に当たっては、精密検査の実施体制が整っていることが不可欠である。このため、市町村は、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議の上、地域医療機関の大腸精密検査対応能力を勘案し、検診計画を策定するものとする。

また、大腸がん部会は、市町村が策定した検診計画について、検診が円滑に実施されるよう広域的な見地から医師会、検診実施機関及び精密検査機関等関係者と調整を行うものとする。

(2) 検診項目

大腸がん検診の検診項目は、次に掲げる問診及び便潜血検査とする。

① 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取するものとする。

② 便潜血検査

便潜血検査は、免疫便潜血検査2日法により行うものとし、測定用キット、採便方法、検体の回収及び検体の測定については、次のとおりとする。

ア 測定用キット

それぞれの測定用キットの特性並びに市町村における検体処理数及び採便から測定までの時間等を勘案して、最適のものを採用するものとする。

イ 採便方法

採便用具（ろ紙、スティック等）を配布し、自己採便とする。

なお、採便用具の使用法、採便量、初回採便から2回目までの日数及び初回採便後の検体の保管方法等は、検診の精度に大きな影響を与えるこ

とから、採便用具の配布に際しては、その旨を受診者に十分説明するものとする。

また、採便用具の配布は、検体の回収日時を考慮して、適切な時期に行うものとする。

ウ 検体の回収

初回の検体は、受診者の自宅において冷蔵保存（冷蔵庫での保存が望ましい。）し、2回目の検体を採取した後即日回収することを原則とする。

また、やむを得ず即日回収できない場合でも、回収までの時間を極力短縮し、検体の回収、保管及び輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払うものとする。

なお、検診受診者から検診実施機関への検体郵送は、温度管理が困難であり、検査の精度が下がることから、原則として行わないものとする。

エ 検体の測定

検体回収後速やかに行うものとし、速やかな測定が困難な場合は、冷蔵保存するものとする。

(3) 検診結果の区分

大腸がん検診の結果は、問診の結果を参考として、免疫便潜血検査の結果により判断し、「便潜血陰性」及び「要精検」に区分するものとする。

(4) 結果の通知

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知するものとする。

(5) 記録の整備

検診の記録は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、受診指導の記録、検診結果、精密検査の必要性の有無、精密検査受診の有無及び精密検査の確定診断の結果等を記録するものとする。

また、必要に応じ個人票を作成し、これらの情報について整理するほか、治療の状況及び予後その他必要な事項についても記録するものとする。

(6) 事業評価

大腸がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、報告書の「大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（市町村用）」を参考とするなどして、検診の実施状況を把握するものとする。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、大腸がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行うものとする。

また、都道府県は、大腸がん部会において、地域がん登録を活用し、及び報告書の「大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り

方等について専門的な見地から検討を行い、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うものとする。

なお、大腸がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

(7) 検診実施機関

① 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で大腸がん検診が円滑に実施されるよう、報告書の「大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、便潜血検査等の精度管理に努めるものとする。

② 検診実施機関は、大腸がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならないものとする。

③ 検診実施機関は、検体の測定を適正な方法で原則として自ら行わなければならないものとする。

④ 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならないものとする。

⑤ 検診実施機関は、検診結果を少なくとも3年間保存しなければならないものとする。

⑥ 検診実施機関は、大腸がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めるものとする。

(8) 精密検査等

① 大腸がん検診において「要精検」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知するものとする。

なお、その際には、精密検査を受診しないことにより、大腸がんによる死亡の危険性が高まるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うものとする。

② 我が国の大腸がんの死亡率及び罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的に受診指導を行う等の重点的な対応を行うものとする。

③ 大腸がん検診の実施に当たっては、精密検査の実施体制が整っていることが不可欠であり、精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。

④ 精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施するものとする。

ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施するものとする。

⑤ 便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わないものとする。

7 総合がん検診

(1) 目的

総合がん検診は、地域住民の多様なニーズに対応する観点から、節目検診として、総合的ながん検診を行うことを目的とする。

(2) 実施方法

総合がん検診は、2から6までに規定するすべてのがん検診を同時に実施するものであり、原則として同時に実施することが可能な医療機関において実施するものとする。

(3) 検診の実施

総合がん検診は、2から6までに規定する検診項目（医師が必要と認める者について行うものに限る。）について、2から6までの定めるところにより行うものとする。ただし、肺がん検診における胸部エックス線検査については、検診実施医療機関で直接撮影により撮影された胸部エックス線写真を用いるものとする。

(4) その他

「結果の通知」、「記録の整備」及び「検診実施機関」等については、2から6までの定めるところに準じて行うものとする。

8 その他

(1) 2から7までに規定する事項以外の事項については、「健康増進事業実施要領」の第3等に準ずるものとする。

(2) 健康増進法第17条第1項に基づく健康手帳にがん検診の記録に係るページを設ける場合は、別添様式を標準的な様式例とする。

(3) 子宮がん検診、肺がん検診及び乳がん検診の実施上の留意事項は、別紙のとおりとする。

別 紙

がん検診実施上の留意事項

1 子宮がん検診（子宮体部の細胞診）

（1）子宮体部の細胞診の実施

① 対象者

子宮頸がんの問診の結果、最近6月以内に、不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）及び褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨することとなるが、子宮頸がん検診と併せて子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）を実施することについて本人が同意する場合には、子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を実施するものとする。

② 問診の留意点

問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点（スポットィング）、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意するものとする。

③ 細胞採取の留意点

子宮体部の細胞診においては、吸引法又は擦過法によって子宮内膜細胞を採取するが、対象者は、主として更年期又は更年期以後の女性であることから、子宮頸管が狭くなっていること等を考慮し、吸引法及び擦過法の両器具を準備しておくことが望ましい。

また、検診車や保健所等で実施する場合であって、吸引法又は擦過法のいずれかの方法を用いても器具の挿入ができないときは、速やかに医療機関を受診するよう指導するとともに、医療機関における細胞診の結果等の把握に努めるものとする。

（2）指導区分等

原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「疑陽性」及び「陽性」の者は、「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床症状を勘案し、精密検査の受診の要否を決定するが、精密検査の受診の必要がない場合は、「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行うものとする。

① 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導するものとする。

② 「精検不要」と区分された者

日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導するものとする。

2 肺がん検診

(1) 喀痰細胞診の実施

① 対象者

喀痰細胞診の対象者は、問診の結果、原則として50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上の者（過去における喫煙者を含む。）及び6月以内に血痰のあった者のいずれかに該当することが判明した者とする。

② 喀痰採取の方法

ア 問診の結果、喀痰細胞診の対象とされた者に対し、有効痰の採取方法を説明するとともに、保存液の入った喀痰採取容器を配布し、喀痰を採取するものとする。

イ 喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。

ウ 採取した喀痰（細胞）の処理方法は、次のとおりとする。

（ア）ホモジナイズ法又は蓄痰直接塗抹法により、2枚以上のスライドグラスに擦り合わせ式で塗抹するものとする。また、塗抹面積は、スライドグラス面の3分の2程度とする。

（イ）蓄痰直接塗抹法においては、粘血部、灰白色部等数箇所からピックアップし、擦り合わせ式で塗抹するものとする。

（ウ）パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察するものとする。

③ 判定

喀痰細胞診の結果の判定は、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」によって行うものとする。

(2) 胸部エックス線検査に用いる適格な写真

胸部エックス線検査に用いる肺がん検診に適格な胸部エックス線写真は、肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜等を十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度をもち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次により撮影されたものとする。

① 間接撮影であって、100mmミラーカメラを用い、定格出力150kV以上の撮影装置を用いた、120kV以上の管電圧による撮影

② 間接撮影であって、定格出力125kVの撮影装置を用い、縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため110kV以上の管電圧及び希土類（グラデーシオン型）蛍光板を用いた撮影

③ 直接撮影であって、被験者—管球間の距離を1.5m以上とし、定格出力150kV以上の撮影装置を用い、原則として120kV（やむを得ない場合は100～120kVでも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙及びオルソタイプフィルム）を用いた撮影

(3) 胸部エックス線写真の読影方法

胸部エックス線写真は、2名以上の医師によって読影し、それぞれの読影結果に基づき比較読影するものとし、その方法は、次のとおりとする。

① 二重読影

2名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影するものとするが、このうち1名は、十分な経験を有するものとする。読影結果の判定は、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」によって行うものとする。

② 比較読影

ア 二重読影の結果、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」の「d」及び「e」に該当するものについては、比較読影を行うものとする。

イ 比較読影は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較しながら読影するものであり、地域の実情に応じて次のいずれかの方法により行うものとする。

(ア) 読影委員会等を設置して比較読影を行う方法

(イ) 二重読影を行った医師がそれぞれ比較読影を行う方法

(ウ) 二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が比較読影を行う方法

ウ 読影結果の判定は、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」によって行うものとする。

(4) 指導区分等

指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行うものとする。

① 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導するものとする。

② 「精検不要」と区分された者

翌年の検診の受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促すものとする。

なお、指導区分の決定及び精度管理等については、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）等を参考とすること。

また、胸部エックス線写真の読影の結果、結核等肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に適切な指導を行うとともに、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第53条の2第3項に規定する定期の健康診断等の実施者又は医療機関に連絡する等の体制を整備すること。

(5) 記録の整備

精密検査の結果がんと診断された者については、必ず個人票を作成し、組織

型、臨床病期及び治療の状況（切除の有無を含む。）等について記録するものとする。

また、がんが否定された者についても、その後の経過を把握し、追跡することのできる体制を整備することが望ましい。

(6) 肺がん検診に用いる胸部エックス線写真

65歳以上の対象者については、次の点に留意するものとする。

- ① 胸部エックス線写真は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第53条の6に規定する定期の健康診断に関する記録に準じ、結核健診の実施者において保存するものとし、肺がん検診の実施者から一時的利用の依頼があった場合には、迅速かつ円滑に応じられるよう、その管理体制を整備すること。
- ② 結核健診の実施者が結核健診を他の機関に委託して行う場合は、委託契約の締結に際して、胸部エックス線写真の保存及び肺がん検診の実施者からの一時的利用の依頼に対する便宜の供与等に支障の生じないよう所要の配慮をすること。
- ③ 肺がん検診の実施者は、結核健診において撮影された胸部エックス線写真を用いて肺がん検診を行うことを肺がん検診の受診者に周知せしめるとともに、利用する胸部エックス線写真を損傷しないよう十分な注意をもって取り扱うものとし、利用後は速やかに返却すること。

なお、胸部エックス線写真の利用に伴う胸部エックス線写真及び関連する記録の検索並びに運搬に係る費用については、肺がん検診の実施者において負担すること。

3 乳がん検診

(1) 乳がん検診の実施

① 乳がん検診の実施方式

乳房エックス線検査の実施に当たっては、原則として乳房エックス線写真の読影を行いながら、視触診を実施するものとする。

ただし、同時に実施するのは、第3の5の(1)の④のウの2名の二重読影を行う者のうち、1名で差し支えないものとする。

なお、実施方法を定めるに当たっては、受診者の利便性に配慮するとともに、検診の結果を速やかに受診者に通知するなど、検診の円滑かつ適切な実施に支障をきたすことのないよう努めるものとする。

② 視診の留意点

視診に当たっては、乳房の対象性（大きさ及び形）、乳房皮膚の陥凹、膨隆、浮腫、発赤、乳頭陥凹及び乳頭びらんの有無について観察するものとする。

③ 触診の留意点

触診は、指腹法及び指先交互法等により、両手で乳房の内側から外側（又

は外側から内側)に、かつ、頭側から尾側に向かって乳房を軽く胸壁に向かって圧迫するように行うものとする。

ア 乳房の触診

腫瘍、結節及び硬結の有無、性状等を診察するものとする。

イ リンパ節の触診

腋窩リンパ節及び鎖骨上窩リンパ節の腫脹の有無、性状等を診察するものとする。

ウ 乳頭の触診

乳頭からの異常な分泌物の有無、性状等を診察するものとする。

④ 乳房エックス線検査の留意点

ア 実施機関の基準

乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たしているものとし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たす必要があること。）を備えるものとする。

なお、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会（日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本放射線技術学会及び日本医学物理学会により構成される委員会をいう。以下同じ。）が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了した診療放射線技師が乳房撮影を行うことが望ましい。

イ 乳房エックス線写真の撮影について

アに規定する撮影装置を用いて、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行うものとする。

ただし、内外斜位方向撮影を補完する方法として、50歳以上の対象者にも頭尾方向撮影を追加することは差し支えないものとする。

ウ 乳房エックス線写真の読影について

読影室の照度やシャウカステンの輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、視触診と同時併用で読影を行い、更に十分な経験を有する医師（マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了していることが望ましい。以下同じ。）による読影を行うことを原則とする。

また、視触診と同時併用で読影を行うことができない場合においても、2名以上の医師（このうち1名は、十分な経験を有すること。）が同時に又はそれぞれ独立して読影するものとする。

なお、読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行うものとする。

エ 機器等の品質管理について

実施機関は、撮影装置、現像機及びシャウカステンその他の当該検査に係る機器等について、日常的かつ定期的な品質管理を行わなければならない

いものとする。

オ その他

アからエの詳細については、「マンモグラフィによる乳がん検診の精度管理マニュアル」（厚生省老人保健推進費等補助金・マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する研究班・平成12年1月）等を参考とするものとする。

(2) 指導区分等

指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行うものとする。

① 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導するものとする。

② 「精検不要」と区分された者

次回の検診の受診を勧めるとともに、日常の健康管理の一環として乳房の自己触診に関する指導を行うものとする。

(3) 記録の整備

精密検査の結果がんと診断された者については、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等について記録するものとする。

また、がんが否定された者についても、その後の経過を把握し、追跡することのできる体制を整備することが望ましい。

市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果
(平成22年1月1日時点)

1. 調査方法等

各都道府県を通じ、管内市区町村に対し、がん検診の実施状況(平成22年1月1日現在)についての調査を行った。

2. 結果概要(詳細は別添のとおり)

○ 平成22年1月現在で、1790市区町村のうち、1783市区町村から回答があった。※一部、合併前の市町村別に報告あり。

○ 健康増進法に基づくがん検診を実施していると回答した市区町村は、胃がん1782(99.9%)、子宮がん1781(99.9%)、肺がん1720(96.5%)、乳がん1783(100.0%)、大腸がん1781(99.9%)であった。乳がん及び子宮がんは、無回答を除き、回答のあった全市区町村でがん検診が実施されていた。また、健康増進法に基づくがん検診を実施していないと回答した市区町村は、肺がん62、大腸がん2、胃がん1であった。

○ 健康増進法に基づくがん検診を実施していないと回答した市区町村における理由としては、最も多かった肺がんでは「検診の有効性に疑問があるため(25)」、「他に優先すべき事業があるため(17)」、「予算を確保できないため(12)」であった。

○ 国の指針*通りの対象年齢に対してがん検診を実施している市区町村は、胃がん1155(64.8%)、子宮がん1703(95.6%)、肺がん1347(78.3%)、乳がん1036(58.1%)、大腸がん1327(74.5%)であった。

○ 国の指針*通りの受診間隔でがん検診を実施している市区町村は、胃がん1774(99.6%)、子宮がん737(41.4%)、肺がん1706(99.2%)、乳がん873(49.0%)、大腸がん1778(99.8%)であった。また、子宮がんと乳がんについて、毎年受診機会を設けかつ毎年受診勧奨を実施している市区町村は、それぞれ805(45.2%)、502(28.2%)であった。

○ 受診者の定員を設けていない市区町村は、胃がん1374(77.1%)、子宮がん1423(79.9%)、肺がん1466(85.2%)、乳がん1205(67.6%)、大腸がん1585(89.0%)であり、受診者の定員を設けている場合の制限方法としては、「先着順」が最も多かった。

○ 対象者全員もしくは対象者の一部に、国の指針*以外の検査方法を実施している市区町村は以下の通りだった。

- ・胃がん：胃内視鏡検査 234 (13.1%)、ペプシノゲン法 53 (3.0%)
ヘリコバクタピロリ抗体 18 (1.0%)
- ・子宮がん：HPV 検査 26 (1.5%)
- ・肺がん：CT 検査 150 (8.7%)、
- ・乳がん：乳房 X 線検査と併用していない視触診検査 21 (1.2%)
超音波検査 536 (30.1%)
- ・大腸がん：内視鏡検査 32 (1.8%)、S 状結腸鏡検査 30 (1.7%)、
注腸 X 線検査 5 (0.3%)

○ 集団検診において、自己負担額を完全無料で実施している市区町村は、胃がん 1738*¹のうち 137 (7.9%)、子宮がん 1536 のうち 118 (7.7%)、肺がん 1652 のうち 350 (21.2%)、乳がん 1652 のうち 113 (6.8%)、大腸がん 1631 のうち 138 (8.5%) であった。個別検診において、自己負担額を完全無料で実施している市区町村は、胃がん 582*²のうち 38 (6.5%)、子宮がん 1155 のうち 96 (8.3%)、肺がん 509 のうち 78 (15.3%)、乳がん 896 のうち 53 (5.9%)、大腸がん 687 のうち 69 (10.0%) であった。

※1・・・集団検診を行っている市区町村数、※2・・・個別検診を行っている市区町村数

○ がん検診の周知方法としては、5つのがん検診の平均では、「広報誌に掲載 1596 (90.2%)」「ホームページに掲載 1201 (67.9%)」が多く、次いで「対象者に個別に郵送等で通知 684 (38.6%)」「世帯主宛に郵送等で通知 395 (22.3%)」、「個別訪問 106 (6.0%)」はであった。

○ 国が指針*で定めているがん種以外のがん検診を実施している市区町村は 1238(69.4%)であった。最も多いがん検診は前立腺がん検診 1205(67.6%)で、無回答の 2 市を除く 1203 市区町村で PSA 検査等を実施していた。

※国の指針

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

(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)

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果
(平成22年1月1日現在)

1.回収状況

	市区町村数
回答のあった市区町村	1783
調査対象とした市区町村	1790

2.各がん検診の実施状況

2-1 検診実施市区町村数

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
検診を実施していると回答した市区町村数	1782	99.9	1781	99.9	1720	96.5	1783	100.0	1781	99.9
検診を実施していないと回答した市区町村数	1	0.1	0	0	62	3.5	0	0	2	0.1
無回答	0	0.0	2	0.1	1	0.1	0	0.0	0	0.0
計	1783	100	1783	100	1783	100	1783	100	1783	100

2-2 検診未実施市区町村数(複数回答可)

	市区町村数	未実施の理由	市区町村数
胃がん	1	無回答	
子宮がん	0		
肺がん	62	予算を確保できない為	12
		実施できる施設がないため	4
		他に優先すべき事業があるため	17
		検診の有効性について疑問があるため	25
		その他	25
		無回答	2
乳がん	0		
大腸がん	2	実施できる施設がないため	1
		検診の有効性について疑問があるため	1
		無回答	0

3.対象者

3-1.各がん検診の対象者

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
全ての住民	1444	81.0	1324	74.3	1398	81.3	1281	71.8	1456	81.8
一部の住民	338	19.0	456	25.6	321	18.7	502	28.2	325	18.2
無回答	0	0.0	1	0.1	1	0.1	0	0.0	0	0.0
計	1782	100.0	1781	100.0	1720	100.0	1783	100.0	1781	100.0

3-2.各がん検診対象者の年齢

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
国の指針に基づいた対象年齢	1155	64.8	1703	95.6	1347	78.3	1036	58.1	1327	74.5
指針以外の対象年齢※	622	34.9	74	4.2	369	21.5	736	41.3	437	24.5
無回答	5	0.3	3	0.2	2	0.1	4	0.2	14	0.8
重複回答	0	0.0	1	0.1	2	0.1	7	0.4	3	0.2
計	1782	100.0	1781	100.0	1720	100.0	1783	100.0	1781	100.0

3-3.受診間隔

	胃がん		子宮がん※		肺がん		乳がん※		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
国の指針に基づいた受診間隔 ^{注1)}	1774	99.6	737	41.4	1706	99.2	873	49.0	1778	99.8
指針以外の受診間隔	8	0.4	1042	58.5	14	0.8	899	50.4	3	0.2
無回答	0	0.0	2	0.1	0	0.0	2	0.1	0	0.0
重複回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	0.5	0	0.0
計	1782	100.0	1781	100.0	1720	100.0	1783	100.0	1781	100.0

※指針以外の受診間隔について(子宮がん及び乳がんについては更に質問)

	子宮がん		乳がん	
	市区町村数	%	市区町村数	%
受診機会・受診勧奨がともに毎年	805	77.3	502	55.8
受診機会・受診勧奨がともに隔年	210	20.2	283	31.5
その他	27	2.6	114	12.7
計	1042	100.0	899	100.0

注1):国の指針に基づいた受診間隔

がん検診は、原則として同一人において年1回行うものとする。

ただし乳がん検診および子宮がん検診では、同一人にとって受診機会は毎年あるが原則2年に1回の受診を勧奨する。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」より。

3-4.定員

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
定員を設けていない	1374	77.1	1423	79.9	1466	85.2	1205	67.6	1585	89.0
定員を設け先着順	309	17.3	232	13.0	190	11.0	426	23.9	135	7.6
定員を設け抽選	20	1.1	14	0.8	17	1.0	28	1.6	13	0.7
その他※	73	4.1	104	5.8	40	2.3	113	6.3	43	2.4
無回答	6	0.3	1	0.1	1	0.1	2	0.1	0	0.0
重複回答	0	0.0	7	0.4	6	0.3	9	0.5	5	0.3
計	1782	100.0	1781	100.0	1720	100.0	1783	100.0	1781	100.0

※その他に対するコメント

・居住地区、曜日、年代により定員を設けるかどうか異なる

・検診方法(集団検診か個別検診か)により定員を設けるかどうか異なる

・検査方法により定員を設けるかどうか異なる 等

4.検査項目

胃がん(複数回答可)

検査法	全市区町村		対象者全員に実施している市区町村		対象者の一部に実施している市区町村		検診実施市区町村数(再掲)
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
問診	1768	99.2	1740	97.6	28	1.6	1782
胃X線検査	1767	99.2	1643	92.2	124	7.0	
胃内視鏡検査	234	13.1	30	1.7	204	11.4	
ペプシノゲン法	53	3.0	7	0.4	46	2.6	
ヘリコバクタピロリ抗体	18	1.0	4	0.2	14	0.8	
その他※	14	0.8	10	0.6	4	0.2	

※その他の例) 生検、血圧測定

子宮がん(複数回答可)

検査法	全市区町村		対象者全員に実施している市区町村		対象者の一部に実施している市区町村		検診実施市区町村数(再掲)
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
問診	1778	99.8	1758	98.7	20	1.1	1781
視診	1529	85.9	1495	83.9	34	1.9	
細胞診 ^{a)}	1767	99.2	1741	97.8	26	1.5	
内診	1251	70.2	1103	61.9	148	8.3	
HPV検査	26	1.5	5	0.3	21	1.2	
その他※	142	8.0	49	2.8	93	5.2	
無回答	1	0.1	1	0.1	1	0.1	

※その他の例) 経膈エコー、コルポスコープ診

a)細胞診の方法(複数回答可)

検査法	市区町村数	(%)	細胞診実施市区町村数(再掲)
擦過法	1665	94.2	1767
液状検体法	38	2.2	
不明	62	3.5	
その他※	10	0.6	
無回答	3	0.2	

※その他の例) 直接塗抹法、スプレー固定法

肺がん(複数回答可)

検査法	全市区町村		対象者全員に実施している市区町村		対象者の一部に実施している市区町村		検診実施市区町村数(再掲)
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
問診	1671	97.2	1644	95.6	27	1.6	1720
胸部X線検査	1671	97.2	1606	93.4	65	3.8	
喀痰細胞診 ^{b)}	1495	86.9	185	10.8	1310	76.2	
CT(ヘリカルCT)	150	8.7	58	3.4	92	5.3	
その他※	10	0.6	7	0.4	3	0.2	

※その他の例) デジタル撮影

b) 喀痰細胞診の対象者(複数回答可)

対象者	市区町村数	(%)	喀痰細胞診実施市区町村数(再掲)
対象者全て	59	3.9	1495
高危険群 ^{注)}	1179	78.9	
その他※	309	20.7	
無回答	1	0.1	

注) 高危険群:50歳以上で喫煙指数が600以上の者、または40歳以上で6月以内に血痰のあった者のいずれか

※その他の例) 高危険群かつ希望者、高危険群に拘らず希望者、高危険群に拘らず喫煙者

乳がん(複数回答可)

検査法	全市区町村		対象者全員に実施している市区町村		対象者の一部に実施している市区町村		検診実施市区町村数(再掲)
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
問診	1774	99.5	1754	98.4	20	1.1	1783
視診※	1542	86.5	1325	74.3	217	12.2	
触診※	1528	85.7	1298	72.8	230	12.9	
乳房X線検査	1750	98.1	1202	67.4	548	30.7	
超音波検査	536	30.1	137	7.7	399	22.4	
その他※※	39	2.2	21	1.2	18	1.0	

※視触診ともに実施と回答した市区町村数:1520、乳房X線検査と併用していない視触診検査を実施と回答した市区町村数:21

※※その他の例) 乳頭分泌液細胞診

大腸がん(複数回答可)

検査法	全市区町村		対象者全員に実施している市区町村		対象者の一部に実施している市区町村		検診実施市区町村数(再掲)
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
問診	1675	94.0	1643	92.3	32	1.8	1781
便潜血検査	1773	99.6	1744	97.9	29	1.6	
大腸内視鏡検査	32	1.8	15	0.8	17	1.0	
S状結腸鏡検査	30	1.7	5	0.3	25	1.4	
注腸X線検査	5	0.3	0	0.0	5	0.3	
その他※	8	0.4	5	0.3	3	0.2	

※その他の例) 直腸診

5.個人負担(複数回答可 注1)

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん		
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	
集団検診	完全無料	137	7.9	118	7.7	350	21.2	113	6.8	138	8.5
	一部無料	1211	69.7	1062	69.1	1049	63.5	1131	68.5	1110	68.1
	全員自己負担あり	390	22.4	356	23.2	253	15.3	408	24.7	383	23.5
	集団検診(小計)	1738	100.0	1536	100.0	1652	100.0	1652	100.0	1631	100.0
個別検診	完全無料	38	6.5	96	8.3	78	15.3	53	5.9	69	10.0
	一部無料	392	67.4	813	70.4	323	63.5	658	73.4	467	68.0
	全員自己負担あり	152	26.1	246	21.3	108	21.2	185	20.6	151	22.0
	個別検診(小計)	582	100.0	1155	100.0	509	100.0	896	100.0	687	100.0
無回答 注2)	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
検診実施市区町村数(再掲)	1782		1781		1720		1783		1781		

注1) 個別検診のみ、集団検診のみ、併用の市区町村が混在している。同一市区町村内でも検診実施機関によって費用負担が異なる

注2) 検診を実施している市区町村のうち、集団検診・個別検診共に無回答の市区町村

負担額 注3)

	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
0~500円	292	17.9	238	14.7	929	69.1	189	11.4	1147	71.3
501~1000円	698	42.8	721	44.7	292	21.7	497	30.1	406	25.2
1001円~1500円	375	23.0	331	20.5	47	3.5	426	25.8	46	2.9
1501円~2000円	126	7.7	202	12.5	27	2.0	318	19.2	5	0.3
2001円~2500円	57	3.5	80	5.0	15	1.1	125	7.6	0	0.0
2501円以上	75	4.6	33	2.0	28	2.1	87	5.3	2	0.1
重複回答	0	0.0	8	0.5	4	0.3	9	0.5	1	0.1
無回答	9	0.6	1	0.1	2	0.1	2	0.1	1	0.1
計	1632	100.0	1614	100.0	1344	100.0	1653	100.0	1608	100.0

注3) 集計対象: がん検診を実施している市区町村のうち、集団検診と個別検診が共に「完全無料」以外の市区町村

6.受診勧奨方法(複数回答可)

受診勧奨方法	胃がん		子宮がん		肺がん		乳がん		大腸がん	
	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)	市区町村数	(%)
対象者に個別に郵送等で通知	673	37.8	715	40.1	664	38.6	696	39.0	670	37.6
世帯主宛に郵送等で通知	397	22.3	388	21.8	389	22.6	391	21.9	408	22.9
自治体の広報誌で周知	1615	90.6	1611	90.5	1549	90.1	1604	90.0	1600	89.8
自治体のホームページで周知	1215	68.2	1208	67.8	1166	67.8	1209	67.8	1206	67.7
個別訪問して通知	106	5.9	105	5.9	106	6.2	104	5.8	108	6.1
特に何もしていない	1	0.1	4	0.2	3	0.2	1	0.1	3	0.2
その他	650	36.5	653	36.7	605	35.2	635	35.6	630	35.4
無回答	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1
検診実施市区町村数(再掲)	1782		1781		1720		1783		1781	

7.その他のがん

7-1指針以外のがん種※の検診実施について

	市区町村数	(%)
指針で示しているがん種のみ実施	527	43.4
指針で示しているがん種以外も実施	1238	101.9
無回答	18	1.5
計	1783	146.7

※胃がん・子宮がん・肺がん・乳がん・大腸がん以外のがん種

7-2指針で示しているがん種以外の検診について(複数回答可)

	市区町村数	%
前立腺がん(PSA検査等)	1205	67.6
肝臓がん・胆嚢がん・膵臓がん (超音波・血液検査)	55	3.1
卵巣がん(超音波検査)	29	1.6
甲状腺がん(超音波検査)	10	0.6
咽頭がん・喉頭がん・口腔がん	25	1.4
腹部(超音波)	55	3.1
その他のがん(子宮体部・PET・尿潜血)	44	2.5

本調査に回答した全市区町村数

1783