

ンセリング料」について、緩和ケア研修会に対する重要な位置づけがなされたところである。これを踏まえ、今後とも、すべてのがん診療に携わる医師が研修を受けることを推進することが必要である。

(個別目標②)

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

(進捗状況②)

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

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

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②)

平成20年医療施設調査によると、緩和ケアチームを設置している医療機関数は612施設あるが、緩和ケアチームの設置された医療機関の無い医療圏は、349医療圏のうち、92医療圏⁷である。今後、最終報告に向け、緩和ケアチームの設置の推進に努めなければならない。その際、在宅療養における緩和ケアも推進すべきである。

緩和ケアチームや在宅療養を積極的に推進するという視点に立ち、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成も重要である。また、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、在宅緩和ケアに携わる医療福祉機関の3つの役割が連携

⁶ 平成20（2008）年医療施設調査

⁷ 医療施設調査のデータを使用し、厚生労働省健康局にて作成。ここにいう「緩和ケアチーム」は、緩和ケア診療加算の施設基準を満たさないものも含む。

し、地域において面的な切れ目のない緩和ケア体制を確保できるように、2次医療圏等の地域ごとに計画を立案することが提案されている。

(個別目標③)

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

(進捗状況③)

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見③)

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

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

③在宅医療

(個別目標)

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

(進捗状況)

平成18(2006)年医療法改正において、医療計画の記載事項に、「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。同計画等に基づき、拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した。

⁸病院5, 434施設、一般診療所7, 824施設。

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

在宅緩和ケアに関する従事者に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修等を実施した。このほか、介護関係者も含めた連携体制を地域で構築するための協議会の設置を支援するなど、在宅医療の提供体制の整備に努めている。

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

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

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

そのためには、個別目標の視点として、在宅医療の質の評価を行うため、在宅における療養期間や病院からの在宅移行数、連携する在宅療養支援診療所数、訪問看護事業所数、診療報酬上の評価項目である「在宅時医学総合管理料」、「在宅患者訪問看護指導料」、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」等を算定している医療機関数やサービス提供量等、今後新たな評価指標を検討すべきであると指摘されている。また、医療と介護の連携の評価も必要であると指摘されており、適当な指標を検討する必要

⁹ 増加は統計学的に有意である。

がある。また、次期基本計画を策定するに当たっては、病院での緩和ケアに加え、在宅での緩和ケアを併せて推進していく必要があり、緩和ケアを提供する在宅医療体制の整備や量的・質的評価についても継続的に検討する必要がある。

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

さらに、診療所と連携する訪問看護ステーションの機能の充実が必要である。

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

さらに、今後、都道府県別の在宅看取り率を公表できるよう、検討を行う。

このほか、基本計画作成時に、がんの在宅医療に関する個別目標として掲げられた到達目標は、目標としての適切性に問題があり、またそれと関連して評価基準、評価方法等も明確でないので、次期基本計画策定にあたっては、在宅での死亡割合ではない、在宅医療の質や在宅医療への連携等を評価できる指標について再考すべきであり、そのための予算的な裏付けも必要である。

④診療ガイドラインの作成

(個別目標)

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

(進捗状況)

厚生労働科学研究費補助金の研究班により、診療ガイドラインの作成状況について調査し、診療ガイドラインを作成し、又は更新すべきがんの種類についてリストアップし、これを踏まえて診療ガイドラインの作

成・更新を実施しているところである。また、診療ガイドラインや新薬等の情報を収集し、がん医療についての情報をがん対策情報センターのホームページ等へ掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を迅速化した。

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

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

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

2 医療機関の整備等

（個別目標）

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

（進捗状況）

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

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

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

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見）

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

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

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

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

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

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

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

3 がん医療に関する相談支援及び情報提供

(個別目標①)

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

(進捗状況①)

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

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

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

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①）

相談支援センターは、患者及びその家族等の相談窓口として、全国どこでも、がんに対する不安や疑問に適切に対応できるよう、設置することとしており、厚生労働省としては、まずは拠点病院に相談支援センターの設置を求めたところである。平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の相談支援センターが拠点病院に設置されている。拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある相談支援センターがその相談機能を担うこととなっていることから、おおむね、すべてのがん患者が全国どこでもがんに対する不安や疑問に適切な対応を受けることができる体制は整備されたといえ、拠点病院の総数は目標値に達している。

今後、相談支援機能の質の向上が必要であり、研修修了者の質を評価する利用者満足度調査を行うことや、患者の経済的負担と生活に関する相談を強化すること、相談支援センターを院長直属的な組織と位置付け

ることが提案されている。また、相談支援センターの相談員は、異動等に伴う離職率が高く、習熟した相談員が定着し難いという指摘がある。このような状況の中、相談員の質の担保に対する支援や取組を行うことが必要である。

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

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

(個別目標②)

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

(進捗状況②)

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

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

がん患者にとって必要な情報を取りまとめた患者必携については、がん対策情報センターが平成21年6月試作版を作成し、患者等の意見を

反映し、修正を加えた上で、平成22年度から、がん対策情報センターのホームページに掲載するとともに、配布を開始する予定である。

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②)

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

(個別目標③)

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

(進捗状況③)

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

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見③)

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

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

4 がん登録

(個別目標①)

院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況(診断から5年以内の登

録症例の予後の判明状況等)を把握し、その状況を改善することを目標とした。

(進捗状況①)

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

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

平成19(2007)年8月時点での院内がん登録の実施状況調査においては、242の拠点病院ですべてのがんを対象とした標準的な院内がん登録が実施され、平成21(2009)年12月時点における院内がん登録の実施状況調査においては、366の拠点病院で標準的な院内がん登録を実施しており、院内がん登録実施医療機関数は着実に増加している(平成22年4月時点で指定されている、377か所のすべての拠点病院において、院内がん登録が実施されている)。一方、生存率等の計測に必要な、外部照会を含めた予後調査については、平成19(2007)年及び平成21(2009)年のいずれの調査でも、74.1%(拠点病院375病院に対して278病院)の拠点病院で実施されておらず、大きな課題として残っている。

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①)

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

(個別目標②)

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

(進捗状況②)

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

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

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②）

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

（個別目標③）

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

（進捗状況③）

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

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

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見③)

がん登録の認知度は低く、今後がん登録の認知度向上のための施策の検討が必要である。

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

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

5 がんの予防

(個別目標①)

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

(進捗状況①)

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

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

を示したところである。

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

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

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

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

（今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①）

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

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

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

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

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

そのほか、次期基本計画等において、喫煙率の目標値を定める必要がある。

(個別目標②)

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

(進捗状況②)

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②)

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

(その他)

子宮頸がん予防ワクチンが平成21年10月に承認され、12月から販売を開始している。エビデンスに基づいたがんの予防法については、国として積極的に推進すべきである。

6 がんの早期発見

(個別目標①)

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

(進捗状況①)

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

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

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

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

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

これによると、平成19年9月において、男性は胃がん40.5%、肺がん45.6%、大腸がん35.1%、女性は胃がん32.8%、肺がん37.0%、子宮がん39.0%、乳がん37.4%、大腸がん32.5%であったのに対し、平成21(2009)年9月において、男性は胃がん42.3%、肺がん44.7%、大腸がん35.3%、女性は胃がん32.9%、肺がん40.1%、子宮がん37.2%、乳がん35.7%、大腸がん31.3%であった。

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

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①)

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

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

なお、市町村の検診を呼び掛けても、「がん検診は労働安全衛生法で義

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

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

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

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

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

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

進することが重要である。

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

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

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

(個別目標②)

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

(進捗状況②)

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

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

さらに、がん検診精度管理を向上させるため、検診機関の設置基準や実施担当者の習熟度等のプロセス評価、及び受診率、要精密検査率、が

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

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

(今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見②)

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

また、エビデンスに基づいたがん検診に係るガイドラインの作成と活用が不可欠であり、その作成・更新を行っていくと同時に、作成されたガイドラインを、国としてオーソライズする仕組みの必要性が指摘され