

参考： 平成 26 年度の「事業評価のためのチェックリスト」(厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成 20 年)に基づく全国の実施率(%) (回答自治体数 1,414 のうち無効回答(集団検診未実施等)をのぞく集計自治体数:1,393)

項目	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
検診対象者 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 (Q1-1)	87.3	87.5	87.6	87.7	87.4
受診者の情報管理 個人別の受診(記録)台帳を把握しているか (Q2-2)	91.7	91.4	91.5	91.9	91.4
受診者数を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q2-2-1)	94.3	94.2	94.3	94.6	94.1
受診者数を検診機関別に集計しているか (Q2-2-2)	95.2	94.8	95.3	92.8	92.3
受診者数を過去の受診歴別に集計しているか (Q2-2-3)	84.6 ↑	83.9 ↑	84.7 ↑	85.5 ↑	84.9 ↑
過去 3 年間の受診歴を記録しているか (Q2-3)	93.2 ↑	92.8	92.4	93.1 ↑	92.8
要精検率の把握 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q3-1-1)	77.4	77.3	77.7	77.9	77.0
要精検率を検診機関別に集計しているか (Q3-1-2)	80.0	79.3 ↑	80.4 ↑	76.0	74.9
要精検率を過去の受診歴別に集計しているか (Q3-1-3)	59.3 ↑	59.7 ↑	60.1 ↑	60.2 ↑	59.9 ↑
精検受診の有無の把握と受診勧奨 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q4-1-1)	74.3	73.6	74.1	74.2	73.1
精検受診率を検診機関別に集計しているか (Q4-1-2)	76.4	75.7	76.4	71.9	70.4
精検受診率を過去の受診歴別に集計しているか (Q4-1-3)	56.7 ↑	57.0 ↑	57.1 ↑	56.6 ↑	56.4 ↑
精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか (Q4-3)	84.1	83.4	84.5	84.9	85.5
精密検査結果の把握 過去 3 年間の精密検査結果を記録しているか (Q5-2)	84.5 ↑	83.7 ↑	84.1	84.2	84.1 ↑
がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q6-1-1)					
がん発見率を検診機関別に集計しているか (Q6-1-2)	63.5	63.3	63.6	63.2	63.8
がん発見率を受診歴別に集計しているか (Q6-1-3)	67.1 ↑	66.4 ↑	67.3 ↑	63.5	62.6
陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q8-1-1)	51.1 ↑	51.0 ↑	51.6 ↑	51.2 ↑	51.4 ↑
陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか (Q8-1-2)	48.1 ↑	48.3 ↑	48.1 ↑	47.3 ↑	47.8 ↑
陽性反応適中度を受診歴別に集計しているか (Q8-1-3)	51.2 ↑	50.8 ↑	51.2 ↑	49.1 ↑	48.5 ↑
	40.4 ↑	40.6 ↑	40.9 ↑	39.8 ↑	40.3 ↑
検診機関の委託 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか (Q10-1)	60.1 ↑	57.3 ↑	59.0 ↑	58.9 ↑	58.7 ↑
仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか (Q10-1-1)	44.2 ↑	42.3	44.2 ↑	43.5 ↑	43.9

数値は実施していると回答した市区町村数 / 回答した全市区町村数 × 100

↑は、近年実施割合が増加した項目

(平成 26 年度の調査結果より抜粋)

留意点： 研究班の調査では、受診者数・要精検率・精検受診率・がん発見率・陽性反応適中度については「性・年齢階級別」「検診機関別」「受診歴別」に集計している市区町村は年々増加傾向にあった。平成 25 年度と平成 26 年度の調査結果をみると、要精検率・精検受診率について「性・年齢階級別」に集計している市区町村は 7 割程度、がん発見率の「性・年齢階級別」に集計している市区町村は、6 割程度にとどまっている。平成 26 年度の調査において、検診機関の質を担保する体制についても委託検診機関の選定時に 57 ～ 60% の市区町村が仕様書を取り交わしていたが、その仕様書に必要最低限の精度管理項目(厚生労働省報告書「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」にある項目)が記載されている市区町村は近年増加傾向にあるものの、依然 42 ～ 44% にとどまっている。

データ源： 厚生労働科学研究「市区町村におけるがん検診チェックリスト（厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成 20 年）の使用に関する実態調査結果報告」（研究代表者：斎藤博）

資料：

- ¹ 厚生労働省 がん検診事業の評価に関する委員会「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 報告書」平成 20 年 3 月
〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ² 厚生労働省「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 〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kenshin02.pdf〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

指標 早 3

市区町村におけるがん検診の精度管理実施状況：精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度（がん検診のプロセス指標）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村で実施される指針に基づくがん検診	下記、参照
結果	精検受診率：胃 79.8%、肺 78.6%、大腸 64.4%、乳 84.6%、子宮頸 69.6% 未把握率：胃 9.9%、肺 12.3%、大腸 17.8%、乳 9.8%、子宮頸 17.8% 精検未受診率：胃 10.3%、肺 9.1%、大腸 17.8%、乳 5.6%、子宮頸 12.6% 精検未受診・未把握率：胃 20.2%、肺 21.4%、大腸 35.6%、乳 15.4%、子宮頸 30.4% 要精検率：胃 8.1%、肺 2.0%、大腸 6.2%、乳 8.7%、子宮頸 2.0% がん発見率：胃 0.11%、肺 0.04%、大腸 0.18%、乳 0.32%、子宮頸 0.08% 陽性反応適中度：胃 1.3%、肺 1.9%、大腸 3.0%、乳 3.7%、子宮頸 3.8%	
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 28 年までに下記の各目標を達成。市区町村によって達成率にばらつきがある。	

詳細

指標の定義： 対象となる検診は、胃がん（胃部 X 線検査）、肺がん（胸部 X 線と喀痰検査（高危険群のみ）の併用）、大腸がん（便潜血検査）、乳がん（視触診とマンモグラフィの併用）、子宮頸がん（細胞診）である。

地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）¹

精検受診率（%）	精検受診者数（= 要精検者 - 未把握者 - 未受診者） / 要精検者数 × 100 ^{注1}
未把握率（%）	精検未把握者数 / 要精検者数 × 100 ^{注2}
精検未受診率（%）	精検未受診者数 / 要精検者数 × 100 ^{注3}
精検未受診・未把握率（%）	（未把握者数 + 未受診者数） / 要精検者数 × 100 ^{注4}
要精検率（%）	要精検者数 / 受診者数 × 100
がん発見率（%）	（精密検査で）がんであった者 / 受診者数 × 100
陽性反応適中度（PPV）（%）	（精密検査で）がんであった者 / 要精検者数 × 100

注 1 精検受診：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。

注 2 未把握：精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。

注 3 精検未受診：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）および精検として不適切な検査が行われたもの（精検として不適切な検査とは、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および 2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。

各がん検診に関する事業評価プロセス指標とそれぞれの許容値及び目標値（案）

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
精検受診率	許容値	70% 以上	70% 以上	70% 以上	80% 以上	70% 以上
	目標値	90% 以上	90% 以上	90% 以上	90% 以上	90% 以上
未把握率	許容値	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下
	目標値	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下
精検未受診率	許容値	20% 以下	20% 以下	20% 以下	10% 以下	20% 以下
	目標値	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下
精検未受診・未把握率	許容値	30% 以下	20% 以下	30% 以下	20% 以下	30% 以下
	目標値	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下
要精検率	許容値	11.0% 以下	3.0% 以下	7.0% 以下	11.0% 以下 ^{注4}	1.4% 以下
がん発見率	許容値	0.11% 以上	0.03% 以上	0.13% 以上	0.23% 以上 ^{注4}	0.05% 以上
陽性反応適中度	許容値	1.0% 以上	1.3% 以上	1.9% 以上	2.5% 以上 ^{注4}	4.0% 以上

注4 乳がん検診の要精検率、がん発見率及び陽性反応適中度については、参考値とする（算出対象の平成17年度データはマンモグラフィ検診が本格的に実施された最初の年のものであり、初回受診者の割合が著しく高いことに影響され、過大評価している可能性が高いため）。

提示されている数値設定方法は、各指標の都道府県の分布を基にベンチマーキングした一時的な設定方法であり、数値設定の対象となる年齢は本来より絞り込んだ方が望ましいが、各がんにより重点となる年齢層が異なる。そこでわかりやすさを考慮し、「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」では各がん共通で40歳から74歳まで（子宮頸がんのみ20歳から74歳まで）が対象とされた。

なお、精検受診率等の把握にはがん検診受診から時間を要するため、地域保健・健康増進事業報告においては調査前年度のがん検診の精度管理状況（精検受診率等）が報告されている。ここでは該当するがん検診の調査年度をもちいて現状について記載する。

指標の根拠： 指標 早2を参照。

参考：

胃がん（胃部X線検査、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	3,877,829	3,794,488	3,874,128	3,789,998	2,426,903	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	80.1%	81.1%	80.5%	79.8%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	9.9%	9.0%	9.9%	9.9%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	10.0%	9.9%	9.5%	10.3%	ほぼ横ばい
精検未受診・未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	19.9%	18.9%	19.4%	20.2%	許容値(30%以下)は達成
要精検率 ^{注6}	-	9.93%	9.51%	9.42%	9.15%	8.08%	許容値(11.0%以下)は達成
がん発見率 ^{注6}	-	0.17%	0.17%	0.17%	0.16%	0.11%	許容値(0.11%以上)は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	1.67%	1.76%	1.86%	1.78%	1.30%	許容値(1.0%以上)は達成

肺がん（胸部X線と喀痰検査（高危険群のみ）、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	6,680,080	6,680,014	7,059,318	7,092,407	3,984,878	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	75.9%	77.7%	77.9%	78.6%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	13.5%	13.4%	13.1%	12.3%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	10.6%	8.9%	9.0%	9.1%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	24.1%	22.3%	22.1%	21.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	2.93%	2.90%	2.82%	2.68%	1.98%	やや低下
がん発見率 ^{注6}	-	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.04%	ほぼ横ばい
陽性反応適中度 ^{注6}	-	2.04%	2.00%	2.16%	2.22%	1.93%	許容値（1.3% 以上）は達成

大腸がん（便潜血検査、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	6,405,548	6,499,000	6,975,281	7,674,030	4,714,042	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	62.9%	63.6%	63.0%	64.4%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	18.6%	19.0%	19.7%	17.8%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	18.5%	17.4%	17.3%	17.8%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	37.1%	36.4%	37.0%	35.6%	ほぼ横ばい
要精検率 ^{注6}	-	7.20%	7.40%	7.25%	7.08%	6.21%	やや低下
がん発見率 ^{注6}	-	0.21%	0.22%	0.23%	0.22%	0.18%	やや低下
陽性反応適中度 ^{注6}	-	2.95%	2.96%	3.16%	3.08%	2.98%	許容値（1.9% 以上） は達成

乳がん（視触診とマンモグラフィの併用、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	1,742,615	2,502,080	2,541,993	2,511,299	2,030,258	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	82.3%	83.5%	84.4%	84.6%	許容値（80% 以上） は達成
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	11.2%	10.3%	10.1%	9.8%	やや低下
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	6.5%	6.3%	5.5%	5.6%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	17.7%	16.5%	15.6%	15.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	8.64%	8.82%	8.57%	8.38%	8.70%	許容値（1.0% 以下） は達成
がん発見率 ^{注6}	-	0.32%	0.30%	0.32%	0.32%	0.32%	許容値（0.23% 以上） は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	3.66%	3.37%	3.72%	3.83%	3.67%	許容値（2.5% 以上） は達成

子宮頸がん（細胞診、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	3,516,610	4,275,409	4,666,826	4,498,602	4,021,402	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	64.2%	66.2%	68.0%	69.6%	やや増加
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	20.3%	19.9%	18.2%	17.8%	やや低下
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	15.4%	13.9%	13.8%	12.6%	やや低下
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	35.7%	33.8%	32.0%	30.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	1.19%	1.42%	1.63%	1.76%	2.03%	やや増加
がん発見率 ^{注6}	-	0.07%	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	許容値(0.05% 以上) は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	5.80%	5.32%	4.93%	4.36%	3.77%	やや低下

注5 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）、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、二葉町、飯館村、会津若松市）が含まれていない。受診率は、計数が不詳の市区町村を除いた値である。

注6 がん検診受診者における要精密検査者は、必ずしも受診年度に結果が判明しているとは限らないため、その翌年度に判明した者も含めて把握された数である。

注7 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢を 40 歳から 69 歳まで（「子宮頸がん」は 20 歳から 69 歳）とした。

留意点：

平成 25 年度地域保健・健康増進事業報告（平成 24 年度実績）では、算出基準（対象者）が違っているため、前年と結果を見る際には留意する。平成 24 年度実績では、平成 24 年のがん対策推進基本計画に基づき、がん検診受診率の算定対象者年齢は 40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）で算出された値。ここで示した数値は、全国平均値であり目標値または許容値を達成している市区町村と、達成できていない市区町村がある。また、市区町村において経年的傾向を比較する際には市区町村によっては住民数が少ないところもあり、対象者数や実施数によっては割合の変動が大きくなるため数値の経年的な比較には注意を要する。受診率、精検未把握率、精検未受診率等について正確に市区町村の割合を算出するためには、少なくとも前述の「事業評価のためのチェックリスト」の項目が実施されていて初めて意味のある数値となる。チェックリストの実施割合は、近年向上してきた（前述の指標参照）。よって、これらがん検診の技術的体制が整ったことで初めてがん検診のプロセス指標の動向について検討できる段階となったともいえる（例：がん検診における精密検査把握率の向上により各市区町村のがん発見率や陽性反応適中度がより正確に把握可能となる等）。

資料：

¹ 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html>>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

指標 早 4

市区町村のがん検診実施状況：がん検診のコールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん検診を実施している市区町村	コールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している市区町村
結果	胃がん検診 5.0% 肺がん検診 5.1% 大腸がん検診 5.0%	乳がん検診 4.3% 子宮頸がん 4.7%
期間	平成 26 年度	
注	調査方法の変更による結果への影響に留意が必要。	

詳細

指標の定義： がん検診を実施している市区町村で、検診を受診しなかった全ての未受診者に対して、再度の受診勧奨を個人毎（手紙・電話・訪問等）に行った市区町村の割合を指標とした。

指標の根拠： 国民のがん死亡率減少のためには、科学的根拠に基づいた検診を適切な精度管理下で実施し、多くの国民が受診してはじめて効果が期待できる。がん検診のあり方に関する検討会では、対象者個人に対する個別受診勧奨・再勧奨（コールリコール）をはじめ、検診受診の利便性向上に向けた取り組み、PR 活動等を組み合わせることが重要である¹。米国疾病予防管理センターにおいても、乳がん検診・子宮頸がん検診、大腸がん検診の受診率対策として、がん検診対象者への再勧奨を推奨している²。

参考：

	H 22 年度 ^{注1} (実施数 / 調査対象)	H 23 年度 ^{注2} (実施数 / 調査対象)	H 24 年度 ^{注2} (実施数 / 調査対象)	H 25 年度 ^{注3} (実施数 / 調査対象)	H 26 年度 ^{注3} (実施数 / 調査対象)	備考
胃がん	8.6% (108/1,254)	4.4% (55/1,246)	8.0% (108/1,355)	6.4% (88/1,382)	5.0% (68/1,367)	やや減少
肺がん	8.3% (95/1,138)	6.1% (71/1,171)	7.9% (102/1,289)	7.2% (96/1,332)	5.1% (67/1,311)	やや減少
大腸がん	8.1% (94/1,159)	4.7% (55/1,163)	7.3% (94/1,283)	6.6% (87/1,309)	5.0% (65/1,297)	やや減少
乳がん	8.3% (97/1,173)	4.9% (58/1,181)	7.7% (100/1,294)	6.1% (81/1,320)	4.3% (56/1,314)	やや減少
子宮（頸）がん	9.0% (99/1,098)	5.0% (54/1,085)	8.6% (103/1,195)	6.1% (73/1,199)	4.7% (56/1,202)	やや減少

注1 平成 22 年度は、「対象者に均等に受診勧奨」を行っており、かつ「勧奨に応じなかった対象者に再度受診勧奨を行っている」市区町村の割合を示す。

注2 平成 23、24 年度は、「対象者の網羅的な名簿を住民台帳に基づいて作成」した上で「対象者に均等に受診勧奨を行っている」市区町村で、かつ「受診勧奨に応じなかった対象者全員へ、年度内に再度の受診勧奨を個人別に行っている」と回答した市区町村の割合を示す。

注3 平成 25、26 年度は、「検診を受診しなかった全ての未受診者に対して、再度の受診勧奨を個人毎（手紙・電話・訪問等）に行った市区町村」の割合を示す。但し、未受診者のうち対象を限定して実施している場合や広報・チラシ・ポスター等による周知は、個別に受診勧奨を行っているとはみなしていない。

留意点： 調査年度によって調査項目が変更されているため、結果について経年的に比較をする際には留意する必要がある。

データ源： 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年報

資料： ¹ 厚生労働「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成 25 年 8 月

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000019916.html>>（アクセス 2015 年 4 月 15 日）

² 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス「がん検診について 7. 受診率対策」<http://ganjoho.jp/professional/pre_scr/screening/screening.html>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

指標 早 5

がん検診受診率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	40 歳から 69 歳 (子宮頸がんは 20 歳から 69 歳) の国民	がん検診を受診した者
結果	胃がん男性 45.8% 大腸がん男性 41.4% 胃がん女性 33.8% 大腸がん女性 34.5% 肺がん男性 47.5% 乳がん 34.2% 肺がん女性 37.4% 子宮頸がん 32.7%	
期間	平成 25 年度	
注	目標は、平成 28 年までに 40% (乳がん、子宮頸がんは 50%)。調査方法の変更による結果への影響に留意が必要、	

詳細

指標の定義： 検診対象年齢の国民のうち、それぞれのがん検診を受診した者の割合を指標とした。がん対策推進基本計画において、受診率の算定には、40 歳から 69 歳 (子宮頸がんは 20 歳から 69 歳) までが対象とされている。

指標の根拠： わが国のがんによるがん死亡者数は年間 35 万人を超え、死亡原因の第一位となっている。一部のがんでは早期発見・早期治療が可能となってきた。がん検診によってがんを早期発見し適切な治療につなげることは、がん死亡率を減少させる上で重要である。そのためには、多くの人が科学的根拠に基づいた (正しく実施されている) がん検診を受診する必要がある^{1,2}。平成 24 年度に改定されたがん対策推進基本計画では、がん検診受診率を 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している。日本でのがん検診は、健康増進事業として市区町村が行う検診以外に企業等におけるいわゆる職域検診が一部で行われ、さらに人間ドックなどの中でがん検診を受けている場合がある。市区町村で実施される住民検診については毎年の受診状況が地域保健・健康増進事業報告としてまとめられている。一方で、がん検診の対象者となる年齢層の多くが職域検診の対象となることが予想されている。ここでは、職域のがん検診受診者を合わせた国民全体のがん検診受診率について把握するため、平成 16 年から 3 年ごとに実施されている国民生活基礎調査 (厚生労働省) の結果に基づいてがん検診受診率について記述する。

参考：

目標	対象年齢	H 19 年度 (第 8 回)	H 22 年度 (第 9 回)	H 25 年度 (第 10 回)	備考	
胃がん	40% (H28 年)	40 ~ 69 歳	男性 33.8% 女性 26.8%	男性 36.6% 女性 28.3%	男性 45.8% 女性 33.8%	増加傾向
肺がん		40 ~ 69 歳	男性 26.7% 女性 22.9%	男性 26.4% 女性 23.0%	男性 47.5% 女性 37.4%	増加傾向
大腸がん		40 ~ 69 歳	男性 27.9% 女性 23.7%	男性 28.1% 女性 23.9%	男性 41.4% 女性 34.5%	増加傾向
乳がん	50% (H28 年)	40 ~ 69 歳	女性 24.7%	女性 30.6%	女性 34.2%	増加傾向
子宮 (頸) がん		20 ~ 69 歳	女性 24.5%	女性 28.7%	女性 32.7%	増加傾向

入院者は含まない。乳がん検診は、過去 2 年間の受診を見ると平成 22 年度 39.1% から平成 25 年度 43.4% へと増加している (なお、表中は単年度のみ受診率)。子宮 (頸) がん検診は、過去 2 年間の受診を見ると平成 22 年 37.7% から平成 25 年 42.1% へと増加している。平成 22 年までは「子宮がん検診」として調査されていたが、平成 25 年は「子宮がん (子宮頸がん) 検診」として調査された。平成 22 年調査までは、がん検診の受診率については上限を設けず 40 歳以上 (子宮がん検診は 20 歳以上) を対象年齢として算出していたが、「がん対策推進基本計画」の受診率の算定対象に基づき、平成 25 年国民生活基礎調査の結果からは、平成 22 年以前の調査についても、対象年齢の上限を 69 歳として算出しなおされている。

留意点：

平成 25 年の国民生活基礎調査 / 調査結果を見るといずれのがん検診の受診率も増加している。しかしながらこの結果の解釈においては次の点に留意する必要がある。平成 22 年までの調査では「あなたは過去 1 年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください」といった一括してがん検診受診の有無を問う質問形式であったのに対し、平成 25 年の調査では 5 つのがん検診別に個々のがん検診の受診を問う形式へと変更されており、回答の記載漏れが減った可能性がある。さらに、平成 22 年までの調査では健康票は密封されたものを調査員が回収していたが、高齢者を中心に未記入等による不詳が徐々に増えてきていることから平成 25 年の調査では適切な調査票の記入を促すため非密封回収となった。この点についても平成 25 年調査の結果に影響を与えている可能性がある。なお、健康票は心身の健康などのプライバシーに係る調査事項も含まれている。調査員に回答内容を見られることに対し忌避感を持つ報告者もいるため、密封方式による提出も可能である。また、どのがん検診においても地域保健・健康増進事業報告と比較して受診率が高くなっている。その理由は、職域での受診を反映していることほかに、検診と診療が明確に区別されておらず、診療上の診断のための検査も含んでいる可能性が考えられる¹。なお、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）では、地域保健・健康増進事業報告及び国民生活基礎調査の結果よりも受診率が高くなっている。世論調査も国民生活基礎調査と同様、科学的根拠に基づいていないがん検診法が計上されている可能性が高い。がん検診は継続的に受診することにより、本来の効果が期待できるものであり、受診率の向上に向けた取り組みについては、長期的視点での検討が必要とされる。がん検診を効果的に受診勧奨するためには、対象者を網羅的に把握した対象者名簿やシステムを整備することが重要である²。

参考：

内閣府「世論調査」の結果

	平成 19 年 9 月	平成 21 年 9 月
胃がん	男性 40.5% 女性 32.8%	男性 42.3% 女性 32.9%
肺がん	男性 45.6% 女性 37.0%	男性 44.7% 女性 40.1%
大腸がん	男性 35.1% 女性 32.5%	男性 35.3% 女性 31.3%
乳がん	女性 37.4%	女性 35.7%
子宮がん	女性 39.0%	女性 37.2%

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。

データ源：

国民生活基礎調査³

国民生活基礎調査は、厚生行政基礎調査（昭和 28 ～ 60 年）、国民健康調査（昭和 28 ～ 60 年）、国民生活実態調査（昭和 37 ～ 60 年）、保健衛生基礎調査（昭和 38 ～ 60 年）の 4 調査を統合することによって世帯の状況を総合的に把握し、併せて地域別に観察できるものとした調査であり、昭和 61 年を初年として 3 年ごとに大規模な調査を実施し、中間の各年には世帯の基本的事項および所帯の状況について小規模な調査を実施している。本調査は、平成 20 年まで統計法に基づく指定統計調査として実施してきたが、平成 21 年から新たな統計法に基づく基幹統計調査として実施しており、調査の実施方法については国民生活基礎調査規則による。

3 年ごとの大規模調査では全国の世帯および世帯員を対象とし、世帯票および健康票については平成 17 年国勢調査区のうち後置番号 1 及び 8 から層化無作為抽出した 5,510 地区内のすべての世帯（約 29 万世帯）および世帯員（約 75 万人）を調査客体とした。ただし、単身赴任者、出稼ぎ者、長期出張者（おおむね 3 ヶ月以上）、遊学中の者、社会福祉施設（介護保険施設を含む）の入所者、長期入院者（住民登録を病院に移している）、預けた里子、収監中の者、その他の別居中の者は対象から除外された。あらかじめ調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員によって回収された（健康票は密封回収）。調査時期は 6 月。各県（指定都市のある県については指定都市とそれ以外の地域のそれぞれを県とみなした）の推計値は世帯人員を補助変量とする比推定により算定された（詳細は <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/daikibochousa.pdf>）。

資料：

- 1 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス「がん検診について 7. 受診率対策」〈http://ganjoho.jp/professional/pre_scr/screening/screening.html〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- 2 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成 25 年 8 月 〈<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000019915.pdf>〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- 3 厚生労働省 国民生活基礎調査 〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

V. 指標の測定にあたって浮かび上がった課題

● 指標測定の実施主体が研究班であることの限界

本指標測定活動は、厚生労働省の指定研究として行われつつ、患者体験調査においてがん診療連携拠点病院に対して厚生労働省がん対策・健康増進課から協力要請の事務連絡が配布されるなど、最大限の支援を受けた。しかしそれでも、研究である以上最終的に協力するか否かは各がん診療連携拠点病院の裁量に委ねられたため、参加しないという選択をする施設が30施設にのぼった。また、9府県の都道府県がん診療連携拠点病院が不参加の決定をし、当該都道府県全体の集計が不可能になるなど、大きな影響を与えてしまった。実際、不参加の理由として「厚生労働省あるいは独立行政法人国立がん研究センターからの公式の依頼であれば、施設内の意思統一も図れるが、研究班からの依頼では公的意義が十分とはいえないため協力は困難である」という指摘もあった。本調査が、研究者の興味に基づく純然たる研究ではなく、がん対策推進基本計画に基づく公的な政策の必要な部分を担っているのは明白であり、今後は調査の実施主体・枠組みも相応のものとする必要がある。

● 患者体験調査の回答率

患者体験調査の回収率は50%を超えており、同種の調査に比して低いものではない。しかし、状態の悪い患者ほど回答しない、あるいは治療を受ける過程で良くない体験をした患者ほど調査に協力しない可能性は否定できない。

今回は、全てのがん患者を対象とし、さらになん以外の者まで含めた調査としたが、その中で死亡した患者の家族へ調査を行うことの是非については議論があった。死亡患者の家族が調査票を受け取るにより不快感を覚える可能性があるからである。

しかし、調査としては、国全体のがん対策を冷静に評価し、適切に推進するためには、死亡患者の体験に関する情報も非常に重要であると考えて系統的な除外は行わなかった。調査実施の支援を受けた厚生労働省や、がん対策推進協議会も同意見であると推定するが、明確な議論をもとに合意事項として表明したわけではない。実際に調査回答の自由記載欄に、「思い出したくないことを思い出した」との指摘もあり、そのような患者の体験を含めた情報収集を行うことの重要性について社会的コンセンサスを明確にすることが望まれる。

これは回答者が偏った集団になってしまうことを防ぐことができるかどうかにも直結する。本調査においては、サンプルの抽出はまず定められた手順による無作為抽出とし、その上で除外するかどうかの判断を各施設に依頼したが、診療に不満のあることが予想される患者が「適切な対象ではない」として除外された可能性は存在する。さらに、調査票が届いても施設に対して不満のある対象者ほど、調査に協力しない恐れもあった。

● 質問項目の特性に関する知見の未蓄積

今回、質問項目の作成にあたっては、フォーカスグループインタビューや分野別施策の最終検討会で使われた表現をもとに、パイロットや議論を繰り返して練ったものを使用した。先行研究での文言を使用する選択肢もあったものの、先行研究は質問項目群同士の関連の検討あるいは回答からの概念をスコア化する検討にとどまるなど、断片的な解析に関する報告が多い。外国語を通り一遍に翻訳したことが明白なものや、表現を検討していることがうかがえてもその詳細が報告されていないなどの問題があり、表現を比較して回答傾向を検討するものが見つけられなかった。

そのため質問項目の設定が手探りになった部分も一部存在する。そのような項目の代表的なもの二つについてここで述べる。一つは、初診から診断まで、および診断から治療開始までの期間である。これは予想したものよりも短い傾向があり、さらに希少がんの患者の方が一般のがん患者よりも最頻値が短い傾向にあった。この原因は不明であり、実際の患者へ新たに調査した上で理解を確かめる等の詳細な検討が必要である。

もう一つは経済的負担に関する項目である。経済的理由で治療を変更・断念した者の割合は0.7%と非常に少数であったものの、自由記載欄で経済的負担を訴える回答者は少なからず存在した。経済的負担感を直接聞くと非常に

主観的であるため、客観的な事項としての「変更・断念」を問うたが、実際の問題の大きさを捉えきれていない可能性がある。よりこの問題の実態を把握できるような設問を今後検討していく必要がある。

● **がん診療連携拠点病院現況報告の限界**

施設についての情報はがん診療連携拠点病院現況報告を基に多く作成されたものの、そのデータの監査などの検証は行われていない。膨大な情報を収集していることから一つ一つの項目については、あまり正確ではない可能性があり、実際に矛盾した回答や再度同じ内容についての照会をすると回答が異なることも知られている。また、想定された回答選択肢から選ばれるように設計した回答フォームの保護を解除して選択肢を改変するなどの行動も見られる。今後、現況報告は本当に必要なものだけに情報を絞り、がん登録など他のデータ源から客観的に算出可能なものについては省くなどの工夫が必要である。

● **その他データ源の未整備の問題**

今回の指標は既存のデータ源からの収集と、新たに患者への調査を行ったが、その他の必要な調査を企画するのは困難であったため、情報が収集できなかった指標も多い。また、DPC データなど、一定の測定は可能であっても我が国を代表するには不十分なカバー率のデータをもとに行った算定も多くある。今後、がん対策推進基本計画に従って調査を継続するためには、データ源の整備についても検討していく必要がある。

VI. 指標の測定によって明らかになったがん対策の課題

1. 全体目標

医療の進歩を実感しているなど、医療に関する質問については、8割以上の回答者が良い方向に回答していた。実際の苦痛に関しては、ない（「苦痛/痛み/気持ちのつらさがある」に対して「あまり/そう思わない」という回答）は57～72%であった。おおむね良好な結果であったが、その中で相対的に課題と考えられるのは、「がんの様々な相談ができる環境がある」と感じている回答が他に比べて低く（67%）、また家族に介護負担をかけていると感じているものが42%あるのに対して、家族をサポートするサービスがあると思う回答は37%にとどまったということである。分野別施策で挙げられている、がん相談支援センターが全てのがん診療連携拠点病院で指定要件として整備されており、調査対象は全て拠点病院の患者であるにもかかわらず、がん相談支援センターを「知っている」と答えた回答が57%にとどまっていることから、より周知を徹底する必要があると考えられる。

（提言）

- ・ がん相談支援センターの認知度を上げる対策が必要である。具体的にはインターネット上での説明の充実、院内ポスター掲示、医師から診断時の説明を必須化するなどのさらなる周知策の徹底が望まれる。
- ・ がん相談支援センターにおいては、家族をサポートするサービスの向上を検討する。

2. がん医療

a) 告知と治療選択

インフォームドコンセントについては改善の余地があると考えられる。「納得のいく治療選択が出来た」に肯定的回答をしたものは85%と一見高率だが、肯定的回答をしなかった回答者が15%存在したことは課題の存在を示している。またセカンドオピニオンの説明を受けた、との回答は40%にとどまっている。また、「がん告知について研修の実施やマニュアルの整備がある」、「医師以外が必ず同席することになっている」と回答した拠点病院はそれぞれ56%、47%と低かった。

（提言）

- ・ がんの診断告知や治療選択説明の最低条件の制度化が望まれる。第一期の基本計画により作成された患者必携「がんになったら手にとるガイド」（書籍およびインターネットで閲覧可）の中には、セカンドオピニオンやがん相談支援センターの記述は含まれているものの、他の多くの情報があるために埋もれてしまっている可能性がある。この2点については、より目に止まる方法での周知が望まれる。

b) 妊孕性

妊孕性温存の処置ができる拠点病院は62%、40歳未満の患者で実際に情報提供を受けた患者の割合は40%と、ともに改善の余地は大きいと考えられる。また、それだけでなく病院側と患者側の乖離についても検討を要する。

（提言）

- ・ 妊孕性温存に関して情報を普及させる方法を検討し、また医師からも説明を行う啓発を強化する必要がある。

c) 標準医療の普及・データの活用

診療ガイドラインは非常に多くのがん種で作成され、患者用のガイドラインも徐々に進んでいる。しかし、その効果たる標準医療の実施割合については、重要な情報であるにもかかわらず、約半数の拠点病院から自発的に国立がん研究センター研究班へ提供されたDPCデータを用いた算定値しかない。また、そのデータも他施設での治療が捕捉できないなどの限界があるものであった。クリニカルパスについても、その「バリエーション分析を行っている」との回答は拠点病院の59.2%であり、改善の余地がある。

(提言)

- ・ 診療体制の実態を把握するために院内がん登録が全拠点病院で行われているが、標準医療の実施を把握するためには、現在の研究班の活動を制度化するなど診療実態を解析する体制を整備することが望まれる。

d) チーム医療

チーム医療の基本は適切な人材が適切な業務を行うことである。抗がん剤のミキシングはほぼ薬剤師が行うとの実態が明らかになったものの、転移再発がんに対する化学療法を内科医が担当していると回答した拠点病院は27.4%にとどまった。全国規模でこのような数値が明らかになったのは初めてであり、チーム医療、役割分担に何が望ましいのかを再考する場が必要なかもしれない。

3. がん予防

成人喫煙率や他の生活習慣危険因子の多くは以前より漸減しているが、減少幅はわずかである。また、受動喫煙の機会については漸増傾向にあるなど、対策上の限界が見えつつある。がんの原因となる感染症の実態については、献血などをもとにした母集団の不明瞭な調査しかなく、信頼のおける調査の必要性を認識しなければならない。

(提言)

- ・ 予防対策についても一層の普及啓発が必要であるとともに、特に感染症関連についてはデータ収集についても整備を検討すべきである。

4. 早期発見

有効とされる検診はほぼ全ての市町村で行われているものの、指針に基づかない検診項目を行う市町村はむしろ増加傾向にある。これは指針に基づかない検診の位置付けに関する公式見解が明確でないために、住民サービスの向上との認識で導入している市町村の存在がうかがわれる。また、受診率は改善傾向にみえるものの、国民の自己申告をもとにした調査から算定されており、質問の仕方や調査の方法によって回答が影響される。

(提言)

- ・ 指針に基づかない検診を、対策型の住民検診で行うことに対する公式見解を明確にして、周知することが必要と考えられる。住民検診、職域の検診のデータは、検診の提供元から収集する方が確実であり、そのようなデータ収集体制の整備を進める必要がある。

5. 研究・開発

ドラッグラグ、デバイスラグ、開発着手ラグなど海外との差が問題視されることが多いが、ドラッグラグについては海外よりも我が国で先に申請された薬物の存在なども手伝って以前より大幅に改善しているといえる。一方、デバイスラグ、開発着手ラグは依然として申請ラグが非常に大きいように見える。対象となる医薬品・デバイスが少ないために確定的な結論が出しづらいが、今後の改善が望まれる。

(提言)

- ・ 継続的にこれらのラグについてはモニターし、原因と対策を考えていく必要がある。
- ・ 未承認薬・適応外薬の利用に際しては、院内でそれを許可するかどうかの審査が必要であるが、その体制を持っている拠点病院の割合は77.8%であった。これは100%を目標とすべきかどうかは検討の余地があるものの、少なくとも患者への情報公開としては必要であると考えられる。
- ・ 未承認薬・適応外薬の利用の審査体制の有無については積極的な情報公開の体制が必要である。

6. 小児がん

小児がんに関して設定された指標の充足率は低いものが多かった。治療した施設のうち、小児がん患者の家族のための宿泊施設を整備している施設は18.6%、小児がんを年間50例以上初回治療している施設での治療患者割合は22.9%。また義務教育対象年齢の治療を行った拠点病院のうち、院内学級制度がある施設は48.2%であった。日本小児血液・がん専門医研修施設においても長期フォローアップ外来の開設（あるいは連携）は75.3%であり、改善の余地がある。

(提言)

- ・ 小児がんは数が少ないために小児がん拠点病院が指定されているものの、それらの施設への集約化はそれほど進んでいない。また、集約化を進めるのかどうかについても、方針は定かではない。明確な方針を打ち出し、着実に体制の整備を図る必要がある。

7. がんの教育・普及啓発

臨床試験についてよく知っているという割合は8.5%と低値にとどまっている。しかしながら、「ある程度知っている」という回答はその4倍程度存在した。一般のがん患者がどの程度、臨床試験についてよく知っている必要があるのか（あるいはよく知っていると思えるのか）は検討を要すると考えられる。

一方、社会からの偏見を感じた、という患者が10%存在する。この数値自体は少ないものの問題であると考えられる。

(提言)

- ・ 偏見を感じる患者が少なからず存在したということは、その内容について詳細に検討し、一般の教育・啓発を通じて偏見をなくしていくことを目標にして具体的な施策を立てていく必要があると考えられる。

8. がん患者の就労を含めた経済的な問題

希望者の復職率を算定したところ、休職しても一度は復職したとの回答は84%（指標 C14）であったが、一旦退職したものの後に新規就労を希望している者のうちそれが可能であったのは47%であり、低くとどまっていると言わざるを得ない。また、自由記載欄での経済的な負担を訴える意見は数多く見られたものの、そのために（保険診療内での）治療を変更したり断念したりした者は0.7%と少数派であった。これは2012年診断症例で全国の拠点病院で初回治療を受けたという母集団に換算すると、3,000人程度になる。それを多いとみるか少ないとみるかは判断を要する。

（提言）

- ・ 休業しても一旦は復職可能な者が大半であると考えられるが、課題は残り16%に対策が必要であることと、再就職する困難さや、退職せずに就労継続をした場合のキャリア問題が大きいかもしれない。そのため就労の問題を評価するには、単純な復職率ではなく、より詳細な分析が必要であると考えられる。

VII. 結語

この調査は、平成19年がん対策基本法が施行された後、初めてがん対策において本格的な進捗評価を行ったものである。がん対策の対象分野は非常に多岐にわたり、必然的に指標の数も多くなったが、それでも全ての側面が測定できたとは言いがたい。今回設定した指標については、本来経時的に測定してその推移を把握し、改善に役立てていくことが期待されるが、初めての経験ということもあって、指標自体も改善の余地がかなり残っている可能性もある。今後、結果を見ながら施策も指標も、ともに改善していくことが望ましい。

とはいえ提言の章に記載したように、いままで漠然としていた問題点が明確になり定量的に表されたことで、これから行うべき施策を指し示す結果も多く得られている。科学的データをもとに施策を絶え間なく検討し、患者、国民に最善の結果をもたらすことががん対策に関わる者の責務であり、今後そのような方向で指標が活用されることが望まれる。また、計測を継続的に実施して公表することは今後のがん対策に必須であることから、研究班ではなく、恒常的な評価体制を構築していく必要がある。

がん対策基本法で患者と家族のがん対策推進協議会への参加が定められているように、がん対策が患者の声を聞かずに進むことはあり得ない。それは評価においても同様である。さらに条件を追加し、一部の患者の意見を聞くだけではなく総合的に日本全体を代表する形で意見を聞かなければならない。これが、今回の調査を難しくした一面である。調査に回答するかどうかはもちろん患者の自由であり、100%の回収率はあり得ないものの、調査の実施側は最低限調査の設計において代表性を担保可能にする方法をとるべきである。患者体験調査の設計は、このような条件を満たすために、専門家の助言を受けて慎重に行った。

がん対策に関わる者に与えられた使命は、がん対策の諸活動を評価することで、その長所を知り短所を改善することで少しでも多くの成果を確保し、全てのがん患者の福利の向上を図ることである。今回のがん対策評価研究班の活動は非常に重要であり、中でも患者体験調査は、患者の声を広く聞くには必須の方法という考えのもと実行された。しかし、やはり対象者の中には「このような調査を受けて悲しい記憶を思い起こした」という意見もみられた。そのような感情を持たれた方々には心からお詫び申し上げるとともに、本調査の結果を無駄にすることなく、がん対策に有効に反映させていくために最善を尽くす責任をいっそう感じている。

このように、患者中心のがん対策を実現するのは容易ではなく、科学的妥当性と対象者への配慮のバランスをとりつつ調査を行うのは大変な困難が伴うと痛感させられることもあった。評価を行う者は、その最適なバランスを常に追求していく責務がある。がん対策も継続的改善が必要であるが、評価も継続的改善が必要である。

この報告書は非常に多くの数字が並んでいるが、それぞれの数字が個別の生成・算出過程を経ている。世の中に完璧な数字などなく、幅のある数字、ずれている数字などがあふれている。この報告書もずれを少なくできるように可能な限りの努力をしたが、それでも、一部の偏ったデータに頼らざるを得なかった部分がある。本報告書は、読まれる皆様が正しく解釈をできるように必要な情報を詳細に記したつもりであるが、何か誤りや解釈に必要な情報があれば、是非研究班事務局へご一報をお願いしたい。我々もこの指標や測定結果が完成とは思っていない。いわば一里塚であり、これから千里の道があると思う。意見を寄せていただき、その道をともにしてくれる人が多ければ多いほど道中もより良いものになるし、国のがん対策のため、また未来の患者のためにより高い到達点にたどりつくと期待している。

謝辞

本指標の算定およびまとめの作成にあたって、以下の方々から情報・ご意見を賜りました。この場を借りて厚く御礼を申し上げます。

指標 A14

国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部がん医療費調査室 石川ベンジャミン光一室長

指標 B1、B1a、B1b、B8

医薬品医療機器総合機構再生医療製品等審査部 佐藤大作部長

指標 B14e

東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センターシークエンス技術開発分野 松田浩一准教授

東京大学医科学研究所オーダーメイド医療実現化プロジェクト事務局 山下恭司氏、小原好美氏

国立がん研究センター研究所分子病理分野金井弥栄分野長、遺伝医学研究分野 吉田輝彦分野長

東北メディカル・メガバンク機構 峯岸直子バイオバンク室長

指標予 1、2、3、4

国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策研究部 望月友美子部長

指標予 5、6

国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター肝炎情報センター 正木尚彦センター長

指標予 7

東京大学医科学研究所附属病院血液腫瘍内科 内丸薫准教授

聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 山野嘉久准教授

東京慈恵会医科大学総合健診・予防医学センター（血液疾患疫学）岩永正子講師

佐賀大学医学部臨床検査医学講座 / 佐賀大学医学部附属病院輸血部・検査部（血液学・臨床腫瘍学・輸血学）

末岡榮三朗教授

富山大学大学院医学薬学研究部産科婦人科学教室 齋藤滋教授

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科新興感染症病態制御学系専攻感染分子病態学講座感染病態制御学分野

（小児科学・感染症学・臨床ウイルス学）森内浩幸教授

帝京大学医学部内科学講座腫瘍グループ・研究室（腫瘍内科）渡邊清高准教授

日本赤十字社中央血液研究所 佐竹正博副所長

指標予 8、9、10、11

国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 津金昌一郎センター長

指標早 1a、1b、2、3、4、5

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 齋藤博部長、雑賀公美子研究員、
検診研究部の皆様

患者体験調査の設計、解析においては獨協大学経済学部の樋田勉准教授に多大な助言を賜りました。

ご協力を賜りましたことを心より感謝いたします。

卷末資料

卷末資料 1：分野別指標のデルファイ調査協力者一覧……………229

卷末資料 2：患者体験調査

(1) 調査票……………233

(2) 参加施設一覧……………243

(3) 回答者の特性・母集団との比較（非がん患者除く）……………245

(4) 都道府県別、母集団の数、調査票発送数、有効回答数
（非がん患者除く）……………246

(5) 全体回答分布……………247

(6) 都道府県別回答分布……………268

卷末資料 3：希少がんの暫定的定義……………313

巻末資料 1 :

分野別指標のデルファイ調査協力者一覧

(敬称略、所属は依頼時)

【がん対策推進協議会委員】

阿南里恵	公益財団法人日本対がん協会広報担当
上田龍三	愛知医科大学医学部腫瘍免疫寄附講座教授
緒方真子	神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表
川本利恵子	公益社団法人日本看護協会常任理事
工藤恵子	秋田県がん患者団体連絡協議会「きぼうの虹」事務局長
田村和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
内藤いづみ	ふじ内科クリニック院長
中川恵一	東京大学医学部附属病院放射線科准教授
永山悦子	毎日新聞社科学環境部副部長兼医療情報室次長
西山正彦	群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍薬理学分野教授
野田哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
濱本満紀	特定非営利活動法人がんと共に生きる会副理事長
堀田知光	国立がん研究センター理事長
道永麻里	公益社団法人日本医師会常任理事
湯澤洋美	株式会社足利銀行人事部業務役

【がん対策推進協議会前委員】

天野慎介	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長
江口研二	帝京大学医学部内科学講座教授
川越厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
花井美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
本田麻由美	読売新聞東京本社社会保障部記者
前川育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
眞島喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事長
松本陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
松月みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事

【医療分野】

安藤雄一	名古屋大学医学部附属病院化学療法部教授
石川和宏	名古屋大学医学部附属病院薬剤部副薬剤部長
大江裕一郎	国立がん研究センター東病院副院長
大西洋	山梨大学医学部放射線科・放射線治療科准教授
岡田晋吾	医療法人社団守一会北美原クリニック理事長
小野裕之	静岡県立静岡がんセンター内視鏡科部長
片渕 秀隆	熊本大学大学院生命科学研究部産婦人科学分野教授
蒲生真紀夫	大崎市民病院がんセンター長・腫瘍内科長
後藤悌	東京大学医学部附属病院呼吸器内科助教
佐々木毅	東京大学医学部附属病院遠隔病理診断・地域連携推進室室長
杉原健一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科腫瘍外科学分野教授
谷水正人	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター副院長
辻哲也	慶應義塾大学医学研究科内科系専攻リハビリテーション医学准教授
寺田智祐	滋賀医科大学医学部附属病院薬剤部教授・薬剤部長
西田俊朗	国立がん研究センター東病院病院長
古河洋	近畿大学医学部上部消化管外科特任教授
藤本美生	兵庫県立粒子線医療センターがん看護専門看護師
細井創	京都府立医科大学附属病院小児科学教授
松野吉宏	北海道大学病院病理部長教授
馬上祐子	小児脳腫瘍の会副代表
森重健一郎	岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍制御学講座産科婦人科学分野教授
山内英子	聖路加国際病院乳腺外科部長・ブレストセンター長

【研究技術開発分野】

上竹勇三郎	東京大学大学院医学系研究科医学部研究倫理支援室助教
牛島俊和	国立がん研究センター研究所エピゲノム解析分野分野長
大西秀樹	埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授
小川俊夫	奈良県立医科大学健康政策医学講座講師
小竹久実子	順天堂大学医療看護学部在宅看護学分野准教授
近藤建	名古屋医療センター副院長外科部長
佐藤大作	独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）新薬審査第五部長
祖父江友孝	大阪大学大学院医学系研究科予防環境医学専攻社会環境医学講座教授
福田治彦	国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター長
藤原俊義	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器外科学教授
松原久裕	千葉大学大学院医学研究院先端応用外科学教授
山本精一郎	国立がん研究センターがん予防・検診研究センター保健政策研究部部長