

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

がん対策の進捗管理のための
指標と測定の継続的な発展に向けた研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 東 尚弘

令和元（2019）年 5 月

目次

I. 総括研究報告.....	2
がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究 研究代表者 東 尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センターセンター長....	3
II. 分担研究報告.....	9
がん患者体験調査における経済的な困窮状況や孤立する状態を把握するための指標改善に向けた検討 研究分担者 高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部部长 研究分担者 若尾 文彦 国立がん研究センターがん対策情報センターセンター長.....	10
「患者体験調査」の欠測値の処理法等と次回調査の集計方法に関する研究 研究分担者 樋田 勉 獨協大学経済学部 教授.....	14
「患者体験調査（成人版）」および「患者体験調査（小児版）」の設計と作成 研究分担者 脇田 貴文 関西大学 社会学部 教授.....	15
患者診療体験調査のWEB調査化の可能性に関する研究 研究分担者 東 尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部部长 研究協力者 仁科有加 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部研究員.....	17
小児がんの患者体験調査に関する検討 研究分担者 小川 千登世 国立がん研究センター中央病院 小児腫瘍科長.....	30
がん教育事業の評価方法の検討 研究分担者 助友 裕子 日本女子体育大学 教授.....	32
がん対策における数理モデルの活用：国内外の事例 研究分担者 伊藤 ゆり 大阪医科大学研究支援センター医療統計室 室長・准教授 研究協力者 福井 敬祐 大阪医科大学研究支援センター医療統計室 助教.....	42
青森県におけるがん対策の進捗評価と国との連携方法の検討 研究分担者 松坂 方士 弘前大学医学部附属病院 医療情報部 准教授.....	48
沖縄県におけるがん対策の進捗評価と国との連携方法の検討に関する研究 研究分担者 増田 昌人 琉球大学医学部附属病院がんセンターセンター長.....	50
CAHPSによる患者体験調査に関する研究 研究協力者 渡邊 ともね 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部研究員....	52
III. 研究成果の刊行物に関する一覧表.....	68

別添3

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究

研究代表者 東 尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター センター長

研究要旨

本研究は、改訂された第3期がん対策推進基本計画に定める進捗評価指標について、適切な指標を選ぶための作業を行うとともに、第2期の計画時に策定された指標の改善、測定方法の効率化などを行うことを目的としている。特に、前回測定時に明らかとなった指標の課題を適切に改善していくこと、また測定が困難なために未測定となっている指標を測定すること、また今後の発展性を確保することを旨としている。そのために、以前のデータの再解析を行うとともに、新しく小児を対象とした患者体験調査の設計や、がん教育の指標の測定、Webを使った患者体験調査の実施可能性の検討などを行った。また都道府県がん対策推進計画に関する情報収集を行うとともに、数理モデルの可能性について検討を行った。これらをもとにして、今後の適切ながん対策の評価を目指す。

研究分担者氏名・所属機関名・職名

東 尚弘	国立がん研究センター がん対策情報センター がん登録センターセンター長
伊藤 ゆり	大阪医科大学研究支援センター 医療統計室 室長・准教授
小川 千登世	国立がん研究センター 中央病院 小児腫瘍科 科長
樋田 勉	獨協大学経済学部 教授
助友 裕子	日本女子体育大学体育学部 スポーツ健康学科 教授
増田 昌人	琉球大学医学部附属病院 がんセンター センター長
松坂 方士	弘前大学医学部附属病院 医療情報部 准教授
若尾 文彦	国立がん研究センター がん対策情報センター センター
高山 智子	国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報提供部 部長
脇田 貴文	関西大学社会学部社会学科 心理学専攻・教授

A. 研究目的

本研究は、がん対策推進基本計画に定める進捗評価指標について、以前からの研究班における検討を引き継ぎ、これまでの指標・測定の改善を行うとともに、また、本年度改訂された第3期がん対策推進基本計画に適合させて適切な指標を策定・測定体制の構築を目的としている。これまでは、指標の見直しを行うとともに、患者体験調査の質問紙設計と解析方法の検討、および、未測定指標の測定、都道府県との連携の模索などを行ってきた。今年度は3か年計画の2年目であり、大別して、①患者体験調査の設計、②小児患者体験調査の設計、③未測定指標の測定（がん教育）、④都道府県との連携、⑤がん対策評価における数理モデルの活用、のそれぞれのテーマにおいて進めていくことを目的とする。

B. 研究方法

① 患者体験調査の設計

今年度は、病院ではない場におけるがん患者の経済的な負担状況や孤立状況に関する情報を網羅的に把握するため、がん関連の患者支援団体を通して調査協力を呼びかけ、協力の得られた4支援団体、4名に対して、約90分程度のフォーカス・グループ・インタビュー

を実施した。

また、方法論の検討として、患者体験調査のデータを用いて、欠測データの処理方法の検討や、Web 調査を用いた患者体験調査の実施可能性についての検討を行った。

② 小児患者体験調査の設計

小児がん患者を対象とした患者体験調査の設計をするために、1) サンプルング方法、2) 調査票について、患者会の関係者等からのインタビューによる意見収集、がん対策推進協議会での検討を行い決定した。

③ 未測定指標の測定（がん教育）

文部科学省が行っている、がんの教育総合支援事業の担当部署である初等中等教育局健康教育・食育課がん教育推進係が取りまとめている事業実施校の児童生徒を対象としたアンケート結果のうち、平成 28 年度版データの提供を受けた。これをアンケート調査は平成 28 年度のモデル校 172 校（24 道県 2 市）のデータを、小学校 7 道県、中学校 20 道県、高等学校 19 道県の校種別に層化して解析を行った。

また、同時に外部講師の活用整備を進めるうえでの課題を抽出するために、9 県の教育委員会がん教育担当指導主事ならびにがん対策担当課職員を各 1 名招聘し、平成 30 年 12 月 14 日にワークショップを実施した。

④ 都道府県との連携

青森県では、がん診療連携拠点病院の指定において大きな動きがあった。地域がん診療連携拠点病院が以前は 6 施設あったものが、3 施設に減少し、その結果、がん診療連携拠点病院のない医療圏が増加している。これらの要因を検討した。

沖縄県においては、国のがん対策推進基本計画の指標を見直すために、ロジックモデルを用いて、分野ごとにロジックモデルの表に落とし込む。その上で、分野アウトカム、中間アウトカム、施策、それぞれの指標について、検証した。そのうえで、沖縄県のがん計画における評価指標を検討した。

⑤ がん対策評価における数理モデルの活用

現実の調査はすべての事象を調査により明らかにすることは不可能であり、一定の調査結果をもとに、様々な仮定下におけるシミュレーションを行ってがん対策に役立っているという可能性に期待が寄せられている。そこで、今後のがん対策評価に資するために、海外の事例については Pubmed および Internet 検索により“cancer control”, “simulation”, “microsimulation”等のキーワードにより、がん対策に数理モデルを活用するための研究や実際に対策に実装された事例を収集した。

C. 研究結果

① 患者体験調査の設計

経済的困窮があると感じられる事例や状況、孤立する状態と感じられる事例や状況について、それぞれにあげられ重要な要素として様々な事情が抽出された。その中で、食費を削った、家族が進学を変更した、貯金を切り崩した、などの一定程度広く当てはまると考えられる状況を選択して、患者体験調査における、経済的困窮の状況を把握する質問において反映させた。

Web 調査と郵送調査の比較においては、Web 調査のほうが回答管理がなされていることから、回答の抜けなどは少ないものの、回答傾向が分かれる質問項目もあり、検討が必要と考えられた。

② 小児患者体験調査の設計

サンプルング：対象抽出は院内がん登録（国の指定するがん診療連携拠点病院 434 施設＋小児がん拠点病院 15 施設）から、小児がん（18 歳未満）の患者を全数対象として抽出することとした。抽出期間は 2014 年および 2016 年の院内がん登録患者にたいして行うこととした。また、プライバシー保護の観点から施設当たりの対象患者数が 3 名以下の施設については、除外することとした。

質問項目：成人で設定されたカテゴリーに加えて、海外の小児特有の質問項目を設定するための参考となる情報を得て、小児独自のカテゴリー追加についての検討も行った。診断・治療についての本人への説明、情報提供、教育などに関する質問の他、今後の調査につなげるための検討を行い、項目を追加した。

③ 未測定指標の測定（がん教育）

表 1 に全国・道県別がん教育指標の推計値を示す。「早期発見すれば、がんは治りやすい」について「正しい」と回答した者の割合は、小学校 85.7%、中学校 92.7%、高等学校 73.3%であった。「がんと健康について、まず身近な家族から語ろうと思う」について「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」と回答した者の割合は、小学校 80.1%、中学校 79.1%、高等学校 57.3%であった。中でも、「そう思う」と回答した者の割合は、小学校 51.5%、中学校 39.1%、高等学校 27.7%であった。外部講師活用の整備については、全 156 枚の付箋に書きだされ、24 のコードが得られ、11 のサブカテゴリに分類された。詳細は個別の分担研究報告に譲る。

④ 都道府県連携

青森県の地域がん診療連携拠点病院の指定が見直しされた原因は医師不足により指定要件を満たせない状況が生じたためである。これは県がん対策推進計画にも影響を及ぼすと考えられる。

沖縄県の第 3 次沖縄県がん計画に関して、ロジックモデルで策定した分野アウトカム、中間アウトカム、個別施策の指標が含まれた。

⑤ がん対策評価における数理モデルの活用
検索された論文の 8~9 割が 2010 年以降に発表された比較的新しい論文だった。2017 年以降に限ると子宮頸がんにおいて HPV 感染やワクチンを扱ったものが増加していた。最近の論文の特徴としては遺伝子多型に応じた分子標的薬の Cost-Effectiveness など「個別化医療 (personalised medicine)」に関連した研究

も増えている。また、がん種や介入を限定したものだけでなく、予防医療介入を比較するものなど、政策の優先順位付けの意味合いで microsimulation model が活用される研究も発表されていた。Microsimulation のプロジェクトとして主なものは、CISNET（米国）、OncoSim(カナダ)などが見られた。

⑥ 米国患者体験調査の翻訳とパイロット

米国の標準的な患者体験調査である、CAHPS においてがん患者に特化した質問紙が開発されたため、それを日本語版に翻訳し、インターネット調査会社の患者パネルにおいてテストを行い、その特性を検証した。

D. 考察

今年度の成果としては、着実に研究目標に向けて、各種の研究・調査活動を準備して、一部の結果が出始めて、一義的な解析を開始した段階にある。特に本研究の結果をもとに、患者体験調査の質問紙は確定し、全国の病院の協力を得て調査を実施し、次年度に解析を行っていく段階となっている。

また、小児の患者体験調査も成人の課題とはまた異なる諸問題があるため、それらを患者団体の代表と話し合うことで一定のコンセンサスを得ることができ、がん対策推進協議会の承認を経て、国立がん研究センターにおいて倫理審査を行っている。

患者体験調査はがん対策の効果を測定するためにその受益者たる患者に直接、その体験を問うものであり、非常に重要視している。しかし一方で、患者に質問紙を送付することに関する医療者の抵抗感は根強いものがあり、現状のままでの調査継続は、病院の協力を得る段階での回答率に問題が残ってしまう。これは調査結果の代表性に対する脅威となる。今後はより十分な工夫が必要と考えられる。

患者体験調査は前回よりも対象施設も対象患者数も増加させたものの、費用の大部分は郵送費が占めている。その問題を軽減するためには Web 調査など、サンプル数によって費

用が影響されないような仕組みが必要と考えられる。しかし一方で、Webによって回答する際の、質問紙への回答と異なる心理状態や、回答傾向が質問媒体によって影響される可能性などを鑑みると、安易に Web 調査に切り替えるには時期尚早かもしれない。

がん教育は大きな話題であり、文科省の事業の成果もあって着々と進められている印象である。しかし、疾病に関する知識は、がん予防を強調しすぎると、がんに罹患したものは予防を怠ったものであるとの偏見につながったり、がん検診に関する過信はエビデンスの確立していない検診の要望につながったりする。単純な理屈の通りに行かないのが、疾病予防・対策・医療であり、それを学校教育で教えられるのか、という本質的な課題を含んでいるものと考えられる。検診による過剰診断の知識などは医療者であっても乏しいといわれている。現状では、講師の確保に現場が苦勞しているということが明らかになっているが、この難しい内容を、教育の専門家ではない、医師や医療者が教育できるのか、ということも併せて検討していかなければならない。

E. 結論

3年計画の2年目であり、計画された調査・研究において実施が進んでいるところである。様々な段階を経たうえで、がん対策評価の中心的存在である、患者体験調査は進んでおり、3年目には結果を報告する予定である。また、今後を踏まえたがん対策評価の方向性についても都道府県連携なども含めて今後検討をしていく。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

(書籍)

1 . Takahiro Higashi Chapter 1
Epidemiology in Gastrointestinal Stromal

Tumor. (Edited by Yukinori Kurokawa, Yoshito Komatsu) Springer 2018

2. 日本疫学会 はじめて学ぶやさしい疫学
改訂第3版 (17章 診療関連データベース 東 尚弘) 南江堂 2018年9月

(雑誌)

1 . Rikitake R, Tsukada Y, Ando M, Yoshida M, Iwamoto M, Yamasoba T, Higashi T. Use of Intensity-Modulated Radiation Therapy for Nasopharyngeal Cancer in Japan: Analysis Using a Nationwide Database. Jpn J Clin Oncol. 2019 (in press)

2. Higashi T, Watanabe T, Iwamoto M, Mikami M. The Use of Sensitive Imaging Modalities for Cervical Cancer Staging in Japan , Global Journal of Health Science 2019 (11);3, 75-82

3 . Matsumura S, Ozaki M, Iwamoto M, Kamitani S, Higashi T, Toyama M, Bito S, Waza K Development and Pilot-testing of Quality Indicators for Primary Care in Japan JMA Journal 2019 in press

4 . Motoyama S, Maeda E, Yano M, Yasuda T, Ohira M, Doki Y, Toh Y, Higashi T, Matsubara H. Appropriateness of the institute certification system for esophageal surgeries by the Japan Esophageal Society: evaluation of survival outcomes using data from the National Database of Hospital-Based Cancer Registries in Japan. Esophagus Esophagus. 2019 Jan;16(1):114-121.

5 . Ozaki M, Matsumura, S, Iwamoto M, Kamitani S, Higashi T, Toyama M, Bito S, Waza K. Quality of primary care provided in community clinics in Japan. Journal of General and Family Medicine 2018;20(2):48-54.

6 . Sakakibara N, Higashi T, Yamashita I, Yoshimoto T, Matoba M. Negative pain management index scores do not necessarily indicate inadequate pain management: a cross-sectional study. BMC Palliat Care.

2018 Aug 24;17(1):102

7. Okuyama A, Higashi T. Patterns of cancer treatment in different age groups in Japan: An analysis of hospital-based cancer registry data, 2012–2015. *Jpn J Clin Oncol*. 2018 May 1;48(5):417-425. doi: 10.1093/jjco/hyy032.

8. Hamamoto Y, Sakakibara N, Nagashima F, Kitagawa Y, Higashi T. Treatment selection for esophageal cancer: evaluation from a nationwide database. *Esophagus* 2018 Apr;15(2):109-114

9. Yagi A, Ueda Y, Kakuda M, Tanaka Y, Ikeda S, Matsuzaki S, Kobayashi E, Morishima T, Miyashiro I, Fukui K, Ito Y, Nakayama T, Kimura T. Epidemiological and clinical analyses of cervical cancer using data from the population-based Osaka cancer registry. *Cancer Res*. 2019; 79 (6): 1252-9

10. Nakayama M, Ito Y, Hatano K, Nakai Y, Kakimoto KI, Miyashiro I, Nishimura K. Impact of sex difference on survival of bladder cancer: A population-based registry data in Japan. *Int J Urol*. 2019;

11. Morishima T, Matsumoto Y, Koeda N, Shimada H, Maruhama T, Matsuki D, Nakata K, Ito Y, Tabuchi T, Miyashiro I. Impact of Comorbidities on Survival in Gastric, Colorectal, and Lung Cancer Patients. *J Epidemiol*. 2019; 29 (3): 110-5

12. Fukui K, Ito Y, Nakayama T. Trends and projections of cancer mortality in Osaka, Japan from 1977 to 2032. *Jpn J Clin Oncol*. 2019; 49 (4): 383-8

13. 伊藤ゆり. 【造血器腫瘍】小児の二次がんの疫学. *腫瘍内科*. 2018; 22 (6): 682-7

14. Yoshimura A, Ito H, Nishino Y, Hattori M, Matsuda T, Miyashiro I, Nakayama T, Iwata H, Matsuo K, Tanaka H, Ito Y. Recent Improvement in the Long-term Survival of Breast Cancer Patients by Age and Stage in Japan. *J Epidemiol*. 2018; 28 (10): 420-7

15. Oze I, Ito H, Nishino Y, Hattori M, Nakayama T, Miyashiro I, Matsuo K, Ito Y. Trends in Small-Cell Lung Cancer Survival in 1993-2006 Based on Population-Based

Cancer Registry Data in Japan. *J Epidemiol*. 2018; [in press]:

16. Okura T, Fujii M, Shiode J, Ito Y, Kojima T, Nasu J, Niguma T, Yoshioka M, Mimura T, Yamamoto K. Impact of Body Mass Index on Survival of Pancreatic Cancer Patients in Japan. *Acta Med Okayama*. 2018; 72 (2): 129-35

17. Yako-Suketomo H, Katanoda K, Kawamura Y, Katayama K, Yuasa M, Horinouchi H, Saito K. Children's Knowledge of Cancer Prevention and Perceptions of Cancer Patients: Comparison Before and After Cancer Education with the Presence of Visiting Lecturer-Guided Class. *J Cancer Educ*. 2018; (DOI 10.1007/s13187-018-1408-7)

18. 助友裕子. フロントライン教育研究 がん教育のこれから. *初等教育資料* 2018 ; (973) : 78-81.

19. 戸ヶ里泰典, 福田吉治, 助友裕子, 神馬征峰. 健康教育・ヘルスプロモーション領域における健康行動理論・モデルの系統と変遷. *日本健康教育学会誌* 2018 ; 26(4) : 329-341.

20. 助友裕子. がん教育は誰がコーディネーターするのかー現状と養護教諭への期待ー. *健康教室* 2018 ; 69(8) : 22-25.

21. 助友裕子. がん教育の推進と実践に向けて(理論編)ーなぜ今がん教育なのかー. *体育・保健体育ジャーナル* 2019 ; (3) : 1-4.

2. 学会発表

助友裕子. がん教育における現状と課題ーヘルスプロモーションの立場からー. 第65回日本学校保健学会学術大会 シンポジウム 学校におけるがん教育の課題と展望 (2018年12月), J:COMホルトホール大分.

Takeuchi E, Miyawaki R, Fujisawa D, Yako-Suketomo H, Oka K, Takahashi M.

Validation of the Cancer Stigma Scale among Japanese general population. The 20th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy (29 October to 2 November, 2018) in Hong Kong, China.

伊藤ゆり. がん登録の未来～患者・地域に解決をもたらすデータサイエンスへの進化のために～「地域ができること」. J-CIP シンポジウム『がん登録の現在と未来』. 日本がん登録協議会 第 27 回学術集会. (那覇市: 13th June. 2018 2018)

伊藤ゆり. S-1-2. Socio-economic inequalities in cancer survival in Japan, シンポジウム 1「がん疫学研究の未解決分野」. がん予防学術大会 2018 香川. (高松市: 27th June. 2018 2018)

Fukui K, Ito Y, Kamo K, Katanoda K, Nakayama T. Estimation of effects of colorectal cancer screening by Fecal Occult Blood Test for reduction in colorectal cancer mortality based on micro-simulation model. The 40th annual meeting of the International Association of Cancer Registries. (Arequipa, Peru [Oral]: 13-15th Nov. 2018. 2018)

伊藤ゆり. 探してみよう読んでみよう難治性

がんの統計. J-CIP セミナー. 第 3 回全国がん患者学会.[招待講演]. (東京都: 2018/12/15 2018)

福井敬祐, 加茂憲一, 伊藤ゆり, 片野田耕太, 中山富雄. マイクロシミュレーションモデルを用いた大腸がん検診における受診年齢上限の検討. 第 29 回日本疫学会学術総会. [Oral]. (東京都: 2019/2/1)

井岡 亜希子(琉球大学 医学部), 増田 昌人, 青木 一雄, 医療施策の評価を目的とした保健医療情報のレコード・リンケージに関する研究, 第 77 回日本公衆衛生学会総会抄録集, 315, 2018

仲嶺 八紀, 村上 隆啓, 向井 麻奈美, 比嘉 裕子, 田里雅樹, 新里 明美, 伊佐 奈々, 増田 昌人, 井上 泉, 当院における胃癌・大腸癌診療の質評価と改善活動の検討, 診療情報管理, 30 巻 2 号, 185, 2018

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん患者体験調査における経済的な困窮状況や孤立する状態を把握するための指標改善に向けた検討

研究分担者 高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部 部長
研究分担者 若尾 文彦 国立がん研究センターがん対策情報センター センター長

要旨

本研究では、がん患者の経済的な負担状況や孤立状況に関する情報をより網羅的に把握し、がん患者体験調査に必要な設問を作成することを目的とした。

がん患者支援者の立場でさまざまな患者さんから相談を受けるがん関連の患者支援団体を通して調査協力を呼びかけ、協力の得られた4支援団体、4名に対してフォーカス・グループ・インタビューを実施し、経済的困窮と患者が孤立する状態の2つのテーマについて重要と考えられる要素や質問に取り入れる要素の抽出を行った。

その結果、経済的困窮な状況にも影響を及ぼす地域の状況や若年世代のがん、希少がんの特有の背景があることが示され、そうした状況を反映した設問に洗練できたのではないかと考えられる。一方で、経済的な困窮の度合いが高い場合には、質問紙などによる把握そのものが難しいとも考えられ、質問紙以外の手法や把握方法などの検討も必要ではないかと考えられた。

A. 研究目的

がん対策を進める中で、がん対策の進捗状況を把握するための指標の開発が求められている。第2期がん対策推進基本計画においては、全体目標の達成度を測定する指標について、①「医療の進歩」、②「適切な医療の提供」、③「適切な情報提供と相談支援」、④「経済的困窮への支援」、⑤「家族の介護負担の軽減」、⑥「がんになっても孤立しない社会の成熟」の6つの要素があり、これらの指標測定が2014年の「患者体験調査」により実施された。しかしながら、6つの要素のうち、特に経済的な負担に関する内容やがんになっても孤立しない社会の状況に関して把握するための設問の測定結果について、想定とは異なる印象を持つ者が多く、設問が適切に状況を把握するものになっていないのではないかと指摘があげられた。原因として、設問が適切に状況を反映するものになっていないことや、本人から直接的に状況が把握しにくい（困っている状況を答えにくい、答えたくない）などの状況があることが考えられた。

本研究班では、昨年度、さまざまな経済的な困

窮状況にある人々に接する機会のあるがん相談支援センターの相談員へのインタビューを通じて、がん患者の経済的な負担状況や孤立状況に関する把握を行った。今年度は、病院ではない場におけるがん患者の経済的な負担状況や孤立状況に関する情報を網羅的に把握するため、医療関係者でない立場の患者会関係者を通じてインタビュー調査を行い、患者体験調査の設問に必要な要素およびより適切に状況を把握するための設問を洗練することを目的とした。

B. 研究方法

がん患者支援者の立場でさまざまな患者さんから相談を受けるがん関連の患者支援団体を通して調査協力を呼びかけ、協力の得られた4支援団体、4名に対して、平成30年7月5日にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタビュー参加者の4名は、各地域あるいは全国で患者支援団体を運営し、相談を受ける立場にある支援者であった。各患者支援団体の疾患や相談内容の特徴は、表1のとおりである。

表 1. フォーカス・グループ・インタビューに参加した患者支援団体の特徴

患者支援団体	主にカバーする地域	対応するがんの種類	対応する年齢層	相談内容の特徴
A.	県内	全般	全般	離島在住者が本島で治療を受ける相談あり
B.	県内	全般	全般	在宅緩和医療を受ける際などの相談あり
C.	全国	希少がん	全般	希少がんのため、診断までに複数の医療機関にかかる相談あり
D.	全国	全般	AYA 世代	若い故に、お金がない、誰に相談していいかわからない、診断が困難であることで複数の医療機関にかかる相談あり

フォーカス・グループ・インタビューは、約 90 分程度で、経済的困窮と患者が孤立する状態の 2 つのテーマについて「相談の場面で出会う“経済的に困窮している状態”と感じられる状況について具体的にあげてください」「“患者が孤立する状態”と感じられる状況について具体的にあげてください」と司会が投げかけ、自由にディスカッションしてもらい形式で、話の内容を録音し、逐語録を作成した。それぞれの状態について話された内容のうち、重要と考えられる要素や質問に取り入れる要素の抽出を行い、調査時点での質問項目案の更なる改善案の検討を行った。

(倫理面への配慮)

表 2. 経済的困窮や孤立する状態と感じられる事例や状況 (例)

<p>1. 経済的困窮がよく起こりやすいと感じられる事例や状況であげられたもの (例)</p> <p>1) 離島の居住者の場合に起こりやすいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 離島に治療施設 (放射線治療など) がない場合には、本土に行かざるを得ない。 ● 離島の場合には、本土に行くための交通費がかかる <ul style="list-style-type: none"> ➢ 行政や民間で離島の交通費助成を行うところがあるが、いずれも上限があり、1 万円程度と限られている ➢ 交通費以外にも、宿泊費、家族の付添費用などがかかるため、経済的負担は大きくなる ➢ 助成を受けるために申請書類が必要になる。医師に著名をもらう書式を使用しているがハードルが高いようである。紹介状のような形で費用を請求されることもある。 <p>2) 若年世代のがんで起こりやすいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 若年世代のがん、希少がんの場合には、診断がつくまでに複数の病院を回ることがある。そのたびに、検査費用がかかることがあり、支払い負担が増えることがある。 ● 若い世代は、医療保険に加入していないことも多い。 ● 若い世代の場合、貯金がなく親に頼る人もいるが、消費者金融などに手を出してしまう場合もある。金融についても知識が乏しい。 ● 若い世代は、介護保険が使えないため、ステージが進み、在宅療養したい場合に、高齢な親が年金しかなく対応しきれないといった相談を受けることもある。 <p>3) 希少がんで起こりやすいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 希少がんの場合に、専門の先生やセカンドオピニオンを聞きたい人も多いが、遠方まで交通費を払っていける人、行けない人がいる。 ● 治療薬が高額な場合、高額費療養制度はあるものの、処方され方により、本人負担が増えることがある。 ● 転職・退職で保険者が変更になると、高額費療養費の多数該当から外れ、支払額が増えてしまうことがある。 <p>4) 国の制度：生活保護申請を行うことで起こりやすいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 経済的に困窮な場合に、生活保護の申請をすることがあるが、申請に困難を伴うことがある。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 申請には、車を処分しなくては行けないが、そうすると診療に通えなくなってしまう。バスではつらいなど。
--

インタビュー前に、調査への参加は任意であり、参加しない場合でも不利益が生じないこと、調査内容は録音し、逐語録を作成すること、また逐語録作成にあたっては、個人が特定されないよう情報を加工し分析に用いることを説明し、文書による同意を得た上でインタビュー調査を行った。

C. 研究結果

経済的困窮があると感じられる事例や状況、孤立する状態と感じられる事例や状況について、それぞれにあげられ重要な要素として抽出された内容 (例) を表 2 に示した。また追加・修正質問項目案を表 3 に示した。

- 資産を手放さないと生活保護にはできないが、山はもっているからダメとか。山を売ろうにも買い手がなく売れないなど。
 - 生活保護には、保険を解約する必要があると言われる。保険を解約した場合に、残される子どもたちに残せるものがなくなるなど、保険を手放して最後の日々に最低限の生活を営むために生活保護を受けるか、生活保護を受けずにぎりぎりの生活で最後を送り、保険金を子供たちに残すかの選択を迫られるなど。
 - 生活保護の申請には、趣味を持っていたらだめなど、人として暮らしていくことが二の次に扱われてしまう。当然の権利のはずなのに、自業自得と言われているような感じ（印象）を受ける。治療の前に、人間としての尊厳があるように扱われていないように感じる。
2. 孤立する状態がよく起こりやすいと感じられる事例や状況であげられたもの（例）
- 患者会に来る人たちがいつも言うのは、「どこにも話す機会がなかったです」と言ってやってくる

表 3. 経済的困窮や孤立する状態を把握するための追加・修正した質問項目案

【質問案】 ※下線は、修正・追加した部分

1. 経済的困窮への対応

①問 医療費や交通費の負担のために、以下のようなことがありましたか。（当てはまるものすべてに○）

- 1.治療を変更した、または途中でやめた
- 2.受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送った
- 3.処方された薬を減らしたり、受け取らなかった
- 4.希望する医療機関の受診をあきらめた
- 5.家族が進学をやめた
- 6.食費を削った（←家族が進学をやめた、食費を削った を2つに分けた）
- 7.行政からの補助を受けた → 受けたものに○（傷病手当金、障害年金、生活保護、その他（ ））
- 8.民間からの補助を受けた → 受けたものに○（民間保険給付、民間での交通費補助、その他（ ））
- 9.貯金を切り崩した
- 10.親戚やほかの人から金銭的な援助を受けた
- 11.借金をした
- 12.車や家、土地などを手放した
- 13.その他（ ）

以下の②③の間については、1, 2および4, 5の選択肢の状況に差があるため、3を設けてはどうか。

②問 がんと診断される前の暮らしむきはいかがでしたか。

- 1.十分に余裕がある
- 2.まとまったものもだいたい買える
- 3.生活に特に不自由を感じていない
- 4.食べるものに精一杯でほかのことには回らない
- 5.食べるものもままならない

③問 現在の暮らしむきはいかがですか。

- 1.十分に余裕がある
- 2.まとまったものもだいたい買える
- 3.生活に特に不自由を感じていない
- 4.食べるものに精一杯でほかのことには回らない
- 5.食べるものもままならない

【質問案】

2. がんになっても孤立しない社会の成熟

④問 あなたはがんと診断されてから、家族からこれまでと違う見られ方や接し方をされ不用意に気を使われていると感じますか？（○は1つ）

- 1.よく感じる
- 2.ときどき感じる
- 3.どちらともいえない

- 4. あまり感じたことはない
- 5. まったく感じたことはない
- 6. 該当しない/わからない

②問 あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人（ゆうじん、知人など）からこれまでと違う見られ方や接し方をされ不用意に気がつかわれていると感じますか？（○は1つ）

問 あなたはがんと診断されてから、職場や学校などで、これまでと違う見られ方や接し方をされ不用意に気がつかわれていると感じますか？（○は1つ）

D. 考察

本研究では、医療機関とは異なる場で、がん患者から相談を受ける支援者に協力を依頼し、経済的困窮があると感じられる事例や状況、孤立する状態と感じられる事例や状況について、それぞれにあげられる重要な要素について抽出を行った。また、既存の設問に含まれていない要素を明確にした上で、設問の修正と改善を行った。地域の状況や若年世代のがん、希少がんで起こりうる特有の経済的な負担の状況が示され、そうした状況を反映した設問に洗練できたのではないかと考えられる。

一方で、今回のインタビュー調査でも示されたように、経済的な困窮の度合いとがん治療への影響を把握するためには、困窮状況の高い対象者については、質問紙などによる把握そのものが難しいとも考えられ、そうした状況も踏まえて質問紙以外の手法や把握方法などの検討も必要ではないかと考えられた。

さらに今後、高額ながん治療薬やがんゲノム医療の出現により、患者が治療や検査を受けるか受けないかといった意思決定に影響する状況は増えると考えられる。また経済的な背景により治療や検査を断念する状況も増えると考えられる。適切なタイミングでの情報提供や支援はますます重要になると考えられ、患者体験調査の中での把握していくことも必要になってくると考えられ

た。

E. 結論

がん患者の経済的な負担状況や孤立状況に関する情報を医療機関とは異なる場で支援する患者支援者より網羅的に把握し、がん患者体験調査に必要な設問を作成した。今後、既存の設問との比較を行い、より適切に把握できているかを評価していくことも重要である。また経済的な困窮状況の高いがん患者の状況については、質問紙以外の手法での把握や検討も行う必要があると考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

「患者体験調査」の欠測値の処理法等と次回調査の集計方法に関する研究

研究分担者 樋田 勉 獨協大学経済学部 教授

研究要旨

平成27年「患者体験調査」のデータを用いて、欠測データの処理方法の検討を行った。また、国の調査と都道府県の調査の集計値から、国全体の集計値と標準誤差を推定する方法について検討した。

A. 研究目的

本研究の目的は、(1)平成27年「患者体験調査」データの集計段階において、欠測データの処理方法を検討し次回調査データの分析に役立てること、及び、(2)次回調査における基本的な集計項目の計算方法を検討することである。

B. 研究方法

(1)については、単位無回答と項目無回答の処理方法を検討する。(2)については、患者体験調査が複雑な調査設計であることを考慮しつつ、国が行う調査の対象病院の集計値と、都道府県による追加調査の対象病院の集計値から、母集団全体の特性値の推定が理論的に適切に行えるか検討する。

(倫理面への配慮)

該当なし

C. 研究結果

(1)については、単位無回答は母集団情報に基づくカリブレーションウェイトを用いて補正し、項目無回答については多重代入法とウェイト調整によって補正を行う方法が利用可能で、精度向上に

効果が見られた。(2)については、平均や比率などの基本的な集計項目について

は、国が行う調査の集計値と都道府県が行う調査の集計値を利用して、母集団の推計式が導出できた。

D. 考察

(1)から、次回調査において、ウェイトのカリブレーション等の処理により推定精度の向上を図ることが可能と考えられる。(2)から、すべての個票データをプールして利用できない場合にも、基本的な集計項目について都道府県独自調査を集計に活かすことが可能である。

E. 結論

次回調査では母集団情報や補助情報を推計や欠測値処理に利用して、推定精度を向上させることが可能と考えられる。また、基本的な集計項目については、都道府県独自調査を、母集団推定に活用することが可能である。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合委研究事業）
分担研究報告書

「患者体験調査（成人版）」および「患者体験調査（小児版）」の設計と作成

研究分担者 脇田 貴文 関西大学 社会学部 教授

研究要旨：平成 27 年に実施された「患者体験調査」に関して心理計量学的視点から再検討を行った。その結果をもとに、平成 30 年度から実施している「患者体験調査」の調査票の設計を行った。また、小児がん患者を対象とした「患者体験調査（小児版）」の設計を行った。

A. 研究目的

平成 27 年に実施された「患者体験調査」に関して、すでに報告されている結果に対して因子分析などの手法を用いて再分析を行った。

平成 30 年度に実施する「患者体験調査」では、回答のしやすさ（レイアウト・教示・項目内容）、心理的変数を考慮にいれることができるよう調査票の改訂を行った。

また、小児がんを対象とした「患者体験調査」に関しても成人版の「患者体験調査」基に、小児がんの治療等の状況を把握するために適した調査票の設計を行った。

B. 研究方法

1. 平成 27 年「患者体験調査」の再分析

平成 27 年「患者体験調査」から、心理的な変数を抽出し、因子分析など心理計量学的検討を行った。

2. 平成 30 年「患者体験調査」調査票の作成

平成 27 年「患者体験調査」のデータとの比較可能性も担保しつつ、妊孕性など新たな項目の作成を行った。はじめに、専門家の意見を基に作成された項目に関して、心理計量学・心理調査法の観点から調整を行った。

患者インタビュー、専門家の意見を踏まえて最終調整を行った。

3. 平成 30 年「患者体験調査（小児版）」調査票の作成

2 の成人版と同様の手続きで作成を行った。

（倫理面への配慮）

本研究に関しては、個人情報等は取り扱わないので、通常の研究倫理に基づき、研究を遂行した。

C. 研究結果

1. 平成 27 年「患者体験調査」の再分析

因子分析等の心理計量学的分析を行ったが、調査設計段階でそのような分析をすることを想定されていなかったため、必ずしも新たな知見が示唆されるものではなかった。その結果を踏まえ、平成 30 年「患者体験調査」の設計を行った。

2. 平成 30 年「患者体験調査」調査票の作成

専門家の意見、患者インタビューなどを経て最終的な調査票を完成した。現在データの収集がなされている。

3. 平成 30 年「患者体験調査（小児版）」調査票の作成

専門家の意見、患者インタビューなどを経て最終的な調査票を完成した。現在データ

の収集がなされている。

E. 結論

これまでに蓄積された調査データも活かし、新たな「患者体験調査」および「患者体験調査（小児版）」の設計を行った。令和元年度にデータ収集の完了、分析結果の報告を行う。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
 なし
2. 実用新案登録
 なし
3. その他
 なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合委研究事業）
分担研究報告書

患者診療体験調査の WEB 調査化の可能性に関する研究

東 尚弘 国立がん研究センター がん対策情報センター がん臨床情報部部長
仁科有加 国立がん研究センター がん対策情報センター がん臨床情報部研究員

研究要旨

国立がん研究センターでは、がん診療の評価を目的とし、2015 年より質問紙法による患者体験調査を行っている。本調査では、従来の質問紙を用いた郵送調査からインターネットを介して行うウェブ調査への移行の実現可能性について検討した。実際の患者体験調査の質問内容をもとに調査票を作成し、がん罹患歴のあるモニター患者 1165 名を郵送調査またはウェブ調査にランダム割り付けし、両群間での調査参加率や回答率、回答内容などについて比較を行った。その結果、ウェブ調査群では回答に要する時間が短く、誤回答が少ないという結果が得られた。一方で、現状において対象者の主観的な考えを問う設問では、消極的な回答が多い傾向が見られた。ウェブ調査は、郵送調査に比較すると質問票の配布や回収が簡便で、インターネット利用率の高まる状況下においては、回答者および分析者の負担を軽減し、効率のよい調査方法であると思われたが、実際の導入を検討するにあたり、郵送調査との回答傾向の差異や、ウェブ調査への参加を積極的に選択しなかった集団についての背景やその要因についても十分な考察と対策を検討することが必要である。

A. 研究目的

本研究は、第 3 期がん対策推進基本計画に基づいて、がん診療の評価目的に行われる患者診療体験調査が、従来の郵送調査によって行われているのに対し、将来的なウェブ調査への移行の実現可能性について検討するものである。患者体験調査はがん対策の継続的な評価を目的として行われているが、多くの患者を対象としており、回答者のみならず分析者の負担を軽減しつつ迅速に調査および集計を行い、持続可能な指標の測定方法を構築していくことが重要

である。従来の郵送調査とウェブ調査を比較し、調査参加率や、回答率、回答時間、その他の設問への回答傾向など、それぞれの差違を評価し、将来的な患者体験調査のウェブ化の実現性について考察を行う。

B. 研究方法

本調査の対象は、インターネット調査会社に登録しているリサーチモニターのうち、登録情報にがん罹患歴を自己申告している 20 歳以上の者で、郵送またはオンラインのいずれかによる調査への参加に同意した集団である。この集団を郵送調査またはウェブ調査にランダム割り付けし、郵送調査の対象となったパネル患者には調査票を送付、ウェブ調査に割り付けられたパネル患者には電子メールにてアンケート調査用のリンクを配布した。調査会社の規定に則り、郵送調査に協力したモニターには 200 円分、ウェブ調査では 70 円相当の報酬が設けられた。

対象人数は、調査における予算的制約、および有意水準を 5%、検出力を 80%とし、重要なパラメータについて 10%の差を見込んで、有効サンプル数が各グループに 388 名ずつ、合計約 800

名が最適であると算出した。両群の人数を確保するため、郵送調査群 600 人に調査用紙を配布し、ウェブ調査では 565 名に質問票のリンクを送信した。いずれの調査方法でも匿名で行われた。

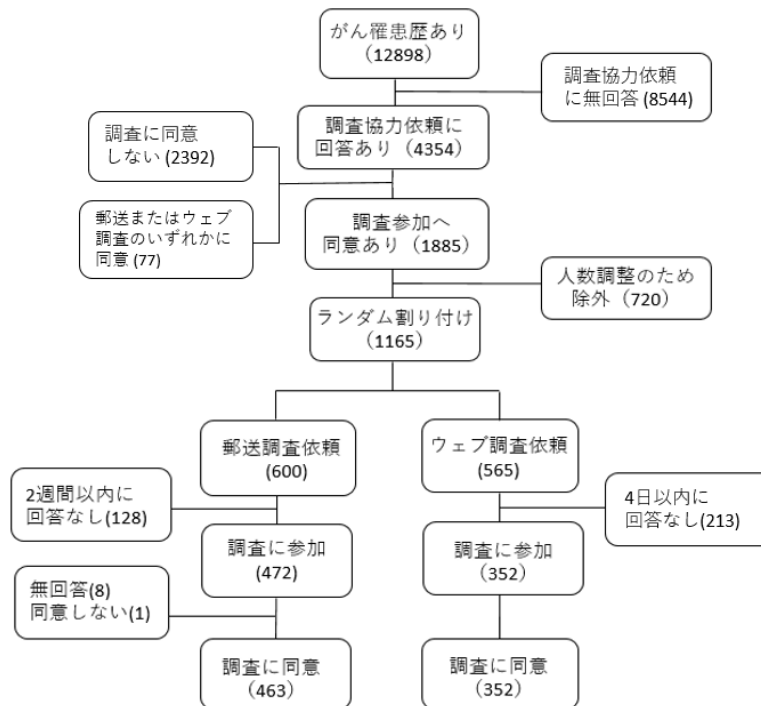
本研究で収集するデータは、調査対象者の患者の生誕年、性別、がん種、ステージなどのほか、受診から診断にかかったおおよその時間、また患者個人のがん診療を通じての具体的な体験に関わる情報であり、選択肢形式で回答を集計するほか、自由意見欄を設けた（巻末資料のアンケート用紙を参照）。調査票の質問内容は、平成 30 年に実際の患者診療体験調査で使用した質問票を元に、大問 34 問を設定した。

C. 研究結果

調査対象者は、がんの罹患歴があり本調査に郵送調査またはウェブ調査のいずれでも参加できると表明したモニター患者のうち、を郵送調査群とウェブ調査群にランダムに割り付けし、それぞれ 600 名と 565 名に調査依頼を行った。その結果、郵送調査では 472 名が 2 週間のうちに回答を返送し、ウェブ調査では、352 名が 4 日以内に回答を提出し、必要サンプル数を満たした時点で回答の回収を終了した。郵送調査群では調査票を返送した 472

名中 463 名が調査票内の質問に対し「調査参加に同意する」と回答した。ウェブ調査群では調査設問において参加に同意しないと回答した場合は調査を続行することができないため、回答を送信した 352 名全員が調査に参加すると回答している【図 1】。その結果、郵送調査での 2 週間以内の回答率は 78.7%、ウェブ調査での 4 日以内の回答率は 62.3%であった。ウェブ調査においては、回答者 352 名のうち 75%にあたる 264 名の回答が、調査開始当日に回収された。両群における設問への回答率は、全員が回答可能な小問を含む 47 問について、郵送調査で 98.3%、ウェブ調査で 99.1%であった。調査の参加に同意した郵送調査 463 名と、ウェブ調査 352 名の特性を表 1 に示す。両群の平均年齢は 58.7 歳と 57.3 歳であり、層別の年齢分布は両群に統計学的な差は認めなかった。男性の比率はそれぞれ 50.1%と 48.3%であり、両群間での患者背景は、病期分類にばらつきがあるものの年齢や性別に偏りはなく、両群で同様の回答が得られると予想された。しかし、一部の設問において統計学的に有意差が認められ、その結果を【表 2】にまとめた。そのほかの設問に対する両群の回答傾向の比較は【付録 1】に記載した。

【図1 調査対象者 調査参加までのフローチャート】



同意の程度を 5 段階で問う形式の質問では、「ある程度そう思う」「とてもそう思う」を有意な同意回答とし、両群での比較を行った。まず、Q10 の「病気や療養生活について相談ができたか」という設問に対し、ウェブ調査群では郵送調査群に比べ「相談を必要としていた」割合が有意に低かった(59.7% vs 77.9%, $p < 0.001$)。さらに、「相談を必要とした」人のうちでは、「相談を必要とし、相談できた」と回答した割合はウェブ調査群が郵送調査群を下回る結果であった(81.5% vs 94.3%, $p < 0.001$)。選択した治

療方法については、ウェブ調査群で満足度の低い評価であった(66.0% vs 74.2%)。Q14 の「治療の妊孕性への影響について説明を受けたと回答しているのはウェブ調査群で有意に低い結果であった(65.5% vs 78.5%, $p < 0.001$)。Q16 の経済的な理由で治療変更を行った割合は両群に差はなかったものの、経済的な余裕があれば希望した治療として、ウェブ調査群の回答者の 42.3%が保険診療外の治療を選択し、郵送調査群で保険外診療を選択したのはわずかに 4%のみであった。

【表 1 郵送およびウェブ調査の回答者の特性】

		WEB 調査 (n=352)	郵送調査 (n=463)	P-value ¹
調査依頼人数 N(%)		565	600	
調査参加人数 N(%)		352	472	
参加率 (%)		62.3%	78.7%	
調査同意人数 N(%)		352	463	
同意率 (%)		100%	98.10%	
性別 N(%)	男性	170 (48.3)	241 (50.1)	
	女性	182 (51.7)	222 (48.0)	
	合計	352	463	0.29
年齢 N(%)	20-29	4 (1.1)	4 (0.9)	
	30-39	22 (6.3)	28 (6.1)	
	40-49	84 (23.9)	82 (18.0)	
	50-59	92 (26.1)	125 (27.4)	
	60-69	77 (21.9)	103 (22.6)	
	70-79	66 (18.8)	0.3 (22.6)	
	80 以上	7 (2.0)	11 (2.4)	
	無回答	0	7	
	合計	352	463	0.51
平均年齢 (歳)		57.3	58.7	
病期分類 N(%)	0	53 (15.1)	66 (14.3)	
	I	99 (28.1)	158 (34.1)	
	II	81 (23.0)	78 (16.9)	
	III	58 (16.5)	49 (10.6)	
	IV	18 (5.1)	26 (5.6)	
	不明	43 (12.2)	79 (17.1)	
	合計	352	456	0.012
罹患歴のあるがん種 (%) (複数回答) ²	乳がん	75 (21.3)	74 (16.0)	0.055
	大腸がん	67 (19.0)	64 (13.8)	0.054
	胃がん	33 (9.4)	45 (9.7)	0.905
	肺がん	15 (4.3)	17 (3.7)	0.718
	肝臓がん	5 (1.4)	9 (1.9)	0.787
	前立腺がん	19 (5.4)	32 (6.9)	0.466
	子宮がん	28 (8.0)	44 (9.5)	0.458
	卵巣がん	6 (1.7)	11 (2.4)	0.624
	食道がん	7 (2.0)	12 (2.6)	0.645
	すい臓がん	2 (0.6)	4 (0.9)	0.704
	口腔咽頭喉頭がん	9 (2.6)	8 (1.7)	0.463
	甲状腺がん	18 (5.1)	18 (3.9)	0.492
	悪性リンパ腫、白血病	19 (5.4)	15 (3.2)	0.157
	骨軟部腫瘍	3 (0.9)	5 (1.1)	1.00
	脳腫瘍	3 (0.9)	3 (0.7)	1.00
	膀胱がん	10 (2.8)	9 (1.9)	0.484
	精巣腫瘍	8 (1.6)	5 (1.1)	0.259
	原発不明がん	0 (0.0)	0 (0.0)	-
	その他	59 (16.8)	95 (20.5)	0.206

1. P-value は Fisher's 正確検定を使用して算出した。

2. 罹患歴のあるがん種については 5 年以上前の既往を含む

Q16の経済的な理由で治療変更を行った割合は両群に差はなかったものの、経済的な余裕があれば希望した治療として、ウェブ調査群の回答者の42.3%が保険診療外の治療を選択し、郵送調査群で保険外診療を選択したのはわずかに4%のみであった。Q17では経済的負担による影響について尋ねたが、ウェブ調査では日常の食事、医療費を節約する、受診の期間を延期する、治療費を安価なものに変えるなどの回答が多く、また、郵送調査に比して、親せきや他人からの金銭的援助を受けていない傾向が見られた。

Q18で主治医以外に相談しやすいスタッフがいると回答したのは、ウェブ調査で有意に多い結果であった(50.7% vs 39.4%, $p=0.001$)。また、治療および診断について10段階での総合評価は、ウェブ調査群でより高いスコアとなった(8.76 vs 7.98)。Q25、治療と仕事の両立のために利用したものはウェブ調査群で相談窓口の利用率が高く、在宅勤務や、試し出勤などもより活用していることがわかった。

D. 考察

1. 調査に参加した集団について

調査対象者は、インターネットの調査会社に自ら登録したモニター患者あり、郵送調査およびウェブ調査のいずれにも参加可能であると意思表示した者である。そのため、今回の対象者はすでにウェブ調査に参加した経験がある可能性があり、インターネットの利用に不慣れ、またはインターネットへのアクセスがないなど、ウェブ調査の回答に支障があるケースは実際の調査対象群よりも低い可能性があることを考慮する必要がある。また、郵送調査群およびウェブ調査群はランダムに割り付けられているものの、とくにウェブ調査群においては、回答の受付期間が4日間と短期間であるために、早期に回答を終えることが可能であった対象者に限定されているということも注意すべき点である。

Q29, Q30における、支援センターまたはピアサポートについて「知っている」と回答した人のうち、これらのサービスを利用した割合は、いずれもウェブ調査群で有意に多い結果となった(17.8% vs 8.2%, 21.4% vs 4.7%)。

その他、Q33, 34の意識調査に関する設問では、Q33-2「家族以外の周囲に負担や迷惑をかけている」、Q33-3「がんの診断後、不必要に周囲から気を使われていると感じる」、Q33-4「がんに対する他人からの偏見を感じる」の問いに対し、ウェブ調査群では「ある程度そう思う」または「とてもそう思う」と回答した割合が多かった(28.1% vs 19.7%, $p=0.005$, 13.9% vs 9.1%, $p=0.031$, 13.2% vs 4.6%, $p=0.002$)。Q34-1「身体の苦痛を和らげる支援が十分にある」という回答についてはウェブ調査群で同意回答が多かったものの(44.0% vs 36.4%, $p=0.027$)、Q33-7「自分らしい日常生活を送れている」については、ウェブ調査群において同意回答率が下回る結果であった(57.7% vs 67.5%, $p=0.004$)。

実際に2015年に国立がん研究センターで行われた患者体験調査の調査対象者の平均年齢、65.3歳と比較すると、今回の調査対象者の平均年齢58.1歳よりもおよそ7歳年齢が低く[指標に見る我が国のがん対策, 2014]、年齢の高い層が今回の診療体験調査の母集団に含まれていない可能性がある。総務省によると日本国内のインターネット利用率は2015年時点で83%とこの10年間で上昇傾向にあるが[総務省, 2015]、ウェブ調査に参加可能な集団をとらえるためには、今回の調査に参加を表明しなかった集団についての特性や障壁となりうる状況について把握する必要がある。

【表2 ウェブ調査と郵送調査の回答比較】(P<0.05未満のものを抜粋)

	ウェブ調査 (n=352)	郵送調査 (n=463)	P-value ¹	
回答時間 (分)	15	17.3		
回答率 (47問中) ²	99.1	98.3		
Q4.がん治療を行った	344 (97.7)	461 (99.8)	0.024	
Q9.確定診断から治療開始までの期間	診断前に治療開始 2週間未満 2週間-1か月 1か月以上3か月未満 3か月以上6か月未満 6か月以上 治療なし わからない (無回答)	13 (3.7) 85 (24.2) 116 (33.0) 99 (28.1) 18 (28.1) 10 (2.8) 4 (1.1) 7 (2.0) 0	35 (7.6) 98 (21.3) 128 (27.8) 164 (35.6) 21 (4.6) 7 (1.5) 6 (1.3) 2 (0.4) 2	0.016
Q10.病気の相談を必要としていた 病気の相談を必要とし、相談できた	200 (59.7) 163 (81.5)	331 (77.9) 312 (94.3)	<0.001 <0.001	
Q13-2.治療選択に納得している	221 (66.0)	316 (74.2)	0.014	
Q14.妊孕性への影響について説明があった	228 (65.5)	357 (78.5)	<0.001	
Q16.経済的裕があれば行いたい治療	回答数 14 保険診療範囲外の治療 6 (42.9) 保険診療範囲内の治療 7 (50.0) わからない 1 (7.1)	回答数 25 1 (4.0) 22 (88.0) 2 (8.0)	0.010	
Q18-9.主治医以外に相談しやすいスタッフがいた	178/352 (50.7)	181/461 (39.4)	0.001	
Q21.治療・診断の総合評価 (点)	8.76	7.98		
Q29.支援センターを知っており、利用した	32/180 (17.8)	22/268 (8.2)	0.002	
Q30.ピアサポートを知っており、利用した	15/70 (21.4)	5/106 (4.7)	0.001	
Q33-2.家族以外の周囲に負担(迷惑)をかけている(%) ³	99 (28.1)	91 (19.7)	0.005	
Q33-3.周囲に不必要に気を使われていると感じる(%)	49 (13.9)	42 (9.1)	0.031	
Q33-4.がんに対する他人の偏見を感じる (%)	36 (13.2)	21 (4.6)	0.002	
Q33-7.自分らしい日常生活を送れている (%)	203 (57.7)	312 (67.5)	0.004	
Q34-1.身体の苦痛を和らげる支援が十分にある (%)	155 (44.0)	168 (36.4)	0.027	

1. P-valueはカイ二乗検定およびFisher's正確検定を用いて算出した。
2. 回答率は全員が回答可能な小問を含む47問について算出した。
3. Q18-9およびQ33-2からQ34-1は「ある程度そう思う」または「とてもそう思う」とそれ以外の回答で両群を比較した。

2. 調査参加率および回答時間について

調査依頼から回答回収までに要した時間は、調査手段により回収方法が異なり、郵送調査群で2週間、ウェブ調査群では4日間と差があるものの、それぞれの期間における回収率は70.7%と62.3%であった。調査対象者は、郵送調査群およびウェブ調査群にランダム割り付けされる前に本調査への参加を表明しているため、両群ともに調査票の回収率は一般の患者を対象とした場合より高いと推測できるが、調査に関心のある対象群においては、ウェブ調査群において、より短時間で回答を回収できると可能性がある。さらに、34問の大問を含む今回の調査票において、回答を終了するまでに要する時間は、ウェブ調査

群で2分ほど短く、返送のために調査票を投函する手間が省けるなど、郵送調査に比して短時間で作業を終了することができ、回答者にとって調査に要する時間と労力を節約することと言える。しかしながら、ウェブ調査において設問を十分に理解するまで精読していない、または回答の選択肢を十分に考慮していない傾向があることも指摘されており、短時間で回答できていることが必ずしもメリットではないことに注意する必要がある[MIURA, 2015]。一方で、ウェブ調査では郵送調査に比較して回答の回収率が低いこともこれまでの調査でわかっており[Shibuya, 2015]、どのような集団がウェブ調査に回答しなかったか、参加の意思はあったものの回答プロセスにおいて問題があり回答提出に至らなかったのか、など具体的な理由を見出すた

めの調査もウェブ調査の導入を検討するにあたり必要と思われる。また、調査の予告を行う通知メールや回答忘れを防ぐためのリマインダーメールを送信することによって調査参加率が向上する可能性があり [KAPLOWITZ, 2004]、これらの介入によりどの程度の改善がみられるかを調査することも、ウェブ調査の実現性を評価するために検討すべき調査と言える。

3. 設問への回答率について

設問への回答率は全員が回答可能な小問を含む 47 問について、郵送調査群で 98.3%、ウェブ調査群で 99.1%とわずかにウェブ調査群で回答率が上回るものの、両群で大差は認められなかった。しかし、郵送調査群においては、択一問題に対し複数回答しているケースが 56 か所で認められ、中には、Q5「現在のがん治療について」の質問に対し、「治療を終了し、通院も終了している」と「治療中」の 2 つの選択肢を同時に選択するなど、設問を十分に理解していないと思われる回答が見られた。これについては、ウェブ調査においては、択一問題で 2 つ以上の回答を選択できないように設定されているため、分析時に混乱を招くことなく対応が容易になる。そのほか、Q11 のセカンドオピニオンについての質問で、「担当医から説明を受けていない」と回答した場合は、さらに追加の質問が用意されており、ウェブ調査では全員が追加質問にも回答していた一方で、郵送調査では追加質問まで回答したのは 69.5%であった。今回の質問票のように、質問の構成がやや複雑で、誤解や見落としを招く可能性のある場合には、ウェブ調査票で回答方法を制限することにより、回答者が設問の意図に沿った回答するよう誘導し、回答者および分析者にとって負担の軽減と、より精度の高い情報を収集することが可能である。また、大問 34 問後の自由記入欄の利用率は、ウェブ調査で 34.9%、郵送調査では 47.7%であり、郵送調査においてより個人の意見や体験を聞き入れやすいと考えられる結果であった。

4. 回答内容について

Q33-34 の回答者の現状について主観的な回答を尋ねる設問では、「家族以外の周囲に迷惑をかけている」や「周囲から不必要に気を使われている」、「がんに対する偏見を感じる」に同意する回答がウェブ調査群で多く認められ、より消極的な回答が得られる傾向にあった。「自分らしい日常生活を送れている」の問いに積極的に同意を示さなかった回答もウェブ調査群に多い結果であった。この傾向については、ウェブ調査に参加した回答者がより消極的な思考を持つ集団であるか、またはウェブ調査という調査様式が消極的な回答を導きやすい傾向にあるか、という 2 つの可能性が考えられる。

郵送調査とウェブ調査を比較したある研究において、幸福感や未来展望などに関連すると報告されている自己効力を心理学的に評価した場合、調査方法の違いによる影響は認められないと結論付けられている [Shibuya, 2015]。一方で、ウェブ調査と電話調査を比較した研究では、ウェブ調査群においてより生活水準が低いと感じる、経済的に困難があると回答する傾向にあり [Keeter, 2015]、現時点では研究によって一定の結果が得られていない印象である。今回の調査に参加した両群においては、最終的に調査に参加した回答者の背景に相違があった可能性も考えられ、どのような背景のある集団で消極的な回答を選択する傾向にあったか、より詳細な調査が必要である。一方で、ウェブ調査に関する特徴について行われた別の研究では、特に報酬が得られるウェブ調査の場合、最小限の労力で回答を終了させようとする傾向がみられ、特に Q33 のような 5 段階で評価を求める質問では、最初に現れる選択肢を回答したり、スケールの中点を選択するなど回答者の低関与の傾向がみられると指摘している。このように回答様式に影響を受けやすい集団には、質問の内容に関連する事柄に潜在的な不安感を抱いているなどの特徴が確認されているが、質問数の多さに厭気を感じて一時的に非協力的な回答傾向を示す場合もあるという [MIURA, 2015]。これについては、スケールを使用した設問に、設問および選択肢を精読していなければ適切な回答ができないような問題を混ぜ

ることで、回答者の回答傾向を見ることができ。ただし、郵送調査においても、択一問題で複数回答を行うなどの誤回答が見られていたことから、設問の量を減らす、より分かりやすく簡潔な文章に変えるなどの工夫も必要である。また、回答途中でみられる「厭気」の可能性については、設問の順番を変えるなどして同様の回答傾向が再現されるかどうかを比較することが可能である。そのほか、マンネリ化を予防する対策として、スケールを利用した設問を連用しないことも有効と考えられる。実際の患者体験調査においては、調査参加に伴う報酬がないことから、調査の目的と参加することによる意義回答者に十分に理解させることによって、調査参加への動機づけを行い、より適切な回答を行うよう工夫することも可能である [Krosnick, 2010]。

Q10では、郵送調査群において治療開始までに周囲に相談を行ったとする回答が多いものの、相談相手を比較すると、医療従事者を選択したのはウェブ調査群で57.0%、郵送調査群で45.3%であった。また現在の状況についてQ33-Q34の結果より、相談内容を医療スタッフに話すことができ、支援センターやピアサポートなどの利用率が高かったのはウェブ調査群であったことから、ウェブ調査群においてより医療サポートを利用している傾向にあると推測することができる。

5. ウェブ調査の実現性について

今回の調査では、ウェブ調査群の回答率が郵送調査群に比較して劣るものの、回答の回収期間を考慮すると、短期間で回答の回収を行うことができる可能性があり、回答に要する時間も短いことが分かった。また、郵送調査でみられた誤回答を防ぎ、より多くの患者から精度の高い情報を収集しスムーズに解析を行うことで、継続的に今後のがん治療の評価を行うという目的においては、ウェブ調査を利用した調査は今後重要性を増すと思われる。その反面、技術的または物理的な理由でウェブ調査に参加できない、または何らかの支障があり積極的に利用を希望しない集団が調査対象群に存在している可能性は高く、ウ

ェブ調査の導入にあたっては、郵送調査で回答する選択肢を残すなど段階的な導入を行うなどの工夫が必要である。さらに、一部の設問において認められた調査方法による回答傾向の差異については、サンプルの属性の違いや、調査様式が回答者に及ぼす影響について、より詳細な調査が必要である。

E. 結論

国立がん研究センターで行われている患者体験調査を、メールを介したウェブ調査と従来の質問紙を用いた郵送調査の2通りで行い、回答者及び、回答の内容について比較を行った。その結果、ウェブ調査では誤回答を減らし、短時間で回答を収集できる可能性がある一方で、患者の現状を問う主観的な問いに対しては、治療への苦痛や家族の負担など、消極的な回答が認められることが分かった。しかしながら、ウェブ調査では回答に惰性がみられるなどの研究結果もあり、モニター患者で比較を行うことの限界も見られた。しかしながら、この回答傾向が回答者集団の特徴に由来するものであるか、調査方法そのものに要因があるか明確ではなく、回答に至らなかった集団についての考察や、調査方法自体が与える影響について、より詳細な調査が必要である。

また、今回の調査への参加を積極的に希望しなかった集団が、ウェブ調査の参加に何らかの支障を持つ集団である可能性は高く、ウェブ調査の問題点を明らかにする目的で、参加を躊躇した理由について検討する必要がある。現時点ではウェブ調査の導入にはより詳細な情報が必要であるが、両者の差異を理解することによって、全国規模で行われている患者体験調査が、郵送調査からウェブ調査へ移行することが可能であると考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表

(書籍)

1. Takahiro Higashi Chapter 1 Epidemiology in Gastrointestinal Stromal Tumor. (Edited by Yukinori Kurokawa, Yoshito Komatsu) Springer 2018

2. 日本疫学会 はじめて学ぶやさしい疫学改訂第3版 (17章 診療関連データベース 東 尚弘) 南江堂 2018年9月

(雑誌)

1. Rikitake R, Tsukada Y, Ando M, Yoshida M, Iwamoto M, Yamasoba T, Higashi T. Use of Intensity-Modulated Radiation Therapy for Nasopharyngeal Cancer in Japan: Analysis Using a Nationwide Database. *Jpn J Clin Oncol*. 2019 (in press)

2. Higashi T, Watanabe T, Iwamoto M, Mikami M. The Use of Sensitive Imaging Modalities for Cervical Cancer Staging in Japan, *Global Journal of Health Science* 2019 (11):3, 75-82

3. Matsumura S, Ozaki M, Iwamoto M, Kamitani S, Higashi T, Toyama M, Bito S, Waza K Development and Pilot-testing of Quality Indicators for Primary Care in Japan *JMA Journal* 2019 in press

4. Motoyama S, Maeda E, Yano M, Yasuda T, Ohira M, Doki Y, Toh Y, Higashi T, Matsubara H. Appropriateness of the institute certification system for esophageal surgeries by the Japan Esophageal Society: evaluation of survival outcomes using data from the National Database of Hospital-Based Cancer Registries in Japan. *Esophagus* 2019 Jan;16(1):114-121.

5. Ozaki M, Matsumura S, Iwamoto M, Kamitani S, Higashi T, Toyama M, Bito S, Waza K. Quality of primary care provided in community clinics in Japan. *Journal of General and Family Medicine* 2018;20(2):48-54.

6. Sakakibara N, Higashi T, Yamashita I, Yoshimoto T, Matoba M. Negative pain management index scores do not necessarily indicate inadequate pain management: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2018 Aug 24;17(1):102

7. Okuyama A, Higashi T. Patterns of cancer treatment in different age groups in Japan: An analysis of hospital-based cancer registry data, 2012–2015. *Jpn J Clin Oncol*. 2018 May

1;48(5):417-425. doi: 10.1093/jjco/hyy032.

8. Hamamoto Y, Sakakibara N, Nagashima F, Kitagawa Y, Higashi T. Treatment selection for esophageal cancer: evaluation from a nationwide database. *Esophagus* 2018 Apr;15(2):109-114

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

(参考文献)

KAPLOWITZD. MICHAEL. (2004). A COMPARISON OF WEB AND MAIL SURVEY RESPONSE RATES. *Public Opinion Quarterly*.

KeeterScott. (2015). From Telephone to the Web. The Challenge of Mode of Interview Effects in Public Opinion Polls. Pew Research Center.

KrosnickA. & Presser, S.J. (2010). Question and questionnaire design.

MIURAAAsako. (2015). Mechanical Japanese: Survey satisficing of online panels in Japan. *Social Psychology Research*.

PresserA. Krosnick and StanleyJon. (日付不明). Question and questionnaire design. *Handbook of survey research* (2nd ed.). Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited. pp. 263-314. .

ShibuyaYasuhide. (2015). A Direct Comparison Between A Web Survey And A Mail Survey.

指標に見る我が国のがん対策. (2014). 国立がん研究センター がん対策情報センター.

総務省 . (2015). 参照先 :
[http://www.soumu.go.jp/johotsusintok
ei/whitepaper/ja/h28/html/nc252110.h
tml](http://www.soumu.go.jp/johotsusintok
ei/whitepaper/ja/h28/html/nc252110.h
tml)

【付録1 回答内容について】

	ウェブ調査 (n=352)	郵送調査 (n= 463)	P-value
Q4.がん治療を行った (無回答)	344 (97.7) 0	461 (99.8) 1	0.005
Q5. 現在の治療	治療・通院を終了 治療終了し、定期通院 治療中 治療していない (無回答)	151 (32.7) 224 (48.5) 77 (16.7) 10 (2.16) 1	0.205
治療中の場合、治療内容 (複数回答可)	回答数 54 手術 6/54 (0.11) 内視鏡治療 0/54 (0.00) 化学療法 22/54 (0.41) ホルモン療法 27/54 (0.41) 放射線治療 4/54 (0.07) 緩和治療 2/54 (0.04) その他 5/54 (0.09)	回答数 77 4/77 (0.05) 1/77 (0.01) 24/77 (0.31) 46/77 (0.60) 3/77 (0.19) 2/77 (0.03) 6/77 (0.08)	0.665
Q8.初診から確定診断までの時間	2週間未満 2週以上1か月未満 1か月以上3か月未満 3か月以上6か月未満 6か月以上 わからない (無回答)	130 (36.9) 100 (28.4) 65 (18.5) 23 (6.5) 67 (8.3) 19 (2.4) 7	0.332
Q11.セカンドオピニオンについて担当医から話があった 担当医から話はなかったが、自分や家族から尋ねた	86/335 (25.7) 24/249 (9.6)	96/423 (22.7) 22/294 (7.5)	0.341 0.369
Q12.セカンドオピニオンを受けた	48/335 (14.3)	52/423 (12.3)	0.515
Q13-1.医療スタッフから治療に関する十分な知識を得られた	205/335 (61.2)	275/424 (64.9)	0.298
Q14-1.妊孕性について医師から説明はないものの説明を必要としていた。	19/228 (8.3)	26/361 (7.2)	0.615
Q14-2.妊孕性への影響の説明内容	回答数 100 妊孕性には影響がない 19 (19.0) 妊孕性への影響と予防・温存方法について 23 (23.0) 妊孕性への影響と予防・温存は不可能 18 (18.0) 妊孕性への影響のみで予防・温存については説明なし 26 (26.0) わからない 14 (14.0)	回答数 90 16 (17.8) 29 (32.2) 10 (11.1) 31 (34.4) 4 (4.4)	0.068
Q15.不妊対策のための予防・温存を行った	7/348(2.0)	11/449 (2.5)	0.533
Q16.経済的理由で治療を変更したことがある	14/352 (4.0)	25/462 (5.4)	0.343
Q17. 経済的理由で行ったこと (複数回答可)	日常の食費、医療費を削った 36 (10.2) 受診の間隔を延期した 13 (3.7) 処方薬や治療法を安いものにした 17 (4.8) 治療頻度や薬を無断で減量した 5 (1.4) 貯金を切り崩した 58 (16.5) 家族や自分が働いて賄った 9 (2.6) 親戚や他人から金銭的援助 12 (0.6) 車、家、土地の売却または転居 2 (0.6) 家族の進学先を変更した 2 (0.6) そのほか 6 (1.7) 上記のようなことはない 255 (72.4) わからない 6 (1.7)	27 (4.2) 10 (1.6) 11 (2.4) 4 (0.9) 69 (14.9) 4 (0.9) 23 (5.0) 2 (0.4) 0 (0.0) 9 (1.9) 359 (77.7) 1 (0.2)	0.024* 0.206 0.079 0.511 0.559 0.087 0.300 1.000 0.186 1.000 0.101 0.047*
Q18-1.治療スケジュールに関する情報を十分に得られた	228/352 (64.8)	298/461 (64.6)	0.969
Q18-2.治療による副作用の予測ができた	201/352 (57.1)	254/460 (55.2)	0.592
Q18-3.治療にあたりスタッフと十分に対話ができた	202/352 (57.4)	260/461 (56.4)	0.778
Q18-4.医療スタッフが傾聴してくれた	214/352 (60.8)	275/461 (59.7)	0.742
Q18-5.治療において要望を尊重してもらえた	224/352 (63.6)	301/460 (65.4)	0.595
Q18-6.つらい症状に速やかに対応してもらえた	212/352 (60.2)	298/456 (65.1)	0.158
Q18-7.医療スタッフは情報共有を十分に行ってくれた	213/352 (60.5)	257/459 (56.0)	0.196
Q18-8.専門的な医療を受けることができた	253/352 (71.9)	319/461 (69.2)	0.407
Q18-9.主治医以外に相談しやすいスタッフがいた	178/352 (50.6)	181/461 (39.3)	0.001

Q18-10.これまで受けた治療に納得している	251/352 (71.3)	348/460 (75.7)	0.163
Q18_admission.治療中に入院歴がある	301/352 (85.5)	380/460 (82.6)	0.265
Q18_11 入院中に生活上の注意点について医療スタッフから情報を十分に得た	203/301 (67.4)	262/391 (67.0)	0.904
Q18_transfer.がん治療中に転院歴がある	46/352 (13.1)	56/444 (12.6)	0.849
Q18-12.紹介先の医療機関を支障なく受診できた	36/46 (78.3)	72/86 (83.7)	0.438
Q18-13.希望通りの医療機関に転院できた	34/46 (73.9)	66/84 (78.6)	0.547
Q19. 治療中または治療後の外来で疼痛の有無について問われた	198/352 (56.3)	262/461 (56.8)	0.802
Q20.がん治療による外見の変化について相談を必要としていた	111/352 (31.5)	120/462 (26.0)	0.081
外見の変化について相談を必要としており、相談ができた	87/111 (78.4)	100/120 (83.3)	0.338
Q22.診断時には収入のある仕事に従事していた	233/352 (66.2)	316/461 (68.6)	0.478
Q23.診断について当時の職場関係者に話をした	212/233 (91.0)	281/318 (88.4)	0.609
Q24.治療と仕事の両立について職場から配慮があった	126/216 (58.3)	185/292 (63.4)	0.251
Q25.治療と仕事の両立に利用したもの (複数回答可)			
両立の相談窓口	6 (1.7)	1 (0.2)	0.047*
定期・不定期に取得する休暇	42 (11.9)	65 (14.0)	0.403
時差出勤	19 (5.4)	22 (4.8)	0.747
短時間勤務	22 (6.3)	30 (6.5)	1.000
在宅勤務	12 (3.4)	7 (1.5)	0.100
試し出勤	25 (7.1)	15 (3.2)	0.014*
その他	6 (1.7)	15 (3.2)	0.188
上記のものは利用していない	152 (43.2)	210 (45.4)	0.569
Q26.就労の継続について治療前に医療スタッフから説明があった	68/233 (29.2)	102/308 (32.1)	0.036
就労の継続について説明はなかったが必要としていた	25/144 (17.4)	27/199 (13.6)	0.334
Q27.がんの診断の後の就労について	回答数 233	回答数 316	
休職・休業した	125 (53.7)	196 (62.0)	
退職・廃業した	48 (20.6)	41 (13.0)	
休職や退職はしなかった	59 (25.3)	79 (25.0)	
わからない	1 (0.43)	0 (0.0)	0.051
Q27-2.休職のために利用した制度 (複数回答可)	回答数 227	回答数 161	
有給休暇	105 (46.3)	70 (43.5)	
有休以外の金銭的補償	59 (26.0)	51 (31.7)	
金銭保証なし	57 (25.1)	39 (24.2)	
そのほか	6 (2.6)	1 (0.6)	0.334
休職後に少なくとも一度は復職した	119/125 (95.2)	155/161 (96.3)	0.653
Q27-3.退職・廃業の時期について	回答数 48	回答数 52	
がんを疑われ、診断を受ける前	1 (2.1)	2 (3.9)	
がん診断直後	11 (22.9)	14 (26.9)	
診断後、治療開始前	6 (12.5)	11 (21.2)	
初期治療中	9 (18.8)	2 (3.9)	
初期治療後、復職までの期間	7 (14.6)	6 (3.9)	
復職後	10 (20.8)	12 (23.1)	
そのほか	4 (8.3)	5 (9.6)	0.336
退職・廃業後の就労状況について	回答数 48	回答数 52	
再就職・復業した	18/48 (42.0)	24/52 (46.2)	
再就職・復業を希望しているが現在無職	14/48 (29.2)	11/52 (21.2)	
再就職・復業の希望なし	16/48 (33.3)	17/52 (32.7)	0.58
Q28-1.がん医療は数年前より進歩したと思う	257/352 (73.0)	350/461 (75.9)	0.344
Q28-2.がん家族が相談できるサービスが十分にある	154/352 (43.8)	194/463 (41.9)	0.597
Q29-1.がん相談支援センターを知っているが利用したことがない理由	回答数 148	回答数 246	
必要な時には知らなかった	26 (0.18)	43 (0.17)	
相談したいことはなかった	95 (0.64)	143 (0.58)	
何を相談する場かわからなかった	15 (0.10)	27 (0.11)	
プライバシーの観点から行きづらかった	6 (0.04)	6 (0.02)	
相談を受け入れられるか不安だった	14 (0.09)	9 (0.04)	
他の患者の目が気になった	3 (0.02)	5 (0.02)	
そのほか	11 (0.07)	11 (0.04)	0.44
Q29-2.びあサポートを知っているが利用したことがない理由	回答数 55	回答数 101	
必要な時には知らなかった	11 (0.2)	14 (0.14)	
相談したいことはなかった	33 (0.6)	64 (0.63)	
何を相談する場かわからなかった	10 (0.18)	6 (0.06)	
プライバシーの観点から行きづらかった	6 (0.11)	5 (0.05)	

相談を受け入れられるか不安だった	6 (0.11)	3 (0.03)	
他の患者の目が気になった	2 (0.04)	2 (0.02)	
そのほか	3 (0.05)	5 (0.05)	0.186
Q31.臨床試験について知っている	241/352 (68.5)	324/462 (70.1)	0.610
Q32.ゲノム情報を活用したがん医療について知っている	102/352 (29.0)	128/462 (27.7)	0.690
Q33-1.がんになっても家族に迷惑をかけたとは思わない	136/352 (38.6)	168/462 (36.4)	0.507
Q33-5.身体的な苦痛についてすぐに医療スタッフに相談できる	101/352 (28.7)	131/461 (28.4)	0.931
Q33-6.精神的な苦痛についてすぐに医療スタッフに相談できる	76/352 (21.6)	80/462 (17.3)	0.125
Q34-2.がんや治療に伴う身体的な苦痛がある	104/352 (29.6)	131/461 (28.4)	0.725
Q34-3.がんや治療に伴う痛みがある	69/352 (19.6)	73/462 (15.8)	0.157
Q34-4.がんや治療に伴い精神的に苦痛がある	94/352 (26.7)	103/462 (22.3)	0.146

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児がんの患者体験調査に関する検討

研究分担者 小川 千登世 国立がん研究センター中央病院 小児腫瘍科長

研究要旨

小児がんを対象とした患者体験調査について、平成 29 年度に作成した調査票の質問案を基に調査票案を修正した。平成 30 年 12 月から 31 年 1 月に、作成した案に対する患者会等からのインタビュー調査による意見収集を行い、収集された意見を踏まえ再修正を行った。第 72 回がん対策推進協議会における検討を経て、さらなる修正および文言の調整を行い、小児がんの患者体験調査票を完成した。国立がん研究センター等での倫理審査を経て、次年度に調査を実施予定である。

A. 研究目的

本研究は、がん対策推進基本計画に定められている「がん対策の指標設定と進捗評価」を円滑に進め、システムとして確立するとともに評価活動の継続的改善を行うため、未測定指標であった小児がん患者体験調査を行い、得られるデータからがん対策進捗指標としての全国値の算出を行うことを目的とする。

B. 研究方法

平成 30 年度は、小児がんを対象とした患者体験調査について、1) サンプルング方法について、2) 調査票について、患者会等からのインタビュー調査による意見収集、がん対策推進協議会での検討を行い、実施方法を決定し、調査を実施することを目標とした。平成 31 年度の結果分析を行い、第 3 期がん対策推進基本計画の中間評価に向け指標への提言を行う。

（倫理面への配慮）

患者に関する調査は全て国立がん研究センターおよび研究者の所属施設における倫理関連規定にしたがった倫理審査を受け、その指示に従う。

C. 研究結果

患者会等協力者からの対面でのインタビュー調査による意見収集、また、がん対策推進協議会にての検討の結果、調査方法等につき、修正を行い、以下を決定した。

1) サンプルング方法について

対象の抽出は院内がん登録（国指定がん診療連携拠点病院 434 施設＋小児がん拠点病院 15 施設）から、小児がん（18 歳未満）の患者を全数対象として抽出することとした。抽出期間は 2014 年および 2016 年の登録患者につき、2019 年に調査することとした。全体数としては新規発症の小児がん 4300 人が見込まれる。

回答者については、患者への告知の有無や本人の病状理解の有無によるバイアスを回避するため、患者家族のみとした。死亡した患者の家族への送付を行うか否かについても検討を行ったが、遺族である患者家族の意見も参考に、死亡した患者も含む調査とすることとした。

2) 調査票質問項目について

成人で設定されたカテゴリに加え、海外の小児がんの治療や診療実態、サポート体制など小児がんの患者体験調査の小児特有の質問項目を設定するための参考となる情報を得て、小児独自のカテゴリ追加についての検討も行った。診断・治療についての本人への説明、情報提供、教育などに関する質問の他、

患者家族からの回答となることを踏まえ、家族の就労への影響やきょうだいに関する相談等、患者本人以外の状況等についての質問も設定した。また、患者本人への告知状況に配慮し、第1回調査は患者家族回答とすることとしたが、次回以降の調査において、患者本人への調査の可能性についての質問項目も設定した。インタビュー調査により収集された意見を参考に、理解しにくい文言や誤解されやすい表現を修正し、調査票を完成した。

D. 考察

小児領域での患者体験調査は必要性が認識されながらも、サンプリング方法や回答者、質問項目等に成人とは異なる配慮を必要とする点があるため、これまで実施されなかった。上記の配慮を要する点につき、遺族を含む患者会等からのインタビュー調査、および、がん対策推進協議会での検討を行うことにより、調査票を完成し、調査方法を決定した。当初計画よりやや遅れはあるものの、平成31年度第一四半期に調査を実施し、31年度内に結果を解析予定である。

E. 結論

小児がんを対象とした患者体験調査について、患者会等からの意見収集、および、がん対策推進協議会での検討を経て、実施方法を決定し、調査票を完成した。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん教育事業の評価方法の検討

研究分担者 助友 裕子 日本女子体育大学 教授

研究要旨

本研究では、がん教育指標の全国推計値を算出するとともに、外部講師活用の整備を進める上での課題を検討することを目的として、がん教育指標の全国推計値の算出および外部講師活用の整備を進める上での課題の検討を行った。その結果、全国のがん教育指標の推計値については、「早期発見すれば、がんは治りやすい」について「正しい」と回答した者の割合は、小学校85.7%、中学校92.7%、高等学校73.3%であった。「がんと健康について、まず身近な家族から語ろうと思う」について「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」と回答した者の割合は、小学校80.1%、中学校79.1%、高等学校57.3%であった。中でも、「そう思う」と回答した者の割合は、小学校51.5%、中学校39.1%、高等学校27.7%であった。外部講師活用の整備を進める上での課題については、24のコードからなる11サブカテゴリが、3カテゴリ（『学校への周知方法』『外部講師の質と量』『庁舎内外の連携』）として整理された。本研究では、文部科学省において整備されつつあるがん教育指標のモニタリング成果を用いて、その活用方法の一例が示された。がん教育の外部講師活用をめぐるには地域格差があり、今後、特に庁舎内連携のあり方を検討する必要がある。

A. 研究目的

平成29年3月と平成30年3月に公示された新学習指導要領では、中学校保健体育科（保健分野）と高等学校保健体育科（科目保健）それぞれにおいて、内容の取扱いとして、がんを扱うことが明記された[1-2]。このような学校健康教育の過渡期に、本分担研究で研究計画初年度（平成30年度）に10県教育委員会ががん教育担当者を対象にワークショップを実施した。そこでは、担当者の困り事として、『指導内容や方法の提示』『学校現場への啓発』『外部講師を含む関係諸機関との連携』があることが明らかとなった。このうち、『指導内容や方法の提示』『学校現場への啓発』については、同様の課題が学校現場内にもあるとの声を聞くが、『外部講師を含む関係諸機関との連携』については、教育行政ならではの課題があると考えられる。

文部科学省が平成29年度末に悉皆で実施したがん教育実施状況調査結果によると、がん

教育を実施したと回答した学校は、国公立37401校中21239校（56.8%）であった。さらに、外部講師を活用したと回答した学校は、がん教育実施校21239校中2676校（12.6%）と少なく、さらに、年間指導計画に位置付けないと指導時間の確保が難しいと回答した学校が30.3%にのぼるなど（複数回答による）、今後の課題が指摘されている[3]。また、外部講師の確保については、地域格差があることが予想される。

そこで、本研究では、がん教育指標の全国推計値を算出するとともに、外部講師活用の整備を進める上での課題を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. がん教育指標の全国推計値の算出

文部科学省ががんの教育総合支援事業（以下、モデル事業）の担当部署（初等中等教育局健康教育・食育課がん教育推進係）が取りまとめた

いる当該事業モデル校児童生徒を対象としたアンケート結果のうち、平成28年度版データの提供を受けた。

まず、平成28年度のモデル校172校（24道県2市）のデータを、小学校7道県、中学校20道県、高等学校19道県の校種別に層化した。

次に、がん教育指標として「早期発見すれば、がんは治りやすい」「がんと健康について、まず身近な家族から話ろうと思う」の各回答割合（%）について、対象者数を母集団として、校種別道県別に算出した。調査対象者が、日本のその児童生徒が属する層の代表であるとみなし、各道県の回答者数の推計値を算出した。

さらに、同様の方法で全国の推計値を算出した。なお、母集団となる児童生徒数は、文部科学省の学校基本調査「年次統計・統計表一覧」（平成28年度調査）[4]データを使用した。

2. 外部講師活用の整備を進める上での課題の検討

9県の教育委員会がん教育担当指導主事ならびにがん対策担当課職員（資料1）を各1名招聘し、平成30年12月14日にワークショップを実施した（資料2）。外部講師活用体制に関する神奈川県と長野県による話題提供の後に、参加者が外部講師活用の整備を進める上での課題をブレインストーミングの手法を用いて付箋に書きだし、参加者間で共有するとともに、後日付箋に書きだされたテキストの内容分析を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、ヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（2015年4月1日より施行、2017年2月28日一部改正）に従い実施した。本研究では、参加型アクションリサーチを採用していることから、本研究におけるヒアリングの実施は、予めヒアリング対象者の所属機関長の許可を得て実施

した。

C. 研究結果

1. がん教育指標の全国推計値の算出

表1に全国・道県別がん教育指標の推計値を示す。「早期発見すれば、がんは治りやすい」について「正しい」と回答した者の割合は、小学校85.7%、中学校92.7%、高等学校73.3%であった。「がんと健康について、まず身近な家族から話ろうと思う」について「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」と回答した者の割合は、小学校80.1%、中学校79.1%、高等学校57.3%であった。中でも、「そう思う」と回答した者の割合は、小学校51.5%、中学校39.1%、高等学校27.7%であった。

2. 外部講師活用の整備を進める上での課題の分析

表2に、全156枚の付箋に書きだされたテキストの内容分析結果を示す。24のコードが得られ、11のサブカテゴリ（「学校への周知」「授業時間数の確保と打合せ時間の確保」「外部講師依頼マニュアルの作成」「地域格差の是正」「外部講師の質の担保」「外部講師招聘のための予算確保」「外部講師の量の確保」「外部講師の質と量の担保」「患者会のとりまとめ」「庁舎内連携」「庁舎外連携」）と3のカテゴリ（『学校への周知方法』『外部講師の質と量』『庁舎内外の連携』）が抽出された。

D. 考察

本研究では、厚生労働省研究班が提示したがん教育の3指標[5]のうち「小学6年生のうち「早期発見・治療で治るがんがある」と回答した者の割合」「学校でならったがんについて家庭で話したことがある小学6年生の割合」につ

いて、既存の調査データを用いた推計値を算出した。「小中学校でのがん教育実施率」については、文部科学省が実施した悉皆調査で56.8%という数値が報告されており、がん教育については一定の進捗評価が可能となった。ただし、本研究で算出した値はモデル校におけるデータを利用したものであり、無作為抽出によるデータではないことから、結果の解釈には注意を要する。

各種事業が進展し、学習指導要領への明確な位置づけが伴ったことで、がん教育の進捗を評価するための材料がそろいつつある。その一方で、文部科学省のがん教育実施状況調査で外部講師の活用に関する課題があることが示された[3]。どのような点で課題があるのかを整理した本研究結果からは、教育委員会、がん対策担当課それぞれが、異なる視点をもつことも明らかとなった。現在、がん教育は、教育委員会主導で行われており、がん対策担当課は‘協力する’という体制をとっている県が多い。文教行政として依拠すべき法的根拠のある教育委員会に対し、がん対策担当課のそれは地域によって差が見られる。

学校のがん教育において外部講師を活用することの利点は、がんに対する正しい知識と認識の向上に資する点である。小学校6学年児童を対象としたがん教育授業の前後で、児童に質問紙調査を行った研究では、教員のみによる指導を受けた群の方が、授業後のがん予防知識得点は統計学的に有意に高かったものの、がん患者のイメージとして「たばこやお酒をやりすぎた人」を選択する者の割合も有意に高い結果となった[6]。このことから、外部講師による指導を導入することが、がん患者への偏見助長を緩和できる可能性がある。しかし、本研究では、それを達成するための『外部講師の質と量』に課題が見いだされた。

外部講師として期待される人材バンクでもあるがん診療連携拠点病院等のがん医療専門機関や患者会は、教育委員会ではなくがん対策担当課に統括・整備するための所管窓口がある。本研究で実施したワークショップの参加者は、全9県がん対策担当課ともにその窓口担当者であった。今後は、がん診療連携拠点病院等の協力体制にさらなる強化検討を加えるなどの「庁舎外連携」が求められるとともに、教育委員会がん教育担当との「庁舎内連携」が円滑に進められるための方法論を見える化する必要がある。

本研究結果は、文部科学省が取りまとめた諸データ等の二次解析や一部の自治体職員の協力のもと得られた知見をまとめているにすぎない。今後は、これらのデータを他県職員と共有するとともに、本研究が実施したワークショップ参加県の「庁舎内連携」プロセスを明らかにすることで、がん教育進捗管理の方法をさらに検討する必要がある。

E. 結論

がん教育指標のモニタリングは、文部科学省において整備されつつあり、その活用方法の一例が示された。がん教育の外部講師活用をめぐる地域格差があり、特に庁舎内連携のあり方を検討する必要がある。

文献

- [1] 文部科学省. 中学校学習指導要領解説 保健体育編 (平成29年7月). 2017.
- [2] 文部科学省. 高等学校学習指導要領解説 保健体育編・体育編 (平成30年7月). 2018.
- [3] 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課. 平成29年度におけるがん教育の実施状況調査の結果について. <http://www.mext.go.jp>

/a_menu/kenko/hoken/1410244.htm (2019年3月30日アクセス)

- [4] 文部科学省. 平成28年度学校基本調査年次統計・統計表一覧. 2016.
- [5] 若尾文彦. 平成28年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業 がん対策における管理評価指標群の策定と計測システムの確立に関する研究 総合研究報告書. 2017.
- [6] Yako-Suketomo H, Katanoda K, Kawamura Y, Katayama K, Yuasa M, Horinouchi H, Saito K. Children's Knowledge of Cancer Prevention and Perceptions of Cancer Patients: Comparison Before and After Cancer Education with the Presence of Visiting Lecturer -Guided Class. *J Cancer Educ.* 2018; (DOI 10.1007/s13187-018-1408-7)

G. 研究発表

1. 論文発表

Yako-Suketomo H, Katanoda K, Kawamura Y, Katayama K, Yuasa M, Horinouchi H, Saito K. Children's Knowledge of Cancer Prevention and Perceptions of Cancer Patients: Comparison Before and After Cancer Education with the Presence of Visiting Lecturer -Guided Class. *J Cancer Educ.* 2018; (DOI 10.1007/s13187-018-1408-7)

助友裕子. フロントライン教育研究 がん教

育のこれから. 初等教育資料 2018 ; (973) : 78-81.

戸ヶ里泰典, 福田吉治, 助友裕子, 神馬征峰. 健康教育・ヘルスプロモーション領域における健康行動理論・モデルの系統と変遷. *日本健康教育学会誌* 2018 ; 26(4) : 329-341.

助友裕子. がん教育は誰がコーディネートするのかー現状と養護教諭への期待ー. *健康教室* 2018 ; 69(8) : 22-25.

助友裕子. がん教育の推進と実践に向けて(理論編)ーなぜ今がん教育なのかー. *体育・保健体育ジャーナル* 2019 ; (3) : 1-4.

2. 学会発表

助友裕子. がん教育における現状と課題ーヘルスプロモーションの立場からー. 第65回日本学校保健学会学術大会 シンポジウム 学校におけるがん教育の課題と展望 (2018年12月), J・COMホルトホール大分.

Takeuchi E, Miyawaki R, Fujisawa D, Yako-Suketomo H, Oka K, Takahashi M. Validation of the Cancer Stigma Scale among Japanese general population. The 20th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy (29 October to 2 November, 2018) in Hong Kong, China.

H. 知的財産の出願・登録状況 なし

資料1 ワークショップ参加者

(文部科学省がんの教育総合支援事業モデル県等教育委員会ならびにがん対策担当課のがん教育担当者等)

	教育委員会		がん対策担当部局	
千葉県	教育振興部学校安全保健課 指導主事	穂積 誠	健康福祉部健康づくり支援課がん対策班	横井 嘉奈子
埼玉県	県立学校部保健体育課 指導主事	馬場 久美子	保健医療部疾病対策課がん対策担当 主査	内山 周
神奈川県	保健体育課保健安全グループ 指導主事	府川 秀雄	健康医療局保健医療部がん・疾病対策課がん・肝炎対策グループ 主査	多田 真紀子
新潟県	保健体育課学校保健係 指導主事	佐久間由美子	福祉保健部健康対策課成人保健係主事	阿部 唯奈
長野県	事務局保健厚生課保健・安全係 指導主事	鈴木 亜希子	健康福祉部保健・疾病対策課がん・疾病対策係主事	伊藤 和也
奈良県	事務局保健体育課健康・安全教育係 指導主事	檜垣 志保	医療政策局疾病対策課 係長	大井 久美子
鳥取県	保健体育課健康づくり推進室 指導主事	西尾 郁子	健康福祉部健康推進課がん対策推進室 企画幹	北山 亜紀子
島根県	事務局体育保健課学校安全・健康教育担当 指導主事	村上 真澄	福祉保健部健康医療局健康政策課保健師	坂本 美幸
宮崎県	スポーツ振興課健康教育担当 指導主事	上西 友子	福祉保健部健康増進課 主査	佐々木 大吾

資料2 行政担当者らとのワークショップの概要

平成30年度厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業
「がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究」分担研究

がん教育事業の評価方法の検討

研究協力者会議

Agenda

【日時】 平成30年12月14日（金）11時00分～15時00分

【会場】 日本女子体育大学 烏山キャンパス 東館2階 会議室1

【議題】（進行：研究分担者 助友裕子 日本女子体育大学教授）

1. 研究代表者挨拶 【5分】 国立がん研究センター がん登録センター長 東尚弘
2. 会場校挨拶 【5分】 日本女子体育大学 学長 石崎朔子
3. 出席者自己紹介 【30分】
4. H29年度研究活動の報告・H30年度研究概要の説明 【15分】
5. がん教育事業のモニタリング実施状況について 【20分】
 - ①小中学校でのがん教育実施率
 - ②小学6年生のうち「早期発見・治療で治るがんがある」と回答した者の割合
 - ③学校でならなかったがんについて家庭で話したことがある小学6年生の割合
6. 外部講師活用体制の整備に向けた事例の紹介 【各5分×4】
 - (1) 神奈川県を試み 神奈川県教育委員会 指導主事 府川秀雄
神奈川県がん疾病対策課 主査 多田真紀子
 - (2) 長野県の挑戦 長野県教育委員会 指導主事 鈴木亜希子
長野県保健・疾病対策課 主事 伊藤和也
7. ディスカッション 【休憩含めて130分】
 - (1) 外部講師活用体制整備に際する各部局の困り事について
 - (2) 自県の外部講師活用体制整備に際する困り事について
 - (3) その他
8. 今後の進め方について 【10分】
9. その他、事務連絡 【5分】

配布資料

- (資料1) 参加者名簿
- (資料2) 平成29年度分担研究報告書
- (資料3) 平成30年度研究協力依頼内容
- (資料4) がん教育指標
- (資料5) 平成29年度がん教育実施状況調査結果（文部科学省）
- (資料6) がん教育指標（推計値）
- (参考資料1) 改正がん対策基本法
- (参考資料2) 第3期がん対策推進基本計画
- (参考資料3) 中央教育審議会答申平成28年12月21日（一部抜粋）
- (参考資料4) 新学習指導要領（一部抜粋）

表 1-1 全国・道県別がん教育指標の推計値（小学校）

小学校								
		早期発見すれば、がんは治りやすい。		がんと健康について、まず身近な家族から語ろうと思う。				
都道府県	6学年児童数 (人)†	モデル校対象 者数(人)	「正しい」の 回答者数(推 計)(人)	「正しい」の 回答者割合 (推計) (%)	「そう思う」 +「どちらか といえばそう 思う」の回答 者数(推計) (人)	「そう思う」 +「どちらか といえばそう 思う」の回答 者割合(推 計)(%)	「そう思う」 の回答者数 (推計) (人)	「そう思う」 の回答者割合 (推計) (%)
全国***	1096773		939878	85.7	878711	80.1	565020	51.5
モデル校**	233541	601	200133	85.7	187108	80.1	120314	51.5
北海道*	42614	93	37574	88.2	15579	36.6	3666	8.6
岩手県*								
山形県*								
茨城県*								
群馬県*								
埼玉県*	63141	88	57401	90.9	55248	87.5	36593	58.0
神奈川県*								
新潟県*								
石川県*								
長野県*								
静岡県*								
三重県*	16563	114	12785	77.2	14529	87.7	7846	47.4
大阪府*								
兵庫県*	49885	32	38973	78.1	45208	90.6	35855	71.9
奈良県*								
和歌山県*	8099	13	7476	92.3	8099	100.0	6853	84.6
岡山県*								
広島県*								
徳島県*								
愛媛県*								
福岡県*	45381	229	40030	88.2	41814	92.1	26555	58.5
佐賀県*	7858	32	5894	75.0	6630	84.4	2947	37.5
熊本県*								

注) † (出典) 文部科学省 学校基本調査「年次統計・統計表一覧」(平成28年度調査)
 * 道県別推計値(人) = 回答者数 × 各道県対象者数 ÷ 各モデル校対象者数
 道県別推計値(%) = 100 × 道県別推計値(人) ÷ 各道県対象者数
 ** モデル県推計値(人) = 道県別推計値(人) の合計
 モデル県推計値(%) = 100 × モデル県推計値(人) ÷ モデル県対象者数
 *** 全国推計値(人) = モデル県推計値(人) × 全国対象者数 ÷ モデル県対象者数
 全国推計値(%) = 100 × 全国推計値(人) ÷ 全国対象者数

表 1-2 全国・道県別がん教育指標の推計値（中学校）

中学校		早期発見すれば、がんは治りやすい。 がんと健康について、まず身近な家族から語ろうと思う。						
都道府県	3学年生徒数 (人)†	モデル校対象 者数(人)	「正しい」の		「 そう思う」	「 そう思う」	「 そう思う」	「 そう思う」
			回答者数(推 計)(人)	回答者割合 (推計) (%)	+「どちらか といえばそう 思う」の回答 者数(推計) (人)	+「どちらか といえばそう 思う」の回答 者割合(推 計)(%)	の回答者数 (推計) (人)	の回答者割合 (推計) (%)
全国***	1160019		1075912	92.7	917610	79.1	453323	39.1
モデル校**	598259	3568	554883	92.7	473241	79.1	233793	39.1
北海道*	45569	49	43709	95.9	27899	61.2	4650	10.2
岩手県*	11838	36	11509	97.2	10852	91.7	4275	36.1
山形県*								
茨城県*	27564	380	24082	87.4	24155	87.6	13202	47.9
群馬県*	19160	113	17634	92.0	15599	81.4	8478	44.2
埼玉県*	65598	37	65598	100.0	53188	81.1	23048	35.1
神奈川県*	78617	585	70957	90.3	62222	79.1	19083	24.3
新潟県*	20499	131	19717	96.2	18308	89.3	9232	45.0
石川県*	11062	33	9721	87.9	9386	84.8	6704	60.6
長野県*	20597	252	18881	91.7	17246	83.7	9890	48.0
静岡県*								
三重県*	17498	494	16258	92.9	13673	78.1	6872	39.3
大阪府*	81598	34	74398	91.2	71998	88.2	43199	52.9
兵庫県*	51961	69	50455	97.1	39159	75.4	21086	40.6
奈良県*								
和歌山県*	9312	107	6179	66.4	7397	79.4	4177	44.9
岡山県*	18466	142	17296	93.7	15215	82.4	8323	45.1
広島県*	26738	125	24171	90.4	22246	83.2	10481	39.2
徳島県*	6871	322	6487	94.4	5825	84.8	2838	41.3
愛媛県*	12164	43	11032	90.7	10467	86.0	4809	39.5
福岡県*	47410	396	42621	89.9	27057	57.1	20712	43.7
佐賀県*	8759	111	8601	98.2	6707	76.6	3077	35.1
熊本県*	16978	109	15576	91.7	14642	86.2	9657	56.9

注) † (出典) 文部科学省 学校基本調査「年次統計・統計表一覧」(平成28年度調査)
 * 道県別推計値(人) = 回答者数 × 各道県対象者数 ÷ 各モデル校対象者数
 道県別推計値(%) = 100 × 道県別推計値(人) ÷ 各道県対象者数
 ** モデル県推計値(人) = 道県別推計値(人) の合計
 モデル県推計値(%) = 100 × モデル県推計値(人) ÷ モデル県対象者数
 *** 全国推計値(人) = モデル県推計値(人) × 全国対象者数 ÷ モデル県対象者数
 全国推計値(%) = 100 × 全国推計値(人) ÷ 全国対象者数

表 1-3 全国・道県別がん教育指標の推計値（高等学校）

高等学校		早期発見すれば、がんは治りやすい。		がんと健康について、まず身近な家族から語ろうと思う。			
1学年生徒数 (人)†	モデル校対象 者数(人)	「正しい」の 回答者数(推 計)(人)	「正しい」の 回答者割合 (推計) (%)	「そう思う」 +「どちらか といえばそう 思う」の回答 者数(推計) (人)	「そう思う」 +「どちらか といえばそう 思う」の回答 者割合(推 計)(%)	「そう思う」 の回答者数 (推計) (人)	「そう思う」 の回答者割合 (推計) (%)
都道府県							
全国***	1114890	816732	73.3	638472	57.3	308955	27.7
モデル校**	563590	3663	412867	73.3	322755	57.3	156181
北海道*	42744	190	39145	91.6	32395	75.8	15073
岩手県*	11730	203	11094	94.6	9650	82.3	4623
山形県*	10343	298	9649	93.3	7983	77.2	3818
茨城県*	26735	421	25211	94.3	22226	83.1	9462
群馬県*	17934	120	15842	88.3	14347	80.0	5829
埼玉県*	60498	30	20166	33.3	20166	33.3	6050
神奈川県*	70650	16	66234	93.8	44156	62.5	26494
新潟県*							
石川県*	11036	38	10455	94.7	8713	78.9	5228
長野県*	19736	175	18270	92.6	15789	80.0	5977
静岡県*	33755	203	32591	96.6	26937	79.8	11141
三重県*							
大阪府*	79950	40	77951	97.5	53966	67.5	27983
兵庫県*	48501	648	47378	97.7	39594	81.6	20658
奈良県*	12140	103	11433	94.2	9429	77.7	4243
和歌山県*	9364	79	9245	98.7	7112	75.9	2845
岡山県*	18598	259	17880	96.1	13787	74.1	5960
広島県*	24791	418	23071	93.1	20758	83.7	11328
徳島県*							
愛媛県*	11818	34	11470	97.1	8690	73.5	3823
福岡県*	44705	189	42576	95.2	32169	72.0	15138
佐賀県*	8562	199	8304	97.0	7142	83.4	3485
熊本県*							

注) † (出典) 文部科学省 学校基本調査「年次統計・統計表一覧」(平成28年度調査)
 * 道県別推計値(人) = 回答者数 × 各道県対象者数 ÷ 各モデル校対象者数
 道県別推計値(%) = 100 × 道県別推計値(人) ÷ 各道県対象者数
 ** モデル県推計値(人) = 道県別推計値(人) の合計
 モデル県推計値(%) = 100 × モデル県推計値(人) ÷ モデル県対象者数
 *** 全国推計値(人) = モデル県推計値(人) × 全国対象者数 ÷ モデル県対象者数
 全国推計値(%) = 100 × 全国推計値(人) ÷ 全国対象者数

表 2 外部講師活用の整備を進める上での課題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	教育委員会	がん対策担当課	
学校への周知方法	学校への周知	学校	○		
		学校側の体制		○	
		学校側の受け入れ		○	
	授業時間数の確保と打合せ時間の確保 外部講師依頼マニュアルの作成	時間		○	
		講師の依頼方法			○
		外部講師のリスト化			○
		講師の特定化			○
外部講師の質と量	地域格差の是正	地域格差	○		
	外部講師の質の担保	質	○	○	
		人材	○		
		指導内容	○		
		講師探し		○	
		患者会講師の質の担保		○	
		医師の質の担保		○	
		外部講師招聘のための予算確保	予算	○	○
	外部講師の量の確保	人数不足			○
		講師拡大			○
	外部講師の質と量の担保 患者会のとりまとめ	研修会			○
		患者会のとりまとめ			○
庁舎内外の連携	庁舎内連携	知事部局との連携	○		
		行政側の問題	○		
		行政の体制整備		○	
	庁舎外連携	コーディネーター	○		
		病院の協力体制		○	

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん対策における数理モデルの活用：国内外の事例

研究分担者 伊藤 ゆり 大阪医科大学研究支援センター医療統計室 室長・准教授
研究協力者 福井 敬祐 大阪医科大学研究支援センター医療統計室 助教

研究要旨

目的：がん対策においては複雑な条件の下での意思決定が必要となり、その一つ一つの決定根拠について長期間を要する無作為化比較等の研究成果に求めることが難しい場合が多い。そこで、これまでの無作為化比較試験やコホート研究など各種疫学研究により蓄積された科学的根拠を用いて、様々な条件設定の下で判断するためのツールとして数理モデルの活用が既に始まっている。本報告では国内外でのがん対策における数理モデルの活用事例を紹介するとともに、今後わが国で必要となる数理モデルについて検討する。

方法：海外の事例については Pubmed および Internet 検索により“cancer control”, “simulation model”, “microsimulation”等のキーワードにより、がん対策に数理モデルを活用するための研究や実際に対策に実装された事例を収集した。国内の事例については、過去のがん対策推進基本計画（国）及び都道府県がん対策推進計画および各研究班の報告書や聞き取り等により収集した。

結果：米国がん研究所では CISNET というプロジェクトにおいて、がん種ごとに研究グループを発足し、マイクロシミュレーションモデルの構築に対し、資金提供をしている。それらの研究成果は、米国 USPSTF において引用され、がん検診のモダリティに応じた受診間隔の決定や年齢の下限・上限設定に使用されている。カナダにおいては OncoSim というプロジェクトにおいてがん種ごとのマイクロシミュレーションモデルが設計されており、カナダ全土の州ごとの国民のデータに基づいた意思決定を行えるツールが提供されている。わが国では第一期がん対策推進基本計画より、喫煙率の目標値設定などがシミュレーションモデルに基づいて行われている。第三期大阪府がん対策推進計画においては、検診受診率および精検受診率やがん医療の均てん化に対する死亡率減少効果の推定にマイクロシミュレーションモデルが活用された。

結論：米国・カナダを中心に活用がなされているがん対策における数理モデルの事例を通して、わが国でも科学的根拠に基づいたがん対策の意思決定において、数理モデルの活用が期待される。

A. 研究目的

がん対策においては複雑な条件の下での意思決定が必要となり、その一つ一つの決定根拠について長期間を要する無作為化比較等の研究成果を求めることが難しい場合が多い。例えば、新しいがん検診モダリティを導入するかどうかについては無作為化比較試験による研究成果を待つほかないが、導入された検診に関して運用していく際に、利益と不利益のバランスを考えた上での検診受診頻度や対象年齢の設定において、新たな RCT を実施することは現実的ではない。これまでの無作為化比較試験やコホート研究など各種疫学研究において蓄積された科学的根拠を用いて、様々な条件設定の下で判断するためのツールとしてがん対策の意思決定における数理モデルの活用が既に米国やカナダなどで始まっている^{1, 2} (図 1. 米国 CISNET : Cancer Intervention and Surveillance Modelling Network における数理モデルの枠組)。本報告では国内外でのがん対策における数理モデルの活用事例を紹介するとともに、今後わが国で必要となる数理モデルについて検討する。

B. 研究方法

海外の事例については Pubmed および Internet 検索により “cancer control”, “simulation”, “microsimulation” 等のキーワードにより、がん対策に数理モデルを活用するための研究や実際に対策に実装された事例を収集した。国内の事例については、過去のがん対策推進基本計画 (国) 及び都道府県がん対策推進計画および各研究班の報告書や聞き取り等により収集した。

C. 研究結果

Pubmed によるキーワード検索において、“cancer” AND “microsimulation” では 299 件、“cancer control” AND “simulation” では 113 件、“cancer control” AND “microsimulation” では 25 件の検索結果が提示された。8~9 割が 2010 年以降に発表された比較的新しい論文だったが、最も古いものでは 1980 年代のものもあった。がん種では最も古くマイクロシミュレーションモデルが開発された大腸がんが多かった。2017 年以降に限ると大腸に次いで、子宮頸がんが多く主に HPV 感染やワクチンを扱ったものが増加していた。また、肺がんはタバコ対策に特化したものを含めると大腸に次いで多かった (表 1)。最近の論文の特徴として

は遺伝子多型に応じた分子標的薬の Cost-Effectiveness など「個別化医療 (personalised medicine)」に関連した研究も増えている³⁻⁸。また、がん種や介入を限定したものだけでなく、予防医療介入を比較するもの⁹など、政策の優先順位付けの意味合いで microsimulation model が活用される研究も発表されている。2016 年までに発表された microsimulation を活用したがん研究に関するレビュー論文も発表されており、23 の研究について検討された⁹。

米国がん研究所では CISNET (Cancer Intervention and Surveillance Modelling Network) というプロジェクトにおいて、がん種ごとに研究グループを発足し、マイクロシミュレーションモデルの構築に対し、資金提供をしている²。その資金提供は 2000 年から 5 年単位で実施されており、現在までに乳がん、子宮頸がん、大腸がん、食道がん、肺がん、前立腺がんのグループがあり、各がん種に 5~10 の研究グループがあり、様々なアプローチにより各種テーマに取り組んでいる。それらの研究成果は、米国 USPSTF において引用され、各種がん検診のモダリティに応じた受診間隔の決定や年齢の下限・上限設定、推奨グレードの決定に使用されている¹⁰⁻¹³。

カナダにおいては OncoSim (前身は Cancer Risk Management Model) というプロジェクトにおいてがん種ごとのマイクロシミュレーションモデルが設計されている^{1, 14-18}。カナダ全土の州ごとの国民のデータに基づいた意思決定を行えるツールが提供されている。これはカナダにおいては統計局において全カナダ国民のデータをシミュレーションにより再現し、がんのみならず様々な政策決定に活用するためのインフラが整っているためといえる。健康関連の microsimulation を包括的に行う POHEM (The Population Health Model) の枠組は OnsoSim の発展にも大きく影響している¹⁹⁻²¹。

わが国では第一期がん対策推進基本計画より、喫煙率の目標値設定やそれに基づく喫煙関連がんの死亡率減少の予測がシミュレーションモデルに基づいて行われている²²。第二期がん対策推進基本計画においても検診や治療などに関しては数理モデルというよりはシンプルな計算による目標値設定がなされてきた^{23, 24}。平成 26~28 年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策推進基本計画の効果検証と目標設定に関する研究」班において、開発された大腸がんモデル

(CAMOS-J CRC Ver. 1.0)に基づき、検診受診率および精検受診率やがん医療の均てん化に対する死亡率減少効果の推定を行い、目標値設定などへの活用を第63回および64回がん対策推進協議において提案したが、国の第三期がん対策推進基本計画には採用されなかった。

一方、第三期大阪府がん対策推進計画においては、上記マイクロシミュレーションモデルによる検診受診率および精検受診率やがん医療の均てん化に対する死亡率減少効果は、大阪府におけるがん死亡率将来推計値²⁵とともに目標値設定において活用された²⁶。

D. 考察

数理モデル、特にマイクロシミュレーションモデルを活用したがん対策に関する研究はここ数年で数多くの研究成果が発表されている。RCTが実質上困難であるようなリサーチ・クエスチョンに対して多様なシナリオに応じた様々なアウトカムに関して将来予測が可能となるマイクロシミュレーションモデルの活用は、集団全体の利益を最大化するという視点と共に、個別化医療・個別化予防の実施可能性の評価、また健康格差の縮小など様々な視点で検討を可能とする。

米国・カナダにおいては、研究資金の確保、成果の公表からガイドラインへの適用と、政策活用へのルートが確保されている。わが国におけるがん対策においては、数理モデル構築のための研究資金はまだわずかであり、それに起因する人材不足も課題といえる。また、研究成果をガイドラインに適用したり、政策活用に展開したりする上で、数理モデルへの理解や信頼性の低さが障壁となり、容易ではない。

しかしながら、がん対策を始め各種健康政策における意思決定は、高齢社会、健康格差など複雑な課題に対応する必要がある、数理モデルによる科学的根拠に基づく政策決定が求められている。先行して開発が始まった大腸がんモデルを始め、日本人データに基づいた各がん種のモデルの構築及びその公衆衛生的活用に向けて、さらなる事例の発信が必要である。

E. 結論

米国・カナダを中心に活用がなされているがん対策における数理モデルの事例を通して、わが国でも同様のモデルの開発・適用を行い、科学的根拠に基づいたがん対策の意思決定が行える基盤整備

が期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

Yagi A, Ueda Y, Kakuda M, Tanaka Y, Ikeda S, Matsuzaki S, Kobayashi E, Morishima T, Miyashiro I, Fukui K, Ito Y, Nakayama T, Kimura T. Epidemiological and clinical analyses of cervical cancer using data from the population-based Osaka cancer registry. *Cancer Res.* 2019; 79 (6): 1252-9

Nakayama M, Ito Y, Hatano K, Nakai Y, Kakimoto KI, Miyashiro I, Nishimura K. Impact of sex difference on survival of bladder cancer: A population-based registry data in Japan. *Int J Urol.* 2019:

Morishima T, Matsumoto Y, Koeda N, Shimada H, Maruhama T, Matsuki D, Nakata K, Ito Y, Tabuchi T, Miyashiro I. Impact of Comorbidities on Survival in Gastric, Colorectal, and Lung Cancer Patients. *J Epidemiol.* 2019; 29 (3): 110-5

Fukui K, Ito Y, Nakayama T. Trends and projections of cancer mortality in Osaka, Japan from 1977 to 2032. *Jpn J Clin Oncol.* 2019; 49 (4): 383-8

伊藤ゆり. 【造血器腫瘍】小児の二次がんの疫学. *腫瘍内科.* 2018; 22 (6): 682-7

Yoshimura A, Ito H, Nishino Y, Hattori M, Matsuda T, Miyashiro I, Nakayama T, Iwata H, Matsuo K, Tanaka H, Ito Y. Recent Improvement in the Long-term Survival of Breast Cancer Patients by Age and Stage in Japan. *J Epidemiol.* 2018; 28 (10): 420-7

Oze I, Ito H, Nishino Y, Hattori M, Nakayama T, Miyashiro I, Matsuo K, Ito Y. Trends in Small-Cell Lung Cancer Survival in 1993-2006 Based on Population-Based Cancer Registry Data in Japan. *J Epidemiol.* 2018; [in press]:

Okura T, Fujii M, Shiode J, Ito Y, Kojima T, Nasu J, Niguma T, Yoshioka M, Mimura T, Yamamoto K. Impact of Body Mass Index on Survival of Pancreatic Cancer Patients in

Japan. Acta Med Okayama. 2018; 72 (2): 129-35

2. 学会発表

伊藤ゆり. がん登録の未来～患者・地域に解決をもたらすデータサイエンスへの進化のために～「地域ができること」. J-CIP シンポジウム『がん登録の現在と未来』. 日本がん登録協議会 第27回学術集会. (那覇市: 13th June. 2018 2018)

伊藤ゆり. S-1-2. Socio-economic inequalities in cancer survival in Japan, シンポジウム1「がん疫学研究の未解決分野」. がん予防学術大会2018 香川. (高松市: 27th June. 2018 2018)

Fukui K, Ito Y, Kamo K, Katanoda K, Nakayama T. Estimation of effects of colorectal cancer screening by Fecal Occult Blood Test for reduction in colorectal cancer mortality based on micro-simulation model. The 40th annual meeting of the International Association of Cancer Registries. (Arequipa, Peru [Oral]: 13-15th Nov. 2018. 2018)

伊藤ゆり. 探してみよう読んでみよう難治性がんの統計. J-CIP セミナー. 第3回全国がん患者学会. [招待講演]. (東京都: 2018/12/15 2018)

福井敬祐, 加茂憲一, 伊藤ゆり, 片野田耕太, 中山富雄. マイクロシミュレーションモデルを用いた大腸がん検診における受診年齢上限の検討. 第29回日本疫学会学術総会. [Oral]. (東京都: 2019/2/1)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

文献

1. Cancer CPA. OncoSim - Answer complex questions to improve patient outcomes and optimize cancer system resources. Available from URL:

<https://www.partnershipagainstcancer.ca/tools/oncosim/> [accessed 9 May, 2018].

2. Cancer Intervention and Surveillance Modelling Network (CISNET). www.cisnet.cancer.gov (accessed 13 April 2018).

3. Kang SK, Huang WC, Elkin EB, Pandharipande PV, Braithwaite RS. Personalized Treatment for Small Renal Tumors: Decision Analysis of Competing Causes of Mortality. Radiology. 2019;290: 732-743.

4. Criss SD, Weaver DT, Sheehan DF, Lee RJ, Pandharipande PV, Kong CY. Effect of PD-L1 testing on the cost-effectiveness and budget impact of pembrolizumab for advanced urothelial carcinoma of the bladder in the United States. Urol Oncol. 2019;37: 180.e111-180.e118.

5. Weaver DT, Raphael TJ, Melamed A, et al. Modeling treatment outcomes for patients with advanced ovarian cancer: Projected benefits of a test to optimize treatment selection. Gynecol Oncol. 2018;149: 256-262.

6. Sarkar RR, Gloude NJ, Schiff D, Murphy JD. Cost-Effectiveness of Chimeric Antigen Receptor T-Cell Therapy in Pediatric Relapsed/Refractory B-Cell Acute Lymphoblastic Leukemia. J Natl Cancer Inst. 2018.

7. Criss SD, Mooradian MJ, Sheehan DF, et al. Cost-effectiveness and Budgetary Consequence Analysis of Durvalumab Consolidation Therapy vs No Consolidation Therapy After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small Cell Lung Cancer in the Context of the US Health Care System. JAMA Oncol. 2018.

8. Horster L, Schlenk RF, Stadler M, et al. Cost-effectiveness of methods in personalized medicine. Results of a decision-analytic model in patients with acute myeloid leukemia with normal karyotype. Leuk Res. 2017;62: 84-90.

9. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP, et al. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. Ann Fam Med. 2017;15: 14-22.

10. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319: 1901-1913.

11. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2016;164: 279-296.

12. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;315: 2576-2594.

13. Moyer VA. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014;160: 330-338.

14. Gauvreau CL, Fitzgerald NR, Memon S, et al. The OncoSim model: development and use for better decision-making in Canadian cancer control. Curr Oncol. 2017;24: 401-406.

15. Smith A, Baines N, Memon S, et al. Moving toward the elimination of cervical cancer: modelling

the health and economic benefits of increasing uptake of human papillomavirus vaccines. *Curr Oncol*. 2019;26: 80-84.

16. Goffin JR, Flanagan WM, Miller AB, et al. Biennial lung cancer screening in Canada with smoking cessation-outcomes and cost-effectiveness. *Lung Cancer*. 2016;101: 98-103.

17. Miller AB, Gribble S, Nadeau C, et al. Evaluation of the natural history of cancer of the cervix, implications for prevention. The Cancer Risk Management Model (CRMM) – Human papillomavirus and cervical components. *Journal of Cancer Policy*. 2015;4: 1-6.

18. Evans WK, Wolfson M, Flanagan WM, et al. The evaluation of cancer control interventions in lung cancer using the Canadian Cancer Risk Management Model. *Lung Cancer Management*. 2012;1: 25-33.

19. Hennessy DA, Flanagan WM, Tanuseputro P, et al. The Population Health Model (POHEM): an overview of rationale, methods and applications. *Popul Health Metr*. 2015;13: 24.

20. Will BP, Berthelot JM, Nobrega KM, Flanagan W, Evans WK. Canada's Population Health Model (POHEM): a tool for performing economic evaluations of cancer control interventions. *Eur J Cancer*. 2001;37.

21. Wolfson MC. POHEM--a framework for understanding and modelling the health of human populations. *World Health Stat Q*. 1994;47: 157-176.

22. Katanoda K, Saika K, Yamamoto S, et al. Projected cancer mortality among Japanese males under different smoking prevalence scenarios: evidence for tobacco control goal setting. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2011;41: 483-489.

23. 厚生労働省. がん対策推進基本計画 (第二期). Available from URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keika_ku02.pdf.

24. 大阪府. 第二期大阪府がん対策推進計画. Available from URL: <http://www.pref.osaka.jp/attach/5007/00000000/keikakuzenbun.pdf>.

25. Fukui K, Ito Y, Nakayama T. Trends and projections of cancer mortality in Osaka, Japan from 1977 to 2032. *Jpn J Clin Oncol*. 2019;49: 383-388.

26. 大阪府. 第3期大阪府がん対策推進計画. Available from URL: <http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/keikaku/> [accessed 8 May, 2018].

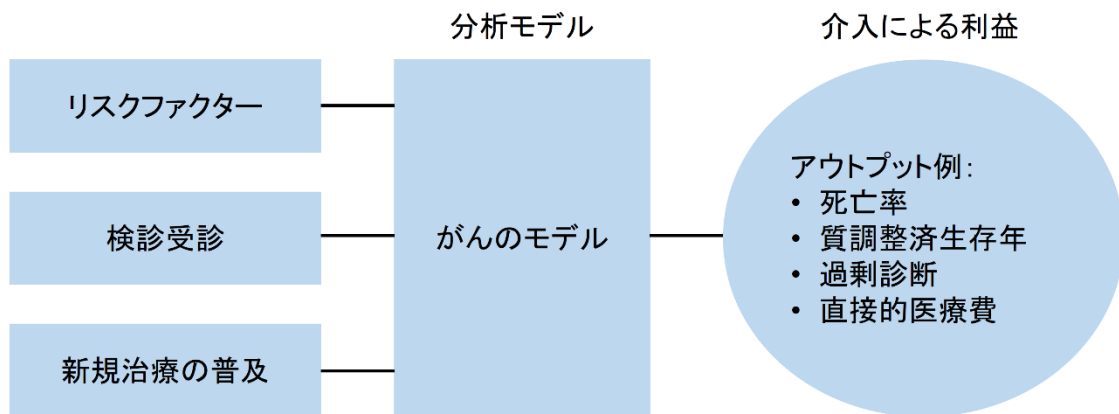


図1. 米国CISNETにおけるがん数理モデルの基本枠組

表1. 検索式“cancer” AND “microsimulation”
(2017～2019年発表のみ) の論文のがん種内訳

がん種	N
大腸	24
肺・タバコ	16
子宮頸	13
乳房	10
前立腺	7
全般	3
その他	23
合計	96

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

青森県におけるがん対策の進捗評価と国との連携方法の検討

研究分担者 松坂 方士 弘前大学医学部附属病院 医療情報部 准教授

研究要旨

都道府県のがん対策ではがん医療のウェイトが大きい。今年度、青森県ではがん診療連携拠点病院数が半減し、がん対策計画の抜本的見直しが必要になった。がん医療均てん化の指標設定と地域医療充実が必要である。

A. 研究目的

わが国の死因第一位はがんであり、がん対策は公衆衛生の中でも重要な位置を占める。また、その進捗状況を数値によって確認することはPDCAサイクルの重要な部分の一つである。

青森県は過去10年以上にわたってがん年齢調整死亡率が全国で最も高く、効果的ながん対策が大きな課題である。

がん対策は大きく一次・二次・三次予防に分けることができる。一次・二次予防は国が大きく方針を決定して県や市町村が実施する部分が大きく、県のがん対策計画では三次予防、特にがん医療計画のウェイトが大きい。その中でも、二次医療圏単位で設置することとなっているがん診療連携拠点病院は都道府県のがん対策計画の中心的な役割を担っている。本研究では青森県におけるがん診療連携拠点病院の指定とがん対策計画の課題を考察した。

B. 研究方法

がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会によって見直された青森県のがん診療連携拠点病院の指定状況を確認し、

これまでの青森県における第三次がん対策推進計画との関連を検討した。

C. 研究結果

青森県ではこれまで県拠点病院1、地域拠点病院6（県内6医療圏のうち、拠点病院のない医療圏が1）であった。しかし、見直し後は県拠点病院1、地域拠点病院3となり、拠点病院がない医療圏は3に増加した。

D. 考察

今回、地域拠点病院に指定されなかった病院は、いずれも医師不足により指定要件を満たせなかった。また、拠点病院数が半減し、拠点病院がない医療圏が増加したことから、青森県ではがん対策推進計画の抜本的見直しが必要になった。がん診療連携拠点病院は全国どこでも質の高いがん医療を受けられるように推進されている事業で、都道府県におけるがん対策推進計画の重要な部分である。しかし、医師確保は都道府県が主導した場合であっても困難なことが多く、地方ではがん医療均てん化のために不可欠な人的資源が不足している。今回の見直し

による青森県での拠点病院減少は、そのことを明確に示していると考えられた。

E. 結論

地域におけるがん医療の均てん化（がん診療連携拠点病院の整備と機能の充実）は都道府県が策定するがん対策推進計画に含まれているものの、都道府県には解決できない部分がある。

今後、地域におけるがん医療の実態に関する指標を設定してモニタリングし、地域間格差の解消に取り組まなければ、がん医療の均てん化は難しいものと考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業
平成 30 年度 分担研究報告書

沖縄県におけるがん対策の進捗評価と国との連携方法の検討に関する研究

研究分担者 増田昌人 琉球大学医学部附属病院がんセンター長

研究要旨

第 2 次沖縄県がん対策推進計画の中間評価の際の「患者家族調査」の経験をもとに、がん対策推進基本計画（第 3 期）の中間評価を行うに当たって、患者の視点からのがん対策評価を行うために『患者体験調査』の質問を作成した。

質問を作成するに当たり、全国がん患者会連合会の役員の協力を得て、患者関係者、分担研究者、分担協力者で作成委員会を組織した。がん対策推進基本計画（第 3 期）を、ロジックモデルを基に再編し、それぞれの分野ごとの最終アウトカムを明らかにした。作成委員会が主となり、前述の「患者家族調査」の質問項目を参考に、ロジックモデルを意識しながら、最終アウトカムが評価できる質問を、各分野 1～3 個作成した。

A. 研究目的

第 2 次沖縄県がん対策推進計画の中間評価の際の「患者家族調査」の質問票および調査結果を参考に、がん対策推進基本計画（第 3 期）の中間評価を行うに当たって、患者の視点からのがん対策評価を行うために『患者体験調査』の質問を作成する。

B. 研究方法

1. 第 2 次沖縄県がん対策推進計画の中間評価の際の「患者家族調査」の質問票および調査結果を再確認する。
2. がん対策推進基本計画（第 3 期）を、ロジックモデルを基に再編し、それぞれの分野ごとの最終アウトカムを明確にする。
3. 全国がん患者団体連合会の役員の協力を得て、研究協力者および分担者で作成委員会を組織する。
4. 作成委員会が主となり、前述の「患者家族調査」の質問項目を参考に、ロジックモデルを意識しながら、最終アウトカムが評価できる質問を作成する。
(倫理面への配慮)

研究の特性上、特になし

C. 研究結果

全国がん患者会連合会の役員の協力を得て、患者関係者、分担研究者、分担協力者で作成委員会を組織した。がん対策推進基本計画（第 3 期）を、ロジックモデルを基に再編し、それぞれの分野ごとの最終アウトカムを明らかにした。作成委員会が主となり、前述の「患者家族調査」の質問項目を参考に、ロジックモデルを意識しながら、最終アウトカムが評価できる質問を、各分野 1～3 個作成した。

E. 結論

第 2 次沖縄県がん対策推進計画の中間評価の際の「患者家族調査」の経験を活かして、がん対策推進基本計画（第 3 期）の中間評価のために『患者体験調査』の質問を作成した。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

1) 井岡 亜希子(琉球大学 医学部), 増田 昌人, 青木 一雄, 医療施策の評価を目的とした保健医療情報のレコード・リンケージに関する研究, 第 77 回日本公衆衛生学会総会抄録集, 315, 2018

2) 仲嶺 八紀, 村上 隆啓, 向井 麻奈美, 比嘉 裕子, 田里雅樹, 新里 明美, 伊佐 奈々, 増田 昌人, 井上 泉, 当院における胃癌・大腸癌診療の質評価と改善活動の検討, 診療情報管理, 30 巻 2 号, 185, 2018

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

CAHPS による患者体験調査に関する研究

渡邊 ともね 国立がん研究センター がん対策情報センター がん臨床情報部 研究員

研究要旨：

日本語版の CAHPS Cancer Survey の調査票を翻訳、使用することにより、患者体験調査の国際比較への道を拓き、今後の日本におけるがん医療の質向上のための課題を模索することである。このため、翻訳、改定を重ねた後、日本語版の調査票を使用し、インターネットパネル 536 名より回答を得た。結果、米国で想定されたものとほぼ同様の因子が抽出され、米国における CHAPS cancer survey と同様のデータ蓄積可能性が示唆された。今後、詳細な解析や検討をかさね、データの国際比較の道を模索する。

○研究責任者および共同研究者

研究責任者： 渡邊ともね 国立がん研究センターがん対策情報センター がん臨床情報部

共同研究者： 東尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センター がん臨床情報部

A. 研究目的・意義

平成 24 年に閣議決定された第 2 期がん対策基本計画において、がん対策の進捗評価のための指標の策定がなされ、医療の質の評価の一環としてがん患者体験調査が全国規模で開始された。この際使用される調査票は、独自のインタビュー方式により作成されたものであり、結果のさらなる応用や、国際的な比較は想定されていなかった。しかしながら、患者体験調査が国際比較できれば、我が国における患者の視点に立った医療の質を可視化し、課題の明確化、対策につながるといった点で今後のがん対策にとり重要な貢献となり得る。さらに、現存する患者体験調査を継続的に改善し、適正な医療の質評価のための患者体験調査として、妥当性と信頼性の高い調査票の使用が必要とされている。このような中、米国では、Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) により CAHPS 調査票が患者体験調査として開発され、データの蓄積がなされている。Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (以下、CAHPS) 調査票は、測定領域の明確化、文献レビュー、現存する測定手段と関連尺度のレビュー、ステークホルダーの参画、患者や顧客への

フォーカスグループの実施、妥当性と信頼性の高い調査票の開発、患者インタビュー、認知テストによる患者インタビュー結果の復習、現場検証と結果の心理分析、現場検証の復習のすべてのプロセスを経て作成された妥当性と信頼性の高い患者体験調査票である⁽¹⁾。その中で、がん医療に特化した患者体験を調査するため、CAHPS Cancer Care Survey が、2016 年に開発された。

本研究の目的は、日本語版の CAHPS Cancer Survey の調査票を翻訳、使用することにより、患者体験調査の国際比較への道を拓き、今後の日本におけるがん医療の質向上のための課題を模索することである。CAHPS Cancer Survey は 2016 年に開発されたばかりの比較的新しい調査票であり、データの蓄積は今後の課題とされているが、日本において本調査票を用いたデータを蓄積することは、今後米国において Cancer Survey のデータが蓄積された際、国際比較することを可能とし、共同研究への道を拓くことにもつながる。本研究は、がん対策評価における課題である患者の視点による医療の質の評価を可能にするため、妥当性と信頼性の高い既存の海外の調査票を使用し患者体験調査をおこな

い、さらに国際比較可能性の基盤づくりを試みるという点が独創的な点であるといえる。

B. 研究方法

本研究は以下の通り、平成 29 年と平成 30 年の 2 年間にわたり (1) 翻訳、(2) 改訂、(3) 本調査、(4) 集計と分析の 4 段階構成で行われた。

(1). 翻訳

AHRQ の翻訳要綱に沿い、CAHPS Cancer Survey を翻訳する。翻訳は、①翻訳チームメンバーの選出：翻訳者とレビューアーから成る翻訳チームメンバーを選出した。翻訳者とレビューアーの要件は Translating CAHPS survey (Appendix A) に準ずる ②翻訳：翻訳は少なくとも 2 人の翻訳者により別々に行われた③レビュー：レビューアーにより、内容の検証を行った④合意を得る：チーム全体で話し合い、翻訳結果についての合意を得た。すべての工程終了後、AHRQ のガイドラインに従い、調査票のフォーマットを整えられた。必要に応じて、AHRQ に連絡を取り疑問点を話し合いが行われた。

(2). 調査票の実行可能性の検証、改訂

国立がん研究センター施設内にて、患者・市民パネル 10 名程度に個々にインタビュー調査を行い、実際に出来上がった調査票を使用し分かりにくい点、改訂が必要な点を検証し最終的な文言の修正がされた。

(3). 本調査

サンプルフレームの決定：回答率を 40% と仮定し少なくとも 300 の完全回答の調査票を得るために 750 人のサンプルを必要とした。尚、調査は外部業者に委託の Web 調査とした。調査票はすべて無記名、回答者の自由意志で行われ、回答の有無による不利益を被らないことが明記された。尚、Web 調査をするため、回答率が目標を下回ることは非常に稀であった。

(4). 集計と分析

結果の受け取り、調査結果をもとに Stata や Excel を使用して集計を行われた。集計結果をもとに JASP と Stata を使用し、AHRQ の公開マニュアルを参考に結果の分析をおこない、今後の日本のがん医療の質向上のための課題が模索された。

C. 研究結果

薬物、手術、放射線と 3 つがんに関する CAHPS 調査票が存在する中、今回の翻訳に際しては「CAHPS がん医療に関する調査」という名前で 3 つを統合した調査票を作成した。米国における 3 つの CAHPS 調査票は 3 つの別々の医療に携わった医療チームを評価するものであったため、翻訳版ではがん医療に関わった医療者を対象にするものとし、特定の医療提供者に限定しなかった。翻訳後、10 名の「患者・市民パネル」に対して一人 1 時間程度のインタビューを行い、最終的に 50 問の調査票を作成した。

本調査は、2019 年 02 月 14 からの 4 日間、NTT コム オンライン・マーケティング・ソリューションのインターネット調査パネルに対して行われた。10225 名に対し調査票を配信したうち、536 名からの回答を得た (回答率約 20%)。想定された因子は、50 項目中 2 問の global ratings 以外に 6 つであった⁽²⁾。想定された因子が明確であったため、本来ならば Confirmatory factor analysis (CFA) が行われるべきだったが、JASP, Stata 両方のソフトにおいて解析不能であった。要因として、選択式の問題で当てはまる者のみ回答すべき問いがいくつか存在し、Missing data が多く含まれたことが挙げられる。代わりに、Exploratory Factor Analysis (EFA) が行われ、因子の数は予め 6 つに設定された。q36 のみ選択肢が 2 択であったため、本問いは分析から除外された。結果、Component loading ≥ 0.4 の条件下で想定された 6 つの因子が存在したが (Table1)、“Care coordination”として想定された領域の因子のうち 2 つの問い (q20, q26) は別の領域内に入っていた。Table2, Table3 からもこの 2 つの問いが別の領域によりフィットすることが言える。特に q20 は、因子分析の結果でも Provider communication に属しており、質問の順番、内容からも、Care coordination よりは Provider communication に属する方がより適切と考えられた。本モデルにおいて、RMSEA=0.059 (0.049–0.068), TLI=0.932 であった。先行研究の基準は、RMSEA < 0.05 , TLI ≥ 0.95 であり、値は近い

ものの基準はみたさなかった。それぞれの領域 における結果を以下に示す。

Table1. Result of factor analysis(Exploratory factor analysis)

	RC 1	RC 2	RC 3	RC 4	RC 5	RC 6
q13	.	.	.	.	0.515	.
q15	.	.	.	.	0.715	.
q17	.	.	.	.	0.703	.
q18	0.614	.	.	.	.	.
q19	0.670	.	.	.	.	.
q20	0.787	.	.	.	.	.
q21	0.950	.	.	.	.	.
q22	0.734	.	.	.	.	.
q24	.	.	.	.	.	0.969
q26	.	-0.430	.	.	.	.
q29	.	0.714	.	.	.	.
q32	.	0.863	.	.	.	.
q35	.	0.703	.	.	.	.
q37	.	.	.	.	.	.
q40	.	.	.	1.037	.	.
q41	.	.	.	0.665	.	.
q6	.	.	0.715	.	.	.
q7	.	.	0.801	.	.	.
q8	.	.	0.517	.	.	.

Table2. Result of reliability and descriptive statistics

		Provider communication	Care Coordination	Courteous office staff	Getting timely care	Supporting Patient self-management**	Available to Provide Care and Info
Internal-consistency reliability (Cronbach's a)	>=0.70	0.860 (0.839-0.878)	0.575(0.509-0.634)	0.864(0.839-0.885)	0.684(0.634-0.727)	0.814(0.787-0.839)	0.766(0.730-0.799)
criterion validity	>=0.30	0.716,0.625(p<.001)	0.526,0.456(p<.001)	0.457,0.456(p<.001)	0.475,0.464(p<.001,0.001)	0.545,0.334(p<.001)	0.458,0.402(p<.001)
Scaling success	*	✓	×	✓	×	✓	✓
Ceiling effects	>75%	31.5%-44.6%	21.8%-65.7%	43.8%,46.3%	44.9%-59.6%	7.7%-34.7%	12.6%-36.5%

* if items correlate more highly with their own composites than with other composites (Table3)

**q36 was excluded since it has two choices whereas the others have three

Table3. Item-rest correlation matrix

		Available	Timely	Provider	Care	Supporting	Courteous
Available	q6	0.629	-0.168	-0.407	-0.308	0.553	-0.203
	q7	0.633	-0.091	-0.351	-0.327	0.481	-0.198
	q8	0.551	-0.235	-0.338	-0.338	0.54	-0.183
Timely	q13	-0.37	0.511	0.409	0.287	-0.397	0.289
	q15	-0.228	0.532	0.391	0.312	-0.181	0.309
	q17	-0.161	0.461	0.485	0.513	-0.435	0.242
Provider	q18	-0.285	0.614	0.645	0.506	-0.421	0.447
	q19	-0.39	0.462	0.727	0.549	-0.537	0.441
	q21	-0.368	0.299	0.744	0.563	-0.543	0.44
	q22	-0.44	0.346	0.71	0.57	-0.592	0.422
Care	q20	-0.365	0.509	0.733	0.394	-0.473	0.467
	q24	-0.271	0.53	0.473	0.478	-0.271	0.281
	q26	-0.332	0.068	0.334	0.346	-0.42	0.105
Supporting	q29	0.439	-0.365	-0.509	-0.463	0.619	-0.282
	q32	0.454	-0.34	-0.494	-0.461	0.785	-0.252
	q35	0.445	-0.223	-0.509	-0.402	0.64	-0.316
	q37	0.334	-0.054	-0.223	-0.291	0.523	-0.134
Courteous	q40	-0.216	0.271	0.463	0.286	-0.289	0.761
	q41	-0.226	0.273	0.513	0.328	-0.265	0.761

アンケートの結果に関しては、“Provider communication”領域の4問においては、「1:全くなし、2:時々あり、3:たいていあり、4:いつもあり」の回答平均が3.0-3.5であった。“Courteous office staff”領域の2問の回答平均は3.3、“Getting timely care”領域の3問では3.0-3.5であった。“Supporting patient self-management”領域の5問においては「1:はい、2:ややそう思う、3:いいえ」の3段階評価であり、回答平均は1.5-1.9、

“Available to provide care and info”領域の3問においては1.4-1.9であった。ほとんどの領域で回答者の満足度は高いと言える。今回因子としては入らなかったが、もともと想定された領域としてあった“Care coordination”の3問は、回答平均は4段階中2.6-3.5であり、中

でも低値かつ比較的大きなばらつき(SD:0.9)を記録したのが「担当の医師や看護師と服用中の薬について相談しましたか」という問いだった。回答終了時、回答者に「回答しにくい質問があったか」という問いに対しては、87%が「特になかった」と回答した。残りの13%はなんからの問いが答えにくいと回答したが、「答えにくい」とされた問いが特定のものに集中したわけではなかった(q4「どのくらいの期間、その病院でがん治療を行いましたか」が最多で2.3%)。

D. 考察

米国で開発された CAHPS 調査を使用し、日本語版に翻訳、調査を実施した。結果、想定されたほとんどの領域は想定通り因子として挙げたが、“Care coordination”の領域は日本語版

の調査票においては因子として適切とは言いがたかった。

考えられる要因の1つとして、日本の医療現場では、米国ほど医療提供に関する分業が明確化されていない点が挙げられる。例えば、結果では、「担当の医師や看護師と服用中の薬について相談しましたか」という問いに対して比較的低くばらつきの大きかった。理由として、米国での調査票は「放射線チーム、薬物療法チーム、手術チーム」と質問対象が明確に分かれていたのに対し、翻訳版では対象を「医師や看護師」としており、医療現場で多くの役割を引き受ける可能性がある専門職が対象となっている点、また、服薬指導を専属薬剤師がおこなう病棟や看護師が行う病棟もあったりと、服用中の薬剤に関する相談について統一した医療提供がされていない点が挙げられる。つまり、米国においては、この問いに対する結果が薬物療法チームで高値となり、放射線チームでは低値となるなどと予想できるのに対し、対象を「医者や看護師」にしたことで回答にばらつきが生まれた可能性がある。

既述のように、米国と日本で医療システムに乖離のある分野に関しては、想定された結果がでないこともあった。今後、CARPS 調査をさらに進める上で、提供者の評価に関わる問いに関しては、慎重に検討していく必要がある。

E. 結論

今回の研究により、米国で広く使用されている CAHPS 調査票を使用し、翻訳を通じて国内で米国と同様のデータを蓄積していくことが可能

であることが示唆された。ただし、両国の医療システムの違いを考慮に入れ、今後、supplemental item を使用した項目の追加や、さらなる詳細な解析を通じて実現可能な国際比較の道を模索していく。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

(参考文献)

- (1) CAHPS: Assessing Health Care Quality From the Patient's Perspective [Internet]. [cited 2018/06/17]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/about-cahps/cahps-program/14-p004_cahps.pdf.
- (2) Evensen C, Yost KJ, Keller S, Cowans T, Frentzel E, Jenkins S, et al. CAHPS Cancer Care Survey: Development, testing, and final content of a survey of patient experience with cancer care. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35(8_suppl):227-.

Appendix

Appendix 1: CAHPS 調査 単純集計結果

Q1_1. お差し支えない方は あなたが がん治療を受けた主たる病院の名前を教えてください。

		実数	%
全体		480	100.0
回答者数		480	100.0

(Q2. 医師は、あなたががんであなた自身に告げましたか。

		実数	%
全体		536	100.0
1	はい	524	97.8
2	いいえ	12	2.2

(Q3. その病院は、あなたが普段から（他の病気や健康に関する相談などで）通っている病院ですか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	はい	167	31.9
2	いいえ	357	68.1

(Q4. どのくらいの期間、その病院でがん治療を行いましたか（行っていますか）。

		実数	%
全体		524	100.0
1	6か月未満	244	46.6
2	6か月以上1年未満	83	15.8
3	1年以上2年未満	56	10.7
4	2年以上	141	26.9

(Q5. 最初にがんと診断されたのはいつですか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	6か月未満前	32	6.1
2	6か月から11か月前	31	5.9
3	1年から2年前	59	11.3
4	2年以上前	402	76.7

(Q6. 治療が決定してから、医療スタッフは、何か質問がある時には連絡してもよいと伝えましたか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	はい	294	56.1
2	ややそう思う	131	25.0
3	いいえ	99	18.9

(Q7. 治療が決定してから、医療スタッフは、副作用や気になる症状が現れた時にはすぐに知らせるよう伝えましたか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	はい	343	65.5
2	ややそう思う	115	21.9
3	いいえ	66	12.6

(Q8. 治療が決定してから、医療スタッフは、診察時間外の連絡方法についてわかりやすく伝えましたか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	はい	203	38.7
2	ややそう思う	130	24.8
3	いいえ	191	36.5

(Q9. 治療が決定してから、医療スタッフは、がん治療に関わる意思決定にご家族やご友人が参加してもよいと伝えましたか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	はい	326	62.2
2	ややそう思う	115	21.9
3	いいえ	83	15.8

(Q10. 最後にその病院で治療を受けたのはいつですか。

		実数	%
全体		524	100.0
1	6か月未満前	112	21.4
2	6か月以上1年未満前	35	6.7
3	1年以上2年未満前	46	8.8
4	2年以上前	331	63.2

(Q11. その病院において診察は何回程度ありましたか。メールや電話相談は含みません（入院期間を除きます）。

		実数	%
全体		524	100.0
1	ない	19	3.6
2	1回～5回	198	37.8
3	6回～10回	73	13.9
4	11回以上	234	44.7

(Q12. その病院に緊急で連絡をとったことがありますか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	90	17.8
2	いいえ	415	82.2

(Q13. Q12の際、すぐに診てもらえましたか。

		実数	%
全体		90	100.0
1	全く診てもらえなかった	3	3.3
2	時々診てもらえた	6	6.7
3	たいてい診てもらえた	33	36.7
4	いつも診てもらえた	48	53.3

(Q14. その病院で、検査や受診の予約をしたことがありますか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	485	96.0
2	いいえ	20	4.0

(Q15. Q14の際、すぐに予約がとれましたか。

		実数	%
全体		485	100.0
1	全くとれなかった	3	0.6
2	時々とれた	19	3.9
3	たいていとれた	174	35.9
4	いつもとれた	289	59.6

(Q16. 病気に関する質問をするため、診療時間内にその病院に連絡をしたことはありますか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	98	19.4
2	いいえ	407	80.6

(Q17. Q16の際、その日のうちに回答を得られましたか。

		実数	%
全体		98	100.0
1	全く得られなかった	2	2.0
2	時々得られた	11	11.2
3	たいてい得られた	41	41.8
4	いつも得られた	44	44.9

(Q18. 担当の医師や看護師の指示や注意点に関する説明はわかりやすかったですか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	わからなかった	7	1.4
2	時々わかりやすかった	34	6.7

3	たいていわかりやすかった	265	52.5
4	いつもわかりやすかった	199	39.4

(Q19. 担当の医師や看護師はあなたの話をどれくらい聞いてくれましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	全く聞いてくれなかった	1	0.2
2	時々聞いてくれた	37	7.3
3	たいてい聞いてくれた	242	47.9
4	いつも聞いてくれた	225	44.6

(Q20. 担当の医師や看護師はあなたの病気に関する情報を常に把握していたと思いますか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	全くしてなかった	2	0.4
2	時々していた	45	8.9
3	たいていしていた	259	51.3
4	いつもしていた	199	39.4

(Q21. 担当の医師や看護師はあなたの思いや気持ちを尊重しようとしていましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	全くしてなかった	6	1.2
2	時々していた	49	9.7
3	たいていしていた	262	51.9
4	いつもしていた	188	37.2

(Q22. 担当の医師や看護師はあなたに十分な時間をとって対応してくれましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	全くしてくれなかった	12	2.4
2	時々してくれた	62	12.3
3	たいていしてくれた	272	53.9
4	いつもしてくれた	159	31.5

(Q23. 担当の医師が、血液検査、X線検査、またはその他の検査を追加したことがありましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	399	79.0
2	いいえ	106	21.0

(Q24. その病院では、行われた血液検査、X線検査、またはその他の検査の結果の説明をしてくれましたか。)

		実数	%
全体		399	100.0
1	全くしてくれなかった	6	1.5
2	時々してくれた	15	3.8
3	たいていしてくれた	116	29.1
4	いつもしてくれた	262	65.7

(Q25. 処方された内服薬を服用しましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	386	76.4
2	いいえ	119	23.6

(Q26. 担当の医師や看護師と、服用中の薬について相談しましたか。)

		実数	%
全体		386	100.0
1	全く話し合わなかった	42	10.9
2	時々話し合った	124	32.1
3	たいてい話し合った	136	35.2
4	いつも話し合った	84	21.8

(Q27. 担当の医師や看護師と、がんによる痛み、または治療による痛みについて相談しましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	287	56.8
2	いいえ	218	43.2

(Q28. がんによる痛み、または治療による痛みがありましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	221	43.8
2	いいえ	284	56.2

(Q29. 担当の医師や看護師は、この痛みについて助言や何らかの支援をしましたか。)

		実数	%
全体		221	100.0
1	はい	119	53.8
2	ややそう思う	85	38.5
3	いいえ	17	7.7

(Q30. 担当の医師や看護師と、がんや治療にともなう体調の変化について相談しましたか。)

		実数	%

全体		505	100.0
1	はい	349	69.1
2	いいえ	156	30.9

(Q31. 病気や治療にともなう体調の変化に悩まされることがありましたか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	262	51.9
2	いいえ	243	48.1

(Q32. 担当の医師や看護師は、この体調の変化に対して助言や何らかの支援をしましたか。

		実数	%
全体		262	100.0
1	はい	145	55.3
2	ややそう思う	92	35.1
3	いいえ	25	9.5

(Q33. 担当の医師や看護師と、がんや治療に関連した不安などの精神的な問題について相談しましたか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	194	38.4
2	いいえ	311	61.6

(Q34. がんや治療に関連した不安などの精神的な問題がありましたか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	212	42.0
2	いいえ	293	58.0

(Q35. 担当の医師や看護師は、この精神面の問題に対して助言や何らかの支援をしましたか。

		実数	%
全体		212	100.0
1	はい	68	32.1
2	ややそう思う	85	40.1
3	いいえ	59	27.8

(Q36. 在宅におけるがん医療には、在宅医療、特別な医療機器、または特別な備品などのサービスがあります。このようなサービスについて話しがありましたか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	74	14.7
2	いいえ	431	85.3

(Q37. 担当の医師や看護師と、治療期間中の食事や運動などの方法について相談しましたか。

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	195	38.6
2	ややそう思う	135	26.7
3	いいえ	175	34.7

(Q38. 担当医師や看護師を総合して 0 から 10 の数字で評価してください。尚、0 が最低の医師や看護師、10 を最高の医師や看護師としてください。

		実数	%
全体		505	100.0
1	最低の医師や看護師 0	0	0.0
2	←1	1	0.2
3	2	5	1.0
4	3	5	1.0
5	4	4	0.8
6	5	25	5.0
7	6	20	4.0
8	7	88	17.4
9	8	153	30.3
10	→9	110	21.8
11	最高の医師や看護師 10	94	18.6

(Q39. その病院でのがん医療全般について、あなたの経験を 0 から 10 の数字で評価してください。尚、0 が最低の医療経験、10 を最高の医療経験としてください。

		実数	%
全体		505	100.0
1	最低の経験 0	2	0.4
2	←1	2	0.4
3	2	2	0.4
4	3	2	0.4
5	4	8	1.6
6	5	25	5.0
7	6	31	6.1
8	7	68	13.5
9	8	157	31.1
10	→9	119	23.6
11	最高の経験 10	89	17.6

(Q40. その病院の受付・手続きなどの事務員の対応は十分なものでしたか。

		実数	%

全体		505	100.0
1	全く十分でない	4	0.8
2	時々	43	8.5
3	たいてい	237	46.9
4	いつも	221	43.8

(Q41. その病院の受付・手続きなどの事務員は、礼儀をもってあなたに接していましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	全くしてない	8	1.6
2	時々	36	7.1
3	たいてい	227	45.0
4	いつも	234	46.3

(Q42. あなたのがん治療について、どのように意思決定をしたいとお考えですか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	主に自分で意思決定をしたい	110	21.8
2	自分と医師と一緒に意思決定をしたい	361	71.5
3	主に医師に意思決定をしてもらいたい	34	6.7

(Q43. がん治療のため入院をしましたか。)

		実数	%
全体		505	100.0
1	はい	458	90.7
2	いいえ	47	9.3

(Q44. 現在のあなたの全身の健康状態について評価してください。)

		実数	%
全体		536	100.0
1	非常に良好	72	13.4
2	良好	181	33.8
3	普通	197	36.8
4	やや悪い	68	12.7
5	悪い	18	3.4

(Q45. 現在のあなたの精神面または情緒面について、評価してください。)

		実数	%
全体		536	100.0
1	非常に良好	86	16.0
2	良好	181	33.8
3	普通	213	39.7

4	やや悪い	42	7.8
5	悪い	14	2.6

(Q46. 年齢)

		実数	%
全体		536	100.0
1	18-20 歳	1	0.2
2	21-24 歳	2	0.4
3	25-34 歳	8	1.5
4	35-44 歳	40	7.5
5	45-54 歳	95	17.7
6	55-64 歳	157	29.3
7	65-74 歳	163	30.4
8	75 歳以上	70	13.1

(Q47. 性別)

		実数	%
全体		536	100.0
1	男性	323	60.3
2	女性	213	39.7

(Q48. 最終学歴を教えてください。)

		実数	%
全体		536	100.0
1	小学校以下	0	0.0
2	中学校	11	2.1
3	高校	167	31.2
4	専門学校、短大	104	19.4
5	大学	234	43.7
6	大学院	20	3.7

(Q49. この調査票に回答するのにあたり、他人の助けを必要としましたか。)

		実数	%
全体		536	100.0
1	はい	9	1.7
2	いいえ	527	98.3

(Q50. その人は、調査回答に際し、どのように関わったのでしょうか。)

		実数	%
全体		9	100.0
1	質問を読んでくれた	2	22.2
2	回答を記入してくれた	1	11.1

3	質問に回答してくれた	1	11.1
4	質問を私の言語に通訳してくれた	0	0.0
5	その他の方法で手助けしてくれた	5	55.6

(MA)Q51. Q2～45 までで、答えにくい質問はありましたか。答えにくかった質問とその理由についてお聞かせください。

		実数	%
全体		536	100.0
1	特になかった	468	87.3
46	癌（がん）になったことはない	0	0.0
2	Q2 医師は、あなたががんであなた自身に告げましたか。	5	0.9
3	Q3 その病院は、あなたが普段から（他の病気や健康に関する相談などで）通っている病院ですか。	12	2.2
4	Q4 どのくらいの期間、その病院でがん治療を行いましたか（行っていますか）。	15	2.8
5	Q5 最初にがんと診断されたのはいつですか。	3	0.6
6	Q6 治療が決定してから、医療スタッフは、何か質問がある時には連絡してもよいと伝えましたか。	5	0.9
7	Q7 治療が決定してから、医療スタッフは、副作用や気になる症状が現れた時にはすぐに知らせるよう伝えましたか。	4	0.7
8	Q8 治療が決定してから、医療スタッフは、診察時間外の連絡方法についてわかりやすく伝えましたか。	7	1.3
9	Q9 治療が決定してから、医療スタッフは、がん治療に関わる意思決定にご家族やご友人が参加してもよいと伝えましたか。	3	0.6
10	Q10 最後にその病院で治療をうけたのはいつですか。	5	0.9
11	Q11 その病院において診察は何回程度ありましたか。メールや電話相談は含みません（入院期間を除きます）。	3	0.6
12	Q12 その病院に緊急で連絡をとったことがありますか。	3	0.6
13	Q13 Q12 の際、すぐに診てもらえましたか。	2	0.4
14	Q14 その病院で、検査や受診の予約をしたことがありますか。	4	0.7
15	Q15 Q14 の際、すぐに予約がとれましたか。	2	0.4
16	Q16 病気に関する質問をするため、診療時間内にその病院に連絡をしたことはありますか。	6	1.1
17	Q17 Q16 の際、その日のうちに回答を得られましたか。	0	0.0
18	Q18 担当の医師や看護師の指示や注意点に関する説明はわかりやすかったですか。	2	0.4
19	Q19 担当の医師や看護師はあなたの話をどれくらい聞いてくれましたか。	5	0.9
20	Q20 担当の医師や看護師はあなたの病気に関する情報を常に把握していたと思いますか。	1	0.2
21	Q21 担当の医師や看護師はあなたの思いや気持ちを尊重しようとしていましたか。	7	1.3
22	Q22 担当の医師や看護師はあなたに十分な時間をとって対応してくれましたか。	4	0.7
23	Q23 担当の医師が、血液検査、X線検査、またはその他の検査を追加したことがありますか。	2	0.4
24	Q24 その病院では、行われた血液検査、X線検査、またはその他の検査の結果の説明をしてくれましたか。	2	0.4
25	Q25 処方された内服薬を服用しましたか。	6	1.1
26	Q26 担当の医師や看護師と、服用中の薬について相談しましたか。	4	0.7
27	Q27 担当の医師や看護師と、がんによる痛み、または治療による痛みについて相談しましたか。	8	1.5
28	Q28 がんによる痛み、または治療による痛みがありましたか。	0	0.0
29	Q29 担当の医師や看護師は、この痛みについて助言や何らかの支援をしましたか。	3	0.6
30	Q30 担当の医師や看護師と、がんや治療にともなう体調の変化について相談しましたか。	4	0.7

31	Q31 病気や治療にともなう体調の変化に悩まされることがありましたか。	2	0.4
32	Q32 担当の医師や看護師は、この体調の変化に対して助言や何らかの支援をしましたか。	5	0.9
33	Q33 担当の医師や看護師と、がんや治療に関連した不安などの精神的な問題について相談しましたか。	6	1.1
34	Q34 がんや治療に関連した不安などの精神的な問題がありましたか。	2	0.4
35	Q35 担当の医師や看護師は、この精神面の問題に対して助言や何らかの支援をしましたか。	5	0.9
36	Q36 在宅におけるがん医療には、在宅医療、特別な医療機器、または特別な備品などのサービスがあります。このようなサービスについて話がありましたか。	1	0.2
37	Q37 担当の医師や看護師と、治療期間中の食事や運動などの方法について相談しましたか。	4	0.7
38	Q38 担当医師や看護師を総合して 0 から 10 の数字で評価してください。尚、0 が最低の医師や看護師、10 を最高の医師や看護師としてください。	6	1.1
39	Q39 その病院でのがん医療全般について、あなたの経験を 0 から 10 の数字で評価してください。尚、0 が最低の医療経験、10 を最高の医療経験としてください。	9	1.7
40	Q40 その病院の受付・手続きなどの事務員の対応は十分なものでしたか。	3	0.6
41	Q41 その病院の受付・手続きなどの事務員は、礼儀をもってあなたに接していましたか。	5	0.9
42	Q42 あなたのがん治療について、どのように意思決定をしたいとお考えですか。	0	0.0
43	Q43 がん治療のため入院をしましたか。	2	0.4
44	Q44 現在のあなたの全身の健康状態について評価してください。	2	0.4
45	Q45 現在のあなたの精神面または情緒面について、評価してください。	4	0.7

Ⅲ 研究成果の刊行物に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Takahiro Higashi	Chapter 1 Epidemiology	Yukinori Kurokawa, Yoshito Komatsu	Gastrointestinal Stromal Tumor: Research and Practice	Springer	Singapore	2018	1-9
東 尚弘	17章 診療関連データベース	磯博康 祖父江友孝	はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第3版)	南江堂	東京	2018	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Rikitake R, Tsukada Y, Ando M, Yoshida M, Iwamoto M, Yamasoba T, Higashi T.	Use of Intensity-Modulated Radiation Therapy for Nasopharyngeal Cancer in Japan: Analysis Using a Nationwide Database.	Jpn J Clin Oncol	In press		2019
Higashi T, Watanabe T, Iwamoto M, Mikami M.	The Use of Sensitive Imaging Modalities for Cervical Cancer Staging in Japan ,	Global Journal of Health Science	(11);3	75-82	2019
Matsumura S, Ozaki M, Iwamoto M, Kamitani S, Higashi T, Toyama M, Bito S,	Development and Pilot-testing of Quality Indicators for Primary Care in Japan	JMA Journal	In press		2019

Waza K					
Motoyama S, Maeda E, Yano M, Yasuda T, Ohira M, Doki Y, Toh Y, <u>Higashi T</u> , Matsubara H.	Appropriateness of the institute certification system for esophageal surgeries by the Japan Esophageal Society: evaluation of survival outcomes using data from the National Database of Hospital-Based Cancer Registries in Japan	Esophagus	16(1)	114-121	2019
Ozaki M, Matsumura, S, Iwamoto M, Kamitani S, <u>Higashi T</u> , Toyama M, Bito S, Waza K.	Quality of primary care provided in community clinics in Japan.	Journal of General and Family Medicine	20(2)	48-54	2018
Sakakibara N, <u>Higashi T</u> , Yamashita I, Yoshimoto T, Matoba M.	Negative pain management index scores do not necessarily indicate inadequate pain management: a cross- sectional study.	BMC Palliat Care	17(1)	102	2018
Okuyama A, <u>Higashi T</u> .	Patterns of cancer treatment in different age groups in Japan: An analysis of hospital-based cancer registry data, 2012–2015.	Jpn J Clin Oncol	48(5)	417-425	2018

Hamamoto Y, Sakakibara N, Nagashima F, Kitagawa Y, <u>Higashi T.</u>	Treatment selection for esophageal cancer: evaluation from a nationwide database.	Esophagus	15(2)	109-114	2018
Yagi A, Ueda Y, Kakuda M, Tanaka Y, Ikeda S, Matsuzaki S, Kobayashi E, Morishima T, Miyashiro I, <u>Fukui K, Ito Y,</u> Nakayama T, Kimura T.	Epidemiological and clinical analyses of cervical cancer using data from the population- based Osaka cancer registry.	Cancer Res.	79 (6)	1252-9	2019
Nakayama M, <u>Ito Y,</u> Hatano K, Nakai Y, Kakimoto KI, Miyashiro I, Nishimura K.	Impact of sex difference on survival of bladder cancer: A population- based registry data in Japan.	Int J Urol.			2019
Morishima T, Matsumoto Y, Koeda N, Shimada H, Maruhama T, Matsuki D, Nakata K, <u>Ito Y,</u> Tabuchi T, Miyashiro I.	Impact of Comorbidities on Survival in Gastric, Colorectal, and Lung Cancer Patients.	J Epidemiol.	29 (3)	110-5	2019
<u>Fukui K, Ito Y,</u> Nakayama T.	Trends and projections of cancer mortality in Osaka, Japan from 1977 to 2032.	Jpn J Clin Oncol.	49 (4)	383-8	2019
<u>伊藤ゆり.</u>	【造血器腫瘍】 小児の二 次がんの疫学.	腫瘍内科.	22 (6)	682-7	2018
Yoshimura A, Ito H, Nishino Y,	Recent Improvement in the Long-term Survival of	J Epidemiol.	28 (10)	420-7	2018

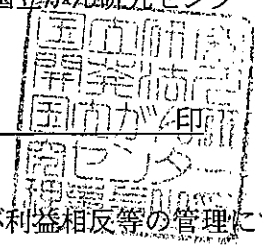
Hattori M, Matsuda T, Miyashiro I, Nakayama T, Iwata H, Matsuo K, Tanaka H, <u>Ito Y.</u>	Breast Cancer Patients by Age and Stage in Japan.				
Oze I, Ito H, Nishino Y, Hattori M, Nakayama T, Miyashiro I, Matsuo K, <u>Ito Y.</u>	Trends in Small-Cell Lung Cancer Survival in 1993-2006 Based on Population-Based Cancer Registry Data in Japan.	J Epidemiol.	In press		2018
Okura T, Fujii M, Shiode J, <u>Ito Y.</u> , Kojima T, Nasu J, Niguma T, Yoshioka M, Mimura T, Yamamoto K.	Impact of Body Mass Index on Survival of Pancreatic Cancer Patients in Japan.	Acta Med Okayama.	72 (2)	129-35	2018
<u>Yako-Suketomo H.</u> , Katanoda K, Kawamura Y, Katayama K, Yuasa M, Horinouchi H, Saito K.	Children's Knowledge of Cancer Prevention and Perceptions of Cancer Patients: Comparison Before and After Cancer Education with the Presence of Visiting Lecturer -Guided Class.	J Cancer Educ.	DOI 10.	1007/s131 87-018- 1408-7	2018
<u>助友裕子.</u>	フロンライン教育研究 がん教育のこれから.	初等教育資料	(973)	78-81	2018
戸ヶ里泰典, 福田 吉治, <u>助友裕子</u> , 神馬征峰.	健康教育・ヘルスプロモー ション領域における健康行 動理論・モデルの系統と変 遷.	日本健康教育学会 誌	26(4)	329-341	2018
<u>助友裕子.</u>	がん教育は誰がコーディネ ーターするのかー現状と養護 教諭への期待ー.	健康教室	69(8)	22-25	2018
<u>助友裕子.</u>	がん教育の推進と実践に向 けて (理論編)ーなぜ今が ん教育なのかー.	体育・保健体育ジ ャーナル	(3)	1-4	2019

別添6

厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 中釜 斉



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん政策-一般-020)
3. 研究者名 (所属部局・職名) がん対策情報センターがん登録センター・センター長
 (氏名・フリガナ) 東 尚弘 ・ヒガシ タカヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立がん研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

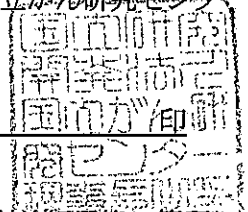
6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 中釜 斉



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん政策-一般-020)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 中央病院小児腫瘍科 ・ 科長
 (氏名・フリガナ) 小川 千登世 ・ オガワ チトセ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

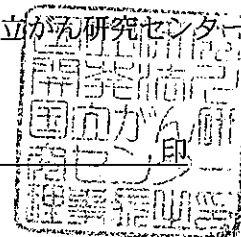
6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 中釜 斉



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん政策-一般-020)
3. 研究者名 (所属部局・職名) がん対策情報センター ・ センター長
 (氏名・フリガナ) 若尾 文彦 ・ ワカオ フミヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

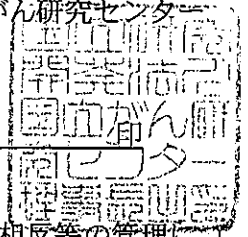
6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 中釜 斉



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん政策-一般-020)
3. 研究者名 (所属部局・職名) がん対策情報センター・部長
 (氏名・フリガナ) 高山智子・タカヤマ トモコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立がん研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

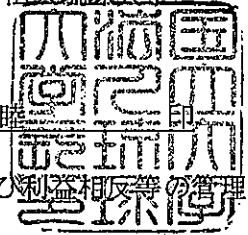
2019年 4 月 1 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人琉球大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 西田



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん対策-一般-020)
- 研究者名 (所属部局・職名) 琉球大学医学部附属病院・がんセンター長・特命准教授 (診療教授)
(氏名・フリガナ) 増田 昌人・ マスダ マサト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口チェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

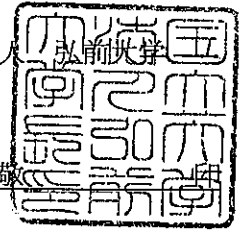
平成31年 3月18日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人

所属研究機関長 職名 学長

氏名 佐藤 敬



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん対策一般-020)

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院 ・ 准教授
(氏名・フリガナ) 松坂 方士 ・ マツザカ マサシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

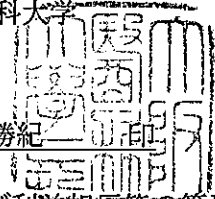
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019 年 4 月 26 日

厚生労働大臣 殿

機関名 大阪医科大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 大槻 勝紀



次の職員の平成 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 研究支援センター医療統計室 ・ 准教授
 (氏名・フリガナ) 伊藤 ゆり ・ イトウ ユリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

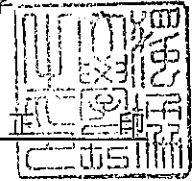
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 獨協大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 犬井



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究
(H29-がん対策-一般-020)

3. 研究者名 (所属部局・職名) 経済学部・教授
(氏名・フリガナ) 樋田勉・トイダツトム

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: COI委員会の設置がないため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立がん研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 日本女子体育大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 石崎 朔子



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究

(H29-がん対策-一般-020)

3. 研究者名 (所属部局・職名) 体育学部・教授

(氏名・フリガナ) 助友裕子・スケトモヒロコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

本分担研究ではアクションリサーチを導入しており、計画年度1-2年目は研究実施環境整備を主たる活動としていた。研究計画最終年度に倫理審査を受ける予定である。

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

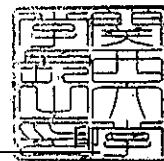
2019年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 関西大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 芝井 敬司



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 がん対策の進捗管理のための指標と測定の継続的な発展に向けた研究

(H29-がん対策-一般-020)

3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会学部・教授

(氏名・フリガナ) 脇田 貴文・ワキタ タカフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。