

第 6 1 回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成 28 年 10 月 26 日（水） 9：00～12：00

場 所：航空会館 5 階 501・502 会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 報 告

（1）各検討会の検討状況について

（2）がん対策に関する行政評価・監視について

3 議 題

（1）がん対策推進基本計画の見直しについて

・次期基本計画の全体目標とがん対策の指標について

・がん医療の充実について

（2）その他

【資 料】

資料 1 がん対策推進協議会委員名簿

資料 2 各検討会の検討状況について

資料 3 がん対策に関する行政評価・監視－がんの早期発見、診療体制及び緩和ケアを中心として－の結果に基づく勧告（概要）

資料 4 第60回がん対策推進協議会での主な御意見

資料 5 次期基本計画の目標設定について～議論の背景～

資料 6 がん対策推進基本計画 全体目標の考え方について（若尾参考人提出資料）

資料 7 がん医療の充実について～議論の背景～

資料 8 がん診療提供体制のあり方に関する検討会 議論の整理概要

資料 9 がん対策推進に対する歯科医師の取り組みについて

（佐藤参考人、上野参考人提出資料）

資料10 がん診療ガイドラインの運用等の実態把握及び標準的治療の実施に影響を与える因子の分析（藤原参考人提出資料）

【委員提出資料】

桜井委員、勢井委員、難波委員、馬上委員、若尾委員提出資料

- ・がん医療の充実について

北川委員提出資料

- ・認定がん医療ネットワークナビゲーター制度の実践と今後の展望

松村委員提出資料

- ・がん医療の充実（がん医療に係る人材育成と提供体制等）に関する意見について

【机上参考資料】

桜井委員提出参考資料

- ・がん情報の提供と人材育成について

若尾委員提出参考資料

中釜委員提出参考資料

- ・がん相談支援センターからみたがん対策上の課題と必要と考えられる対応についてのご報告
- ・第3期がん対策推進基本計画の策定に向けたがん診療連携拠点病院に求められる機能の充実に関する提案

事務局提出参考資料

- ・がん対策推進基本計画の全体像
- ・がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理

各検討会の検討状況について

●がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- ・平成28年5月20日（金）（第5回）
議題：がん診療提供体制のあり方について 等
- ・平成28年6月16日（木）（第6回）
議題：がんの放射線治療について 等
- ・平成28年7月7日（木）（第7回）
議題：がん診療連携拠点病院等における医療安全について
「がん診療連携拠点病院等の指定の検討会」に
おける課題について
がん診療連携拠点病院等の指定要件のあり方について
等
- ・平成28年8月4日（木）（第8回）
議題：がん医療に関する情報提供
第3期がん対策推進基本計画策定に向けた
議論の整理（案）について
がん診療連携拠点病院等の現状（意識調査）について
等
- ・平成28年10月26日（水）第61回がん対策推進協議会
「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の
整理」を報告。

●がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会

- ・平成28年5月30日（月）（第1回）
議題：緩和ケアに関するこれまでの議論と今後の議論
の方向性等について 等
- ・平成28年6月27日（月）（第2回）
議題：緩和ケア研修について 等
- ・平成28年7月27日（水）（第3回）
議題：緩和ケア提供体制について 等

今後、検討会において「議論の整理（案）」について議論予定。

●がん検診のあり方に関する検討会

- ・平成28年5月12日（木）（第17回）

議題：がん検診に関する実施状況等の調査結果について
今後のがん検診の関する論点について
がん検診受診率等に関するワーキンググループ
での論点について 等

- ・平成28年6月13日（月）（第18回）

議題：がん検診に関する最近の知見等について
職域におけるがん検診について 等

▲がん検診受診率等に関するワーキンググループ

- ・平成28年6月14日（火）（第1回）

議題：がん検診受診率等に関する問題点について
市区町村間で比較可能ながん検診受診率算定法について
プロセス指標、特に精検受診率目標値の見直しについて 等

- ・平成28年7月11日（月）（第2回）

議題：市区町村間で比較可能ながん検診受診率算定法について
職域におけるがん検診受診率について 等

- ・平成28年8月29日（月）（第3回）

議題：がん検診受診率等に関するワーキンググループ報告書（案）
について 等

- ・平成28年9月23日（金）（第19回）

議題：がん検診の費用対効果について
がん検診における過剰診断について
第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理
（案）について 等

今後、検討会において「議論の整理（案）」の確定に向け議論予定。

がん対策に関する行政評価・監視－がんの早期発見、診療体制及び緩和ケアを中心として－ の結果に基づく勧告(概要)

(総務省行政評価局)

背景等

- がんは、日本人の死因の第1位であり、年間約37万人が死亡し、生涯のうちに2人に1人ががんにかかる可能性があるなど、国民にとって重大な問題
- 政府は、がん対策基本法に基づき「がん対策推進基本計画」(平成24年度から28年度までを計画期間とする第2期計画)を策定し、がん医療、がんの予防・早期発見等に係る各種対策を推進
- しかし、基本計画の全体目標である「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)^(注1)の20%減少」は達成困難との予測。また、がん検診受診率は諸外国に比べ低調、緩和ケア^(注2)の浸透は不十分、がん患者及びその家族への相談支援の充実が必要などの指摘あり
- 本行政評価・監視は、平成29年度以降の次期基本計画の策定に反映されることを企図

(注1) 人口の高齢化の影響を除いた死亡率 (注2) 病気に伴う心と身体の痛みを和らげ、患者の療養生活の質の維持向上を図るための治療・看護等

- 勧告日
平成28年9月30日

- 勧告先
厚生労働省

(調査対象)
国立がん研究センター
都道府県(17)
市及び特別区(52)
がん診療連携拠点病院(51)等

調査事項

1 がんの早期発見のための取組の推進

- がん検診の対象者全員に個別勧奨を実施している市の受診率は高い傾向。一方、基本計画等では、個別勧奨・再勧奨(コール・リコール)の重要性に係る明確な規定なし
- 市町村が「地域保健・健康増進事業報告」に報告する受診対象者のデータが区々となっているほか、受診率の算定方法が統一されておらず、比較困難な状況
- がん検診の精度管理・事業評価について、一部の都道府県では、精度管理・事業評価が未実施、評価結果の公表が行われていないなど不十分な状況

2 拠点病院^(注3)の診療体制の適切な整備及び更なる充実

- 指定要件の充足状況の確認が形式的なものにとどまる都道府県の中には、指定要件を満たしていない疑いのある例が7施設で計8事例あり
(例：緩和ケアチームの専従看護師の未配置、相談支援センターの専任相談員の未配置等)
- (注3) がん診療連携拠点病院：専門的ながん医療の提供、地域のがん診療連携協力体制の構築等を担う病院として国が指定

3 緩和ケアの推進

- 拠点病院において最低限提供すべき緩和ケアが提供されていない事例あり。また、拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況
- 拠点病院及び拠点病院が作成した緩和ケアマップ^(注4)に掲載されている地域の病院・診療所の緩和ケア研修の受講状況は不十分
- (注4) 当該拠点病院が所在する2次医療圏にある緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等の一覧

主な調査結果

主な勧告

- 次期基本計画等において、コール・リコールの徹底を明記
- 正確かつ比較可能な受診率の統一的な算出方法の在り方を検討
- 都道府県に対し、精度管理・事業評価の実施を徹底

- 国及び都道府県による実地調査の導入等による、指定要件の充足状況の確認の厳格化

- 拠点病院に求められる緩和ケアの徹底
- 拠点病院の医師への受講指導の徹底及び緩和ケアマップ掲載病院等への受講勧奨の促進

1 がんの早期発見のための取組の推進

調査結果

- ① がん検診の対象者全員に個別勧奨を実施している市の受診率は高い傾向^(注1)。また、既存の研究においても、個別勧奨・再勧奨(コール・リコール)は有効であると評価

コールの実施状況	市数(構成比)	受診率(平均)
一部対象者に実施 ^(注2)	38(74.5%)	17.1%
対象者全員に実施	13(25.5%)	35.6%

(注1) 平成26年度の大腸がん検診。なお、52市のうち、検診指針に基づく検査方法以外の方法による受診者が受診率に含まれている1市を除く

(注2) 結果報告書における i) 補助事業対象のみに実施(12市)及び ii) 補助事業対象者に加え、独自に一部対象者に実施(26市)の合計及び平均

結果報告書 P 25～29

第2期基本計画及び検診指針では、コール・リコールの重要性が明確に規定されず

勧告

- 次期基本計画等においてコール・リコールの徹底を明記

- ② 市町村が「地域保健・健康増進事業報告」に報告する受診対象者のデータが区々となっているほか、受診率の算定方法が統一されておらず、比較困難な状況

対象者数の算出方法	市数(構成比)
がん検診台帳に基づく実測値(※本来の算出方法)	8(15.4%)
厚生労働省の報告書又は通知に基づく推計値 ^(注1)	31(59.6%)
都道府県又は市町村独自の算出方法に基づく推計値 ^(注2)	13(25.0%)

(注1) 結果報告書における ii) 20年報告書の算出方法に基づく推計値(10市)及び iii) 充実強化通知の算出方法に基づく推計値(21市)の合計

(注2) 結果報告書における iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値(4市)及び v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値(9市)の合計

結果報告書 P 49～53

国として正確な受診率を把握できていないほか、都道府県及び市町村からも算出方法が統一されていないことを問題視する意見あり

勧告

- 正確かつ比較可能な受診率の統一的な算出方法の在り方を都道府県及び市町村の実態を踏まえて検討

- ③ がん検診の精度管理・事業評価について、一部の都道府県では、精度管理・事業評価が未実施、評価結果の公表が行われていないなど不十分な状況

- ・ 精度管理・事業評価が未実施:1都道府県、評価結果が未公表:4都道府県

市町村に対して評価結果に基づく具体的な検討課題を示すなど精度管理・事業評価を適切に実施している都道府県では、陽性反応適中度が4.4～4.6%^(注)と他の都道府県に比べて高い数値

(注) 精密検査が必要とされた者のうち、がんが発見された者の割合。数値は平成25年度の大腸がん検診(国が設定する許容値は1.9%以上)

結果報告書 P 63～66

勧告

- 都道府県に対し、評価結果の公表など精度管理・事業評価の実施を徹底

2 拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実

調査結果

結果報告書 P 73～78

○ 指定要件の充足状況の確認が形式的なものにとどまる都道府県の中には、指定要件を満たしていない疑いのある例が5都道府県7施設で計8事例あり

- ① 緩和ケアチームの構成員である専従の専門看護師が未配置(1事例)
- ② がん相談支援センターの専任の相談員が未配置(1事例)
- ③ 緩和ケアにおける外来患者に対する苦痛のスクリーニング^(注1)が未実施(5事例)
- ④ 緩和ケアチームによる病棟ラウンド^(注2)が未実施(1事例)

一方、未充足の疑いのなかった12都道府県中7都道府県では、実地調査を実施し、厳格に指定要件の充足状況を確認

(注1) 質問紙等により患者の身体的・精神的苦痛を把握する取組 (注2) 医師が看護師等とともに院内を巡回し、入院中の患者を診察する取組

勧告

■ 国及び都道府県による実地調査の導入等による、指定要件の充足状況の確認の厳格化

3 緩和ケアの推進

調査結果

結果報告書 P 96～102

① 一部の拠点病院において最低限提供すべき緩和ケアが提供されていない。また、拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況

- i) 拠点病院として最低限提供すべき緩和ケアが提供されていない状況
緩和ケアに係る必須要件が未充足の疑いのある事例が7事例(※前記項目2の①③④)
- ii) 拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況

- ① 緩和ケアチームの医師に係る「原則必須」要件等^(注)を一部充足していない拠点病院が35施設(68.6%)
- ② 緩和ケアチームの精神症状緩和医に専門資格を有さない耳鼻咽喉科等の医師を置いている拠点病院が2施設
- ③ 調査対象51拠点病院における緩和ケアチームによる年間新規診療症例数は最小12から最大478症例。同規模の拠点病院間でも較差あり

厚生労働省の調査結果では、身体の苦痛や気持ちの辛さが必ずしも制御されていないがん患者が約4割。また、拠点病院からは、整備指針における緩和ケアの定義や内容が不明確との意見あり

(注) 必須要件ではないが、充足することが「原則必須」又は「望ましい」とされる要件(身体症状緩和医の常勤配置(原則必須)、専従配置(望ましい)等の4要件を調査)

勧告

■ 拠点病院に求められる緩和ケアの徹底及び整備指針の明確化等による緩和ケアの充実に向けた支援

調査結果

結果報告書 P 131～134

② 拠点病院及び拠点病院が作成した緩和ケアマップに掲載されている地域の病院・診療所の緩和ケア研修の受講状況は不十分

- ・ 調査対象51拠点病院に所属する主治医・担当医(5,212人)の平成27年9月1日時点での修了率は55.1%
- ・ 拠点病院が作成した緩和ケアマップに掲載されているなど、拠点病院と主に緩和ケアの分野で連携している地域の病院及び診療所34施設の主治医・担当医(182人)の緩和ケア研修の修了率は55.5%

第2期基本計画では、「5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」とされているが、現状では達成困難

勧告

- 拠点病院の医師に対する受講指導の徹底及び緩和ケアマップに掲載されている病院・診療所の医師に対する受講勧奨の促進

4 がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）の推進

調査結果

結果報告書 P 153～155

○ 一部の都道府県では、ピア・サポート^(注)研修が実施されておらず、拠点病院におけるピア・サポーターの受入れも不十分

- ・ 平成27年度において、調査対象17都道府県中、7都道府県ではピア・サポート研修が未実施
- ・ 研修実施実績のある都道府県内の36拠点病院中、ピア・サポーターの活動実績がないものが10施設

ピア・サポーターの活動実績のない拠点病院からは、「国が公的に認定する仕組みがなく、ピア・サポーターがどの程度の対応能力があるのか不明」など、ピア・サポーターの質に対する懸念あり

(注) ピア・サポートとは、がん患者・経験者及びその家族がピア(仲間)として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援していくこと

勧告

- 研修の開催指針の策定等を検討するなどにより、ピア・サポートを更に普及させるための措置を実施

第60回がん対策推進協議会での主な御意見

【ライフステージやがんの特性に応じたがん対策の課題】

＜思春期・若年成人（以下、「AYA」という。）世代のがん対策に関する御意見＞

- 就学・就労・経済的状況、家庭環境など個人差があるため、画一的ではなく個別のニーズに応じた対応が必要ではないか。
- AYA世代のがんの診療件数が多いがん診療連携拠点病院を中心に、AYA診療拠点病院（仮）を整備する必要があるのではないか。
- AYA診療拠点病院（仮）では、多様なニーズに対応できるよう院内外の専門家により構成されるAYA支援チームを組織し、入院環境を整備することが必要ではないか。
- がん診療連携拠点病院の院内がん登録によるAYA世代のがんの治療件数や治療成績を公開するとともに、治療成績に関連する要因の研究を進めるべきではないか。
- AYA世代のがん患者・経験者（以下、「がん患者等」という）のための相談支援窓口を開設し、不安軽減と自立・自己実現の支援のための包括的かつ継続的な支援を行うべきではないか。
- AYA世代のがん患者等について、国は、関連学会と協力しサバイバーシップに関する医療従事者の教育・啓発を行うべきではないか。
- 国立がん研究センターがん対策情報センターに、AYA世代のがんに関する情報提供の場を設け、患者、医療者、関連団体等へ情報提供してはどうか。
- 国は、AYA世代のがん患者等の長期予後、二次がん、他の健康上の問題に関するデータベースを構築するための研究事業、AYA世代のがん患者等への長期フォローアップの健康上の効果及び費用対効果を検証するための研究事業を行い、対策を講じるべきではないか。
- 国は、AYA世代のがん患者等やその家族の情報や相談支援のアクセスを向上するため、ITを活用した情報提供、相談支援窓口の周知、ピアサポートなどの取組を推進するための事業を行うべきではないか。
- がん治療後の長期的な健康管理に関する患者教育や研究を推進すると同時に、遺伝性腫瘍に関する教育、カウンセリング、医療体制の構築の推進が必要ではないか。
- 遺伝性腫瘍に関する社会的不利益がないように、その予後の仕組みについても検討が必要ではないか。
- 国は、緩和ケア研修にAYA世代のがん患者の特性を踏まえた意思決定

の支援の研修の取り入れ、介護保険を利用できないＡＹＡ世代のがん患者の在宅医療における介護負担の軽減策の検討、在宅診療医や訪問看護ステーションスタッフへの啓発を行うべきではないか。

- ＡＹＡ診療拠点病院（仮）が、がん患者への生殖に関わる適切な情報提供を支援し、地域における生殖医療機関との連携の窓口となることが必要ではないか。
- ＡＹＡ診療拠点病院（仮）は、学会等と連携しエビデンスの構築、妊孕性温存に関わる管理、倫理上の問題に対する対策を検討することが必要ではないか。
- ＡＹＡ診療拠点病院（仮）は、ＡＹＡ世代のがん患者が、学びたいときに教育を受けられる機会を保障し、継続した支援が受けられるよう、教育に関する相談窓口を設置し、教育機関との調整を行うべきではないか。
- 国は、遠隔教育の活用の推進、単位認定基準の検討を行い、特に、高等学校や医療機関に対して、がん患者の教育という観点での啓発を行うべきではないか。
- 国は、就労に関する相談窓口である教育関係者、医療者、職場関係者の相談対応能力を向上するための研修事業を実施すべきではないか。
- ＡＹＡ診療拠点病院（仮）は、就労関連の相談窓口を明確化するとともに、その情報を地域の医療機関に周知徹底し、ハローワーク等との共同により新規就労支援、キャリア支援等における職業訓練を充実させるべきではないか。
- 経済的な負担軽減のため、国立がん研究センターなどは、既存の助成制度についての周知を徹底すべきではないか。
- 低所得者における交通費、装具、療養宿泊費などの間接経費の補助の拡大が必要ではないか。
- ＡＹＡ世代のがん患者等のニーズに関しては、担当医等の医療者がまず十分にニーズを認識し、医療機関における相談窓口を明確にし、既存の制度に関する周知を徹底することが必要ではないか。
- ＡＹＡ診療拠点病院（仮）は、ＡＹＡ世代のがん患者等の診療・支援の充実を図り、その診療拠点病院を中心とした地域における医療者教育・人材教育・治療・ケア・長期フォローアップの連携体制の整備を図ることが必要ではないか。
- 思春期の患者に対しては、小児がん拠点病院のように入院しながら教育が受けられるなど、専門家が配置されているシステムが必要で、若年成人の患者については、がんに特化した施設で診療するシステムが望ましいのではないか。

- ・ 移行期医療については、健康管理を中心に総合診療が受けられるような施設への移行が望ましいのではないか。
- ・ A Y A 診療拠点病院（仮）は、患者が生活する地域の医療機関に対し、A Y A 世代のがん経験者の晩期障害について周知し、地域の A Y A 世代のがん患者の診療の中心となるべきではないか。
- ・ 国立がん研究センター等に対して相談可能とするコンサルテーション機能を持ち合わせるような連携体制を整備することができないか。
- ・ 小児がん拠点病院があるなかで、A Y A 診療拠点病院（仮）を作っても、患者の多くが迷ってしまうことになるのではないか。
- ・ 国立がん研究センターに設置された希少がんセンターとの連携が必要ではないか。
- ・ 対象患者の年齢や数、治療効果等について、患者にとって探しやすい情報発信が必要ではないか
- ・ 不妊治療について、患者側には全く情報が正確に伝わっていないことから、情報提供をさらに充実させることが必要ではないか。
- ・ 「弾力的な医療連携」で具体的に何をしていくのかを明らかにする必要があるのではないか。
- ・ 一つの地域で専門家の集団をつくり、地域の患者一人一人のニーズに応えていく体制づくりが必要ではないか。
- ・ 40歳未満の介護保険を利用できない方の介護負担の軽減策の検討が必要ではないか。
- ・ 妊孕性については、女性と男性で医療制度が違う点についての考慮も必要ではないか。
- ・ A Y A 世代のがん患者等の療養、治療、付き添いのために、その親が仕事を両立できないこともあり、親に対する就労対策も必要ではないか。

<高齢者のがん、認知症とがんに関する御意見>

- ・ 「高齢者」の定義として、暦年齢は尺度の一つとして考え、多様性を加味し脆弱性や多様性を評価することが重要ではないか。
- ・ 腫瘍医と老年医が連携して高齢者のがんの診療や研究への取組を考えていくべきではないか。
- ・ がん領域では治療によって「高齢者」の言葉の範囲が異なることから、「高齢者」の言葉の使い方の工夫が必要ではないか。
- ・ 高額な治療が出てくれば出てくるほど、高齢者の治療はどうあるべきかについて考える必要があるのではないか。
- ・ 高齢者に対する治療の指針のようなものが必要なのではないか。

- 高齢者の医療に関する人材育成が必要ではないか。
- 療養や退院支援に関するマニュアルのようなものを整備することで、ロコモティブシンドロームやアドヒアランス、身体拘束等の問題の解決に結びつくのではないか。
- がん治療が認知症に与える影響については、治療の差し控えなどにもつながる大きな問題であり、そもそも寿命というものにどのような価値を置くのかといった根源的なものも含めた議論が必要になるのではないか。
- 75歳以上のがん患者を対象とした臨床試験等も行われておらず、エビデンスがない状況であり、国の施策として具体的に何をすべきかの提案が必要ではないか。
- 高齢者という言葉は年齢だけではなく、身体的、精神的、社会的に脆弱という意味であり、標準的な治療が受けられない弱い方を対象とした政策が必要ではないか。まずは、確立した技法に則って多様性を評価すべきではないか。
- 拠点病院の医療者を中心に、認知症に関する基本的な研修を普及させることが必要ではないか。
- 高齢者のがん医療の経過についてのレジストリーを構築して、擬似的な比較や支持療法の効果を推測することが必要ではないか。
- 医療者に対して、老年医学のアプローチについて広く認識してもらうための教育・研修の機会を設けや地域で高齢者のがん医療について理解を得るための啓発も必要ではないか。
- 高齢者の多重がんの問題について、データがないため、何らかの指針が必要ではないか。
- 患者が意思決定ができない場合の対応について、多職種による協議の場を設定することが必要なのではないか。
- 最適な意思決定をする上で、医師と現場の看護師だけでは負担が多すぎる場面は、病院の組織的な対応が必要ではないか。
- 本人の意思決定が難しい場合の代諾についての制度整備が重要になるのではないか。
- 意思決定の代理について、根拠などを明確にする必要があるのではないか。
- 患者の意思決定について、家族の有無に関わらず、地域を巻き込んでネットワークを作りながら対応していくことが必要ではないか。

＜がんの特性に応じたがん対策に関する御意見＞

- 難治性がんの定義が非常に曖昧である。①早期に発見できないもの、②高い薬剤耐性があるもの、③5年生存率が50%を切っているもの、④早く転移してしまうものについて、難治性がんと整理してはどうか。
- なぜ転移するのかの病態解明と次世代シーズの開発を進めていくべきであり、そのためにも国際共同治験、人材育成、ゲノムの解析、国内臨床試験グループの連携が必要ではないか。
- 遺伝性腫瘍に対する医療・支援のあり方についても検討していく必要があるのではないか。
- 遺伝性腫瘍に関する偏見や実態についての研究を行うべきではないか。
- 希少がん・難治性がんについて、地方の患者に対する均てん化の視点を盛り込むことが必要ではないか。
- 患者が治療についての自己決定をするときの参考となるように院内がん登録の情報提供を含めた支援の整備が必要ではないか。
- 希少がん、難治性がんに対する人材育成が必要ではないか。
- 全体目標に、難治性がんの生存率を上げることが記載すべきではないか。
- 希少がん、難治性がんの対策が遅れてきたことを多角的に分析し、原因をはっきりさせて、対策の重点を置くべきではないか。
- ネットワークの構築については、がんセンターが中核になるような方法を確認するべきではないか。
- 基本計画の内容について、長期的ではなく1年ごとに進捗を検証できるようなシステムを作ることが必要ではないか。
- 希少がん・難治性がんについては、社会全体を巻き込んで啓発をしていくべきであり、そのために基金を創設してはどうか。

＜がん患者、家族が安心して暮らせる社会の構築に関する御意見＞

- 医学的根拠のない情報のため、本来たどり着くべき標準治療に行かずに非常に予後を悪くしている事例を少しでも減らすために、適切ながん医療情報を科学的根拠に基づいて明確にカテゴリー化して一般の方にわかりやすく提供することも重要ではないか。
- 外来看護師の配置を充実させるべきではないか。
- 合併症を抱える方が非常に増えている中で、障害者認定制度の対象とならず、生活困難になっている方の実態を把握し、社会保障制度の変更を検討していくことが必要ではないか。
- ピアサポートによる相談支援を推進すべきではないか。
- 相談支援センターの地域格差が指摘されていることと、相談支援センターをさらに強化しなくてはならないという点を、次期計画に盛り込むべ

きではないか。

- 相談支援センターの充実のために患者や関係者が相談支援センターに行って、相談を行うことにより経験を積んでもらうことで、地域が相談支援センターを育てる視点も重要ではないか。
- 情報や知識に関しての啓発活動が足りないのが現状であり、正しく情報を理解できるための施策が必要ではないか。
- どこに住んでいても同じように療養が受けられる体制の整備が必要ではないか。
- 信頼性の低い情報に対する対策の検討が必要ではないか。
- 企業内でがんサポートチームを作るための通知を国から発出してはどうか。
- 国として、がん対策の重要性を明確にして、企業が経営課題として取り組むように指導してはどうか。
- 基本計画は計画だけでなく、きちんと実行していく必要があり、今までの目標達成についても考えて行く必要があるのではないか。
- 病院以外の場所における相談支援の場を設けるべきではないか。
- 病院以外の場所での相談支援については、地域統括相談支援センターを活用する形で、地域の相談室を設置してはどうか。

次期基本計画の目標設定について ～議論の背景～

事務局説明資料

がん対策推進基本計画における基本方針(抜粋)(平成24年6月)

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

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

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

3 目標とその達成時期の考え方

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

1. がんによる死亡者の減少

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

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

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

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

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

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

(※は第2期基本計画における新規項目)

②がん対策推進基本計画中間評価における全体目標に関する記載抜粋(平成27年6月)

1. がんによる死亡者の減少 (指標測定結果)

がんの年齢調整死亡率(75歳未満)	92.4 (2005年)	80.1 (2013年)
	1995年→2005年	2005年→2015年 (推計)
がんの年齢調整死亡率の変化(がん種別)	胃がん -31.1%	胃がん -30.8%
	大腸がん -10.2%	大腸がん -9.1%
	肺がん -9.4%	肺がん -7.5%
	乳がん +13.7%	乳がん -0.1%
	子宮頸がん +3.4%	子宮頸がん +5.9%
	肝がん -32.0%	肝がん -47.9%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

年齢調整死亡率は減少傾向にあるもののがん対策情報センターの分析では、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ており、喫煙率減少及びがん検診受診率向上に関連する施策に加えて、本中間評価の中で各分野別施策においてさらに推進が必要な事項とした内容を中心に、目標達成に向けて基本計画に基づくがん対策を推進する必要がある。また、平成17(2005)年から平成27(2015)年の10年間の変化について、全体目標が設定されているが、がん対策推進基本計画によりもたらされた効果をより正確に計測するという観点から、今後、前基本計画が策定された平成19(2007)年から平成29(2017)年の年齢調整死亡率の変化を検証する必要がある。

がん種によって、年齢調整死亡率の推移は異なった傾向が見られるため、年齢調整死亡率が増加傾向にあるがん種や減少傾向が緩徐であるがん種について、重点的に施策を推進することが重要である。

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上 (指標測定結果)

	2015年
医療が進歩していることを実感できること	80.1%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (からだの苦痛)	57.4%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (気持ちのつらさ)	61.5%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (自分らしい生活)	77.7%
正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選ぶような情報提供がきちんと提供されること	71.5%
相談できる環境があると感じる事	67.4%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き体制の検証と整備をすすめる必要がある。

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築 (指標測定結果)

	2015年
経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと (治療の変更・断念)	2.7%
家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること (家族への負担)	42.1%
がん患者自身が主体的にがんに向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること (職場での孤立)	90.5%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が3割ほどいることを踏まえて、がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組をより一層推進することにより、社会全体でがん患者・家族を支える体制を整備することが重要である。

がん対策推進基本計画 全体目標の考え方について

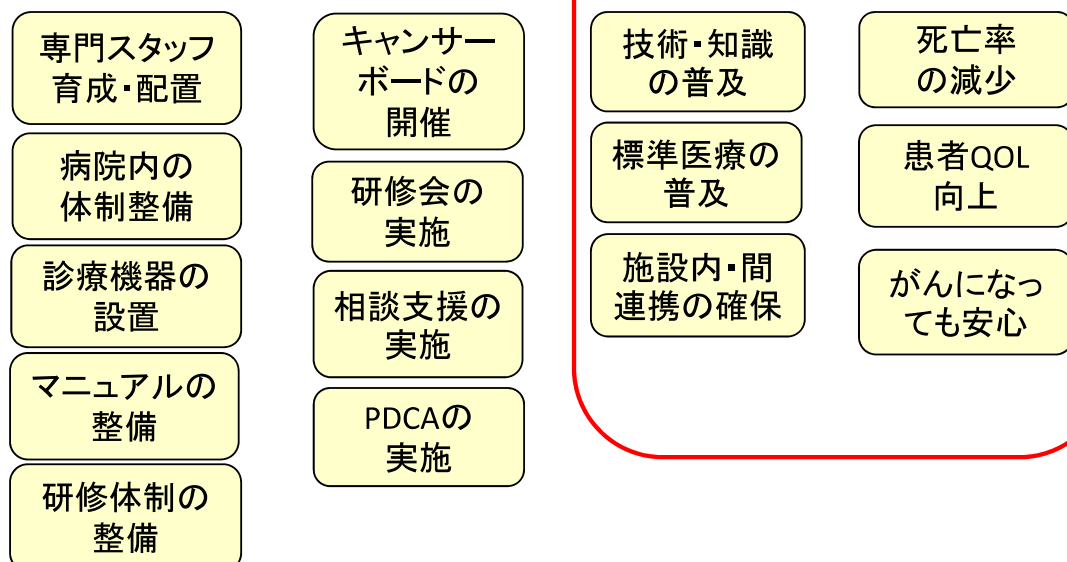
国立がん研究センターがん対策情報センター
センター長 若尾文彦

がん対策の流れと評価

(ロジックモデルともいう)

体制整備 (構造) → 活動 (アウトプット) → 中間結果 (アウトカム) → 最終結果 (アウトカム)

評価の焦点



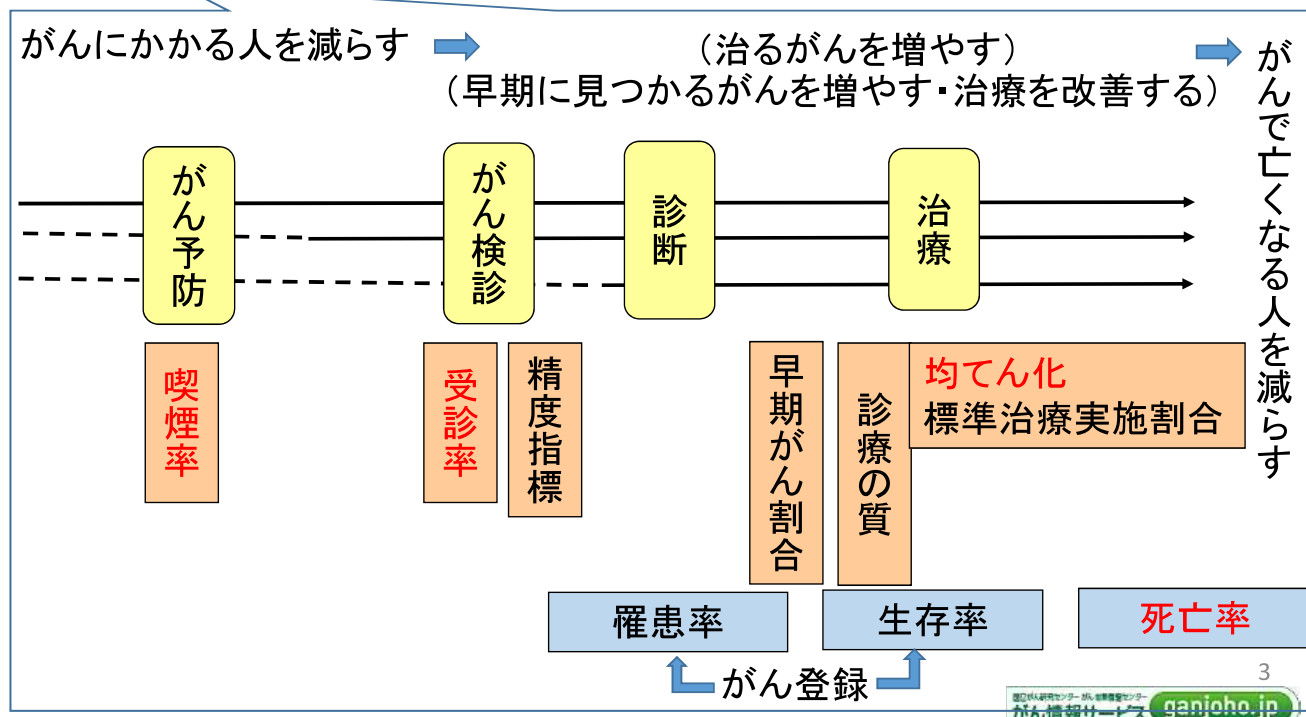
測りやすいハコモノ

測定困難だが重要

がん対策推進基本計画(平成19年6月) 全体目標

がんによる死亡者の減少(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上



死亡率減少の目標値設定

・がん対策推進基本計画策定時の20%減の内訳

自然減: 10%

喫煙率半減: 1.6%

がん検診受診率50%達成: 4.0%

がん医療の均てん化: 4.7%

約10%

合計20%

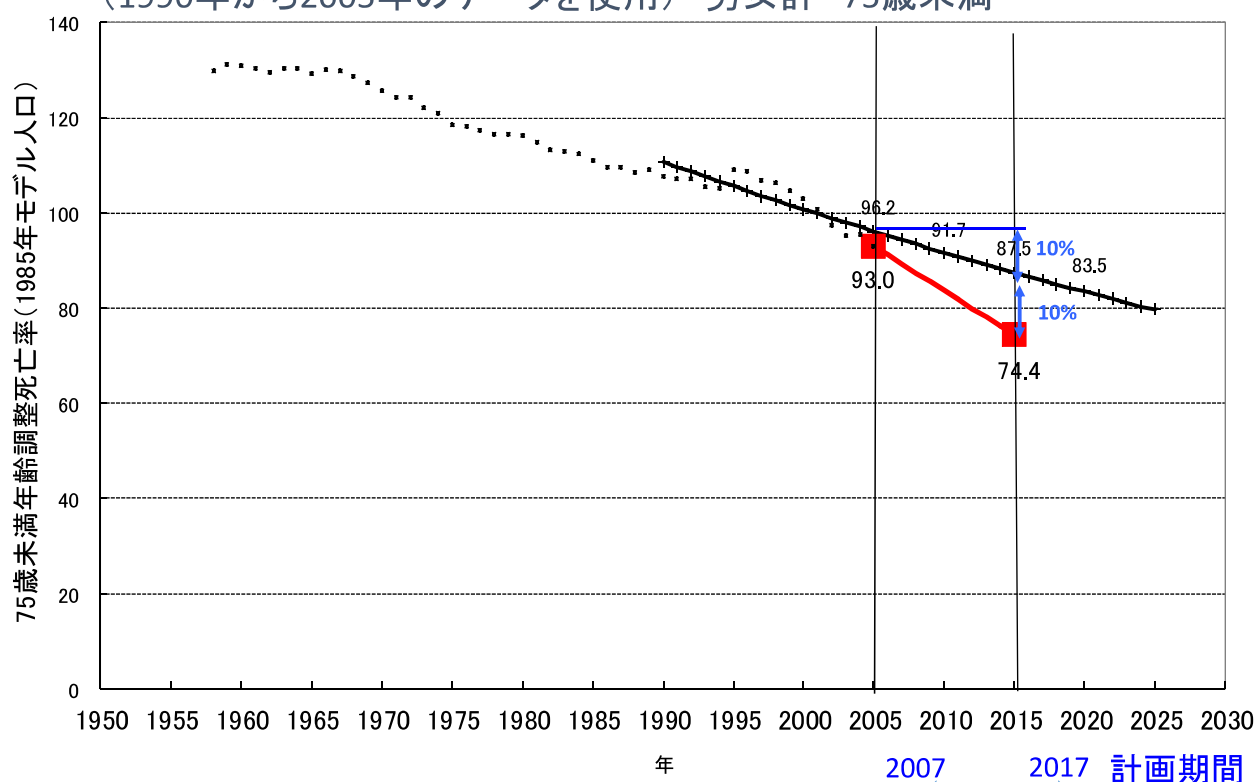
・策定時の算定根拠

喫煙率: 喫煙率を10年後半減した場合の男性肺がん死亡率減少(6.4%減)を他の部位に外挿

受診率: がん検診受診者の非受診者に対する死亡率減少の大きさ
(胃59%減、大腸60%減、肺28%減、女性乳房19%減、子宮頸部78%減、肝臓36%減)を受診率50%に適用(5年のラグタイム)

均てん化: 大阪府の高い生存率の病院群の生存率を全患者に適用した場合の死亡率減少効果(5年のラグタイム)

対数線形回帰による年齢調整死亡率の予測 (1990年から2005年のデータを使用) 男女計 75歳未満



平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

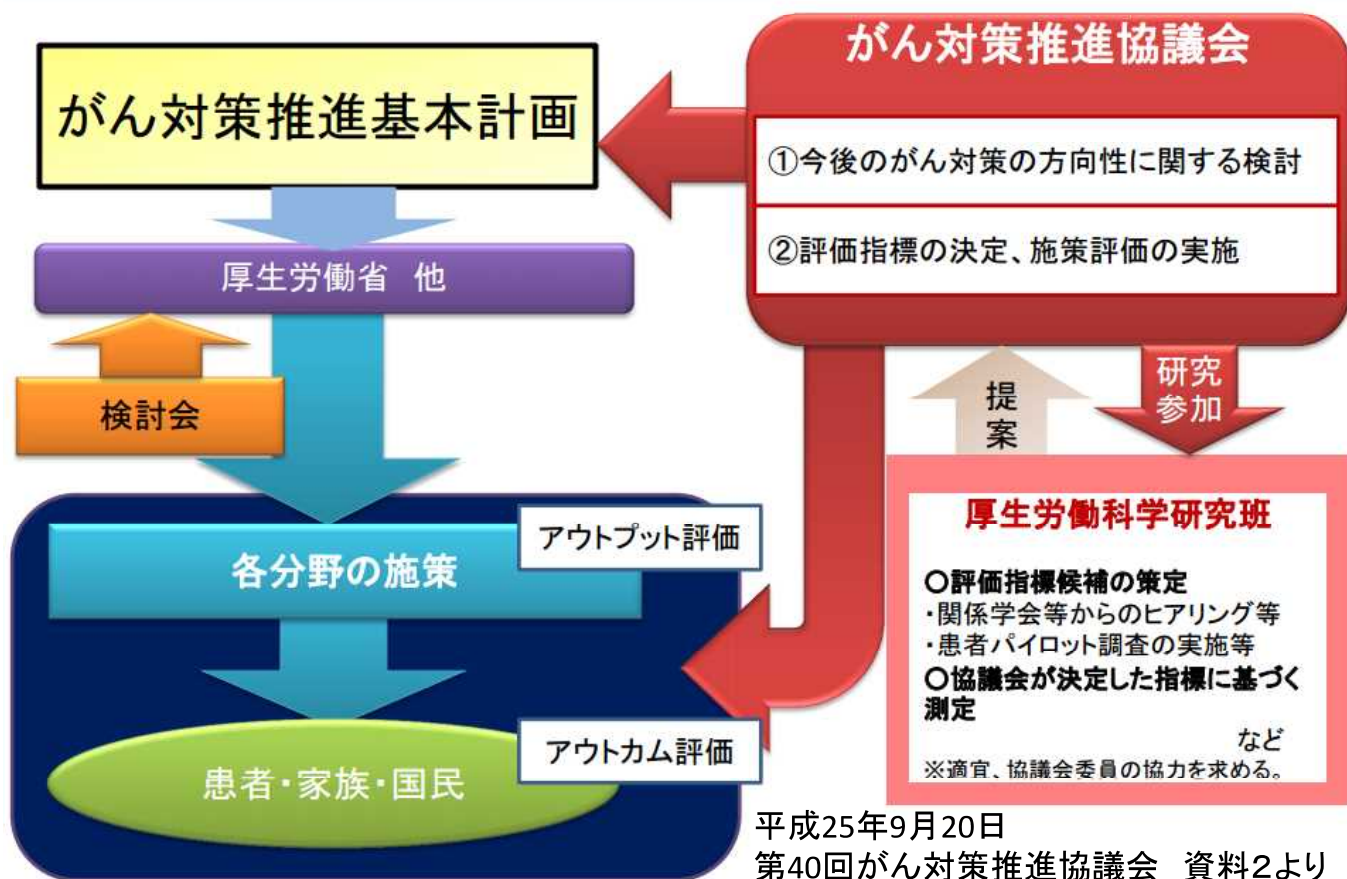
がん対策推進基本計画(平成24年6月)

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

- 基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。
- なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行う。この際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行うとともに、必要に応じて専門委員会等の積極的な活用を行うこととする。

協議会における検討の進め方について(提案)



②全体目標

全体目標の達成度を測るための指標作成に向けて 検討内容とデータの集約（1）

1. フォーカスグループインタビューとアンケートの実施

- 「何が」「どうなれば」、全体目標が達成されたといえるのか

2. データプールの作成

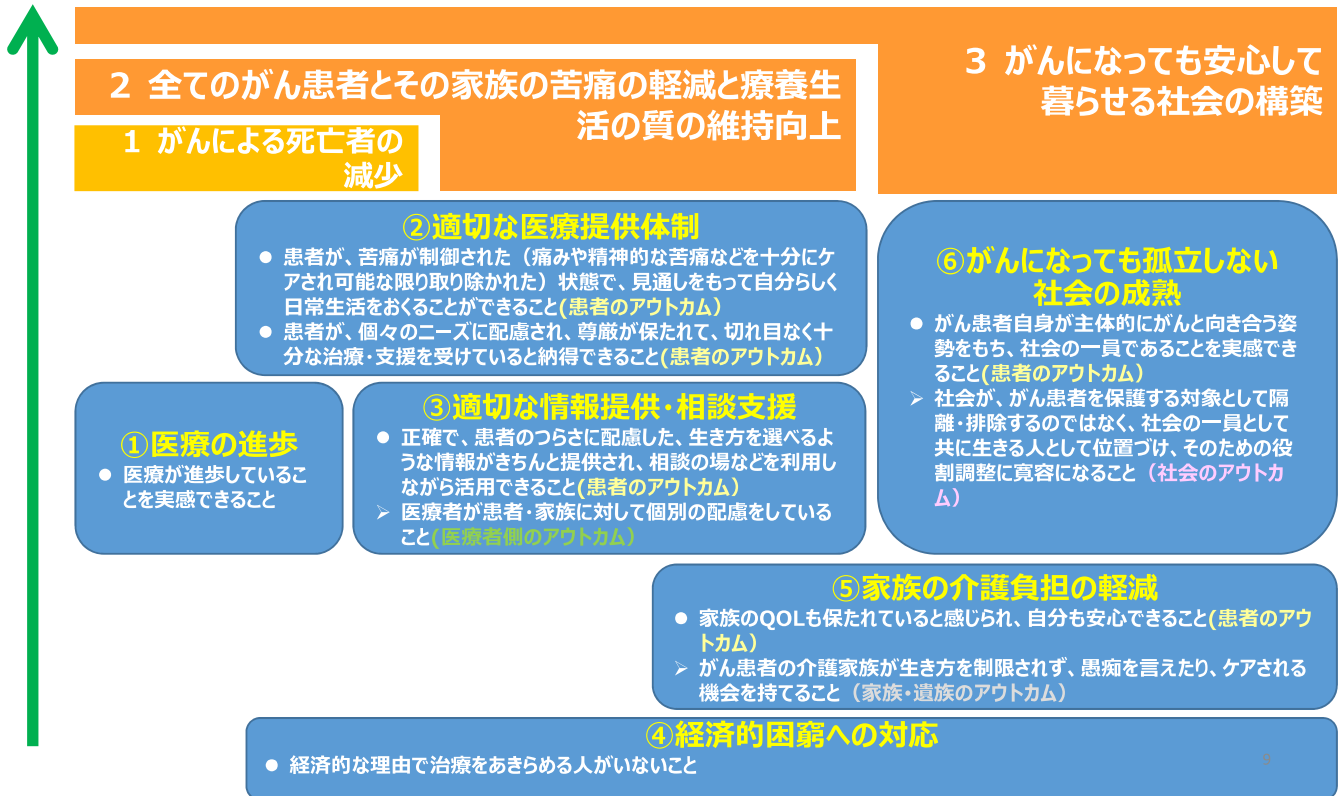
- 逐語録を作成し、出された話題を網羅的に整理
 - それぞれの話題ごとに1件のデータとして扱った
- ➔ **50名（のべ62名）** から、**合計242の話題**があげられた

	フォーカスグループ インタビュー（FGI）	アンケート
期間・実施日	2013年1月17、20、24日 （3日間） 7つのFGIを実施	2013年12月（患者・市民パネル） 2014年2月（FGIに参加できなかった前・現 協議会委員）
前・現協議会委員	14名	11名
患者・市民パネル	12名	24名（うち12名はFGIにも参加）
出された話題の数	99	143

*独）国立がん研究センターがん対策情報センター「患者・市民パネル」：全国から公募・選考を経て集められた100名からなるがん当事者や家族を含むがん情報作成をはじめとした活動の協力メンバー

②全体目標

今回の検討で抽出された6カテゴリ（特に重要な要素）



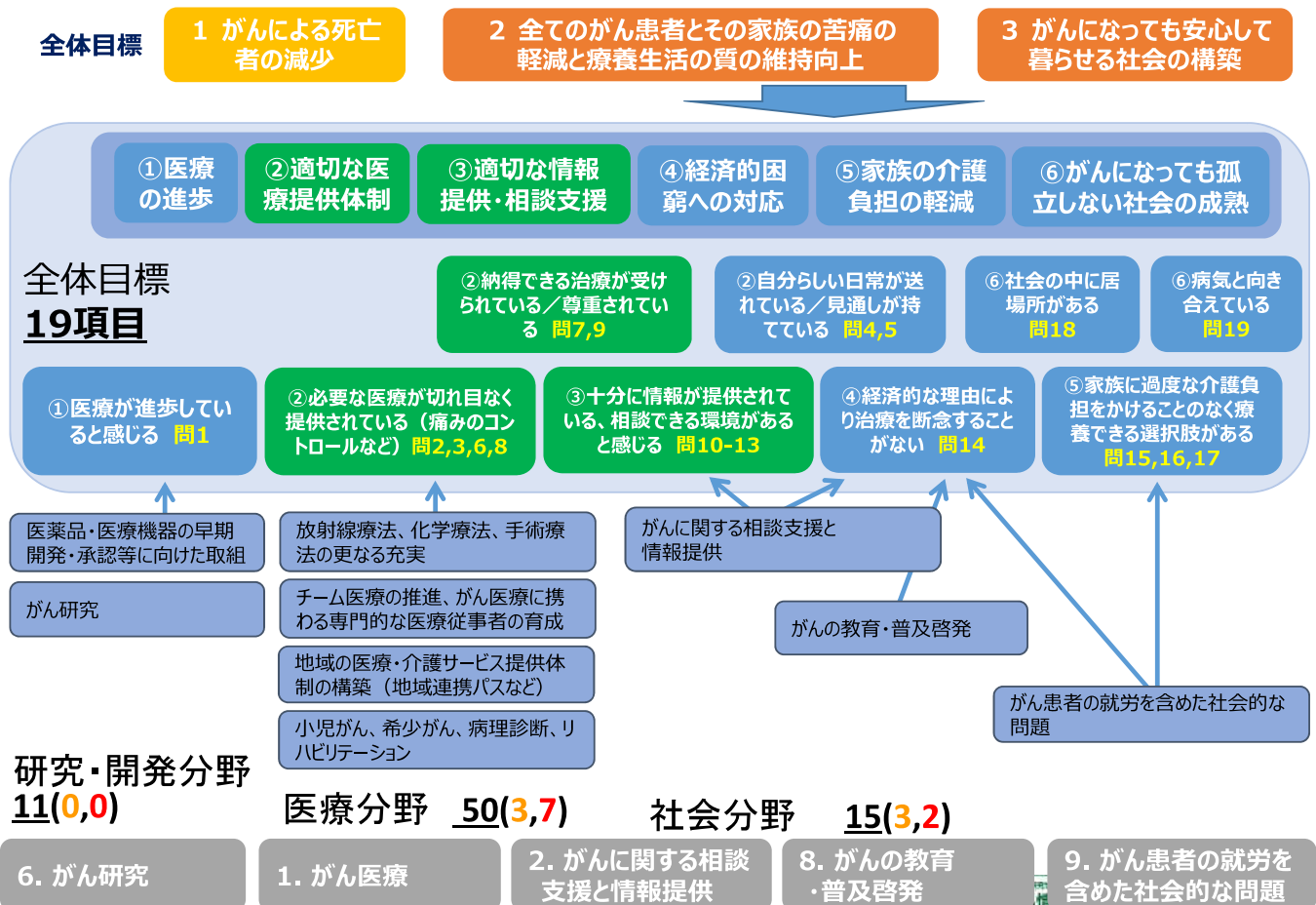
第43回がん対策推進協議会（H26.4.23） 資料3-1より

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

「全体目標の指標」と「分野別指標」

第43回がん対策推進協議会（H26.4.23）

資料3-1より



患者体験調査

- がんの診断治療・その後の体験を患者に直接質問
 - 母集団を明確化（外来受診者調査ではない）
 - 2012年診断の悪性腫瘍・拠点病院で初回治療
- 多段階無作為抽出：
病院：都道府県拠点全数、地域拠点は各県2施設
患者：希少がん、若年者を層別確保

結果

- 147施設中30施設が辞退（地域拠点のみ補充）
 - 鳥取県は県庁の指示で全拠点病院が参加＋2
 - 最終的に134施設が参加
- 回収率：53%（回答数7404）
- 母集団よりも
 - 多少年齢が高い（68.0vs66.8歳）
 - 19歳－39歳は少ない（1.6%vs4.0%）
 - 男女比は多少男性が多い（男57%vs56%）

11

がん対策評価検証事業 （平成28年国立がん研究センター委託事業）

- がん対策進捗評価・意見交換会を実施し、以下について検討（平成28年10月4日）
 - 前回調査の課題・解決策
 - 今後の患者体験調査の実施計画、活用の方
向性
 - 今後の指標選定にかかる委員構成

12

患者体験調査の活用の方向性

- 研究ではなく、事業として実施
- 継続的に測定することが重要(2～3年毎)
- 拠点病院以外にも広げる(まずは、県推薦病院)
- 各都道府県での活用の可能性を検討
 - =>内容の調整、調査票の統一、調査の連携など
- 各施設でPDCAサイクルの確保のための患者調査に活用することを検討

14

現計画の分野別個別目標の例

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

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

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

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

7. 小児がん

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

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

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

13

全体目標について

- ・アウトカムに近いもの
- ・計測が可能であること
- ・数値が安定していること

個別目標について

- ・構造、活動の目標を設定することが多くになりがちであるが、アウトカム指向の評価のためには：
「達成されるべき状態は何か」
=「患者/国民」が「何を得られる」のを目標
として明示することが必要
- ・合わせて、その達成状況を何で測るについてを考慮しないと評価が困難。

15

諸外国における全体目標改訂の例

米国

- ・ Healthy People 2010
- ・ 全がん年齢調整死亡率「21%減」目標→実際は11.2%減

Objective	Percent of targeted change achieved ²					Baseline vs. Final			
	0	25	50	75	100	2010 Target	Baseline (Year)	Final (Year)	Difference ³
3-1. Overall cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)			53.1%			158.6	200.6 (1999)	178.4 (2007)	-22.4
									Statistically Significant ⁴
									Percent Change ⁵

- ・ Healthy People 2020では目標は「10%減」に下方修正
- ・ 部位別死亡率や罹患率など多彩な目標値

英国

- ・ NHS Cancer Plan 2000
- ・ 75歳未満がん年齢調整死亡率「20%減」
- ・ 計画半ばで達成
- ・ 生存率を始めとする各論的目標値設定に変更

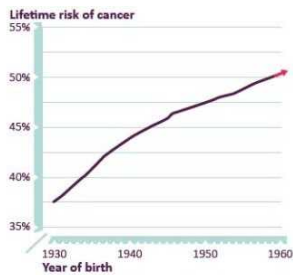
Figure 2: Cancer mortality (persons under age 75) from all cancers in England, 1993 to 2006



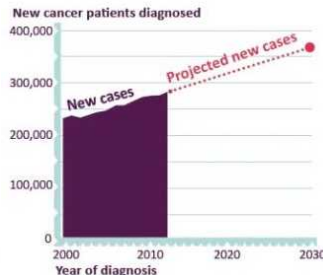
⇒キリのよい数値でスローガンのように位置づけている例が多い

英国・イングランド(2015-2020)

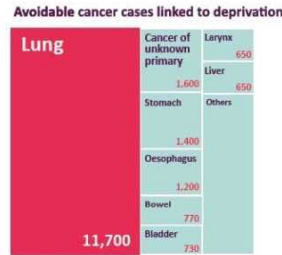
・現状分析



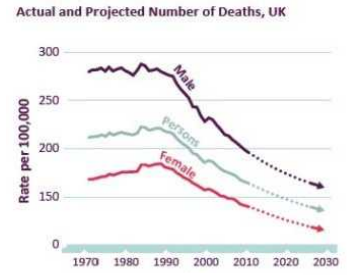
生涯累積罹患リスク
トレンド(出生年別)



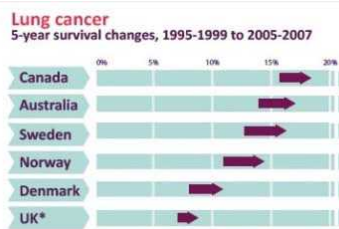
罹患数のトレンドと
将来予測



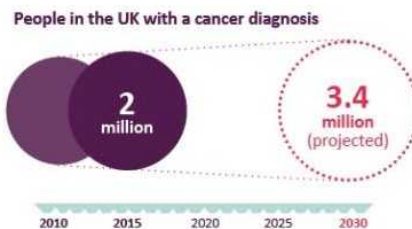
格差と関連する回避
可能がん罹患数



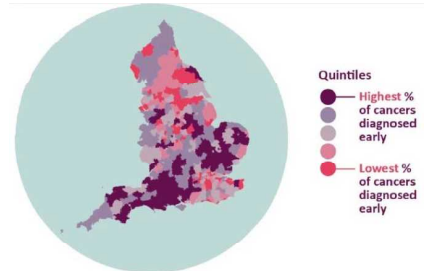
死亡数のトレンドと
将来予測



5年相対生存率の国際比較



有病数のトレンドと将来予測



早期がんの割合の地域比較

厚生労働行政推進調査事業費補助金

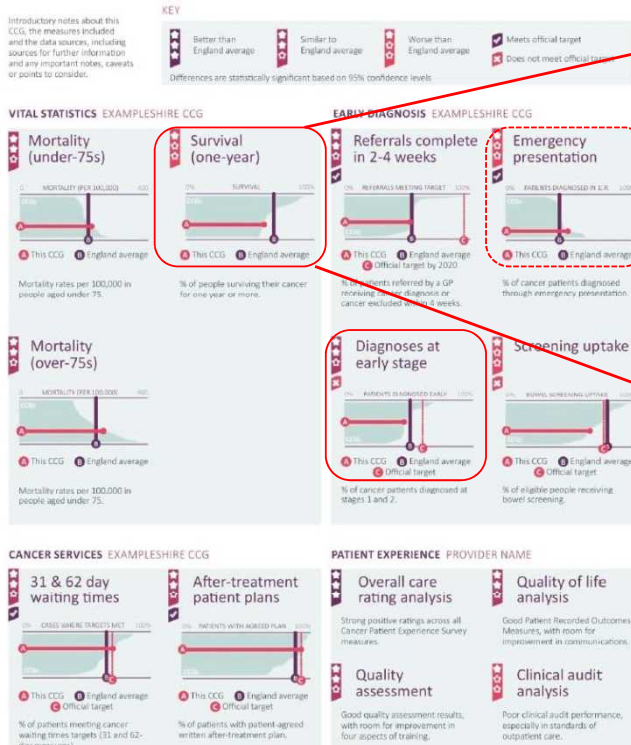
がん対策推進基本計画の効果検証と目標設定に関する研究

(研究代表者加茂憲一先生, 研究分担者片野田耕太先生, 伊藤ゆり先生)より

がん情報サービス ganjoho.jp

英国・イングランド(2015-2020)

地域別*のがん成績表



自地域→

↑平均全国

*英国では国民保健サービス(NHS)を委託された200~300の診療委託グループ(CCG)が一次医療を担う

厚生労働行政推進調査事業費補助金

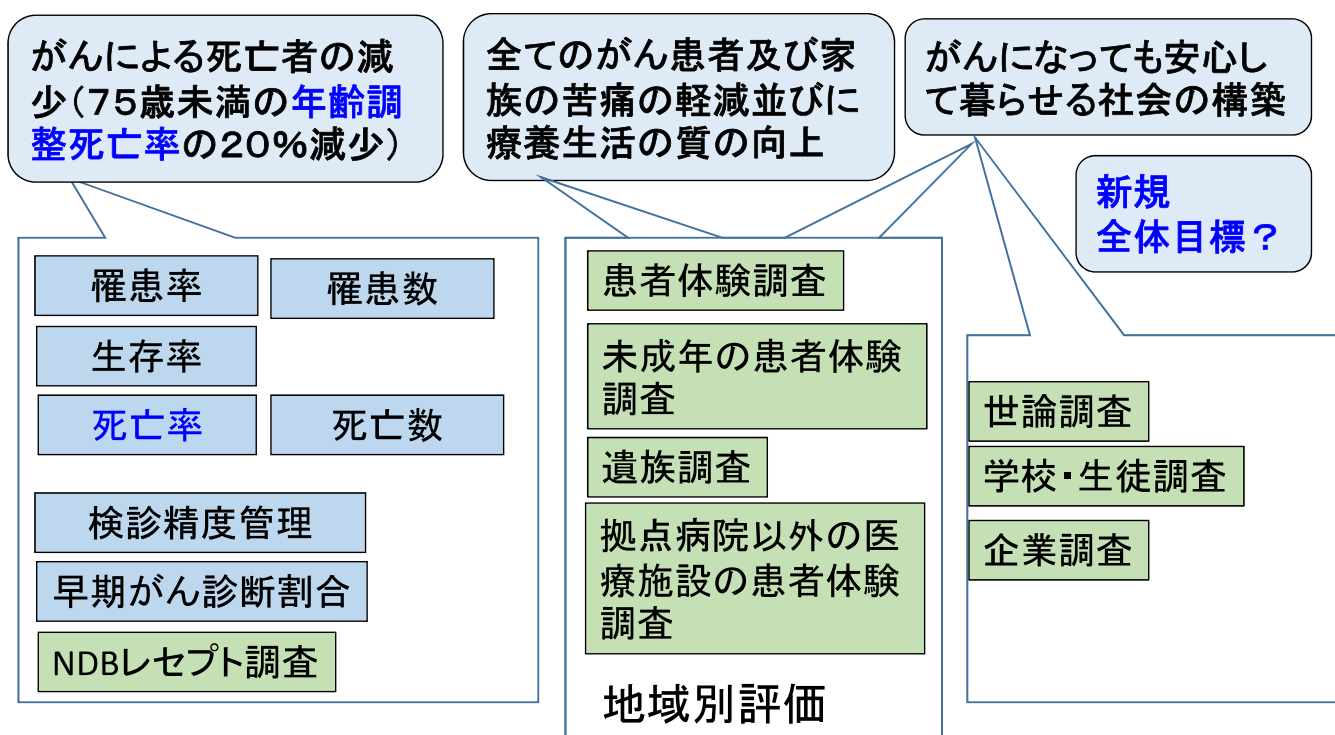
がん対策推進基本計画の効果検証と目標設定に関する研究

(研究代表者加茂憲一先生, 研究分担者片野田耕太先生, 伊藤ゆり先生)より

がん情報サービス ganjoho.jp

	地域がん登録		全国がん登録		院内がん登録		死亡
	罹患(県)	生存	罹患	生存	集計	生存	
H19(2007)							H17
H20(2008)							H18
H21(2009)	H15/16(32)				H19県別		H19
H22(2010)中	H17(32)						H20
H23(2011)	H18(35)	H12-14⑤			H20施設		H21
H24(2012)	H19(37)				H21/22		H22
H25(2013)	H20(38)	H15-17⑤			H23県推		H23
H26(2014)	H21/22(40)				H24		H24
H27(2015)中	H23(45)				H25小児	H19⑤県別	H25
H28(2016)	H24(47)	H18-20⑤	開始		H26	H20⑤施設	H26
H29(2017)	H25				H27	H21⑤施設	H27
H30(2019)	H26	H21-23⑤	H28		H28	H22⑤施設	H28
H31(2020)	H27		H29		H29	H23⑤施設	H29
H32(2021)中			H30		H30	H24⑤施設	H30
H33(2022)		H24-26⑤	H31	H28③	H31	H25⑤施設	H31
H34(2023)			H32	H29③	H32	H26⑤施設	H32

3期計画の全体目標の更改は？ 必要な調査は？



全体目標の設定の方向性は？

①現行ベース／②新規追加／③変更

以下参考資料

「がん患者の期待に応えるがん対策推進基本計画の策定のために」
(平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料 1 14を改変)

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

1.がん死亡率の減少

- 1990年から2005年のがん死亡率(年齢調整、75歳未満)は、1年あたり約1%減少しており、この傾向が持続するとした場合、2005年から2015年の10年間で10%の減少が見込まれることが挙げられる。
- 高齢者人口の増加に伴い、がん死亡者総数における高齢者の占める割合は、今後急速に増加する。特に、75歳以上の後期高齢者で著しい。一方、がん死亡は40歳から89歳の年齢層において死亡原因の1位を占める。特に、50歳から74歳においては死因の4割以上を占める。全年齢を対象とする死亡率は、高齢者における不確実ながん診断の影響を受けやすい。働き盛りのがん死亡減少をがん対策の最優先課題とする場合、その点の動向を鋭敏に反映する指標であることが望ましく、対象年齢を75歳未満とすることが考えられる。
- 一方、がん患者と家族の QOL を内容とした指標は、全年齢を対象として設定すべきである。

平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

21

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

2.患者の苦痛の軽減

- がん患者の苦痛とは、がんのあらゆる時期に患者が経験する身体的苦痛と心の苦痛の双方を含む。がん患者の多くが経験する「痛み」は、日常の活動性を著しく低下させ、不眠や不安、うつ、イライラなどの精神的な問題とともに、がん治療や療養生活に対する意欲を著しく低下させている。
- 症状身体的な苦痛の強い患者では、抑うつなどを生じやすく、絶望感を持ちやすいと考えられている。絶望感を持ったがん患者の10年後の死亡率が有意に高いことは良く知られた事実であり、苦痛の軽減をすることは患者や家族の願いであると同時に、科学的な視点からも対応が求められる。
- 患者の苦痛の軽減に関する指標については、例えば除痛率、拠点病院における緩和医療提供機能の改善等が考えられるが、これらについては、特に患者代表の意見を尊重して決定すべきものと考えられる。

平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料より

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

表1-1 10年後喫煙率が半減すると仮定した場合のがん死亡率減少の大きさの予測

	男性		女性		男女計		
	人口寄与危険割合(%)	10年後死亡減少(%)	人口寄与危険割合(%)	10年後死亡減少(%)	10年後死亡減少(%)	死亡数(2005年75歳未満)	10年後死亡減少(%)
	A1	$B1=6.4\% \times (A1/69.2)$	A2	$B2=6.4\% \times (A2/69.2)$	$C=(B1+B2)/2$	D	CをDで加重平均
口腔咽頭	52.0	4.8	7.0	0.6	2.7	3469	0.06
食道	60.8	5.6	12.2	1.1	3.4	7192	0.15
胃	25.1	2.3	2.7	0.2	1.3	24601	0.19
肝臓	37.1	3.4	5.4	0.5	2.0	19807	0.24
膵臓	25.5	2.4	7.7	0.7	1.5	11980	0.11
喉頭	73.4	6.8	0.0	0.0	3.4	553	0.01
肺	69.2	6.4	19.8	1.8	4.1	28898	0.72
子宮	0.0	0.0	8.6	0.8	0.4	3420	0.01
腎盂を除く腎	29.6	2.7	0.0	0.0	1.4	2030	0.02
腎盂/尿管/膀胱	72.3	6.7	2.9	0.3	3.5	2828	0.06
骨髄性白血病	35.1	3.2	0.0	0.0	1.6	2645	0.03
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	57130	0.00
合計						164553	1.6

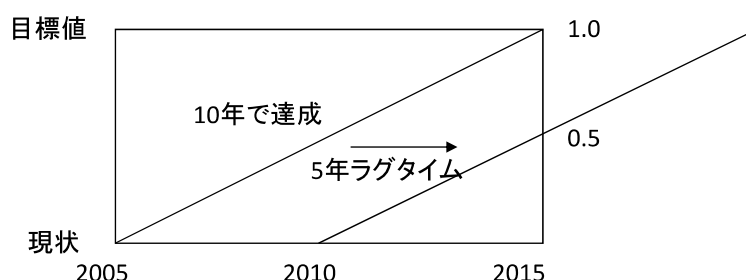
平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

表2 検診受診率が50%または70%になった場合のがん死亡率減少の大きさの予測

	死亡減少効果(%)	精度管理など(%)	修正死亡減少効果(%)	現状の受診率	目標受診率		死亡率減少(%)		75歳未満死亡数(2005年)	死亡率減少(%)	
	A1	A2	A3 = $A1 \times (1-A2)$	B0	B1	B2	50%受診	70%受診	D	50%受診	70%受診
							$C1 = A3 \times (B1-B0)$	$C2 = A3 \times (B2-B0)$		CをDで加重平均	
胃	59%	20%	47%	12.9%	50%	70%	19%	27%	24601	2.8%	4.0%
大腸	60%	20%	48%	17.9%	50%	70%	15%	25%	19975	1.9%	3.0%
肺	28%	30%	20%	23.2%	50%	70%	5%	9%	28898	0.9%	1.6%
乳房	19%	0%	19%	11.3%	50%	70%	7%	11%	8157	0.4%	0.6%
子宮	78%	20%	62%	13.6%	50%	70%	23%	35%	3420	0.5%	0.7%
肝臓	36%	20%	29%	4.4%	50%	70%	13%	19%	19807	1.6%	2.3%
その他									59695	0.0%	0.0%
合計									164553	8.0%	12.2%
検診と死亡の間にラグタイム5年・受診率を10年で達成と仮定すると										4.0%	6.1%



平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>

国立がん研究センター がん情報サービス ganjoho.jp

表3 治療件数別進行度別5年相対生存率

胃がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計（進行度不明を含む）				調整ハザード比 *3	
		限局				領域				遠隔									
		No	(%)	RSR ^{*1}	SE ^{*2}	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE		
多件数病院	8	9.5	2,541	(55.8)	93.5	0.8	1,467	(32.2)	40.8	1.4	484	(10.6)	2.5	0.7	4,556	(100.0)	66.1	0.8	1.0
中件数病院	12	5.4	1,899	(48.6)	92.5	0.9	1,222	(31.2)	37.3	1.5	556	(14.2)	1.4	0.5	3,911	(100.0)	59.6	0.9	1.1
少件数病院	26	2.8	2,100	(48.9)	93.3	0.9	1,424	(33.2)	37.4	1.4	582	(13.6)	2.0	0.6	4,292	(100.0)	60.5	0.9	1.1
極少件数病院	242	0.3	1,391	(33.0)	79.9	1.4	1,697	(40.3)	18.7	1.0	946	(22.4)	0.7	0.3	4,214	(100.0)	34.3	0.8	1.6

*1 5年相対生存率 (Relative 5-year survival) *2 Standard error *3 性・年齢・進行度で調整

*1 5年相対生存率(Relative 5-year survival) *2 Standard error *3 性、年齢、進行度で調整

大腸がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計（進行度不明を含む）				調整ハザード比 *3	
		限局				領域				遠隔									
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE		
多件数病院	8	7.1	1,712	(50.3)	93.4	1.1	1,203	(35.4)	59.0	1.6	432	(12.7)	10.4	1.6	3,402	(100.0)	69.7	1.0	1.0
中件数病院	14	3.8	1,418	(44.4)	92.3	1.2	1,086	(34.0)	62.2	1.7	482	(15.1)	7.1	1.2	3,197	(100.0)	66.7	1.0	1.0
少件数病院	27	2.1	1,565	(47.1)	92.7	1.1	1,079	(32.5)	57.0	1.7	498	(15.0)	8.1	1.3	3,325	(100.0)	66.9	1.0	1.1
極少件数病院	212	0.3	1,073	(33.0)	76.2	1.7	1,202	(37.0)	31.7	1.5	835	(25.7)	3.1	0.6	3,253	(100.0)	38.4	1.0	1.8

乳がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計（進行度不明を含む）				調整ハザード比 *3	
		限局				領域				遠隔									
		No	(%)	RSR* ¹	SE* ²	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE		
多件数病院	4	8.6	1,191	(58.0)	97.2	0.7	747	(36.4)	78.6	1.6	89	(4.3)	22.6	4.6	2,055	(100.0)	87.1	0.8	1.0
中件数病院	7	4.6	1,041	(53.9)	96.4	0.9	732	(37.9)	76.0	1.7	75	(3.9)	24.3	5.2	1,931	(100.0)	85.1	0.9	1.1
少件数病院	17	2.0	1,097	(52.9)	96.8	0.9	834	(40.2)	77.7	1.6	96	(4.6)	27.5	4.7	2,073	(100.0)	85.7	0.9	1.1
極少件数病院	154	0.2	1,031	(52.1)	93.8	1.1	729	(36.9)	67.4	1.9	181	(9.2)	17.0	2.9	1,978	(100.0)	76.5	1.1	1.6

肝がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計（進行度不明を含む）				調整ハザード比 *3	
		限局				領域				遠隔									
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE		
多件数病院	5	6.4	1,389	(72.8)	41.4	1.4	280	(14.7)	19.9	2.6	163	(8.5)	6.7	2.1	1,907	(100.0)	34.4	1.2	1.0
中件数病院	13	2.6	1,383	(69.0)	33.1	1.4	207	(10.3)	11.3	2.3	157	(7.8)	2.9	1.4	2,003	(100.0)	25.7	1.1	1.3
少件数病院	24	1.3	1,203	(62.8)	26.4	1.4	152	(7.9)	4.4	1.7	162	(8.5)	2.1	1.2	1,915	(100.0)	19.4	1.0	1.5
極少件数病院	189	0.2	921	(48.2)	17.3	1.3	283	(14.8)	2.9	1.1	243	(12.7)	0.9	0.6	1,909	(100.0)	10.4	0.7	1.9

肺がん

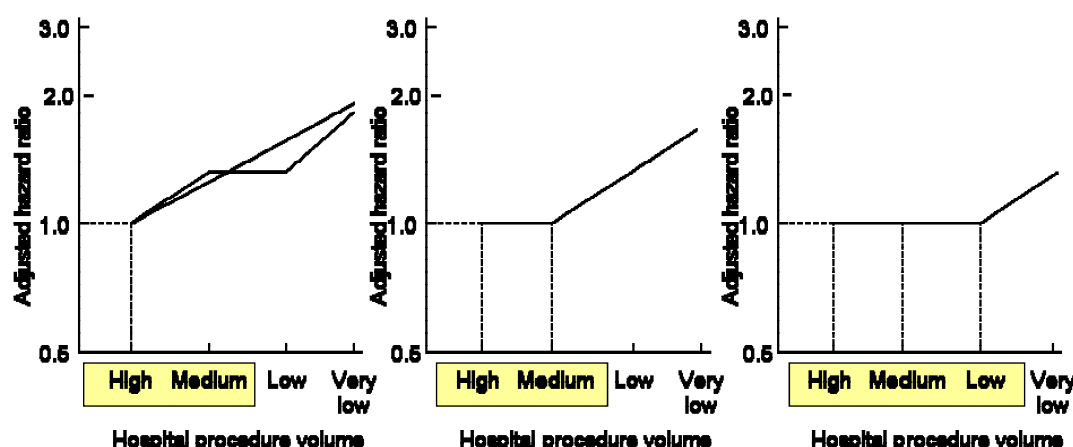
病院数	症例数/病院・月	進行度												合計（進行度不明を含む）				調整ハザード比 *3	
		限局				領域				遠隔									
		No	(%)	RSR ^{*1}	SE ^{*2}	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE		
多件数病院	3	13.5	661	(27.1)	78.6	2.0	1,037	(42.6)	21.5	1.4	720	(29.5)	3.5	0.7	2,437	(100.0)	31.7	1.0	1.0
中件数病院	4	8.4	355	(17.6)	65.8	3.0	1,006	(49.8)	12.7	1.1	631	(31.2)	2.9	0.7	2,022	(100.0)	18.8	0.9	1.3
少件数病院	13	3.2	616	(25.0)	59.3	2.3	901	(36.6)	14.0	1.2	882	(35.9)	2.1	0.5	2,460	(100.0)	21.0	0.9	1.3
極少件数病院	196	0.2	374	(16.1)	43.9	2.9	848	(36.6)	8.2	1.0	929	(40.1)	1.0	0.3	2,316	(100.0)	10.7	0.7	1.8

平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>



図4 治療件数による病院分類と調整ハザード比の関係



Type 1

Type 2

Type 3

食道、肝、肺、卵巣、
前立腺、リンパ腫

子宮

胃、大腸、胆嚢、
膵、乳房、膀胱

平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

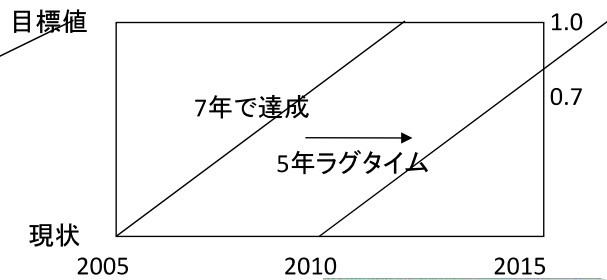
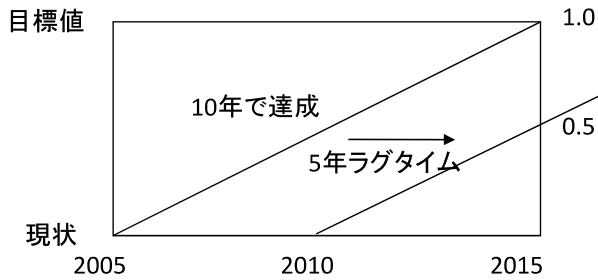
<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>



表4 均てん化が達成された場合のがん死亡率減少の大きさの予測

参考

	5年生存率(%)			罹患数 (全国2001)	5年生存 率(%) 改善	死亡率減少(%)	75歳未満 死亡数 (2005年)	死亡率減少(%)	
	大阪府の 現状	均てん化 達成後	改善						
	S0	S1	S1-S0	I	Iで加重 平均	$C=1-(100-S1)/(100-S0)$	D	CをDで加 重平均	臓器限定
食道	20.0	24.7	4.7	16323	0.14	5.9	7192	0.26	
胃	50.1	55.4	5.3	107726	1.00	10.6	24601	1.59	1.59
大腸	58.0	64.0	6.0	100137	1.06	14.4	19975	1.74	1.74
肝臓	16.8	24.8	8.0	40472	0.57	9.6	19807	1.16	1.16
胆のう	12.8	20.2	7.4	17846	0.23	8.5	6128	0.32	
膵臓	4.7	7.7	3.0	20667	0.11	3.1	11980	0.23	
肺	15.6	22.9	7.3	70619	0.91	8.7	28898	1.52	1.52
乳房	82.9	84.9	2.0	41041	0.14	11.7	8157	0.58	0.58
子宮	67.7	77.2	9.5	22947	0.38	29.5	3420	0.61	
卵巣	40.5	51.0	10.5	7732	0.14	17.6	3053	0.33	
前立腺	66.6	75.8	9.2	23548	0.38	27.6	2649	0.44	
膀胱	70.5	75.1	4.6	15990	0.13	15.5	1867	0.18	
リンパ組織	37.7	50.5	12.8	13726	0.31	20.5	4107	0.51	
その他			0.0	70007	0.00	0.0	22719	0.00	
合計				568781	5.5		164553	9.5	6.6
均てん化と死亡の間にラグタイム5年、均てん化を10年で達成と仮定すると								4.7	3.3
均てん化と死亡の間にラグタイム5年、均てん化を7年で達成と仮定すると								6.6	4.6



平成19年5月7日第3回がん対策推進協議会 配布資料を一部改変

がん医療の充実について ～議論の整理～

事務局説明資料

①がん対策推進基本計画におけるがん医療に関する記載抜粋（平成24年6月）

1. がん医療

- (1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- (3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- (4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- (5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- (6) その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

(取り組むべき施策)

○チーム医療とがん医療全般に関すること

- ・ 患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療。
- ・ 患者が自主的に治療内容などを確認できる環境の整備。
- ・ セカンドオピニオンの体制整備と普及啓発。
- ・ 標準的治療を提供するための診療ガイドラインの整備と利用実態の把握。
- ・ 患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供。
- ・ がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制の整備。
(放射線診断医や病理診断医等が参加するカンサーボードの開催等)
- ・ 手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームの整備と、多職種チーム医療の推進。
- ・ 医科歯科連携による口腔ケアや、栄養管理やリハビリテーションなど、職種間連携の推進。
- ・ 外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化。
- ・ がん医療の質と安全の確保のための取組の一層の推進。
- ・ 各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築。
- ・ 地域の医療機関の連携と役割分担、高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化。

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進(続き)

(取り組むべき施策)

○放射線療法の推進

- ・ 放射線療法の質の確保と均てん化、人員不足を解消する取組。
- ・ 一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化。
- ・ 地域の医療機関間の放射線療法に関する連携と役割分担。
- ・ 放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材の適正配置。
- ・ 患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制。
- ・ 先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発と、計画的かつ適正な配置。

○化学療法の推進

- ・ 化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材の適正配置。
- ・ 患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制。

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進(続き)

(取り組むべき施策)

○手術療法の推進

- ・ 外科医の人員不足の解消、必要に応じた放射線療法や化学療法の専門医との連携など、各医療機関の状況に合わせた診療体制の整備。
- ・ 手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備。
- ・ 高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対する、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制の検討。
- ・ 麻酔科医や感染管理を専門とする医師、歯科医師などとの連携による質の高い周術期管理体制の整備。
- ・ 術中迅速病理診断など、病理診断を確実に実施できる体制の整備。

(個別目標)

- ・ 患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。
- ・ 診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供する。

②がん対策推進基本計画中間評価におけるがん医療に関する記載抜粋（平成27年6月）

(指標測定結果)

横断的な医療チームによるがん治療サポート体制がある拠点病院の割合	99.0%	(2014年)
納得のいく治療選択ができたがん患者の割合	84.5%	(2015年)
妊孕性温存に関する情報が提供された40歳未満のがん患者の割合	38.1%	(2015年)
セカンドオピニオンの説明を受けたがん患者の割合	40.3%	(2015年)
診療ガイドラインの数（診療ガイドラインの作成）	30	(2014年)
患者用診療ガイドラインの数（患者用診療ガイドラインの作成）	6	(2014年)
口腔ケアプロトコールが整備されている拠点病院の割合（がん患者の口腔ケア）	55.3%	(2014年)

	2012-2013年
標準的治療 実施割合	大腸がん術後化学療法実施率 49.6%
	胃がん術後化学療法実施率 68.2%
	早期肺がん外科・定位放射線療法実施率 88.9%
	肺がん術後化学療法実施率 45.0%
	乳房温存術後全乳房照射実施率 72.1%
	乳房切除術後高リスク症例放射線療法実施率 33.1%
	肝切除術前ICG15分停滞率検査実施率 90.3%
	高度催吐性リスク化学療法制吐剤処方率 60.5%
	外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 66.0%

②がん対策推進基本計画中間評価におけるがん医療に関する記載抜粋(平成27年6月)

(指標測定結果)(続き)

がん治療で生じた安全問題を検討している拠点病院の割合(医療安全管理)	85.8% (2014年)	
がん診療を統括する診療部が設置されている拠点病院の割合(腫瘍センター)	25.3% (2014年)	
	2012年	2014年
直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院 (定位放射線治療)	47.4%	51.1%
IMRT加算をとっている拠点病院の割合(IMRTの実施状況)	27.2%	34.2%
外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合(放射線療法の体制整備)	48.9%	59.7%
放射線治療専門医の配置されている拠点病院の割合 (質の高い安全な放射線療法)	72.0%	77.0%
	2012年	2014年
がん化学療法看護認定看護師が配置されている拠点病院の割合(がんの認定看護師)	83.6%	89.5%
外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合 (外来化学療法の実施状況)	6.5%	95.1%
転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合	—	27.4%
がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合 (がんの認定薬剤師)	—	75.8%
がん薬物療法専門医が配置されている拠点病院の割合(化学療法の専門医)	44.6%	56.0%
拠点病院における5大がん患者の術後30日以内の死亡率(術死亡率)	5大がん:0.31% (2013年) (肺0.38%、胃0.34%、大腸0.43%、 肝臓0.68%、乳腺0.01%)	

6

②がん対策推進基本計画中間評価におけるがん医療に関する記載抜粋(平成27年6月)

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

○がん医療全般

- ・ 拠点病院をはじめとした医療機関の院内がん登録等を活用して、診療実態をより詳細に収集し、医学技術の進歩に伴う新しい知見の普及の実態などを継続的に検証し、さらなるがん医療の質の向上と均てん化を図る必要がある。
- ・ 拠点病院等から提出される現況報告については、より正確な情報を収集するため、報告する内容や様式を引き続き検証していく必要がある。
- ・ 年代等も考慮して、セカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための普及啓発を推進することが重要である。
- ・ 腫瘍センターなどの各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築については、拠点病院の中でも総合病院(大学病院を除く)ではがん診療を統括する診療部を設置している施設は25.3%と設置が進んでおらず、一層の推進が必要である。

○放射線治療

- ・ 先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発は進んでいるが、それらの有効性や安全性についての科学的な検証を進め、国内での計画的かつ適正な配置について、検討する必要がある。

○手術療法

- ・ 患者の負担軽減や治療効果の向上に資する先進的な手法等を開発していくことが重要であるが、その安全性や倫理的妥当性を十分に確保できる体制を構築する必要がある。

7

（2）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

（取り組むべき施策）

- ・ より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。
- ・ 大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとられない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める。
- ・ がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討する。
- ・ 国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。
- ・ 医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

（個別目標）

- ・ 5年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。
- ・ 関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

（2）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成 （指標測定結果）

臓器横断的ながん臨床教育制度がある都道府県がん診療連携拠点病院の割合 （臓器横断的教育体制）	39.1% （2014年）
---	------------------

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

- ・ 引き続きがん医療に携わる医療従事者の育成に関わる研修を効率的に実施するとともに、拠点病院等において臓器横断的ながん臨床教育制度を推進し、質の高いがん医療を提供していく必要がある。
- ・ がん診療に携わる専門医のあり方については、日本専門医機構内の委員会における検討を踏まえながら、厚生労働省においても検討を行っていく必要がある。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(取り組むべき施策)

- ・ 拠点病院のあり方について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。
- ・ 拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。
- ・ 地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

(個別目標)

- ・ がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。
- ・ がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

- ・ 高齢化が進んでいる我が国の現状を考慮し、地域包括ケアシステムの取組状況や緩和ケア推進検討会等の議論内容を踏まえつつ、がん患者の病態や療養の特徴に応じた医療ニーズに柔軟に対応し、がん患者が住み慣れた地域で安心して在宅療養が続けられるよう、引き続き体制整備を推進する必要がある。
- ・ かかりつけ医や在宅医、訪問看護ステーションなどの在宅医療サービスに紹介するタイミングが、余命が短い時期となることが多く、患者・家族と在宅医療を行う医療従事者との間に信頼関係を構築するための時間がほとんど残されていない状況がある。
- ・ 地域医師会のネットワーク等を活用しつつ、より早期から退院後の生活を見越した医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅医療・介護との連携体制の構築を推進していくことが極めて重要である。
- ・ 在宅医療の現場で質の高いがん医療を提供できるよう、在宅医等ががん疾患に関する知識を習得する機会を設けることも重要である。

（6） その他

〈病理診断〉

（取り組むべき施策）

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

（個別目標）

- ・ 3年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。

〈リハビリテーション〉

（取り組むべき施策）

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

（個別目標）

- ・ 拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。

②がん対策推進基本計画中間評価におけるがん医療に関する記載抜粋（平成27年6月）

（6） その他

〈病理診断〉

（指標測定結果）

病理専門医が1名以上配置されている拠点病院の割合（病理診断医の不足）	86.6%（2012年）	87.3%（2014年）
------------------------------------	--------------	--------------

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

- ・ 病理診断医の育成等に対する支援を引き続き実施するとともに、より安全で質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、遠隔病理診断システムを含めた連携体制を整備する必要がある。

〈リハビリテーション〉

（指標測定結果）

リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院の割合	37.4%（2014年）
拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合（リハビリテーション）	19.7%（2012-13年）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

- ・ がん患者が住み慣れた家庭や地域で質の高い療養生活を送ることができるよう、患者と医療従事者に対してリハビリテーションの必要性を広く周知するとともに、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対する研修の充実等を通じて、引き続きがん患者へのリハビリテーションを推進していく必要がある。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会 議論の整理概要

(平成28年10月)

(背景)

これまで基本計画に基づき、がん医療の均てん化を目指し、がん診療連携拠点病院を中心として医療体制の整備に取り組んできた。これまでの現状と課題を踏まえ、医療提供体制がどうあるべきかについて議論を行った。

現状と課題

➤ がん診療提供体制について

- これまでがん医療の均てん化を目指し、標準的治療、がん相談支援センター、緩和ケア等の取組を推進
- 拠点病院ごとに運用状況の格差がある一方、一律の基準を定めることの困難さも指摘。
- 外来診療の役割の拡大

等

➤ がん医療に関する相談支援と情報提供

- 拠点病院のがん相談支援センターの認知度が不十分
- 科学的根拠が無い情報の増加

等

➤ がん診療連携拠点病院等における医療安全

- 特定機能病院において高度な医療安全管理体制を確保するための医療安全に関する要件の見直しの施行

等

➤ がんのゲノム医療

- がんゲノム医療における治療法の選択を支持する遺伝カウンセリング体制、人材不足、必要な情報提供のあり方の標準化等の課題

等

➤ がんの放射線治療

- 拠点病院におけるリニアックの普及
- 高精度放射線治療の整備に関する地域格差、担い手の不足
- 核医学治療や緩和的放射線照射の更なる整備の検討

等

今後の方向性

- 均てん化が必要な取組に関しては引き続き体制を維持
- ゲノム医療、一部の放射線治療、希少がん、小児がん、難治性がん等について一定の集約化
- がん以外の併存疾患への適切な対応
- 外来診療、後方支援施設、在宅医療等のあり方を検討

等

- 個人情報に留意した希少がん等の情報提供のあり方を検討
- 科学的根拠に基づく情報を提供する仕組みを検討

等

- 拠点病院の現状を勘案しつつ高いレベルの医療安全を求める要件を設定

等

- がんゲノム医療実現のための検査の質、医療現場の体制構築、人材育成、情報の取扱い等の検討

- 臨床現場や研究に還元するためのデータベースを整備

等

- 粒子線治療の集約化や都道府県を越えた連携の必要性、高精度放射線治療に関する情報提供の推進
- R I 内用療法へのアクセスや体制作りと必要な患者への緩和的放射線照射の提供

等

がん対策推進に対する 歯科医師の取り組みについて

平成28年10月26日 厚生労働省 第61回がん対策推進協議会 資料

公益社団法人 日本歯科医師会
国立研究開発法人 国立がん研究センター

本日の発表

- がん対策医科歯科連携における、歯科医師の役割について(第2期がん対策推進基本計画への意見)
- がん対策としての周術期の取り組み
- 口腔がんについて

- がん対策医科歯科連携における、歯科医師の役割について(第2期がん対策推進基本計画への意見と経緯)
- がん対策としての周術期の取り組み
- 口腔がんについて

3

がん治療に伴って生じる口腔内合併症

これら口腔内合併症は低栄養や脱水を惹起し
直接的・間接的にがん治療に悪影響を与える

化学療法

口腔粘膜炎
歯性感染症
味覚異常
口腔乾燥症
慢性GVHD

放射線療法

放射線性粘膜炎
唾液腺障害
味覚異常
う蝕・歯周炎の増悪
放射線性顎骨壊死
開口障害

外科療法

創部感染
誤嚥性肺炎

緩和領域

口腔乾燥
味覚異常
口内炎
誤嚥性肺炎
歯性感染症
口腔内不衛生
口臭

歯科の介入により、これらの症状緩和や
感染の回避を図り、がん治療の完遂を支援する

4



口腔粘膜炎

- 骨髄抑制を起こす化学療法では
口内炎は全身感染症の重大なリスク
- 口内炎と好中球減少が併発した場合
敗血症を引き起こす相対リスクは
口内炎がない場合の4倍以上

Sonis ST. : Oral Oncol. 1998
Jan;34(1):39-43.

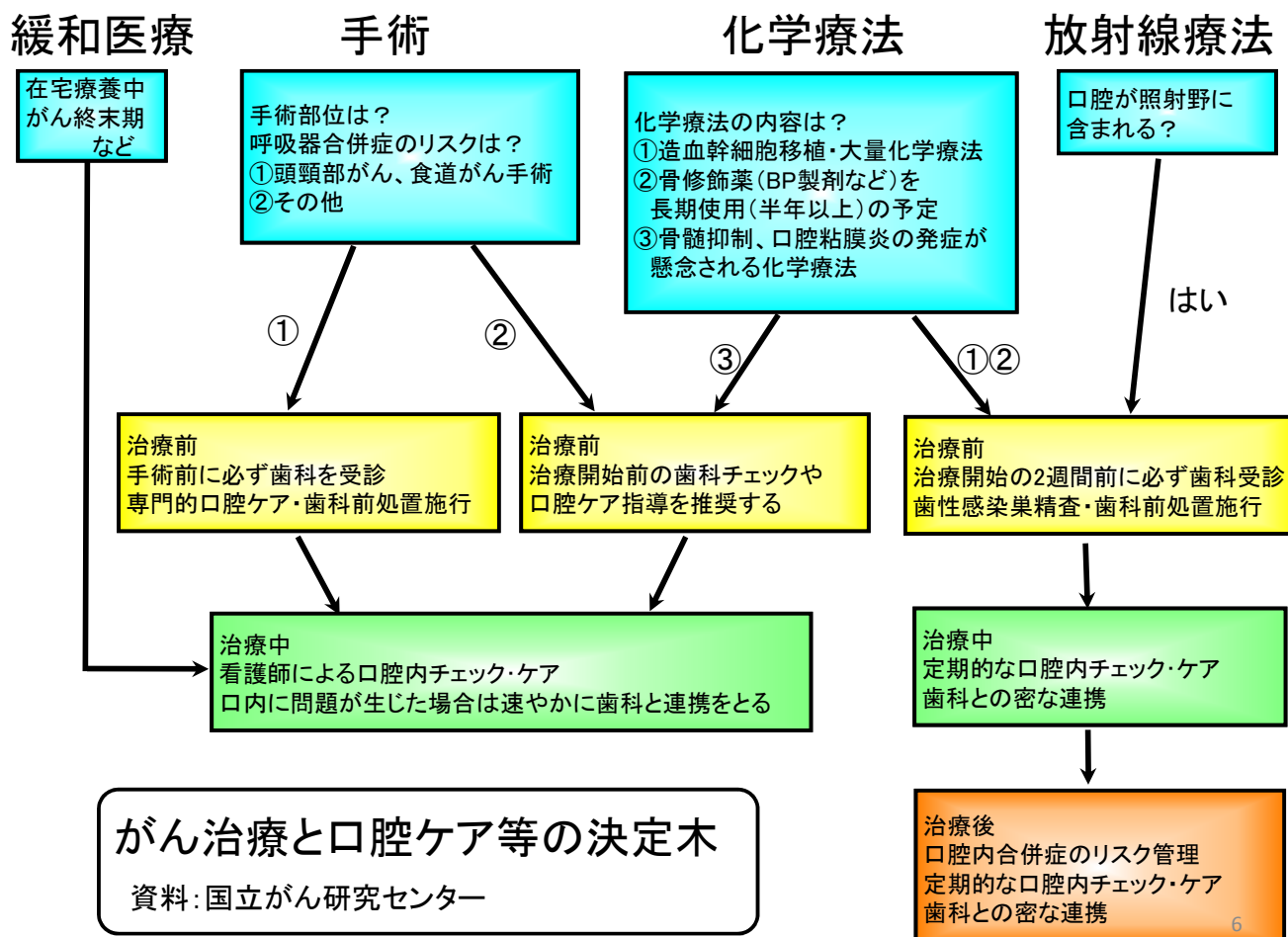


骨髄抑制期の歯性感染症

- 化学療法中の歯科疾患の急性化/悪化の
加重有病率：**28.1%**
- 歯性感染症は 好中球減少性発熱の熱源
ともなり、時に重篤な結果をもたらす

MEDLINE/PubMedおよび
EMBASEデータベースの系統的レビュー

5



6

がん治療における医科歯科連携

平成24年7月17日 厚生労働省 第34回がん対策推進協議会 プレゼンテーション資料

社団法人 日本歯科医師会
独立行政法人 国立がん研究センター

第2期「がん対策推進基本計画」(平成24年—28年(2012年-2016年))
第4 分野別目標と個別目標(取り組むべき施策)

チーム医療とがん医療全般に関すること:「各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハの推進など、職種間連携を推進する。」

手術療法の推進:「手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備する。」

がん医療に携わる専門的医療従事者の育成:「放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の育成が依然として不十分である。」

希少がん 現状:「希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、様々な臓器に発生する肉腫、口腔がんなど、数多くの種類が存在するが、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。」

第2期がん対策推進基本計画における歯科への評価と課題
一強みを活かし、課題を改善する、その視点として一

歯科が評価された点

チーム医療に貢献

- 医師・歯科医師の連携体制の評価

周術期に有効

- 手術前の歯科治療の必要性の明確化
- 口腔管理の評価の普及

課題として示された点

人材不足・人材育成

- がん治療において連携する歯科医師が少ない

口腔がん対策

- 口腔がんの実態把握、検診等制度が未整備、地域住民への情報が不足

9

- がん対策医科歯科連携における、歯科医師の役割について(第2期がん対策推進基本計画への意見)
- がん対策としての周術期の取り組み
- 口腔がんについて

周術期における歯科の役割を推進

平成24年度「周術期口腔機能管理料」を診療報酬制度に新設
平成26年、28年の診療報酬制度改正により充実が図られる。

平成26年1月「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」局長通知
・がん診療連携拠点病院等における院内、地域の歯科医師との連携促進
・同病院等での歯科医師等へのがん患者の口腔ケア等の研修実施に協力
するよう、努める。

平成25年度より日本歯科医師会へ委託された「医科歯科連携
事業」により、専門家パネルで作成された全国共通テキストを用
いた歯科医師の人材育成を全国的に開始した。

11



独立行政法人国立がん研究センター
がん対策情報センター

医科歯科連携推進専門家パネル

がん患者さんへの歯科治療、口腔ケア等を実施する歯科医師・歯科衛生士等
の歯科医療従事者の人材育成にあたり、複数の専門家の協力を得て、研修
や教材の内容、さらには実務指導者の育成のための方途を具体的、かつ継
続的に検討することが必要であると考え、医科歯科連携専門家パネルを設置
いたしました。

活動内容

厚生労働省とも協力して、以下についての検討、提言を行います。

(1)がん医科歯科連携の質の担保を目的とした講習会のテキスト、既存の資
料について、専門家の立場から検証、最適化のための助言を行い、**標準的な
がん医科歯科連携のための全国共通テキスト(ナショナル・テキスト)**を作成し
ます。

(2)その他、がん医科歯科連携の全国展開にあたり、実務経験を生かして、
適切な体制・環境整備に関して、助言を行います。

国立がん研究センター がん対策情報センター

<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/panel/index.html>

12

医科歯科連携推進専門家パネル委員会

参加団体

切れ目ない歯科の サポートを 全国で提供する

独立行政法人国立がん研究センター
がん対策情報センター



各専門家の立場から連携の
コンセンサスをまとめて頂いた

日本頭頸部癌学会

日本がん看護学会

日本緩和医療学会

日本臨床腫瘍学会

日本口腔外科学会

日本放射線腫瘍学会

日本口腔科学会

日本歯科衛生士会

全国医学部附属病院

歯科口腔外科科長会議

日本歯科医師会

日本病院歯科口腔外科協議会

日本麻酔科学会

日本癌治療学会

厚生労働省

13

全国共通がん医科歯科連携講習会テキストの発行にあたって

平成 24 年度 厚生労働省・国立がん研究センター委託事業

全国共通がん医科歯科連携 講習会テキスト

第一版

独立行政法人 国立がん研究センター

独立行政法人 国立がん研究センター
がん対策情報センター長 若尾 文彦

がんは、1981 年以降、日本人の死因の第一位となっています。がんの治療は日々進歩を続けており、現在のがん治療においては、治療効果に加えてより安全であること、苦痛をできるだけ緩和し、治療中から治療後も含めて患者の QOL を可能な限り良好に維持することが求められています。そのため、様々な職種の医療者が密接に連携して診療にあたるチーム医療が必要不可欠となっています。

国立がん研究センターは、がん患者に生じる医学的、社会的、精神的問題等を解決することを目指し、がん治療において歯科医療従事者が提供する口腔ケアや歯科治療が、より質の高いがん治療を提供するために重要な支持療法であると考え、2010 年より日本歯科医師会と共同し、「がん患者の口腔を守り、最後までお口から食事をとる事を支援する」ため、がん患者の治療前の口腔ケアを地域歯科医療機関に依頼して実施する、地域医科歯科連携事業を推進して参りました。

がん治療に関わる医科歯科連携とナショナルテキスト

社団法人日本歯科医師会
医科歯科連携推進専門家パネル委員長 深井権博

この度、全国共通がん医科歯科連携講習会テキストが、厚生労働省の委託を受け、国立がん研究センター医科歯科連携推進専門家パネルでの議論を経て発行される運びとなった。

本テキストは、国立がん研究センターと日本歯科医師会が、関東 5 都県を中心に行われてきたがん診療にかかわる医科歯科連携事業の講習会のために作成された手術前、化学療法・頭頸部放射線治療、および緩和ケアにおける医科歯科連携の 3 冊のテキストを基に、本専門家パネルでの議論を通してその充実を図り作成されたものである。

受講生の名簿は、国立がん研究センターの
Webで公開

(詳細名簿は、都道府県歯科医師会から提供)

14

がん医科歯科連携の全国均てん化

がん情報サービス ganjoho.jp 医療関係者向けサイト



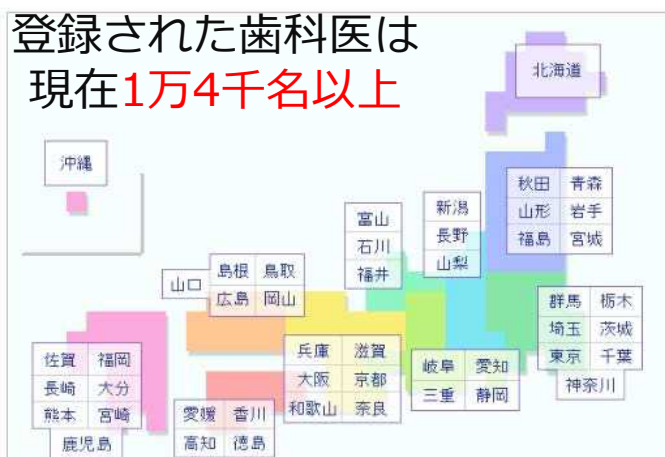
HOME > 診療支援 > 情報データベース > がん診療連携登録歯科医名簿

がん診療連携登録歯科医名簿

更新日: 2016年08月08日 [更新履歴]

がん診療連携登録歯科医とは、厚生労働省の委託を受けて日本歯科医師会が主催する「全国共通がん医科歯科連携講習会」を受講し、がん患者さんへのお口のケアや歯科治療についての知識を習得した歯科医師のことです。

名簿をご覧になりたい都道府県名をクリックしてください。



全国共通がん医科歯科連携 講習会テキスト

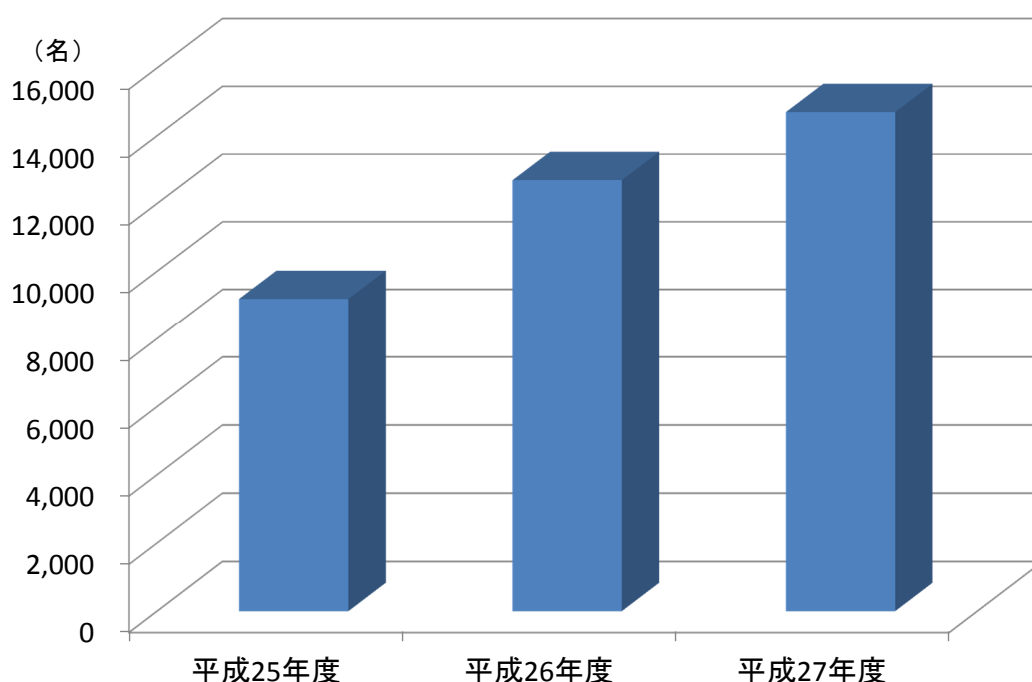
第一版

独立行政法人 国立がん研究センター

均てん化された講習会を
受講し、連携してがん患者の
口腔管理を受け入れてくれる
「がん診療連携登録歯科医」

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービス (<http://ganjoho.jp/>)⁵

全国共通がん医科歯科連携講習会 受講者数の年次推移(累積)



※日歯・国がん連携講習会受講者も含む
※平成28年度は未集計

その他②医科歯科の連携について

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会において、医科歯科の連携についても、医療機能の連携に資するものとして項目を追加すべきとご意見を頂いたところ。
- 平成28年度の診療報酬改定においても、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む観点から、医科歯科連携の推進について見直しが行われた。
- これらを踏まえ、病床機能報告において、医療機能の連携の観点から、医科歯科の連携に関する項目を追加する。

【病床機能報告】様式2(具体的な医療の内容に関する項目)

○項目追加

<歯科診療報酬>

- ・周術期口腔機能管理料Ⅱ
- ・周術期口腔機能管理料Ⅲ
- ・周術期口腔機能管理後手術加算

<医科診療報酬>

- ・周術期口腔機能管理後手術加算
- ・栄養サポートチーム加算
- ・歯科医師連携加算

周術期における歯科の役割 強みをより活かしてきたが、

- ・ がん予防、がん治療・研究、がんとの共生
それぞれのステージでの役割を果たすと同時に、
- ◎最新の知見に基づく評価パネルの
ブラッシュアップ、
- ◎人材育成と質の担保のための普及事業等を、

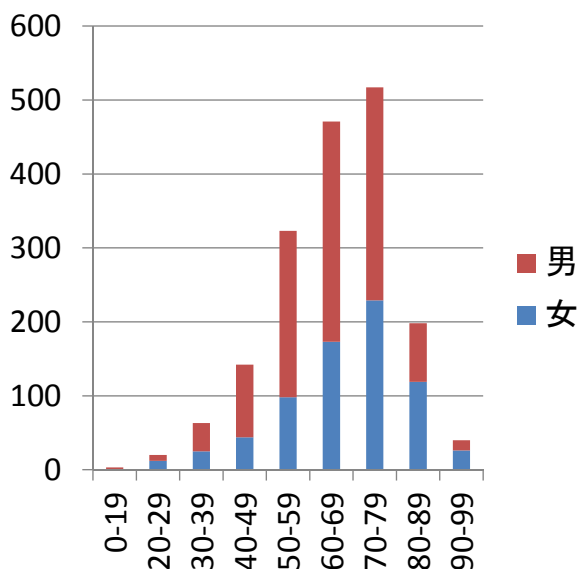
PDCAサイクルとして実施する必要性がある。

- がん対策医科歯科連携における、歯科医師の役割について(第2期がん対策推進基本計画への意見)
- がん対策としての周術期の取り組み
- 口腔がんについて

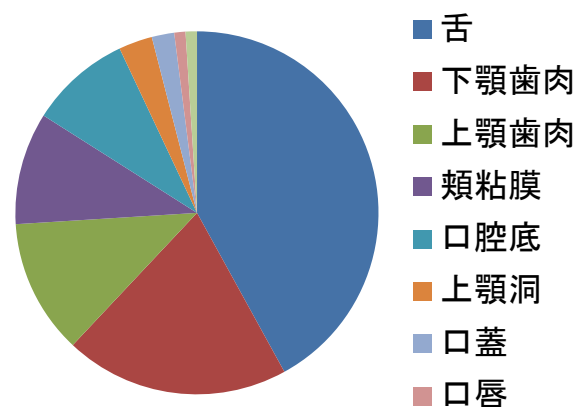
19

日本の口腔がんの年齢分布、部位別腫瘍数 2002年度(平成14年)日本口腔外科学会疫学調査

口腔がんの性・年齢別分布



口腔がんの部位別腫瘍数
割合



20

口腔がん検診のポイント

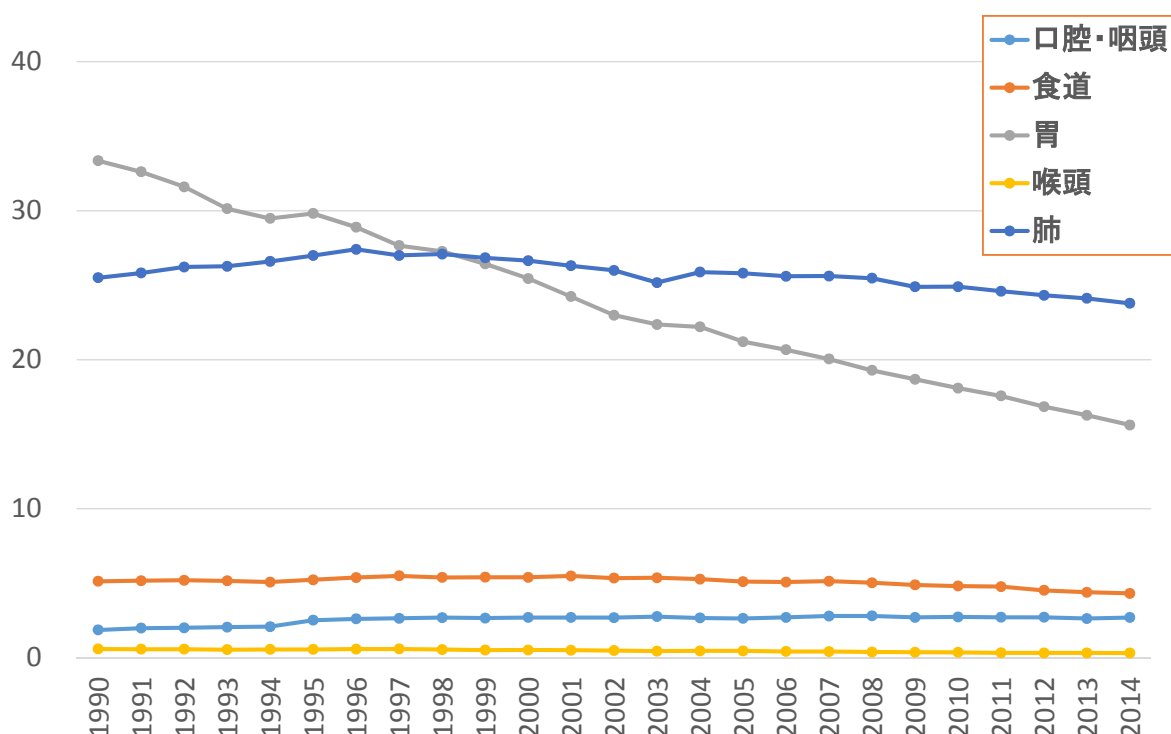
2004年(平成16年)口腔癌検診のためのガイドラインより

1. 口腔がんの多くは、舌、口腔底、歯肉に発生するので、これらの部位は慎重に診察。
2. 色調、表面性状の異常、腫瘤・腫脹の有無を診る。異常がある場合は触診する。
3. 異常を認めた場合には、その原因を探求・除去する。
4. 異常が2週間以上持続する場合には、専門医療機関へ紹介する。
5. 検診の意義や口腔がんの兆候・症状・予防について説明、教育する。

21

日本のがんによる年齢調整死亡率(対人口10万人)

国立がん研究センターがん対策情報センターより

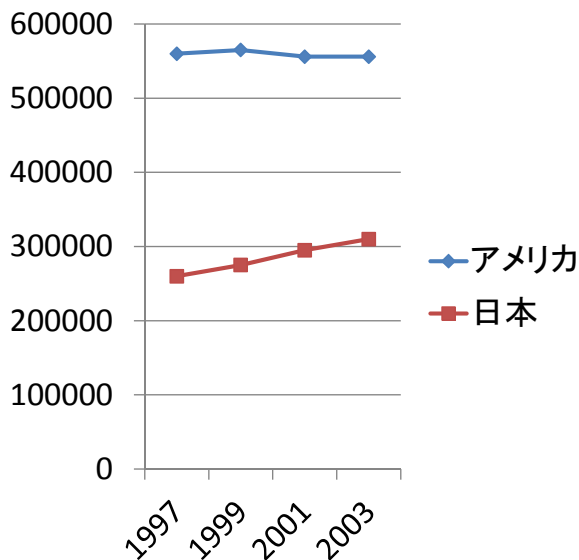


22

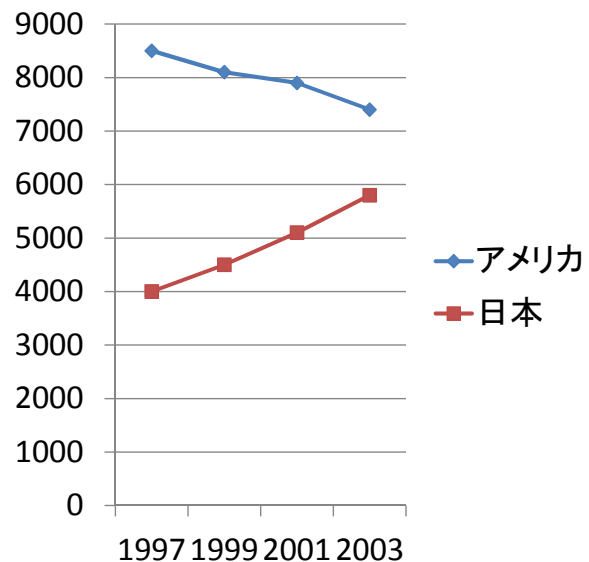
日本と米国のがんによる死亡率の比較

WHOがんデータベースより

がん全体の死亡者数



口腔がんによる死亡者数



23

「口腔がん」について

希少がんとしての「口腔がん」は下記の課題から、口腔がん全体の減少や重症化予防の対策が不十分と思われる。

- 口腔がんのデータそのものが不足していることに加え、データの収集システムが未整備であり、口腔がんの実態を継続的に把握することが困難である。
- 口腔がんを専門的に治療する歯科医師が不足していることに加え、地域における歯科医療機関から専門医療機関へ紹介できる歯科医師の育成が十分ではないことより、口腔がんの早期発見・早期治療をさらに推進するべき。
- 口腔がん検診は多くの地域で未実施であり、地域住民に対する口腔がん対策の教育、啓発普及も不足している。

24

本日のまとめ

- 周術期における医科歯科連携による有効事例を踏まえて、その効果をさらに強化するためには、PDCAサイクル(人材育成事業、医科歯科連携推進専門家パネル事業等の継続)に位置づけて推進していくこと等を、引き続き次期のがん対策推進基本計画に記載するべきである。
- 口腔がんは、希少がんとして第2期がん対策推進基本計画に位置づけられているものの、データ収集やスクリーニングのあり方、予防および早期発見・早期治療の対策を含め、増加する希少がん対策が遅れていると思われるため、さらなる対策推進が必要である。

第61回 がん対策推進協議会

「がん医療の充実（がん医療に係る人材育成と提供体制等）」

がん診療ガイドラインの運用等の実態把握及び標準的治療の実施に影響を与える因子の分析

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」
(課題番号：H28-がん対策-一般-001)日本癌治療学会
がん診療ガイドライン統括・連絡委員会

岡山大学大学院 消化器外科学

藤原 俊義

平成28年10月26日（水）
航空会館

1

医療の均てん化：標準的治療の実施

がん対策推進基本計画中間報告書（平成27年6月厚生労働省がん対策推進協議会）

		2012-2013年
A11	標準的治療実施割合	- 大腸がん術後化学療法実施率 49.6% - 胃がん術後化学療法実施率 68.2% - 早期肺がん外科・定位放射線療法実施率 88.9% - 肺がん術後化学療法実施率 45.0% - 乳房温存術後全乳房照射実施率 72.1% - 乳房切除後高リスク症例放射線療法実施率 33.1% - 肝切除術前ICG15分艇対立検査実施率 90.3% - 高度催吐性リスク化学療法制吐剤処方率 60.5% - 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 66.0%

- がん診療連携拠点病院における標準的治療の実施率にまだまだ大きな格差
- 極めて低率にとどまるがん腫や治療法が存在
- 治療選択には、決定者である受療者の意思とともに、年齢や全身状態、生活環境等、受療者の医学的社会的要因等も大きく影響
- 実態の把握は、今後のがん医療の質の向上、実効的な対策の立案に必須

2

研究目的と方法

- がん診療ガイドラインの運用実態を調査（標準的治療の実施率など）
- 標準的治療の実施に影響を与える因子を解析



- 標準的治療が、高齢者や併存疾患等の個体差、地域・生活環境特性等にも適応しうるか、その有用性と安全性を検証
- 対象：乳がん、大腸がん、制吐剤の使用



- ・ 乳癌診療ガイドラインの運用と実施に影響を及ぼす因子の解析
- ・ 大腸癌治療ガイドラインの運用と実施に影響を及ぼす因子の解析
- ・ 制吐薬適正使用ガイドラインの運用と実施に影響を及ぼす因子の解析

3

診療動向の変化

プロセス指標

■ 乳癌

- ・ Stage I-II乳癌における乳房温存術後放射線治療
- ・ 非浸潤性乳管癌における乳房温存術後放射線治療
- ・ 腋窩リンパ節転移4個以上陽性例における乳房切除術後放射線療法

■ 大腸癌

- Stage II-III大腸癌における
- ・ D3リンパ節郭清の実施率
- ・ 術後補助化学療法の実施率

■ 制吐薬使用

- 高度催吐性リスク化学療法施行時の
- ・ 予防的制吐薬投与に関するアンケート調査

4

「乳癌診療ガイドライン」の 運用と実施に影響を及ぼす因子の分析

徳田 裕、向井博文、鹿間直人、山内智香子、隈丸 拓

- 1) 東海大学医学部外科学系 乳腺・内分泌外科学
- 2) 国立がん研究センター東病院 乳腺・腫瘍内科
- 3) 埼玉医科大学国際医療センター 放射線腫瘍科
- 4) 滋賀県立成人病センター 放射線治療科
- 5) 東京大学医学部附属病院・医療品質評価学

5

調査の方法

■ 対象症例：NCD乳癌領域データ2013登録症例

■ 評価項目：（Quality Indicator; QI）

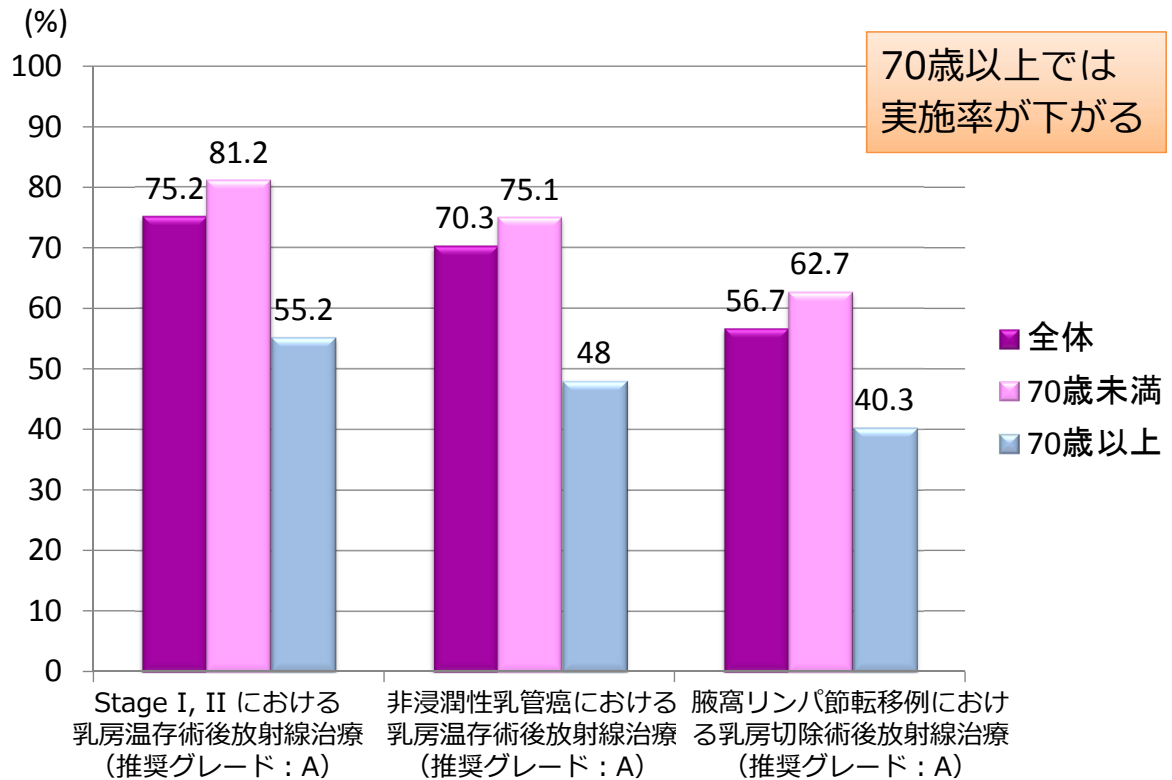
Stage I, II における
QI R1 ● 乳房温存術後放射線治療（推奨グレード：A）
対象：31,848例

非浸潤性乳管癌における
QI R2 ● 乳房温存術後放射線治療（推奨グレード：A）
対象：5,885例

腋窩リンパ節転移4個以上陽性例における
QI R3 ● 乳房切除術後放射線療法（推奨グレード：A）
対象：3,300例

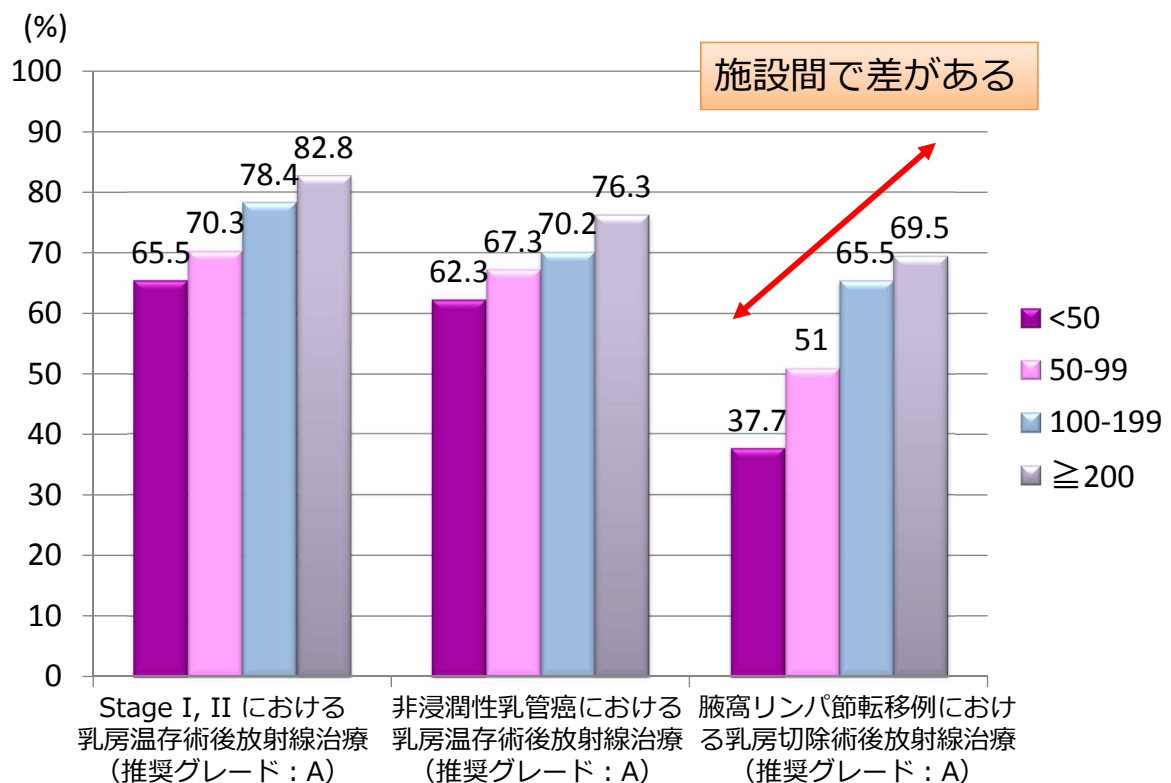
6

①「年齢」による実施率の差



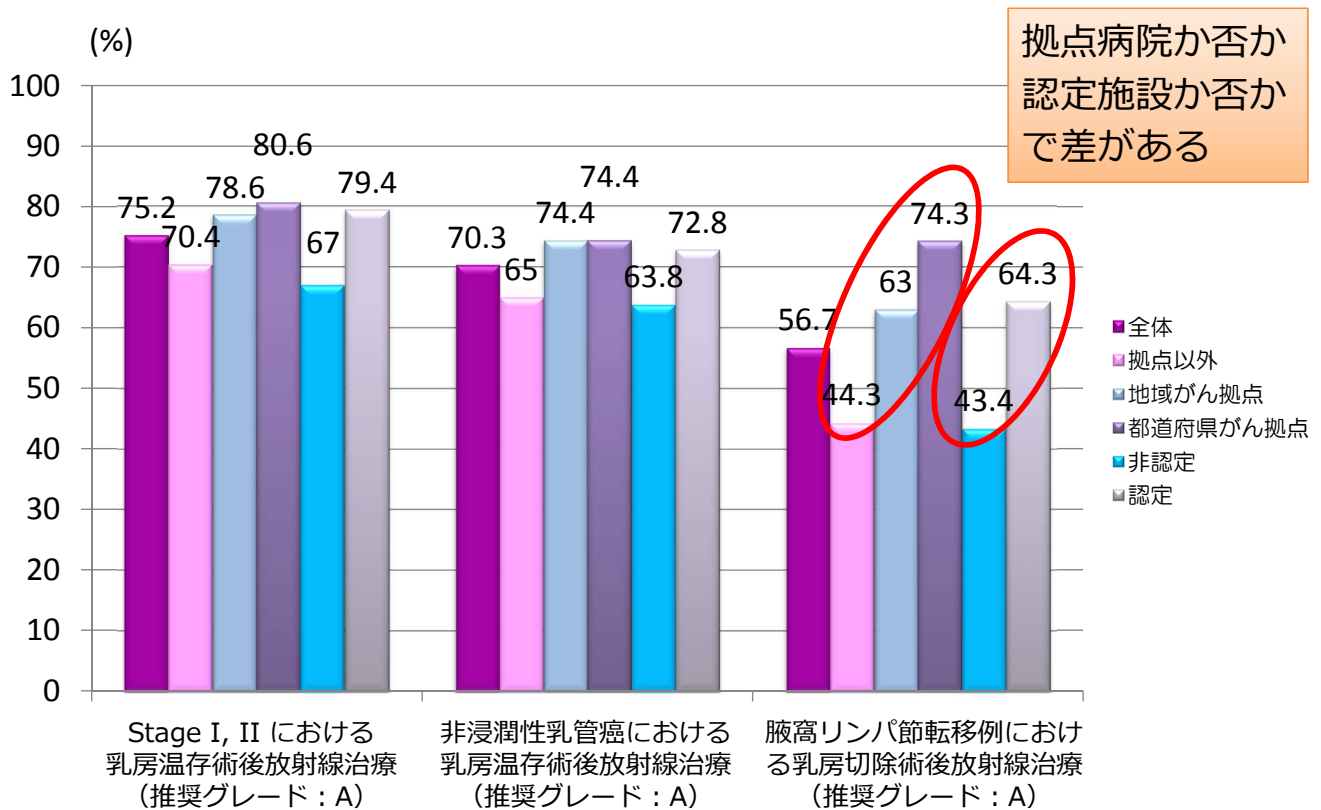
7

②「年間症例数」による実施率の差



8

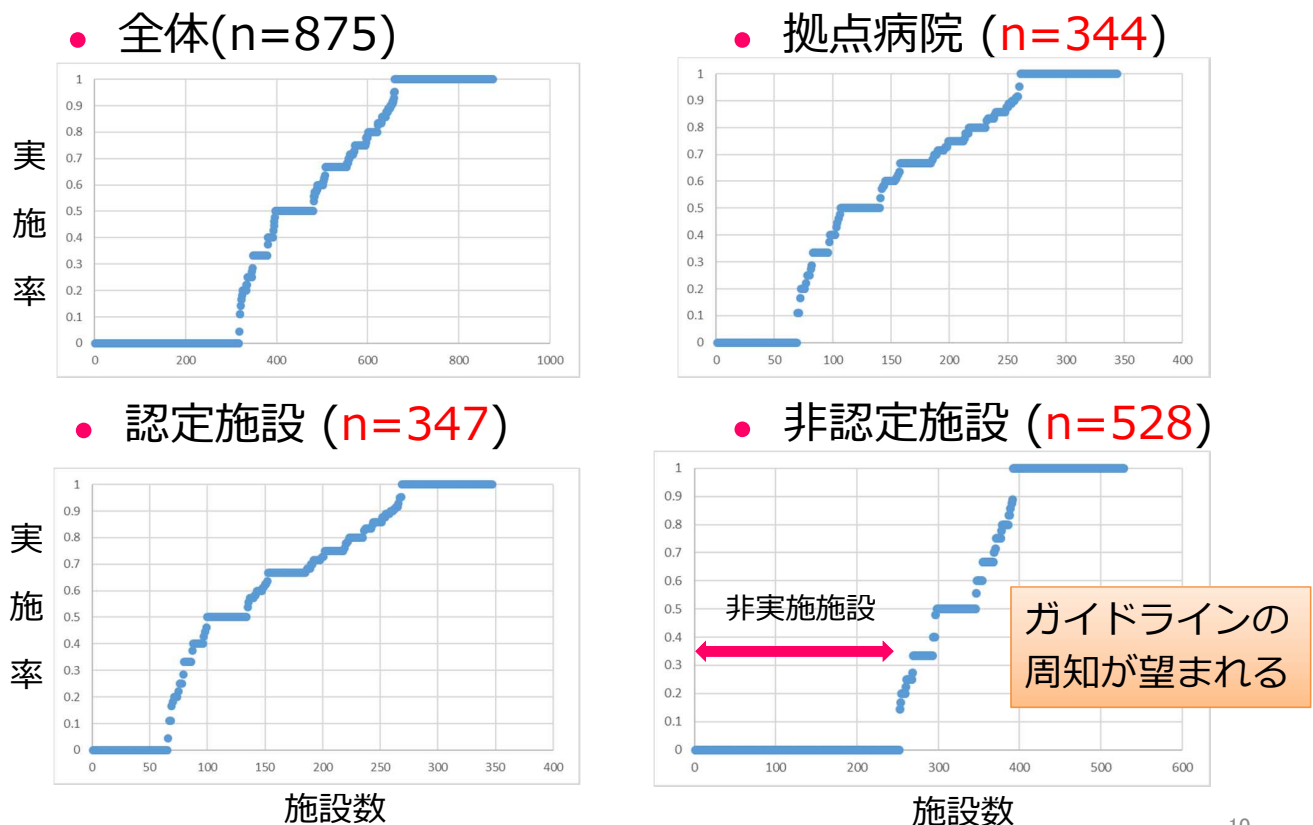
③「施設認定」による実施率の差



* 認定施設：日本乳癌学会認定施設

9

③「施設認定」による実施率の差



10

・「乳癌診療ガイドライン」

現状のまとめ

- 乳房温存術後放射線治療は70%以上で実施されている。
- 乳房温存療法後の放射線療法施行率に比し、乳房切除術後の施行率は低い。
- 乳癌の術後放射線治療の実施率に影響を及ぼす因子として、年齢が上げられる。
- 施設層（拠点病院・認定施設か否か）間で乳房切除術後の施行率に差が認められる（認定施設では**64.3%**）。非認定施設でのガイドラインのさらなる周知が望まれる。

US National Cancer Database (NCDB) : 米国のデータ

- ・ 腋窩リンパ節転移4個以上陽性で乳房切除術後に放射線療法を受けたのは**65%** (Chu et al, J Am Coll Surg, 2015) ¹¹

大腸癌

「大腸癌治療ガイドライン」の 運用と実施に影響を及ぼす因子の分析

石黒めぐみ、渡邊聡明、馬場秀夫、沖 英次

- 1) 東京医科歯科大学大学院 応用腫瘍学講座
- 2) 東京大学大学院 腫瘍外科学・血管外科学
- 3) 熊本大学大学院生命科学研究部 消化器外科学
- 4) 九州大学医学研究院 消化器・総合外科



(Ishiguro et al, J Am Coll Surg 218 : 969-977, 2014)

調査の方法

- 大腸癌研究会 ガイドライン委員会による診療動向調査



■ **対象症例** : 2001年1月～2010年12月に手術を施行された組織学的ステージⅡ・Ⅲ大腸癌 症例

■ **評価項目** : **プロセス指標**

- D3郭清の実施率
- 術後補助化学療法の実施率



■ **調査期間** : 2012年3月～2012年5月

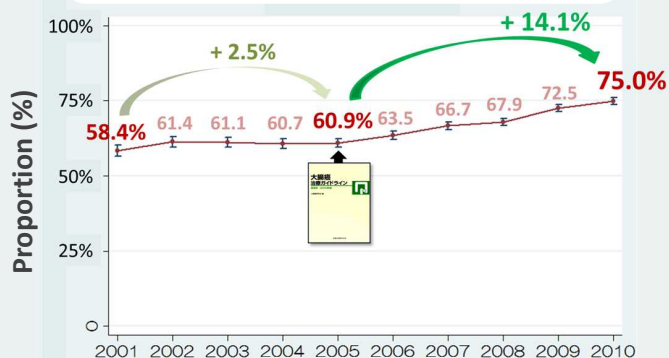
- 96施設 46,304 例

■ **評価票** :

				Bが留か分かればよいので 取扱い規約第7版 [IIIa, IIIb]の 表記はそのままご継続です。		取扱い規約第8版 の場合のみ記入		※提出可能なご施設のみ ※レジメン名での提出でも結構です	
施設名	手術年 ※月・日は除いたデータ でご提出下さい [2000～2010]	性別 [男/女]	年齢	主占居部位 [C,A,T,D,S, RS,Ra,Rb]	組織学的Stage [Stage II/Stage III]	深達度	リンパ節 転移度 [n]	中極方向のリンパ節郭清度 [D0, D1, D2, D3] ※側方郭清は考慮しない	術後補助化学療法の有無 [あり/なし] ※レジメンは問いません
例1	2010	男	55	A	Stage II			D3	なし
例2	2005	F	65	S状結腸	IIb			D3郭清	
例3	2004	女	80	S		si	n0	D2	UFT/LV
施設名	手術年	性別	年齢	主占居部位	pStage	郭清度		補助療法の 有無	

13

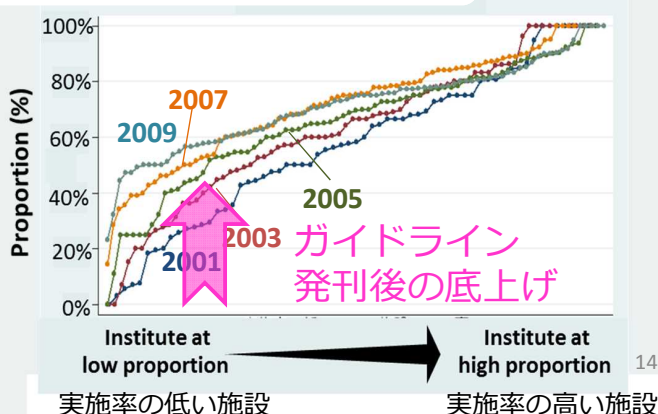
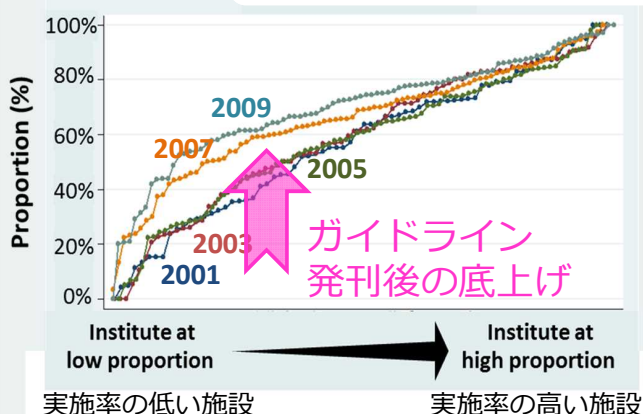
D3リンパ節郭清
Stage II-III, N=45,168



術後補助化学療法
Stage III, N=18,653



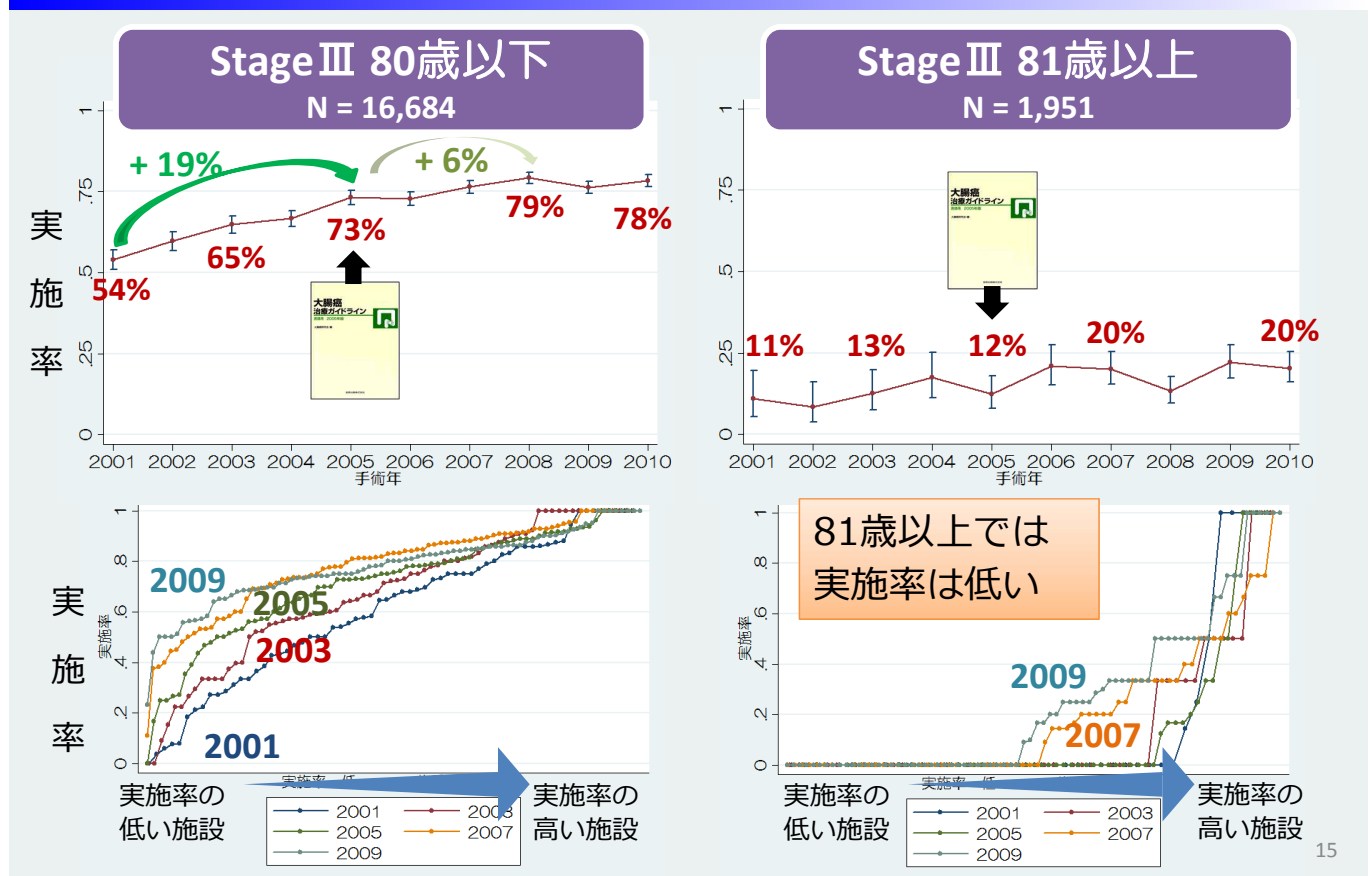
①「施設」による実施率の差



14

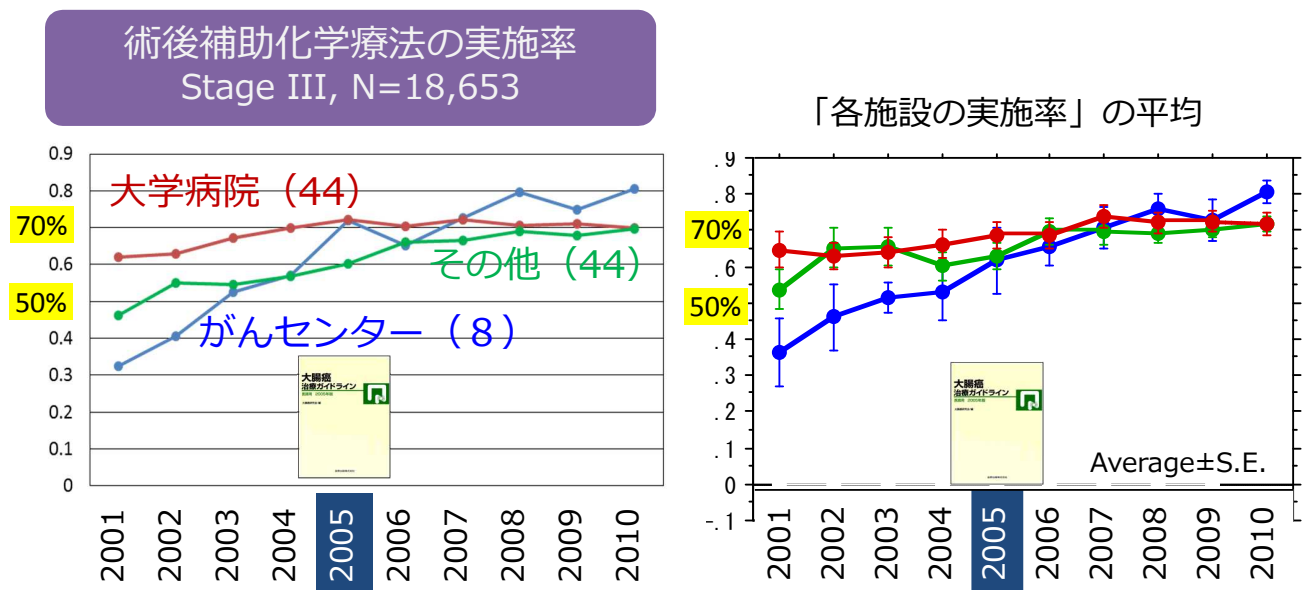
② 「年齢」による実施率の差

術後補助化学療法の実施率の推移



③ 「施設種別」による実施率の差

術後補助化学療法の実施率の推移



H27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
「がん診療ガイドライン普及促進とその効果に関する研究及び同ガイドライン事業の在り方に関する研究」(平田班)

2015.7.16 第70回日本消化器外科学会総会
特別企画2「NCDの利活用による消化器外科手術の標準化と集約化」SS-2-6

すべての「施設種別」において実施率の上昇がみられる

「大腸癌治療ガイドライン」

現状のまとめ

- 大腸癌の標準治療（D3リンパ節郭清、術後補助化学療法）の実施率は年々上昇し、2010年には70%以上に達している。
- 施設による実施率の差はみられるが、2005年のガイドライン発刊後に実施率の低かった施設の底上げが認められた。
- Stage III大腸癌の術後補助化学療法の実施率に影響を及ぼす因子として、年齢が挙げられる。

Limitation

- ・ 対象施設は大腸癌研究会の会員施設
- ・ 個々の患者の「実施しなかった理由」の情報は無い

17

参考：がん登録部会QI研究 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

カルテレビューによる「理由」調べ（協力の得られた56施設）

未実施件数：862 例（54 施設）

未実施理由	患者数	割合
理由不明	159	18.5%
患者の希望	224	26.0%
全身状態低下	105	12.1%
院外処方	94	10.9%
高齢	80	9.3%
その他併存症	62	7.2%
転院	48	5.6%
術後合併症	30	3.5%
腎障害	22	2.5%
臨床研究	18	2.1%
肝障害	9	1.0%
データの不備	5	0.6%
病理待ち	6	0.7%
ステージが変わった	0	0.0%
合計	862	100%

Stage III大腸癌に対する術後補助 化学療法「未実施理由」の集計



“適切な臨床判断に基づく未実施”は
best practice !

がん登録部会QI研究事務局
「がん臨床情報データベースの構築とその活用を通じたがん診療提供体制の整備目標に関する研究」研究代表者

東 尚弘 先生（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）よりご提供

高度催吐性リスク化学療法施行時の 予防的制吐薬投与におけるガイドライン推奨の 遵守率に関する研究

沖田憲司、青儀健二郎、加賀美芳和

- 1) 札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学
- 2) 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
- 3) 昭和大学医学部 放射線医学講座放射線治療学部門

19

調査の方法

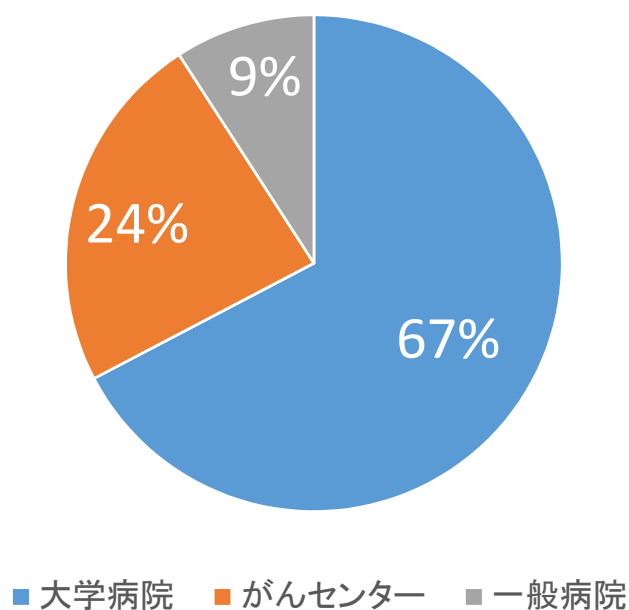
-高度催吐性リスク化学療法施行時の予防的制吐薬投与に関する
アンケート調査

- **対象施設** : 日本癌治療学会がん診療ガイドライン統括・連絡委員会、領域分科会、制吐薬適正使用ガイドライン改定委員会の委員が所属する施設
(44施設、572診療科)
(施設別回答率 **75%**、診療科別回答率 **63.1%**)
- **対象領域** : 食道癌、胃癌、肝細胞癌、膵癌、胆道癌、大腸癌、脳腫瘍、頭頸部腫瘍、肺癌、乳癌、泌尿器科、婦人科癌、造血器腫瘍、計13領域
- **回答者** : 各施設で対象領域の抗がん剤治療を主に行っている医師を各領域ごとに1名選出

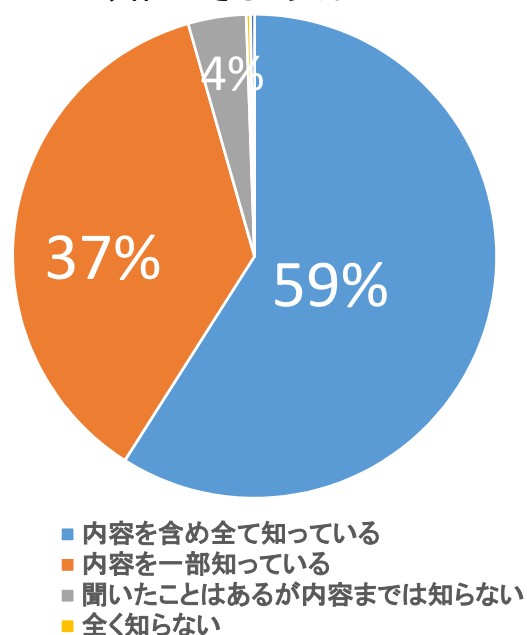
20

回答者の背景

回答率施設属性



ガイドラインの推奨内容を知ってますか？

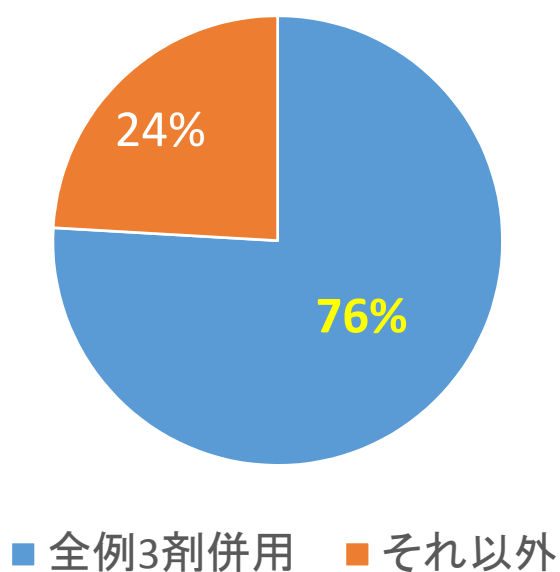


21

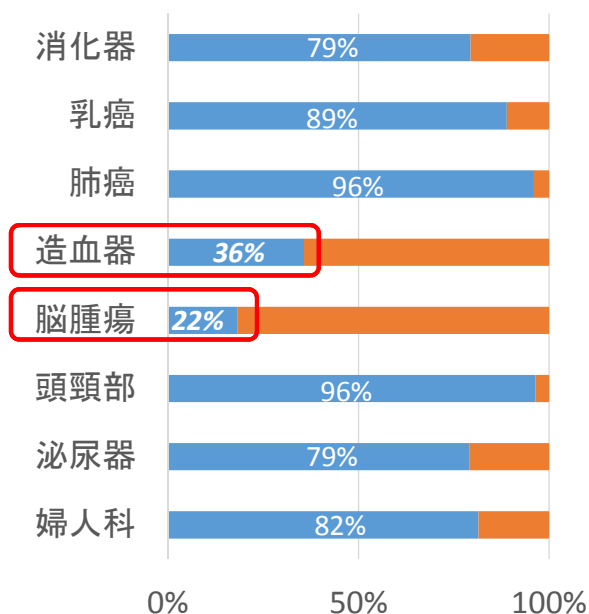
HEC施行時の3剤併用率

ガイドライン遵守率

全体の遵守率



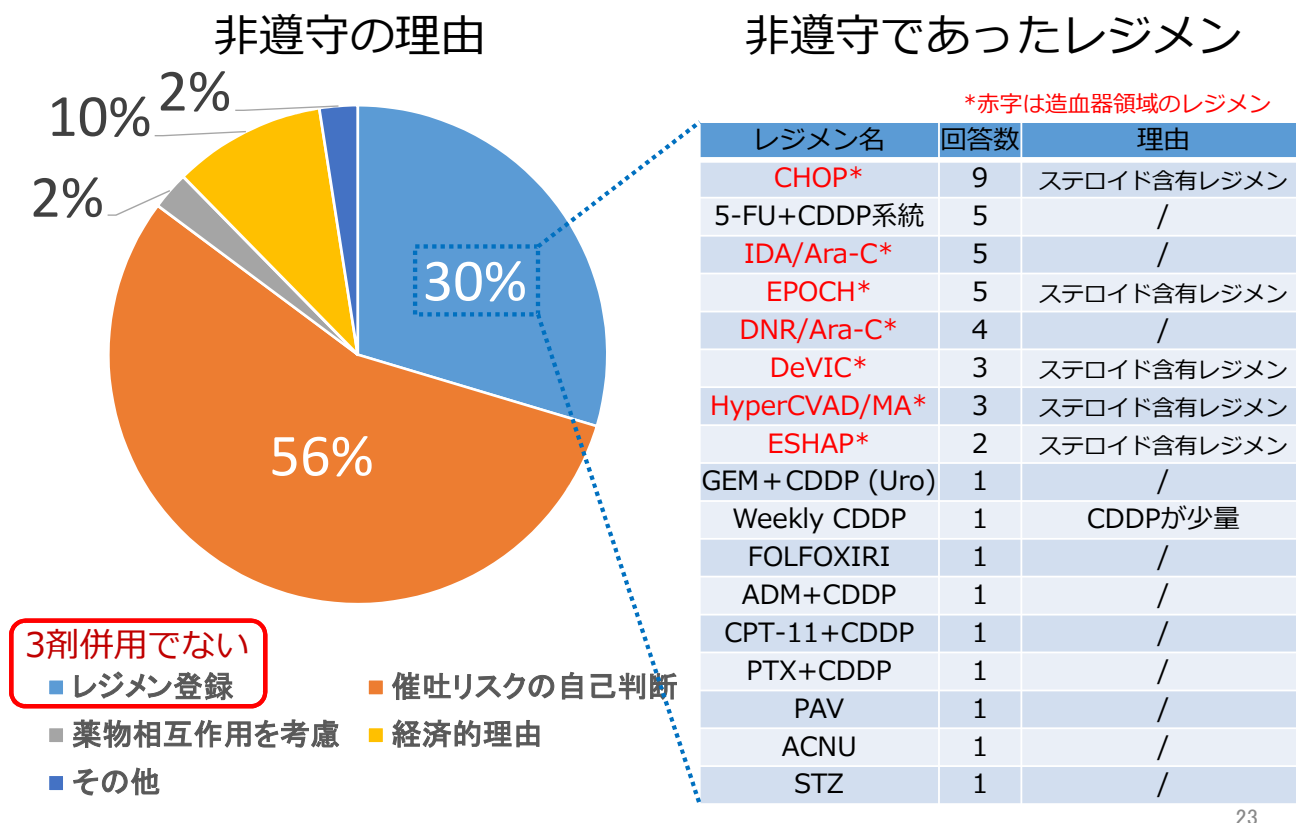
診療科別の遵守率



HEC : high emetogenic chemotherapeutic agents (高度催吐性薬剤)

22

3剤併用療法を行わない理由



23

「制吐薬適正使用ガイドライン」

現状のまとめ

- ガイドラインの推奨内容の認知度は、「内容を含め全て知っている」と「内容を一部知っている」を合わせると**96%**であり、十分に認知されていた。
- 高度催吐性リスク化学療法施行時の予防的制吐薬投与における、ガイドラインの推奨（NK1受容体拮抗薬、5HT3受容体拮抗薬、ステロイドの3剤併用療法）の遵守率は**76%**であった。
- 遵守率には診療科別に大きな偏りがあった（造血器腫瘍領域）。
- 非遵守の理由の多くは「登録レジメンが3剤併用になっていない」であったが、その中の多くのレジメンにはステロイドが含有されているためであり、非遵守の理由としては許容できるものであると考えられた。
- ステロイド含有レジメンでは、3剤併用が必要かどうかはまだ明らかではない。

24

・ がん診療ガイドラインに示された標準的治療の実施率

総 括

- がん診療ガイドラインに示された標準的治療の実施率は、がん対策推進基本計画中間報告書（DPCデータより算出）より高い傾向があった。
理由：放射線・化学療法は外来にて、あるいは他院で実施
- ガイドラインの発刊は、実施率の向上に一定の効果を与えてきた。しかし、施設間にばらつきがあるため、非認定施設等へのガイドラインのさらなる周知を進めるとともに、施設の集約化についても検討を要する。
非認定施設の患者背景が不明のため、さらなる検証が必要
- 高齢者では標準治療を控える傾向があり、年齢は実施率に影響を及ぼす大きな因子である。
- 個々の患者の状態や環境に合わせて適切な臨床判断に基づき治療を選択・調節することが重要。

25

研究組織（研究代表者・分担者・班友）

- 西山 正彦 群馬大学 病態腫瘍薬理学
- 藤原 俊義 岡山大学医歯薬学総合研究科 消化器外科学外科
- 平田 公一 札幌医科大学医学部 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座
- 佐伯 俊昭 埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科
- 徳田 裕 東海大学医学部外科学系 乳腺・内分泌外科学
- 向井 博文 国立がん研究センター東病院 乳腺・腫瘍内科
- 鹿間 直人 埼玉医科大学国際医療センター 放射線腫瘍科
- 山内智香子 滋賀県立成人病センター 放射線治療科
- 隈丸拓 東京大学医学部附属病院・医療品質評価学
- 渡邊 聡明 東京大学大学院医学研究科 腫瘍外科学・血管外科学
- 馬場 秀夫 熊本大学大学院生命科学研究部 消化器外科学
- 沖 英次 九州大学医学研究院 消化器・総合外科
- 石黒 めぐみ 東京医科歯科大学 応用腫瘍学
- 沖田 憲司 札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学
- 青儀 健二郎 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
- 加賀美芳和 昭和大学医学部 放射線医学講座放射線治療学部門

26