

# 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－

## 結果報告書

平成 28 年 9 月

総務省行政評価局



## 前 書 き

がんは、昭和 56 年以降、日本人の死因の第 1 位であり、がんによる死亡率は一貫して上昇を続け、平成 26 年の全死亡者（127 万 3,004 人）に占める割合は 28.9%（36 万 8,103 人）となっている。国民の 2 人に 1 人が生涯でがんにかかる可能性があると考えられ、仕事を持ちながら治療のため通院している 15 歳以上 59 歳以下の者は約 19 万人に上るなど、がんは国民の生命と健康にとって重大な問題となっている。

政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）に基づき「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定。現計画は平成 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ている。また、各都道府県は、同基本計画を踏まえ、「都道府県がん対策推進計画」（計画期間はおおむね平成 25 年度から 29 年度まで）を策定し、がん対策を推進している。

一方、厚生労働省が公表した「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27 年 6 月）では、平成 19 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」（注）について、同死亡率は減少傾向であるものの、目標の達成が難しいという統計予測が示されている。

また、i) がん検診受診率は諸外国に比べ低調であるが、受診率を向上させる取組が不十分、ii) 在宅療養が必要となるがん患者の増加に対応する地域のがん医療及び緩和ケア提供体制の整備が不十分、iii) がん患者等への相談支援体制の充実が必要、iv) これらの対策を推進するため、がん教育等による国民への普及啓発が必要などと指摘されている。

このような中で、政府は、次期基本計画の策定（平成 29 年 6 月目途）に向けて、がん医療に関する状況の変化を勘案し、今後 5 年、10 年先を見据えた総合的かつ計画的ながん対策を策定する必要がある。

この行政評価・監視は、以上のような状況を踏まえ、がん患者及びその家族の立場に立ったがん対策を推進する観点から、「がん対策推進基本計画」等に基づく各種対策の実施状況を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

（注） 年齢調整死亡率とは、年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除き、そろえて比較する場合に用いるもの（出典：「がんの統計 '15」公益財団法人がん研究振興財団）。



# 目 次

第1 行政評価・監視の目的等	1
第2 行政評価・監視結果	
1 がん対策に関する施策の概要と取組の現状等	
(1) がん対策基本法及びがん対策推進基本計画の概要等	2
(2) 最近のがん対策を巡る動き	3
(3) 本調査の視点と調査項目について	5
2 がんの早期発見のための取組の推進	
(1) がん検診受診率の向上に向けた取組の推進	25
(2) がん検診受診率の算定方法等の見直し	49
(3) がん検診の精度管理・事業評価の推進	63
3 がん診療連携拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実	
(1) がん診療連携拠点病院に係る指定要件充足状況の確認の厳格化等	73
(2) 「原則必須」要件の充足に向けた取組の推進	77
4 緩和ケアの推進	
(1) 拠点病院における緩和ケアの徹底及び充実のための支援の拡充	96
(2) がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修の受講促進	131
5 がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）の推進	153



# 図 表 目 次

## 1 がん対策に関する施策の概要と取組の現状等

### (1) がん対策基本法及びがん対策推進基本計画の概要等

図表 1-(1)-① 主要死因別粗死亡率年次推移（1947 年～2014 年）	8
図表 1-(1)-② 我が国のがん対策の歩み	8
図表 1-(1)-③ がん対策基本法の概要	9
図表 1-(1)-④ がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）の概要	9

### (2) 最近のがん対策を巡る動き

図表 1-(2)-① がん対策推進基本計画中間評価報告書の概要	10
図表 1-(2)-② がん対策推進基本計画の全体目標（がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少）に対する進捗状況	11
図表 1-(2)-③ がん対策加速化プランの概要	11
図表 1-(2)-④ がん登録等の推進に関する法律の概要	12
図表 1-(2)-⑤ がん対策基本法改正案の概要	13
図表 1-(2)-⑥ 国立がん研究センターがんサバイバーシップ支援部等の研究成果を公表している「がんと就労」のホームページ<抜粋>	13
図表 1-(2)-⑦ ハローワークにおけるがん患者等長期療養者に対する就職支援事業の概要	14
図表 1-(2)-⑧ 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの概要	15
図表 1-(2)-⑨ がんの教育総合支援事業の概要	16

### (3) 本調査の視点と調査項目について

図表 1-(3)-① がん検診の基本的な考え方	16
図表 1-(3)-② がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）<抜粋>	17
図表 1-(3)-③ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）<抜粋>	18
図表 1-(3)-④ がん診療連携拠点病院制度の概要	20
図表 1-(3)-⑤ 拠点病院であることが施設基準とされている診療報酬の例	21
図表 1-(3)-⑥ 拠点病院に対する補助金の交付措置の概要	22
図表 1-(3)-⑦ 緩和ケアの概要	23
図表 1-(3)-⑧ がん相談支援センターの概要	24

## 2 がんの早期発見のための取組の推進

### (1) がん検診受診率の向上に向けた取組の推進

図表 2-(1)-① がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）<抜粋>	30
図表 2-(1)-② 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）<抜粋>	30
図表 2-(1)-③ 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」（平成 20 年 3 月がん検診事業の評価に関する委員会）<抜粋>	31
図表 2-(1)-④ 技術・体制的指標の具体的内容の例（大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト（市町村用））	32

図表 2-(1)-⑤ 「がん対策加速化プラン」(平成 27 年 12 月) <抜粋> .....	33
図表 2-(1)-⑥ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況(平成 26 年度大腸がん検診) ..	34
図表 2-(1)-⑦ 調査対象市区におけるコールの実施状況及びその受診率(平均)(平成 26 年度大腸がん検診) .....	34
図表 2-(1)-⑧ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況、コール・リコールの実施 状況等(平成 26 年度大腸がん検診) .....	35
図表 2-(1)-⑨ 本調査で当省が算出したがん検診受診率の算出方法 .....	36
図表 2-(1)-⑩ 効果的なコール・リコール(予約申込書(受診意向調査))の取組事例 .....	37
図表 2-(1)-⑪ コール・リコールの効果に関する事例 .....	39
図表 2-(1)-⑫ 調査対象市区における予算・体制上の制約により対象者全員にコール・ リコールを実施することは困難とする主な意見 .....	40
図表 2-(1)-⑬ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省が ん対策推進協議会) <抜粋> .....	40
図表 2-(1)-⑭ 調査対象都道府県の都道府県基本計画におけるコール・リコールの記載例 ..	41
図表 2-(1)-⑮ 都道府県独自に市町村の受診率向上に向けた取組に対してインセンティ ブ策を導入している事例 .....	42
図表 2-(1)-⑯ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)における効 率的な受診勧奨の内容 .....	43
図表 2-(1)-⑰ 都道府県で重点勧奨対象者を設定し市町村に対して周知を行っている事例 ..	44
図表 2-(1)-⑱ 「各種健診等の連携についての考え方」(平成 19 年 3 月 20 日付け事務連 絡(厚生労働省保険局、老健局、健康局)) <抜粋> .....	46
図表 2-(1)-⑲ 「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」(平成 21 年 10 月 14 日付け事務連絡(厚生労働省健康局、保険局)) <抜粋> .....	47
図表 2-(1)-⑳ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)におけるが ん検診と特定健診が連携した効果的な受診勧奨の取組事例 .....	48

## (2) がん検診受診率の算定方法等の見直し

図表 2-(2)-① 「地域保健・健康増進事業報告作成要領」(平成 27 年度分) <抜粋> .....	54
図表 2-(2)-② 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」(平 成 20 年 3 月がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋> .....	55
図表 2-(2)-③ 「市町村がん検診事業の充実強化について」(平成 21 年 3 月 18 日付け健 総発第 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知) <抜粋> .....	56
図表 2-(2)-④ 調査対象市区における事業報告時に用いる対象者の算出方法 .....	57
図表 2-(2)-⑤ 対象者の算出方法による受診率の比較(平成 26 年度)(試算) .....	58
図表 2-(2)-⑥ 都道府県における市町村の受診率を比較・評価するための算出方法の使 用状況 .....	59
図表 2-(2)-⑦ 調査対象都道府県における受診率の算出方法に係る主な意見 .....	59
図表 2-(2)-⑧ 調査対象市区における受診率の算出方法に係る主な意見 .....	60
図表 2-(2)-⑨ 事業報告の対象者数をがん検診台帳に基づく実測値で報告していない理由 ..	61
図表 2-(2)-⑩ 「健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業につ いて」(平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331026 号厚生労働省健康局長通知) <抜粋> .....	62

## (3) がん検診の精度管理・事業評価の推進

図表 2-(3)-① がん対策基本法(平成 18 年法律第 98 号) <抜粋> .....	67
--	----

図表 2-(3)-② 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」(平成 20 年 3 月がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋> .....	67
図表 2-(3)-③ 各プロセス指標の意味 .....	68
図表 2-(3)-④ プロセス指標とそれぞれの許容値及び目標値 .....	68
図表 2-(3)-⑤ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」(平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋> .....	69
図表 2-(3)-⑥ 調査対象 17 都道府県における精度管理・事業評価の実施状況 .....	70
図表 2-(3)-⑦ 精度管理・事業評価が未実施のため、要精検率が許容値を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる事例 .....	71
図表 2-(3)-⑧ 都道府県から指導等を受けた調査対象市区における改善に向けた取組状況(平成 24~26 年度) .....	72
図表 2-(3)-⑨ 都道府県の指導等により市町村におけるがん検診の実施方法の見直しを促していると考えられる事例 .....	72

### 3 がん診療連携拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実

図表 3 整備指針に定められた指定要件の等級及びその例 .....	79
-----------------------------------	----

#### (1) がん診療連携拠点病院に係る指定要件充足状況の確認の厳格化等

図表 3-(1)-① 緩和ケアチームの構成員である専従の専門看護師の配置に関する要件が未充足と疑われるもの .....	80
図表 3-(1)-② 相談支援センターの相談員の配置に関する要件が未充足と疑われるもの .....	82
図表 3-(1)-③ 苦痛のスクリーニングの実施に関する要件が未充足と疑われるもの .....	84
図表 3-(1)-④ 病棟ラウンドの実施に関する要件が未充足と疑われるもの .....	85
図表 3-(1)-⑤ 都道府県において厳格に指定要件の充足状況を確認している例 .....	86
図表 3-(1)-⑥ 「新たながん診療提供体制について(報告書)」(平成 25 年 9 月 5 日がん診療提供体制のあり方に関する検討会) 参考資料 1 「今後のがん診療提供体制のあり方について(特にがん診療連携拠点病院に関すること)」 <抜粋> .....	87
図表 3-(1)-⑦ 調査対象 17 都道府県拠点病院における地域拠点病院の指定要件充足状況の確認に関する意見の例 .....	87
図表 3-(1)-⑧ 調査対象 17 都道府県及び 51 拠点病院における現況報告書等の報告事項の縮減や作業期間の確保を求める意見の例 .....	88

#### (2) 「原則必須」要件の充足に向けた取組の推進

図表 3-(2)-① 全国の 399 拠点病院における「原則必須」要件の充足状況 .....	90
図表 3-(2)-② 調査対象 17 都道府県における「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する明確な指導方針の有無等 .....	91
図表 3-(2)-③ 拠点病院に対する指導により「原則必須」要件の未充足の状態を解消させた例 .....	93
図表 3-(2)-④ 調査対象 51 拠点病院における「原則必須」要件に関する意見の例 .....	94
図表 3-(2)-⑤ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋> .....	95

#### 4 緩和ケアの推進

##### (1) 拠点病院における緩和ケアの徹底及び充実のための支援の拡充

図表 4-(1)-①	世界保健機関（WHO）による緩和ケアの定義（平成 14 年）	103
図表 4-(1)-②	がん対策基本法及び基本計画における緩和ケアに係る記述	104
図表 4-(1)-③	「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜緩和ケア提供関係部分抜粋＞	106
図表 4-(1)-④	「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜PDCA サイクルの確保関係部分抜粋＞	107
図表 4-(1)-⑤	現況報告書等における PDCA サイクルの確保に関する報告内容	108
図表 4-(1)-⑥	調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況	109
図表 4-(1)-⑦	全国の 399 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況	110
図表 4-(1)-⑧	精神症状緩和医が非常勤であったことにより、速やかに専門的な緩和ケアが提供できなかった例	111
図表 4-(1)-⑨	調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である身体症状緩和医 139 人の専門性（所属する診療科）	112
図表 4-(1)-⑩	調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である精神症状緩和医 73 人の専門性（所属する診療科）	113
図表 4-(1)-⑪	緩和ケアチームの精神症状緩和医として、専門資格を有しない耳鼻咽喉科系統又は神経内科系統の医師 1 人のみを配置している施設において、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に十分に対応できなかった例	114
図表 4-(1)-⑫	調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における 1 週間の開設時間	115
図表 4-(1)-⑬	調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における予約制採用の有無及び対象患者の制限の有無	115
図表 4-(1)-⑭	緩和ケアチームによる年間新規診療症例数（平成 26 年）	116
図表 4-(1)-⑮	緩和ケア外来の年間受診患者延べ数（平成 26 年）	117
図表 4-(1)-⑯	調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度	118
図表 4-(1)-⑰	苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していないと考えられる例	118
図表 4-(1)-⑱	苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していると考えられる例	120
図表 4-(1)-⑲	調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における病棟ラウンドの対象患者	123
図表 4-(1)-⑳	調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における対象患者の全てに対する病棟ラウンドの実施状況	123

図表 4-(1)-㉑	からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていないと回答した がん患者が約 4 割存在するとされた患者体験調査の結果	124
図表 4-(1)-㉒	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省が ん対策推進協議会) <抜粋>	125
図表 4-(1)-㉓	調査対象 17 患者団体における緩和ケアに不満を持つ意見の例	125
図表 4-(1)-㉔	調査対象 51 拠点病院及び 17 都道府県における整備指針の各規定に係る 意見の例	126
図表 4-(1)-㉕	「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググ ループ報告書」(平成 26 年 3 月) <抜粋>	128
図表 4-(1)-㉖	調査対象 51 拠点病院における緩和ケアに係る目標設定及び情報の把握・ 分析・評価の実施状況(平成 26 年度及び 27 年度)	128
図表 4-(1)-㉗	調査対象 51 拠点病院における拠点病院間でのピアレビューの実施状況及 びピアレビューを通じて受けた指摘の状況(平成 26 年度及び 27 年度)	128
図表 4-(1)-㉘	目標設定を行った上で院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を 実施し、その結果を踏まえて具体的な改善措置を講じている拠点病院の例	129
図表 4-(1)-㉙	ピアレビューを通じて受けた指摘を踏まえ、具体的な改善措置を講じた 拠点病院の例	130

## (2) がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修の受講促進

図表 4-(2)-①	がん対策基本法及び第 1 期基本計画における緩和ケア研修の実施の必要 性に係る記述	135
図表 4-(2)-②	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(「がん診 療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」(平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋>	136
図表 4-(2)-③	第 2 期基本計画等における緩和ケア研修の受講目標に係る記述	139
図表 4-(2)-④	「がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修完了計画書策定等につい て」(平成 27 年 3 月 12 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務 連絡) <抜粋>	140
図表 4-(2)-⑤	調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況	141
図表 4-(2)-⑥	調査対象 51 拠点病院における主治医・担当医の修了目標の達成可能性	141
図表 4-(2)-⑦	調査対象 51 拠点病院のうち、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の修 了目標の達成が困難と考えられる拠点病院の一覧	142
図表 4-(2)-⑧	調査対象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 施設に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況	142
図表 4-(2)-⑨	主治医・担当医の緩和ケア研修の受講が進まない理由	143
図表 4-(2)-⑩	緩和ケア研修の受講による効果に関する調査結果	144
図表 4-(2)-⑪	修了率が高い地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の受講に関す る意見	145
図表 4-(2)-⑫	拠点病院において効果的な受講勧奨を行っている例	145
図表 4-(2)-⑬	緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所における緩和ケア 研修の修了状況を把握した上で、未修了者のいる施設に対して開催案内を 送付している例	146
図表 4-(2)-⑭	緩和ケア研修の一般的な開催例	147
図表 4-(2)-⑮	研修受講者に配慮して受講環境を整備し、効果を上げているもの	148

図表 4-(2)-⑯ 調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設における 緩和ケア研修への eラーニング方式の導入に関する意見の例	150
図表 4-(2)-⑰ 専門的な知識の習得に関する研修において eラーニング方式が導入さ れている例	151

## 5 がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）の推進

図表 5-① 「2013 がん患者の悩みや負担等に関する実態調査」（平成 27 年 9 月「がんの 社会学」に関する研究グループ）＜抜粋＞	156
図表 5-② 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）＜抜粋＞	157
図表 5-③ がんピアサポーターに対する研修プログラムの策定状況	157
図表 5-④ 都道府県健康対策推進事業におけるピア・サポート支援状況	158
図表 5-⑤ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等 の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康 局長通知）の別添）＜抜粋＞	159
図表 5-⑥ 調査対象 17 都道府県におけるピア・サポート研修の実施状況（平成 27 年度）	160
図表 5-⑦ 都道府県等におけるピア・サポート研修の実施例	160
図表 5-⑧ 拠点病院におけるピア・サポーターの活動状況（平成 27 年度）	161
図表 5-⑨ 都道府県等によるピア・サポート研修を実施していない主な理由	161
図表 5-⑩ 患者団体からのピア・サポート研修に関する意見	162
図表 5-⑪ 拠点病院においてピア・サポーターによる相談支援や患者サロンへの受入れ が進まない理由	162

# 第1 行政評価・監視の目的等

## 1 目的

この行政評価・監視は、がん患者及びその家族の立場に立ったがん対策を推進する観点から、「がん対策推進基本計画」等に基づく各種対策の実施状況を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

## 2 対象機関

### (1) 調査対象機関

厚生労働省、文部科学省

### (2) 関連調査等対象機関

国立研究開発法人国立がん研究センター、独立行政法人労働者健康安全機構、都道府県(17)、都道府県教育委員会(10)、市及び特別区(52)、高等学校(11)、がん診療連携拠点病院(51)、地域の病院及び診療所(36)、関係団体

## 3 担当部局

行政評価局

管区行政評価局 7局(北海道、東北、関東、中部、近畿、中国四国、九州)

四国行政評価支局

行政評価事務所 9事務所(青森、山形、東京、石川、福井、滋賀、鳥取、愛媛、長崎)

## 4 実施時期

平成27年12月～28年9月

## 第 2 行政評価・監視結果

### 1 がん対策に関する施策の概要と取組の現状等

調査の結果	説明図表番号
<p>(1) がん対策基本法及びがん対策推進基本計画の概要等</p> <p>(がん対策基本法の成立)</p> <p>がんは、昭和 56 年に初めて我が国の死亡原因の第 1 位となり、がん対策の重要性が改めて認識されることとなった。政府は、昭和 59 年度から累次の「対がん 10 か年総合戦略」を策定してがん対策に取り組んできた。これらの取組は一定の成果を収めたものの、がんは依然として国民の生命及び健康にとって重要な問題となっていた。平成 13 年頃から、がん患者らによる請願運動が活発化し、日本がん患者団体協議会や特定非営利活動法人がん患者団体支援機構が設立され、これらの患者団体を通じて、がん対策に係る基本法の成立を求める声が寄せられるようになった。</p> <p>このような状況に鑑み、国会では、平成 18 年 6 月、自由民主党、民主党・無所属クラブ、公明党及び国民新党・日本・無所属の会の 4 派共同提案によるがん対策基本法案が厚生労働委員長提出の法律案として提出され、同月がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）が成立し、翌年 4 月に施行された。</p> <p>がん対策基本法では、政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）を策定しなければならないこととされており（第 9 条第 1 項）、厚生労働大臣は基本計画の案を作成しようとするときには、がん患者及びその家族又は遺族の代表者、がん医療従事者並びに学識経験者により構成されるがん対策推進協議会の意見を聴くこととされている（第 9 条第 4 項）。また、都道府県は、国の基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん医療の提供状況等を踏まえ、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県基本計画」という。）を策定することとされている（第 11 条第 1 項）。さらに、がん対策基本法の基本的施策として、i）がんの予防及び早期発見の推進（第 12 条及び第 13 条）、ii）がん医療の均てん化の促進等（第 14 条から第 17 条まで）、iii）研究の推進等（第 18 条）が定められている。</p> <p>(がん対策推進基本計画の概要)</p> <p>政府は、平成 19 年 6 月 15 日に、がん対策基本法第 9 条第 1 項に基づき、19 年度から 23 年度までを対象期間とする基本計画（以下「第 1 期基本計画」という。）を閣議決定した。また、平成 24 年 6 月 8 日には、がん対策基本法第 9 条第 7 項に基づいて第 1 期基本計画を見直し、24 年度から 28 年度までを対象期間とする基本計画（以下「第 2 期基本計画」という。）を閣議決定した。</p>	<p>図表1-(1)-① 図表1-(1)-②</p> <p>図表1-(1)-③</p> <p>図表1-(1)-④</p>

第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として、第1期基本計画で掲げられた i) 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、ii) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施、iii) がん登録の推進のほか、新たにiv) 働く世代や小児へのがん対策の充実が加えられた。また、全体目標として、①がん医療の充実やがんの予防、がんの早期発見等による「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」(注)、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、がん医療に関する相談支援や情報提供等による「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」のほか、第2期基本計画から新たに③「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が加えられた。これらの全体目標を達成するため、「がん医療」、「がんに関する相談支援と情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」、「小児がん」、「がんの教育・普及啓発」及び「がん患者の就労を含めた社会的な問題」の9分野についての施策及びその成果や達成度を測るための個別目標が設定されている。

(注) 年齢調整死亡率とは、年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除き、そろえて比較する場合に用いるもの(出典:「がんの統計'15」公益財団法人がん研究振興財団)。

## (2) 最近のがん対策を巡る動き

(がん対策推進基本計画中間評価)

厚生労働省は、第2期基本計画における個々の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、平成27年6月に「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(以下「中間評価報告書」という。)を取りまとめ公表した。中間評価報告書では、「がんの年齢調整死亡率は減少傾向であるものの、全体目標の達成が難しい」、「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が3~4割ほどいる」、「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」などとされている。

(がん対策加速化プラン)

このような状況を踏まえ、厚生労働省は安倍総理の指示の下、第2期基本計画に示されている分野のうち、特に「遅れているため「加速する」ことが必要な分野」及び「当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野」について、次期基本計画策定までの残された期間で短期集中的に実行すべき具体的施策を明示した「がん対策加速化プラン」(以下「加速化プラン」という。)を平成27年12月に策定し公表した。加速化プランは、i) 予防や早期発見を進め、避けられるがんを防ぐ「がんの予防」、ii) 治療や研究を推進し、がんによる死亡者数の減少につなげていく「がんの

図表1-(2)-①

図表1-(2)-②

図表1-(2)-③

治療・研究」、iii) 就労支援や緩和ケアなどを含む包括的な支援により、がんと共に生きることを可能にする社会を構築する「がんと共生」の3つの施策を柱としている。

(がん登録等の推進に関する法律の成立及びがん対策基本法改正の動き)

また、超党派の議員連盟である「国会がん患者と家族の会」が中心となって、患者団体等から意見を聴取し、国が都道府県等と協力して収集した国内のがんの罹患・診療・転帰(注)等に関する情報をデータベースに記録し、保存する「全国がん登録」等を活用し、がん医療の質の向上等の国民に対するがん・がん医療等・がん予防についての情報提供の充実その他のがん対策を科学的知見に基づいて実施するためのがん登録等の推進に関する法律案が作成された。平成25年11月には参議院議員により、議員立法として、第185回国会に提出され、翌12月に可決・成立した(平成25年法律第111号)。同法は平成28年1月から施行され、全国がん登録の運用が開始された。

(注) 病気の経過の行きついた結果(治癒、死亡など)のこと。

また、「国会がん患者と家族の会」が中心となり、がん対策基本法の施行後10年を節目として、これまでのがん対策を踏まえ、平成28年4月のがん対策基本法改正案の骨子を公表した。同骨子では、「緩和ケア」の法律上の明記やがん患者の雇用継続、がん患者団体等の活動に対する支援、がん教育の推進等の規定が新たに盛り込まれている。

(がんになっても安心して暮らせる社会の構築に向けた取組)

前述のとおり、第2期基本計画では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標に加えられたこともあり、がん患者及びその家族を社会全体で支える取組として、がん患者及び経験者への就労支援や児童・生徒に対するがん教育が推進されている。これらの取組は主に患者支援団体等が中心となって推進されてきたが、近年、行政やその関係機関においても様々な取組が開始されている。

がん患者及び経験者への就労支援については、国立研究開発法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)が、平成25年に「がんサバイバーシップ支援研究部」(平成28年1月「がんサバイバーシップ支援部」に改組)を設置し、がんの診断・治療後に暮らしていくこと(がんサバイバーシップ)全般に関する研究を実施し、その成果を踏まえて、がん患者やその家族、企業及び医療者向けの教材を作成・公表するほか、各種セミナーを開催するなど、「がんと就労」に関する研究・情報発信の拠点となっている。また、厚生労働省は、平成25年度から、がん診療連携拠点病院(以下「拠点病院」という。)等の最寄りの公共職業安定所において、専門相談員を配置し、拠点病院等と連携して、がん患者等に対し

図表1-(2)-④

図表1-(2)-⑤

図表1-(2)-⑥

図表1-(2)-⑦

て治療状況等を踏まえた職業相談、職業紹介を実施するモデル事業を実施しているほか、28年2月には、がんなどの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、事業場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう支援するため、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を作成し公表している。今後、これらの取組によりがんに罹患した勤労者の離職率の低減などの成果が期待されている。

図表1-(2)-⑧

がん教育については、文部科学省が、平成26年度から「がんの教育総合支援事業」を実施し、有識者により構成される「がん教育」の在り方に関する検討会において、がん教育の基本的な考え方の検討やがん教育に必要な教材の開発等を行うとともに、全国の小学校、中学校、高等学校等において、地域の実情を踏まえたモデル事業を実施している。文部科学省は、モデル事業の成果等を踏まえ、平成29年度以降のがん教育の全国展開を目指している。また、がん教育の重要性に着目し、地方公共団体やがん専門医、患者団体等が中心となって、独自にがん教育の取組が実施されている地域もあり、今後、がん教育の普及により、社会全体のがんに対する理解やがん検診受診率の向上等が期待されている。

図表1-(2)-⑨

### (3) 本調査の視点と調査項目について

前述のとおり、がん対策は広範な分野にわたって施策が展開されているが、今回、当省が調査を行うに際しては、がん患者及びその家族の立場に立ったがん対策を推進する観点から、基本計画の各種施策のうち、「がんの早期発見のための取組の実施状況」、「がん医療の均てん化及び緩和ケアの推進状況」及び「がん患者等に対する相談支援等の実施状況」を主な調査対象とした。

(がんの早期発見のための取組の実施状況)

がんによる死亡を減少させるためには、がん検診によりがんを早期発見し、適切な治療を行うことが重要であり、そのためには、有効性が確認されたがん検診を多くの人に正しく実施することが必要である。がん対策基本法第13条では、国及び地方公共団体は、がん検診の質の向上及びがん検診受診率の向上を図るため必要な施策を講ずるものとするとしている。

図表1-(3)-①

今回の調査では、がん検診受診率の向上やがん検診の精度管理・事業評価の推進を図る観点から、市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診について、厚生労働省が実施するがん検診推進事業などの国庫補助事業の対象となる大腸がん検診を中心に、市町村における受診対象者への個別受診勧奨・再勧奨等の受診率の向上に向けた取組の実施状況や精度管理指標の把握・分析及び評価等の都道府県及び市町村における精度管理・事業評価の実施状況を対象とした。

図表1-(3)-②

(がん医療の均てん化及び緩和ケアの推進状況)

「がん医療の均てん化」とは、がん患者がその居住する地域にかかわらず、ひとしくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるようにすることである。厚生労働省は、がん対策基本法第 15 条及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知。以下「平成 26 年健康局長通知」という。）に基づき、2 次医療圏（注 1）ごとに拠点病院を整備しており、平成 28 年 4 月 1 日現在、拠点病院が 399 か所（注 2）、地域がん診療病院（注 3）が 28 か所指定されている。拠点病院には診療報酬上の評価や補助金の交付措置が行われる。

（注 1） 都道府県が、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 に基づき、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定したもの。通常、複数の市町村を一つの単位として設定。

（注 2） 拠点病院（399 か所）の内訳は、国立がん研究センター中央病院・東病院（2 か所）、都道府県がん診療連携拠点病院（49 か所）（以下「都道府県拠点病院」という。）、地域がん診療連携拠点病院（347 か所）（以下「地域拠点病院」という。）、特定領域がん診療連携拠点病院（1 か所）。

（注 3） 拠点病院が未設置である 2 次医療圏を縮小するため、拠点病院の指定要件を一部緩和する一方、近隣の拠点病院とのグループ指定を義務付け、高度ながん診療へのアクセスを確保するなどの要件を充足した医療機関。平成 26 年 1 月から導入。

今回の調査では、拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実を図る観点から、拠点病院における「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（平成 26 年健康局長通知の別添。以下「整備指針」という。）に定める指定要件の充足状況、都道府県における拠点病院の指定要件充足状況の確認状況等を対象とした。

緩和ケアとは、病気に伴う心と身体の痛みを和らげることであり、がん対策基本法第 16 条では、国及び地方公共団体はがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとされている。また、第 2 期基本計画では、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題とされており、個別目標として「拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ること」、「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」が掲げられている。

今回の調査では、緩和ケアを推進する観点から、拠点病院における緩和ケアの提供体制及び提供内容を調査するとともに、拠点病院でがん患者の主治医や担当医となる者（以下「主治医・担当医」という。）並びに緩和ケアの分野で拠点病院と連携している地域の病院及び診療所の主治医・担当医に対する緩和ケア研修会（以下「緩和ケア研修」という。）の修了状況を調査した。

（がん患者等に対する相談支援等の実施状況）

図表1-(3)-②

（再掲）

図表1-(3)-③

図表1-(3)-④

図表1-(3)-⑤・

⑥

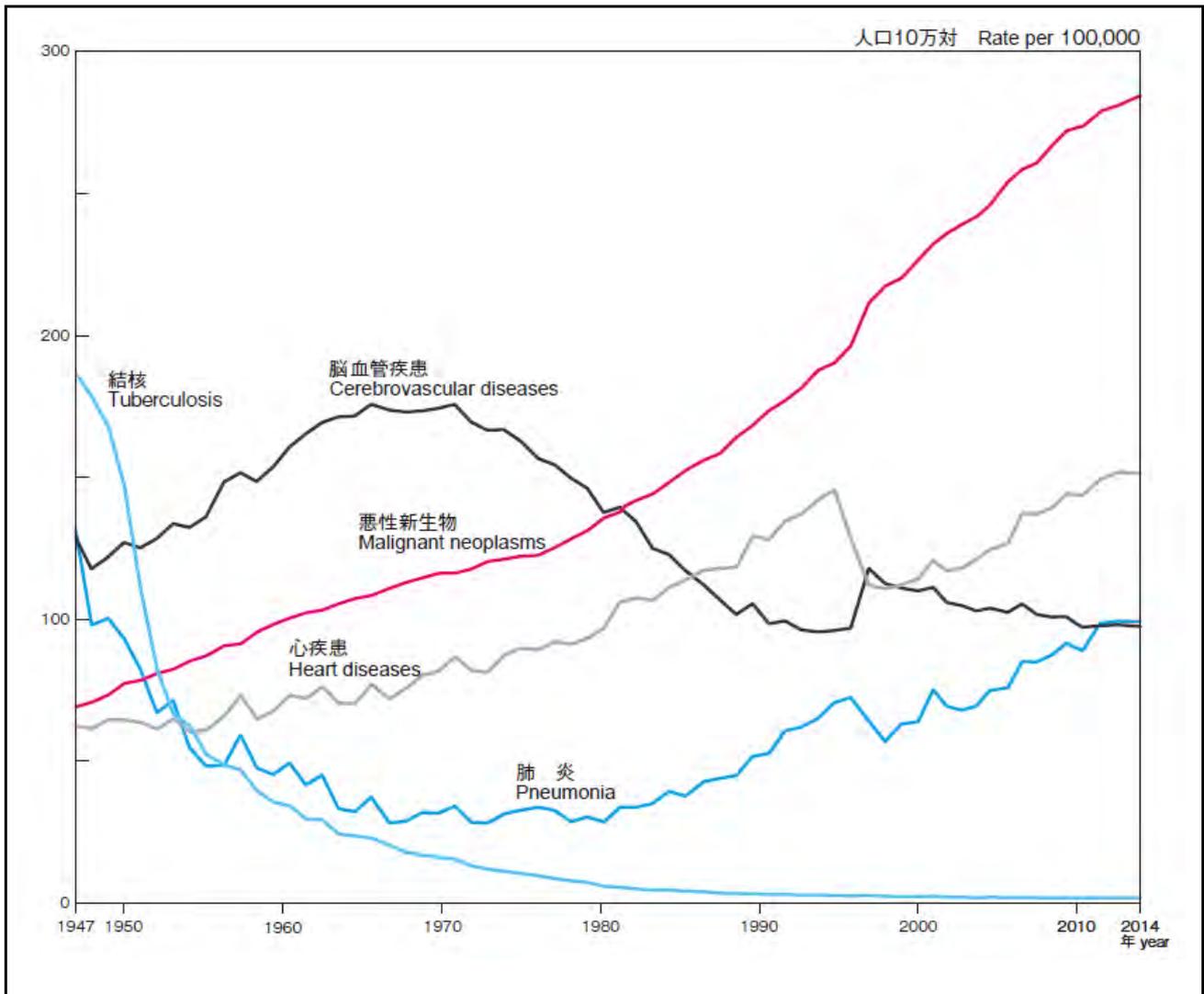
図表1-(3)-⑦

図表1-(3)-②

（再掲）

<p>医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い、がんに関する多くの情報が日常生活においてあふれており、がん患者及びその家族が医療機関や医療の選択に迷う場面も多い状況となっている。このため、がん対策基本法第17条では、「国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする」とされている。これを踏まえて、拠点病院では、がん相談支援センター（以下「相談支援センター」という。）を設置し、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進している。また、第2期基本計画では、「がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポート（注）を推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める」とされている。</p> <p>（注） 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。</p> <p>今回の調査では、ピア・サポートを更に普及させ、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、都道府県におけるピア・サポート研修の実施状況及び拠点病院におけるピア・サポートの実施状況を対象とした。</p>	<p>図表1-(3)-② (再掲)</p> <p>図表1-(3)-⑧</p>
---	--

図表 1-(1)-① 主要死因別粗死亡率年次推移 (1947年～2014年)



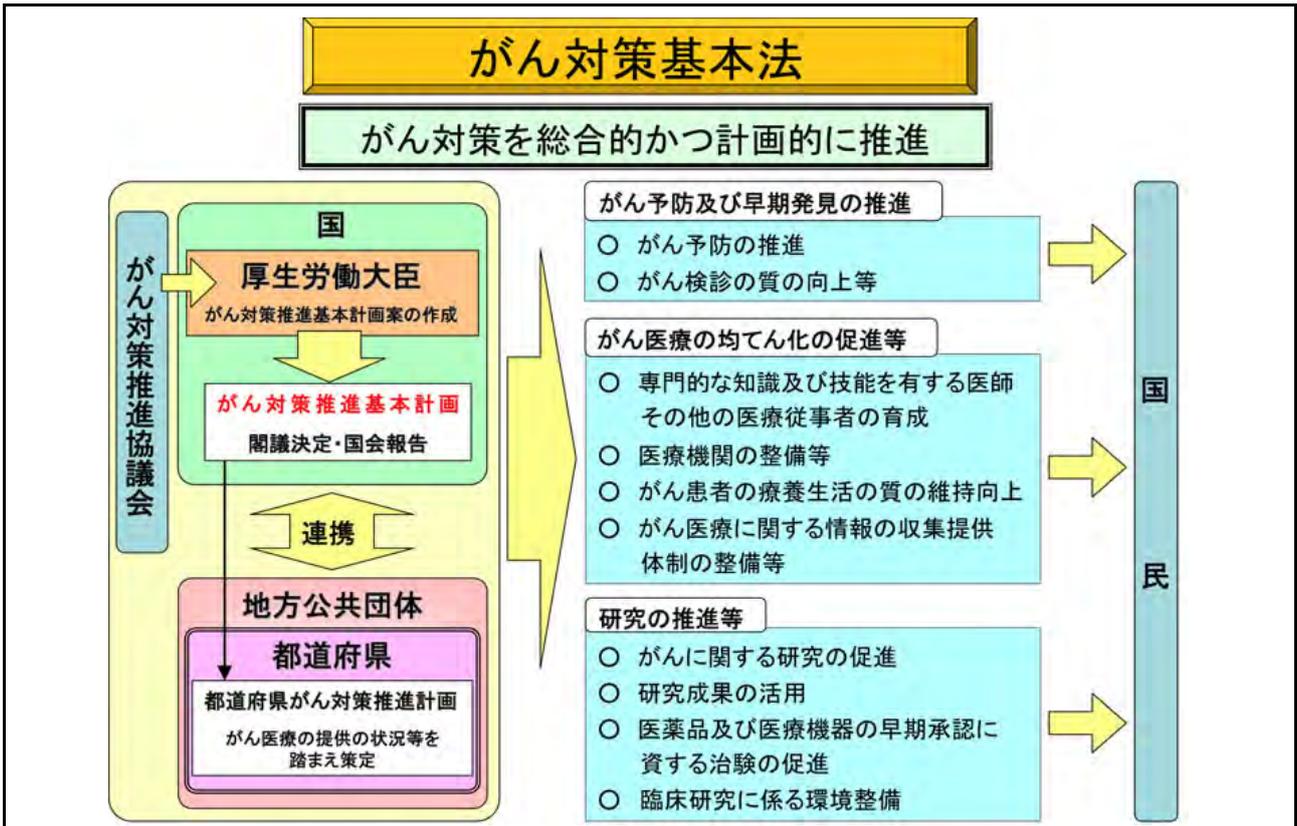
(注) 公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計 '15」による。

図表 1-(1)-② 我が国のがん対策の歩み

昭和38年(1963)	厚生省がん研究助成金制度の発足
昭和56年(1981)	悪性新生物が死亡原因の第1位となる
昭和59年(1984)	対がん10か年総合戦略の策定(～平成5年度)
平成6年(1994)	がん克服新10か年戦略の策定(～平成15年度)
平成16年(2004)	第3次対がん10か年総合戦略の策定(～平成25年度)
平成17年(2005)5月	がん対策推進本部の設置(厚生労働省)
平成17年(2005)8月	がん対策推進アクションプラン2005の公表
平成18年(2006)6月	がん対策基本法の成立
平成19年(2007)4月	がん対策基本法の施行
平成19年(2007)6月	がん対策推進基本計画の策定(閣議決定)
平成21年(2009)7月	がん検診50%推進本部の設置(厚生労働省)
平成24年(2012)6月	がん対策推進基本計画の見直し(閣議決定)
平成25年(2013)12月	がん登録等の推進に関する法律の成立
平成26年(2014)	がん研究10か年戦略の策定(～平成35年度)
平成27年(2015)6月	がんサミットの開催
平成27年(2015)12月	がん対策加速化プランの策定

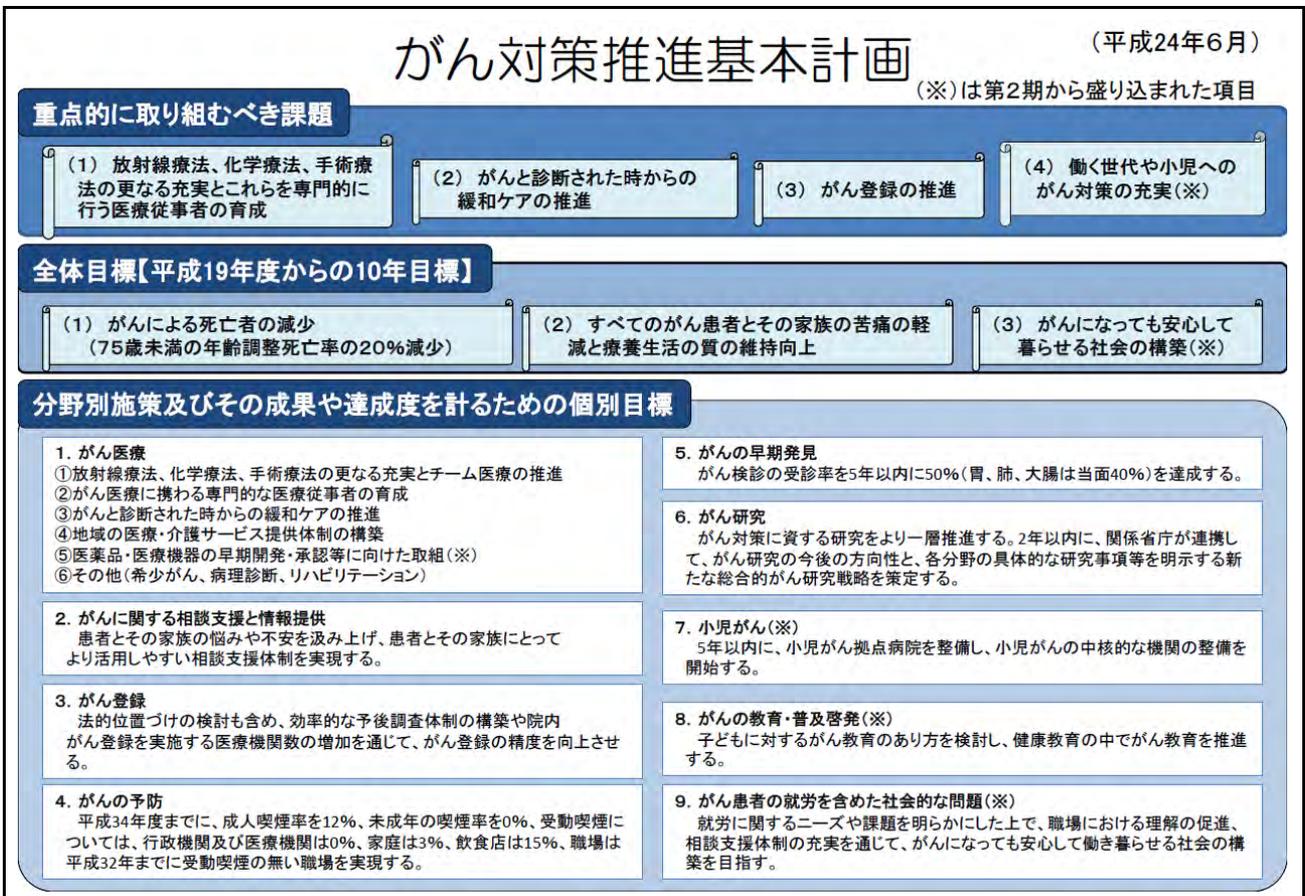
(注) 公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計 '15」による。

図表 1-(1)-③ がん対策基本法の概要



(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(1)-④ がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）の概要

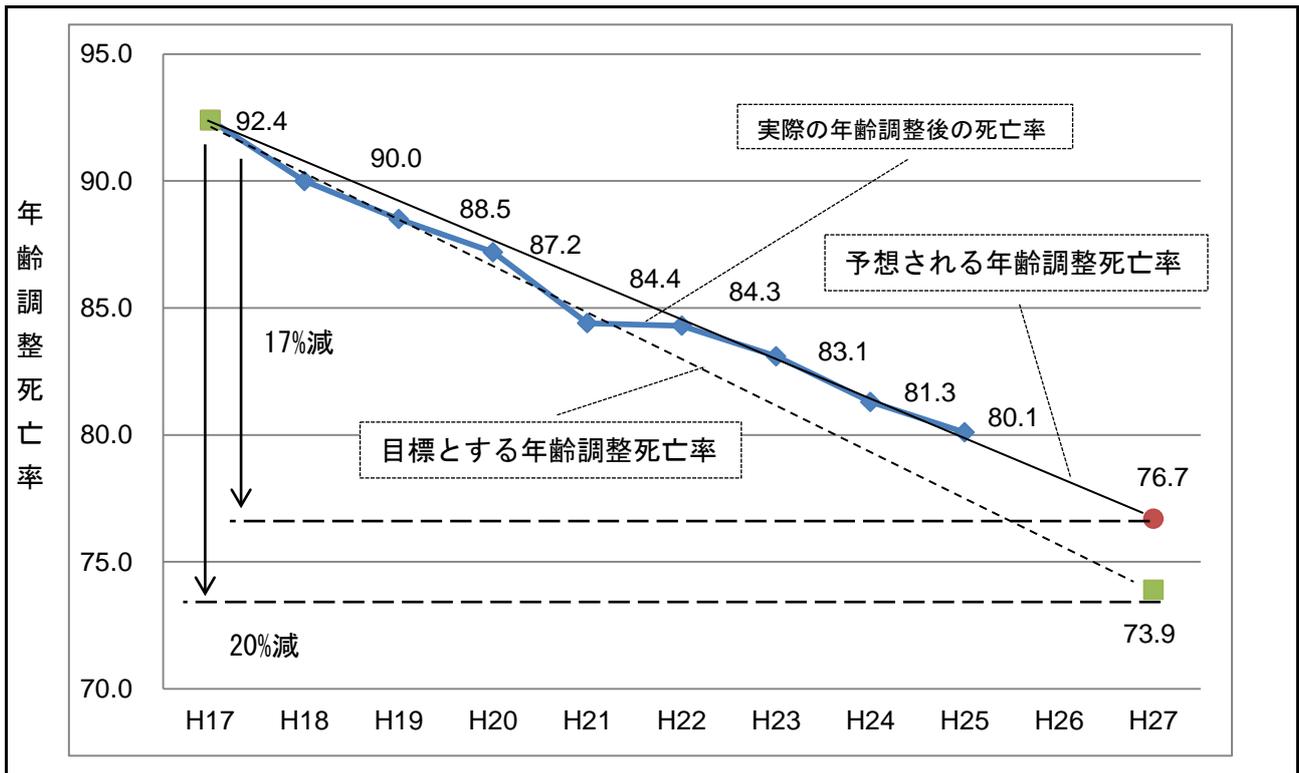


(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(2)-① がん対策推進基本計画中間評価報告書の概要



図表 1-(2)-② がん対策推進基本計画の全体目標（がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）に対する進捗状況（人口10万対）



(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

図表 1-(2)-③ がん対策加速化プランの概要

### がん対策加速化プラン （平成27年12月）

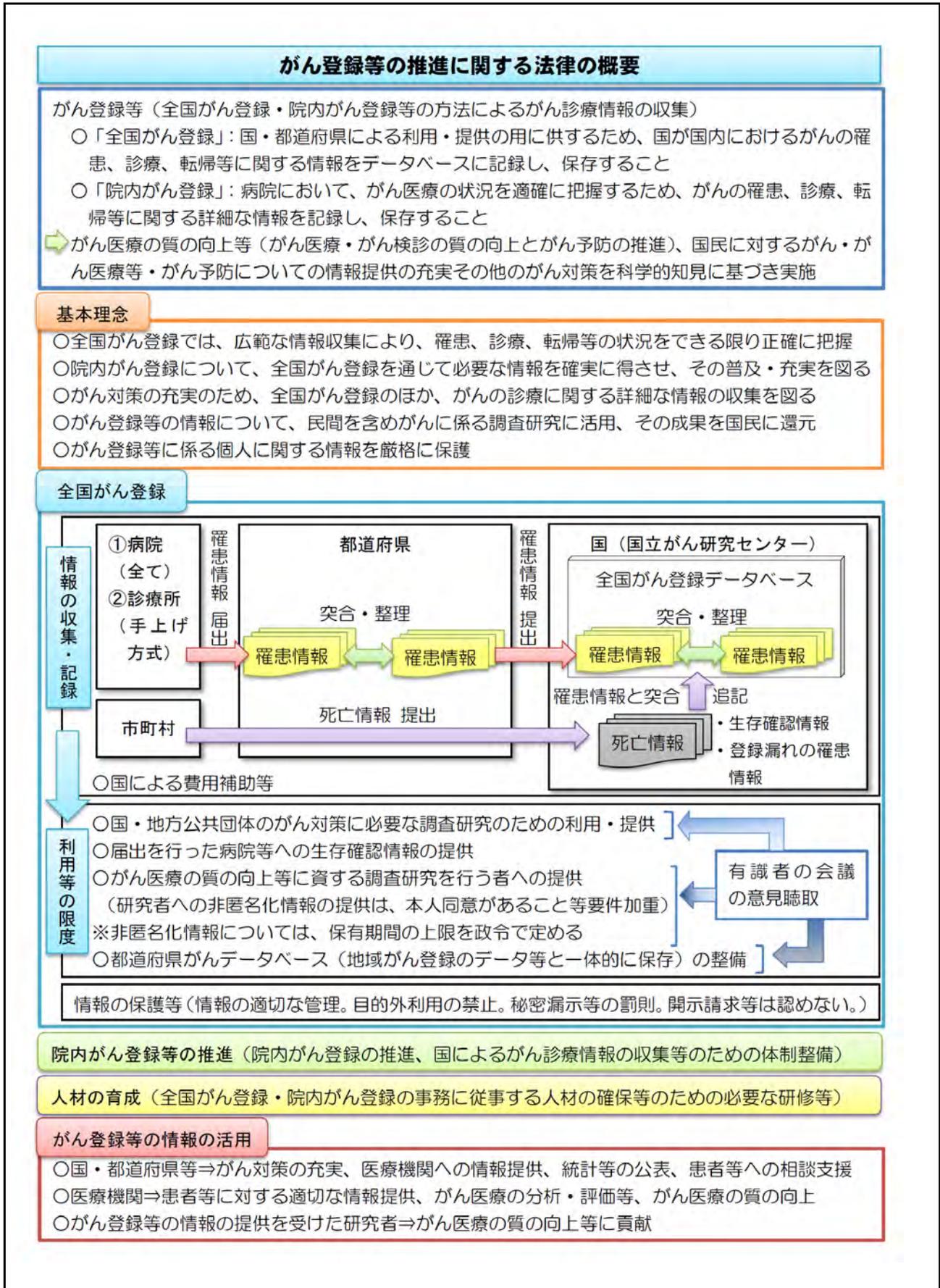
がん対策は、「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速することにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

予防	治療・研究	がんとの共生
<p>① がん検診</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精検受診率等の目標値設定</li> <li>市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表</li> <li>保険者に対する検診ガイドラインの策定</li> <li>検診対象者等へのインセンティブの導入</li> </ul> <p>② たばこ対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討</li> <li>厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望</li> <li>ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化</li> </ul> <p>③ 肝炎対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進</li> </ul> <p>④ 学校におけるがん教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「がんの教育総合支援事業」の実施 等</li> </ul>	<p>① がんのゲノム医療</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ゲノム医療実現に向けた実態調査</li> <li>全ゲノム情報等の集積拠点の整備</li> <li>家族性腫瘍の検査・治療等の検討</li> </ul> <p>② 標準的治療の開発・普及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証</li> </ul> <p>③ がん医療に関する情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築</li> </ul> <p>④ 小児・AYA世代のがん、希少がん</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討</li> <li>AYA世代のがん医療等の実態調査</li> </ul> <p>⑤ がん研究</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等</li> </ul>	<p>① 就労支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施</li> <li>ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催</li> <li>産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援</li> <li>企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発</li> </ul> <p>② 支持療法の開発・普及</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>支持療法に関する研究の推進</li> </ul> <p>③ 緩和ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケアチームの実地研修の実施</li> <li>患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成</li> <li>地域連携のための訪問看護師の育成 等</li> </ul>
避けられるがんを防ぐ	がん死亡者の減少	がんと共に生きる

**“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立**

(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(2)-④ がん登録等の推進に関する法律の概要



（注） 厚生労働省の資料による。

図表 1-(2)-⑤ がん対策基本法改正案の概要

## がん対策基本法改正案のポイント

国会がん患者と家族の会4/22公表

(がん検診に係る規定の追加)

- ・ 国及び地方公共団体は、がん検診によりがんの疑いがあると判定された者等の診療の促進、がん検診の実態把握のために必要な措置を講ずる

(「緩和ケア」を法律上明記)

- ・ 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成に係る規定の例示に、手術、放射線治療、化学療法に加え「緩和ケア」を明記
- ・ がん患者の療養生活の質の維持向上に係る規定に「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」を追記

(がん患者の雇用継続に係る規定の新設)

- ・ 事業主はがん患者の雇用の継続に配慮するよう努める。国・地方公共団体は、事業主に対する普及啓発に必要な施策を講ずる

(がん患者団体等の活動に対する支援に係る規定の新設)

- ・ 国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援活動、がん患者団体が行う情報交換等の活動を支援するため必要な施策を講ずる

(がん教育の推進に係る規定の新設)

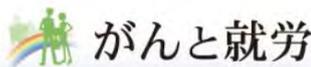
- ・ 国及び地方公共団体は、がんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずる

(がん対策推進基本計画の見直し期間に関する改正)

- ・ がん対策推進基本計画の見直し期間を「5年ごと」から「6年ごと」に改める

(注) 「国会がん患者と家族の会」の資料に基づき、当省が作成した。

図表 1-(2)-⑥ 国立がん研究センターがんサバイバーシップ支援部等の研究成果を公表している「がんと就労」のホームページ<抜粋>



[トップページ](#)
[お問い合わせ](#)
[プライバシーポリシー](#)

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:H26-がん政策-一般-018)  
「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究—病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から」班

本研究班について	研究組織	イベント案内	各種支援ツール	研究成果	調査報告書 勉強会記録	リンク集
----------	------	--------	---------	------	----------------	------



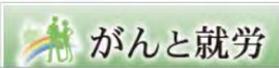
働くがん患者の職場復帰支援に関する研究 — 病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から

お知らせ・イベント情報

イベント <シンポジウムを開催します>厚生労働科学研究(がん対策推進総合)研究事業【議員のため受付終了】(掲載日2015年11月6日)

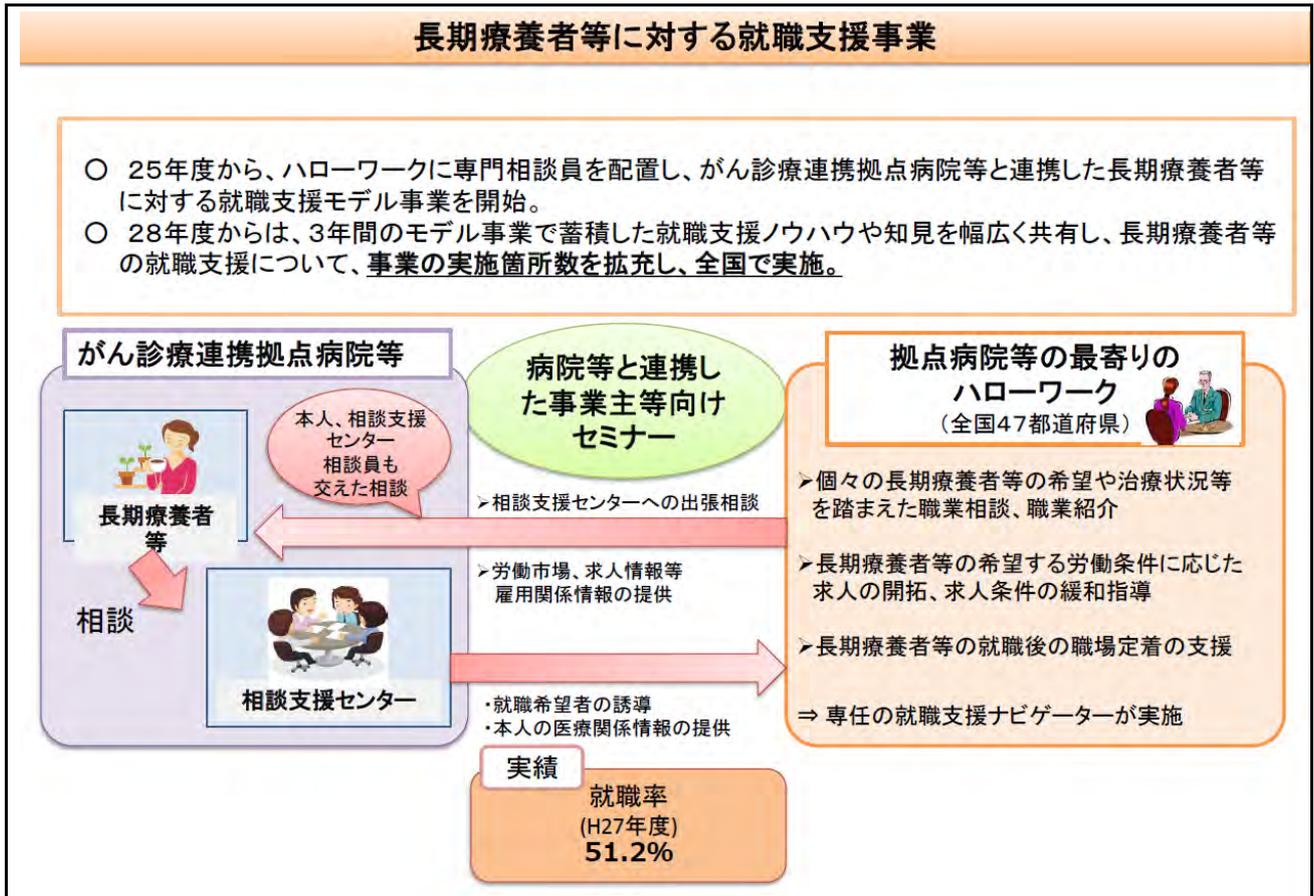
メルマガ申し込み

イベント案内メールをご希望の方はこちらから



(注) 「がんと就労」(厚生労働省研究班)のホームページから抜粋した。(http://www.cancer-work.jp/)

図表 1-(2)-⑦ ハローワークにおけるがん患者等長期療養者に対する就職支援事業の概要



(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(2)-⑧ 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの概要

## 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

本ガイドラインは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、事業場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、事業場における取組をまとめたもの。

### 背景・現状

- 治療技術の進歩等により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化  
(例：がん5年相対生存率が向上 平成5～8年53.2% → 平成15～17年58.6%)
  - 仕事をしながら治療を続けることが可能な状況  
(例：仕事をもちながら、がんで通院している者が多数 平成22年32.5万人)
  - 仕事上の理由で適切な治療を受けることができないケースがみられる  
(例：糖尿病患者の約8%が通院を中断、その理由は「仕事（学業）のため、忙しいから」が最多の24%)
- ➡ **疾病にり患した労働者の治療と職業生活の両立が重要な課題**
- 治療と職業生活の両立に悩む事業場が少なくない  
(例：従業員が私傷病になった際、企業が従業員の適正配置や雇用管理等に苦慮する事業所90%)
- ➡ **事業場が参考にできるガイドラインの必要性**

### 治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備

- 労働者や管理職に対する研修等による意識啓発
- 労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口の明確化
- 短時間の治療が定期的に繰り返される場合などに対応するため、時間単位の休暇制度、時差出勤制度などの検討・導入
- 主治医に対して業務内容等を提供するための様式や、主治医から就業上の措置等に関する意見を求めるための様式の整備
- 事業場ごとの衛生委員会等における調査審議

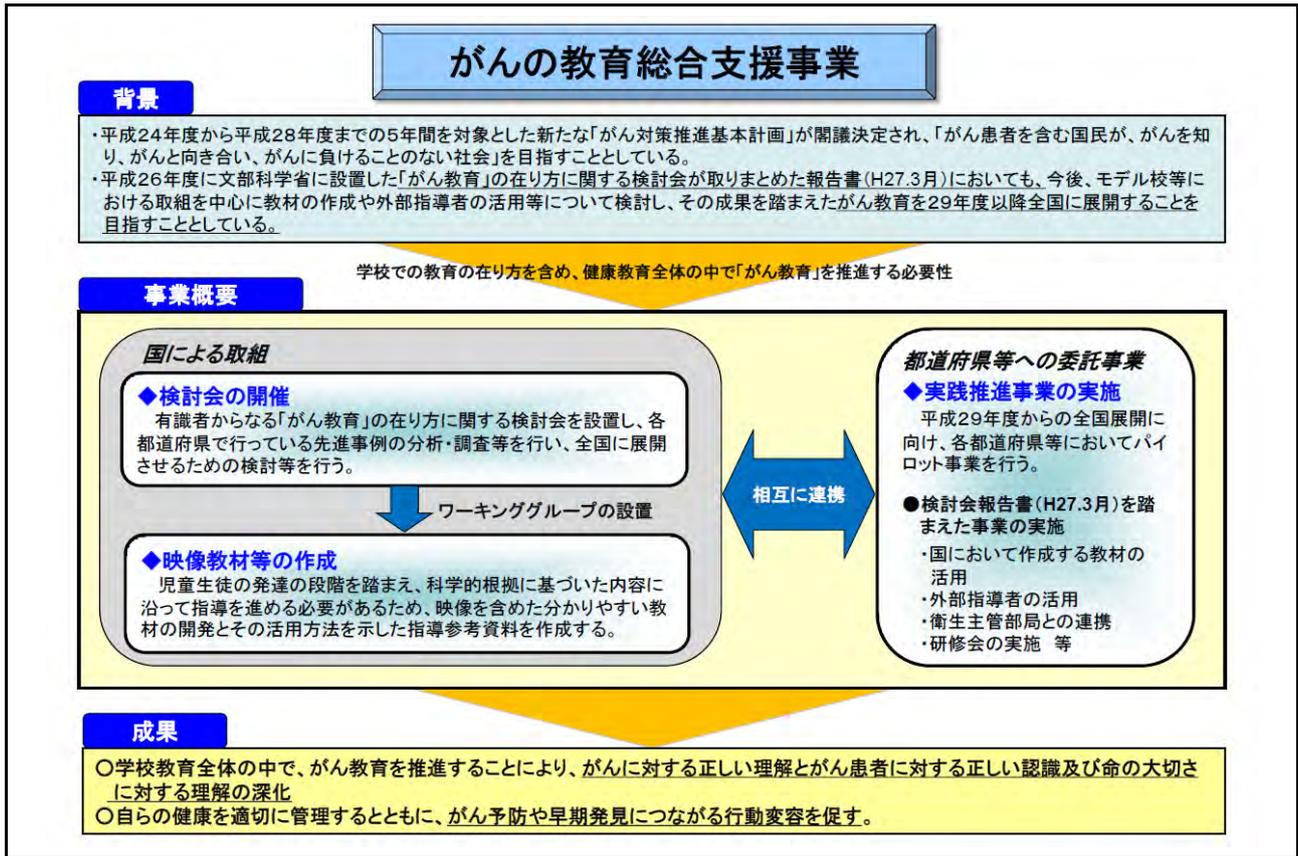
### 治療と職業生活の両立支援の進め方

- ① **労働者が事業者へ申出**
  - ・労働者から、主治医に対して、一定の書式を用いて自らの業務内容等を提供
  - ・それを参考に主治医が、一定の書式を用いて症状、就業の可否、時短等の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した書面を作成
  - ・労働者が、主治医に作成してもらった書面を、事業者に提出
- ② **事業者が産業医等の意見を聴取**
  - ・事業者は、労働者から提出された主治医からの情報を、産業医等に提供し、就業上の措置、治療に対する職場での配慮に関する意見を聴取
- ③ **事業者が就業上の措置等を決定・実施**
  - ・事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業の転換等）、治療に対する配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※その際には、上記の具体的な支援内容をまとめた「両立支援プラン」の作成が望ましい

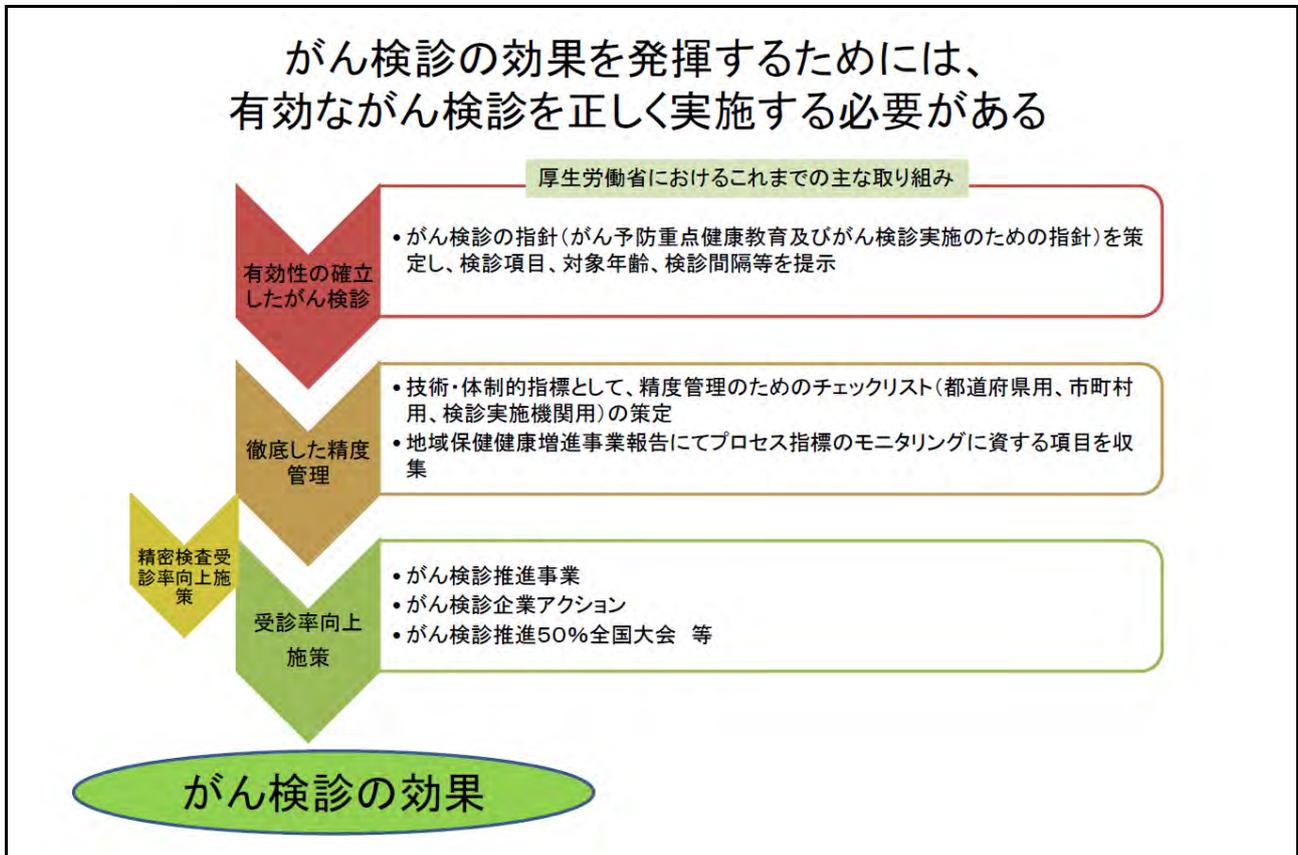
(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(2)-⑨ がんの教育総合支援事業の概要



(注) 文部科学省の資料による。

図表 1-(3)-① がん検診の基本的な考え方



図表 1-(3)-② がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん検診の質の向上等）

第 13 条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

（医療機関の整備等）

第 15 条 国及び地方公共団体は、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、がん患者に対し適切ながん医療が提供されるよう、国立研究開発法人国立がん研究センター、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第 16 条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

（がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等）

第 17 条 国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

図表 1-(3)-③ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

I がん診療連携拠点病院等の指定について

- 1 がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）、特定領域がん診療連携拠点病院（以下「特定領域拠点病院」という。）、地域がん診療病院は、都道府県知事が 2 を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、独立行政法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）は当該施設に関する意見書を、厚生労働省に提出することができる。また、地域がん診療連携拠点病院（以下「地域拠点病院」という。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、同一都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）は当該病院に関する意見書を、都道府県を通じて厚生労働省に提出することができる。
- 2 都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に 1 カ所、地域拠点病院にあっては、2 次医療圏（都道府県拠点病院が整備されている 2 次医療圏を除く。）に 1 カ所、地域がん診療病院にあっては基本的に隣接する 2 次医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定（以下「グループ指定」という。）することにより、がん診療連携拠点病院の無い 2 次医療圏に 1 カ所整備するものとする。また、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域拠点病院を整備するものとする。（後略）
- 3 国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。  
(1)～(3) (略)
- 4 (略)
- 5 厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、その指定を取り消すことができるものとする。

II～VII (略)

VIII 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

- 1 (略)
- 2 指定の推薦手続等について
  - (1) 都道府県は、I の 1 に基づく指定の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、毎年 10 月末日までに、別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。都道府県拠点病院が I の 1 に規定する意見書を提出する場合には、都道府県は「新規指定推薦書」と併せて厚生労働大臣に提出すること。  
また、地域拠点病院を都道府県拠点病院として指定の推薦をし直す場合、都道府県拠点病院を地域拠点病院として指定の推薦をし直す場合、特定領域拠点病院と地域がん診療病院をがん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合、がん診療連携拠点病院を特定領域拠点病院又は地域がん診療病院として指定の推薦をし直す場合も、同様とすること。  
なお、平成 26 年 4 月 1 日に本指針に基づく新規指定を行うことができる場合には、別途定

める「平成26年度がん診療連携拠点病院等の指定の推薦手続き等について」に規定する手続きを行うこと。

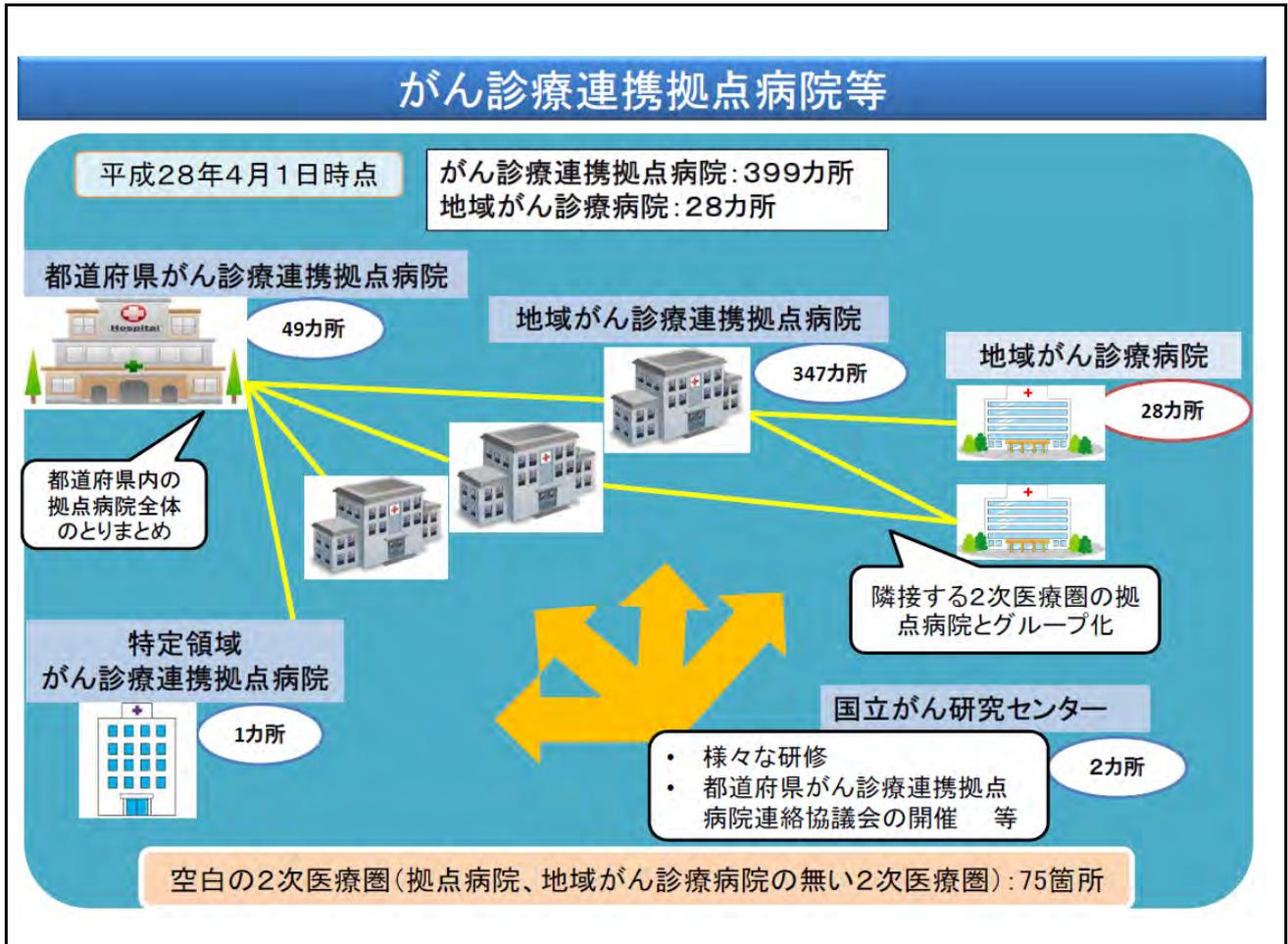
- (2) がん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院及び東病院を除く。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、都道府県を經由し、毎年10月末日までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (3) 国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、毎年10月末日までに別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

### 3 指定の更新の推薦手続等について

- (1) Iの1及び3の指定は、4年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。
- (2) (1)の更新の推薦があった場合において、(1)の期間（以下「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその推薦に対する指定の更新がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその指定の更新がされるまでの間は、なおその効力を有する（Iの1に規定する第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、指定の更新がされないときを除く。）。
- (3) (2)の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。
- (4) 都道府県は、(1)の更新の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、指定の有効期間の満了する日の前年の10月末日までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (5) Iの1から3及びIIからVIIまでの規定は、(1)の指定の更新について準用する。
- (6) 指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況が発生したがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、文書にて迅速に都道府県を通じてその旨について厚生労働大臣に届け出ること。地域がん診療病院においてグループ指定の組み合わせが変更される場合においても同様に厚生労働大臣に届け出ること。
- (7) 指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況が発生した国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 1-(3)-④ がん診療連携拠点病院制度の概要



(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(3)-⑤ 拠点病院であることが施設基準とされている診療報酬の例

診療報酬名	概要	施設基準の例	点数
がん診療 連携拠点 病院加算	別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、所定点数に加算する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成 26 年健康局長通知に基づき、<u>拠点病院の指定を受けていること</u>。なお、がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること(※)。</li> </ul>	500 点 (入院 初日)
がん治療 連携管理 料	他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成 26 年健康局長通知に基づき、<u>拠点病院の指定を受けていること</u>。なお、がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること(※)。</li> </ul>	500 点 (1 人 につき 1 回)
がん治療 連携計画 策定料 1	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して 30 日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に所定点数を算定する。	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること(※)</u>。</li> <li>(※) がん診療の拠点となる病院とは、平成 26 年健康局長通知に基づき、拠点病院等の指定を受けた病院等をいう。また、拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。</li> <li>当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。</li> </ul>	750 点 (退院 時又は 退院し た日か ら起算 して 30 日以内 に 1 回)
緩和ケア 診療加算	緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</li> <li><u>がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること(※)</u>。</li> <li>(※) がん診療の拠点となる病院とは、平成 26 年健康局長通知に基づき、拠点病院等の指定を受けた病院等をいう。また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準ずる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病院)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。</li> </ul>	400 点 (1 日 につき)

(注) 厚生労働省の資料に基づき、当省が作成した。

図表 1-(3)-⑥ 拠点病院に対する補助金の交付措置の概要

### がん診療連携拠点病院機能強化事業について

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(平成26年1月10日健発第0110第7号健康局長通知の別紙)に基づき厚生労働大臣が指定した都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及び特定領域がん診療連携拠点病院において、医療従事者の養成、相談支援、地域連携等を実施し、質の高いがん医療の提供体制を確立することを目的とする。

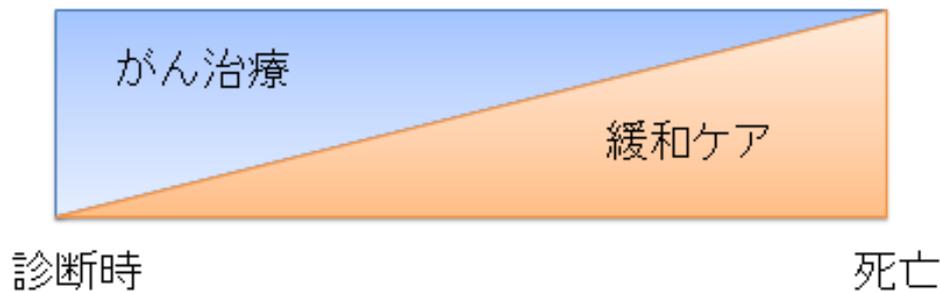
事業名	事業内容
がん医療従事者研修事業	主にがんの化学療法や放射線治療の専門的な医師やがん医療を支えるメディカルスタッフを養成する。
がん診療連携拠点病院ネットワーク事業	がん診療連携拠点病院間の密接な連携を図るため、都道府県がん診療連携協議会の設置、テレビ会議システムの運用等を行う。
がん相談支援事業	院内外のがん患者及びその家族に対して、療養上の相談や医療機関の紹介等を実施するとともに、地域の医療機関からの相談等に対応する。
普及啓発・情報提供事業	がん患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応するため、がんに関する各種情報の収集・提供等を行う。
病理医養成等事業	専門病理医の養成及び病理診断業務の軽減を図るための病理診断補助員の確保等を実施する。
在宅緩和ケア地域連携事業	二次医療圏の在宅療養を支援する診療所の協力リストの作成、がん緩和ケアに関する知識と技術の研修等を行う。
緩和ケア推進事業	緩和ケアセンターを整備し、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営、2次医療圏内の在宅医療機関等との連携、緊急緩和ケア病床の確保を行う。
がん患者の就労に関する総合支援事業	がん相談支援センターへ就労に関する知識を有する専門家を配置し、ハローワーク等と連携するとともに、適切な情報提供と相談支援を行う。

(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(3)-⑦ 緩和ケアの概要

## がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、患者の状況に応じて、身体的症状の緩和や精神心理的な問題などへの援助が、終末期だけでなく、がんと診断された時からがん治療と同時に行われる必要がある。



(参考)緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対処することで、クオリティ・オブ・ライフ(QOL)を改善するためのアプローチである。(WHO 2002)

- ◆ 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく提供される体制の構築が必要。
- ◆ がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん診療に携わる医師に対する基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

緩和ケアに関する専門的医療従事者(看護師等)の育成

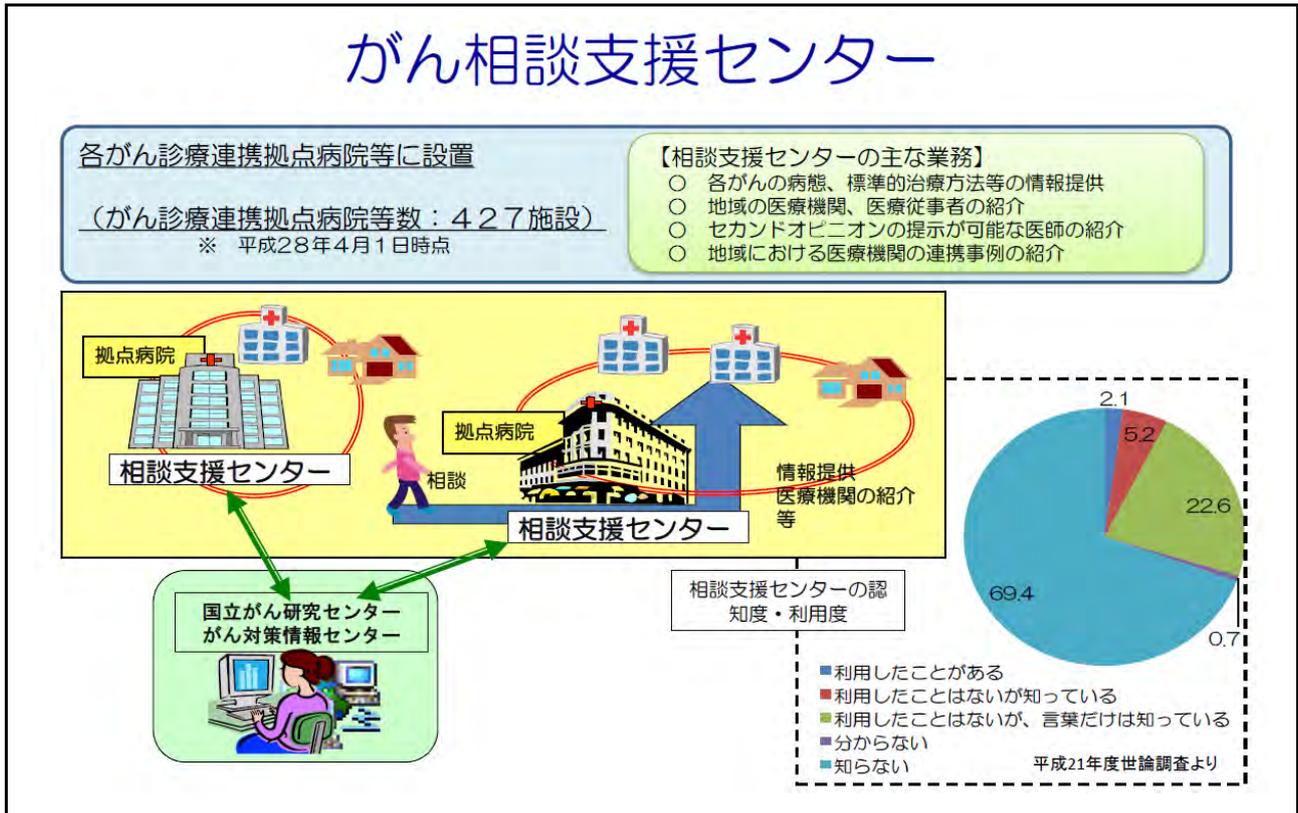
在宅緩和ケア地域連携体制の構築

患者、医療従事者を含む国民への普及啓発

- すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

(注) 厚生労働省の資料による。

図表 1-(3)-⑧ がん相談支援センターの概要



(注) 厚生労働省の資料による。

## 2 がんの早期発見のための取組の推進

### (1) がん検診受診率の向上に向けた取組の推進

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>がん検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業として市町村により実施されている。がん検診の目的は、がんを早期発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることであり、そのため、科学的根拠に基づき有効性（がんによる死亡の減少）が確認されたがん検診を多くの人に正しく実施することが重要となる。</p> <p>がん対策基本法第 13 条では、国及び地方公共団体は、がん検診受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとされている。</p> <p>これを踏まえ、国は、第 1 期基本計画及び第 2 期基本計画において、がん検診受診率の 50%達成を目標に掲げ、がん検診推進事業による無料クーポン券と検診手帳の配布（乳がん・子宮頸がん：平成 21 年度から 25 年度まで、大腸がん：平成 23 年度から 27 年度まで）や、企業との連携促進、受診率向上キャンペーン等の取組を行ってきた。</p> <p>しかし、「平成 25 年国民生活基礎調査」（厚生労働省）（注 1）によると、がん検診受診率については、胃がん検診は男性 45.8%、女性 33.8%、肺がん検診は男性 47.5%、女性 37.4%、大腸がん検診は男性 41.4%、女性 34.5%、子宮頸がん検診は 42.1%、乳がん検診は 43.4%（注 2）であり、目標はいまだに達成されていない状況にある。</p> <p>（注 1） 職域を含む全体のがん検診受診率を示すものとして、基本計画の達成目標を測定するための受診率として用いられているが、抽出調査であるため市町村別に集計できない。なお、がん検診に係る調査は 3 年に 1 度実施。</p> <p>（注 2） 子宮頸がん検診及び乳がん検診については、2 年に 1 回の受診が推奨されているため、上記割合は過去 2 年のがん検診を受診した者の割合である。</p>	<p>図表 2-(1)-①</p> <p>図表 2-(1)-②</p>
<p>「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」（平成 20 年 3 月がん検診事業の評価に関する委員会。以下「20 年報告書」という。）では、受診率向上に向けた取組として、がん検診対象者の台帳（以下、本細目において「対象者名簿」という。）を整備した上で、住民個人に対して受診案内を行う個別受診勧奨（以下「コール」という）・再勧奨（以下「リコール」という。）（注）を行うことが必要としており、20 年報告書において示された「事業評価のためのチェックリスト」においても、対象者の網羅的な名簿を作成し、対象者全員に対するコール・リコールを行うことが求められている。</p> <p>（注） コールをしても受診しない場合に、再度個別の受診案内をすることをリコールという。</p>	<p>図表 2-(1)-③</p> <p>図表 2-(1)-④</p>
<p>なお、厚生労働省は、平成 27 年 12 月に公表した加速化プランにおけるがん検診受診率の向上に係る主な対策として、「各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」、「行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する」などとしており、28 年 5 月以降、「がん検診のあり方に関する検討会」において検討が進め</p>	<p>図表 2-(1)-⑤</p>

られている。

### 【調査結果】

今回、調査対象 52 市区について、対象者名簿の整備状況及び平成 26 年度におけるがん検診推進事業を含めた大腸がん検診の個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）の実施状況について調査したところ、以下の状況がみられた。

調査対象 52 市区のうち、47 市区では、住民基本台帳と連動したシステム台帳等による網羅的な対象者名簿を整備していたが、5 市区では対象者名簿を整備していなかった。

また、平成 26 年度の大腸がん検診のコール・リコールの実施状況については、次のとおりであり、より多くの対象者にコールを実施している市区の受診率（注 1）は高い傾向がみられた（注 2）。

i) がん検診推進事業対象者（40、45、50、55、60 歳）（以下「補助事業対象者」という。）のみにコールを実施しているのは 12 市区であり、受診率の平均値は 16.5%

ii) 補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施しているのは 26 市区であり、受診率の平均値は 17.8%

iii) 補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施しているのは 13 市区であり、受診率の平均値は 35.6%

（注 1） 「平成 26 年地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）及び「平成 22 年国勢調査」（総務省統計局）のデータに基づき、総務省行政評価局が算出した。

（注 2） 52 市区のうち、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知）の別添。以下「検診指針」という。）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 市区を除く。

さらに、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の中でも、特定健康診査（以下「特定健診」という。）とがん検診を同時に受診できる機会を設けるとともに、コールの際に予約申込票により、特定健診及び各種がん検診の受診の意向を確認するなどの取組を実施している登米市や天童市の受診率はそれぞれ 54.3%、42.0%と、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の受診率の平均値である 35.6%に比べて、特に高い状況がみられた。

また、補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施している 26 市区の受診率は、7.6%から 58.1%までと幅がみられたが、受診率の低い市区のコールの実施状況をみると、特定健診の受診案内と一緒にがん検診の案内チラシを同封し、郵送しているが、がん検診の申込みは別途行わなければならないなど、必ずしも利便性が伴っていない例がみられた。

リコールについては、調査対象 52 市区のうち、37 市区において補助事業対象者やそれ以外の一部の対象者に実施されていた。

図表 2-(1)-⑥～  
⑧

図表 2-(1)-⑨

図表 2-(1)-⑩

コール・リコールについては、米国疾病管理センター（CDC）が、がん検診の受診率向上対策に関する科学的根拠を調査した結果、受診率対策として有効であると評価しており、また、国立がん研究センターの「予防・検診の普及啓発に関する事業的研究」においても、コール・リコールによる受診率向上の効果に関する例として、乳がん検診の受診率について、i) コール・リコールなしの場合、14.0%、ii) コールを実施した場合、21.1%、iii) コール・リコールまで実施した場合、24.7%といった効果が示されている。

図表 2-(1)-⑪

厚生労働省及び国立がん研究センターが推奨するように、対象者名簿を整備し、対象者全員にコール・リコールを行うことが、受診率向上のために効果的であった。しかし、調査対象市区からは、予算・体制上の制約のため、対象者全員に対するコール・リコールは困難との意見も聴かれた。

図表 2-(1)-⑫

このため、がん検診受診率の更なる向上のためには、i) より多くの対象者にコール・リコールを実施するための取組と、ii) より効率的・効果的な受診勧奨を行うための取組が重要となる。

#### ア より多くの対象者にコール・リコールを実施するための取組

（基本計画及び検診指針におけるコール・リコールの明記）

今回の調査結果では、補助事業対象者に加えて、独自に対象者を拡大してコールを実施していたのが 39 市区あったものの、12 市区では補助事業対象者のみにとどまっている。

図表 2-(1)-⑬

コール・リコールの重要性については、20 年報告書や中間評価報告書において指摘されているものの、第 2 期基本計画や検診指針では明確に規定されていない。このため、都道府県基本計画では、コール・リコールについて取り組むべき施策として明記されているのは 47 都道府県中 24 都道府県にとどまっているとも考えられる。

図表 2-(1)-⑭

なお、厚生労働省は、第 2 期基本計画では、「全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施する」とされ、この中には、コール・リコールの徹底についても含んでいるとしている。

（市町村の取組を促すためのインセンティブ策等の導入）

がん検診に係る経費は、市町村の一般財源から措置されており、国が地方交付税で措置している。地方交付税の算定に際しては、全国の標準的な財政需要を基礎として算定しているため、市町村の財政需要が全国平均を上回る場合、市町村の負担額が増えることとなる。したがって、がん検診の受診者の増加は市町村の財政負担の増大にもつながるため、調査対象市区からは、コール・リコールの対象者の拡大に消極的な意見も聴かれた。他方、調査対象都道府県の中には、がん検診受診率、対象者名簿の整備、コール・リコールの実施状況等を評価項目として配点し、国民健康保険財政調整交付金を市町村に傾斜配分するといったインセンティブ策を導入している例（埼玉県）もみられた。本取組

図表 2-(1)-⑮

の効果は、まだ明らかになっていないが、加速化プランで示された各市町村の受診率向上に向けた取組等の比較可能な形での公表や、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策の導入の検討の際には、対象者名簿を整備した上でのコール・リコールの取組状況、受診率等についても考慮することが重要であると考えられる。

#### イ より効率的・効果的な受診勧奨を行うための取組

(重点的に受診勧奨を行うべき対象者(ターゲット層)の設定)

前述のとおり、コール・リコールについては、より多くの対象者に実施することが重要であるが、調査対象市区からは、予算・体制上の制約により、対象者全員にコール・リコールを実施することは困難であるとの意見も聴かれた。このため、これらの市区では次善の策として、受診勧奨対象者を限定した上で、コール・リコールを徹底し、効率的・効果的な受診勧奨を行うことも必要となる。

20年報告書及び「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書」(平成25年8月がん検診のあり方に関する検討会)においては、年齢階級別罹患率・がん死亡率、各がん特有のリスク、がん検診の与える利益と不利益のバランスなどを考慮し、重点的に受診勧奨を行うべき対象者(ターゲット層)を検討すべきとされているが、厚生労働省は、「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成28年2月)において、過去のがん検診の受診履歴を活用し、不定期受診者など受診勧奨の効果が高い層に重点的に受診勧奨を行う事例を示しているのみである。

図表 2-(1)-⑯

今回、調査対象都道府県の中には、限られた予算で効率的に実施できるように重点勧奨対象者を①罹患率・死亡率、②有効性、③健康保険種別の観点等から検証・設定し、市町村に対して周知を行っている例(大阪府)もみられた。本取組による受診率向上や死亡率減少の効果については、今後の検証を待つ必要があるが、効率的・効果的な受診勧奨を行う上では重要であると考えられる。

図表 2-(1)-⑰

(がん検診と特定健診が連携した受診勧奨の実施)

がん検診と特定健診について、厚生労働省は、「各種健診等の連携についての考え方」(平成19年3月20日付け事務連絡)において、「がん検診の受診率の確保を図るために、なるべく保健担当課は他課や医療機関と受診できる期間等を調整」するよう助言しており、また、「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」(平成21年10月14日付け事務連絡)において、がん検診と特定健診の実施機関情報の共有化や同時実施の体制づくりについて、都道府県のがん対策主管課及び国民健康保険主管課に対して助言を行っている。

図表 2-(1)-⑱・  
⑲

さらに、厚生労働省は、「がん検診受診率向上施策ハンドブック(特定健診とがん検診の同時実施の事例紹介等)について」(平成28年3月24日付け事務連絡)を都道府県がん対策主管課、国民健康保険主管課等に対して発出し、

図表 2-(1)-⑳

「がん検診受診率向上施策ハンドブック」において、がん検診と特定健診を連携させた効果的な受診勧奨の取組事例等を紹介している。

調査対象市区の中には、前述のとおり、がん検診と特定健診を同時に受診できる機会を設けるとともに、併せて受診勧奨を行った結果、受診率の向上に効果を上げているものもみられたことから、がん検診の取組だけではなく、特定健診と連携した受診勧奨の取組が推進されるよう引き続き促すことは重要であると考えられる。

#### 【所見】

したがって、厚生労働省は、がん検診受診率の向上を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 次期基本計画及び検診指針において、対象者名簿の整備及びコール・リコールの徹底を明記し、一層の取組に向けた周知を図ること。

また、各市町村の受診率向上に向けた取組等の比較可能な形での公表や、インセンティブ策及びディスインセンティブ策の導入に際しては、対象者名簿の整備、コール・リコールの取組状況等を評価事項として盛り込むことについて検討すること。

- ② 市町村が、年齢階級別罹患率・がん死亡率等を考慮して重点的に受診勧奨を行うべき対象者を設定することについて検討すること。

図表 2-(1)-① がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん検診の質の向上等）

第 13 条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

（注） 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-② 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）〈抜粋〉

5. がんの早期発見

（取り組むべき施策）

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

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

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

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

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

（個別目標）

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

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

（注） 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-③ 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」(平成 20 年 3 月  
がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋>

2. がん検診受診率の向上に向けて

2. 2. 受診率向上に向けた取組について

(1) 現状及び基本的な考え方

① 現在、郵送等による個別の受診勧奨を一部のがん検診対象者に行っている市町村は少ないが、検診台帳を整備した上で未受診者への再勧奨を実施している市町村はほとんどない。がん検診をより効果あるものとするためには、初回受診者の掘り起こしが重要であり、そのためにも検診台帳を整備した上で個別の受診勧奨を行うことは必須である。

(2) 具体的な対応

① がん検診対象者個人に対する受診勧奨、がん検診対象者の台帳の整備、未受診者への再勧奨を徹底することが必要。特に退職直後の者に重点的に受診勧奨することや、かかりつけ医を通じて受診勧奨する等の取組も必要。職場におけるがん検診についても、同様の取組が行われることが望ましい。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-④ 技術・体制的指標の具体的内容の例(大腸がん検診のための事業評価のためのチェックリスト(市町村用))

<p>大腸がん検診のためのチェックリスト【市町村用】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 検診対象者             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか</li> <li>(2) 対象者に均等に受診勧奨を行っているか</li> </ol> </li> <li>2. 検診方法             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 検診実施機関における便潜血検査キット名を把握しているか</li> </ol> </li> <li>3. 受診者の情報管理注 1)             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 対象者数(推計を含む)を把握しているか</li> <li>(2) 受診者数を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか</li> <li>(3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2)</li> <li>(3-b) 受診者数を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか</li> </ol> </li> <li>4. 要精検率の把握注 1)             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 要精検率を把握しているか</li> <li>(2) 要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2)</li> </ol> </li> <li>5. 精検受診の有無の把握と受診勧奨注 1)             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 精検受診率を把握しているか</li> <li>(1-a) 精検受診率を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか注 2)</li> <li>(3) 精検未受診率を把握しているか</li> <li>(4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか</li> </ol> </li> <li>6. 精密検査結果の把握注 1)             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか注 1)</li> <li>(2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか</li> <li>(3) 精密検査の検査方法を把握しているか</li> <li>(4) がん発見率を把握しているか</li> <li>(4-a) がん発見率を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(4-c) がん発見率を受診歴別注 2) に集計しているか</li> <li>(5) 早期がん割合(発見がん数に対する早期がん数)を把握しているか</li> <li>(5-a) 粘膜内がんを区別しているか</li> <li>(5-b) 早期がん割合を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(5-c) 早期がん割合を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(5-d) 早期がん割合を受診歴別注 2) に集計しているか</li> <li>(6) 陽性反応適中度を把握しているか</li> <li>(6-a) 陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しているか</li> <li>(6-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか</li> <li>(6-c) 陽性反応適中度を受診歴別注 2) に集計しているか</li> <li>(7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか</li> </ol> </li> <li>7. 検診機関の委託             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか</li> <li>(2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか注) (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照)</li> </ol> </li> </ol> <p>注 1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む          注 2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別</p>
--

(注) 1 20年報告書に基づき、当省が作成した。

2 技術・体制的指標の具体的内容については、「事業評価のためのチェックリスト」として取りまとめられている。乳がん検診、子宮頸がん検診、大腸がん検診、胃がん検診及び肺がん検診ごとに、それぞれ市町村用、都道府県用及び検診実施機関用のチェックリストが作成されている。

図表 2-(1)-⑤ 「がん対策加速化プラン」(平成 27 年 12 月) <抜粋>

1. 予防 ～避けられるがんを防ぐ～

(1) がん検診

1) 受診率対策

<実施すべき具体策>

受診率を上げるため、以下の施策を実施する。

- 市町村が提供するがん検診について、受診勧奨の方法、精度管理、検査項目等を継続して把握する。
- 検診受診率のみならず、精密検査受診率等についても目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各市町村が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、市町村それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 胃がんの死亡率減少効果が新たに認められた 8 胃内視鏡検査を対策型検診として普及するため、医療関係団体と協力して、運用マニュアルの周知や受診者が受けやすい環境づくり等、精度や安全性を担保した実施体制の整備を進める。
- 一部自治体において、厚生労働省のがん検診に関する指針(ガイドライン)に基づかないがん検診が行われていることを踏まえ、推奨する検査項目のみならず、効果が明らかでない検査項目等も明示したガイドラインを策定し、関係団体と協力して普及啓発を進める。
- 医療関係団体と協力し、かかりつけ医が対象者の受診状況を確認した上で、未受診者にパンフレットを配布する等、かかりつけ医による検診及び精密検査の受診勧奨を進める。
- 健康サポート薬局におけるかかりつけ薬剤師を通じた受診勧奨を進める。
- 市町村が継続して効率よく受診勧奨を実施できるよう、受診勧奨の事例集(対象者の特性に応じたメッセージ、受診履歴の分析結果を用いた受診勧奨、申込み方法の工夫等)の作成、受診勧奨に関するマニュアルの作成・周知、市町村への研修を通じて、受診勧奨の方法を徹底的に普及する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

2) 職域のがん検診

<実施すべき具体策>

職域において保険者が提供するがん検診が、今やがん対策において重要な役割を担っていることを踏まえ、以下の施策を実施する。

- 保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する。
- 職域においても、検診受診率のみならず、精密検査受診率等に関する目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各保険者が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、保険者それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 上記の実態調査結果を踏まえて、保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する。
- 時間がない人でも簡便にがん検診を受けられるよう、特定健診とがん検診を同時に実施するため、都道府県、市町村及び保険者の協力を得て、同時実施体制が取られている取組事例を収集し、広く普及することにより、さらに同時実施を推進する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑥ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況（平成 26 年度大腸がん検診）

（単位：市区、％）

対象者名簿の整備状況	市区数	構成比
対象者名簿を整備している	47	90.4
住民基本台帳と連動したシステム台帳を整備している	42	80.8
住民基本台帳とは連動していないシステム台帳で整備している	2	3.8
エクセル等によるデータ管理を行っている	3	5.8
対象者名簿を整備していない	5	9.6
合計	52	100

（注） 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑦ 調査対象市区におけるコールの実施状況及びその受診率（平均）（平成 26 年度大腸がん検診）

（単位：市区、％）

コールの実施状況	市区数	構成比	受診率（平均）
i) 補助事業対象者のみに実施（40、45、50、55、60 歳）	12	23.5	16.5
ii) 補助事業対象者に加え、独自に一部対象者に実施	26	51.0	17.8
iii) 補助事業対象者に加え、独自に対象者全員に実施	13	25.5	35.6
合計	51	100	19.5

（注） 1 当省の調査結果による。

2 調査対象 52 市区のうち 1 市区については、検診指針に基づく検査方法である便潜血 2 日法だけではなく、検診指針に基づく検査方法以外の便潜血 1 日法も実施しており、便潜血 1 日法による受診者が受診率に含まれているため本表から除外した。

図表2-(1)-⑧ 調査対象市区における対象者名簿の整備状況、コール・リコールの実施状況等  
(平成26年度大腸がん検診)

(単位：%)

市区名	対象者名簿の整備状況	コール・リコールの実施状況		特定健診との同時実施	受診率		
		コール	リコール		24年度	25年度	26年度
札幌市	○	△：補助事業対象者	×	○	13.7	13.9	14.0
士別市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	12.9	13.5	12.6
深川市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	22.7	21.6	22.2
青森市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	26.4	27.4	28.4
三沢市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	24.3	27.6	26.2
平川市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	23.9	28.9	28.8
仙台市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	×	28.3	29.7	29.9
登米市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	53.4	54.3	54.3
大崎市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	34.3	34.8	35.0
山形市	×	○：対象者の一部	×	○	28.2	29.1	28.9
米沢市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	23.3	24.0	25.4
天童市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	40.5	41.6	42.0
さいたま市	○	◎：対象者全員	×	○	33.6	34.3	36.0
秩父市	○	○：対象者の一部	×	○	6.5	7.9	9.2
本庄市	○	△：補助事業対象者	×	×	7.9	-	11.7
和光市	○	○：対象者の一部	×	○	35.9	42.0	41.7
文京区	×	○：対象者の一部	×	○	41.4	41.2	41.5
武蔵野市	○	○：対象者の一部	×	○	58.9	48.8	58.1
三鷹市	○	-	-	○	53.1	54.2	56.2
金沢市	×	○：対象者の一部	×	○	16.7	17.1	17.0
輪島市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	13.8	13.2	12.9
野々市市	○	◎：対象者全員	×	○	35.4	37.5	38.4
福井市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	23.3	23.2	23.6
小浜市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	19.8	22.6	23.5
坂井市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	15.4	16.1	16.4
名古屋市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	19.2	19.9	21.2
常滑市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	×	8.8	8.7	9.1
長久手市	○	◎：対象者全員	×	○	59.5	62.9	65.7
大津市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	22.2	22.5	23.3
守山市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	23.3	25.5	25.7
野洲市	○	○：対象者の一部	×	×	9.3	9.7	7.9
大阪市	×	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	9.3	8.6	9.3
箕面市	○	○：対象者の一部	×	○	37.2	36.7	37.9
柏原市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	×	7.0	6.8	7.6
鳥取市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	28.9	29.4	31.1
倉吉市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	17.2	17.8	18.1
境港市	○	◎：対象者全員	◆：補助事業及び独自	○	22.2	22.9	29.3
広島市	○	○：対象者の一部	□：独自	○	15.0	15.3	17.3
呉市	○	○：対象者の一部	□：独自	○	7.6	8.2	8.9
安芸高田市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	28.8	30.4	28.9
高松市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	30.5	31.3	34.1
坂出市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	23.6	24.1	24.2
三豊市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	21.0	29.0	29.1
松山市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	12.1	12.0	12.2
新居浜市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	11.5	11.6	10.0
東温市	○	◎：対象者全員	◇：補助事業	○	28.3	29.4	29.9
福岡市	×	△：補助事業対象者	×	○	10.0	10.3	10.3
大牟田市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	7.7	7.3	7.8
宗像市	○	○：対象者の一部	◆：補助事業及び独自	○	23.3	22.4	22.1
長崎市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	6.7	7.6	8.4
南島原市	○	○：対象者の一部	◇：補助事業	○	25.5	25.9	26.7
西海市	○	△：補助事業対象者	◇：補助事業	○	18.5	17.0	15.1

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「対象者名簿の整備状況」欄の「○」は、対象者の網羅的な名簿を整備している市区、「×」は、整備していない市区を表す。なお、過去の受診者や補助事業対象者のみを名簿化している場合には、「×」としている。

3 「コール」欄の「◎」は、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している市区、「○」は、補助事業対象者に加え、独自に一部対象者にコールを実施している市区、「△」は、補助事業対象者のみにコールを実施している市区を表す。

4 「リコール」欄の「◆」は、補助事業対象者に加え、独自にリコールを実施している市区、「◇」は、補助事業対象者のみにリコールを実施している市区、「□」は、補助事業対象者のリコールは実施せず、独自のリコールのみを実施している市区を表す。

5 「特定健診との同時実施」欄の「○」は、特定健診とがん検診を同時に受診が可能な場合、「×」は、同時に受診が不可な場合を表す。

6 三鷹市は、検診指針に基づく検査方法である便潜血2日法だけでなく、検診指針に基づく検査方法以外の便潜血1日法も実施しており、便潜血1日法による受診者が受診率に含まれているため本表から除外した。

図表 2-(1)-⑨ 本調査で当省が算出したがん検診受診率の算出方法

本調査においては、項目 2(2)で後述するとおり、市町村事業におけるがん検診受診率について、市町村間で比較できる受診率が存在しないため、「市町村がん検診事業の充実強化について」（平成 21 年 3 月 18 日付け健総発 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考として、当省において、以下のとおり、調査対象市区の受診率を算出した。

(1) がん検診受診者数

「地域保健・健康増進事業報告」における 40 歳以上の大腸がん検診受診者とする。

(2) 推計対象者数

「市町村がん検診事業の充実強化について」にある次の方法で算出した 40 歳以上の者とする。各係数は、「平成 22 年国勢調査」において報告された人数を用いる。

$$\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left( \text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right)$$

(3) がん検診受診率

= (1) がん検診受診者数 / (2) 推計対象者数 × 100 で算出した受診率

図表 2-(1)-⑩ 効果的なコール・リコール（予約申込書（受診意向調査））の取組事例

市名	概要
宮城県登米市	<p>登米市では、毎年、保健活動推進員が全世帯に「登米市各種検診申込書（検診受診状況調査書）」を訪問（一部郵送）により配布・回収している。保健活動推進員は、約 500 人が委託されており、市内の約 2 万 7,000 世帯に配布・回収を実施しており、回収率は約 97%である。当該申込書は、世帯単位での作成であるが、対象者氏名、受診対象となる検診名、受診しない場合にはその理由を回答する項目が入っている。同市では、特定健診とがん検診を同時に受診できる機会を設けるとともに、当該申込書で、特定健診及び各種がん検診の受診の意向を確認している。</p> <p>また、受診状況調査の未回答者に対するコールを実施している。</p> <p>平成 26 年度の受診率は 54.3%であり、補助事業対象者に加え、独自に対象者全員にコールを実施している 13 市区の受診率の平均値である 35.6%に比べて高い受診率となっている。</p>

## 健康診査・検診の申込みについて

- ご自分が受診できる健診(検診)を確認し、該当欄に○印をつけてください。
- 申込書は、検診対象者の受診状況の調査も兼ねておりますので、市の検診を「受ける・受けない」にかかわらず、家族全員分を記入し、期限までに提出してください。(期限は別紙を確認ください。) 配布しません。
- 申込書に記入されている「\*\*\*」は対象外となる検診のため、申込みされても受診票は
- 申込みされた方には、検診が近づきましたらその都度通知いたします。
- 現在治療中の方は、主治医とご相談の上、申込みください。

記入例

※記入箇所は朱書きの部分となります。

世帯番号 0123456

住所 登米市南方町新高石浦130

世帯主名 登米 太郎

行政区名 ○○○ 行政区

平成 27 年度 登米市各種検診申込書  
(検診受診状況調査書)

平成 27 年度 各種検診を別紙のお知らせをご確認の上、お申込みください。また、検診への記入方法、各種検診の名称、前年との「市の検診を受ける」場合は、○印をつけてください。【受けない】場合は、その理由をあてはまる項目に、○印をつけてください。入札の場合は、検診を受けないものと判断いたしますので、御了承願います。【特定健診】は、40～74歳の方に医療保険者から受診券が配布されますので、申込みの必要はありません。【\*】については、市の検診の対象になっておりませんので、記入の必要はありません。

氏名	検診名	結核		肺がん検診			特定健康診査			胃がん検診			大腸がん検診			子宮頸がん検診			乳がん検診			骨粗鬆症検診			前立腺がん検診		
		市の検診を受ける	職場で受ける	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない	受けない		
登米 太郎	123450001	82歳	○				☆	☆	☆			○	○			***	***	***	***	***	***	***	***	○			
登米 花子	123450002	54歳	○				☆	☆	☆	○		○			○												
登米 一郎	123450003	29歳	***	***	***	***	***	***	***	○						***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		
登米 さくら	123450004	29歳	***	***	***	***	***	***	***	○					○												
登米 春子	123450005	85歳	○				○					○			○	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		

\*個人の情報は、個人情報保護法に基づき、検診の目的以外には使用いたしません。

\*国の制度改正などの状況により、対象年齢や検査方法などが変更となる場合があります。その際は、随時お知らせいたします。

登米市

年齢は平成28年3月31日現在のものです。  
※【医学的理由】については、別添のチラシの記載事項を確認願います。 307

※日程は裏表紙をご覧ください。 ※年齢基準日は平成28年3月31日となります。 3



図表 2-(1)-⑪ コール・リコールの効果に関する事例

概要			
○ 米国疾病管理センター（CDC）のがん検診の受診率向上対策に関する調査結果 米国疾病管理センター（CDC）の調査結果によると、下表のとおり、コール・リコールは、乳がん検診、子宮頸がん検診及び大腸がん検診の各検診において効果が確認されている。			
表 米国疾病管理センター（CDC）の各種受診率向上対策に関する評価			
受診率向上に用いられた対策	受診率の増加		
	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙によるコール・リコール	効果あり	効果あり	効果あり
スモールメディア（ビデオや印刷物等）	効果あり	効果あり	効果あり
費用以外の障害の除去（アクセス向上等）	効果あり	証拠不十分	効果あり
1対1の教育（電話や面談）	効果あり	効果あり	証拠不十分
自己負担費用の軽減（無料化など）	効果あり	証拠不十分	証拠不十分
報奨（少額の現金やクーポン）のみ	効果あり	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディアのみ	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
出典：CDC Community Guide			
○ 日本の市町村におけるコール・リコールの効果の例（乳がん検診） 乳がん検診について、①コール・リコールなし、②コールを実施、③コール・リコールまで実施のパターンに分けて受診率向上の効果を測定したところ、以下のとおり、コール・リコールまで実施した方が、受診率は高い結果であった。			
①コール・リコールなし（平成22年度 対象年齢48歳、対象者数1,617人） 受診率14.0%			
②コールを実施（平成23年度 対象年齢50歳、対象者数1,456人） 受診率21.1%			
③コール・リコールまで実施（平成23年度 対象年齢48歳、対象者数1,715人） 受診率24.7%			

(注) 国立がん研究センターの「予防・検診の普及啓発に関する事業的研究」の資料に基づき、当省が作成した。

図表 2-(1)-⑫ 調査対象市区における予算・体制上の制約により対象者全員にコール・リコールを実施することは困難とする主な意見

- ・ がん検診対象者に対するコール・リコールを実施することで、がん検診受診率が上がることは認識しているが、大都市の場合、コール・リコールの対象者は極めて多く、その作業に伴う事務量や費用は膨大であり、市が単独で全てのがん検診対象者にコール・リコールを実施することは困難である。
- ・ がん検診対象者全員にがん検診のお知らせを郵送する方法については、多額の郵送料が見込まれる上、職場で受診できる者（就業者）を把握できないため、それらの者も含む対象者全てに送付せざるを得ず、この方法は費用対効果の面から非効率と考えられるため実施していない。
- ・ 国民健康保険加入者等をコールの対象としており、その理由は、i) 職域で受診機会がない者を優先的に勧奨すべきであること、ii) 予算上の制約、iii) 40 歳以上の全住民（子宮頸がん検診は 20 歳以上）に受診勧奨した場合、検診実施機関の許容範囲を超えてしまうおそれがあることなどである。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑬ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会）〈抜粋〉

### 第 3 章 中間評価

#### IV 分野別施策の個別目標についての進捗状況

##### 4. がんの早期発見

(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)

がん検診の受診率は上昇傾向にあるが、目標値である 50%を達成するため、精度管理を徹底しつつ、受診率及び精密検査受診率向上を図る施策を推進していく必要がある。なお、受診率を正確に把握するためには、職域で行われているがん検診の受診状況を把握する体制構築の検討が必要である。また、がん検診の項目や方法については、「がん検診のあり方に関する検討会」等で引き続き検討を行うとともに、地域がん登録や平成 28 年 1 月開始を予定している全国がん登録で収集される情報等を活用し、知見の集積に努め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進していく必要がある。

がん検診の受診率を向上させるための方策については、対象者の網羅的な名簿管理に基づく個別受診勧奨・再勧奨及びかかりつけ医からの受診勧奨が実施できる体制の整備を図ることが重要である。このような体制の下に、効果的な普及啓発の方法を検討していきながらがん検診の意義や検診内容等についてホームページ等で広く周知を図ることや、「がん対策推進企業アクション」における職域の取組等を推進していく必要がある。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑭ 調査対象都道府県の都道府県基本計画におけるコール・リコールの記載例

都道府県名	内容
山形県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村、健康保険組合等は、がん検診や人間ドッグ等の実施に際して、町内会や職場単位での実施案内、案内状・申込書の全戸配布、節目年齢者を個別に受診勧奨するなど受診勧奨体制を充実</li> <li>○ 市町村、健康保険組合等は、受診対象者を正確に把握したうえで、未受診者に対する受診勧奨を強化するなど、未受診者を無くすことに重点を置いたがん検診を推進</li> </ul>
埼玉県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村は、がん検診の受診率向上を図るため、個別通知（コール）や未受診者への再通知（リコール）などの効果的な勧奨方法を検討し、推進します。</li> <li>○ 県は、先進事例の提供・効果的な実施方法等について、市町村担当者会議などを通じて情報提供などの支援を行います。</li> </ul>
東京都	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都は、区市町村において、個別勧奨・再勧奨など受診率向上に効果的な取組が一層推進されるよう、財政的・技術的支援を行います。</li> <li>○ 区市町村は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいたがん検診を実施するとともに、住民が受診しやすい環境を整備し、個別勧奨・再勧奨など受診率向上に効果的な方策を実施します。</li> </ul>
福井県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん検診の受診率向上対策としては、手紙や電話等による勧奨・再勧奨などの有効性が示されており、特に対象者を特定して受診勧奨を行う Call-Recall system は有効です。</li> </ul>
滋賀県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町は、がん検診の対象者を把握し、個別勧奨、未受診者への再勧奨、受診しやすい工夫に努めるなど、効果的な受診勧奨を行います。特に若い世代の受診向上に努めます。</li> </ul>
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 低迷する受診率向上対策として、従来の市町村の広報誌等での通知ではなく、対象者を特定した個別受診勧奨と未受診者への再受診勧奨を計画組織的に行う組織型検診を推奨し、市町村に対し、重点を置くべき受診対象者の把握及び受診率向上に対して科学的根拠が認められた方法である個別受診勧奨及び未受診者への再受診勧奨の促進に向けて働きかけます。</li> <li>○ 市町村は、長期未受診者等、重点的に受診勧奨していくことが望ましい対象者層に絞った効果的な受診勧奨を行うため、検診対象者台帳等の作成・活用に積極的に取り組み、特に受診勧奨の優先順位の高い者に対する個別受診勧奨の推進に努めることとします。</li> </ul>
広島県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検診の実施主体である市町や健康保険組合などが行う個別の受診勧奨を支援することとし、効果のある案内資料の作成・提供や勧奨に要する経費の一部助成などに取り組んでいます。</li> </ul>
長崎県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県は、平成 25 (2013) 年度までに、市町が実施するがん検診のコール・リコール（受診者への個別勧奨）事業を支援します。</li> </ul>

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑮ 都道府県独自に市町村の受診率向上に向けた取組に対してインセンティブ策を導入している事例

都道府県名	概要
埼玉県	<p>埼玉県では、平成 25 年度から、国民健康保険の保険者である市町村が実施する特定健診を中心としたがん検診や県の健康長寿プロジェクトに対する取組状況等を市町村ごとに評価し、評価項目ごとに配点を行い、県の調整交付金を全市町村に傾斜配分することで、検診や健康づくりなどの疾病予防対策事業を推進し、国民健康保険の医療費の適正化を図る取組を実施している。</p> <p>がん検診に係る評価項目は、以下のとおり、i) 受診率、ii) 対象者名簿の整備、iii) 個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）及びiv) 検診受診の利便性向上等に係るものとなっている。</p> <p>なお、同県は当該取組の効果分析を行っていないが、「地域保健・健康増進事業報告」における受診率は、微増している（24 年度：19.4%、25 年度：21.9%、26 年度：23.1%）。</p> <p><b>【がん検診に係る評価項目】</b></p> <p>(受診率)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診指針に基づくがん検診（5 がん）合計の受診率</li> <li>・ 前年度に対する受診率の伸び率</li> <li>・ 前年度に対する受診者の増加数</li> </ul> <p>(対象者名簿の整備)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診指針に基づく受診者を網羅する名簿を整備していること</li> </ul> <p>(個別受診勧奨・再勧奨（コール・リコール）)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者名簿をもとに個別受診案内通知を行っていること</li> <li>・ 対象者名簿をもとに作成した受診台帳等により把握した未受診者に対し個別受診案内通知を行っていること</li> </ul> <p>(検診受診の利便性向上等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診指針に基づく 5 がんについて、土曜日又は日曜日に検診を実施していること</li> <li>・ 検診指針に基づく 5 がんについて、平日の 18 時以降に検診を実施していること</li> <li>・ 検診指針に基づく 5 がんについて、近隣市町村でがん検診が受診可能なこと</li> <li>・ 特定健診と同時に受診できる環境を整備していること</li> </ul>

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑯ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)における効率的な受診勧奨の内容

Efficiency 効率的な受診勧奨

1 過去の検診受診履歴を活用し 勧奨効果の高い順に勧奨

勧奨に反応するのは誰?

コール・リコールや、メッセージ開発、仕組みの見直しで受診率が向上することは実証済ですが、さらに、限られた予算を効果的に使うためにどうしたらよいでしょうか。勧奨なしでも受診する人に送付する予算、勧奨しても全く反応しない人に送付する予算を、勧奨で受診する人に振り分けていくことができればよいわけです。勧奨によって受診行動をとる人たちはどんな人たちなのか、その属性が明らかになったらどうでしょう。予算と人手を考慮しながらリコール対象を検討することができるようになります。



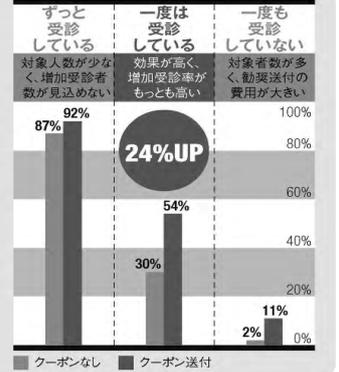
実例 東京都八王子市

不定期受診者に対する 勧奨で受診率は 24%アップ

八王子市では費用対効果の高い施策実施のために、過去の受診履歴データを分析し、もっとも効果的と予測されるグループの選定を行いました。大腸がん検診の定期受診者、不定期受診者、未受診者の3つのグループ毎に、クーポン送付の有無(勧奨)とその後の行動(勧奨による効果)を分析した結果、費用対効果また勧奨による受診人数

の絶対増加数から、不定期受診者への勧奨がもっとも効率がよく、勧奨による受診率は24%増加し、該当人数は551人になりました。この他、大腸がん検診未受診者に焦点を絞る他のがん検診の受診履歴の分析による勧奨効果を予測、セグメント毎のメッセージ開発も実施しています。

受診履歴毎の勧奨の有無による受診率の増加(大腸がん検診)



応用編

「特定健診」不定期受診者対策

過去受診履歴と属性の組み合わせによる、より精度の高い個別勧奨対象者リストの作り方

人工能を活用するなど、発展的な分析を行えば、受診勧奨して効果が高いのは誰かを個別に割り出し、優先度の高い順に並べすることもできます。受診勧奨の優先順位をより正確につけるためには、過去の個人別検診受診履歴と受診者属性(性別、年代)のデータを使います。「特定健診受診履歴」の例のように仮に過去4年のデータを

対象にした場合、受診履歴と受診者属性をもとに分析を行い、受診確率(=勧奨なしでも健診を受診する確率)と、反応確率(=受診勧奨することで受診確率がどの程度あがるかを示した数値)を算出します。この「受診確率」と「反応確率」の両方の数値を鑑み、勧奨することで受診する可能性が高くなる効果順に勧奨を行えば効率的です。

受診確率順に並び替えた「勧奨効果の見極め」では、Eさん、Hさんはデータ上では、定期化しているため勧奨をしなくても受診してくれる可能性が高いと考えられます。実際、受診確率は二人とも8割以上の数値です。受診確率が50%未満、もしくは受診勧奨に対する反応確率も10%未満のBさん以下は勧奨による受診の可能性が低いこと

が予想できます。そうなると右表のAさんからGさんまで、もっとも「受診勧奨による効果が高い人」ということとなります。このように、受診確率と反応確率を総合的に見ただうえで、個々の住民に対するリコールの実施の有無を決定していきます。この方法はがん検診でも活用できます。

A、I、C、Gさんに対する施策が効果的

例 特定健診受診履歴

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度の受診確率	受診勧奨に対する反応確率
Aさん	○	×	○	○	74%	11%
Bさん	○	○	○	×	46%	11%
Cさん	×	×	○	○	75%	10%
Dさん	○	×	○	×	42%	11%
Eさん	○	○	○	○	87%	6%
Fさん	○	○	×	×	21%	8%
Gさん	×	○	×	○	57%	11%
Hさん	×	○	○	○	81%	9%
Iさん	○	○	×	○	64%	12%
Jさん	×	○	○	×	43%	11%

例 勧奨効果の見極め

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度の受診確率	受診勧奨に対する反応確率
Eさん	○	○	○	○	87%	6%
Hさん	×	○	○	○	81%	9%
Aさん	○	×	○	○	74%	11%
Iさん	○	○	×	○	64%	12%
Cさん	×	×	○	○	75%	10%
Gさん	×	○	×	○	57%	11%
Bさん	○	○	○	×	46%	11%
Jさん	×	○	○	×	43%	11%
Dさん	○	×	○	×	42%	11%
Fさん	○	○	×	×	21%	8%



自治体Aの特定健診受診確率をがん検診受診率で算出

(注) 厚生労働省の資料による。

図表 2-(1)-⑰ 都道府県で重点勧奨対象者を設定し市町村に対して周知を行っている事例

都道府県名	概要												
大阪府	<p>大阪府は、コール・リコールを活用したがん検診を限られた予算で効率的に実施するためには、対象者を絞った受診勧奨とすることが必要であるとして、「大阪府がん対策推進委員会がん検診・診療部会」における検討を経て、罹患率・死亡率等の分析を踏まえた部位ごとの重点受診勧奨対象者を市町村に対し文書で周知するとともに、がん検診対象者に対する研修においても紹介している。</p> <p>なお、平成 26 年度における大阪府内の市町村のがん検診における重点受診勧奨対象者への受診勧奨の実施状況は、下表のとおりである。大阪府は、平成 27 年度における市町村の実施状況を踏まえ、今後、効果の検証を行うこととしている。</p> <p style="text-align: center;">表 重点受診勧奨対象者への受診勧奨の実施状況</p> <table border="1" data-bbox="435 667 1329 797"> <thead> <tr> <th>部位</th> <th>胃</th> <th>大腸</th> <th>肺</th> <th>乳房</th> <th>子宮頸</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施市町村数</td> <td>36 (83.7%)</td> <td>42 (97.7%)</td> <td>35 (81.4%)</td> <td>39 (90.7%)</td> <td>38 (88.4%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注)1 大阪府提供資料に基づき、当省が作成した。 2 ( ) 内は、市町村総数 (43) に対する割合である。</p> <p>(以下、大阪府の資料から抜粋)</p> <p>(1) 胃、大腸、肺がん検診【60 歳～69 歳】 (設定の根拠)</p> <p>① 罹患率・死亡率の観点 胃・大腸・肺は年齢が高くなるにつれて罹患率の上昇するがん種であり、壮年期での罹患率は低い。 特に減少を続ける胃がんでは 40 歳代での罹患率の低下は著しく、検診の対象者からも 40 歳代を外すべきであるという専門家の意見も多い。</p> <p>② 有効性の観点 各がん検診の有効性については、いずれの臓器も 40 歳-79 歳を対象とした集団で確認されている。 ただし大腸については、40-44 歳を含んだ研究は国内の症例対照研究一件に限られる。</p> <p>③ 健康保険の観点 がん検診（職域・人間ドッグ含む）の受診率を健康保険種別に見た分析で最も低いのは、国民健康保険加入者であり、その加入者は 60 歳以降で過半数を超えている。</p> <p>④ 総合的な判断 罹患率・国民健康保険加入率の観点から、重点受診勧奨対象者層の年齢下限は 60 歳とした。 これらのがん種は、年齢が高くなるにつれて罹患率が飛躍的に高くなるため、年齢が高いものを対象に含めるほど発見率は高くなる。しかし、個人の人生観等により精密検査や治療を拒否される方も高齢者では多く、また侵襲的検査（痛みや危険などを伴う検査）による偶発症のリスクも高くなることから、一律な受診勧奨には適していないと考えられたため、重点受診勧奨対象者層の上限は 69 歳までとした。</p> <p>(2) 乳がん検診【50 歳～69 歳】 (設定の根拠)</p> <p>① 罹患率・死亡率・生存率の観点 罹患率は 40 歳～44 歳で 10 万人対 80、45 歳～49 歳で 130.5 と小さなピークがあり、50 歳代以降では年齢が高くなっても罹患率は 100 以上で横ばいである。</p>	部位	胃	大腸	肺	乳房	子宮頸	実施市町村数	36 (83.7%)	42 (97.7%)	35 (81.4%)	39 (90.7%)	38 (88.4%)
部位	胃	大腸	肺	乳房	子宮頸								
実施市町村数	36 (83.7%)	42 (97.7%)	35 (81.4%)	39 (90.7%)	38 (88.4%)								

死亡率は 55 歳-59 歳、65 歳-69 歳に二つのピークがある。

5 年相対生存率は 90%を上回る。

② 有効性の観点

がん検診の有効性については、50 歳-69 歳を対象とした（一部 74 歳まで含む）研究で確認され、すべてのガイドラインでマンモグラフィ検診が推奨されている。

40 歳-49 歳については、有効性は確認されているものの、効果の大きさはやや小さく不利益とのバランスから推奨されていないガイドライン（USPSTF など）も散見される。

有効性を示した研究においては検診開始後 7 年目から死亡率の差が検出されている。

③ 検診精度の観点

マンモグラフィ検診の発見率は年齢とは関係なく横ばいで罹患率のパターンとは合致しないことから、40 歳代の精度には問題があると言われている。

陽性反応適度は年齢が高くなるについて上昇することから、40 歳代では要精検となっても疑陽性（がんではないのに精密検査が必要とされた）の確率が高い。

④ 健康保険の観点

国民健康保険者の受診率をもっとも低い。

⑤ 総合的な判断

罹患率の観点からは 45 歳～49 歳が罹患のピークであるが、検診の有効性・精度からは 40 歳代には若干の問題がある。一方要精検者の偽陽性率は 40 歳代で明らかに大きいことから検診による不利益が利益に近接することになる。よって、重点受診勧奨対象者の年齢下限は 50 歳とする。

有効性が確認されていることから 69 歳を重点受診勧奨対象者の年齢上限とする。

70 歳代以上へのマンモグラフィ検診は上皮内癌の発見率が高いもののこれらは致死にならない可能性があり、検診の受診を促すことが過剰診断を招くことにつながることから積極的な受診勧奨は行わない。

(3) 子宮頸がん検診【25 歳～44 歳】

(設定の根拠)

① 罹患率・死亡率の観点

罹患率は、30 歳代をピークにし、50 歳代からは減少していく。

死亡率は概して低く、40 歳代以降は 10 万人対 5 程度で横ばいである。

② 有効性の観点

20 歳-79 歳において死亡率減少効果は確認されている。浸潤がん罹患減少効果は 75 歳以下で確認されているが、国内からの研究では 35 歳-79 歳で示されている。

③ 妊娠可能性の観点

妊娠可能性（子宮温存）の観点では、大阪府在住女性の出生率（H22 年）は 40 歳～44 歳で 0.75%、45 歳～49 歳で 0.02%となっている。

④ 総合的な判断

子宮頸がんは死亡率が検診対象の他のがんに比べて低いことから、検診としての目的はセカンド・エンドポイントである浸潤がん罹患の減少として位置づけられている。

このため妊娠可能性を重視し、44 歳を重点受診勧奨対象者の上限とする。妊娠可能性という観点からは、より若年者を対象に含めるべきではあるが、修学期に検診を受診することは現時点では容易ではなく、学校でのがん予防教育の普及ならびに学校内で検診を受診できるような体制が構築されないと受診率の向上は期待できない。

よって 25 歳を重点受診勧奨対象者の下限とする。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(1)-⑩ 「各種健診等の連携についての考え方」(平成 19 年 3 月 20 日付け事務連絡(厚生労働省保険局、老健局、健康局)) <抜粋>

<p>一 現行制度における各種健診等の連携</p> <p>2. 基本健診とがん検診の関係</p> <p>(1) がん検診(胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん及び子宮がん)についても、基本健診と、①案内、広報は共通、②受診券、問診票等を一度に送付、③健診機関が対応できる場合には同時受診、④同時受診すれば健診結果を一度に送付(⑤健診機関とは、基本健診と同じ契約、⑥同じシステム上でデータを保存)する等の対応をしている場合がある。</p> <p>しかしながら、基本健診とは対象者が完全には一致しておらず(例:子宮がんは 20 歳以上 2 年毎等)、検査項目も重複しておらず、乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもない。このため、個人が健診ごとに受診せざるを得ない場合も多く、①～⑥の対応が行われていない場合もある。</p> <p>二 制度改正後の各健診の連携のあり方</p> <p>5. がん検診等と特定健診・保健事業との関係</p> <p>(1) ①検査項目が重複しておらず、②乳がん検診等は全ての医療機関で実施できるわけでもないことに加え、新たに③対象者が一致しない(住民全員を対象とするか否か、対象年齢、性別等々)、④市町村の担当課(保健事業の場合は実施主体)、⑤一般会計・特別会計の別、⑥健診データの送付先、保存場所及び費用の請求先、⑦電子化の有無なども異なることとなった。</p> <p>(2) <u>したがって、これらは原則として別事業として実施しても差し支えないが、がん検診の受診率の確保を図るために、なるべく保健担当課は他課や医療機関と受診できる期間等を調整。</u></p>
--

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑱ 「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」(平成 21 年 10 月 14 日付け事務連絡(厚生労働省健康局、保険局)) <抜粋>

2. 内容

都道府県のがん対策主管課及び国民健康保険主管課(以下「都道府県」という。)においては、市町村のがん対策主管課と特定健診の実施主体である医療保険者が、受診者の利便性に配慮した効果的な健診情報を対象者へ提供できるよう、がん検診と特定健診の実施機関等の情報をそれぞれの部署が共有できるようお願いします。

また、その調整にあたっては、がん検診及び特定健診の実施体制が市町村や医療保険者によって様々であるため、以下の内容について当該管轄下の実態に合わせた対応をお願いします。

(1) がん検診と特定健診の実施機関情報の共有化

① 都道府県は、市町村のがん検診の実施機関情報を集約し、被用者保険のとりまとめ保険者を通じて都道府県内の被用者保険の各保険者へ提供

② 都道府県は、被用者保険のとりまとめ保険者が集約した都道府県内の被用者保険の各保険者の特定健診の実施機関情報を、市町村へ提供(市町村国保については、市町村内にて実施機関の情報共有を図る。)

(2) 市町村におけるがん検診と特定健診の同時実施の体制づくり

都道府県においては、情報の共有化に限らず、同時実施の体制づくりが可能と認めた場合には、以下の内容についての調整をお願いします。

○ 特定健診とがん検診の同時実施の体制について、調整による体制づくりが可能な場合には、がん検診と特定健診が、できる限り同じ日時・会場が受診できるよう調整を行う。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(1)-⑳ 「がん検診受診率向上施策ハンドブック」(平成 28 年 2 月)におけるがん検診と特定健診が連携した効果的な受診勧奨の取組事例

Framework 特定健診との同時受診

# 1 どのがん検診を受けるのか、ではなく どうしても受けたくない検診を選んでもらう

## がん検診は「オプションサービス」に見える

特定健診とがん検診の違いについて受診者は理解していません。しかも、がん検診を受けない理由は「たまたま受けていない」、「面倒だから」など比較的あいまいなものが多いです。特定健診を受ける際に当たり前のようになんか検診を受けることができれば受診率は改善します。ひとつの解決策は、「ミニ人間ドック」のような同時受診の仕組みの提供です。

## 「Opt-in」(オプトイン)と、「Opt-out」(オプトアウト)

受診者の立場に立って、申込方法の改善についても検討してみましょう。複数のがん検診の中から受けたい検診を選ぶ申込方法が一般的ですが、これは「Opt-in」(オプトイン)と呼ばれる手法です。「Opt-out」(オプトアウト)方式は、逆に受けたくない検診を選んでもらいます。申込の際に、明白に受けたくない理由が

ない限りは検診を受けることになるので、より多くの種類のがん検診を受けてもらえる可能性が広がります。「Opt-in」方式のほうが一般的ですが、「Opt-out」方式を採用できれば、受診率はさらに向上する可能性があります。



**HINT**

同時受診の調整や手配が難しければ、申込シートの見直しを検討しましょう。できることからひとつずつ進めるのが継続につながります。まずは実行。そして効果検証を繰り返し、単年度の結果だけでなく、長期的に考えましょう。



**〇〇市 健(検)診申込書**

お名前  
ご住所  
お電話番号

〇〇市の健康診断では、今年度、あなたが受診したい健(検)診に○を付けて、返信用封筒に入れてご投函ください。

受診したいものに○印	健(検)診	費用
<input type="checkbox"/>	特定健診	0円
<input type="checkbox"/>	胃がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	肺がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	300円
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査	500円
<input type="checkbox"/>	乳がん検診(女性のみ)	1000円
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診(女性のみ)	1000円

期限:平成〇年〇月〇日(〇)まで

お問い合わせ先  
〇〇市国民健康保険課・健康管理課  
〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇1丁目1番1号

**〇〇市 健(検)診申込書**

お名前  
ご住所  
お電話番号

〇〇市の健康診断では、今年度、あなたが受診しない健(検)診に×を付けて、返信用封筒に入れてご投函ください。

受診しないものに×印	健(検)診	費用
<input type="checkbox"/>	特定健診	0円
<input type="checkbox"/>	胃がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	肺がん検診	500円
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	300円
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検査	500円
<input type="checkbox"/>	乳がん検診(女性のみ)	1000円
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診(女性のみ)	1000円

期限:平成〇年〇月〇日(〇)まで

お問い合わせ先  
〇〇市国民健康保険課・健康管理課  
〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇1丁目1番1号

## After Opt-out

「Opt-in」と「Opt-out」方式の健診(検診)申込書例

「Opt-in」は受けたいものを選択すること、5つのがん検診の中からどれを受けるか選んでもらうこととなります。「Opt-out」は受けたくないものを選択すること、5つのがん検診の中から受けたくないものを選んでもらいます。似ているようで心理的に大きく異なります。「Opt-out」の場合には、「嫌でない限りはすべて受けてもらいたい」という自治体の意思が伝わりやすくなります。

## Before Opt-in



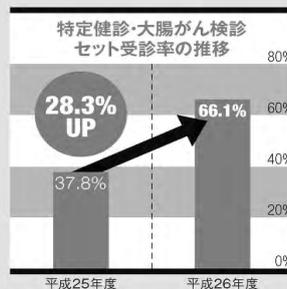
### 実例 東京都八王子市

#### 検査キット同封で 大腸がん検診受診率 28%アップ

平成26年、八王子市では特定健診と大腸がん検診のセット受診を促すべく、特定健診の前年度受診者に対して大腸がん検査キットを同封するという施策を実施しました。以前までは特定健診受診者のうち、37.8%が

大腸がん検診を受けていましたが、検査キットの同封効果もあり、同時受診率は66.1%になりました。

使われなかったキットの費用など課題もありますが、八王子市では各施策での費用対効果の比較や、対象者数を絞って試験的に実施するなどの工夫を重ねています。



(注) 厚生労働省の資料による。

(2) がん検診受診率の算定方法等の見直し

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>がん検診受診率向上に向けた取組を推進するためには、正確な受診率を把握して都道府県間・市町村間で比較し、その状況に応じて必要な施策を講ずることが重要となる。</p> <p>また、加速化プランにおいても、「目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各市町村が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」とされている。</p> <p>厚生労働省は、市町村が実施するがん検診の対象者数及び受診者数について、毎年度、全国の市町村を対象に調査する「地域保健・健康増進事業報告」（以下「事業報告」という。）において把握している。事業報告の記入要領では、がん検診の対象者数について、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上（子宮頸がん検診は 20 歳以上）の者とされ、なお書きにおいて「がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り（受診希望の有無等に係らず）網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること」とされており、市町村が、がん検診台帳（項目 2 (1) における「対象者名簿」と同じ。）を基に把握する実測値を計上することとされている。</p> <p>一方、がん検診受診率の分母となる対象者数については、従来から、各市町村が独自の考え方により設定しており、複数の市町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価することができないという課題があった。</p> <p>このため、20 年報告書では、市町村事業におけるがん検診受診率を比較・評価するための対象者数を統一した算出方法として、次の算出方法が提案された。</p> <p>（20 年報告書の算出方法）</p> $\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left( \text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right) - \text{④要介護 4・5 認定者}$ <p>（注）①、②及び③については、40 歳以上（子宮頸がん検診は 20 歳以上）・男女ごとに直近の国勢調査の人数を活用。④は、介護給付費実態調査を活用。</p> <p>20 年報告書では、今後、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等（以下「協議会」という。）が、市町村事業におけるがん検診の事業評価（特に市町村間の比較）を実施するに当たっては、上記に基づいて算出された対象者数を分母としたがん検診受診率を用いることが必要とされている。</p> <p>こうした中、国立がん研究センターでは、20 年報告書で提案された算出方法とは一部異なる次の算出方法により、全市町村のがん検診受診率を算出し、同センターのホームページに掲載している。また、厚生労働省は、「市町村がん検診事業の充実強化について」（平成 21 年 3 月 18 日付け健総発 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知。以下「充実強化通知」という。）を都道府県に対して発出し、当該算出方法を示すとともに、当該算出結果を参考に市町村がん検診の精度管理・事業評価を適切に行うよう管内市町村に対する指導・助言を要請している。</p>	<p>図表 2-(1)-⑤ (再掲)</p> <p>図表 2-(2)-①</p> <p>図表 2-(2)-②</p> <p>図表 2-(2)-③</p>

(充実強化通知の算出方法)

$$\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left( \text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right)$$

(注) ①、②及び③の定義は20年報告書の算出方法に同じ。

一方、がん検診は、健康増進事業として市町村が実施するほか、職域においては、保険者や事業主が任意で実施している。「平成25年国民生活基礎調査」によれば、がん検診受診者の4割から7割は職域で受診しているとされているが、国のがん対策における位置付けは明確にされておらず、また、保険者や事業主が実施するがん検診の実態も正確につかめていないとされている。これについて、20年報告書では「職場におけるがん検診等を含むがん検診受診率を把握することが必要」とされており、また、中間評価報告書では「受診率を正確に把握するためには、職域で行われているがん検診の受診状況を把握する体制構築の検討が必要である」とされている。さらに、加速化プランでは、「保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する」、「各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する」、「保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する」こととされ、これらについて現在検討が進められている。

#### 【調査結果】

##### ア 市町村が事業報告時に用いる対象者数の算出方法

今回、調査対象52市区における、事業報告時に用いる対象者数の算出方法を調査した結果、i)がん検診台帳に基づく実測値が8市区(注)、ii)20年報告書の算出方法に基づく推計値が10市区、iii)充実強化通知の算出方法に基づく推計値が21市区、iv)市町村独自の算出方法に基づく推計値が4市区、v)都道府県独自の算出方法に基づく推計値が9市区と、市区によって算出方法が区々となっており、事業報告により市町村間の受診率の比較が困難な状況となっている。

(注) 職域で受診機会がある者も含む40歳以上(子宮頸がんは20歳以上)の全人口。

当省において、これらの算出方法の違いにより、受診率にどの程度、差が生じるか比較したところ、例えば、ある市区では、i)がん検診台帳に基づく実測値で算出した受診率が10.6%であるのに対し、iii)充実強化通知の算出方法に基づく推計値で算出すると25.7%となるなど、相当な較差が生じる例もみられた。

##### イ 都道府県が市町村間の受診率を比較・評価するための対象者数の算出方法

今回、調査対象17都道府県における管内市町村の受診率を比較・評価するための対象者数の算出方法を調査したところ、i)20年報告書の算出方法により集計しているものが3都道府県、ii)充実強化通知の算出方法により集計しているものが8都道府県、iii)独自の算出方法により集計しているものが3

図表2-(1)-⑤  
(再掲)

図表2-(2)-④

図表2-(2)-⑤

図表2-(2)-⑥

都道府県、iv) 特に算出方法を決めていないものが3都道府県と、都道府県によって区々となっており、厚生労働省が20年報告書で示した算出方法が必ずしも用いられておらず、都道府県間の比較が困難な状況となっている。

前述のとおり、がん検診受診率向上に向けた取組の推進のためには、正確な受診率を把握して都道府県間・市町村間で比較し、その状況に応じて必要な施策を講ずることが重要であるにもかかわらず、現在においては、国として把握・比較することが困難な状況となっているほか、各都道府県や市町村が全国での位置付けを確認し、施策に役立てることも困難な状況となっている。

また、調査対象都道府県及び市町村から、受診率の算出方法が統一されていないことを問題視する意見が聴かれた。

これら調査結果の原因としては、次のことが考えられる。

- ① 事業報告において把握すべき対象者の範囲が、職域で受診機会がある者を含めるかについて不明確

事業報告において把握すべき対象者の範囲は、前述のとおり、記入要領において、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上（子宮頸がん検診は20歳以上）の者とされている一方で、なお書きにおいて「がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り（受診希望の有無等に係らず）網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること」ともされており、分かりにくい記載となっている。

20年報告書では、事業報告時に用いる対象者数の算出方法が統一されていないことが課題として指摘され、統一的な算出方法が提案されたことを受け、厚生労働省は、事業報告時に用いる対象者数について、同算出方法に変更することも検討したが、統計調査としての継続性や正確性を考慮する必要があるとして、変更していない。

また、今回、事業報告の記入要領で指定されているがん検診台帳に基づく実測値ではなく、その他の算出方法による推計値を用いている44市区に対し、その理由を調査したところ、厚生労働省が、がん検診台帳に基づく実測値から職域で受診機会がある者を除外することを求めているにもかかわらず、「がん検診台帳から職域で受診機会がある者を除いて対象者を算出することが困難であるため」と回答した市区が25市区みられた。

このことは、市町村が、事業報告において把握すべき対象者の範囲が不明確であるために、がん検診台帳に基づく実測値の算出に当たっては、職域で受診機会がある者を除く必要があると認識していることを表している。

このような市町村の理解は、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく健康増進事業について」（平成20年3月31日付け健発第0331026号厚生労働省健康局長通知）において、「医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けることができる場合は、市町村における健康増進事業を行う必要はないものとする」

図表 2-(2)-⑦・  
⑧

図表 2-(2)-⑨

図表 2-(2)-⑩

と規定されていることに起因していると考えられる。

② 20年報告書及び充実強化通知の趣旨が不明確

厚生労働省は、市町村事業におけるがん検診受診率を比較・評価するための統一的な算出方法は、20年報告書の算出方法が望ましいとしており、充実強化通知の算出方法による受診率は、国立がん研究センターが全市町村の受診率を算出してホームページに掲載し、都道府県が市町村のがん検診の精度管理・事業評価を適切に行うために参考として示したものであるとしている。しかし、厚生労働省のこうした考え方は、都道府県及び市町村において十分に認識されておらず、前述のとおり、一部の都道府県では、精度管理において充実強化通知の算出方法を活用している状況であるほか、本来、がん検診台帳に基づく実測値を報告すべき事業報告に、20年報告書や充実強化通知の算出方法に基づく推計値が報告されている状況となっている。

一方、20年報告書や中間評価報告書において指摘されているように、受診率を正確に把握するためには、職域におけるがん検診の受診状況を把握する体制の構築が必要である。現在、加速化プランを踏まえて、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表することが検討されている。

職域におけるがん検診については、現状、保険者や事業主は任意でがん検診を実施しているため、加速化プランにおいても指摘されているとおり、国のがん対策における位置付けを明確にするとともに、職域におけるがん検診に対するガイドラインの策定が求められる。

また、職域におけるがん検診受診率の算定方法等を検討している厚生労働省のがん検診受診率等に関するワーキンググループにおいて、保険者が受診率を把握する上での課題として、i) 検診実施機関から提供される検診結果が紙媒体のみで管理されている場合がある上に、電子データであってもフォーマットが異なっているため、必ずしも検診データを集約することができないこと、ii) 事業主が検診を実施している場合は、個人情報の保護の取扱いから、本人の同意を得ない限り、検診結果を把握することができないことが指摘され、これらの課題を解消するため、①検診結果の電子フォーマットの統一化、②検診実施機関でのデータ集約などが提案されている。

このような保険者における検診結果の把握上の課題を考慮した上で、職域におけるがん検診の受診状況を効率的に把握するための方策について検討することが重要と考えられる。

**【所見】**

したがって、厚生労働省は、がん検診受診率を正確に把握し、比較可能なものとする観点から、次の措置を講ずる必要がある。

① 市町村事業におけるがん検診受診率について、都道府県及び市町村の実態を踏まえて、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し、

<p>その結果を都道府県及び市町村に周知徹底すること。</p> <p>② 職域における正確ながん検診受診率の効率的な把握方策について検討すること。</p>	
---	--

図表 2-(2)-① 「地域保健・健康増進事業報告作成要領」(平成 27 年度分) <抜粋>

<p>IV 健康増進(全市町村・特別区)</p> <p>15(1) 健康増進(健康手帳の交付等)</p> <p>15(1)-01 健康増進事業等の対象者</p> <p>記入要領</p> <p>胃がん、肺がん及び大腸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の男女を対象とする。</p> <p>乳がん検診については当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の女性を対象とする。</p> <p>子宮頸がん検診については当該市町村の区域内に居住地を有する 20 歳以上の女性を対象とする。</p> <p><u>なお、がん検診台帳をもとに当該市町村の区域内に居住する者について可能な限り(受診希望の有無等に係らず)網羅的に対象集団として捉え、事業の対象者として適切な対象者数を計上すること。</u></p> <p>原則 2 年に 1 回の受診である子宮頸がん検診や乳がん検診についても、対象者数は上記と同様に計上すること。</p> <p>質疑応答</p> <p>問 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書」(平成 20 年 3 月 がん検診事業の評価に関する委員会)の 3. 2 (2)①「市町村事業におけるがん検診の対象者について」に示された計算式により算出される対象者数と、本項目における「対象者」とは、どのような関係にあるのか。</p> <p>答 当該報告書に示された計算式により算出される対象者数は、あくまでがん検診の受診率を比較、評価するために行う推計法として提案されたものであり、がん検診台帳等をもとに算出した本項目における対象者とは位置づけが異なるものである。</p>
---

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-② 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」(平成 20 年 3 月  
がん検診事業の評価に関する委員会) <抜粋>

3. 2. 「目標と標準の設定」に関する問題

(2) 具体的な対応

① 市町村事業におけるがん検診の対象者について

市町村事業におけるがん検診の受診率を比較・評価するために用いる、「対象者数」の算出方法を本委員会として以下の通り提案する。

$$\text{市町村事業におけるがん検診対象者数} = \text{①} - \text{②} + \text{③} - \text{④}$$

[男女別 5 歳刻みの各年齢群での対象者数の合計人数]

① 40 歳以上の市町村人口 [総務省自治行政局「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」または総務省統計局「国勢調査報告」第 1 次資料 (5 歳刻み)] (国勢調査は 5 年毎)

② 40 歳以上の就業者数 [総務省統計局「国勢調査報告」第 2 次基本資料 (5 歳刻み) 5 年毎更新]

③ 農林水産業従事者 [総務省統計局「国勢調査報告」第 2 次基本資料 5 年毎更新]

a) 第 1 次産業就業者 市町村別 (15-64 歳、65 歳以上の 2 区分)

b) 第 1 次産業就業者 都道府県別 年齢別 (5 歳刻み) の割合に合わせて、市町村の 5 歳刻みの人数を推計

④ 要介護 4・5 の認定者 [介護給付費実態調査 (5 歳刻み) ]

(※) 子宮がん、乳がんについてはそれぞれ 20 歳以上、40 歳以上の女性とする。

(※) 本計算方法の検討にあたっては以下の点を留意した。

- ・市町村が既存資料を用いて容易に計算できること
- ・年齢階級別に対象者が計算できること
- ・現在市町村から報告されている対象者数と一定の相関があること

(※) 本計算方法は、一定程度正確性を犠牲にしたうえで市町村毎の比較が可能となることを目的として提案するものであり、今後必要に応じてよりふさわしいものへと見直しを検討されるべきものである。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-③ 「市町村がん検診事業の充実強化について」(平成 21 年 3 月 18 日付け健総発第 0318001 号厚生労働省健康局総務課長通知) <抜粋>

(略)

今般、平成 19 年 6 月から開催された「がん検診事業の評価に関する委員会」において取りまとめられた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)において提案された、複数の市町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価するため用いる対象者数の統一的な考え方を参考として、別紙の通り「推計対象者数」の算出をおこなうとともに、「推計対象者数」を用いた平成 18 年度のがん検診受診率を、全市町村について算出したところである。

貴職におかれては、上記の算出結果を参考として、市町村がん検診の精度管理・事業評価を適切に行うよう、管内市町村に対する指導・助言方よろしく願います。

(略)

(別紙)

市区町村におけるがん検診の受診率の算出について

### 背景について

市区町村が実施するがん検診(以下「市区町村がん検診」)の受診状況等については、「地域保健・老人保健事業報告」(平成 20 年度から「地域保健・健康増進事業報告」)により毎年公表されている。

一方で、がん検診受診率の分母となる「対象者数」について、各市区町村がそれぞれ独自の考え方により設定しており、このため、複数の市区町村のがん検診受診率を同一基準で比較・評価することができなかった。

このため、厚生労働省に設置された「がん検診事業の評価に関する委員会」において専門家による検討を行い、市区町村がん検診の受診率を比較・評価するために用いる「対象者数」の統一的な考え方が、同委員会報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(平成 20 年 3 月)において提案された。

### 今回の算出について

この度、同報告書の提案を踏まえ、以下の方法により「推計対象者数」の算出をおこなうとともに、「推計対象者数」を用いた平成 18 年度のがん検診受診率を、全市区町村について算出したところである。平成 19 年度以降のがん検診受診率についても、引き続き同様の算出を行っていくこととする。

- 受診率の分母は、上記報告書において提案された考え方を参考として、以下の方法により算出した。各係数には、「平成 17 年国勢調査」において報告された人数を用いた。

40 歳以上(子宮がん検診は 20 歳以上)・男女ごとに、以下の計算式で算出した人数を「推計対象者数」とする。

各係数は直近の国勢調査において報告された人数を用いる。

$$\text{推計対象者数} = \text{市区町村人口} - \left[ \text{就業者数} - \text{農林水産業従業者数} \right]$$

(注) 下線は、当省が付した。

図表 2-(2)-④ 調査対象市区における事業報告時に用いる対象者の算出方法

(単位：市区、%)

報告方法	算出方法	市区数	構成比
i) がん検診台帳に基づく実測値	・市町村が整備するがん検診台帳に基づく 40 歳以上(子宮頸がんは 20 歳以上)の市町村の全人口	8	15.4
ii) 20 年報告書の算出方法に基づく推計値	・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」	10	19.2
iii) 充実強化通知の算出方法に基づく推計値	・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」	21	40.4
iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「市町村人口」－「就業者数」－「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「治療中・長期不在等で受診出来ない者」</li> <li>・「国民健康保険加入者」＋「生活保護受給者」＋「後期高齢者医療制度加入者」－「老人ホーム等施設入所者」－「重度身体障害者施設入所者」－「居宅介護サービス受給者」－「入院者」－「国保人間ドック受診者」－「出稼ぎ者」</li> <li>・『健康診査等受診意向調査票兼申込書』による回答数(全戸に配布し回答率約 60%)－「市の健診を受けない(職場で受診・主治医で受診・その他)回答数」＋「国民健康保険及び後期高齢者医療制度加入者の未回答数」</li> <li>・「市町村人口」－「就業者数」＋「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「被爆者」</li> </ul>	4	7.7
v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <math>A \times \alpha</math></li> <li>A：当該年度 4 月 1 日現在年齢階級(5 歳階級)別人口</li> <li><math>\alpha</math>：(人口－就業者＋雇人のいない事業主＋家族従事者＋家庭内職者)÷人口</li> <li>(抽出調査による算出式)</li> <li>①「区市町村が行うがん検診対象者数」＝「がん検診の対象年齢者」－「職場で受診がある者＋医療の中で検診相当行為を受けた者＋個人的に検診を受けた者＋入院・療養中等で検診を受診できない者」</li> <li>②「対象人口率」＝「抽出調査における区市町村が行うがん検診対象者数」÷「抽出調査におけるがん検診の対象年齢者数」</li> <li>③「対象人口率」を対象者年齢者数に乗じて「検診対象者数」を算出</li> <li>・「市町村人口」－「就業者数」＋「農水業従事者」－「要介護 4・5 認定者」－「県内市町に居住する被爆者健康手帳等所持者及び第 1 種健康診断受診者証所持者」</li> </ul>	9	17.3
合計		52	100

(注) 当省の調査結果による。

図表2-(2)-⑤ 対象者の算出方法による受診率の比較（平成26年度）（試算）

（単位：人）

対象者の算出方法	調査対象市区	左記の算出方法による対象者数及び受診率			充実強化通知に基づく対象者数及び受診率			受診率の差異 (b-a)
		受診率(a)	受診者	対象者数	受診率(b)	受診者	対象者数	
i) がん検診台帳に基づく実測値	仙台市	23.2%	82,314	354,165	29.9%	82,314	275,009	6.7%
	登米市	44.3%	17,242	38,894	54.3%	17,242	31,747	10.0%
	大崎市	27.7%	15,692	56,577	35.0%	15,692	44,854	7.2%
	さいたま市	31.1%	111,765	359,093	36.0%	111,765	310,668	4.9%
	秩父市	4.9%	2,068	42,004	9.2%	2,068	22,448	4.3%
	守山市	10.6%	4,480	42,295	25.7%	4,480	17,423	15.1%
	新居浜市	5.3%	4,001	75,505	10.0%	4,001	39,946	4.7%
	西海市	16.3%	1,948	11,968	15.1%	1,948	12,922	-1.2%
	計	24.4%	239,510	980,501	31.7%	239,510	755,017	7.3%
ii) 20年報告書の算出方法に基づく推計値	土別市	12.9%	1,139	8,801	12.6%	1,139	9,030	-0.3%
	深川市	25.9%	2,341	9,048	22.2%	2,341	10,563	-3.7%
	山形市	29.9%	21,595	72,224	28.9%	21,595	74,770	-1.0%
	米沢市	26.5%	7,087	26,700	25.4%	7,087	27,948	-1.2%
	本庄市	11.7%	2,818	24,008	11.7%	2,818	24,106	0.0%
	和光市	35.9%	6,699	18,647	41.7%	6,699	16,067	5.8%
	高松市	35.5%	41,193	116,124	34.1%	41,193	120,815	-1.4%
	坂出市	24.9%	4,831	19,365	24.2%	4,831	19,937	-0.7%
	三豊市	30.3%	7,273	24,006	29.1%	7,273	24,998	-1.2%
	南島原市	27.5%	5,806	21,099	26.7%	5,806	21,707	-0.8%
	計	29.6%	100,782	340,022	28.8%	100,782	349,941	-0.8%
iv) 市町村独自の算出方法に基づく推計値	青森市	37.7%	28,249	74,976	28.4%	28,249	99,597	-9.3%
	平川市	35.8%	3,928	10,967	28.8%	3,928	13,620	-7.0%
	天童市	56.2%	8,240	14,654	42.0%	8,240	19,633	-14.3%
	長崎市	11.7%	12,123	103,684	8.4%	12,123	143,795	-3.3%
		計	25.7%	52,540	204,281	19.0%	52,540	276,645
v) 都道府県独自の算出方法に基づく推計値	文京区	28.3%	20,622	72,913	41.5%	20,622	49,679	13.2%
	武蔵野市	43.6%	21,388	49,109	58.1%	21,388	36,826	14.5%
	三鷹市	43.3%	26,761	61,738	56.2%	26,761	47,613	12.9%
	金沢市	14.2%	19,641	137,860	17.0%	19,641	115,683	2.7%
	輪島市	11.1%	1,624	14,619	12.9%	1,624	12,615	1.8%
	野々市市	32.1%	3,890	12,100	38.4%	3,890	10,126	6.3%
	広島市	22.6%	51,501	227,549	17.3%	51,501	297,479	-5.3%
	呉市	9.6%	7,318	76,503	8.9%	7,318	82,225	-0.7%
	安芸高田市	34.7%	3,619	10,424	28.9%	3,619	12,540	-5.9%
	計	23.6%	156,364	662,815	23.5%	156,364	664,786	-0.1%

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑥ 都道府県における市町村の受診率を比較・評価するための算出方法の使用状況

(単位:都道府県、%)

報告方法	都道府県数	構成比	都道府県名
i) 20年報告書の算出方法により集計	3	17.6	埼玉県、香川県、長崎県
ii) 充実強化通知の算出方法により集計	8	47.1	宮城県、青森県、福井県、 愛知県、滋賀県、鳥取県、 愛媛県、福岡県
iii) 都道府県独自の算出方法により集計	3	17.6	東京都、石川県、広島県
iv) 特に算出方法を決めていない	3	17.6	北海道、山形県、大阪府
合計	17	100	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100にならない。

図表 2-(2)-⑦ 調査対象都道府県における受診率の算出方法に係る主な意見

- ・ 事業報告のがん検診の対象者数の算定と、受診率を比較するための対象者数の算定を異なる方法で行うと、受診率の管理が複雑になり好ましくない。また、他の都道府県と比較を行うので、対象者数の算定方法は全国で統一すべきである。
- ・ 職域での受診状況を明らかにすることにより、より正確ながん検診受診率の把握が可能となり、ひいては受診率の向上に資する効果的な対策を講ずることにつながるため、県独自で調査を実施しているが、本来は、国が主導して正確な受診率の算出方法を定めるべきではないか。
- ・ 事業報告の受診率は職域を含まないものであり、職域を含む受診率として「国民生活基礎調査」があるが、これは全数調査ではなく、また聞き取りによる調査であるため回答者の記憶違いがあるなど、正確性が怪しいものである。このため、県内の職域を含めた受診率を算定する仕組みが現在ない状況である。がん検診の受診状況の実態を正確に把握するためにも、国において、職域を含むがん検診受診率の算定の仕組みを確立してもらいたい。
- ・ 事業報告で算出した受診率と「国民生活基礎調査」に基づく受診率を県のホームページで県民向けに公表しているが、がんの種別によって大きな差がみられ、一般には分かりにくいものとなっている。国は、受診率を向上させるための基礎となる対象者（母数）の把握方法について、はっきりとした方向を示してほしい。
- ・ 少なくとも、事業報告の数値など他の都道府県・市町村と比較するものは、国で統一した方法で算出するよう徹底して指導してほしい。
- ・ 職域でのがん検診の受診者を把握できれば、より正確に市町村事業の対象者数を把握できるので、国において把握するとともに、市町村に情報共有できるようなシステムを構築してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑧ 調査対象市区における受診率の算出方法に係る主な意見

- ・ 事業報告において、がん検診対象者の算出方法の解釈が、市町村でまちまちで統一されておらず、市町村間の比較・評価のためにも、統一された条件で算出した受診率を用いることが必要である。
- ・ 受診率の算出に当たっては、母数となる対象者数の算出方法が市町村によって異なり、指標としては不適切である。また、がん検診は、保険者が実施する場合や事業者が福利厚生として実施する場合もあり、受診者数の把握に当たっては、実施主体間の情報交換ができるような何らかの仕組みが必要である。
- ・ 全国統一の基準を作ってほしい。対象者の算出方法が市町村に任せられているのが現状であり比較が難しい。
- ・ 対象者の定義も算出方法それぞれで異なっており、受診率にも差が生じるため、一貫性のあるものにしてほしい。また、職域でのがん検診実施状況の把握等について、国としても積極的に努めていただき、がん検診受診率が、より信憑性の高いものとなるようにしてほしい。
- ・ 国の基本計画では、国民生活基礎調査に基づき、受診率の目標を設定しているが、国民生活基礎調査に基づく指標は飽くまでも推計値であり実態ではない。また、国民生活基礎調査では市町村単位での結果が分からない。このため、国の目指している目標値と市町村の受診率（事業報告）との比較ができない。国と市町村の目指す指標が異なり、比較ができないことは問題である。がん対策加速化プランにおいて、今後、がん検診受診率を比較可能な形で公表することとされたが、がん検診受診率の算出方法等について、市町村等へ聞き取りを行いながら実施してほしい。受診率に職域等で受診可能な者を入れることは難しいなどの現状があるため、有識者だけで決めるのではなく、現場の実態を把握しながら今後の在り方を決めてほしい。
- ・ 他の市町村の対象者の推計方法を知りたい。また、受診率は、全市町村統一した方法で算出すべきである。
- ・ 市町村間の比較が可能となるように、全市町村が同じ方法で受診率を算出することが望ましい。現在のがん検診の実施方法では、実測値を算出することは困難であるため、全ての受診者を一元管理するシステムが構築されれば一番良い。自己負担額は市町村で異なるかもしれないが、国等が職域、市町村事業をまとめて一律の受診券を発行し、一つのシステムの中で管理することができれば、正確な受診率を算定できるのではないかと。
- ・ がん検診の対象者の把握方法がいくつもあり、分かりづらい。可能であれば統一してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(2)-⑨ 事業報告の対象者数をがん検診台帳に基づく実測値で報告していない理由

(単位：市区、%)

分類	理由の例	市区数	構成比
がん検診台帳から職域で受診機会がある者を除いて対象者を算出することが困難であるため	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職域で受診機会がある者等を把握して、対象者名簿から除外することは事実上困難であるため。</li> <li>・ 職域や人間ドッグでのがん検診について、市では行っていないが、現状ではアンケート調査を行う以外にその実態をつかめない。これらの受診状況を正確に把握できるような仕組みづくりを希望する。</li> <li>・ 記入要領について、対象者数は、住民基本台帳に基づく人口ではなく、職域で受診機会がある者等を除いたものであると考えているが、職域で受診機会がある者等を把握する方法がないことから、充実強化通知の算出方法による推計値を用いている。</li> <li>・ 住民基本台帳に基づく対象年齢の全人口を対象とした対象者名簿を作成しているが、職域で受診機会がある者等の把握が困難であることから、充実強化通知で示された推計値を採用している。</li> </ul>	25	56.8
都道府県からの指導や、市区で業務上混乱を来たさないために統一するなどの判断をしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県からの指導に基づき、現状では充実強化通知に基づく母数を使用している。</li> <li>・ 事業報告と県の統計集計で対象者が異なると業務が煩雑となり、業務遂行上の混乱を来すおそれがあり、両者で対象者数を統一した方が得策であるとの判断による。</li> </ul>	18	40.9
記入要領が不明確なため	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 記入要領には、「当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の男女を対象とする」等とされているものの、何を基に記入するのかが明示されていないため。</li> </ul>	2	4.5
事実誤認や認識不足のため	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実数で算出しないことを認識していなかった。県の調査では、推計値で算出することとされているので、他の調査でも同様と認識していた。</li> </ul>	2	4.5
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん検診受診率が高い町村に視察した際に、独自の算出方法で算出していたことから、当該町村と同じ方法にした。</li> <li>・ 他の市に聞き取り調査をすると充実強化通知の算出方法により対象者数を決めている市がほとんどであったことから、他の市との比較検討する際、同じ条件の対象者数で比較した方が望ましいと判断したため。</li> </ul>	5	11.4

(注) 1 当省の調査結果による。

2 複数の分類に該当する理由を挙げた市区があるため、市区数は、がん検診台帳に基づく実測値ではなくその他の算出方法による推計値を用いている44市区と一致しない。

図表 2-(2)-⑩ 「健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業について」(平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331026 号厚生労働省健康局長通知) <抜粋>

第 1 共通的事項

9 他法による保健事業との関係

健康増進事業の実施に当たっては、医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けることができる場合には、市町村における健康増進事業を行う必要はないものとする。

(注) 下線は、当省が付した。

(3) がん検診の精度管理・事業評価の推進

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>項目2(1)で述べたとおり、がん検診によりがんを早期に発見し、がんによる死亡を減少させるためには、科学的根拠に基づき有効性が確認されたがん検診を多くの人に正しく実施することが重要であり、正しく実施するためには、がん検診の精度管理・事業評価を適切に実施し、がん検診の質を確保することが重要である。</p> <p>がん対策基本法第13条では、国及び地方公共団体は、がん検診の事業評価の実施等のがん検診の質の向上等を図るための必要な施策を講ずるものとされている。また、第2期基本計画では、「5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施する」ことが目標とされている。</p> <p>がん検診の精度管理・事業評価の実施については、20年報告書において、国、都道府県、市町村等の役割分担の下、次の三つの段階を踏んで実施することが提案されている。</p> <p>① 目標と標準の設定</p> <p>国は、i) 検診実施機関の体制、実施手順等の指標となる「技術・体制的指標」、ii) 要精検率(注1)、精検受診率(注2)、陽性反応適中度(注3)等の「プロセス指標」に係る目標値及び許容値を設定</p> <p>② 質と達成度のモニタリング・分析</p> <p>都道府県が設置する協議会において、市町村や検診実施機関から報告される「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」のモニタリング・分析及び評価を実施</p> <p>③ 改善に向けた取組</p> <p>都道府県は、協議会での評価結果をホームページ等で公表するとともに、評価結果に基づき、市町村や検診実施機関に対して、改善に向けた必要な指導等を実施。市町村は、都道府県からの指導等を踏まえ、必要に応じて検診実施機関の選定及び実施方法等の改善に向けた取組を実施</p> <p>(注1) がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者の割合をいう。  (注2) 精密検査が必要とされた者のうち、精密検査を受けた者の割合をいう。  (注3) 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をいう。</p> <p>厚生労働省は、20年報告書を踏まえ、検診指針により、i) がん検診の事業評価を行うに当たっては、20年報告書で示された技術・体制的指標により実施状況を把握するとともに、プロセス指標に基づく評価を行うことが不可欠であること、また、ii) 事業評価の基本的な考え方については、20年報告書を参照することを都道府県、市町村等に対して周知・助言している。また、国立がん研究センターは、毎年度実施している「生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査」及び「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」により、都道府県及び市町村における精度管理・事業評価の実施状況を把握し、それぞれの調査結果を都道府県及び市町村にフィードバックしている(注)。</p> <p>(注) 「精度管理」、「事業評価」及び「精度管理・事業評価」の各用語については、がん対</p>	<p>図表2-(3)-①</p> <p>図表2-(3)-②～④</p> <p>図表2-(1)-④(再掲)</p> <p>図表2-(3)-⑤</p>

策基本法、基本計画、20年報告書及び検診指針においてそれぞれ使用されているものの、明確な定義はないため、本報告書では、20年報告書で提案されている一連の取組を「精度管理・事業評価」ということとする。

### 【調査結果】

今回、調査対象 17 都道府県及び 52 市区における平成 24 年度から 26 年度までの精度管理・事業評価の実施状況について調査したところ、以下のとおり、精度管理・事業評価が十分に実施されておらず、がん検診の質が十分に確保されていない状況がみられた。

#### ア 都道府県における精度管理・事業評価の実施状況

調査対象 17 都道府県における、①技術・体制的指標、プロセス指標のモニタリング・分析状況、②協議会における検討状況、③評価結果の公表状況及び④市町村への指導等の状況を調査したところ、次のとおり、北海道では①から④までの全てが未実施となっているほか、評価結果の公表が行われていない都道府県がみられるなど、一部の都道府県において不十分な状況がみられた。

- ① 技術・体制的指標及びプロセス指標のモニタリング・分析が実施されていないものが 1 都道府県（北海道）
- ② 協議会における検討が実施されていないものが 2 都道府県（北海道及び埼玉県）
- ③ 評価結果の公表が行われていないものが 4 都道府県（北海道、青森県、埼玉県及び愛媛県）
- ④ 市町村への指導等が実施されていないものが 3 都道府県（北海道、福岡県及び長崎県）

このほか、がん種別にみると、3年に1度しか精度管理・事業評価が実施されていないものもみられた（香川県）。

評価結果の公表が行われている 13 都道府県における大腸がん検診の陽性反応適中度（注）をみると、平成 25 年度では、2.4%から 4.6%までとなっており、許容値（1.9%以上）を満たしていた。

（注）各都道府県がそれぞれ算出し公表している数値であり、算出に使用したデータの範囲（対象となる検診の種類（集団・個別）、対象年齢等）が異なるため、単純な比較はできない。また、陽性反応適中度は、基本的には高い方が望ましいとされるが、受診者の年齢構成や検診受診歴（初回・非初回）等の影響を大きく受けるため、指標の数値の高低だけでは評価・比較はできないとされている。

しかし、精度管理・事業評価を全く実施していない北海道では、管内市町村の委託検診実施機関における胃がんの要精検率（37.5%）が許容値（11.0%以下）を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる事例がみられた（注）。

（注）要精検率が高い場合には、精密検査が必要でない者について、精密検査が必要と判定されている可能性があり、逆に要精検率が低い場合には、がんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。

一方、国立がん研究センターは「生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状

図表 2-(3)-⑥

図表 2-(3)-⑦

況調査」及び「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」を実施し、精度管理・事業評価を支援している。調査した都道府県の中には、これらの調査結果を活用して、これまで実施されていなかった協議会における検討や市町村への指導等を開始したものもあり、国立がん研究センターによる支援が精度管理・事業評価の推進に寄与している実態がみられた。

このように、都道府県における精度管理・事業評価については、国立がん研究センターの支援等により取組が推進されてきているものの、一部の都道府県では不十分な状況がみられた。精度管理・事業評価が不十分となっている都道府県からは、「都道府県、市町村等の役割や実施方法が不明確」、「市町村に対する指導権限が不明」などの意見が聴かれたが、前述のとおり、がん対策基本法や基本計画では、国及び地方公共団体ががん検診の精度管理・事業評価を行うことが明記されており、20年報告書においては、国、都道府県、市町村等の役割分担が示されている。

#### イ 市町村における精度管理・事業評価の実施状況

調査対象 52 市区のうち、平成 24 年度から 26 年度までにおいて都道府県から指導等を受けた 28 市区について、改善に向けた取組状況を調査したところ、何らかの取組を実施したと回答した市区は 14 市区 (50.0%)、特に実施していないと回答した市区は 14 市区 (50.0%) であった。このうち、何らかの取組を実施したと回答した 14 市区における具体的な取組内容は、次のとおりであった (複数回答あり)。

- i) がん検診受診率や精検受診率が低いとの指摘を踏まえ、未受診者への受診勧奨等を行ったものが 12 市区
- ii) プロセス指標の分析方法に不備があるとの指摘を踏まえ、集計方法の見直しを行ったものが 2 市区
- iii) 要精検率等のプロセス指標の把握・分析結果に基づく課題等についての指摘を踏まえ、がん検診の実施方法の見直しを行ったものが 3 市区

このように、都道府県から指導等を受けた市区の半数では、指導等を踏まえて改善に向けた取組を実施しており、その多くはがん検診及び精密検査の未受診者への受診勧奨による受診率向上に向けた取組を行っていた。受診率及び精検受診率の向上は精度管理・事業評価の基礎であり、これらの取組は全ての市町村で実施されるべきものである。一方、都道府県からの指導等を踏まえて、がん検診の実施方法の見直しまで実施している市区は少ない状況となっている。これについて調査対象市区からは、「要精検率やがん発見率、陽性反応適中度等の適正化について指摘を受けても、検診に係る医学的・専門的知識が必要であり、市町村では対応できない」との意見も聴かれた。

一方、市町村ががん検診の実施方法の見直しまで行っている大阪府では、毎年、全市町村のプロセス指標等の把握・集計・解析結果を報告書に取りまとめ、その中で市町村別のプロセス指標の分析や許容値を満たしていない場合の具体的な検討課題等を示すとともに、がん種別の精度管理マニュアルを作成し、

図表 2-(3)-⑧

図表 2-(3)-⑨

市町村におけるがん検診の実施方法の見直しに当たっての参考資料としている。また、滋賀県では、協議会におけるプロセス指標の評価結果のうち、精検受診率については市町に、要精検率及び陽性反応適中度については検診実施機関に指導等を行うなど、内容に応じて指導先を区分しており、市町村及び検診実施機関はそれぞれの役割に応じた改善の取組を実施している。

なお、大阪府及び滋賀県の平成 25 年度における陽性反応適中度は、それぞれ 4.4%、4.6%と、単純な比較はできないものの、他の都道府県より高い数値を示している。

このような各都道府県における効果的な取組を全国で共有し、それぞれの地域に適した指導方法により市町村における精度管理・事業評価の推進を図ることが重要と考えられる。

#### 【所見】

したがって、厚生労働省は、がん検診の精度管理・事業評価を推進する観点から、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させるとともに、市町村への指導等を含む都道府県における精度管理・事業評価の具体的な取組状況を情報収集し、効果的な取組事例を都道府県及び市町村に提供する必要がある。

図表 2-(3)-① がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

(がん検診の質の向上等)  
 第 13 条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

(注) 下線は、当省が付した。

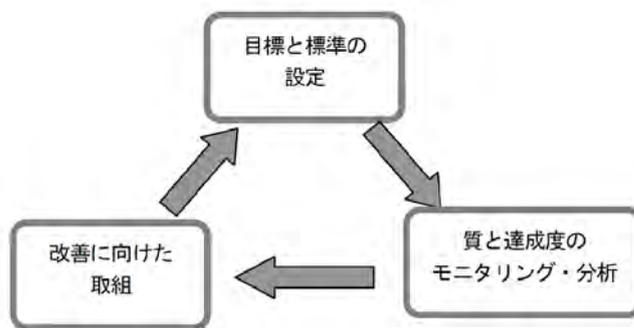
図表 2-(3)-② 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」（平成 20 年 3 月 がん検診事業の評価に関する委員会）〈抜粋〉

3. がん検診の精度管理・事業評価について

3. 1. 現状及び基本的な考え方

わが国におけるがん検診の精度管理は、必ずしもすべての実施主体において十分行われているとはいえない。精度管理を向上させるにあたっては、英国等で成果を挙げているがん検診の精度管理のシステムが参考になる。これは、製品の質を高めるために用いられる品質管理手法に通じる考え方に基づいたシステムであり、3つの段階（「目標と標準の設定」、「質と達成度のモニタリング・分析」及び「改善に向けた取組」）がその基本的な構造。

わが国におけるがん検診の精度管理を推進するためには、この3つの段階について、がん検診に関わる関係者（国、都道府県、市町村、検診実施機関等）の役割を明確にした上で、それぞれが果たすべき役割を着実に果たしていくことが求められる。



3. 2. 「目標と標準の設定」に関する問題

(1) 現状及び基本的な考え方

② 事業評価指標について

がん検診の目的はがんによる死亡率減少であるため、がん検診の事業評価は一義的にはアウトカム指標としての死亡率減少により行われるべきものである。ただし、死亡率減少効果は人口の少ない市町村単位では評価が困難であることに加え、死亡率減少効果があらわれるまでには相当の時間を要することから、死亡率減少のみをもって短期的にがん検診の事業評価を行うことは困難。したがって、がん検診の事業評価においては、継続的に検診の質を確保するという観点から、「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」の評価を徹底し、結果としてがんによる死亡率減少を目指すことが必要。

(参考) がん検診事業評価に用いる指標

技術・体制的指標	検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等）、実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等
アウトカム指標	がん死亡率

図表 2-(3)-③ 各プロセス指標の意味

プロセス指標	各指標の意味
検診受診率	がん検診の対象者のうち、実際の受診者の割合。受診率は高いことが望ましい。
要精検率	がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者(要精検者)の割合。要精検率が高い場合には、精密検査が必要でない者が「要精検」と判定されている可能性があり、逆に要精検率が低い場合にはがんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。なお、一般的には要精検率は、がんの有病率の高い集団では高く、有病率の低い集団では低くなる。
精検受診率	要精検者のうち、精密検査を受けた者の割合。精検受診率は高いことが望ましい。
精検未把握率	要精検者のうち、精検受診の有無が分からないもの及び精検結果が正確に分からない者の割合。
精検未受診率	要精検者のうち、精密検査機関に行かなかったことが判明している者の割合
陽性反応適中度	検診結果が「要精検」の者のうち、がんが発見された者の割合。基本的には高い値が望ましい。
がん発見率	がん検診受診者のうち、がんが発見された者の割合。がん発見率は高いことが望ましい。ただし、がん発見率は、がん検診の対象者の有病率によって異なることから、対象集団が異なる場合には単純に比較できないことに留意することが必要。 また、検診で発見されたがんに占める早期がんの割合を検討する。この割合が低い場合は、検診実施機関、精密検査実施機関において、がんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。

(注) 20年報告書に基づき、当省が作成した。

図表 2-(3)-④ プロセス指標とそれぞれの許容値及び目標値

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

(注) 20年報告書に基づき、当省が作成した。

図表 2-(3)-⑤ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針について」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

### 第3 がん検診

#### 1 総則

##### (6) 事業評価

がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、平成 20 年 3 月に厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。

報告書において、がん検診の事業評価は、一義的にはアウトカム指標としての死亡率により行われるべきであるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要すること等から、「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すことが適当とされた。この「技術・体制的指標」として、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」が示され、「プロセス指標」として、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等の許容値が示された。

がん検診の事業評価を行うに当たっては、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うことが不可欠である。

なお、報告書の「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」（以下「チェックリスト」という。）に置き換えることとする。

#### 6 大腸がん検診

##### (5) 事業評価

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

また、都道府県は、大腸がん部会において、地域がん登録及び全国がん登録を活用するとともに、チェックリスト（都道府県用）を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、チェックリスト（市町村用）の結果を踏まえ、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

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

(注) 1 下線は、当省が付した。

2 大腸がん検診のほか、胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び子宮頸がん検診の事業評価の項目においても、同様の規定となっている。

図表 2-(3)-⑥ 調査対象 17 都道府県における精度管理・事業評価の実施状況

(単位：%)

都道府県名	精度管理・事業評価の実施状況				(参考)	
	①モニタリング・分析状況	②協議会における検討状況	③評価結果の公表状況	④市町村への指導等の状況	陽性反応適中度 (大腸がん) (許容値：1.9 以上)	
					24 年度	25 年度
北海道	×	×	×	×	—	—
青森県	○	○	×	○	—	—
宮城県	○	○	○	○	3.4	3.4
山形県	○	○	○	○	2.9	2.7
埼玉県	○	× (注 2)	×	○	—	—
東京都	○	○	○	○	2.9	2.9
石川県	○	○	○	○	3.9	4.2
福井県	○	○	○	○	— (注 7)	— (注 7)
愛知県	○	○	○	○	2.8 (注 8)	2.8 (注 8)
滋賀県	○	○	○	○	4.6	4.6
大阪府	○	○	○	○	4.8	4.4
鳥取県	○	○	○	○	3.2	2.7
広島県	○	○	○	○	3.3	2.4
香川県	△ (注 3)	△ (注 3)	△ (注 3)	△ (注 3)	4.7	—
愛媛県	○	○	×	○	—	—
福岡県	○	○	○	×	3.6	3.2
長崎県	○	○	○	×	3.6	3.4
合計	○：15 △：1 ×：1	○：14 △：1 ×：2	○：12 △：1 ×：4	○：13 △：1 ×：3		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 埼玉県は、協議会において検討はされていないが、「がん検診精度管理事業（がん検診結果統一集計）」において、分析・評価を行い、その結果を市町村ごとに報告書として取りまとめ、市町村に配布している。

3 香川県については、がん種別にみると 3 年に 1 度しか実施されていない。

4 陽性反応適中度は、各都道府県がそれぞれ算出し公表している数値であり、算出に使用したデータの範囲（対象となる検診の種類（集団・個別）、対象年齢等）が異なるため、単純な比較はできない。また、陽性反応適中度は、基本的には高い方が望ましいとされるが、受診者の年齢構成や検診受診歴（初回・非初回）等の影響を大きく受けるため、指標の数値の高低だけでは評価・比較はできないとされている。

5 福井県は、陽性反応適中度について県内市町村ごとに算出し公表しているが、県全体の数値については公表していない。このため、当省において、事業報告で公表されている数値を基に、県全体の陽性反応適中度を算出したところ、許容値を満たしていた。

6 愛知県の陽性反応適中度には、名古屋市の数値は含まれていない。

図表 2-(3)-⑦ 精度管理・事業評価が未実施のため、要精検率が許容値を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる事例

都道府県名	概要																																																															
北海道	<p>当該市では、3機関（A協会、B病院及びC病院）にがん検診を委託している。</p> <p>平成25年度の胃がんに係るプロセス指標を検診機関別にみると、下表のとおり、要精検率（許容値：11%以下）が7.0%と最も低い委託検診機関はA協会（集団検診）、要精検率が37.5%と最も高い委託検診機関はC病院となっている。A協会（集団検診）では、要精検率が最も低いにもかかわらず、精密検査を受診した結果、がんと診断された者は5人で陽性反応適中度（許容値：1.0%以上）は7.4%と高くなっている。一方、C病院では、要精検率が最も高いにもかかわらず、精密検査を受診した結果、がんと診断された者は1人で陽性反応適中度は0.67%と低い状況となっており、C病院では、要精検率が許容値を大きく上回り、多数のがんではない者ががんと疑われたと考えられる。</p> <p>また、平成24年度についても、C病院における胃がんの要精検率は、他機関と比べて高い傾向にあるが、当該市では、これらの原因分析や、委託検診機関に対する仕様書に基づいた設備や検診技術等の確認等の措置を講じていない。当該市は、行政機関の取組により改善可能な受診率及び精検受診率を向上させることに重点を置いており、プロセス指標値の活用に向けた取組については、市職員に精度管理に係る専門知識を有する者がいないため、委託検診機関に対するがん検診の実施方法等の聞き取り及びそれに基づいた指導等を行うことが困難であるとしている。</p> <p>さらに、20年報告書の「事業評価のためのチェックリスト」において、委託検診機関との契約に当たって「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が示されているが、当該市では、仕様書を作成しておらず、チェックリストに基づいた精度管理の実施の有無等について把握していない。その理由について、平成4年度から現在に至るまで、委託検診機関は変わっておらず、委託検診機関との信頼関係が構築されているためとしており、単年度ごとに行う契約更新の際にも、契約書に「国が示す「がん検診の事業評価の手法について」に基づいた検診を行う」旨を明記するのみで、検査項目や検査手法等を具体的に記した契約内容となっていないとしている。</p> <p>当該市は、市が委託検診機関に対して指導等を行うのは困難であるため、北海道が主体となり、各市町村の検診委託機関に対して、各市町村におけるプロセス指標値を情報提供する等して、他市町村と比較してプロセス指標値がどのような水準にあるのかを検診委託機関に認識してもらいたいとしている。</p> <p style="text-align: center;">表 当該市の委託検診機関における胃がんに係るプロセス指標 (単位：人、%)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">受診者</th> <th rowspan="2">精検受診者 (精検受診率)</th> <th colspan="2">要精検者（要精検率）</th> </tr> <tr> <th></th> <th>うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A協会 (集団検診)</td> <td>24年度</td> <td>989</td> <td>71 (88.8)</td> <td>80 ( 8.1)</td> <td>2 (2.5)</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>970</td> <td>62 (91.2)</td> <td>68 ( 7.0)</td> <td>5 (7.4)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A協会 (個別検診)</td> <td>24年度</td> <td>30</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>27</td> <td>2 (66.7)</td> <td>3 (11.1)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B病院</td> <td>24年度</td> <td>592</td> <td>60 (87.0)</td> <td>69 (11.7)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>548</td> <td>53 (91.4)</td> <td>58 (10.6)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C病院</td> <td>24年度</td> <td>450</td> <td>110 (75.3)</td> <td>146 (32.4)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>403</td> <td>131 (86.8)</td> <td>151 (37.5)</td> <td>1 (0.67)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">計</td> <td>24年度</td> <td>2061</td> <td>241 (81.7)</td> <td>295 (14.3)</td> <td>2 (0.68)</td> </tr> <tr> <td>25年度</td> <td>1948</td> <td>248 (88.6)</td> <td>280 (14.4)</td> <td>6 (2.1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 当該市提供資料に基づき、当省が作成した。</p>			受診者	精検受診者 (精検受診率)	要精検者（要精検率）			うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）	A協会 (集団検診)	24年度	989	71 (88.8)	80 ( 8.1)	2 (2.5)	25年度	970	62 (91.2)	68 ( 7.0)	5 (7.4)	A協会 (個別検診)	24年度	30	0	0	0	25年度	27	2 (66.7)	3 (11.1)	0	B病院	24年度	592	60 (87.0)	69 (11.7)	0	25年度	548	53 (91.4)	58 (10.6)	0	C病院	24年度	450	110 (75.3)	146 (32.4)	0	25年度	403	131 (86.8)	151 (37.5)	1 (0.67)	計	24年度	2061	241 (81.7)	295 (14.3)	2 (0.68)	25年度	1948	248 (88.6)	280 (14.4)	6 (2.1)
						受診者	精検受診者 (精検受診率)	要精検者（要精検率）																																																								
			うち、がんと診断された者（陽性反応適中度）																																																													
A協会 (集団検診)	24年度	989	71 (88.8)	80 ( 8.1)	2 (2.5)																																																											
	25年度	970	62 (91.2)	68 ( 7.0)	5 (7.4)																																																											
A協会 (個別検診)	24年度	30	0	0	0																																																											
	25年度	27	2 (66.7)	3 (11.1)	0																																																											
B病院	24年度	592	60 (87.0)	69 (11.7)	0																																																											
	25年度	548	53 (91.4)	58 (10.6)	0																																																											
C病院	24年度	450	110 (75.3)	146 (32.4)	0																																																											
	25年度	403	131 (86.8)	151 (37.5)	1 (0.67)																																																											
計	24年度	2061	241 (81.7)	295 (14.3)	2 (0.68)																																																											
	25年度	1948	248 (88.6)	280 (14.4)	6 (2.1)																																																											

(注) 当省の調査結果による。

図表 2-(3)-⑧ 都道府県から指導等を受けた調査対象市区における改善に向けた取組状況（平成 24～26 年度）  
（単位：市区）

区分	市区数
改善に向けた取組を実施	14
i) がん検診受診率や精検受診率が低いとの指摘を踏まえ、未受診者への受診勧奨等を実施	12
ii) プロセス指標の分析方法に不備があるとの指摘を踏まえ、集計方法の見直しを実施	2
iii) 要精検率等のプロセス指標の把握・分析結果に基づく課題等についての指摘を踏まえ、がん検診の実施方法の見直しを実施	3
特に実施していない	14

(注) 1 当省の調査結果による。

2 改善に向けた取組内容について、複数回答している市区がある。

図表 2-(3)-⑨ 都道府県の指導等により市町村におけるがん検診の実施方法の見直しを促していると考えられる事例

都道府県名	概要
大阪府	<p>大阪府では、精度管理指標の把握・集計・解析結果及び所見を記載した報告書「大阪府におけるがん検診」を毎年度末に取りまとめ、府内全市町村、検診実施機関及び保健所に送付している。同報告書では、全市町村の各がん検診別のプロセス指標（受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等）を始め、がん検診ごとに各種の集計・解析を行ったデータを掲載するとともに、市町村のランキングやがん検診別にプロセス指標ごとの要因の解析や課題・改善の方向性などの提言を掲載している。</p> <p>また、精検受診率の改善を図るため、精検受診率の状況を「大阪府がん対策推進委員会がん検診・診療部会」に報告し、国の許容値未満の市町村に対して、がん検診・診療部会長及び健康医療部長連名で、精検受診勧奨及び事後指導の徹底を要請する通知文書を送付し、改善指導を行っている。</p> <p>さらに、精度管理の向上のため、市町村のがん検診担当者が活用できる「子宮がん検診精度管理マニュアル」及び「胃がん検診マニュアル」を作成し、全市町村に配布している。</p>
滋賀県	<p>「滋賀県がん検診検討会がん検診部会」による指導・助言は、精検受診率については市町、要精検率及び陽性反応適中度については検診実施機関を対象としてそれぞれ実施している。</p> <p>各部会は、算出したプロセス指標を基に、がん検診の精度管理について協議を行い、改善を要する市町や検診実施機関に対して、書面により、指標が悪い要因とその改善策について回答を求めている。また、がん検診及び精密検査の実施方法について技術的な指導が必要な場合には、県担当者（検査技師）等による実施指導を行うこともあるとしている。</p>

(注) 当省の調査結果による。

### 3 がん診療連携拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>(指定要件の意義)</p> <p>厚生労働省では、項目1(3)で述べたとおり、がん対策基本法第15条に基づき、がん医療の均てん化を目的として拠点病院の整備を進めており、整備指針に定める指定要件を満たす医療機関を拠点病院として指定することとしている。</p> <p>(拠点病院の指定及び現況報告に関する手続)</p> <p>整備指針において、都道府県は、医療機関について新たに拠点病院として推薦する場合及び既に拠点病院として指定された医療機関について更新の推薦をする場合、当該医療機関が指定要件を満たしていることを確認の上、新規指定又は指定更新がなされる年の前年の10月末日までに、指定要件の充足状況を記載した新規指定推薦書又は指定更新推薦書を厚生労働大臣に提出することとされている。</p> <p>また、整備指針では、上記の新規指定又は指定更新手続を行わない年であっても、都道府県は、当該年における指定要件の充足状況を記載した現況報告書を、当該年の10月末日までに厚生労働大臣に提出することとされている(以下、新規指定推薦書、指定更新推薦書又は現況報告書をまとめて「現況報告書等」という)。</p> <p>なお、整備指針において、厚生労働大臣は、拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、その指定を取り消すことができるとされている。</p> <p>(整備指針における等級の区分)</p> <p>整備指針には、大別して、充足することが「必須」(A等級)、「原則必須」(B等級)及び「望ましい」(C等級)とされる3等級の要件が設けられている。</p> <p>このうち、「必須」(A等級)とされる要件(以下「必須」要件という。)については、理由のいかんを問わず、新規指定、指定更新又は現況報告時に充足していなければ拠点病院として認められないものとされている。</p> <p>他方、「原則必須」(B等級)とされる要件(以下「原則必須」要件という。)については、本来、「必須」要件とすべき要件ではあるものの、仮にこれらを「必須」要件とした場合、多くの医療機関が要件を充足できずに拠点病院として認められなくなることが予想され、がん医療の均てん化という政策目的に反することとなるため、「必須」要件よりも緩和したものとされている。</p> <p>厚生労働省では、「原則必須」要件が未充足の場合、未充足の理由を踏まえて指定の可否を判断するとしており、理由によっては指定しないことや指定を取り消すこともあり得るとしている。</p> <p><b>【調査結果】</b></p> <p>(1) がん診療連携拠点病院に係る指定要件充足状況の確認の厳格化等</p>	<p>図表1-(3)-② (再掲)</p> <p>図表1-(3)-③ (再掲)</p> <p>図表3</p>

今回、調査対象 51 拠点病院について、「必須」要件 30 事項（注）の充足状況を調査した結果、以下のとおり、指定更新時から「必須」要件を満たしていない疑いがある例が、5 都道府県の 7 施設で計 8 事例みられた。

（注） 「必須」要件は多岐にわたるため、本調査の調査事項に関連する整備指針Ⅱ1(1)⑤の「緩和ケアの提供体制」、(2)の「診療従事者」、(3)の「医療施設」及び4(1)の「相談支援センター」に係る要件の一部に限定した。

**ア 緩和ケアチームの構成員である専従の専門看護師の配置に関する要件が未充足と疑われるもの（1 都道府県 1 施設 1 事例）**

整備指針において、拠点病院は、身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師（以下「身体症状緩和医」という。）、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師（以下「精神症状緩和医」という。）、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する看護師（以下「専門看護師」という。）等を構成員とする緩和ケアチームを整備することとされている。このうち、専門看護師については、専従（注）の看護師を 1 人以上配置することとされている。

（注） 整備指針において、「当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう」とされ、ここでいう「専ら従事している」とは、「その就業時間の少なくとも 8 割以上、当該診療に従事していることをいう」とされている。

しかし、緩和ケアチームの構成員とされる専門看護師について、専従で配置されていることを示す辞令や職員配置表等の資料が確認できなかったほか、同チームの活動時間に係る規程上、専従の勤務形態となっていないことから、実際には「必須」要件を満たしていないにもかかわらず推薦されたと疑われる例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。

**イ 相談支援センターの相談員の配置に関する要件が未充足と疑われるもの（1 都道府県 1 施設 1 事例）**

整備指針において、拠点病院は、相談支援センターの相談員について、「相談支援センター相談員研修・基礎研修」を(3)の課程（注1）まで修了した専従及び専任（注2）の相談支援に携わる者をそれぞれ 1 人ずつ配置することとされている。

（注1） 「相談支援センター相談員研修・基礎研修」には、研修のレベルに応じて(1)から(3)の課程が設けられており、(3)の課程は(1)及び(2)の課程を修了した者でなければ受講することができないものとなっている。なお、(1)及び(2)の課程は e-ラーニング方式、(3)の課程は集合方式の研修となっている。

（注2） 整備指針において、「当該診療の実施を専ら担当していることをいう」とされ、ここでいう「専ら担当している」とは、「担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えない」とされているものの、「その就業時間の少なくとも 5 割以上、当該診療に従事している必要がある」とされている。

しかし、専任で配置しているとしている相談員が、併設する介護老人保健施設の副施設長の職を兼ねており、当該相談員が実際に専任で相談業務に従事していることを示す資料が確認できないことなどから、実際には「必須」要件を満たしていないにもかかわらず推薦されたと疑われる例が、1 都道府

図表 3-(1)-①

図表 3-(1)-②

<p>県の1施設で1事例みられた。</p> <p><b>ウ 苦痛のスクリーニングの実施に関する要件が未充足と疑われるもの（5 都道府県 5 施設 5 事例）</b></p> <p>整備指針において、拠点病院は、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニング（注）を診断時から外来及び病棟にて行うこととされている。</p> <p>（注） 「苦痛のスクリーニング」について明確な定義はないが、一般的には、病院において、質問紙を患者に対して配布し、身体の痛みや精神的な辛さの程度を申告させるなどして患者が抱える苦痛の状況を把握する取組をいう。</p> <p>しかし、指定更新の時期において外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施していないと疑われる例が、5 都道府県の 5 施設で計 5 事例みられた（注）。</p> <p>（注） このほか、指定更新の時期には外来患者に対して苦痛のスクリーニングを実施していたが、調査日時点では実施していない例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。</p>	<p>図表 3-(1)-③</p>
<p><b>エ 病棟ラウンドの実施に関する要件が未充足と疑われるもの（1 都道府県 1 施設 1 事例）</b></p> <p>整備指針において、拠点病院は、緩和ケアチームにより、週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド（注）を行い、症状緩和に努めることとされている。</p> <p>（注） 「病棟ラウンド」について明確な定義はないが、一般的には、医師が看護師等とともに病院内を巡回して、入院中の患者を診察する取組をいう。</p> <p>しかし、指定更新の時期において緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していないと疑われる例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。</p> <p>項目 1(3) で述べたとおり、拠点病院は、がん医療の均てん化の実現のため、一定の水準を満たす医療機関が指定されるものであり、当該水準（指定要件）の充足を条件に診療報酬上の評価や補助金の交付措置が行われている。</p> <p>このため、上記アからエのような「必須」要件が未充足と疑われる事例がみられることは、拠点病院及び拠点病院制度そのものへの信頼を損ねるおそれがあると考えられる。</p> <p>このように、都道府県から厚生労働大臣に対し、指定要件を満たしているものとして推薦されたもののうち、「必須」要件を満たしていない疑いがあるものがみられた原因としては、都道府県における指定要件の充足状況に関する確認が形式的なものにとどまり、厳格に行われていないためと考えられる。</p> <p>今回、指定更新時から「必須」要件が未充足と疑われる事例がみられた 7 拠点病院が所在する 5 都道府県について、当該 7 拠点病院を直近に推薦した際の指定要件充足状況の確認内容をみると、5 都道府県全てにおいて実地調査を实</p>	<p>図表 3-(1)-④</p> <p>図表 1-(3)-⑤・⑥（再掲）</p>

<p>施するなどせず、現況報告書等の形式上の誤りや疑義の確認にとどまっており、必ずしも厳格に指定要件の充足状況が確認されているとは言い難い状況がみられた。</p>	
<p>一方、今回、指定更新時から「必須」要件が未充足と疑われる事例がみられなかった 12 都道府県のうち、7 都道府県が実地調査を実施しており、中には、診療従事者の配置状況を確認するため勤務表や給与台帳等の提出を求めたり、研修の修了状況を確認するため修了証等の提出を求めたりするなど厳格に指定要件の充足状況を確認している例（愛知県）がみられた。</p>	<p>図表 3-(1)-⑤</p>
<p>なお、現行の整備指針の内容を検討していた厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の報告書（平成 25 年 9 月）では、拠点病院間の格差を縮小するための P D C A サイクルを確保する仕組みの一環として、国及び都道府県が役割分担して、拠点病院の実地調査を行うことが提言されている。しかし、現行の整備指針では、国及び都道府県による実地調査に係る規定は盛り込まれず、実地調査は、飽くまで都道府県拠点病院が地域拠点病院の診療機能の強化を行うための情報の収集、分析及び評価手法の一つとして位置付けられるにとどまっている。</p>	<p>図表 3-(1)-⑥</p>
<p>今回、前述のとおり、「必須」要件が未充足と疑われる事例がみられたほか、調査対象 17 都道府県拠点病院の中から、「都道府県拠点病院とはいっても、現状では当該都道府県内の地域拠点病院の指定要件の充足及び遵守の状況にまで関与する立場にはない」などの意見も聴かれたことから、指定要件の充足状況の確認方法として、国及び都道府県による実地調査の導入について、改めて検討する余地があると考えられる。</p>	<p>図表 3-(1)-⑦</p>
<p>また、実地調査を導入する際には、各都道府県による確認状況を網羅的に把握した上で、前述した愛知県の取組等の推奨的な確認方法を共有する、実地調査の具体的な実施方法や権限を示すなどの支援が必要と考えられる。</p>	
<p>他方、上記イの事例においては、現況報告書等上、指定要件を満たしていないことが明白であるにもかかわらず都道府県による確認において見過ごされ、そのまま推薦されている状況がみられた。これは、拠点病院から提出される現況報告書等について、確認すべき事項が約 1,000 項目に及ぶなど膨大であるにもかかわらず、これを確認するための都道府県の作業期間が実質 1 か月弱と短いことによると考えられる。また、調査対象 17 都道府県及び 51 拠点病院の中からも、現況報告書等の報告事項の縮減や作業期間の確保を求める意見が聴かれた。</p>	<p>図表 3-(1)-② (再掲)</p>
<p>このように現況報告書等の確認事項が多く、確認期間も短い現状では、都道府県による指定要件の充足状況の厳格な確認に支障を来している可能性があると考えられる。</p>	<p>図表 3-(1)-⑧</p>
<p>なお、厚生労働省では、「平成 27 年の地方からの提案等に関する対応方針」（平成 27 年 12 月 22 日閣議決定）において、「がん診療連携拠点病院等の指定</p>	

及び指定の更新の推薦手続については、都道府県が推薦に係る準備作業を行う期間を十分確保できるよう、平成 28 年度以降、提出依頼に係る事前連絡を毎年 8 月末までに行う」とし、現況報告書等の作業期間の確保に資する措置を講じているが、指定要件充足状況の確認の厳格化を図る観点から、作業期間を更に確保する余地について不断に検証することが重要と考えられる。

## (2) 「原則必須」要件の充足に向けた取組の推進

今回、調査対象 51 拠点病院を含む全国の 399 拠点病院における「原則必須」要件の充足状況、調査対象 17 都道府県における「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する指導方針の有無等について現況報告書等を確認するなどして調査した結果、以下のとおり、「原則必須」要件について、十分に充足されていると言い難いにもかかわらず、充足に向けた指導が全国的に行われていない状況がみられた。

### ア 拠点病院における「原則必須」要件の充足状況

全国の 399 拠点病院における「原則必須」要件の充足状況（平成 27 年 9 月 1 日時点）をみると、調査対象とした 6 件の「原則必須」要件（注）について未充足要件がなかった（全て充足している）拠点病院が 227 施設（56.9%）であるのに対し、未充足要件があった拠点病院が 172 施設（43.1%）みられた。

（注） 整備指針に規定されている「原則必須」要件全 8 要件のうち、整備指針Ⅱ1(2)の「診療従事者」及び(3)の「医療施設」に規定されている「原則必須」要件。

また、要件別にみると、充足率 100%の（全国の 399 拠点病院の全てが充足している）「原則必須」要件はなく、充足率が最も低いもの（注）は 66.2%となっていた。

（注） 化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の「専従」要件。

### イ 都道府県における「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する指導方針の有無等

調査対象 17 都道府県における「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する指導方針の有無等をみると、「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する明確な指導方針を有する都道府県が 4 都道府県（23.5%）であるのに対し、明確な指導方針を有しない都道府県が 13 都道府県（76.5%）みられ、次のとおり、明確な指導方針を有する都道府県の方が、明確な指導方針を有しない都道府県よりも、「原則必須」要件を全て充足している拠点病院の割合が高い傾向がみられた。

i) 明確な指導方針を有する 4 都道府県：88.4%

ii) 明確な指導方針を有しない 13 都道府県：50.0%

また、明確な指導方針を有する 4 都道府県の中には、「原則必須」要件が未充足となっている場合、充足に向けた今後の対応予定等について文書で報

図表 3-(2)-①

図表 3-(2)-②

図表 3-(2)-③

<p>告させるとともに、実地調査の場で病院長に対して具体的な人員配置等を提案することとしており、その結果、未充足の状態を解消させた例（広島県）がみられた。</p> <p>一方、「原則必須」要件が未充足であった拠点病院に対する明確な指導方針を有しない13都道府県では、その理由について、「未充足でも拠点病院としての指定に影響がないため」などとしている。</p> <p>さらに、調査対象51拠点病院の中からは、「原則必須」要件について「未充足でも指定取消等の不利益がない現状では、特段充足に向けた取組を行う予定はない」などとする意見が聴かれた。</p> <p>このように、「原則必須」要件について、拠点病院における充足状況及び都道府県における充足に向けた指導状況が区々となっており、一部の都道府県において、事実上「望ましい」とされる要件（以下「望ましい」要件」という。）と同一視している原因としては、「原則必須」要件が未充足である場合の全国共通の指導方針が明確に定められていないためと考えられる。</p> <p>実際、厚生労働省では、「原則必須」要件が未充足である場合、現況報告書等にその理由を記載させることとはしているものの、どのような理由であれば例外的に要件を満たしていなくてよいのかについての基準や具体例を明確に定めておらず、現実に「原則必須」要件が未充足の拠点病院が存在する中で、未充足を理由に指定しなかった又は取り消した実績はない。</p> <p>なお、「原則必須」要件が未充足である場合の指導方針の検討に際しては、診療従事者の構造的な不足や都道府県間での偏在を踏まえ、例えば、i) 指定基準において一定の猶予期間や地域差を設ける（注）、ii) 不指定又は取消まではせずとも、補助金を減額する取扱いとするなど、現実的な方法により、がん医療の均てん化を推進することが必要と考えられる。</p> <p>（注） 現行の整備指針においては、がん医療の均てん化を目指しつつも、一部の「必須」要件について、特例措置として、2次医療圏の医師数を勘案した緩和措置が講じられているものや、充足に向けた猶予期間が設けられているものがある。</p> <p><b>【所見】</b></p> <p>したがって、厚生労働省は、拠点病院の診療体制を適切に整備し、更に充実させる観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 国及び都道府県の役割分担を踏まえつつ、国及び都道府県による実地調査を導入するなどして、指定要件の充足状況の確認を厳格化すること。その際、都道府県における推奨的な取組内容を共有するなどの支援を行うこと。</p> <p>あわせて、都道府県が、厳格に指定要件の充足状況を確認することができるよう、現況報告書等の報告事項の縮減や作業期間の確保等の措置を講ずること。</p> <p>② 「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する指導方針を定めるとともに、当該方針に基づき、都道府県が拠点病院に対して的確に指導するように助言すること。</p>	<p>図表 3-(2)-② (再掲)</p> <p>図表 3-(2)-④</p> <p>図表 3-(2)-⑤</p>
---	--

図表 3 整備指針に定められた指定要件の等級及びその例

区分	指定要件での扱い	指定要件の例
A等級	必須	<p><b>【診療機能等に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、2次医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。</li> </ul> <p><b>【診療従事者に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を1人以上配置すること。</li> <li>緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。</li> </ul> <p><b>【医療施設に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。</li> </ul>
B等級	原則必須	<p><b>【診療機能等に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2次医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、副作用対応を含めた放射線治療・化学療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。</li> </ul> <p><b>【診療従事者に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、専従であること。</li> <li>緩和ケアチームに配置する身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、常勤であること。</li> </ul> <p><b>【医療施設に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療室を設置すること。</li> </ul>
C等級	対応することが望ましい	<p><b>【診療機能等に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携し、がん患者に対して口腔ケアを実施すること。</li> </ul> <p><b>【診療従事者に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来化学療法室に配置する化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する看護師について、公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師又はがん化学療法看護認定看護師であること。</li> <li>緩和ケアチームに配置する身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、専従であること。</li> </ul> <p><b>【医療施設に関する指定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けること。</li> </ul>

(注) 整備指針及び平成28年度の現況報告書等に基づき、当省が作成した。

図表 3-(1)-① 緩和ケアチームの構成員である専従の専門看護師の配置に関する要件が未充足と疑われるもの

整備指針において、拠点病院は、表 1 のとおり、身体症状緩和医、精神症状緩和医、専門看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備することとされ、専門看護師については専従（注）の看護師を 1 人以上配置することとされている（「必須」要件）。

（注） 整備指針において、「当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう」とされ、ここでいう「専ら従事している」とは、「その就業時間の少なくとも 8 割以上、当該診療に従事していることをいう」とされている。

表 1 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

<p>II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について</p> <p>1 診療体制</p> <p>(1) 診療機能</p> <p>⑤ 緩和ケアの提供体制</p> <p>ア (2) の①のオに規定する医師及び(2) の②のウに規定する看護師等を構成員とする <u>緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。</u></p> <p>(2) 診療従事者</p> <p>② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置</p> <p>ウ (1) の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、<u>専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を 1 人以上配置すること。</u>なお、当該看護師は公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれかであること。</p> <p>(略)</p>
--

（注） 下線は、当省が付した。

しかし、調査対象 51 拠点病院の中には、次のとおり、緩和ケアチームの構成員である専従の専門看護師の配置に関する要件が未充足と疑われる例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。

＜指定要件が未充足と疑われる例＞

A病院では、指定更新を迎える前年の現況報告書等において、緩和ケアチームに専従の専門看護師を配置している旨を記載した上で都道府県に対して報告しており、そのまま都道府県から厚生労働省への推薦がなされ、指定更新に至っている。

しかし、A病院において、当該専門看護師に対する緩和ケアチームへの配置に係る辞令（注）や配置されていることを示す資料（職員配置表等）は確認できなかった。

（注） 厚生労働省では、かつて、指定要件が未充足と疑われた拠点病院に対し、「緩和ケアチームの担当とされる医師及び看護師に対し、辞令交付など、自身が緩和ケアチームの担当者であることを明確にする（中略）こと」との注意喚起を行っている。

これに対し、A病院では、緩和ケアチームへの配置については口頭で説明しており、説明には「緩和ケアチーム細則」及び「緩和ケアマニュアル」を用いたとしているが、「緩和ケアチーム細則」では、緩和ケアチームの活動について、表 2 のとおり、「原則、毎週火曜日 15:00～15:30」とされており、専従の勤務形態となっていない。

なお、他の調査対象拠点病院（B病院）が定めた緩和ケアチームの運営に関する規程をみると、表 3 のとおり、同チームによる回診及びカンファレンスを月曜日から金曜日まで毎日実施するよう定められている状況がみられた。

表2 A病院が定めた「緩和ケアチーム細則」における緩和ケアチームの活動時間に関する記載

<p><b>【活動方法と時間】</b></p> <p>① 介入依頼のある患者・家族の症例カンファレンスの実施、必要時ラウンドする。 (原則、毎週火曜日 15:00～15:30)</p> <p>② 臨床心理士は適宜活動実施 (来院日参照)</p>
--

(注) A病院の資料による。

表3 B病院が定めた緩和ケアチームの運営に関する規程における同チームの活動時間に関する記載

<b>【回診・カンファレンススケジュール】</b>					
	月	火	水	木	金
8:30～10:00	情報収集 カンファレンス	情報収集 カンファレンス	情報収集 カンファレンス	情報収集 カンファレンス	情報収集 カンファレンス
10:00～12:00	チーム全員で 回診	チーム全員で 回診	チーム全員で 回診	チーム全員で 回診	チーム全員で 回診
13:30～16:00	カンファレンス 総回診 (カルテ診)	職種ごとに回診 外来診察	職種ごとに回診 総回診 (月曜日が休日の場合)	職種ごとに回診 外来診察	職種ごとに回診

(注) B病院の資料による。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-② 相談支援センターの相談員の配置に関する要件が未充足と疑われるもの

整備指針において、拠点病院は、表 1 のとおり、相談支援を行う機能を有する部門（相談支援センター）を有することとされ、相談支援センターの体制として、「相談支援センター相談員研修・基礎研修」を(3)の課程（注 1）まで修了した専従（注 2）及び専任（注 3）の相談支援に携わる者をそれぞれ 1 人ずつ配置することとされている（「必須」要件）。

- (注) 1 「相談支援センター相談員研修・基礎研修」には、研修のレベルに応じて(1)から(3)の課程が設けられており、(3)の課程は(1)及び(2)の課程を修了した者でなければ受講することができないものとなっている。なお、(1)及び(2)の課程は e ラーニング方式、(3)の課程は集合方式の研修となっている。
- 2 整備指針において、「当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう」とされ、ここでいう「専ら従事している」とは、「その就業時間の少なくとも 8 割以上、当該診療に従事していることをいう」とされている。
- 3 整備指針において、「当該診療の実施を専ら担当していることをいう」とされ、ここでいう「専ら担当している」とは、「担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えない」とされているものの、「その就業時間の少なくとも 5 割以上、当該診療に従事している必要がある」とされている。

表 1 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

4 情報の収集提供体制

(1) 相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑥の体制を確保した上で、当該部門においてアからシまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に周知すること。

① 国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」（1）～（3）を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ 1 人ずつ配置すること。

②～⑥ （略）

＜相談支援センターの業務＞

ア～シ （略）

(注) 下線は、当省が付した。

しかし、調査対象 51 拠点病院の中には、次のとおり、相談支援センターの相談員の配置に関する要件が未充足と疑われる例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。

＜指定要件が未充足と疑われる例＞

A 病院では、指定更新を迎える前年の現況報告書等において、相談支援センターの相談員の配置状況について、表 2 のとおり、指定要件として求められている「相談支援センター相談員研修・基礎研修」を(3)の課程まで修了した「専任」の者が配置されていない状況のまま、都道府県に対して報告しており、そのまま都道府県から厚生労働省への推薦がなされ、指定更新に至っている。

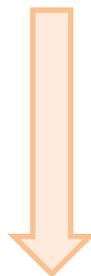


表2 A病院における相談支援センターの相談員の配置状況（現況報告書等の記載状況）

相談員	職種	勤務形態	「相談支援センター相談員研修・基礎研修」の修了状況
ア	看護師	専従・常勤	(3)の課程まで修了
イ	看護師	兼任・常勤	(3)の課程まで修了
ウ	看護師	兼任・常勤	(3)の課程まで修了
エ	看護師	専任・常勤	(2)の課程まで修了
オ	社会福祉士	兼任・常勤	(1)から(3)のいずれの課程も未修了
カ	看護師	兼任・常勤	(1)から(3)のいずれの課程も未修了
キ	看護師	兼任・常勤	(1)から(3)のいずれの課程も未修了
ク	看護師	兼任・常勤	(1)から(3)のいずれの課程も未修了

(注) 1 A病院の現況報告書等に基づき、当省が作成した。

2 網掛けは、指定要件として求められる条件を満たしている者を表す。

この点について、A病院では、現況報告書等上は記載が漏れていたが、実際には、併設する介護老人保健施設の副施設長を相談支援センターの業務の専任者として配置していたとしている。

しかし、当該副施設長に対し、相談支援センターへの配置に係る辞令は交付されておらず（注）、また、当該施設長が専任で相談支援センターに従事する旨を説明した事実を示す資料及び当該施設長が相談支援センターに専任で従事している事実を示す資料は確認できなかった。

(注) 厚生労働省では、かつて、指定要件が未充足と疑われた拠点病院に対し、「緩和ケアチームの担当とされる医師及び看護師に対し、辞令交付など、自身が緩和ケアチームの担当者であることを明確にする（中略）こと」との注意喚起を行っている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-③ 苦痛のスクリーニングの実施に関する要件が未充足と疑われるもの

整備指針において、拠点病院は、表 1 のとおり、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと」とされている（「必須」要件）。

表 1 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について 1 診療体制 (1) 診療機能 ⑤ 緩和ケアの提供体制 イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。 i <u>がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。</u> また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
---

(注) 下線は、当省が付した。

しかし、調査対象 51 拠点病院の中には、次のとおり、調査日時点において外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施しておらず、指定更新の時期においても外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施していないと疑われる例が、5 都道府県の 5 施設で計 5 事例みられた（注）。

(注) このほか、指定更新の時期には外来患者に対して苦痛のスクリーニングを実施していたが、調査日時点では実施していない例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。

＜指定要件が未充足と疑われる例＞

A病院では、指定更新を迎える前年の現況報告書等において、「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行っている」との設問（「必須」要件）に対し、「はい」と回答して都道府県に対して報告しており、そのまま都道府県から厚生労働省への推薦がなされ、指定更新に至っている。

しかし、A病院では、調査日時点において、入院患者に対する苦痛のスクリーニングは実施しているものの、外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施していない状況がみられ、同病院が作成している「緩和ケアマニュアル」において、表 2 のとおり、苦痛のスクリーニングの対象者を入院患者のみとしている状況がみられた。

表 2 A病院が作成した緩和ケアマニュアル＜抜粋＞

9. 生活のしやすさに対する質問票の活用手順 対象・・・ <u>がんと診断され病状を受けて入院してきた患者</u> 初回だけでなく、再入院時の患者も記入してもらう
---

(注) 下線は、当省が付した。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-④ 病棟ラウンドの実施に関する要件が未充足と疑われるもの

整備指針において、拠点病院は、下表のとおり、緩和ケアチームにより、週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンドを行い、症状緩和に努めることとされている（「必須」要件）。

表 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

⑤ 緩和ケアの提供体制

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i 週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。

(注) 下線は、当省が付した。

しかし、調査対象 51 拠点病院の中には、次のとおり、調査日時点において緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施しておらず、指定更新の時期においても同チームによる病棟ラウンドを実施していないと疑われる例が、1 都道府県の 1 施設で 1 事例みられた。

<指定要件が未充足と疑われる例>

A病院では、指定更新を迎える前年の現況報告書等において、「週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めている」との設問（「必須」要件）に対し、「はい」と回答して都道府県に対して報告しており、そのまま都道府県から厚生労働省への推薦がなされ、指定更新に至っている。

しかし、A病院では、調査日時点において、緩和ケアチームの各専門職個々で病棟ラウンドを実施しており、緩和ケアチームとして実施していない状況がみられた。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-⑤ 都道府県において厳格に指定要件の充足状況を確認している例

都道府県名	概要
愛知県	<p>愛知県では、平成 26 年度から、「地域がん診療連携拠点病院推薦病院選定のための審査要領（注 1）」（平成 26 年 9 月 1 日愛知県）に基づき、i）県職員による書面審査（1 次審査）、ii）「がん診療連携拠点病院推薦病院選定のための審査委員会（注 2）」による第三者審査（2 次審査）、iii）県職員による実地調査（3 次審査）を経て、厚生労働大臣に対して拠点病院として推薦する医療機関を選考することとしている。</p> <p>（注）1 平成 24 年に設置した愛知県がん診療連携拠点病院推薦基準等専門検討会議における検討結果を踏まえ、愛知県において策定したもの。 2 県内の大学の医学部教授等計 8 人を構成員とする組織であり、平成 26 年に設置された。</p> <p>愛知県における平成 26 年度の推薦手続をみると、以下のとおり、厳格に指定要件の充足状況を確認している状況がみられた。</p> <p>i）厚生労働省から現況報告書等の様式が提示される以前の平成 26 年 7 月に、拠点病院としての推薦を希望する医療機関に対し、事前協議書（注）の提出を求め、健康福祉部保健医療局健康対策課の 2 人の職員（うち 1 人は医師免許を保有）が、1 次審査として同協議書の内容を確認している。</p> <p>（注）事前協議書は、平成 26 年度の現況報告書等の様式と同様のものであり、平成 26 年 7 月 1 日現在の状況を記載するものとなっている。</p> <p>その際、整備指針に基づく指定要件が充足されているかという点について、次の方法により確認している。</p> <p>① 診療従事者の保有資格、常勤、専従、専任等の状況については、<u>事前協議書の添付資料として資格を証明する書類や勤務表等を求め、これらにより確認</u>（注）</p> <p>（注）愛知県では、例えば放射線治療に携わる専従の医師の場合、勤務表により、勤務している部署名（放射線治療の部署に勤務しているか）、勤務している部署での 1 週間単位の勤務状況を確認するとしている。</p> <p>② 医療施設の整備状況については、事前協議書の記載内容、病院のホームページ等により確認</p> <p>ii）拠点病院としての推薦を希望する医療機関のうち、1 次審査において、「必須」要件を全て満たしていると認定した全医療機関に対し、実際の指定要件の充足状況を確認するため、県職員（注）による実地調査を実施している。</p> <p>（注）健康対策課の課長補佐、主任主査（主担当。医師の資格を持った職員）、主査（副担当）及び主事（2 人）の計 5 人が担当しており、1 病院当たり 2 人又は 3 人体制となっている。医師の資格を持った主任主査は、全ての調査対象病院の実地調査に同行している。</p> <p>その際、整備指針に基づく指定要件の充足状況については、「平成 26 年度がん診療連携拠点病院現地調査確認表」及び「診療従事者等現地調査確認票」を用いて、次の方法により確認している。</p> <p>① 診療従事者の配置要件については、調査対象病院で作成した<u>勤務表や給与台帳等により勤務状況等を確認</u></p> <p>② 医療施設の状況（外来化学療法室の設置状況等）については、調査対象病院の担当者案内により、当該施設の状況を確認</p> <p>③ 「相談支援センター相談員研修・基礎研修」の修了状況については、<u>同研修の修了証等により確認</u></p> <p>なお、愛知県では、実地調査の結果、「必須」要件を満たしていない医療機関はなかったとしており、今回、当省が愛知県内の 3 拠点病院に係る指定要件の充足状況を調査したとこ</p>

る、いずれの拠点病院においても、「必須」要件が未充足と疑われる状況はみられなかった。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-⑥ 「新たながん診療提供体制について（報告書）」（平成 25 年 9 月 5 日がん診療提供体制のあり方に関する検討会）参考資料 1「今後のがん診療提供体制のあり方について（特にがん診療連携拠点病院に関すること）」〈抜粋〉

### Ⅲ. 今後のがん診療提供体制のあり方について

#### 2. 拠点病院における P D C A サイクルの確保

現在、拠点病院は、年に 1 度、診療実績や人材の配置、人材育成や地域連携、相談支援の活動状況等を記載した現況報告を厚生労働省に提出することとされているが、各拠点病院の評価や実地調査などは行われていない。

一方、拠点病院間には、診療実績、人的配置、地域連携、相談支援、人材育成等に関して大きな差がある。また、都道府県拠点病院についても、がん対策診療連携協議会や研修の開催実績を踏まえると、その活動には大きな差があると推測される。

こうしたことから、現況報告といった自己申告の報告のみに頼ることなく、拠点病院にとって過度な負担にならないよう留意した上で、国と都道府県が役割分担して、拠点病院の実地調査を行い、拠点病院の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況を把握・評価し、課題を明らかにして、必要に応じて改善を求めると、P D C A サイクルを確保する仕組みが必要である。また、こうした P D C A サイクルを確保することにより、現在問題となっている拠点病院間の格差も縮小することが期待される。

さらに、都道府県協議会で検討すべき内容を明確にし、都道府県内の拠点病院間の情報共有を図ること、国立がん研究センターを中心とした都道府県拠点病院の協議会を活用し、情報共有を図る等、実地調査以外にも、P D C A サイクルを確保する仕組みが求められる。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 3-(1)-⑦ 調査対象 17 都道府県拠点病院における地域拠点病院の指定要件充足状況の確認に関する意見の例

- ・ 都道府県拠点病院とはいっても、現状では当該都道府県内の地域拠点病院の指定要件の充足及び遵守の状況にまで関与する立場にはない。
- ・ 整備指針Ⅳ1(3)において、「情報を収集、分析、評価し、改善を図る」とされているが、特に「改善」について、権限上、都道府県拠点病院が地域拠点病院に対して「改善」させることができるか不明である。
- ・ 当院が都道府県内の地域拠点病院を調査し、評価するのは困難である。大規模な地域拠点病院が多く、当院が実地調査等を行い、改善事項を指摘するのは難しい。
- ・ 拠点病院同士で実地調査を実施したところで、各病院が自施設の不十分な状況をありのままに見せるとは考えられず、本当に機能するかどうかは疑問である。

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(1)-⑧ 調査対象 17 都道府県及び 51 拠点病院における現況報告書等の報告事項の縮減や作業期間の確保を求める意見の例

区分	意見の例
調査対象 17 都道府 県におけ る意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在のスケジュールでは、拠点病院で現況報告書等を作成する期間が約 3 週間と短く、記載ミスが多くみられると認識している。</li> <li>・ 現在のスケジュールでは、厚生労働省から諸手続の依頼があってから事務を開始しては、体制的・時間的な面からも都道府県が実地調査を行ったり、第三者を含めた確認を行ったりする余裕はない。</li> <li>・ 厚生労働省からの現況報告書等の提出依頼に係る連絡（現況報告書等の様式の提示）の時期が遅く、拠点病院から現況報告書等が提出されてから、厚生労働省へ提出するまでの期間が 1 か月もないため、時間的に実地調査等を実施できない。</li> </ul>
調査対象 51 拠点病 院におけ る意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現況報告書等の報告事項について、その数が増加し続け、また、内容も細かくなっているため、限られたスケジュールの中で作成することが負担となっている。報告事項を見直すことにより、もう少し簡素化されることを要望する。</li> <li>・ 現況報告書等では、指定要件の充足状況のほかにも、診療報酬に係る施設基準や診療従事者の専門性等の非常に詳細な情報の報告が求められているが、がん患者がこれほど詳細な情報を必要としているのか疑問である。</li> <li>・ 現況報告書等の報告事項として、指定要件の充足状況以外の事項が含まれているが、厚生労働省が必要としている情報なのか疑問である。必要がなければ、報告事項から除いてほしい。</li> <li>・ 現況報告書等のボリュームが大きいため、医療法に基づく報告と重複する部分等、厚生労働省で既に把握している情報については省略してほしい。</li> <li>・ 現況報告書等について、D P C（注）等の他の報告でも使用する共通的な指標で報告させてほしい。現況報告書等においては、化学療法を行ったがん患者の延べ数等、がんの特化した診療実績の報告事項があるが、当院はがんの専門病院ではなく、がんの特化した集計は行っていないため、現況報告書等の提出のためだけの集計作業が必要となり、負担となっている。 （注） 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度をいう。</li> <li>・ 現況報告書等の報告事項について、厚生労働省に対して各種調査で提出しているデータと重複するものが多いが、データの報告対象期間が異なる（年度と暦年の違い等）ために、現況報告書等の提出のために再集計する必要がある。データの報告対象期間を統一する、省内他部局が収集したデータを共有するなど、拠点病院の負担を軽減する方策を検討してほしい。</li> <li>・ 報告事項ごとに報告対象期間が異なる（注）ため、集計作業が煩雑となって作成に時間が掛かるので、報告対象期間を年単位とするなどして統一してほしい。また、現況報告書等の本体と別紙で報告対象期間が異なっている事項があるので、統一してほしい。 （注） 例えば、年間新入院がん患者数の報告対象期間が「1月1日～12月31日」とされている一方、新入院患者数の報告対象期間が「4月1日～7月31日」とされていることなど。</li> <li>・ 報告事項が非常に多岐にわたるため、各診療科や病棟等 40 部局以上に各項目を割り振り、それぞれ記入を依頼しなければならず、多くの関係者との調整が必要となるため、負担となっている。</li> <li>・ 現況報告書等の報告事項は膨大かつ多岐にわたるため、限られた期限内でまとめる負担はかなり大きく、非常に困難な状況である。</li> <li>・ 毎年のように現況報告書等の様式が変更されるため、都道府県からの作成依頼に先立って作成することもできない上、作業期間が実質 1 か月弱しかなく、作成及び確認のス</li> </ul>

	<p>スケジュールが非常にタイトである。このため、現況報告書等の報告事項を精査して簡略化を図るとともに、作成から提出までの日程にもう少し余裕を持たせてほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 現況報告書等の様式の提示が遅い。せめてあと1か月くらいは早めてほしい。遅い場合には様式を変更しないようにしてほしい。</li></ul>
--	--

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(2)-① 全国の 399 拠点病院における「原則必須」要件の充足状況

表 1 6 要件の充足状況

(単位：施設、%)

区分	未充足要件あり						未充足要件なし (6 要件 全て充足)	合計	
	6 要件 全て 未充足	5 要件 未充足	4 要件 未充足	3 要件 未充足	2 要件 未充足	1 要件 未充足			
施設数	172	0	1	4	19	42	106	227	399
構成比	43.1	0	0.3	1.0	4.8	10.5	26.6	56.9	100

表 2 要件別の充足状況

(単位：施設、%)

要件	充足		未充足		合計	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、「常勤」であること	377	94.5	22	5.5	399	100
放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、「常勤」であること	346	86.7	53	13.3	399	100
化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師について、「専従」であること	264	66.2	135	33.8	399	100
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医について、「常勤」であること	390	97.7	9	2.3	399	100
化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する看護師について、「専従」であること	379	95.0	20	5.0	399	100
集中治療室を設置すること	370	92.7	29	7.3	399	100

- (注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。  
 2 平成 28 年 4 月 1 日時点で拠点病院として指定されている 399 施設における、27 年 9 月 1 日時点の状況である。  
 3 整備指針に規定されている「原則必須」要件全 8 要件のうち、整備指針Ⅱ1(2)の「診療従事者」及び(3)の「医療施設」に規定されている「原則必須」要件 6 要件の状況である。  
 4 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

図表3-(2)-② 調査対象17都道府県における「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院に対する明確な指導方針の有無等

番号	都道府県名	充足に向けた明確な指導方針の有無	充足に向けた明確な指導方針の内容	充足に向けた明確な指導方針を有しない理由	都道府県内に所在する拠点病院のうち、「原則必須」要件を全て充足している拠点病院の割合	備考
1	北海道	×	—	「原則必須」要件は、「必須」要件ではなく、厚生労働省からも充足に向けた取組状況に関する報告を特に求められていないため。	40.0%	
2	青森県	×	—	「原則必須」要件は、「必須」要件ではなく、未充足でも拠点病院としての指定に影響がないため。	50.0%	
3	宮城県	×	—	「原則必須」要件は、必ず充足すべき要件とは考えていないため。	71.4%	
4	山形県	×	—	未充足となっている「原則必須」要件のほとんどの原因が、医師不足によるものであり、県としても効果的な対応がとれない現状にあるため。	16.7%	
5	埼玉県	×	—	「原則必須」要件が未充足となっている拠点病院において特段の支障がみられないため。 また、「原則必須」要件となっている腫瘍内科医等は、全国的にも少数であり、病院への指導で確保できるものではなく、国レベルで人材養成等すべき問題であると考えているため。	38.5%	
6	東京都	○	拠点病院として推薦する際の選考基準として、「原則必須」要件を充足していることを条件としている。 なお、平成27年度の指定更新時においては、「原則必須」要件が未充足の拠点病院に対し、電話やメールにより指定更新時までに要件を充足できないことや次年度における充足予定を確認した上で、都として4年更新ではなく、1年更新での推薦とした。	—	92.3%	
7	石川県	×	—	拠点病院として推薦するに当たり、「原則必須」要件が未充足である場合、該当する医療機関に対して口頭で事情を確認するとともに、要件を充足するように伝えているため。	80.0%	
8	福井県	×	—	「原則必須」要件は、飽くまで「原則」充足することが求められている要件であるため。	60.0%	
9	愛知県	×	—	厚生労働省に対して充足の必要性について照会したが、明確な回答がなく、充足に向けた指導もなかったため。 実際、平成27年度の推薦時に「原則必須」要件が未充足となっている病院も含めて推薦し、指定を受けているため、未充足でも指定に影響がないと認識している。	76.5%	
10	滋賀県	×	—	「原則必須」要件は、拠点病院としての指定そのものに影響のある要件ではないため。また、国からも「原則必須」要件の充足に関する指導を特に受けていないため。	33.3%	
11	大阪府	○	「必須」要件と同じ扱いで審査している。具体的には、新規指定時には実地調査において専従状況を当番表で確認するなどしており、指定更新又は現況報告時にはチェックリストによる審査の過程で未充足の要件があれば、メールで理由の報告を求めている。	—	82.4%	今回、当省が調査した大阪府内の3拠点病院からは、「原則必須」要件についても「必須」要件と同様に必ず満たすべきものと認識している」との意見が聴かれた。

番号	都道府県名	充足に向けた明確な指導方針の有無	充足に向けた明確な指導方針の内容	充足に向けた明確な指導方針を有しない理由	都道府県内に所在する拠点病院のうち、「原則必須」要件を全て充足している拠点病院の割合	備考
12	鳥取県	×	—	地域柄、慢性的な医師不足であり、「原則必須」要件となっている専門医等を充足するように各拠点病院に求めても、充足することが難しい状況であるため。	20.0%	
13	広島県	○	指定要件の充足状況を確認するに当たり、事前に提出させた事前協議書において、「原則必須」要件について未充足の要件がある場合、当該未充足の現状、今後の改善予定等を記載し、報告させている。 また、実際に指定要件の充足状況を確認する際にも、「原則必須」要件の充足に向けた対応状況等を聴取している。	—	100%	
14	香川県	×	—	未充足となっている「原則必須」要件は、診療従事者の不足に起因するものが多く、根本的な解決策を見いだすことが難しいため。	40.0%	
15	愛媛県	×	—	「原則必須」要件であり、「必須」要件は満たしているため。	57.1%	
16	福岡県	○	指定要件の充足確認のための実地調査において、「原則必須」要件の充足状況についても把握することとしている。 また、平成27年度の指定更新時には、拠点病院から文書により、未充足の理由や改善への取組、代替措置等を報告させている。	—	80.0%	
17	長崎県	×	—	各拠点病院から現況報告書等を受領した際に、「原則必須」要件が未充足である場合、その理由や今後の取組等を口頭で聴取し、改善を指示しているため。また、長崎県がん診療連携協議会においても、出席機関に対し、充足に向けた取組を行うよう口頭で指導しているため。	50.0%	
合計		明確な指導方針を有する都道府県：4都道府県（23.5%） 明確な指導方針を有しない都道府県：13都道府県（76.5%）				明確な指導方針を有する4都道府県における「原則必須」要件を全て充足している拠点病院の割合：88.4% 明確な指導方針を有しない13都道府県における「原則必須」要件を全て充足している拠点病院の割合：50.0%

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(2)-③ 拠点病院に対する指導により「原則必須」要件の未充足の状態を解消させた例

都道府県名	概要											
<p>広島県</p>	<p>広島県では、表1のとおり、拠点病院に係る指定要件の充足状況を確認するに当たり、「原則必須」要件を充足していない医療機関に対し、i) 書面を通じ、当該未充足の現状、充足に向けた今後の対応予定や充足見込み等を報告させる、ii) 充足状況の確認等のための実地調査を通じ、病院長へ未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すこととしている。</p> <p>この結果、表2のとおり、「原則必須」要件が未充足であった医療機関について、拠点病院として指定される段階等では未充足の状態を解消させた例がみられた。</p> <p>表1 広島県における拠点病院の指定に係る推薦手続（平成26年度）</p> <table border="1" data-bbox="359 622 1428 2045"> <thead> <tr> <th data-bbox="363 629 571 667">年月</th> <th data-bbox="571 629 1423 667">確認状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="363 667 571 1070"> <p>平成26年6月下旬</p> </td> <td data-bbox="571 667 1423 1070"> <ul style="list-style-type: none"> <li>県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る医療機能調査について（依頼）」（平成26年6月25日付け健康福祉局がん対策課長通知）を発出し、指定要件の充足状況に関する事前調査（注）を実施                      （注） 拠点病院の平成26年6月時点の指定要件の充足状況を把握する目的で、広島県が独自に実施しているものである。</li> <li>当該事前調査において、拠点病院は、「必須」要件及び「<u>原則必須</u>」要件が未充足である場合、当該未充足の現状、充足に向けた現在の検討状況並びに今後の対応予定及び充足見込みを別紙として記載の上、報告する必要あり</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1070 571 1283"> <p>26年7月下旬</p> </td> <td data-bbox="571 1070 1423 1283"> <ul style="list-style-type: none"> <li>事前調査結果を基に、県において、実地調査時に聴取すべき「県内共通ヒアリング事項」及び拠点病院別の「個別ヒアリング事項」を作成</li> <li>実地調査の実施について、広島県地域保健対策協議会がん対策専門委員会において承認</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1283 571 1630"> <p>26年9月中旬</p> </td> <td data-bbox="571 1283 1423 1630"> <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省からの現況報告書等の様式の提示を受け、県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る指定更新推薦書等の提出について（通知）」（平成26年9月19日付け健康福祉局長通知）を発出し、現況報告書等の提出期限等について連絡（提出期限：10月3日）（注）                      （注） 広島県では、上記通知発出時、県独自の様式である「がん診療連携拠点病院指定更新にかかる補足調査票」を添付し、拠点病院として2次医療圏内又は県内における課題の把握及び課題の解消に向けた取組の報告を求めている。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1630 571 2045"> <p>26年9月中旬～10月中旬</p> </td> <td data-bbox="571 1630 1423 2045"> <ul style="list-style-type: none"> <li>「がん診療連携拠点病院の医療機能に係る個別ヒアリングについて（通知）」（平成26年9月4日付け健康福祉局がん対策課長通知）に基づき、県内の全ての拠点病院に対する実地調査（ヒアリング）を実施（1病院当たり2時間）</li> <li>当該課長通知においては、ヒアリング内容として、次の事項を記載                     <table border="1" data-bbox="614 1883 1412 2045"> <tr> <td data-bbox="614 1883 1412 2045"> <p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	年月	確認状況	<p>平成26年6月下旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る医療機能調査について（依頼）」（平成26年6月25日付け健康福祉局がん対策課長通知）を発出し、指定要件の充足状況に関する事前調査（注）を実施                      （注） 拠点病院の平成26年6月時点の指定要件の充足状況を把握する目的で、広島県が独自に実施しているものである。</li> <li>当該事前調査において、拠点病院は、「必須」要件及び「<u>原則必須</u>」要件が未充足である場合、当該未充足の現状、充足に向けた現在の検討状況並びに今後の対応予定及び充足見込みを別紙として記載の上、報告する必要あり</li> </ul>	<p>26年7月下旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前調査結果を基に、県において、実地調査時に聴取すべき「県内共通ヒアリング事項」及び拠点病院別の「個別ヒアリング事項」を作成</li> <li>実地調査の実施について、広島県地域保健対策協議会がん対策専門委員会において承認</li> </ul>	<p>26年9月中旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省からの現況報告書等の様式の提示を受け、県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る指定更新推薦書等の提出について（通知）」（平成26年9月19日付け健康福祉局長通知）を発出し、現況報告書等の提出期限等について連絡（提出期限：10月3日）（注）                      （注） 広島県では、上記通知発出時、県独自の様式である「がん診療連携拠点病院指定更新にかかる補足調査票」を添付し、拠点病院として2次医療圏内又は県内における課題の把握及び課題の解消に向けた取組の報告を求めている。</li> </ul>	<p>26年9月中旬～10月中旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「がん診療連携拠点病院の医療機能に係る個別ヒアリングについて（通知）」（平成26年9月4日付け健康福祉局がん対策課長通知）に基づき、県内の全ての拠点病院に対する実地調査（ヒアリング）を実施（1病院当たり2時間）</li> <li>当該課長通知においては、ヒアリング内容として、次の事項を記載                     <table border="1" data-bbox="614 1883 1412 2045"> <tr> <td data-bbox="614 1883 1412 2045"> <p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> </ul>	<p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul>
年月	確認状況											
<p>平成26年6月下旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る医療機能調査について（依頼）」（平成26年6月25日付け健康福祉局がん対策課長通知）を発出し、指定要件の充足状況に関する事前調査（注）を実施                      （注） 拠点病院の平成26年6月時点の指定要件の充足状況を把握する目的で、広島県が独自に実施しているものである。</li> <li>当該事前調査において、拠点病院は、「必須」要件及び「<u>原則必須</u>」要件が未充足である場合、当該未充足の現状、充足に向けた現在の検討状況並びに今後の対応予定及び充足見込みを別紙として記載の上、報告する必要あり</li> </ul>											
<p>26年7月下旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事前調査結果を基に、県において、実地調査時に聴取すべき「県内共通ヒアリング事項」及び拠点病院別の「個別ヒアリング事項」を作成</li> <li>実地調査の実施について、広島県地域保健対策協議会がん対策専門委員会において承認</li> </ul>											
<p>26年9月中旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省からの現況報告書等の様式の提示を受け、県内の全ての拠点病院に対し、「がん診療連携拠点病院の指定に係る指定更新推薦書等の提出について（通知）」（平成26年9月19日付け健康福祉局長通知）を発出し、現況報告書等の提出期限等について連絡（提出期限：10月3日）（注）                      （注） 広島県では、上記通知発出時、県独自の様式である「がん診療連携拠点病院指定更新にかかる補足調査票」を添付し、拠点病院として2次医療圏内又は県内における課題の把握及び課題の解消に向けた取組の報告を求めている。</li> </ul>											
<p>26年9月中旬～10月中旬</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「がん診療連携拠点病院の医療機能に係る個別ヒアリングについて（通知）」（平成26年9月4日付け健康福祉局がん対策課長通知）に基づき、県内の全ての拠点病院に対する実地調査（ヒアリング）を実施（1病院当たり2時間）</li> <li>当該課長通知においては、ヒアリング内容として、次の事項を記載                     <table border="1" data-bbox="614 1883 1412 2045"> <tr> <td data-bbox="614 1883 1412 2045"> <p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> </ul>	<p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul>										
<p>(1) 病院長との面談</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人的要件の充足状況及び今後の対応について</li> <li>体制整備について（院内外における連携体制及び実践等）</li> <li>PDC Aサイクルの導入及び確立について</li> </ul>												

		(2) 担当ヒアリング <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>指定要件を満たしていない項目への対応状況</u></li> <li>・ 要件を満たしている場合、具体的な実施状況の確認</li> <li>・ 特に重点的に確認する事項</li> </ul>								
	26年10月末	・ 実地調査結果を踏まえ、広島県地域保健対策協議会において、厚生労働大臣に推薦する拠点病院について審議し、決定								
<p>表2 実地調査等を通じ、「原則必須」要件の未充足の状態を解消させた例</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>番号</th> <th>概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>A病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が不在であり、同医師の配置要件が未充足であったが、平成26年10月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、27年4月には配置に至り、未充足状態が解消された。</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>B病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が「専任」であり、「専従」要件が未充足であったが、平成26年9月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、経過措置期間を経た28年4月には「専従」としての配置に至り、未充足状態が解消された。</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>C病院において、平成26年6月の事前調査段階では、放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専任の常勤技術者が不在であり、同技術者の配置要件が未充足であったが、同年10月の実地調査段階では配置に至り、未充足状態が解消された。</td> </tr> </tbody> </table>			番号	概要	1	A病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が不在であり、同医師の配置要件が未充足であったが、平成26年10月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、27年4月には配置に至り、未充足状態が解消された。	2	B病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が「専任」であり、「専従」要件が未充足であったが、平成26年9月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、経過措置期間を経た28年4月には「専従」としての配置に至り、未充足状態が解消された。	3	C病院において、平成26年6月の事前調査段階では、放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専任の常勤技術者が不在であり、同技術者の配置要件が未充足であったが、同年10月の実地調査段階では配置に至り、未充足状態が解消された。
番号	概要									
1	A病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が不在であり、同医師の配置要件が未充足であったが、平成26年10月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、27年4月には配置に至り、未充足状態が解消された。									
2	B病院において、事前調査段階では、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が「専任」であり、「専従」要件が未充足であったが、平成26年9月の実地調査において、病院長に未充足である実態について問題提起し、要件の充足を促すことで、経過措置期間を経た28年4月には「専従」としての配置に至り、未充足状態が解消された。									
3	C病院において、平成26年6月の事前調査段階では、放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専任の常勤技術者が不在であり、同技術者の配置要件が未充足であったが、同年10月の実地調査段階では配置に至り、未充足状態が解消された。									

(注) 当省の調査結果による。

図表3-(2)-④ 調査対象51拠点病院における「原則必須」要件に関する意見の例

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「原則必須」要件である化学療法に携わる医師の「専従」要件について、未充足でも指定取消等の不利益がない現状では、特段充足に向けた取組を行う予定はない。</li> <li>・ 「原則必須」要件である放射線診断及び治療に携わる医師の「常勤」要件について、現在は未充足であっても指定取消等の不利益がなく、実質的に「望ましい」要件と同様に緩和された要件と認識している。</li> <li>・ 現行のように「原則必須」要件を充足していない状況でも指定更新に影響しないのであれば特に問題はないが、仮に今後厳しく求められた場合は、各要件を充足するのは難しい。</li> <li>・ 「原則必須」要件が充足できない拠点病院については、例えば指定期間を短くするなど、厳しく対応すべき。</li> </ul>
--

(注) 当省の調査結果による。

図表 3-(2)-⑤ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(2) 診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

キ 医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該 2 次医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね 300 人を下回る 2 次医療圏においては、当面的間、イ、ウ、カに規定する専門的な知識及び技能を有する医師の配置は必須要件とはしないが、以下の要件を満たすこと。

i 専任の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ii 専従の病理診断に携わる医師を 1 人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むものとする。

(当省注)「イ、ウ、カ」とは、次の要件を指す。

イ 専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ウ 専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

カ 専従の病理診断に携わる常勤の医師を 1 人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むものとする。

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件

(3) 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。なお、当該 緩和ケアセンターは平成 28 年 3 月までに整備すること。

VIII 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

1 既ががん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

(2) (中略)

ただし、既指定病院のうち、II の 1 の (2) の①のアからエ及びカに規定する医師、②のア及びウに規定する看護師、アに規定する診療放射線技師、エに規定する細胞診断に係る業務に携わる者、II の 4 の (1) の①に規定する相談支援に携わる者、(2) の②に規定する院内がん登録実務者のいずれかの要件を満たしていない地域拠点病院、III の 1 に規定する医師の要件を満たしていない地域拠点病院として指定を受けている特定機能病院、IV の 3 の (2) に規定する相談支援に携わる者、5 の (1) に規定する院内がん登録実務者の いずれかの要件を満たしていない都道府県拠点病院については、平成 27 年 4 月 1 日からの 1 年間に限り指定の更新を行うこととする。ただしこの際にも、以下の要件を満たしていることを求める。(以下略)

(注) 1 下線は、当省が付した。

2 表中の「(当省注)」は、当省が加えたものである。

#### 4 緩和ケアの推進

##### (1) 拠点病院における緩和ケアの徹底及び充実のための支援の拡充

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>(緩和ケアの定義及び目標)</p> <p>緩和ケアとは、世界保健機関（WHO）の定義（平成14年）によれば、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチ」とされている。</p> <p>我が国では、がん対策基本法第16条において、「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」などとされていることを踏まえ、第1期基本計画及び第2期基本計画において緩和ケアを「重点的に取り組むべき課題」とされている。また、第2期基本計画では、個別目標として「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されること」が掲げられ、併せてその実現のため、「拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ること」とされている。</p> <p>これを受け、厚生労働省では、拠点病院における緩和ケアの提供体制及び提供内容について、整備指針において、専任の身体症状緩和医や専従の専門看護師の配置、緩和ケア外来の設置、苦痛のスクリーニングや定期的な病棟ラウンドの実施等の種々の指定要件を設けている。</p> <p>(PDC Aサイクルの活用の推進)</p> <p>また、厚生労働省では、平成25年9月に取りまとめられた「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の報告書において、拠点病院間の活動格差を縮小するためには「PDC Aサイクルを確保する仕組みが必要」とされたことを踏まえ、26年1月に整備指針を改定し、PDC Aサイクルの確保に係る指定要件を設け、拠点病院に対して緩和ケアの分野も含めた病院の機能全体について不断の改善を促している。</p> <p>具体的には、整備指針において、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講ずること、都道府県拠点病院を中心に、情報共有と相互評価を行うことなどとされ、自施設におけるPDC Aサイクルの確保及び都道府県拠点病院等の第三者との間での相互評価（以下「ピアレビュー」という。）の実施が求められている。また、PDC Aサイクルを活用する上では適切な目標を設定することがまずは重要であることから、現況報告書等において、拠点病院が「PDC Aを使って改善すること</p>	<p>図表 4-(1)-①</p> <p>図表 4-(1)-②</p> <p>図表 4-(1)-③</p> <p>図表 3-(1)-⑥ (再掲)</p> <p>図表 4-(1)-④</p> <p>図表 4-(1)-⑤</p>

を想定している課題」について、具体的かつ定量的な目標を記載することとされている。

### 【調査結果】

今回、調査対象 51 拠点病院における緩和ケアの提供体制及び提供内容を調査した結果、以下のとおり、i) 拠点病院として最低限提供すべきとされている緩和ケア（整備指針の「必須」要件）が提供されていない状況、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がみられた。

## ア 緩和ケアの提供体制

### (7) 緩和ケアチームの構成員である医師及び看護師の配置要件の充足状況

整備指針において、拠点病院は、身体症状緩和医、精神症状緩和医、専門看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備することとされている。

その際、配置要件として、身体症状緩和医については「専任」が必須で、「専従」が望ましく、また、「常勤」が原則必須とされ、精神症状緩和医については「専任」及び「常勤」が共に望ましいとされている。また、専門看護師については、「専従」かつ「常勤」が必須とされている。

今回、調査対象 51 拠点病院における身体症状緩和医、精神症状緩和医及び専門看護師の「必須」要件の充足状況をみると、項目 3(1)で述べたとおり、専門看護師の専従性が疑われる例が 1 事例みられたが、それ以外に「必須」要件が未充足と疑われる状況はみられなかった。

一方、身体症状緩和医及び精神症状緩和医に係る「原則必須」要件及び「望ましい」要件の充足状況（平成 27 年 9 月 1 日時点）をみると、未充足要件がなかった（全て充足している）拠点病院が 16 施設（31.4%）であるのに対し、未充足要件があった拠点病院が 35 施設（68.6%）みられた（注）。

（注） 調査対象 51 拠点病院を含む全国の 399 拠点病院における身体症状緩和医及び精神症状緩和医に係る「原則必須」要件及び「望ましい」要件の充足状況は、未充足要件がなかった（全て充足している）拠点病院が 146 施設（36.6%）、未充足要件があった拠点病院が 253 施設（63.4%）となっている。

中には、精神症状緩和医が非常勤であったことにより、速やかに専門的な緩和ケアが提供できなかつた例（1 施設）がみられた。

### (4) 緩和ケアチームの構成員である医師の専門性（所属する診療科）

整備指針において、緩和ケアチームに配置することとされている身体症状緩和医及び精神症状緩和医については、「専門的な知識及び技能を有する医師」とされているが、その判断基準（所属する診療科等）は明らかにされていない。

今回、調査対象 51 拠点病院における身体症状緩和医及び精神症状緩和医の専門性（所属する診療科）（平成 27 年 9 月 1 日時点）をみると、身体症状緩和医については緩和ケア科系統（注 1）の医師を配置している拠点病院が

図表 4-(1)-③  
(再掲)

図表 3-(1)-①  
(再掲)

図表 4-(1)-⑥

図表 4-(1)-⑦

図表 4-(1)-⑧

図表 4-(1)-⑨・  
⑩

<p>21 施設と最も多く、精神症状緩和医については精神科系統（注 2）の医師を配置している拠点病院が 40 施設と最も多い状況がみられた。</p> <p>（注 1） 緩和ケア科、緩和医療科など疼痛緩和等への対応を専門とする診療科をいう。 （注 2） 精神科、メンタルヘルス科など精神症状への対応を専門とする診療科をいう。</p> <p>一方、精神症状緩和医として、専門資格（注 1）を有さない耳鼻咽喉科系統の医師や神経内科系統（注 2）の医師を 1 人のみ配置している例（2 施設）がみられ、これら 2 施設においては、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に十分に対応できなかつた状況がみられた。</p> <p>（注 1） ここでは、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等をいう。 （注 2） 神経内科は、一般にパーキンソン病や脳梗塞、手足の麻痺や震えなど、脳や脊髄、神経、筋肉に由来する疾患を診る内科とされている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑪</p>
<p><b>(ウ) 緩和ケア外来の運営状況</b></p> <p>整備指針において、拠点病院は、緩和ケア外来を整備することとされているが、開設時間等の緩和ケア外来の運営に係る詳細な定めはない。</p> <p>今回、調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院（注）を除く 50 拠点病院における緩和ケア外来の運営状況をみると、1 週間の開設時間が 3.5 時間未満（9 施設）から 35 時間以上 42 時間未満（2 施設）まで区々となっている状況がみられた。</p> <p>（注） 1 拠点病院においては、緩和ケア外来を担当していた医師が平成 27 年 10 月に他院に転勤となったため、調査日時点においては同外来を開設していなかったが、28 年 3 月から副院長等が担当となって同外来を再開した。</p>	<p>図表 4-(1)-⑫</p>
<p>また、緩和ケア外来について、予約制としている拠点病院は 40 施設（80.0%）、原則予約を必要としていない拠点病院は 9 施設（18.0%）などとなっており、中には、週 1 回 2 人のみ（1 人 1 時間程度）予約制で開設している拠点病院がみられた一方、月曜日から金曜日まで非予約制で開設している（1 週間の開設時間：29 時間）拠点病院がみられた。</p> <p>さらに、緩和ケア外来の対象患者について、一定の制限（主治医との併診が必要、緩和ケアチームが依頼を受けたがん患者に限るなど）を設けている拠点病院は 15 施設（30.0%）、制限を設けていない拠点病院は 34 施設（68.0%）などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑬</p>
<p><b>イ 緩和ケアの提供内容</b></p> <p><b>(ア) 緩和ケアチームによる年間新規診療症例数及び緩和ケア外来の年間受診患者延べ数</b></p> <p>現況報告書等に基づき、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（平成 26 年）をみると、平均 166.6 症例であり、最も少ない拠点病院では 12 症例であるのに対し、最も多い拠点病院では 478 症例であった。</p> <p>また、緩和ケア外来の年間受診患者延べ数（平成 26 年）をみると、平均</p>	<p>図表 4-(1)-⑭</p> <p>図表 4-(1)-⑮</p>

<p>429.2人であり、最も少ない拠点病院では0人であるのに対し、最も多い拠点病院では2,355人であった。</p> <p>なお、緩和ケアチームによる年間新規診療症例数及び緩和ケア外来の年間受診患者延べ数について、各施設におけるがん患者数との間に強い相関はみられず、同規模の拠点病院間で較差がある状況となっているが、これは後述する苦痛のスクリーニングや病棟ラウンドの実施方法等の差異によるものと考えられる。</p>	
<p><b>(イ) 苦痛のスクリーニングの実施状況及びその結果の活用状況</b></p>	
<p>整備指針において、拠点病院は「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと」とされている（「必須」要件）。また、「スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること」ともされており、単に苦痛のスクリーニングを実施するだけでなく、緩和ケアを提供する必要があるか否かの判断を迅速かつ適切に行い、必要に応じ、緩和ケアチームへ介入を依頼するなどの対応をとることも求められている。</p>	<p>図表 4-(1)-③ (再掲)</p>
<p>苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度については整備指針に定めがないが、厚生労働省では、苦痛を有するがん患者を把握するというスクリーニングの趣旨からすれば、全てのがん患者を対象に、定期的を実施することが望ましいとしている。</p>	
<p>今回、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの実施状況を見ると、項目 3(1)で述べたとおり、調査日時時点で外来患者に対する苦痛のスクリーニングを実施していない拠点病院が 6 施設みられた。</p>	<p>図表 3-(1)-③ (再掲)</p>
<p>また、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度をみると、外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施していない拠点病院が 42 施設 (82.4%) みられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑯</p>
<p>さらに、調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの結果の活用状況をみると、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても主治医や担当看護師の緩和ケアへの認識不足（終末期の患者だけが対象になるとの認識）から緩和ケアチームへの介入依頼がなされなかったため、同チームの介入が遅れたなど、苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していないと考えられる例がみられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑰</p>
<p>これに対し、緩和ケアを 1 次支援から 3 次支援まで階層化した上で、全ての看護師を基本的な緩和ケアである 1 次支援の担い手として位置付け、1 次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組みを構築するとともに、看護師に対する研修や支援を充実させることで苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していると考えられる例がみられた。</p>	<p>図表 4-(1)-⑱</p>
<p><b>(ウ) 病棟ラウンドの実施状況</b></p>	
<p>整備指針において、拠点病院は緩和ケアチームにより、週 1 回以上の頻度</p>	<p>図表 4-(1)-③</p>

<p>で、定期的に病棟ラウンドを行い、症状緩和に努めることとされている（「必須」要件）。</p>	<p>(再掲)</p>
<p>また、病棟ラウンドの対象患者については、整備指針に定めがないが、厚生労働省では、原則的には緩和ケアチームが介入した全ての患者としており、また、がん患者の立場からすれば、全てのがん患者が週1回以上の頻度で病棟ラウンドを受けることが望ましいとしている。</p>	
<p>今回、調査対象 51 拠点病院における病棟ラウンドの実施状況をみると、項目 3(1)で述べたとおり、調査日時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していない拠点病院が 1 施設みられた。</p>	<p>図表 3-(1)-④ (再掲)</p>
<p>また、当該 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における病棟ラウンドの対象患者をみると、全ての入院がん患者としている拠点病院が 10 施設 (20.0%)、緩和ケアチームが介入した患者の全てとしている拠点病院が 30 施設 (60.0%)、緩和ケアチームが介入した患者の一部としている拠点病院が 8 施設 (16.0%) などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑱</p>
<p>さらに、各拠点病院が定める対象患者の全てに対し、病棟ラウンドを週1回以上の頻度で実施している拠点病院は 45 施設 (90.0%)、週1回以上の頻度で実施していない拠点病院は 4 施設 (8.0%) などとなっている。</p>	<p>図表 4-(1)-⑳</p>
<p>このように、拠点病院として最低限提供すべきとされている緩和ケアが提供されていない状況並びに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は、がん患者及びその家族にとって好ましい状況とは言い難いと考えられる。</p>	
<p>前述のとおり、調査対象 51 拠点病院において、緩和ケアの提供に係る支障事例も一部みられたほか、平成 27 年に厚生労働省の研究班が拠点病院のがん患者を対象に実施した患者体験調査の結果によれば、からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていないと回答したがん患者が約 4 割存在し、中間評価報告書でも「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」とされている。</p>	<p>図表 4-(1)-㉑ 図表 4-(1)-㉒</p>
<p>また、調査対象 17 患者団体から、がん患者及びその家族が緩和ケアに不満を持つ意見が聴かれ、中には「激しい痛み到我慢できなくなり、病棟の看護師を通じて緩和ケアを依頼したが、主治医が手術中との理由で半日以上何の措置もとってくれなかったとの家族の声があった」とする意見も聴かれた。</p>	<p>図表 4-(1)-㉓</p>
<p>こうした状況が生じた原因としては、整備指針において、緩和ケアに係る規定の趣旨や実施方法等が明確化されていないことが考えられる。実際、調査対象 51 拠点病院及び 17 都道府県の中からは、整備指針における緩和ケアに係る各規定について、「定義や内容が不明確」、「モデルとなるものや実施方法の提示、そのためにどれだけの人員・労力、費用を要するのかの具体的な検討が行われていない」などとする意見が聴かれた。</p>	<p>図表 4-(1)-㉔</p>
<p>このため、拠点病院における緩和ケアを推進していくためには、項目 3 で述べ</p>	

た国及び都道府県による実地調査の活用等を通じて整備指針で求められている最低限の緩和ケアの提供を徹底させるとともに、整備指針の明確化等の支援を通じて緩和ケアの提供体制及び提供内容を充実させることが重要と考えられる。

他方、診療従事者の不足や偏在の問題が課題となっている中で、緩和ケアの提供体制及び提供内容を充実させるためには、現在提供されている緩和ケアについて、少しでもその質を向上させ、拠点病院間の活動格差を縮小させることも重要と考えられる。そのためには、厚生労働省も推進しているP D C Aサイクルの活用が重要と考えられる。平成 26 年 3 月に取りまとめられた「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書」でも、緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、外部評価を組み込んだP D C Aサイクルを構築することが求められているとされている。

図表 4-(1)-⑳

しかし、今回、調査対象 51 拠点病院における緩和ケアの分野でのP D C Aサイクルの活用状況（平成 26 年度及び 27 年度）を調査した結果、次のとおり、P D C Aサイクルの活用が必ずしも十分に進んでいない状況がみられた。

- i) 目標設定が行われなまま情報の把握・分析を実施している又は情報の把握・分析を実施していない拠点病院が 31 施設（60.8%）みられた。
- ii) 評価の一手法であるピアレビューを実施した実績のない拠点病院が 46 施設（90.2%）みられた。

図表 4-(1)-㉑

図表 4-(1)-㉒

また、目標設定を行った上で院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施した 19 施設のうち 15 施設では、分析・評価の結果を踏まえた具体的な改善措置が講じられていた。同様に、ピアレビューを実施した実績のある 4 施設のうち、ピアレビューを通じ、指摘を受けた 1 施設でも、指摘を踏まえた改善措置が講じられていた。

図表 4-(1)-㉓

図表 4-(1)-㉔

このように、P D C Aサイクルの活用が十分に進まない原因としても、整備指針においてP D C Aの活用に係る規定の趣旨や実施方法等が明確化されていないなど、厚生労働省による支援が不十分であることが考えられ、調査対象 51 拠点病院及び17都道府県の中からも、「どのような方法で行えばよいか分からない」などの意見が聴かれた。

図表 4-(1)-㉕

（再掲）

厚生労働省では、平成 26 年度以降、P D C Aサイクルの確保強化に関する事業を実施したり、苦痛のスクリーニングの事例集を作成したりして拠点病院を支援しているものの、現在でも整備指針の各規定の趣旨や具体的な実施方法について必ずしも十分に説明しているとはいえず、支援の拡充が重要と考えられる。

**【所見】**

したがって、厚生労働省は、緩和ケアを推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 拠点病院として最低限提供すべきとされる緩和ケアについて、国及び都道府

<p>県による実地調査を活用するなどして、全ての拠点病院において徹底させること。</p> <p>② 緩和ケアやP D C Aサイクルの活用に係る整備指針の各規定について、その趣旨や具体的な実施方法等を明確化するなど、緩和ケアの充実を図るための支援を拡充すること。</p>	
---	--

図表 4-(1)-① 世界保健機関（WHO）による緩和ケアの定義（平成 14 年）

（英語原文）

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

（日本語訳）

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。

- （注）1 英語原文は、WHOのホームページにおける記載を抜粋した。（<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>）
- 2 日本語訳は、国立がん研究センターがん対策情報センターが提供するホームページ「がん情報サービス」における記載を転載した。（[http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative\\_care.html](http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html)）

図表 4-(1)-② がん対策基本法及び基本計画における緩和ケアに係る記述

○ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第 16 条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

第 3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

② 緩和ケア

（取り組むべき課題）

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

（中略）

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識及び技能を有する医師や看護師が専任的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

（中略）

拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

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

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

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

第 4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(取り組むべき課題)

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

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

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

(個別目標)

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

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

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-③ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知)の別添) <緩和ケア提供関係部分抜粋>

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

⑤ 緩和ケアの提供体制

ア (2)の①のオに規定する医師及び(2)の②のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。

ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

i 週 1 回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。

iii 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。

※1 なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来であり、疼痛のみに対応する外来や診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。

※2 また、外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備すること。

エ イ及びウの連携を以下により確保することとする。

ii アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

(2) 診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

オ (1)の⑤のオに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

(1)の⑤のオに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

なお、この場合の専任の要件の適用にあたっては、実際に身体症状の緩和を実施していることの他に、他の診療を兼任しながら、身体症状の緩和を実施する必要が生じたときには直ちにこれに対応できる体制をとっていること等も含め、その就業時間の 5 割以上、身体症状の緩和に従事している必要がある。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ウ (1) の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師は公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれかであること。

(1) の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。当該薬剤師は一般社団法人日本緩和医療薬学会が認定する緩和薬物療法認定薬剤師であることが望ましい。また、当該医療心理に携わる者は財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士であることが望ましい。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-④ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成26年1月10日付け健発第0110第7号厚生労働省健康局長通知)の別添) <P D C Aサイクルの確保関係部分抜粋>

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

⑤ 緩和ケアの提供体制

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

vi 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行うこと。

6 P D C Aサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。

(2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、P D C Aサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、IIの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県拠点病院として指定する場合には、IIIの特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件(3の(1)、(2)を除く。)を満たすこと。

1 都道府県における診療機能強化に向けた要件

(3) 地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対し、診療機能や診療実績等の情報提供を求め、必要に応じ、実地調査を行うこと等により、当該都道府県内のがん診療等の状況に関する情報を収集、分析、評価し、改善を図ること。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-⑤ 現況報告書等におけるPDCAサイクルの確保に関する報告内容

### PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名:

平成27年9月1日現在

自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、必要に応じて図表などを活用し、具体的に記載すること。

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

	課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
例)	患者満足度の向上	退院患者の80%が入院治療環境に満足する	3か月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1			
2			
3			
4			
5			

上記の目標に向けた活動計画の予定(未定の場合には、未定と記入)

1	
2	
3	
4	
5	

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙52を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無

(あり/なし)

ファイル形式

(ワード/太郎/リッチテキスト/エクセル/パワーポイント/PDF/その他)

その他の場合ファイル形式を記載してください。

図表 4-(1)-⑥ 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況

表 1 4 要件の充足状況

(単位：施設、%)

区分	未充足要件あり				未充足要件なし (4 要件全て充足)	合計
	4 要件全て未充足	3 要件未充足	2 要件未充足	1 要件未充足		
施設数	35	0	7	13	15	51
構成比	68.6	0	13.7	25.5	29.4	100

表 2 要件別の充足状況

(単位：施設、%)

要件	等級の区分	充足		未充足		合計	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「常勤」であること	原則必須 (B 等級)	48	94.1	3	5.9	51	100
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「専従」であること	対応することが望ましい (C 等級)	24	47.1	27	52.9	51	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「専任」であること	対応することが望ましい (C 等級)	30	58.8	21	41.2	51	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「常勤」であること	対応することが望ましい (C 等級)	40	78.4	11	21.6	51	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(1)-⑦ 全国の 399 拠点病院における緩和ケアチームの構成員である医師の常勤及び専従又は専任に係る 4 要件の充足状況

表 1 4 要件の充足状況

(単位：施設、%)

区分	253	未充足要件あり				未充足要件なし (4 要件全て充足)	合計
		4 要件全て未充足	3 要件未充足	2 要件未充足	1 要件未充足		
施設数	253	1	51	84	117	146	399
構成比	63.4	0.3	12.8	21.1	29.3	36.6	100

表 2 要件別の充足状況

(単位：施設、%)

要件	等級の区分	充足		未充足		合計	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「常勤」であること	原則必須 (B 等級)	390	97.7	9	2.3	399	100
緩和ケアチームに配置する身体症状緩和医が、「専従」であること	対応することが望ましい (C 等級)	217	54.4	182	45.6	399	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「専任」であること	対応することが望ましい (C 等級)	260	65.2	139	34.8	399	100
緩和ケアチームに配置する精神症状緩和医が、「常勤」であること	対応することが望ましい (C 等級)	287	71.9	112	28.1	399	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

3 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。

図表 4-(1)-⑧ 精神症状緩和医が非常勤であったことにより、速やかに専門的な緩和ケアが提供できなかった例

整備指針において、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医については、「常勤であることが望ましい」とされている。

A病院では、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、常勤の医師は配置しておらず、非常勤の医師を2人配置している。当該2人の精神症状緩和医の勤務日は、それぞれ毎週水曜日の午前及び毎週木曜日の午後であった。

また、A病院では、緩和ケア外来を水曜日、木曜日及び金曜日の週3日開設しており、当該2人の精神症状緩和医が、それぞれ水曜日及び木曜日の緩和ケア外来を、金曜日は緩和ケアチームの構成員でもある身体症状緩和医（常勤）が担当している。

このような中、平成25年、金曜日に緩和ケア外来を受診したがん患者について、対応した身体症状緩和医において、せん妄症状と判断し、抗不安薬、鎮痛補助薬等を処方し、その後の症状の経過及び薬の効果の診断は、翌週の水曜日の精神症状緩和医の診療日に行われることとなった。

しかし、当該がん患者は、週末に抑うつ症状が増悪し、日曜日の夜間に意識が混乱して救急車で搬送される事態となった。

なお、救急搬送時は抑うつ症状も全身倦怠感も強く、動けない状態であり、また、身体症状（呼吸苦、腹痛）も甚だしく、意識が混乱していたが、身体症状緩和医及び精神症状緩和医の診療を受け、症状は改善した。

A病院では、「がん患者の場合、身体機能の低下に伴う精神症状（不安、せん妄、抑うつ等）がいつ何時発症するか予測ができないことから、精神症状緩和医が常勤でないことで速やかに対応できない状況となっている。また、身体症状緩和医では、せん妄なのか抑うつなのかなどの精神症状の判断が難しく、それに伴う薬剤も多種多様であるため、調製も含め、専門知識がないと対応が難しい状況である」としている。

なお、A病院では、このような状況を解消するため、同病院のホームページにおいて、精神症状緩和医の募集を行っているものの、元来の医師不足もあって応募者がいない状況であるとしている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑨ 調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である身体症状緩和医 139 人の専門性（所属する診療科）

（単位：施設、人、％）

所属する診療科	施設数	医師数	
			構成比
緩和ケア科系統	21	36	25.9
麻酔科系統	16	21	15.1
外科系統	15	20	14.4
消化器内科系統	9	9	6.5
腫瘍内科系統	7	8	5.8
呼吸器内科系統	7	7	5.0
放射線科系統	6	6	4.3
総合診療科系統	5	5	3.6
内科系統	4	5	3.6
産婦人科系統	4	4	2.9
呼吸器外科系統	3	3	2.2
歯科口腔外科系統	3	3	2.2
小児科系統	2	2	1.4
消化器外科系統	2	2	1.4
泌尿器科系統	2	2	1.4
血液内科系統	1	1	0.7
皮膚科系統	1	1	0.7
乳腺外科系統	1	1	0.7
整形外科系統	1	1	0.7
婦人科系統	1	1	0.7
予防歯科系統	1	1	0.7
合計	—	139	100

（注）1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。

2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

3 本表における診療科の分類は、緩和ケア科系統、腫瘍内科系統、総合診療科系統及び予防歯科系統を除き、「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）における診療科の分類による。

4 身体症状緩和医を複数配置している施設の中には、異なる診療科の医師を配置している施設もあることから、「施設数」欄の合計は 51 とならない。

5 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑩ 調査対象 51 拠点病院の緩和ケアチームの構成員である精神症状緩和医 73 人の専門性  
(所属する診療科)

(単位：施設、人、%)

所属する診療科	施設数	医師数	
		人数	構成比
精神科系統	40	56	76.7
精神腫瘍科系統	4	6	8.2
緩和ケア科系統	4	5	6.8
心療内科系統	2	2	2.7
神経内科系統	1	1	1.4
耳鼻咽喉科系統	1	1	1.4
その他（精神科及び心療内科の両科に所属）	1	2	2.7
合計	—	73	100

- (注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。  
 2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。  
 3 本表における診療科の分類は、精神腫瘍科系統、緩和ケア科系統及びその他を除き、「平成 26 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)における診療科の分類による。  
 4 精神症状緩和医を複数配置している施設の中には、異なる診療科の医師を配置している施設もあることから、「施設数」欄の合計は 51 とならない。  
 5 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑪ 緩和ケアチームの精神症状緩和医として、専門資格を有しない耳鼻咽喉科系統又は神経内科系統の医師 1 人のみを配置している施設において、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に十分に対応できなかった例

番号	概要
1	<p>A病院では、地域において精神科医が不足しているとして、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、耳鼻咽喉科系統の医師を 1 人配置（常勤・兼任）している（注）。</p> <p>（注） 当該医師は、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等は有していない。</p> <p>A病院では、精神症状緩和医が耳鼻咽喉科系統の医師であることにより、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に対応できない症例が年間数例あるとしており、当該状況が生じた場合には、地域の精神科医がいる病院に紹介する（入院患者の場合は、往診に来てもらう）ことで対応している。</p> <p>具体的には、次のような例がみられた。</p> <p>&lt;事例&gt;</p> <p>平成 28 年に、入院中であった 80 歳代の食道がん患者が、便秘、疼痛及び食欲不振の症状を訴えたため、当該症状の緩和を目的に緩和ケアチームへの介入依頼があった。当該チームの精神症状緩和医が対応したが、食欲不振の原因がつかめず、透視検査等でも通過障害が認められなかったため、精神症状の原因を疑い、市内の精神科医に往診に来てもらうこととし、翌日に対応することとなった。</p> <p>なお、市内の精神科医からは「現状及び病状への理解はあり、疎通や礼節も保たれている。抑うつ感や認知機能の低下は明らかでない」と診断され、その後、当該精神科医との連携の下で拠点病院以外の病院へ転院するに至った。</p>
2	<p>B病院では、精神科部長も兼ねており、精神症状の緩和を担当する医師としても適任であったとして、緩和ケアチームに配置することとされている精神症状緩和医について、神経内科系統の医師を 1 人配置（常勤・兼任）している（注）。</p> <p>（注） 当該医師は、他の拠点病院の精神症状緩和医の多くが有している精神保健指定医や日本精神神経学会の認定資格等は有していない。</p> <p>B病院では、精神症状緩和医が神経内科系統の医師であることにより、精神医学の専門的な知識及び技能が必要な症状に対応できない症例があるとしており、具体的には、次のような例がみられた。</p> <p>&lt;事例&gt;</p> <p>平成 27 年に、50 歳代の歯肉がん患者が、焦燥感を訴えたため、緩和ケアチームの精神症状緩和医へ介入依頼があったが、神経内科外来の診察日であり、精神症状緩和医が対応困難であったこと及び精神科医師による精神医学的診断と専門的な治療が必要と判断されたため、翌日に非常勤の精神科医（緩和ケアチームの構成員ではない）の診察を受けてもらうこととなった。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑫ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における 1 週間の開設時間

(単位：施設、%)

区分	3.5 時間未満	3.5 時間以上 7 時間未満	7 時間以上 14 時間未満	14 時間以上 21 時間未満	21 時間以上 28 時間未満	28 時間以上 35 時間未満	35 時間以上 42 時間未満	不明	合計
施設数	9	18	12	7	0	1	2	1	50
構成比	18.0	36.0	24.0	14.0	0	2.0	4.0	2.0	100

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 調査日時点の状況である。  
 3 複数の医師が同時に緩和ケア外来を開設している時間がある場合、当該時間は、重複して 1 週間の開設時間に計上している。

図表 4-(1)-⑬ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時点で緩和ケア外来を開設していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院の緩和ケア外来における予約制採用の有無及び対象患者の制限の有無

(単位：施設、%)

区分	予約制採用の有無				対象患者の制限の有無				
	有	原則無	不明	合計	有	無	不明	合計	
施設数	40	9	1	50	15	34	1	50	
構成比	80.0	18.0	2.0	100	30.0	68.0	2.0	100	

対象患者の制限の具体例

- ・ 主治医との併診が必要
- ・ 緩和ケアチームが依頼を受けたがん患者に限る
- ・ 緩和ケア病棟退院後のフォローアップの診察に限る

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 調査日時点の状況である。

図表 4-(1)-⑭ 緩和ケアチームによる年間新規診療症例数（平成 26 年）

表 1 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の平均値、中央値、最小値及び最大値

（単位：症例）

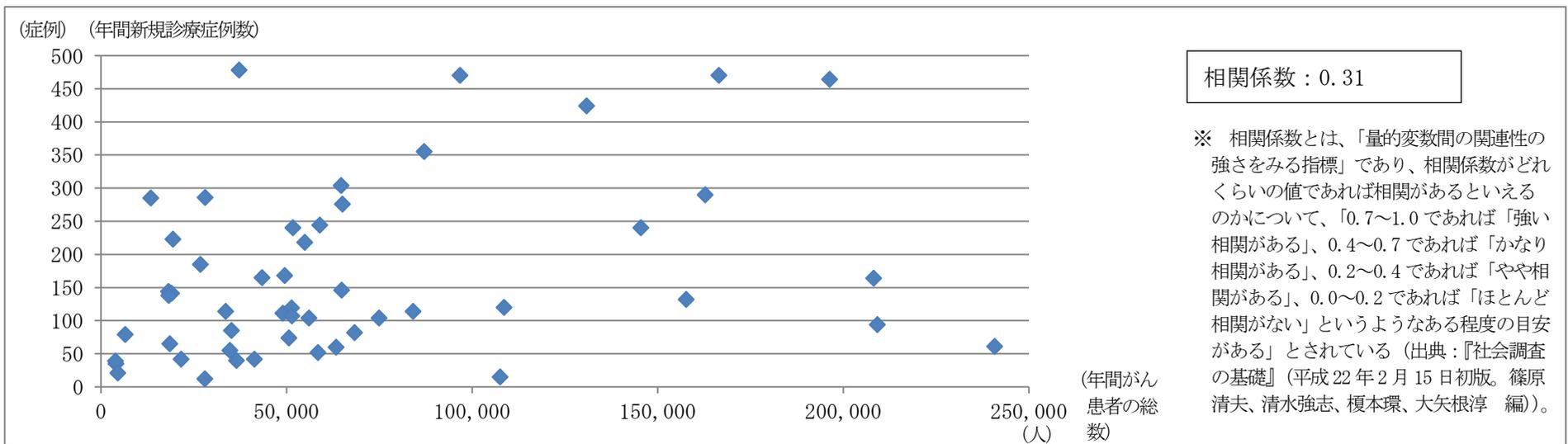
平均値	中央値	最小値	最大値
166.6	120	12	478

表 2 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の分布

（単位：施設、％）

区分	50 症例未満	50 症例以上 100 症例未満	100 症例以上 150 症例未満	150 症例以上 200 症例未満	200 症例以上 250 症例未満	250 症例以上 300 症例未満	300 症例以上 350 症例未満	350 症例以上 400 症例未満	400 症例以上 450 症例未満	450 症例以上	合計
施設数	8	10	13	4	5	4	1	1	1	4	51
構成比	15.7	19.6	25.5	7.8	9.8	7.8	2.0	2.0	2.0	7.8	100

図 1 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と年間がん患者の総数（年間新入院がん患者数及び年間外来がん患者延べ数の合計）との相関図



（注）平成 28 年度の現況報告書等に基づき、当省が作成した。

図表 4-(1)-⑮ 緩和ケア外来の年間受診患者延べ数（平成 26 年）

表 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数の平均値、中央値、最小値及び最大値

(単位：人)

平均値	中央値	最小値	最大値
429.2	168	0	2,355

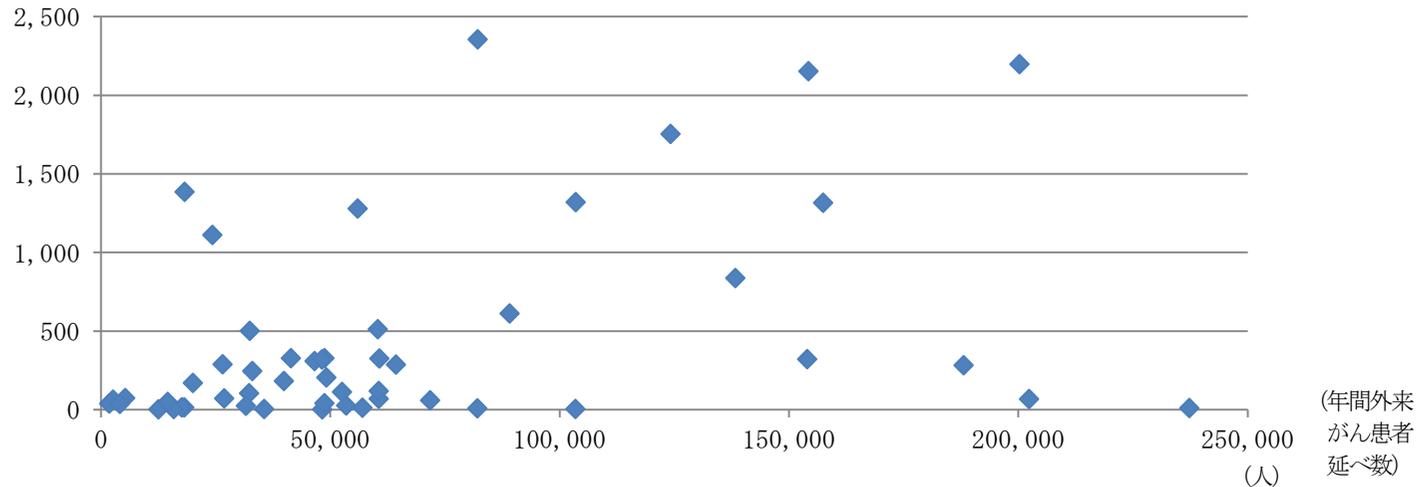
表 2 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数の分布

(単位：施設、%)

区分	0 人	1 人以上 50 人未満	50 人以上 100 人未満	100 人以上 150 人未満	150 人以上 200 人未満	200 人以上 300 人未満	300 人以上 500 人未満	500 人以上 1,000 人未満	1,000 人以上 1,500 人未満	1,500 人以上 2,000 人未満	2,000 人以上	合計
施設数	2	14	6	3	2	5	6	4	5	1	3	51
構成比	3.9	27.5	11.8	5.9	3.9	9.8	11.8	7.8	9.8	2.0	5.9	100

図 1 調査対象 51 拠点病院における緩和ケア外来の年間受診患者延べ数と年間外来がん患者延べ数との相関図

(人) (緩和ケア外来の年間受診患者延べ数)



相関係数：0.40

※ 相関係数とは、「量的変数間の関連性の強さをみる指標」であり、相関係数がどれくらいの値であれば相関があるといえるのかについて、「0.7～1.0であれば「強い相関がある」、0.4～0.7であれば「かなり相関がある」、0.2～0.4であれば「やや相関がある」、0.0～0.2であれば「ほとんど相関がない」というようなある程度の目安がある」とされている（出典：『社会調査の基礎』（平成 22 年 2 月 15 日初版。篠原清夫、清水強志、榎本環、大矢根淳 編））。

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。  
2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-⑯ 調査対象 51 拠点病院における苦痛のスクリーニングの対象患者及び実施頻度

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1: 外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施している	8	15.7
2: 外来及び病棟の全てのがん患者に対し、定期的に苦痛のスクリーニングを実施していない	42	82.4
2-1: 外来及び病棟の原則全てのがん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施しているが、定期的に実施していない	10	19.6
2-2: 外来及び病棟で苦痛のスクリーニングを実施しているが、全てのがん患者に対して実施していない	26	51.0
2-3: 外来がん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施していない	6	11.8
3: 不明	1	2.0
合計	51	100

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 調査日時点の状況である。  
 3 「定期的に苦痛のスクリーニングを実施している」とは、例えば、外来の場合、外来受診や化学療法を行うたびに実施する、病棟の場合、入院後毎日、1週間に1回実施するなど、定められた1回限りではなく、複数回苦痛のスクリーニングを実施している場合をいう。  
 4 「全てのがん患者に対して実施していない」とは、例えば、外来の場合、化学療法室の外来患者に対してのみ実施する、病棟の場合、緩和ケア病棟に入院するがん患者に対してのみ実施するなど、一部の診療科、病棟等のがん患者に対してのみ実施している場合をいう。  
 5 「構成比」の各欄は、小数点第2位を四捨五入しているため、「1」欄から「3」欄までの合計は100にならない。

図表 4-(1)-⑰ 苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していないと考えられる例

番号	概要
1	<p>A病院では、苦痛のスクリーニングについて、全ての入院がん患者を対象にしており、常時 60 人から 70 人程度の者に対して実施している。</p> <p>また、苦痛のスクリーニングの結果、緩和ケアが必要と考えられる場合には、主治医や担当看護師から、電子カルテ等を通して緩和ケアチームに介入を依頼することができる体制となっている。</p> <p>しかし、現実には、医療従事者において、緩和ケアは治療中の患者には必要がなく、終末期の患者だけが対象になるとの認識がまだ残っていることから、主治医や担当看護師からの緩和ケアチームへの介入依頼は年間 10 件から 15 件程度と、ほとんどない状況であり、A病院では、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても介入依頼がなされない例があるとしている。</p> <p>このため、A病院では、緩和ケアチームの介入が必要ながん患者を判別するため、同チームに所属する緩和ケア認定看護師が、苦痛のスクリーニングの結果を全てチェックすることとしている。</p> <p>A病院では、「現状、緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者に対し、主治医や担当看護師がどう対応しているか、苦痛のスクリーニングを実施しただけの状態で放置していないかを緩和ケアチームが確認しなければならない状況となっている」としている。</p> <p>緩和ケアを提供する必要があると考えられるがん患者であっても、主治医や担当看護師から介入依頼がなされなかったため、緩和ケアチームの介入が遅れた例として、具体的には次のような例がみられた。</p>

	<p>&lt;事例&gt;</p> <p>5月20日に実施した苦痛のスクリーニングの結果において、がん患者から一定の身体的苦痛（腰痛）が訴えられていたが、主治医や担当看護師からは緩和ケアチームへの介入依頼がなされずにいた。その後、緩和ケアチームにおいて苦痛のスクリーニングの結果及び患者のカルテを確認したところ、薬剤の処方に疑義が生じたことなどから介入が必要と判断し、苦痛のスクリーニングの実施から4日後の5月24日に、緩和ケア認定看護師から主治医及び担当看護師に対し、アセスメント方法や薬剤の変更について助言し、疼痛を緩和した。</p>
2	<p>B病院では、i) がん以外の疾病の患者も多数通院又は入院していること、ii) 自分ががんであることを認識していないがん患者もいることから、がん患者だけに苦痛のスクリーニングを実施した場合、自分ががんであることを気付かせてしまうおそれがあるとして、全ての患者を対象とした苦痛のスクリーニングを実施している。</p> <p>しかし、B病院では、このように苦痛のスクリーニングの対象をがん以外の疾病の患者にまで拡大した結果、収集した情報が膨大となり（注1）、苦痛のスクリーニングの結果の処理が追いつかず、ほとんど活用できていない状況（注2）となっているとしている。</p> <p>（注）1 B病院では、入院患者に限っても年間約1万人（1月当たり約800人）の患者に対して苦痛のスクリーニングを実施しているとしている。</p> <p>2 例えば、B病院における緩和ケアチームへの新規依頼症例数は、平成27年6月においては2件、26年6月においては0件となっている。</p> <p>なお、B病院では、緩和ケアチームへ介入を依頼するなどの対応をとるべきか判断するための数値基準を策定していない。</p>
3	<p>C病院では、入院がん患者については一般病棟の入院患者の一部を対象に、外来がん患者については化学療法を実施している患者を対象に、苦痛のスクリーニングを実施している。</p> <p>また、C病院が定めた苦痛のスクリーニングの運用マニュアルによれば、苦痛のスクリーニングの結果、がん患者が「からだの症状のつらさ」について、「それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい」などの選択肢を選んだ場合などには、看護師が対応し、必要に応じて主治医に相談・報告することとされている。</p> <p>しかし、C病院では、苦痛のスクリーニングの結果、がん患者が一定の苦痛を訴えていた場合に、その事実や看護師や主治医がどのように対応したのかの情報について、緩和ケアチームまで系統的に報告される仕組みとはなっていない（注）。</p> <p>（注） C病院では、その理由について、報告させる必要性が不明であるためとしている。また、緩和ケアチームが各部署の電子カルテの情報をシステム上で確認することは可能であるとしている。</p> <p>なお、C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60件程度であり、がん患者の総数（年間新入院がん患者数及び年間外来がん患者延べ数の合計）が24万人程度であることに鑑みると低い水準にあると考えられる。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑱ 苦痛のスクリーニングの結果を効率的かつ効果的に活用していると考えられる例

A病院では、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医療従事者が限られている中で、効率的かつ効果的に緩和ケアを提供するため、緩和ケアを1次支援、2次支援及び3次支援と階層化し、1次支援は基本的緩和ケアとして全ての看護師及び医師が提供するもの、2次支援及び3次支援は専門的緩和ケアとして専門看護師や緩和ケアチームが提供するものと位置付けている。

A病院によれば、専門的緩和ケアを必要とする者は緩和ケアを必要とする者全体の2割程度であり、残りの8割は基本的緩和ケアを提供するだけで満足を得るとしている。

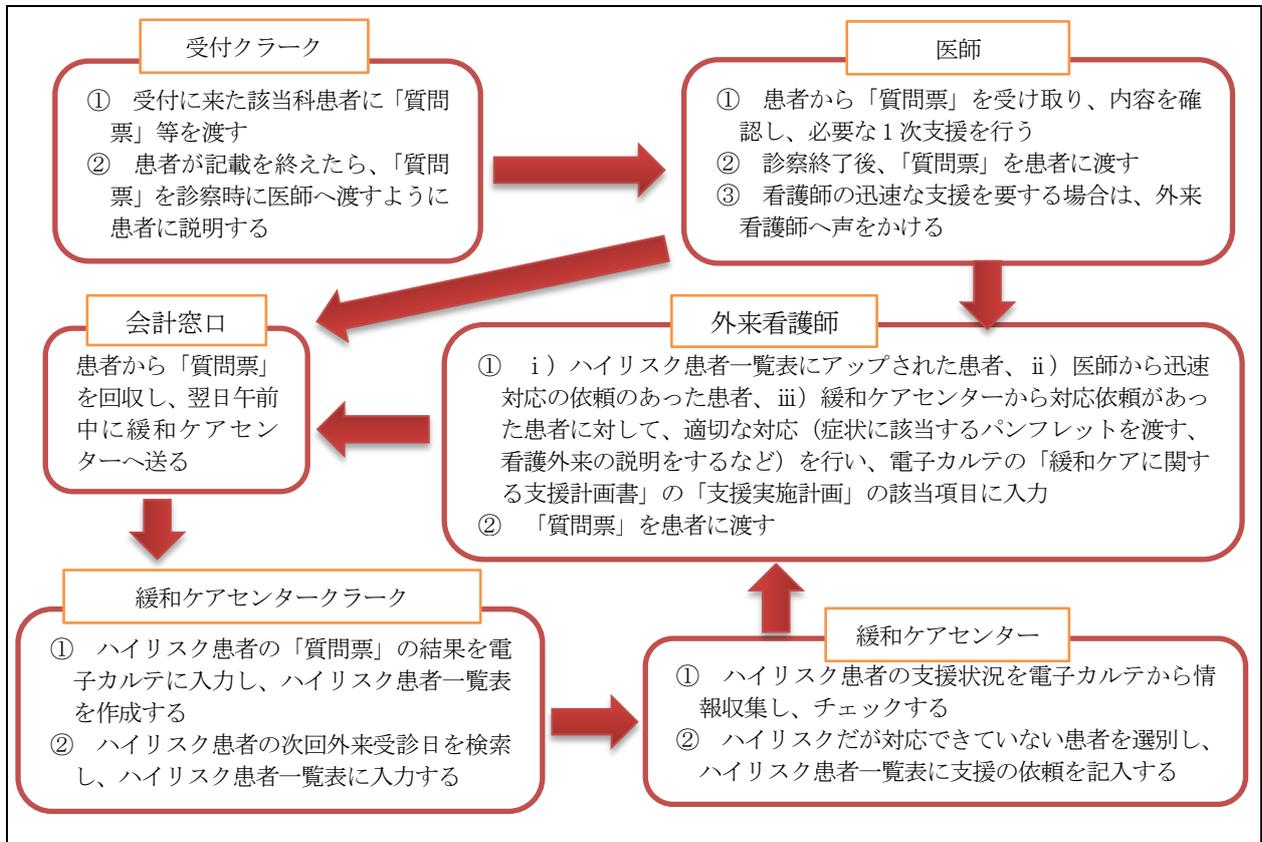
このため、A病院では、以下のとおり、i) 1次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組みを構築するとともに、ii) 院内の医療従事者全体の多くを占める看護師が、質の高い1次支援を実施することができれば院内全体の緩和ケアの質も一層向上するとの考えの下、看護師に対する研修や支援を充実させる取組を行っている。

1 1次支援を迅速かつ確実に提供するための仕組み

A病院では、苦痛のスクリーニングについて、外来及び病棟の全てのがん患者に対して実施している。また、A病院では、苦痛のスクリーニングの結果、ハイリスクとされた患者（注）（以下「ハイリスク患者」という。）に対する1次支援を迅速かつ確実にを行うことを重視しており、「緩和ケアスクリーニング運用マニュアル」に基づき、表1及び表2のとおり、看護師、緩和ケアセンターの職員等が各々の役割を踏まえた対応を行うこととしている。

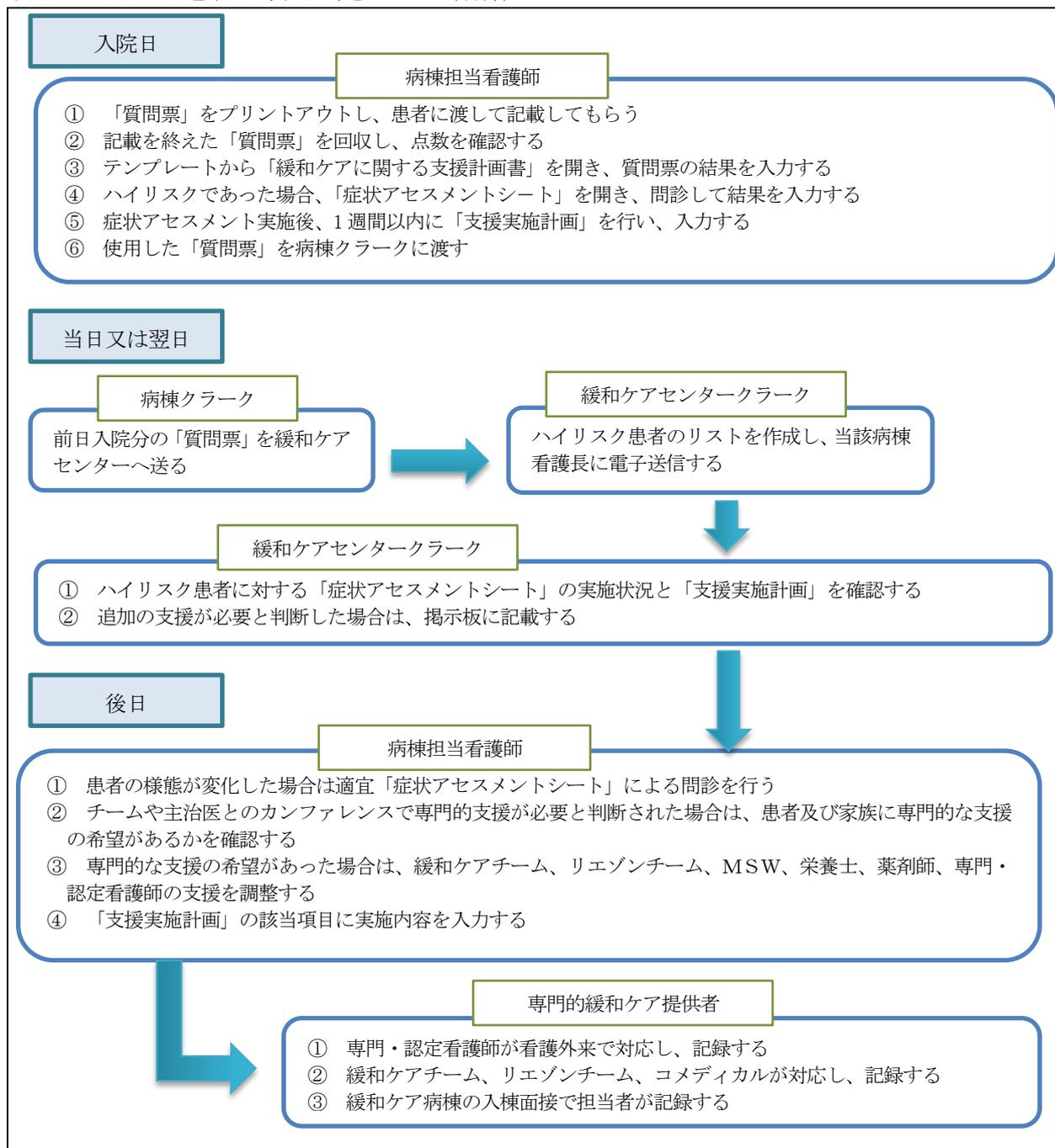
（注） 苦痛のスクリーニングにおいて、がん患者は、「からだの症状」については0から4までの5段階で、「気持ちのつらさ」については0から10までの11段階で苦痛の状況を申告できることとされており、このうち、「からだの症状」が2以上又は「気持ちのつらさ」が5以上のがん患者をいう。

表1 ハイリスク患者に対する対応フロー（外来）



（注） A病院の資料に基づき、当省が作成した。

表2 ハイリスク患者に対する対応フロー（病棟）



(注) A病院の資料に基づき、当省が作成した。

このように、A病院ではハイリスク患者の認定基準として一定の数値基準を設け、最低限これらの基準を満たすがん患者については看護師や主治医が対応することとしているとともに、緩和ケアセンターにおいてハイリスク患者の情報を集約管理し、支援が不十分とみられる場合には、看護師に対して更なる支援を要請することとしており、1次支援を迅速かつ確実に提供できる仕組みを構築している。

## 2 看護師に対する研修及び支援の状況

A病院では、緩和ケアを効果的に提供するためには、外来及び病棟で勤務する看護師の役割が重要であるとして、看護師を院内の緩和ケアの重要な担い手と位置付け、表3のとおり、看護師向けの独自の研修を実施している。

表3 A病院における看護師に対する研修の概要

研修名	緩和ケアジェネラリスト育成研修	緩和ケアリンクナース育成研修
研修目的	外来又は病棟で1次支援を提供する緩和ケアジェネラリストを育成	緩和ケアチームと病棟看護師等をつなぐ役割を持つ緩和ケアリンクナースを育成
研修実施頻度	年4回(6月、10月、11月、1月)	年1回(9月)
研修日数	1日	2日
研修講師	院内のがん看護専門看護師5人程度	院内のがん看護専門看護師5人程度
備考	公益社団法人日本看護協会発行「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」を使用	

(注) 当省の調査結果による。

A病院では、平成28年度までに最低でも緩和ケアジェネラリスト育成研修については院内の全ての看護師に受講させることとしており、28年2月時点で234人が修了している(受講率:約47%)。また、緩和ケアリンクナース育成研修についても、同時点で90人が修了している。

また、A病院では、1次支援の充実のため、同病院の緩和ケアチームが各病棟等を回り、看護師に対し、病状アセスメントの実施方法等について助言・指導することとしている。

なお、A病院では、苦痛のスクリーニングを導入する際、院内において「余計な仕事を増やすな」などの反発があったが、看護師に対しては普段の仕事の延長である旨を説明し、医師に対しては個別に各診療科を訪問し、苦痛のスクリーニングの趣旨を丁寧に説明し、説得したとしており、「国は、単に「苦痛のスクリーニングを実施すること」と示すだけでなく、具体的な実施方法、実施することでどのような効果があるのかということまで示さなければ病院全体として導入する際のハードルが高い」としている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑱ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における病棟ラウンドの対象患者

(単位：施設、%)

区分		施設数	構成比
1:全ての入院がん患者		10	20.0
2:一部の入院がん患者		39	78.0
対象患者の内訳	緩和ケアチームが介入したがん患者の全て	30	60.0
	緩和ケアチームが介入したがん患者の一部	8	16.0
	その他（緩和ケアチームが介入していないがん患者のうち、苦痛のスクリーニングの結果、病棟ラウンドが必要と判断された者等）	7	14.0
3:不明		1	2.0
合計		50	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査日時点の状況である。

3 「対象患者の内訳」欄には、複数の欄に計上している施設が含まれている（病棟ラウンドの対象患者として、「緩和ケアチームが介入したがん患者の全て」又は「緩和ケアチームが介入したがん患者の一部」に加え、「その他」の患者も含めて実施している施設がある。）ことから、「対象患者の内訳」欄の施設数及び構成比の合計は、「一部の入院がん患者」欄の施設数及び構成比とは一致しない。

図表 4-(1)-⑳ 調査対象 51 拠点病院のうち、調査日時時点で緩和ケアチームによる病棟ラウンドを実施していなかった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院における対象患者の全てに対する病棟ラウンドの実施状況

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1:週 1 回以上の頻度で病棟ラウンドを実施している	45	90.0
2:週 1 回以上の頻度で病棟ラウンドを実施していない	4	8.0
3:不明	1	2.0
合計	50	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査日時点の状況である。

図表 4-(1)-㉑ からだの苦痛や気持ちのつらさが必ずしも制御されていないと回答したがん患者が約4割存在するとされた患者体験調査の結果

表1 がん患者のからだのつらさ

「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合		57.4%	
内訳	選択肢	回答者数	構成比（補正值）
	1. そう思う	555	10.6%
	2. ややそう思う	1,218	23.9%
	3. どちらともいえない	421	8.1%
	4. あまりそう思わない	1,302	25.9%
	5. そう思わない	1,607	31.5%

表2 がん患者のきもちのつらさ

「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合		61.5%	
内訳	選択肢	回答者数	構成比（補正值）
	1. そう思う	477	8.7%
	2. ややそう思う	1,011	19.6%
	3. どちらともいえない	520	10.2%
	4. あまりそう思わない	1,044	22.2%
	5. そう思わない	1,953	39.3%

図1 がん患者のからだのつらさ

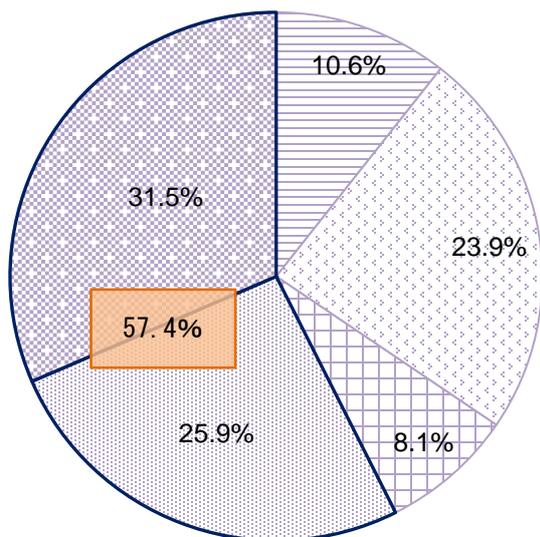
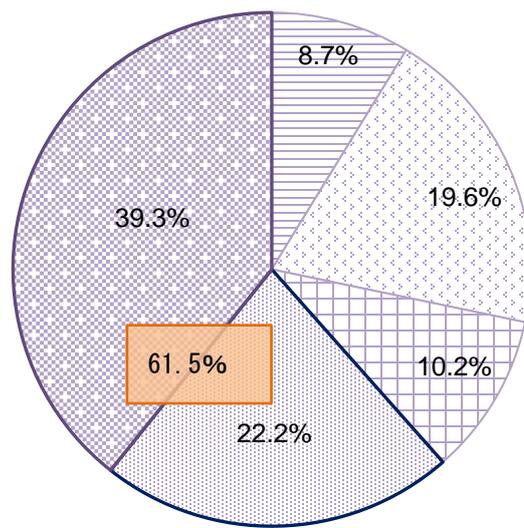


図2 がん患者のきもちのつらさ



- 1. そう思う
- 2. ややそう思う
- 3. どちらともいえない
- 4. あまりそう思わない
- 5. そう思わない

(注) 「指標に見るわが国のがん対策」(平成27年11月国立がん研究センターがん対策情報センター)に基づき、当省が作成した。

図表 4-(1)-⑳ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会) <抜粋>

第 3 章 中間評価
II 全体目標についての進捗状況
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 (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)
<u>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</u> 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。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-㉑ 調査対象 17 患者団体における緩和ケアに不満を持つ意見の例

<ul style="list-style-type: none"><li>・ 告知時の医師の態度が事務的で冷淡だった。</li><li>・ 医療従事者が、大勢の人間がいる場であらんと話した。</li><li>・ 余命告知を希望しなかったにもかかわらず告知された。抗議したところ、当該病院のがん認定看護師から「今の時代は、厚生労働省から告知をするように言われている」と言われた。</li><li>・ 告知時に、看護師の同席がなかった。</li><li>・ 緩和ケアチームの存在を知っていればケアを受けたかったが、告知時には紹介がなく、ケアを受けることなく退院した。</li><li>・ 治療の目的、効果等の説明が充分でなく、インフォームド・コンセントが適切に実施されていないと感じた。</li><li>・ 治療方法の選択に当たっての説明が不十分。</li><li>・ 乳房の温存・再建という点で医療者との温度差を感じる。患者も、医師と同様に「生存」を優先することは同じであるものの、特に異性間で考え方が異なる部分もあり、治療中のカウンセリング等においてもっと寄り添うような対応を期待したい。</li><li>・ 肺がんで、骨折が度々ある患者に対し、病院が骨折の予防をしなかった。患者は咳をするだけでも骨折してしまうような状態だったが、医師等に知識がなかった。患者は 1 週間痛みを訴え続け、ようやく診てもらったところ、肩胛骨等が折れていた。</li><li>・ 積極的な治療を終了し、痛み緩和のため地域拠点病院に入院していた際に、廊下を歩くことができないほどの痛みで襲われ、激しい痛みで我慢できなくなり、病棟の看護師を通じて緩和ケアを依頼したが、主治医が手術中との理由で半日以上何の措置もとってくれなかったとの家族の声があった。</li></ul>
--

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-⑳ 調査対象 51 拠点病院及び 17 都道府県における整備指針の各規定に係る意見の例

区分	意見の例
調査対象 51 拠点病院 における 意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省は苦痛のスクリーニング等の実施の指示は行うが、実施体制の整備方法については助言がなく、人やお金の支援もなく、病院任せとなっているものが多いことから、現場は大変苦勞している。厚生労働省は、実施の指示をするだけでなく、具体的な整備方法も示してほしい。</li> <li>・ 地域連携クリティカルパス（注）や苦痛のスクリーニング、P D C Aに代表されるように、厚生労働省では、緩和ケアを含めた拠点病院に関する政策について、政策（指定要件）として義務化しておきながら、モデルとなるものや実施方法の提示、そのためにどれだけの人員・労力、費用を要するのかの具体的な検討が行われていない。義務化した後で各施設に対して実施状況を尋ねてくることも多い。政策として義務化する際には、具体的な実施方法、必要とする人員・労力と費用、得られる効果等の裏付けをもって実施するとともに、必要な予算について確保してもらいたいと日頃から強く感じている。             <p style="margin-left: 2em;">（注） 拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。</p> </li> <li>・ 緩和ケアについて新たな取組を行うことや指定要件を変更することは良いが、それらの検証作業が全く行われておらず、取組の効果がほとんどみられない。厚生労働省は、一部の有識者の声高な意見のみを採用し、現場の声を無視して、物事を進めてしまう。緩和ケアに係る全ての取組を全ての拠点病院に一律に行わせるのではなく、病院の実情等を踏まえた柔軟な対応が必要なものがあるということも念頭に入れつつ緩和ケア制度を推進してほしい。</li> <li>・ 指定要件として苦痛のスクリーニングの実施が求められているが、これは、厚生労働省が患者団体等の声を拾い上げ、指定要件として盛り込んだものであると認識している。しかし、苦痛のスクリーニングについては、現時点ではその有効性に関するエビデンス（科学的根拠）が確立されておらず、学会でも議論があるところである。患者が抱える、見逃されていた身体的・精神的な苦痛の掘り起こしなどに役立っていると認識しているが、エビデンスが確立していない状況でもあるため、国において、指定要件として苦痛のスクリーニングを導入したことによる効果を費用対効果の側面等から中間的に評価してほしい。</li> <li>・ 厚生労働省が想定している「緩和ケアセンター」の定義や役割が不明確なので示してほしい。</li> <li>・ ピアレビューについて、どのような方法で行えばよいか分からない。</li> <li>・ 整備指針IV1(3)の取組（都道府県拠点病院によるP D C Aサイクルの推進）として、都道府県拠点病院が何をどこまでできるのかを具体的に明示してほしい。</li> <li>・ P D C Aサイクルを用いて検証・評価を行う必要はあると認識しているものの、どのような把握方法があるか等を検討している段階であり、実現に至っていない。</li> </ul>
調査対象 17 都道府 県におけ る意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定要件については、拠点病院から「分かりにくい」として解釈の問合せをよく受ける。指定要件を具体的に分かりやすい文章で記載すべきである。</li> <li>・ P D C Aサイクルの確保に必要な取組及び取組が目指している拠点病院の在り方を具体的に提示してほしい。拠点病院が取り組むべき具体的な内容が不明確であり、都道府県内の拠点病院では目標設定に苦慮している。</li> <li>・ 厚生労働省は、拠点病院の指定要件を年々厳しくする一方、補助金（がん診療連携拠点病院機能強化事業）の額を年々減らしている。このような状況で、拠点病院において機能強化に向けた新たな取組を実施しようとしても、診療報酬の加算対象とならない場</li> </ul>

合、全て拠点病院の持ち出しとなり、経営上の負担となってくるため、実施は容易でない。

このため、本都道府県では、平成 26 年度から地域医療介護総合確保基金事業を活用した独自の補助事業を開始し、拠点病院におけるがん対策の充実・強化を支援しており、同事業の利用実績は多く、拠点病院におけるニーズが認められる。厚生労働省は、拠点病院の機能強化を進めるのであれば、拠点病院の負担軽減のため、要する費用を診療報酬の加算対象とする、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の補助事業を拡大するなどして支援する必要がある。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-㉔ 「拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書」  
(平成 26 年 3 月) <抜粋>

<p>Ⅲ. おわりに (前略)</p> <p>また、今回の実地調査においては現場の状況を把握し課題整理を行うことを当初の目的としたが、個々の施設の立場からも緊張感を持って自施設の緩和ケア提供体制を見直し、組織管理者と現場の実務者が同じ場所で意見交換をすることにより、取組が改善されるといった好循環を生むケースがあった。<u>緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、今回の実地調査のように、がん患者をはじめとする国民を含む外部の視点を組み込んだ評価体制を確立することが有効であり、毎年拠点病院現況報告による自己評価のみならず、国民や都道府県内外の専門家による外部評価を組み込んだPDC Aサイクルを構築することが求められていると考えられた。</u></p>
---

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(1)-㉕ 調査対象 51 拠点病院における緩和ケアに係る目標設定及び情報の把握・分析・評価の実施状況 (平成 26 年度及び 27 年度)

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1: 目標設定を行った上で情報の把握・分析・評価を実施している	19	37.3
2: 目標設定が行われぬまま情報の把握・分析・評価を実施している又は情報の把握・分析・評価を実施していない	31	60.8
3: 不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(1)-㉖ 調査対象 51 拠点病院における拠点病院間でのピアレビューの実施状況及びピアレビューを通じて受けた指摘の状況 (平成 26 年度及び 27 年度)

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
1: ピアレビューを実施した実績がある	4	7.8
1-1: ピアレビューを通じ、緩和ケアの提供状況に関する何らかの指摘を受けた実績がある	1	2.0
1-2: ピアレビューを通じ、緩和ケアの提供状況に関する何らかの指摘を受けた実績がない	3	5.9
2: ピアレビューを実施した実績がない	46	90.2
3: 不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、「1」欄と「1-1」欄及び「1-2」欄の計は一致しない。

図表 4-(1)-㉔ 目標設定を行った上で院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施し、その結果を踏まえて具体的な改善措置を講じている拠点病院の例

番号	概要
1	<p>A病院では、緩和ケアを1次支援、2次支援及び3次支援と階層化し、1次支援は基本的緩和ケアとして全ての医師及び看護師が提供するものと位置付けた上で、苦痛のスクリーニングの結果、ハイリスク患者と認定した者に対する1次支援を迅速かつ確実にを行うことを重視している。</p> <p>このため、A病院では、緩和ケアセンターにおいて、毎月、診療科ごとのハイリスク患者に対する当日1次支援（注）の実施状況（当該月のハイリスク患者全体に対してどの程度当日1次支援が行われたか）について、グラフ化して幹部会等で報告することとしている。</p> <p>（注） 苦痛のスクリーニングを行った当日に、ハイリスク患者に対して看護師等が支援を行うことをいう。</p> <p>A病院では、この取組により、迅速かつ確実な1次支援の提供についての各科長等の意識を向上させ、当日1次支援の実施状況の改善につなげている。</p>
2	<p>B病院では、病棟看護師において、平成27年10月から、入院時と退院時の苦痛のスクリーニングの回答状況を把握するなどして、院内の緩和ケアに係る情報の把握・分析・評価を実施している。</p> <p>この中で、苦痛のスクリーニングの回答がスクリーニングシートの表面にのみ記載され、裏面には記載されていない状況が散見されるなどしたことから、B病院では、次のとおり、様式の改善を行った。</p> <p>i) 記入漏れ防止を図るため、A4用紙の表裏に表示していたものを、A3用紙の見開きの仕様に変更した。</p> <p>ii) 判読を容易にするため、構成及び配置を見直し、カラー版とした。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 4-(1)-㉑ ピアレビューを通じて受けた指摘を踏まえ、具体的な改善措置を講じた拠点病院の例

当該都道府県では、都道府県拠点病院であるA病院を中心として、平成26年度に都道府県内の全拠点病院においてピアレビューを実施している。

当該都道府県におけるピアレビューにおいては、A病院及び調査担当の拠点病院（注）の幹部（院長、看護部長、事務部長等）が調査対象となった拠点病院を訪問し、拠点病院それぞれの現状、課題及び今後の改善方法について意見交換することとされており、具体的には下表の内容を行うこととされている。

（注） A病院を除く都道府県内の拠点病院が持ち回りで務めるもの。

表 当該都道府県におけるピアレビューの内容

- ・ 拠点病院における指定要件の必須項目について、実状を確認
  - i) 緩和ケアチームの活動、カンサーボード及び各部門の運営状況について、現場担当者から説明を受け、実績（カルテ記録、診療報酬算定数等）を確認
  - ii) マニュアル（配布状況、改定の頻度）、スクリーニングシート、相談記録、議事録・参加者名簿等を確認し、網羅性、レジメン逸脱等について、確認
- ・ 拠点病院におけるPDCAサイクルの確保に係る取組について、意見交換
- ・ 拠点病院に設置する相談支援センター、外来化学療法室及びがん登録室を訪問

（注） A病院の資料に基づき、当省が作成した。

このような中、B病院を対象としたピアレビューは、平成26年12月にA病院及びC病院が調査担当病院となって実施されている。

その結果、B病院では、苦痛のスクリーニングについて、入院時は実施されているものの、入院後のフォローまではできていない旨の指摘がなされた。

このため、B病院では、当該指摘を受け、平成27年度から、緩和ケア認定看護師が入院後もスクリーニングシートの回答内容を確認し、回答に相談希望がない場合でも、当該シートにおける「からだの症状」等の回答内容を精査し、また、患者の様子を観察することにより、必要に応じて緩和ケアチームに介入を依頼するようにしており、実際に介入につながった例があったとしている。

（注） 当省の調査結果による。

(2) がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修の受講促進

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>(緩和ケア研修の実施の経緯)</p> <p>緩和ケア研修は、がん対策基本法第 16 条（「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」）及び第 1 期基本計画に基づき、平成 20 年度から開始されたものであり、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」（平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知）の別添。以下「緩和ケア研修開催指針」という。）に基づき、拠点病院が中心となって実施することとされている。</p> <p>(緩和ケア研修の目標)</p> <p>第 2 期基本計画では、緩和ケア研修について、「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」、「特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了すること」等の目標が設定されている（注）。</p> <p>（注） 整備指針においても、拠点病院は「2 次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること」等の指定要件が定められている。</p> <p>厚生労働省では、中間評価報告書において、拠点病院に所属する主治医・担当医のうち、緩和ケア研修を修了した者の割合（以下「修了率」という。）が 45.8%（平成 26 年 9 月末時点）にとどまっていることが明らかになったことを受け、「がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修完了計画書策定等について」（平成 27 年 3 月 12 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡。以下「平成 27 年 3 月事務連絡」という。）により、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割以上が修了することなどの目標を達成するための計画書を拠点病院に作成させ、受講促進の動機付けとしている。</p> <p>他方、現時点において、拠点病院以外の病院及び診療所に所属する医師の緩和ケア研修の修了状況について調査し、取りまとめられたものはない。</p> <p><b>【調査結果】</b></p> <p>今回、調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況を調査した結果、以下のとおり、現状のままでは、一部の拠点病院において、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割以上が緩和ケア研修を修了することが困難と考えられる状況がみられた。</p> <p><b>ア 主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況</b></p> <p>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 日時点での緩和ケア研修の修了状況をみると、修了率は 55.1%であり、</p>	<p>図表 4-(2)-①</p> <p>図表 4-(2)-②</p> <p>図表 4-(2)-③</p> <p>図表 4-(2)-④</p> <p>図表 4-(2)-⑤</p>

<p>拠点病院別にみると、修了率が90%以上の拠点病院が3施設(5.9%)であるのに対し、修了率が30%未満の拠点病院が2施設(3.9%)みられた。</p>	
<p><b>イ 主治医・担当医の修了目標の達成可能性</b></p>	
<p>調査対象51拠点病院における平成26年度及び27年度の緩和ケア研修の定員又は受講者数を基に、28年度以降、現状における最大のペースで修了者が増加すると仮定した場合、29年6月までに、所属する主治医・担当医の9割が修了することが困難と考えられる拠点病院が6施設(11.8%)みられた。</p>	<p>図表4-(2)-⑥</p>
<p>中には、現状における最大のペースでも、主治医・担当医の9割が修了するまで4.7年かかる見通しの拠点病院もみられた。</p>	<p>図表4-(2)-⑦</p>
<p>また、拠点病院が作成した緩和ケアマップ(注1)に掲載されているなど、調査対象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を36施設抽出し、同施設に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況を調査した結果、修了状況が把握できた34施設に所属する主治医・担当医(182人)の修了率は55.5%(注2)となっている。第2期基本計画では5年以内になんがん診療に携わる全ての医療従事者が緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することとされており、現状においては、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に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況は必ずしも十分とは言い難いと考えられる。</p>	<p>図表4-(2)-⑧</p>
<p>(注1) 2次医療圏内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を一覧で示したものをいう。 (注2) 地域の病院及び診療所には、非常勤の医師を除いて主治医・担当医を計上している施設が含まれている。一方、拠点病院では非常勤の医師も含めて主治医・担当医を計上しているため、緩和ケア研修修了者の割合を両者で単純に比較することはできない。</p>	
<p>このように主治医・担当医における緩和ケア研修の受講が必ずしも進まない原因としては、次のことが考えられる。</p>	
<p>① 緩和ケアに関する誤解等から受講の必要性に関する意識が低いこと</p>	
<p>今回、調査対象拠点病院51施設並びに地域の病院及び診療所36施設計87施設のうち、40施設(拠点病院24施設並びに地域の病院及び診療所16施設)(注)について、受講が進まない理由を調査(複数回答あり)したところ、「担当している診療科によっては、がん診療に直接関係がないと考える医師がいる」、「緩和ケアは治療の後」、「縁起が悪い」など緩和ケアそのものに理解を示さないベテラン医師が多い」などの理由を挙げた施設が16施設みられた。 (注) 修了率が90%以上の拠点病院、修了率が100%の地域の病院及び診療所等を除いた数である。以下②において同じ。</p>	<p>図表4-(2)-⑨</p>
<p>しかし、i) 緩和ケアは、第2期基本計画において「がん診療に携わる全ての医療従事者」が理解すべきとされているものであること、ii) 緩和ケア研修を受講することで、医師の緩和ケアに関する知識の向上、緩和ケアの実践に関する積極性(認識)の向上が得られるなどの調査結果もあることから、まずは</p>	<p>図表4-(2)-⑩</p>

<p>受講に結び付けるための確かな受講勧奨が行われることが重要と考えられる。</p> <p>特に地域の病院及び診療所については、自発的に受講を進めるような意識の高い施設も一部で見られるものの、拠点病院で開催される研修には参加しにくいとする施設もみられることから、拠点病院からの積極的な受講勧奨も重要であり、少なくとも、拠点病院では緩和ケアマップに掲載するような施設に対し、当該施設における研修の修了状況を把握した上で勧奨を行うことが必要と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑪ 図表 4-(2)-⑨ (再掲)</p>
<p>こうした取組について、調査対象 51 拠点病院の中には、次のような例がみられた。</p>	
<p>i) 診療科別の修了状況（未修了者数等）が分かる資料を作成して幹部会で配布する、病院長から「指示」という形で未修了者に対する受講勧奨を行い、受講予定を個別に把握するなどの効果的な受講勧奨を行っている例</p>	<p>図表 4-(2)-⑫</p>
<p>ii) 緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の修了状況を把握した上で、未修了者のいる施設に対して開催案内を送付している例</p>	<p>図表 4-(2)-⑬</p>
<p>② 研修開催日等の受講環境が、研修受講者に十分に配慮されたものとなっていないこと</p>	
<p>緩和ケア研修開催指針では、緩和ケア研修の開催日及び研修時間について、1 回当たり「2 日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は 12 時間以上であること」とされており、調査対象拠点病院では、連続した土曜日の午前から日曜日の午後まで開催し、当該 2 日間の研修の全てを受講しなければ修了と認めないのが一般的であった。このため、i) 土曜日に開業している診療所等の医師にとっては受講が困難、ii) 土曜日及び日曜日が休日である医師にとっても休日を 2 日間返上して研修を受講することは負担と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑫ (再掲) 図表 4-(2)-⑭</p>
<p>実際、調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設計 87 施設のうち、40 施設における受講が進まない理由（複数回答あり）をみると、「医師は総じて忙しく、2 日間の研修でさえも参加しづらい」、「開催時間が土曜日の朝から日曜日の夕方までであり、開業医の参加が困難」などの理由を挙げた施設が 22 施設みられ、そのうち、地域の病院及び診療所に限ると、11 施設が改善の必要があるとしている。</p>	<p>図表 4-(2)-⑨ (再掲)</p>
<p>この点について、調査対象 17 都道府県及び 51 拠点病院の中には、i) 週を分けて日曜日に 2 回緩和ケア研修を開催した結果、当該都道府県内に所在する拠点病院の修了率が他の調査対象拠点病院の修了率と比べて 10 ポイント以上高くなっている都道府県の例、ii) 土曜日の研修開始時間を遅らせた結果、地域の病院及び診療所の医師の受講者数が倍増した拠点病院の例といった、研修受講者に配慮して受講環境を整備し、効果を上げているものがみられた。</p>	<p>図表 4-(2)-⑮</p>
<p>また、緩和ケア研修開催指針に定める「緩和ケア研修会標準プログラム」では講義形式の研修内容も一部含まれているが、このような部分については e ラーニング方式の研修もなじむと考えられるため、相談支援センターの相談員</p>	

<p>に対する研修と同様にeラーニング方式を一部導入することで研修の効率化を図ることが可能と考えられる。実際、調査対象拠点病院並びに地域の病院及び診療所の中からも、eラーニング方式を導入することで受講者及び開催者にとって負担軽減になるとの意見が聴かれた。さらに、医師が特定の医療用麻薬を処方する場合、eラーニング方式の研修の受講が必須となっており、専門的な知識の習得に関する研修においてeラーニング方式が導入されている例がみられた。</p>	<p>図表 4-(2)-⑯</p>
<p>厚生労働省では、平成 27 年 3 月事務連絡や 28 年 7 月に行った拠点病院の長との意見交換会等を通じて、所属する医師への受講指導を徹底するように助言しているものの、緩和ケア研修について、拠点病院の主治医・担当医、更には患者にとってより身近な地域の病院及び診療所の主治医・担当医の受講が不十分な現状では、がん患者が満足な緩和ケアを受けられていない可能性が考えられるため、拠点病院に所属する医師への受講指導は適時・継続的に行いつつ、今後は地域の病院及び診療所に所属する医師の受講を促進することが重要と考えられる。</p> <p>また、厚生労働省では、平成 27 年 3 月事務連絡や意見交換会等を通じて、拠点病院における効果的な受講勧奨方法及び受講環境の整備に関する有用な取組を情報提供しているが、引き続き、各拠点病院等における効果的な取組事例を適宜共有することも重要と考えられる。</p>	<p>図表 4-(2)-⑰</p>
<p><b>【所見】</b></p> <p>したがって、厚生労働省は、がん診療に携わる全ての医師の緩和ケア研修の受講を促進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 拠点病院に対し、効果的な受講勧奨方法を適宜情報提供しつつ、所属する医師への受講指導を徹底するように今後も適時・継続的に助言すること。また、拠点病院に対し、少なくとも緩和ケアマップに掲載しているような地域の病院及び診療所については、当該施設に所属する医師の緩和ケア研修の修了状況を把握した上で受講勧奨を行うように促すこと。</p> <p>② 「緩和ケア研修会標準プログラム」のうち、eラーニング方式の研修がなじむ部分については、研修の実効性に配慮しつつeラーニング方式の導入を検討するとともに、拠点病院に対し、受講環境の整備に関する有用な取組を適宜情報提供するなどして、拠点病院並びに地域の病院及び診療所の医師が受講しやすい環境が整備されるように支援すること。</p>	

図表 4-(2)-① がん対策基本法及び第 1 期基本計画における緩和ケア研修の実施の必要性に係る記述

○ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）〈抜粋〉

（がん患者の療養生活の質の維持向上）

第 16 条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

○ 「がん対策推進基本計画」（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）〈抜粋〉

第 2 重点的に取り組むべき課題

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

第 3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

② 緩和ケア

（取り組むべき課題）

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-② 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」(平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋>

## 1 趣旨

本指針は、がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月閣議決定）において、「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」ことが目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（以下「緩和ケア研修会」という。）に関する事項を定めることにより、緩和ケア研修会の質の確保を図り、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がんと診断された時から適切に緩和ケアが提供されるようにすることを目的とするものである。

## 2 緩和ケア研修会

緩和ケア研修会は、同一の研修会主催責任者により実施される同一の参加者を対象とした研修会（以下「一般型研修会」という。）又は異なる研修会主催責任者により実施される異なる参加者を対象とした単位制による研修会（以下「単位型研修会」という。）により実施されるものとする。

## 3 実施主体

### （1）定期的開催を行う実施主体

- ①がん診療連携拠点病院
- ②特定領域がん診療連携拠点病院

### （2）定期的開催が望ましい実施主体

- ①都道府県
- ②地域がん診療病院
- ③民間団体

## 4 研修対象者

がん診療に携わる全ての医師・歯科医師を対象とする。なお、その他の医療従事者の参加は妨げない。特に 3 の（1）の①及び②に該当する施設においては自施設のがん診療に携わる全ての医師・歯科医師が緩和ケア研修会を受講すること。また、当該施設の病院長等の幹部も緩和ケア研修会を受講等すること。

## 5 緩和ケア研修会の開催指針

### （1）緩和ケア研修会の実施担当者について

（略）

### （2）緩和ケア研修会のプログラムについて

緩和ケア研修会の内容については、「緩和ケア研修会標準プログラム」（別添 1）に準拠したものであること。

#### ① 緩和ケア研修会の開催期間

原則として、緩和ケア研修会の開催期間は、2 日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は 12 時間以上であること。

#### ② 緩和ケア研修会の形式

緩和ケア研修会は、講義形式の研修に加えて、ワークショップ形式の研修も実施し、次に掲げる要件を満たすこと。また、プレ・ポストテスト等参加者の知識を確認する内容を組み込み、プログラム評価の参考にすること。

ア 講義の終了後は、実地に活かせる知識の習得を目的として、症例等を用いた演習と討論（以

下「グループ演習」という。)を含むワークショップを行うこと。

イ 知識や技能を効果的に修得できるよう、緩和ケア研修会の内容に応じて、ワークショップの中でグループ演習としてロールプレイングによる演習を行うこと。

ウ ワークショップは、原則として6名から10名程度のグループに分かれ、討議及び発表が重視されるようにすること。

③ 緩和ケア研修会の内容

(略)

6・7 (略)

別添1

緩和ケア研修会標準プログラム

緩和ケア研修会の内容及び構成については、以下に定める。なお、一般型研修会及び単位型研修会の選択については、それぞれの利点があることから、都道府県と協議し、開催方法を選択すること。

(1) 一般型研修会を実施する場合について

緩和ケア研修会を実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこと。また、研修内容の順序については、特に制限するものではないが、研修が効果的に行われるように配慮すること。

① 苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について

② がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について：90分以上

(放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点及び多様化する医療用麻薬の使用上の注意点などにも配慮した内容であること)

③ がん疼痛についてのワークショップ：180分以上

ワークショップを実施する際には次に掲げるものを含むこと。

ア グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方

イ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習  
(「医療用麻薬の誤解を解く」、「医療用麻薬の副作用と対策の説明を行う」等)

④ 呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて(治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛の緩和も含むこと)

⑤ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて

⑥ 患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)

⑦ がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)

⑧ がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ(ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習)(がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと)：90分以上

⑨ がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実際について

⑩ その他

研修会企画責任者は、次に掲げる項目から、参加者の特性や地域の状況を踏まえつつ学習項目を選択し、研修内容に取り入れること。

- ア 身体的苦痛の緩和（倦怠感、食欲不振等）
- イ 精神心理的苦痛の緩和（不眠等）
- ウ 社会的苦痛の緩和（就業や経済負担等）
- エ 家族のケア
- オ がん体験者やケア提供者等からの講演

(2) 単位型研修会を実施する場合について

単位型研修会の1単位については、1. 5時間以上とし、8単位以上の研修を修了することにより、緩和ケア研修を修了するものとする。

都道府県は、各単位の内容を定めるに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこと。研修が効果的に行われるように配慮した上で、各単位の内容を定めること。

- ①苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について：0. 5単位以上
- ②がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について（放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点及び多様化する医療用麻薬の使用上の注意点などにも配慮した内容であること）：1単位以上
- ③がん疼痛についてのワークショップ：2単位以上  
ワークショップを実施する際には次に掲げるものを含むこと。
  - ア グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方
  - イ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習（「医療用麻薬の誤解を解く」、「医療用麻薬の副作用と対策の説明を行う」等）
- ④呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて（治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛の緩和も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑤不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて：0. 5単位以上
- ⑥患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑦がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：0. 5単位以上
- ⑧がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ（ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習）（がんと診断された時から行われる当該患者のがん治療全体の見通しについての説明も含むこと）：1単位以上
- ⑨がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実際について：0. 5単位以上
- ⑩その他

都道府県は、次に掲げる項目から地域の状況を踏まえつつ、学習項目を選択し、研修内容に取り入れること。

- ア 身体的苦痛の緩和（倦怠感、食欲不振等）
- イ 精神心理的苦痛の緩和（不眠等）
- ウ 社会的苦痛の緩和（就業や経済負担等）
- エ 家族のケア
- オ がん体験者やケア提供者等からの講演

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-③ 第 2 期基本計画等における緩和ケア研修の受講目標に係る記述

○ 「がん対策推進基本計画」(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定) <抜粋>

第 4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(個別目標)

関係機関などと協力し、3 年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5 年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

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

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

○ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知) の別添) <抜粋>

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 研修の実施体制

- (1) 別途定める「プログラム」に準拠した当該 2 次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的に実施すること。また、施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備すること。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

○ 「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 年 6 月厚生労働省がん対策推進協議会) <抜粋>

第 3 章 中間評価

IV 分野別施策の個別目標についての進捗状況

1. がん医療

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(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)

拠点病院の中で、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者のうち、緩和ケア研修会を修了している者の割合は 45.8% (平成 26 年 9 月末時点) であり、個別目標として掲げた、拠点病院でがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することに向けて、より一層の緩和ケア研修会の受講勧奨を実施する必要がある。

(注) 下線は、当省が付した。

図表 4-(2)-④ 「がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修完了計画書策定等について」(平成 27 年 3 月 12 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡) <抜粋>

がん対策推進基本計画(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定)においては、重点的に取り組むべき課題である「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に向けて、5 年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とし、特にがん診療連携拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としております。また、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(厚生労働省健康局長通知健発 0110 第 7 号平成 26 年 1 月 10 日)においては、

- ・ 施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師が当該研修を修了する体制を整備すること、等

が求められています。こうした趣旨を踏まえ、第 16 回緩和ケア推進検討会(平成 27 年 2 月 26 日)で下記のことが承認されましたので、貴課におかれましても、特段の措置を取っていただきますようお願いいたします。(なお、好事例として、参考 1 を添付しています。)

記

平成 29 年 6 月までにはがん診療に携わる医師が緩和ケア研修を修了するよう、別途定める「完了計画書」を平成 27 年 5 月 11 日(月)までにとりまとめの上、がん対策・健康増進課がん予防係まで提出いただくようお願いします。

(以下略)

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」研修完了に向けた計画書

施設名 ( )

平成 29 年 6 月までに、がん診療連携拠点病院における

① 施設に所属する医師(非常勤務医師も 1 人としてカウント)のうち、「がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者」の 9 割以上の受講完了
② 施設に所属する初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師の受講完了
③ がん診療連携拠点病院の院長の受講完了(診療科は問わない)

に向けた計画書

記載項目

① 平成 27 年 3 月 31 日現在；

I. がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者 ( ) 名 うち当該研修会修了者数 ( ) 名 受講率 ( ) %
II. 初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師 ( ) 名 うち当該研修会修了者数 ( ) 名 受講率 ( ) %
III. 院長の受講； 有 ・ 無



② 平成 29 年 3 月 31 日時点の達成目標の設定；

IV. がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者 受講率 ( ) %
V. 初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの全ての医師 受講率 ( ) %
VI. 院長の受講； 有 ・ 無

③ 目標達成に向けた取組；

VII. 研修会開催回数 ( ) 回/年

VIII. 院内における受講完了に向けた取組(具体的に)

・
---

図表 4-(2)-⑤ 調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況

表 1 調査対象 51 拠点病院に所属する主治医・担当医の修了率			
(単位：人、%)			
主治医・担当医の総数 (A)	Aのうち、緩和ケア研修 修了者の数 (B)	Aのうち、緩和ケア研修 未修了者の数	修了率 (B/A)
5,212	2,871	2,341	55.1

表 2 調査対象 51 拠点病院の修了率の分布						
(単位：施設、%、人)						
区分	30%未満	30%以上 50%未満	50%以上 70%未満	70%以上 90%未満	90%以上	合計
施設数	2	8	16	22	3	51
構成比	3.9	15.7	31.4	43.1	5.9	100
修了者数	86	604	1,001	1,023	157	2,871
未修了者数	316	1,011	741	259	14	2,341

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等に基づき、当省が作成した。  
 2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(2)-⑥ 調査対象 51 拠点病院における主治医・担当医の修了目標の達成可能性

(単位：施設、%)		
区分	施設数	構成比
1:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成 が可能と考えられる拠点病院	44	86.3
2:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成 が困難と考えられる拠点病院	6	11.8
3:不明	1	2.0
合計	51	100

(注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。  
 2 本表では、次の計算式の結果に基づき、調査対象 51 拠点病院のうち、修了目標の達成可能性が不明であった 1 拠点病院を除く 50 拠点病院を表中の 1 又は 2 のいずれかの欄に区分した。  
 $(a \times 0.9 - b) / c \leq 2.0$  = 「1:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成が可能と考えられる拠点病院」欄に区分  
 $(a \times 0.9 - b) / c > 2.0$  = 「2:平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の 9 割が修了するとの目標の達成が困難と考えられる拠点病院」欄に区分

(用語の説明)

- a : 平成 27 年 9 月 1 日時点の主治医・担当医の総数
  - b : 平成 27 年 9 月 1 日時点の修了者数
  - c : 各拠点病院が平成 26 年度及び 27 年度に開催した緩和ケア研修の定員又は受講者数（一年度中に複数回開催した場合はその合計）のうち、最も大きい値。なお、受講者には、i) 看護師等の医師以外の診療従事者、ii) 自施設以外の施設に所属する医師、iii) 受講はしたが修了していない者を含む。
- 3 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(2)-⑦ 調査対象 51 拠点病院のうち、平成 29 年 6 月までに主治医・担当医の修了目標の達成が困難と考えられる拠点病院の一覧

(単位：年、%)

拠点病院名	平成 27 年 9 月から主治医・担当医の 9 割が修了するまでの推計年数 (X)	(参考) 修了率
A	4.7	20.0
B	3.7	36.3
C	3.1	48.1
D	2.9	37.6
E	2.2	34.5
F	2.1	36.9

- (注) 1 平成 28 年度の現況報告書等及び当省の調査結果に基づき、当省が作成した。  
 2 表中の「平成 27 年 9 月から主治医・担当医の 9 割が修了するまでの推計年数 (X)」欄は、次の計算式の結果による。  

$$X = (a \times 0.9 - b) / c$$
 (用語の説明)  
 a : 平成 27 年 9 月 1 日時点の主治医・担当医の総数  
 b : 平成 27 年 9 月 1 日時点の修了者数  
 c : 各拠点病院が平成 26 年度及び 27 年度に開催した緩和ケア研修の定員又は受講者数 (一年度中に複数回開催した場合はその合計) のうち、最も大きい値。なお、受講者には、i) 看護師等の医師以外の診療従事者、ii) 自施設以外の施設に所属する医師、iii) 受講はしたが修了していない者も含む。  
 3 修了率は、平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。

図表 4-(2)-⑧ 調査対象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 施設に所属する主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況

表 1 地域の病院及び診療所 34 施設に所属する主治医・担当医の修了率

(単位：人、%)

主治医・担当医の総数 (A)	Aのうち、緩和ケア研修修了者の数 (B)	Aのうち、緩和ケア研修未修了者の数	修了率 (B/A)
182	101	81	55.5

表 2 地域の病院及び診療所 34 施設の修了率の分布

(単位：施設、%、人)

区分	0%	0%超 30%未満	30%以上 50%未満	50%以上 70%未満	70%以上 90%未満	90%以上 100%未満	100%	合計
施設数	4	3	6	5	1	0	15	34
構成比	11.8	8.8	17.6	14.7	2.9	0	44.1	100
修了者数	0	3	32	18	5	0	43	101
未修了者数	7	14	42	17	1	0	0	81

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 平成 27 年 9 月 1 日時点の状況である。  
 3 調査した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 36 施設のうち、2 施設については、修了状況が把握できなかったため、本表から除外した。  
 4 「構成比」の各欄は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

図表 4-(2)-⑨ 主治医・担当医の緩和ケア研修の受講が進まない理由

(単位：施設)

分類	理由の例	拠点病院 (24)	地域の病院 及び診療所 (16)	合計 (40)
受講の必要性に関する意識が低い	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当している診療科によっては、がん診療に直接関係がないと考える医師がいる。</li> <li>未受講者の多くはベテラン医師であるが、緩和ケアについての関心が薄く、受講には消極的である。</li> <li>「緩和ケアは治療の後」、「縁起が悪い」など緩和ケアそのものに理解を示さないベテラン医師が多い。</li> <li>最終的には緩和ケア医に任せるといった意識の低い者がいる。</li> </ul>	13	3	16
受講環境が研修受講者に十分に配慮されたものとなっていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師は総じて忙しく、2日間の研修でさえも参加しづらい。</li> <li>開催時間が土曜日の朝から日曜日の夕方まであり、開業医の参加が困難である。</li> <li>小規模な病院の場合、代替りの医師を確保できないため、2日間も病院を空けることは非常に難しい。連続2日の実施を2回に分けて実施してもらえれば助かる。</li> <li>土曜日の午前に診察をしている医師は、相当やりくりしないと参加が難しい。</li> </ul>	11	11	22
受講するインセンティブが乏しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療報酬上のメリットが感じられない。</li> <li>医師にとって、受講するためのインセンティブがそれほどない。</li> </ul>	2	1	3
既に十分な知識や経験がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>従前から緩和ケアを行っており、知識と経験が十分ある。</li> </ul>	0	4	4
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>医局人事により派遣された医師に対しては受講勧奨を行うことが難しい。</li> <li>医師が少ない中山間地域の場合、かかりつけ医等である医師自体が高齢化しており、健康不安等から緩和ケア研修の受講は困難である。</li> <li>受講者の多くは拠点病院に所属する医療従事者であり、地域の病院及び診療所に所属する医療従事者は拠点病院で行われる研修には心情的に参加しにくい。</li> </ul>	7	1	8

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設のうち、i) 修了率が 90%以上の拠点病院、ii) 修了率が 100%の地域の病院及び診療所、iii) 修了状況を把握できなかった地域の病院及び診療所、iv) 緩和ケア研修の受講が進まない理由を明確に把握できなかった拠点病院並びに地域の病院及び診療所を除いた 40 施設（拠点病院 24 施設並びに地域の病院及び診療所 16 施設）の状況である。

3 該当する理由を複数挙げた施設がある。

図表 4-(2)-⑩ 緩和ケア研修の受講による効果に関する調査結果

## 緩和ケアに関する研修の効果①

○ 緩和ケア研修会を受講することで、医師の緩和ケアに関する知識の向上、緩和ケアの実践に関する積極性(認識)の向上、症状緩和・コミュニケーション・地域連携に関する困難感の改善が得られる。

● 15の緩和ケア研修会受講医師304名のうち、298名(98%)から回答、このうち217名(73%)を解析対象とした。2ヶ月後の調査は217名を対象とし、80名(37%)から回答。

Yamamoto R et al. J Palliat Med 2015;18(1):45-49.



・緩和ケアに関する**知識**:研修会終了後に緩和ケアに関する知識が向上し、その効果は2ヶ月後もおおむね持続。  
 ・緩和ケアに関する**積極性(認識)**:研修会終了後2ヶ月の時点で、**ケアを実践している認識が向上**。  
 ・緩和ケアに関する**困難感**:研修会終了後2ヶ月の時点で、**症状緩和、患者・家族とのコミュニケーション、地域連携に関する困難感が改善**。

## 緩和ケアに関する研修の効果②

○ コミュニケーション技術研修(注)を受講したがん治療医による診療では、患者の抑うつ程度は低く、医師への信頼度は高かった。

(注)コミュニケーション技術研修会の内容は、「緩和ケア研修会」開催指針に基づく「がん緩和ケアにおけるコミュニケーション」の内容に盛り込まれている。

コミュニケーション技術研修会を受講したがん治療医(IG)群の患者292名と受講していない(CG)群の309名での患者のつらさ、満足度、信頼度に関するランダム化比較試験

Fujimori M et al. J Clin Oncol 2014;32:2166-72.

Factor	IG		CG		F	P
	Mean	SD	Mean	SD		
<b>HADS</b>						
Anxiety	4.83	3.75	5.17	3.42	0.94	.333
Depression	4.59	3.75	5.32	4.04	4.94	<u>.027*</u>
Total distress	9.36	6.93	10.50	6.90	3.85	.050
Satisfaction with oncologist communication	8.58	1.62	8.35	1.74	2.80	.095
Trust in oncologist	9.15	1.28	8.87	1.54	6.89	<u>.009*</u>

Abbreviations: CG, control group; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IG, intervention group; SD, standard deviation.  
 \*P < .05.

(注) 第2回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6月27日)の資料による。

図表 4-(2)-⑪ 修了率が高い地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の受講に関する意見

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緩和ケア外来及び緩和ケア病棟があり、がん患者及びその家族へのサポート業務に携わる緩和ケア内科の医師が緩和ケア研修を受講するのは当然である（修了率 100%）。</li> <li>・ 医師が緩和ケアに対する認識を深めて看護師に必要な指示をしない限り、十分な緩和ケアを行うことはできない（修了率 100%）。</li> <li>・ がん患者を担当する医師は緩和ケア研修を受講しておいた方が良いと考えていることから、今後も、がん診療に関わる医師を配置する場合は、本研修を受講してもらう予定である。なお、看護師も、患者に接することが多いことから、緩和ケアに関する知識等を習得しておいた方が良いと考えているため、看護師向けの緩和ケア研修も受講させている（修了率 100%）。</li> <li>・ 看取りを含む在宅診療を専門にしていることもあり、緩和ケア研修を受けることは当然であり、未受講者には受講を勧めている。また、昨年末から看護師も勤務しているが、今後は、看護師にも研修の受講を勧めたいと考えている（修了率 83.3%）。</li> </ul>
---

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑫ 拠点病院において効果的な受講勧奨を行っている例

番号	概要
1	<p>A病院では、事務局において、緩和ケア研修の診療科別の修了状況（未修了者数等）が分かるリストを作成し、院内の幹部会で配布するとともに、緩和ケアセンター長が修了状況を説明し、病院長からトップダウンで受講勧奨を行っている。</p> <p>また、事務局から各責任部医長に部内の未修了者リストを送付することにより部医長からの個別の受講勧奨を促すとともに、未修了者に対してメールや口頭で個別に受講勧奨を行っている。さらに、多忙のためスケジュール調整が困難な医師に対しては、他院開催の研修会も案内している。</p> <p>A病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 66.5%であったが、これらの取組を行うことにより、28 年 1 月 25 日時点の修了率は 77.4%に上昇している。</p>
2	<p>B病院では、受講勧奨に係る次の取組を行っている。</p> <p>i) 病院長から、所属する医師に対し、研修受講の必要性を文書配布の方法によりトップダウンで伝達</p> <p>ii) 事務職員において、院内の未修了者リストを作成し、各種会合の場で配布</p> <p>iii) 病院長から、文書配布の方法により、「指示」という形で未修了者に受講を促し、本人から受講時期を回答させ、院内で受講の有無について管理</p> <p>これらの取組を行った結果、B病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 80.3%に上っている。なお、平成 28 年 1 月 24 日時点の修了率は 89.2%となり、B病院では、28 年度中の修了率 100%を見込んでいる。</p>
3	<p>C病院では、緩和ケア研修を開催する際、事務局から、がん診療連携拠点病院運営委員会長と緩和ケア対策部会長の連名の依頼文書により、未修了の医師に対して個別に受講勧奨を行うとともに、未修了の医師が所属する部科の長にも勧奨を行っている。</p> <p>また、2 日間の緩和ケア研修のうち、1 日しか参加できない者に対しては、残り 1 日分の研修を受講してもらうため、他院で開催される緩和ケア研修を事務局から個別に案内している。</p> <p>これらの取組を行った結果、C病院における平成 27 年 9 月 1 日時点の修了率は 89.3%に上っている。</p>
4	<p>D病院では、平成 27 年 3 月及び 28 年 1 月に、副院長から未修了者に対してメールにより受講勧奨を行っており、緩和ケアセンター（センター長は副院長が兼任）において、未修了者の受講予定を個別に把握している。</p>

これらの取組を行った結果、D病院における平成27年9月1日時点の修了率は79.7%となり、28年1月20日時点では修了率が83.1%に上っている。  
 なお、D病院では、平成28年度中には修了率が92.6%になると見込んでいる。

(注) 当省の調査結果による。

図表4-(2)-⑬ 緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所における緩和ケア研修の修了状況を把握した上で、未修了者のいる施設に対して開催案内を送付している例

A病院では、緩和ケアマップに掲載している地域の病院及び診療所に所属する医師等については緩和ケア研修を受講することが望ましいとの考え方にに基づき、修了者のいない施設であれば次回の研修開催時に優先受講枠を設けるなどの対応をとる目的で、同マップに掲載している地域の病院及び診療所に所属する医師等の緩和ケア研修の修了状況を把握しており、下表のとおり、同マップにおいて、医師や看護師等の緩和ケア研修の修了状況を記載している。

表 A病院の緩和ケアマップ

在宅緩和に関する連携リスト	
1	
医療機関名	.....
住所	.....
電話番号	.....
在宅緩和に関する情報	.....
緩和ケア研修	医師 看護師 歯科医師
その他	.....
2	
医療機関名	.....
住所	.....
電話番号	.....
在宅緩和に関する情報	.....
緩和ケア研修	医師 看護師 作業療法士 理学療法士
その他	.....

(注) A病院の資料に基づき、当省が作成した。

その上で、A病院では緩和ケア研修の未修了者がいる地域の病院及び診療所も含め、地域の197の医療機関に対し、自施設が開催している緩和ケア研修の開催案内を送付（平成27年度）している。

なお、A病院が開催した緩和ケア研修の受講者のうち、地域の病院及び診療所に所属する医師の受講者数は、平成24年度が5人、25年度が5人、26年度が9人及び27年度が16人であった。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑭ 緩和ケア研修の一般的な開催例

日時：平成○年○月 9 日（土）～10 日（日）  
 補足：全てのプログラムを修了すると、厚生労働省健康局長より修了証が授与されます。  
（途中退室・遅刻では授与されません）

研修スケジュール：  
**【第 1 日目：平成○年○月 9 日（土）】**

開始時間	終了時間	所要時間	研修内容	形式	開催指針の項目（項目番号）
8:30	9:00	30	受付		
9:00	9:20	20	プレテスト	プレテスト	
9:20	9:30	10	研修会開催にあたって	講義	
9:30	10:15	45	緩和ケア概論	講義	患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアについて (⑥)
10:15	11:00	45	つらさの包括的評価と症状緩和	講義	苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について (①)
11:00	11:10	10	休憩		
11:10	12:40	90	がん性疼痛	講義	がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法について (②)
12:40	13:20	40	昼食		
13:20	13:40	20	アイスブレーキング	アイスブレーキング	
13:40	15:10	90	オピオイドを開始する時	ロールプレイ / ワークショップ	ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習 (③イ)
15:10	15:20	10	休憩		
15:20	16:00	40	消化器症状	講義	呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて (④)
16:00	17:30	90	精神症状(気持ちのつらさ、せん妄)	講義	不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケアについて (⑤)

**【第 2 日目：平成○年○月 10 日（日）】**

開始時間	終了時間	所要時間	研修内容	形式	開催指針の項目（項目番号）
8:30	9:00	30	受付		
9:00	11:00	120	コミュニケーションロールプレイ	ロールプレイ	がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ (⑧)
11:00	11:10	10	休憩		
11:10	12:10	60	コミュニケーション講義	講義	がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについて (⑦)
12:10	12:50	40	昼食		
12:50	13:50	60	倦怠感	講義	身体的苦痛の緩和(倦怠感、食欲不振等) (⑩ア)
13:50	14:40	50	呼吸器症状	講義	呼吸困難、消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケアについて (④)
14:40	14:50	10	休憩		
14:50	16:20	90	疼痛事例検討	グループ演習 / ワークショップ	グループ演習による症例検討 がん疼痛に対する治療と具体的な処方 (③ア)
16:20	16:30	10	休憩		
16:30	17:40	70	地域連携と治療・療養の場	講義 / グループワーク	がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケアの実践について (⑨)
17:40	17:50	10	ふりかえりとポストテスト	プレテストの解説	
17:50	18:00	10	閉会挨拶		

(注) 調査対象拠点病院の資料に基づき、当省が作成した。

図表 4-(2)-⑮ 研修受講者に配慮して受講環境を整備し、効果を上げているもの

番号	概要																
1	<p>滋賀県では、県内で1年間に開催する緩和ケア研修の開催時期や回数等について、滋賀県がん連携推進協議会研修調整部会(注)において決定している。</p> <p>(注) 県内の全拠点病院等を構成員とした会議である。</p> <p>滋賀県がん連携推進協議会研修調整部会では、緩和ケア研修の日程については、全県的に「対象者の参加しやすさ」を重視することとしていることから、表1のとおり、土曜日に診療を行っている医師に配慮して、日曜日に2回開催する拠点病院がみられ、このような開催日程としている同県の拠点病院は、表2のとおり毎年一定数みられた。</p> <p>この結果、滋賀県の拠点病院における主治医・担当医の緩和ケア研修の修了率(平成27年9月1日時点)は67.6%となっており、調査対象51拠点病院の修了率55.1%を10ポイント以上上回っている。</p> <p>表1 週を分けて日曜日に2回開催している例(平成27年度)</p> <table border="1" data-bbox="245 819 1155 1088"> <thead> <tr> <th>拠点病院名</th> <th>開催日程</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A病院</td> <td>第1日目:平成27年6月21日(日) 第2日目:平成27年6月28日(日)</td> </tr> <tr> <td>B病院</td> <td>第1日目:平成27年8月2日(日) 第2日目:平成27年8月9日(日)</td> </tr> <tr> <td>C病院</td> <td>第1日目:平成28年3月6日(日) 第2日目:平成28年3月13日(日)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 当省の調査結果による。</p> <p>表2 週を分けて日曜日に2回開催している拠点病院の年度別施設数</p> <table border="1" data-bbox="245 1205 1155 1283"> <thead> <tr> <th>平成24年度</th> <th>25年度</th> <th>26年度</th> <th>27年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 当省の調査結果による。</p>	拠点病院名	開催日程	A病院	第1日目:平成27年6月21日(日) 第2日目:平成27年6月28日(日)	B病院	第1日目:平成27年8月2日(日) 第2日目:平成27年8月9日(日)	C病院	第1日目:平成28年3月6日(日) 第2日目:平成28年3月13日(日)	平成24年度	25年度	26年度	27年度	5	7	4	4
拠点病院名	開催日程																
A病院	第1日目:平成27年6月21日(日) 第2日目:平成27年6月28日(日)																
B病院	第1日目:平成27年8月2日(日) 第2日目:平成27年8月9日(日)																
C病院	第1日目:平成28年3月6日(日) 第2日目:平成28年3月13日(日)																
平成24年度	25年度	26年度	27年度														
5	7	4	4														
2	<p>A病院では、緩和ケア研修について、研修を開始した平成21年度及び22年度には、他の拠点病院と同様、土曜日の午前から日曜日の午後まで開催することとしていた。</p> <p>しかし、地域の病院及び診療所から、土曜日の午前中は診療を行っているため、研修への参加は難しいとの意見があり、表1のとおり、平成23年度から、土曜日の研修開始時間を遅らせるスケジュールに変更している。</p> <p>この結果、表2のとおり、A病院が開催した緩和ケア研修における地域の病院及び診療所の医師の受講者数は、スケジュール変更後に倍増している。</p> <p>表1 A病院における緩和ケア研修の開催スケジュール(平成22年度及び23年度の比較)</p> <table border="1" data-bbox="245 1697 1423 1816"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>平成22年度</th> <th>23年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1日目</td> <td>6月26日(土) 9:00~17:30</td> <td>7月9日(土) 14:10~20:20</td> </tr> <tr> <td>第2日目</td> <td>6月27日(日) 9:10~16:30</td> <td>7月10日(日) 9:10~17:30</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) 1 当省の調査結果による。 2 開催スケジュールは、開会挨拶から修了証書授与までのスケジュールである。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	区分	平成22年度	23年度	第1日目	6月26日(土) 9:00~17:30	7月9日(土) 14:10~20:20	第2日目	6月27日(日) 9:10~16:30	7月10日(日) 9:10~17:30							
区分	平成22年度	23年度															
第1日目	6月26日(土) 9:00~17:30	7月9日(土) 14:10~20:20															
第2日目	6月27日(日) 9:10~16:30	7月10日(日) 9:10~17:30															

表 2 A病院が開催した緩和ケア研修における地域の病院及び診療所の医師の受講者数の推移（平成21年度～27年度）

区分	平成 21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
地域の病院及び診療所の医師の受講者数	5	6	14	14	7	6	3
(参考) 全体の受講者数	28	17	23	24	10	11	16

(注) 当省の調査結果による。

なお、A病院では、平成 25 年度以降、地域の病院及び診療所の医師の受講者数が減少していることについて、緩和ケアにある程度関心がある医師はおおむね修了してしまったためではないかとしている。

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑯ 調査対象拠点病院 51 施設並びに地域の病院及び診療所 36 施設における緩和ケア研修への eラーニング方式の導入に関する意見の例

区分	意見の例
受講者及び開催者にとって負担軽減になるとの意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 忙しい医師等からのニーズはある。</li> <li>・ 開催日が 1 日に短縮でき、研修受講者への負担は減るのではないか。</li> <li>・ 座学の部分であれば、eラーニングの活用は可能ではないか。また、新規に機材を購入する必要がなければ、費用面での問題もないのではないか。</li> <li>・ 受講者の拘束時間も短くなるため、今後、開業医等に受講を勧める上では有効である。</li> <li>・ 開催側としては、これまで、講師、ファシリテーターの依頼調整、会場確保、大量の資料の準備等で苦慮していたので、eラーニング方式の導入はありがたい。</li> </ul>
研修の質の低下や不正受講等を懸念する意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講師とのやり取りや、受講者同士の意見交換による学びもあるため、eラーニング方式の導入によって十分な知識及び技能の習得が可能かは疑問である。</li> <li>・ 直接講師から講義を受けても十分に理解していないとみられる受講者もいることから、eラーニング等の自己学習では、更に理解が浅いものになるのではないか。</li> <li>・ 時間効率が圧倒的に良い一方で、不真面目に受講していたとしても表面化しないというデメリットがある。教育効果が対面式と比べて同等であるという根拠はなく、教育効果が著しく乏しくなる可能性がある。</li> <li>・ 双方向の学習ができず、形式的な受講となる上、実際に誰が受講したかを確かめるすべがないため、本来受講すべき者が受講せず、代わりに別の者が受講しても主催側は分からないのではないか。</li> <li>・ 研修では講師の話を直接聞きたいし、パソコンに不慣れであることから、eラーニング方式による研修の受講については余り賛同できない。</li> </ul>
その他の意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ eラーニング方式を導入する場合には、従前どおりの講義形式のものも並行して実施する必要のないよう、完全に eラーニング方式に置き換える形としてほしい。</li> <li>・ 受講者の受講状況の確認方法を明確にし、講義部分の受講をし終えたことが分かりやすい（修了証を印刷できるなど）ものにするなど、事務職員の負担も増えないような形での導入が望ましい。</li> <li>・ 平成 27 年度の緩和ケア研修のうち、例えば「がん疼痛」や「呼吸困難、消化器症状」に係る講義部分については eラーニング方式の導入が可能と考える。</li> </ul>

(注) 当省の調査結果による。

図表 4-(2)-⑰ 専門的な知識の習得に関する研修において e-ラーニング方式が導入されている例

○ 「フェンタニルクエン酸塩経皮吸収型製剤の使用に当たっての留意事項について」(平成 26 年 6 月 20 日付け薬食審査発 0620 第 1 号・薬食監麻発 0620 第 1 号厚生労働省医薬食品局審査管理課長、監視指導・麻薬対策課長通知) <抜粋>

1 本剤の適正使用について

(1) (略)

(2) 本剤の慢性疼痛に係る処方については、慢性疼痛の診断、治療に精通した医師によってのみ処方されるよう、薬事法(昭和 35 年法律第 145 号)第 79 条に基づき、製造販売業者に適正な流通管理の実施を義務付けたこと。

(参考:承認条件)

<慢性疼痛>

慢性疼痛の診断、治療に精通した医師によってのみ処方・使用されるとともに、本剤のリスク等についても十分に管理・説明できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ用いられ、それら薬局においては調剤前に当該医師・医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、製造販売にあって必要な措置を講じること。

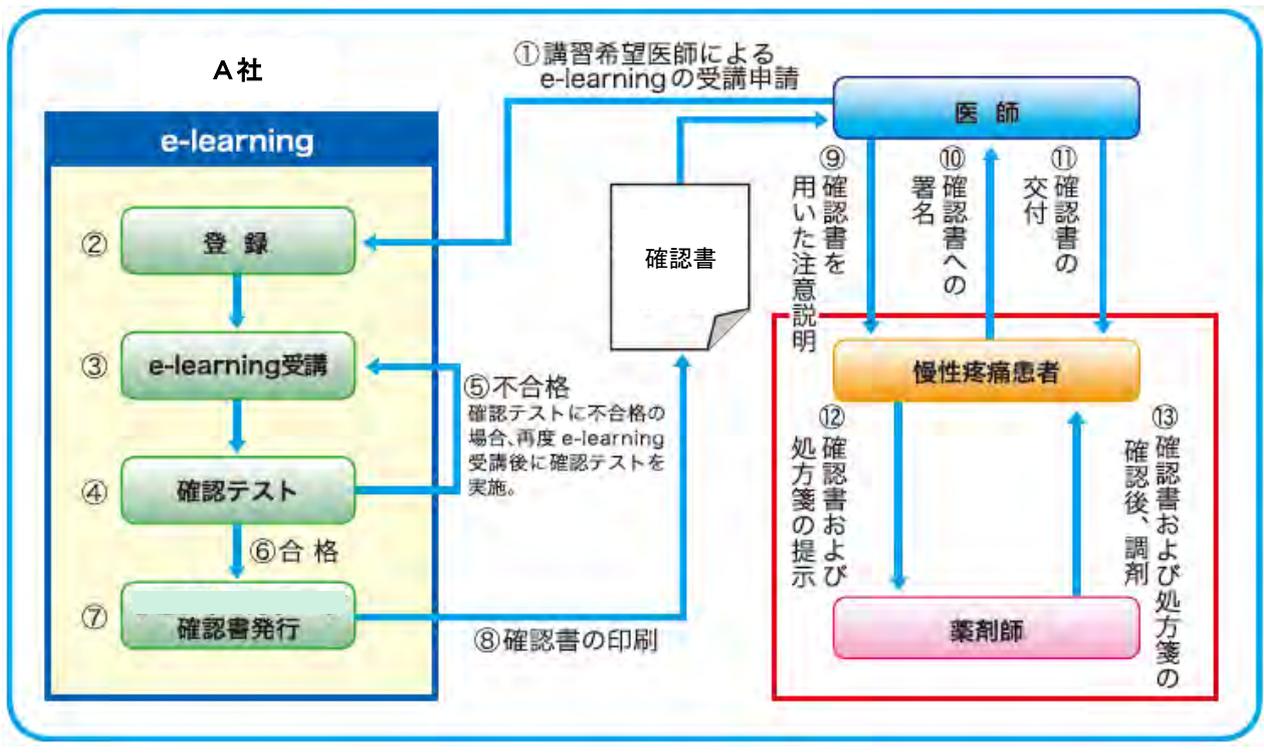
(3) (略)

(4) 本剤の流通管理の基本は別添のとおりであり、その概要は以下のとおりであること。

慢性疼痛患者への処方・使用に当たっては、

- ① 医師は製造販売業者の提供する講習を受講
- ② 製造販売業者は講習を修了した医師に対し当該医師専用の確認書を発行
- ③ 医師及び患者は処方時に確認書に署名
- ④ 確認書の一方を医療機関が保管し、もう一方を患者に交付
- ⑤ 薬剤師は患者から麻薬処方せんとともに確認書の提示を受け調剤、確認書が確認できない場合には、処方医が講習を修了した医師であることを確認した上で調剤

○ 適正使用管理体制の概要



#### 適正使用管理体制のポイント

- 本剤を用いて慢性疼痛治療を行う医師は慢性疼痛治療および本剤の適正使用管理に関する e-learning を受講する（図中①～⑦）
- 医師は e-learning 受講修了後、「確認書」を入手する（図中⑧）
- 処方医師は医療用麻薬の取り扱いに関する注意事項を患者に説明し、確認書を患者に交付する（図中⑨～⑪）
- 患者は麻薬処方箋とともに確認書を薬局に持参し、薬剤師に提示する（図中⑫）
- 薬剤師は確認書の内容を確認し、不備がなければ調剤する（図中⑬）

（注）1 厚生労働省及びA社の資料に基づき、当省が作成した。

2 下線は、当省が付した。

## 5 がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）の推進

勸 告	説明図表番号
<p><b>【制度の概要等】</b></p> <p>がん患者及びその家族等に対する支援では、医療従事者等による専門的なサポートが大きな位置を占めるが、当事者及びがん経験者が経験や感情を共有することによるピア・サポートもまた、がん患者及びその家族等にとって大きな助け(注)となっており、各地の支援団体や医療機関においても、がん患者・経験者等によるピア・サポートは広がりつつある。</p> <p>(注) 心の苦悩に関し、がん患者が求める情報や支援は「体験談、同病者との交流」が第1位となっている(出典:「2013 がん患者の悩みや負担等に関する実態調査」(平成27年9月「がんの社会学」に関する研究グループ))。</p> <p>第2期基本計画では「がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める」こととされている。</p> <p>これを踏まえて、厚生労働省では、平成23年度から25年度までに公益財団法人日本対がん協会への委託事業として「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピア・サポーター等の相談員に対し、相談事業に関する基本的なスキルを身に付けることを目的とした研修を行うための「がんピアサポーターに対する研修プログラム」(以下「研修プログラム」という。)等を策定している。また、厚生労働省は、都道府県健康対策推進事業を通じて、ピア・サポートを行う相談員の確保及びその研修等に係る補助事業を実施しており、これらによりピア・サポートの推進を支援している。</p> <p>また、拠点病院は、整備指針において、相談支援センターを設置することとされており、「相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと」とされているほか、「医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援」が求められている。</p> <p>拠点病院におけるピア・サポートの実施状況について、中間評価報告書では、サポートグループやがん患者及びその家族を対象とした学習会等を実施している拠点病院の割合は100%としているものの、ピア・サポーターによる相談支援を実施している拠点病院の割合は16.9%としている。</p> <p><b>【調査結果】</b></p> <p>今回、本省が、調査対象17都道府県における平成27年度のピア・サポート研修の実施状況及び51拠点病院におけるピア・サポーターの活動状況について調査した結果、以下のとおり、都道府県等においてピア・サポート研修が実施されていない状況や、ピア・サポート研修は実施されているものの、</p>	<p>図表5-①</p> <p>図表5-②</p> <p>図表5-③</p> <p>図表5-④</p> <p>図表5-⑤</p>

拠点病院における相談支援や患者サロン(注)へのピア・サポーターの受入れが十分に進んでいない状況がみられた。

(注) 「患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人が、がんのことを気軽に本音で語り合う交流の場のこと」である(出典:「患者必携がんになったら手に取るガイド」(国立がん研究センターがん対策情報センター))。

#### ア 都道府県等におけるピア・サポート研修の実施状況

調査対象 17 都道府県内における、ピア・サポート研修の実施状況を調査した結果、平成 27 年度において、ピア・サポート研修を実施している都道府県が 10 都道府県、実施していない都道府県が 7 都道府県みられた。研修を実施している都道府県について、実施主体別にみると、①都道府県が実施主体となっているものが 4 都道府県、②患者団体が実施主体となっているものが 4 都道府県、③その他(がん総合支援センター及び看護協会)が実施主体となっているものが 2 都道府県であった。例えば、石川県では、拠点病院等から推薦された者を対象にピア・サポート研修を実施し、研修修了者は、拠点病院等において、ピア・サポーターとして活動している。

なお、研修を実施していない 7 都道府県のうち、2 都道府県は平成 25 年度以前に研修を実施し、その後休止しており、1 都道府県は 28 年度から実施予定としている。

図表5-⑥

図表5-⑦

#### イ 拠点病院におけるピア・サポーターの活動状況

ピア・サポート研修が実施された実績のある 12 都道府県内の 36 拠点病院におけるピア・サポーターの活動状況について調査したところ、ピア・サポーターが①拠点病院において個別相談支援に従事しているものが 3 施設、②拠点病院の患者サロンに参加しているものが 26 施設、③ピア・サポーターの活動実績がないものが 10 施設みられた(複数回答あり)。

また、都道府県等が実施したピア・サポート研修を修了した者が参加している施設は、①が 3 施設、②が 20 施設であった。

図表5-⑧

平成 27 年度においてピア・サポート研修を実施していない 7 都道府県における未実施の理由をみると、「ピア・サポートの実施主体となり得る患者団体の活動が活発ではない」、「患者会活動の支援を通じて、各患者会のそれぞれの特性をいかした患者支援に取り組む方針であり、研修の実施は必要ない」などが挙げられている。しかし、これら 7 都道府県内の 7 患者団体のうち 5 団体からは、都道府県によるピア・サポート研修の開催や患者団体が開催する際の支援等を求める意見があり、ピア・サポート研修が開催されていない都道府県においても、研修に対するニーズがある状況がみられた。

図表5-⑨

図表5-⑩

また、ピア・サポーターの活動実績がない拠点病院において、ピア・サポーターによる相談支援や患者サロンへの受入れが進まない理由をみると、「現状では、国が公的にピア・サポーターを認定する仕組みがなく、研修制度が確立していないと考えられ、各団体のピア・サポーターがどの程度の相談対

図表5-⑪

応力があるのかよく分からないため、ピア・サポーターを受け入れる状況ではない」、「患者との間でトラブルが発生した際の対処方針ができていない」などが挙がっており、ピア・サポーターの質が十分に担保されていないことへの懸念が原因になっているものと考えられる。

この背景には、ピア・サポート自体は、基本的のがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピア・サポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

このようなことから、患者団体からは、ピア・サポート研修の質を担保するため、緩和ケア研修開催指針に準じたピア・サポート研修の開催指針の策定などを求める意見がある。具体的には、既存の研修プログラムをベースにして開催指針の策定や研修プログラムの改訂を行うことにより、当該指針等に基づいて実施される都道府県や患者団体等の研修を、国の標準プログラムに基づく研修として認定することにより、研修及びその修了者の質を確保するなどが考えられる。

前述のとおり、都道府県によっては、既に都道府県や患者団体等が実施主体となってピア・サポート研修を実施している地域もあり、これらの研修については、開催指針等で求める要件を一定程度満たしていることが確認できれば、これに準じた研修として認定するなど、既存の取組も尊重する仕組みも必要と考えられる。

#### 【所見】

したがって、厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピア・サポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂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講ずること。

図表5-⑩(再掲)

図表 5-① 「2013 がん患者の悩みや負担等に関する実態調査」(平成 27 年 9 月「がんの社会学」に関する研究グループ) <抜粋>

がん体験者が求める情報や支援 (総件数 2,101 件)		
診療		773件 (36.8%)
1	診療に関する情報収集と情報提供方法	268 (12.8%)
2	病院・医師の選択、医療体制等	115 (5.5%)
3	その他 診療に関すること	115 (5.5%)
4	医師、医療スタッフとの関係性	98 (4.7%)
5	診療に関して、いつでも相談できる部門(窓口)や人(職種)	91 (4.3%)
6	医師の説明や意見、治療の選択や意思決定支援	86 (4.1%)
心		719件(34.2%)
1	<u>体験談、同病者との交流</u>	446 (21.2%)
2	何でも話せて相談できる相談窓口	98 (4.7%)
3	不安や思いを聴いてもらう場や人の存在	76 (3.6%)
4	生き方、終活	43 (2.0%)
5	その他 心に関すること	40 (1.9%)
6	がんに対する理解不足や偏見の改善	16 (0.8%)
体		268件(12.8%)
1	症状や機能障害等に関する情報と具体的な対処方法	165 (7.9%)
2	機能障害や外見の変化に関する助言、指導	47 (2.2%)
3	食生活、食事に関すること	19 (0.9%)
4	その他 体に関すること	16 (0.8%)
5	体重・体力の低下、維持や回復(リハビリ含む)	11 (0.5%)
6	社会復帰、日常生活活動の情報やアドバイス	10 (0.5%)
暮らし		341件(16.2%)
1	経済的負担(医療費、生活費)等	184 (8.8%)
2	仕事に関すること	59 (2.8%)
3	家事、家族(子どもや親など)の世話、日常生活	40 (1.9%)
4	その他 暮らしに関すること	24 (1.1%)
5	家族に関すること	23 (1.1%)
6	社会、人との関わりに関すること	11 (0.5%)

(注) 下線は、当省が付した。

図表 5-② 「がん対策推進基本計画」(平成 24 年 6 月 8 日閣議決定) <抜粋>

2. がんに関する相談支援と情報提供  
(取り組むべき施策)

(中略)

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

(以下略)

図表 5-③ がんピアサポーターに対する研修プログラムの策定状況

## 研修テキストと模擬相談 DVD、手引きなどを公開します

### がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム

#### 「がんピアサポート編～これからピアサポートをはじめる人へ」

公益財団法人日本対がん協会では、平成 23 年度より厚生労働省から委託を受け、がん患者またはその家族の方が行うピアサポーターなどの相談員に対し、相談に関する基本的なスキルを身につけるための研修を行うことを目的として、広くご意見をいただきながらプログラムの策定を進めてまいりました。

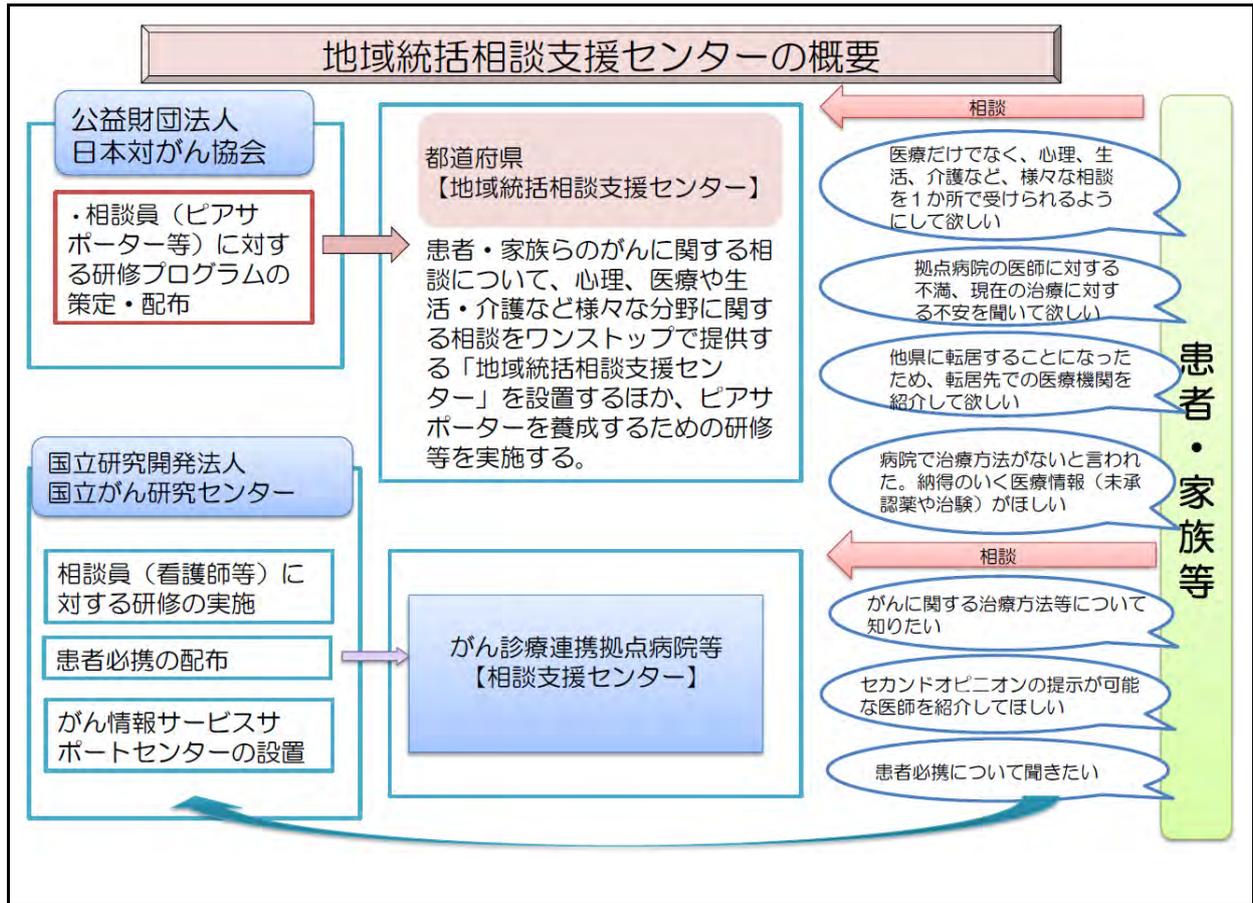
研修プログラム「がんピアサポート編～これからピアサポートをはじめる人へ～」を公開します。内容は「研修テキスト」「模擬相談 DVD」「研修の手引き」です。

図 研修テキスト、模擬相談 DVD、研修の手引き



(注) 厚生労働省委託事業「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」のホームページから抜粋した。( <http://www.gskprog.jp/news/929/> )

図表 5-④ 都道府県健康対策推進事業におけるピア・サポート支援状況



(注) 厚生労働省の資料による。

図表 5-⑤ 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）の別添）＜抜粋＞

<p>II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について</p> <p>4 情報の収集提供体制</p> <p>(1) 相談支援センター</p> <p><u>相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑥の体制を確保した上で、当該部門においてアからシまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に周知すること。</u></p> <p>(中略)</p> <p>② 院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。<u>また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。</u></p> <p>(中略)</p> <p>&lt;相談支援センターの業務&gt;</p> <p>(中略)</p> <p><u>ケ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援</u></p> <p>(以下略)</p>
--

(注) 下線は、当省が付した。

図表 5-⑥ 調査対象 17 都道府県におけるピア・サポート研修の実施状況（平成 27 年度）

（単位：都道府県）

区分		都道府県数	都道府県名
ピア・サポート研修を実施		10	—
実施主体	1：都道府県	4	埼玉県、石川県、広島県、愛媛県
	2：患者団体	4	東京都、愛知県、滋賀県、福岡県
	3：その他（がん総合支援センター、看護協会）	2	宮城県、福井県
ピア・サポート研修を未実施（注 2）		7	北海道、青森県、山形県、大阪府、鳥取県、香川県、長崎県
合計		17	—

（注） 1 当省の調査結果による。

2 鳥取県は平成22年度から25年度、香川県は22年度から23年度にかけて研修を実施し、その後休止している。

図表 5-⑦ 都道府県等におけるピア・サポート研修の実施例

東京都	<p>東京都では、特定非営利法人がん患者団体支援機構がピア・サポート研修を実施している。当該機構は東京都による支援を受けて平成 20 年度からピア・サポート研修を実施（22 年度以降は独自事業として実施）し、27 年度までに 40 人のピア・サポーターを養成している。研修を修了したピア・サポーターは、当該機構と委託契約を結んでいる都内 2 か所の拠点病院に派遣され、週 2 回相談業務を行っている（平成 26 年度の相談件数は 516 件）ほか、患者サロンにおいても活動している。東京都は、当該機構のピア・サポーターを受け入れている 2 拠点病院に対して補助金を交付するなど、拠点病院におけるピア・サポートの推進を後押ししている。</p>
石川県	<p>石川県では、在宅医療や看取りを希望する者への相談支援として、「石川県在宅緩和ケア支援センター」を運営していたが、平成 25 年から都道府県健康対策推進事業により本センターを「石川県がん安心生活サポートハウス」（以下「サポートハウス」という。）に改称し、ピア・サポーター等に対し研修等を実施している。</p> <p>石川県は、サポートハウスにおいてピア・サポーター研修を「がんピアサポーター基礎講座実施要領」により実施しており、受講対象者は、①がん患者又はその家族、②県内各地に設置予定のがんサロンでボランティアとして活動する意思のある者、③がんサロン実施機関等の代表者から推薦があった者の条件全てを満たす者としている。石川県は、3 日間（連続する日曜日）にわたって研修を実施し、全課程を修了した者に対し修了証書を交付しており、平成 25 年度から 27 年度までに、33 人が研修を修了している。</p> <p>なお、石川県は、公益財団法人日本対がん協会作成のテキストを参考にして研修テキストを作成しており、基礎講座修了後も次年度に「がんピア・サポーターフォローアップ講座」を実施している。</p> <p>石川県は、「がんピアサポーター基礎講座修了者名簿」に研修修了者の修了年度、推薦機関、氏名、生年月日及び住所を記載し管理している。研修修了者は、同県内の 5 拠点病院のほか、他の医療機関や患者団体等が関係する患者サロンでピア・サポーターとして定期的に活動している。</p>

（注） 当省の調査結果による。

図表 5-⑧ 拠点病院におけるピア・サポーターの活動状況（平成 27 年度）

（単位：施設）

区 分	拠点病院数	
		うち研修修了者あり（注 4）
個別相談支援に従事（注 2）	3	3
患者サロンに参加（注 3）	26	20
活動実績なし	10	—

（注） 1 当省の調査結果による。

2 「個別相談支援に従事」とは、相談ブース等において、個別に相談支援を実施していることを表す。

3 「患者サロンに参加」とは、拠点病院で開催されたがん患者サロンに参加していることを表し、参加時の相談対応等の実施の有無は問わない。

なお、「個別相談支援」を実施している拠点病院の複数回答を含む。

4 「研修修了者あり」とは、個別相談支援及び患者サロン参加者のうち 1 人でも都道府県等が実施しているピア・サポート研修を修了している者が含まれる拠点病院を表す。

図表 5-⑨ 都道府県等によるピア・サポート研修を実施していない主な理由

- ・ 活動している患者団体がない地域も多く、また、患者サロンを設置しても参加者が少ない事例があり、ピア・サポート研修は地域の自主性に任せている。
- ・ ピア・サポートの実施主体となり得る患者団体の活動が活発ではない。
- ・ 患者会の活動の支援を通じて、各患者会のそれぞれの特性をいかした患者支援に取り組む方針であり、ピア・サポート研修の実施は必要ない。
- ・ 以前はピア・サポート研修を実施していたが、参加者が少ない上、講師の確保も難しい。また、研修が休止していることにより、ピア・サポート活動が十分にできないなどの支障は発生していないと思われる。
- ・ 過去2年間で、がん患者団体において相談に対応している者の大半（7患者団体延べ28人）がピア・サポート研修を受講しており、また、研修の効果の継続やピア・サポーターによる相談支援を目的として、がん患者団体に「がん患者等に対する相談業務」の委託事務も実施しているため。
- ・ ピア・サポートの必要性は感じているが、ピア・サポーターを養成する仕組みが整備できていない。患者サロン等の活性化を図り、その参加者等からピア・サポーターが結成された場合には、拠点病院等における相談支援の活動を依頼し、その支援等についても検討していきたい。

（注） 当省の調査結果による。

図表 5-⑩ 患者団体からのピア・サポート研修に関する意見

- ・ 現状は、がん患者及びその家族が、相談支援センターの職員とは別に、がん経験者として個別相談できるピア・サポーターがいない。また、その養成を目的としたカリキュラムが整備されておらず、がん患者への支援策としては不十分ではないか。
- ・ 研修といった形ではなく、院内の患者サロンで、臨床心理士からがん患者に接するに当たっての簡単な心構え等を2、3回、学ぶことができるようにしてほしい。
- ・ ピア・サポートについて理解し、ピア・サポーターとして役割を果たすためには、教育・研修の場は必要であるので、以前に県により実施されていた研修を再開してほしい。
- ・ 患者会の会員に対するピア・カウンセリング研修会を実施してほしい。
- ・ 県内でピア・サポート研修を開催してほしい。
- ・ 「主体性と自主性」を重んじる余り、質が十分に担保されていないピア・サポート研修やピア・サポート活動が行われている。また、行政や医療機関でも受入れが遅々として進んでいない。このため、既存の患者団体の活動を尊重する形で、研修の開催指針の策定を検討してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

図表 5-⑪ 拠点病院においてピア・サポーターによる相談支援や患者サロンへの受入れが進まない理由

- ・ 地域の性質を考えると、主体となって活動する患者が少なく、患者団体を立ち上げても自然消滅してしまうと懸念される。また、ピア・サポートの責任の所在を明確にできない。
- ・ 患者との間でトラブルが発生した際の対処方針ができていない。
- ・ がん患者からの自発的な活動の申出がない限り、積極的にピア・サポートを導入するのは難しい。ピア・サポートを行うことは望ましいが、患者にとっても荷の重いことであり、今後ピア・サポーターとしてふさわしい人材をどのように育成し、確保していくかが課題となっている。
- ・ 患者等からピア・サポートに取り組みたいとの申出があれば、積極的な支援を行う用意はあるものの、病院が主導してまでピア・サポートを実施する考えはない。
- ・ 患者サロンに参加するがん患者同士の交流により患者のニーズに対応できており、ピア・サポーターが参加する必要性が少ない。
- ・ 現状では、国が公的にピア・サポーターを認定する仕組みがなく、研修制度が確立していないと考えられ、各団体のピア・サポーターがどの程度の相談対応力があるのかよく分からないため、ピア・サポーターを受け入れる状況ではない。
- ・ 所在している2次医療圏において活動する患者会が、1団体しかなく、密な連携を図ることが難しい状況にあるため。

(注) 当省の調査結果による。