

福県医発第415号(地)

平成17年5月27日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康



厚生労働省「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」
報告書の送付について

新緑の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、厚生労働省の「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」において報告書がとりまとめられ、日本医師会より別添のとおり送付してきましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

がん対策につきましては、「第3次対がん10か年総合戦略」において、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図ることが戦略目標とされており、また、「健康フロンティア戦略」においても、がんの5年生存率を20%改善することが盛り込まれるなど、がん医療水準の均てん化を図る施策等の充実が求められております。

なお、本検討会は、5回にわたりがん医療における地域格差の要因などについて検討され、その是正に向けた具体的方策を提言することを目的に報告書が作成されました。

小郡三井医師会より

担当理事 永田正和



「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」
報告書

＜がん医療水準の均てん化に向けて＞

平成17年4月

目次

I はじめに

II がん医療の地域格差の考え方

III 地域格差のデータ

- 1 医療施設間の5年生存率の格差
- 2 二次医療圏間の5年生存率の格差
- 3 都道府県間の格差

IV 地域格差を生み出す要因と課題

- 1 がんの専門医等の育成について
 - (1)がんの専門医の育成の現状
 - (2)がん医療を支えるコメディカルスタッフの必要性和育成の現状
 - (3)今後の課題
- 2 がんの早期発見に係る体制等の充実
 - (1)がん検診体制の現状
 - (2)一般医の資質向上への取組の現状
 - (3)今後の課題

3 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

- (1) 地域における医療機関連携の現状
- (2) 全国的な医療機関連携の現状
- (3) 今後の課題

4 がん登録制度

- (1) 院内がん登録の現状
- (2) 地域がん登録の現状
- (3) 今後の課題

5 情報の提供普及

- (1) 情報提供の現状
- (2) 今後の課題

V がん医療水準の均てん化に向けての提言

1 がんの専門医等の育成について

- (1) 大学講座の設置
- (2) がんの専門医の認定基準
- (3) がんの専門医の育成方策
- (4) がん医療を支えるコメディカルスタッフの育成方策

2 がんの早期発見に係る体制等の充実

3 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

- (1) 地域における医療機関連携
- (2) 全国的な医療機関連携

4 がん登録制度

5 情報の提供・普及

- (1) 一般国民に対する正しい情報の提供
- (2) 医療関係者に対する情報の提供
- (3) がん情報センター(仮称)の設置

VI おわりに

別添1 関係機関それぞれが果たすべき主な役割

別添2 地域がん診療拠点病院制度の見直しの方向性

I はじめに

我が国のがん対策は、がんの本態解明を目指した「対がん10ヵ年総合戦略」(昭和59年度～平成5年度)、それに引き続き、がんの克服を目指した「がん克服新10ヵ年戦略」(平成6年度～平成15年度)に沿って展開されてきた。

その結果、「がんは遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、遺伝子レベルでの病態の理解が進む等、がんの本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法や標準的な治療法が確立する等、診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げ、この間、胃がん、子宮がんの死亡率は減少し、胃がん等の生存率は向上した。

一方で、国民のライフスタイルの変化や喫煙などの影響も相まって、大腸がん、肺がんや乳がん等の欧米型のがんは増加を続け、がんは昭和56年以降、依然として我が国の死亡原因の第1位を占め、現在では、その3割超に達している(参考1)。今後、一層の医療技術等の研究開発や予防対策の推進に加え、一部の地域や施設での導入にとどまっている対がん戦略で得られた医療技術等の成果を、全国的に普及していくことが求められている。

このため、政府においては、平成15年7月25日に文部科学大臣、厚生労働大臣の合意により、がんの罹患率と死亡率の激減を目指した平成16年度から平成25年度までの国の大規模プロジェクトとして、「第3次対がん10ヵ年総合戦略」(参考2)が策定され、「がん研究の推進」、「がん予防の推進」、「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱として推進することとされたところである。

特に、当該戦略の中で、がん医療水準の「均てん化」(全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ること)などにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指すこととされており、がん医療水準の均てん化に向けた取組を推進することは、政府のみならず、医療関係者や研究者、教育機関等が一丸となって取り組むべき重要な課題となっている。

また、平成16年5月19日に与党幹事長・政調会長会議で提言され、平成16年6月4日の「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2004」において位置付けられた「健康フロンティア戦略」(参考3)においても、がん対策については、平成17年度から平成26年度までの10年間の目標として、がんの5年生存率を20%改善することが盛り込まれており、がん医療水準の均てん化を図る施策等の充実が求められている。

このような状況の中、「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」は、がん医療における地域格差の要因などについて検討を行い、その是正に向けた具体的方策を提言することを目的として、厚生労働大臣の懇談会として平成16年9月9日に設置されて以降、5回にわたり、関係者からの意見聴取も踏まえた検討を行い、その結果を以下のとおり報告する。

II がん医療の地域格差の考え方

一般的に医療水準の格差は、国家間、地域ブロック間、都道府県間、二次医療圏間、施設間といった様々なレベルにおいて取り上げられているが、地域格差が論じられる際には、大都市圏と地方との間や地方の大都市と郡部との間の格差として比較されることもあり、地域格差を論じる際の「地域」の捉え方にばらつきがあるため、地域格差の議論において些かの混乱が見受けられる。

がんの治療は、その種類や進行度によっても異なるが、手術療法、化学療法¹、放射線療法などの高度な技術と施設を必要とする様々な治療法の組み合わせ（「集学的治療」と言う）によって行われている。また、がんの診療に当たっては、手術前には、がんの告知に伴う心理的ケアが必要になり、手術後には放射線治療や抗がん剤による副作用への対応、患者家族による長期的な看護、再発への不安に対する対応、予後の状態によっては緩和ケアの提供など、闘病の各段階で様々な治療や支援が必要となるため、これらに対応可能で信頼できる医療機関が近隣に存在することががん患者やその家族にとって望ましい。

しかし、それぞれの医療機関において、これら全ての専門的医療を提供する体制を整えることは困難であるため、それぞれの診療レベルに応じた役割分担と連携を行い、国民が全国のどこに住んでいても質が高く、安心して療養ができるがん医療の提供体制を日常の生活圏域レベルすなわち二次医療圏において確立することを念頭に、がん医療における地域格差の是正方策を検討することが適当であると考ええる。

なお、二次医療圏間及び都道府県間の格差の原因を検討する場合、施設間の格差を分析することが重要になるとともに、施設間格差のデータは、各施設が自らのがん医療水準を認識したり、がん患者が治療法等を選択する際等にも有用な情報となるため、併せて検討することが重要である。

III 地域格差のデータ

がん医療水準は、5年生存率、死亡率、罹患率といった指標によって評価されることが通常である。

死亡率のデータは、統計法に基づき厚生労働省「人口動態統計」により全国的に得られているものの、地域がん登録から得られる5年生存率や罹患率のデータは、多くの地域がん登録において登録漏れが少なからず発生し、欧米先進国と比べ登録の精度が良くないため、評価に利用できず、がん医療水準の格差は、限られた府県市でのデータに基づき評価せざるを得ない現状にある。

1. 医療施設間の5年生存率の格差

医療施設間の格差を吟味するためのデータとしては、現在、大阪府がん登録によるデータと全国がんセンター協議会加盟19施設の調査のみである。

(1) 大阪府がん登録を用いた分析(参考4)

大阪府の地域がん診療拠点病院の5年生存率は、大阪府全体の値と比べて概ね良好

であった。がんの部位別、進行度別(「限局」、「領域」、「遠隔」の順に進行度が高い)に観察した場合、両者の差は、胃がんの「領域」で9.3%、大腸がんの「領域」で11.1%、肝がんの「限局」で12.6%、肺がんの「限局」で17.4%と大きくなった。一方、胃がんや大腸がんの「限局」では両者の差が小さかった。

以上から、胃がんや大腸がんの「限局」といった一般的な外科的切除のみで治療ができる場合には、拠点病院との差がほとんどみられないが、胃がんや大腸がんの「領域」のような集学的治療を要する場合及び「限局」であっても治療に高度の技術を要する肝がんや肺がんの場合には、拠点病院との差が存在する可能性が示唆される。

(2) 全国がん(成人病)センター協議会の調査データによる分析(参考5)

全国がん(成人病)センター協議会加盟19施設の調査では、胃がんの5年生存率は、最も成績の良い施設は73.4%で、最も成績の悪い施設は43.3%であり、30.1%の差がみられた。

このデータを施設の特徴により5つのグループ(全国がん(成人病)センター協議会加盟施設をAがんセンター群、B総合病院併設がんセンター群、C成人病センター群、D総合病院併設成人病センター群、E総合病院群)に分けて分析した場合、全く補正をしない時にはC成人病センター群の成績が他のグループに比べ有意に良好であったが、成績に影響を与える交絡因子(性別、年齢、検診由来、臨床病期、手術、化学療法)によって補正を加えると、格差に変動がみられる。施設間の予後調査の精度や解析対象者の抽出方法の違いの他に、この結果からは、各施設の生存率を単純に比較してもその差が真の格差を示していないことを示唆していると考えられ、今後、生存率の施設間格差の評価のための院内がん登録の整備や適切な指標の開発が待たれるところである。

2. 二次医療圏間の5年生存率の格差

二次医療圏間の格差を分析するためのデータとしては、現在、大阪府がん登録によるデータ(参考4)がある。

大阪府の11の医療圏(大阪府7二次医療圏と大阪市4基本医療圏)別5年生存率では、胃がん、大腸がんにおいて10%以上の差が存在する。

5年生存率の差の要因としては、がんの進行度等の背景因子の違いである程度は説明できるが、診断・治療技術の格差による可能性も考えられる。

3. 都道府県間の格差

(1) 5年生存率の格差

5年生存率の格差の把握は、大阪府がん登録及び他の地域がん登録のデータを用いた分析(参考4)によるが、現在、比較的信頼できる精度で5年生存率を算出できる府県は7ヶ所(山形県、福井県、大阪府、新潟県、宮城県、長崎県、鳥取県)にとどまっており、我が国全体を反映する指標とはなっていない。この7府県の5年生存率では、胃がん、大腸がん、肺がん

において10%以上の差が存在する。

こうした5年生存率の差の要因としては、がんの進行度等の背景因子の違いである程度は説明できるが、診断・治療技術の格差による可能性も考えられる。

(2)がん死亡率の格差

がん死亡率の格差は、厚生労働省「人口動態統計」により全国的に検証できるが、その格差には、がんの罹患率と生存率の違いが影響することから、当該統計の格差のみにより地域の医療水準を評価することは困難である。

以上のように、現在利用可能なデータの分析からは、がん医療における格差の実態が十分明らかになっているとは言い難いが、これらのデータからも、施設間、二次医療圏間、都道府県間の各レベルで、がんの診断・治療技術の格差が存在する可能性が読み取れる。

IV 地域格差を生み出す要因と課題

現状では、がん医療水準の地域格差の実態は、データの不足や分析が不十分なため、客観的に示せるデータの形で十分明らかになっていないが、がん患者やその家族並びに医療関係者からは、がん医療水準の地域格差が存在することが指摘されている。

したがって、本検討会では、こうした格差の是正に向けての具体的方策を検討するため、格差を生み出す主要な要因として、以下のような論点を掲げて検討を行ったところである。

1. がんの専門医等の育成について

がんの治療は、手術療法、化学療法、放射線療法をそれぞれ単独で、あるいは組み合わせて行うのが通常であるが、これまで我が国では、手術療法を中心として治療技術が進歩してきたことから、化学療法、放射線療法は、どちらかという手術療法との組み合わせで補助的に行われることが多かった。しかし近年、がんの生物学的特性の研究及び臨床試験の結果から、早期から全身病として治療が必要ながん(乳がん等)においては、手術療法よりも、むしろ化学療法が予後を決定することが明らかとなっている。また、分子標的薬等の治療効果の高い抗がん剤の開発や高精度放射線治療といった治療効果の高い療法が開発され、がんの種類や進行度によっては、治療の第一選択となる場合が出てくるなど、がん治療における化学療法及び放射線療法の重要性が高まってきている。

効果の高い治療法は反面、副作用出現の可能性が高いため、これまであまり注目されてこなかった化学療法、放射線療法に係る高度な知識と技術を持った専門家が特に求められるようになっており、その効果的な育成のためには、大学の卒前教育、卒後の臨床研修の各段階において、適切な教育・研修が行われることが必要である。

(1)がんの専門医の育成の現状

①大学の卒前教育及び卒後の臨床研修

大学の医学教育では医師になるための幅広い基礎教育が行われ、卒後、プライマリケアの

基本的な診療能力を身につけるため、新医師臨床研修制度(平成15年度開始)に基づく研修が、大学付属病院及び臨床研修指定病院で行われている。その後、がんの専門医育成のための臨床教育は、大学付属病院、国立がんセンター、地方中核がんセンター等で行われることになる。現状では、化学療法及び放射線療法の卒前教育や卒後の臨床教育を専門に担当する講座を設置している大学はごく少数であるため、これら領域の専門医が育ちにくい状況にある。

②がんを領域として含む専門医認定制度

がんの専門医認定は、学会の指定する施設における研修期間、経験症例数、症例レポート、教育セミナー、学科試験等、各学会の基準を満たした医師に対して、各学会によりそれぞれ行われている(参考6)。

(参考)

日本内科学会、日本外科学会、日本呼吸器学会、日本胸部外科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器外科学会、日本肝臓学会、日本乳癌学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本泌尿器科学会 日本病理学会 等

我が国における専門医認定に関する現状(数、全国的な分布等)の把握は、各学会によって行われており、各診療科において必要とされる専門医数の算定根拠についてもコンセンサスは得られていない。なお、そもそも医師の診療科の選択は、その自由意思に基づいて行われており、専攻希望の少ない診療科もある。

(2)がん医療を支えるコメディカルスタッフの必要性と育成の現状

がん医療現場においては、がんの告知、抗がん剤治療による副作用への対応、終末期医療、家族ケアなどその業務内容は多岐にわたり、医師のみでの対応は困難となっており、がん医療に携わる看護師、診療放射線技師、薬剤師等のコメディカルスタッフと一体となったチーム医療の提供が重要である。特に診断・治療法が高度化・専門分化してきているため、ひとりのがん患者の治療に当たって、複数の専門性を持った医師やコメディカルスタッフが診断・治療計画に加わり、協力してチームとして医療を進めることが重要となっている。

これら業務の各専門性に係る資格認定は、各団体により行われているが(参考6)、がん医療の高度化に伴って、より高い専門性を有した各コメディカルスタッフの育成が急務となっている。

(参考)

日本看護協会が認定する専門看護師(認定看護師)、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会及び日本医学物理学会及び日本放射線技術学会及び日本放射線技師会が共同認定する放射線治療品質管理士、日本放射線技術学会及び日本放射線技師会及び日本放射線腫瘍学会が共同認定する共同認定治療専門技師(仮称)、日本薬剤師研修センター及び日本病院薬剤師会が認定する研修認定薬剤師、日本

医療薬学会が認定する認定薬剤師、日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師（仮称）等

(3) 今後の課題

①大学講座の設置

特に不足が指摘されている化学療法、放射線療法の領域の専門医の育成については、大学の卒前教育において、基本的な知識教育が行われた上に、卒後の臨床教育が行われることが必要である。

②がんの専門医の認定基準

がんの専門医について、国民が信頼できる資格となるよう、がんの専門医認定に関係する学会等が協力して、専門医の資質を一定以上に保つよう認定基準を検討する必要がある。

③がんの専門医の育成

化学療法や放射線療法の専門家の育成は、社会的な重要性及び緊急性が特に高く早急に取り組む必要があるが、医療機関が医師を研修に出す場合、(ア)代診医が見つからなければ診療が成り立たなくなる場合が多いこと、(イ)現行の制度の中では研修に行く医師の身分が不安定になるため医師が研修に行くのを躊躇する場合が想定されること、(ウ)仮に元の医療機関に身分を残したまま研修を行う場合、研修先で医療事故が起きた場合の責任の所在が不明確となるため、医療行為を伴う研修を行うことができないことといった課題がある。このため、研修に出す場合の代診医の手配や効果的な研修を可能とするための方策を検討する必要がある。

当面は、地域のがん専門医療機関の診療科毎に、各臓器別のがんの専門医が、确实かつ安全に標準的な化学療法が実施できるよう、研修等による育成を図ることが必要である。さらに将来的には、地域のがん専門医療機関において、全てのがんに対する標準的な化学療法に通じた専門医を育成し配置することが重要である。

また、がんの専門医の全国的な配置状況が把握されていない現状から、その把握方法と適正な配置方策についても検討することが必要である。

④がん医療を支えるコメディカルスタッフの育成

各職能団体及び学会において、がん医療に必要なコメディカルスタッフの標準的なカリキュラムを策定し、スタッフ毎の育成システムを設ける等の資質向上の方策が必要である。

2. がんの早期発見に係る体制等の充実

(1)がん検診体制の現状

がんを早期に発見するためには、がん検診体制の充実が不可欠であるが、我が国のがん検診は欧米に比較して、検診受診率が低いことが指摘されている。乳がん検診を例にとると欧米諸国では受診率が70%以上であるのに対して、老人保健事業に基づき行われてきた市町村のがん検診では平成15年度で約12%と低い。また、乳房エックス線（マンモグラフィ）を

用いたがん検診が実施可能な市町村は平成15年度末の調査で約6割程度であることや、撮影技師や読影医が不足しているといった現状にある。

(2) 一般医の資質の向上への取組の現状

がんの発見は、検診機関を含めた一般医療機関で初期の診断が行われ、がん専門医療機関へ紹介され、診断の確定が行われることが多い。仮に一般医療機関での発見が遅くなると、その後の治療が難しくなり、患者の予後に大きな影響を及ぼすこととなり、ひいては5年生存率の低下につながるため、この早期発見の段階は特に重要である。

現在、一般医に対するがんの診断に関する教育は、学会および日本医師会の生涯教育講座等で行われている。

(3) 今後の課題

がんを早期に発見するためには、国民が全国のどこに住んでいても精度の高いがん検診を受けられる体制を整える必要があるとともに、検診後の精密検査に確実につなげるため、がん専門医療機関との連携も重要である。

また、がんの診断に関する技術も日進月歩のため、がんの早期発見に係ることが多い一般医の資質の向上が必要であることから、学会のセミナーや職能団体における講習会の開催等、がんの早期発見に係る一般医の教育研修に関する取組を強化するとともに、診療ガイドラインの普及やITを活用した診療技術情報の提供も促進することが必要である。

3. 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

昭和60年の第一次医療法改正で制度化されて以降、医療計画は病床規制に基づく医療提供体制の整備に寄与してきた。一方、都道府県の医療計画は、大まかな社会目標は提示されているものの、目標達成のための実施計画の位置付けになっていないことから、がん専門医療機関の全国的な適正配置については、各医療機関の個々の取組となっており、地域の特性に応じたがん専門医療機関の配置や必要な病床の確保はなされていない。

また、がんの医療技術の進歩に伴い、高度の専門性を必要とする医療に加え、緩和医療等がん患者の生活の質を高める医療の提供も求められるようになってきているが、一つの医療機関でさまざまな機能を果たすのは困難であり、医療機関の診療レベルに応じた役割分担と連携により地域において質の高いがん医療の効率的な提供体制を確保する観点が重要となっている。

(1) 地域における医療機関連携の現状

① 地域がん診療拠点病院の整備(参考7)

我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん等)について、住民がその日常の生活圏域の中で質の高いがん医療を受けることができる体制を確保することを目的として、平成14年3月から地域がん診療拠点病院の指定が開始されている。地域がん診療拠点病院の機能として、がんの専門的医療体制を有すること、院内がん登録システムが確立し

ていること、地域の医療従事者等に対する研修体制を有すること、地域におけるがん診療に関する情報提供体制を有することなどを指定要件としているが、以下のような指摘もある。

(ア) 指定については地域がん診療拠点病院の運営に関する検討会の審査によって一定水準が担保されているものの、通知に示された指定要件の文言が定性的で不明確である。

(イ) 地域において診療・教育研修・研究の核となっている特定機能病院が、基本的には指定されていない。

(ウ) 地域がん診療拠点病院は、診療等機能にばらつきがあり、また、それらの間の役割分担、連携が想定されていない。

また、指定に当たっては、各都道府県知事が、医療計画との整合性を図りつつ、二次医療圏に一ヶ所程度を目安に推薦した医療機関につき、厚生労働大臣が適当と認める(「地域がん診療拠点病院の運営に関する検討会」による審査)ものを指定してきており、平成17年1月現在、全国で135施設が指定されているが、指定数が0の府県(秋田県、山梨県、長野県、京都府、兵庫県、広島県、鹿児島県)も7つ存在している。指定が進まない主な理由としては、地域がん診療拠点病院制度に対するインセンティブが乏しいことも指摘できる。

②地域がん診療拠点病院の連携

病病連携、病診連携は、患者に質の高い医療を適切に提供できるように、病院間及び病院と診療所間で、診療の連携を行うものであり、地域がん診療拠点病院制度においては、特定機能病院や個別のがん分野で質の高いがん医療を実施している医療機関に支援を求めたり、逆に地域の医療機関からの相談に応じるなど、地域におけるがん診療連携の拠点病院としての役割を果たすことが期待されているが、現状では、医師の出身大学による病院(診療科)の系列及び個人的な信頼関係に依存して行われていることが多く、連携が十分図られておらず、必ずしもがん患者の適切な紹介・逆紹介とはなっていない。

(2) 全国的な医療機関連携の現状

我が国のがん医療においては、現在3つのがん専門医療機関における連携の仕組みがあり、これらの間で連携は行われていない。

① 地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会

地域において質の高いがん医療の効率的な提供体制の整備を図るため、地域がん診療拠点病院相互の緊密な連携を図るとともに、がん患者の5年生存率をはじめとする総合的ながん医療情報の収集、分析及び発信の中心的な役割を果たすため、地域がん診療拠点病院及び国立がんセンターで構成する全国連絡協議会の設置が予定されている。

② がん政策医療ネットワーク(参考8)

平成11年から国の政策医療を推進するため、国立がんセンターを中心として、独立行政法人国立病院機構の施設の中から、がん政策医療ネットワークが構築され、現在8ブロック49施設が参加している。

我が国の政策医療に係る高度な診療、臨床研究、教育研修等の連携が行われている。

③ 全国がん(成人病)センター協議会(参考9)

昭和48年からがんの専門的診療設備を有し、地域におけるがん診療の中心的役割を担うなど協議会が定める一定の基準を満たすがん専門医療施設が集まり、全国がん(成人病)センター協議会が組織され、現在30施設が加盟している。

協議会では、がん予防・診断・治療に関する課題及び施設運営上の課題等について協力して事業を展開している。

また、加盟30施設のうち16施設の間で、がん診療施設情報ネットワーク(多地点テレビ会議システム)が結ばれている。

(3) 今後の課題

がん患者に対し質の高いがん医療を適切に提供できる体制を整えることが重要であることから、各都道府県は、地域の実情を踏まえた具体的な目標を設定し、その達成に向けたがん医療施設・設備の整備計画と、地域において不足する医療機能について、医療施設の診療レベルに応じた役割分担と連携により確保する方策を、医療計画の中に盛り込むとともに、こうした体制整備を行う医療機関に対し、国及び都道府県が助成を行うことにより計画的に整備を進めることが重要である。

特に、均てん化が進んでいない化学療法や放射線療法等のがん医療の領域においては、診療レベルに応じた医療施設(国立がんセンター、地域がん診療拠点病院、一般病院、診療所等)の役割分担を明確にして相互の連携を図ることにより、質の高いがん医療の提供体制を確立していくことが重要である。

① 地域における医療機関連携の課題

国は地域がん診療拠点病院の整備を推進するため、以下の課題につき検討することが重要である。

(ア) 指定要件をできる限り数値を含めて明確化する。

(イ) 指定の対象として、特定機能病院を含める。

(ウ) 地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて階層化し、役割分担を明確化するとともに、それを踏まえた診療連携、教育研修等のネットワークを構築するよう見直す。

(エ) 地域がん診療拠点病院制度に対するインセンティブが働くような仕組みを作る。

また、都道府県は、地域がん診療拠点病院を二次医療圏に1ヶ所程度を目安に速やかに整備していくとともに、地域の実情に応じたがん医療の適切な病病連携及び病診連携を行うため、地域がん診療拠点病院間及び地域がん診療拠点病院とその連携医療機関間の連携の具体的方策につき医療計画の中に盛り込むことが必要である。

② 全国的な医療機関連携の課題

現時点で、全国がん(成人病)センター協議会の加盟施設の8割強は、地域がん診療拠

点病院の指定を受けており、今後も指定が進むと考えられることから、地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会及び全国がん(成人病)センター協議会という2つの連携の仕組みは長期的には一体化していくことが重要である。

また、がん政策医療ネットワークは、統一的な方針で事業を実施しやすいという特徴を活かし、がん医療における均てん化のための連携、カンファレンス等のモデル的な事業を試行する等の役割が期待できることから地域がん診療拠点病院制度と整合性をもって位置付けられることが望ましい。

4. がん登録制度

がん登録には、各医療機関が実施する院内がん登録、自治体が実施する地域がん登録などの制度がある。

これらの方法で収集されたデータは、全国及び都道府県レベルにおけるがんの発生や死亡の増減傾向の把握及びその原因分析や、都道府県、二次医療圏及び施設レベルにおけるがんの種類毎の治療成績(5年生存率等)の把握やがんの治療法別に治療成績を比較分析する上で役立つものである。このように、がん登録は、がん医療水準の評価及び分析や今後のがん対策を進めるに当たっての極めて重要なデータを収集する手段であり、これら制度の拡充が重要である。

(1) 院内がん登録の現状(参考10)

院内がん登録は、各医療機関のがん医療の実態と水準を評価するため、各医療機関で診療したすべての患者について、診断・治療内容を登録し、予後調査を行い生存率を計測するものであるが、我が国では一部の医療機関でしか実施されておらず、実施されている場合にも標準化が進まず精度が担保されていないといった現状にある。

精度の高い院内がん登録が実施できない主な理由としては、以下のことが考えられる。

- ①院内がん登録は、がん登録に関する専門的知識を持ったコメディカルスタッフの不足やその専任化が進んでいないため、患者の登録漏れや不十分な追跡調査が多い。
- ②院内がん登録の標準様式(参考11)が未だ普及していないため、他の施設の登録データとの整合性に問題がある。
- ③院内がん登録の精度を高めるため、院内がん登録に従事するコメディカルスタッフが必要とされているものの、院内がん登録の実務者を育成するための短期研修が唯一、国立がんセンターにおいて行われているのみである。

(2) 地域がん登録の現状(参考10)

我が国の地域がん登録は、1950年代後半に宮城県、広島市、長崎市でいずれも疫学調査を主要な目的として開始された。続いて1960年代になって愛知県、大阪府、兵庫県、神奈川県などでがん登録が府県のがん対策の一環として開始された。以降がん登録を実施する府県は徐々に増加してきたが、1983年の老人保健法の施行にともなう国庫補助の開始によって府県がん登録の数はさらに増加した。その後、1998年度に一般財源化され、がん登録を実施する際の参考資料として「健康診査管理指導事業実施のための指針」

(平成10年3月31日老健第65号老人保健課長通知)が示され、都道府県の自主性に委ねられてきたが、2002年には健康増進法第16条において、国及び地方公共団体の努力義務として規定された。しかしながら、国の制度としての位置付けは弱く、地方公共団体の取組は必ずしも進んでいない。現在34道府県1市において実施されているものの、医師・医療機関の篤志的な届出に依存する我が国の地域がん登録では、患者発生情報の登録漏れが発生しやすいため、罹患率の全国値は、比較的登録精度の高い限られた地域(1999年値は11道府県1市)のデータを用いて推計が行われている現状にあり、欧米先進国と比較してがん登録制度の不備が顕著になっている。一方、米国では、がん登録修正法が1992年に成立し、連邦及び州政府の取組が進んだ結果、精度の高いがん登録がほぼ全土で行われている。

精度の高い地域がん登録事業が確立していない主な理由としては、以下のことが考えられる。

- ①地域がん登録事業は、届出義務がなく、医療機関の自主的な協力によっているため、登録漏れが多い。
- ②地域がん登録事業において、届出の無いがん患者の把握、登録患者の死亡を把握する上で必要な人口動態死亡情報の利用に制約があったり、住民票照会による生存確認や死因の確認に多大な労力を要するなど事業遂行の負担となっている。
- ③地域がん登録事業を実施している自治体にとって、財政的な負担となっている。
- ④地域がん登録を担う人材や研究者の確保が十分でない。

(3) 今後の課題

①院内がん登録の推進

標準様式に基づく院内がん登録のデータが、少なくとも地域がん診療拠点病院において整備されると、二次医療圏において代表的ながん専門医療機関が他施設との比較において自らの診療レベルを客観的に把握することが可能となるとともに、その適切な公開により、がん患者が医療機関を選択する際の有用な情報を提供することが可能となるため、院内がん登録の推進は重要である。

また、精度の高い院内がん登録データを、地域がん登録事業に提供することにより、地域がん登録事業の精度を飛躍的に向上させることが期待できる。

このため、院内がん登録の専任スタッフの育成及び確保等の院内がん登録普及のための支援方法を検討する必要がある。

さらに、院内がん登録を用いて、診療レベルをより多面的に評価するために、5年生存率以外の指標についても導入を検討することが必要である。

②地域がん登録事業の推進

都道府県毎に計測されたがんの罹患率及び5年生存率を、死亡率のデータ等と突き合わせることで、初めて都道府県単位でのがん対策の評価や立案が可能となる。この罹

患率のデータは、地域がん登録事業による以外に得る方法はなく、登録事業の推進が重要である。院内がん登録の推進と地域がん登録への確実な届出により登録漏れを防止するほか、現状では生存率計測のための追跡調査に大きな負担を伴うことから、人口動態死亡情報の活用等を含め、予後調査の負担軽減のための措置等を検討する必要がある。

5. 情報の提供・普及

(1) 情報提供の現状

現状では、標準様式に基づく院内がん登録の整備がなされている医療機関は少ないため、全国レベルで比較可能な治療成績のデータは十分に得られていない。このため、医療関係者にとっても、自施設の診療レベルの正確な評価ができておらず、一般国民に対しても医療機関の選択に資する正確な情報を提供できるような現状にはない。

①一般国民に対する正しい情報の提供

各がん専門医療機関における医療機能情報(施設、設備、専門分野、専門医、治療成績等)は、ホームページ等により広く提供されているが、その情報の提示スタイルや内容の詳しさにばらつきがあることから、がん患者やその家族が情報を有効活用できる状況とはなっていない。さらに、国民が最も求めている治療成績のデータは、仮に提供されている場合でも標準様式に基づく院内がん登録から得られたデータでないため、他の医療機関との単純な比較ができないことが多い。

また、自治体等のホームページ等において、地域において利用可能な医療機関の医療機能情報について、容易に比較できる形で提供されていることは少ないため、最適な治療法が受けられる医療機関に関する情報が不足しており、がん患者が医療機関を選択する際の支障になっている。

また、がん診療に関する医学情報の提供について、国立がんセンター等のホームページによる普及が行われている他、厚生労働科学研究推進事業により最新の治療情報等をわかりやすく提供するためのシンポジウム等が行われているが、十分ではないとの指摘がある。

地域がん診療拠点病院においては、医療相談室の設置を指定要件とし、患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応するよう求めているところであるが、地域がん診療拠点病院を含め、がん診療に携わる医療機関の取組は必ずしも十分ではないとの声が高まっている。

②医療関係者に対する情報の提供

医療関係者にとっても、他のがん専門医療機関の医療機能情報は、容易には得られず、病連携・病診連携を行う際の支障となっている。

また、がんの診療技術は、日進月歩であるため、医療関係者は絶えず最新の情報を収集することが重要であるが、医療関係者に対しても、標準的ながん診療に関する最新情報をITの活用など容易に提供できる体制としては整っておらず、診療ガイドライン等についても普及が促進されていない。

(2) 今後の課題

①一般国民に対する正しい情報の提供

各がん専門医療機関の専門分野、専門医などの医療機能情報を他の医療機関とも容易に比較が可能となるよう提供する手段を工夫することが必要である。

また、がん患者が医療機関を選択する際に役立つよう、自治体等のホームページ等において、地域において利用可能な医療機関の医療機能情報について、提供することが必要である。

また、がん診療に関する医学情報の提供について、国立がんセンター等のホームページによる普及や、厚生労働科学研究推進事業による普及啓発の取組を強化することが必要である。

また、がん患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応できるようがん診療に携わる医療機関(特に地域がん診療拠点病院)において、医療相談室の設置や相談の充実などの取組が必要である。

②医療関係者に対する情報の提供

医療関係者が病病連携及び病診連携を行う際に役立つよう、他のがん専門医療機関の医療機能情報について、容易に得られるよう手段を工夫する必要がある。

また、医療関係者に対し、標準的な医療が提供できるよう診療ガイドライン等を策定し、その普及を図るとともに、最新の研究成果等の情報についても、学会活動やITを活用した幅広い普及や職能団体による研修事業への反映などが必要である。

Vがん医療水準の均てん化に向けての提言

国民が全国のどこに住んでいても、がんの標準的な専門医療を受けられる体制を整えることが喫緊の課題となっており、そのための具体的方策を提言することが、本検討会に課された使命である。

このため、その第一歩として、現在の地域がん診療拠点病院をその診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて階層化し、役割分担を明確化するとともに、それを踏まえた診療連携、教育研修等のためのネットワークを構築するように見直すことを中心的な柱に据え、(1)がんの専門医の育成、コメディカルスタッフの育成、がんの早期発見に係る一般医の資質向上といった人材育成に係る課題、(2)がん専門医療施設の施設・設備、ネットワーク、病病連携・病診連携といった医療機関のネットワーク化に係る課題、(3)がん登録の整備、診療情報の提供・普及といった情報に係る課題に対し、以下のような具体的解決方策を提言するものである。

1. がんの専門医等の育成について

(1) 大学講座の設置

特に不足が指摘されている化学療法、放射線療法の専門医育成のためには、大学の医学教育において、化学療法や放射線療法についての基本的な知識教育が行われ、卒後さらに

大学付属病院等における臨床教育が行われることが望ましい。このため、大学において、がん診療全般を横断的に見ることのできる化学療法及び放射線療法などを専門とする講座の設置等、教育体制の整備に努める必要がある。

(2) がんの専門医の認定基準

がんの診断・治療技術の進歩に伴って、時代とともにがんの専門医が備えるべき能力の基準は変化していくことが予想される。こうした診断・治療技術の開発や診断・治療成績の向上を追求するため、医師等の専門家をつくる学会は、絶えず研鑽を行う場を提供するとともに、専門医の認定も行っていることから、がんの専門医認定に関係する学会等が協力して、専門医の資質を一定以上に保つよう共通の基準を作る必要がある。

(3) がんの専門医の育成方策

がんの専門医の育成において当面取り組む方策としては、特に化学療法に関し、少なくとも、抗がん剤の標準的治療を正しく実施することができ、かつ治療に伴う副作用に適切に対処できる能力を持った医師を育成し、地域がん診療拠点病院に配置することが必要である。将来的には、臨床試験の実施を含め化学療法に通じた専門医を育成し、地域がん診療拠点病院に配置することが重要である。

また放射線療法の専門医育成に関しては、少なくとも、放射線治療計画を適切に立てることができ、かつ治療効果及び副作用を予測することができる能力を持った医師を育成し、放射線治療装置を十分に備えた地域がん診療拠点病院に集中的に配置することが重要である。

このようながんの専門医の育成を推進するためには、現在の地域がん診療拠点病院制度の見直しによるネットワーク(後述)を活用して、国立がんセンターを中心とした効率的・効果的な研修を行うことが必要である。それとともに、学会が系統的カリキュラムに基づく教育セミナーを実施し、基本的知識や最新の研究成果の普及を行うことも重要である。

また、国立がんセンター等の研修の円滑な実施や地域がん診療拠点病院に対する指導体制の充実などの観点から、特定機能病院を地域がん診療拠点病院制度に位置付けることが重要である。

①国立がんセンターにおける化学療法及び放射線療法に係る指導者研修コース(仮称)を新設(都道府県がん診療拠点病院(仮称)の指導的立場の医師を対象とした3ヶ月又は6ヶ月の研修)すること。

②より機能の優れた都道府県がん診療拠点病院(仮称)における化学療法及び放射線療法に係る指導者研修コース(仮称)を新設(都道府県がん診療拠点病院(仮称)、地域がん診療拠点病院の指導的立場の医師を対象とした3ヶ月又は6ヶ月の研修)すること。

③都道府県がん診療拠点病院(仮称)における化学療法及び放射線療法に係る短期研修コースを新設(厚生労働科学研究事業等による地域がん診療拠点病院のがん治療の中心となる医師を対象とした研修の支援)すること。

また、がんの専門医の適切な配置状況の把握がなされていない現状から、各診療科における専門医の現状について登録、公表する取組を進めることが必要である。

- ① 国立がんセンターにおける既存の専門修練医コースの修了者を都道府県がん診療拠点病院(仮称)等に配置するための方法を検討すること。
- ② より機能の優れた都道府県がん診療拠点病院(仮称)におけるレジデント修了者を他の都道府県がん診療拠点病院(仮称)等に配置するため、募集方法及び研修内容を検討すること。

(4) がん医療を支えるコメディカルスタッフの育成方策

がん医療において、チーム医療による対応の必要性が増しており、コメディカルスタッフもますます専門的知識・技術の修得が求められている。このため、学会の連携、学会と職能団体の連携及びがん専門医療機関による統一的なカリキュラムに基づく専門研修を提供することが重要である。

①国立がんセンターにおけるコメディカルスタッフ(診療放射線技師、看護師、がん登録実務者等)を対象とした研修コースを拡充(都道府県がん診療拠点病院(仮称)のコメディカルスタッフを対象としたがん診療に関する高度な研修)すること。

②国立がんセンターなど国は、都道府県がん診療拠点病院(仮称)等がん専門医療機関の薬剤師を対象とした研修コースを設置(平成17年度に創設されるがん専門薬剤師認定制度に対応するため、指導的立場のがん専門薬剤師を育成)するとともに、長期間にわたる系統的な研修により、抗がん剤調製やがん薬物療法、緩和医療など高度な技能と知識を持つ専門薬剤師を育成すること。

③都道府県がん診療拠点病院(仮称)におけるコメディカルスタッフ(診療放射線技師、看護師、がん登録実務者等)を対象とした短期研修コースを新設(厚生労働科学研究事業等による地域がん診療拠点病院のコメディカルスタッフを対象とした研修の支援)すること。

また、以上のようながんの専門医等の育成を着実に推進するため、育成に携わるがん専門医療機関の指導体制の強化方策も検討する必要がある。

2. がんの早期発見に係る体制等の充実

がんの早期発見のためには、検診によりがんと疑われたり、日常診療の場において一般医によりがんと疑われることにより、可及的すみやかに、がん専門医療機関に紹介されることが重要である。

がん検診体制の充実に当たっては、マンモグラフィー等のハードと検診に携わる医師及び技師等のソフトの両面にわたり全国的に広く体制が整備される必要がある。さらに、いわゆる「がん検診の受けっぱなし」を無くすため、検診後に精密検査が必要な人を地域のがん専門医療機関に確実に受け渡せるよう、検診実施機関等と地域がん診療拠点病院等の間の連携

が重要である。また、がん検診の重要性に関し、国民に対する普及啓発を強化する必要がある。

がんの診療技術は日進月歩であるため、がんの早期発見に係る一般医も最新の診療技術の進歩に関する基本的な知識を修得することが求められるが、医療現場は多忙をきわめ、一般医が最新のがんの診断・治療法に関する情報を系統的にまとまって修得する機会はあまり多くない。したがって、学会や職能団体による取組の強化に加え、二次医療圏でがん医療の中心的役割を担っている地域がん診療拠点病院が一般医に対して研修の機会を積極的に提供することが重要である。

3. 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

(1) 地域における医療機関連携

①地域がん診療拠点病院制度の見直し

日常生活圏域の中で、質の高いがん医療を受けることができる体制を確保する観点から、二次医療圏に一ヶ所程度を目安に整備することとしている地域がん診療拠点病院の整備を促進するため、以下の方針で制度を見直すことが必要である。

(ア) 指定要件をできる限り数値を含めて明確化する。

(イ) 地域における診療・教育研修・研究の核となっており、地域がん診療拠点病院に対する指導的な役割などが期待できる特定機能病院を指定の対象に含める。

(ウ) 地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化(地域がん診療拠点病院、都道府県がん診療拠点病院(仮称))し、役割分担を明確化するとともに、それを踏まえた診療連携、教育研修等のネットワークを構築する。

地域がん診療拠点病院の主な機能として求められるのは、ア)我が国に多いがんの早期診断・治療の提供、イ)地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ及び緩和医療の提供、ウ)地域の医療従事者に対する教育・研修の実施、エ)臨床試験への協力(例えば第Ⅲ相試験)、オ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

また、都道府県がん診療拠点病院(仮称)の主な機能として求められるのは、ア)我が国に多いがんの進行期の標準的治療の提供、イ)集学的治療の提供、ウ)地域がん診療拠点病院に対する教育・研修の実施、ウ)臨床試験の実施(例えば第Ⅱ/Ⅲ相試験)、エ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

さらに、より機能の優れた都道府県がん診療拠点病院(仮称)の主な機能として望ましいのは、ア)稀ながんの診療、我が国に多いがんの高度な技術を要する治療の提供、イ)高度先進医療の提供、ウ)都道府県がん診療拠点病院(仮称)に対する教育・研修の実施、エ)臨床試験の実施(例えば第Ⅰ/Ⅱ相試験)、オ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

(エ)医療相談室の機能の強化

(オ) 緩和医療の充実、医療相談室の充実、診療成績の公表など地域がん診療拠点病院を利用する患者に資する体制の確保を推進するため、診療報酬等のインセンティブが働くよう適切な仕組みを検討する。

(カ) 指定については、更新制を導入する。

②地域がん診療拠点病院ネットワークの構築

新たな地域がん診療拠点病院制度に参加するがん専門医療機関相互の間で、国及び都道府県レベルにおけるネットワークを形成する。(国立がんセンター、都道府県がん診療拠点病院(仮称)、地域がん診療拠点病院)

新たな地域がん診療拠点病院制度のネットワークの機能としては、診療、教育研修、院内がん登録、情報、臨床研究に係る機能を持つこととする。

また、地域がん診療拠点病院の診療レベルを向上させるため、病理診断や画像診断等に係る診療支援機能も重要である。

さらに、地域がん診療拠点病院は、地域の一般病院、診療所、訪問看護ステーション及び検診機関と連携するものとする。

また、地域がん診療拠点病院においては、セカンドオピニオンの提供など、地域医療機関との連携を図ることが重要である。

こうした地域がん診療拠点病院のネットワークの構築により、稀ながんの治療や我が国に多いがん(肺、胃、肝、大腸、乳がん等)の進行期において治療成績に大きな差が出るような高度の技術を要する治療に当たっては、各地域において、適切な病病連携、病診連携により当該治療法を専門的に行っているがんの専門医のもとに患者を集約し、必要な治療が済んだ後は、再び病病連携、病診連携により患者の身近な「かかりつけ医」で治療が継続されるよう、連携体制を整えることが可能となる。

なお、臨床研究を巡るネットワーク構築に当たっては、質の高い臨床研究を実施するため、そのインフラ整備も重要である。

(2) 全国的な医療機関連携

国は、地域がん診療拠点病院のネットワーク機能が十分に果たせるように、地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会を早急に設けることが必要であり、各都道府県は、都道府県レベルの連絡協議会を設けることが必要である。

また、全国がん(成人病)センター協議会加盟施設は、新たな地域がん診療拠点病院制度の中にすべて位置付けることとする。

なお、がん政策医療ネットワークは、統一的な方針で事業を実施しやすいという特徴を活かし、がん医療における均てん化のための連携、カンファレンス等のモデル的な事業を試行する等の役割が期待できることから地域がん診療拠点病院制度と整合性をもって位置付けることが求められる。

4. がん登録制度

標準登録様式に基づく院内がん登録のデータが、少なくとも地域がん診療拠点病院において整備されると、二次医療圏において代表的ながん専門医療機関の治療成績等の正確な比較が全国的に可能になり、医療関係者が自らの診療レベルを客観的に把握することが可能になるとともに、がん患者にとっても大きな福音になることが期待されるため、院内がん登録の推進は重要である。そのため、一定の基準を満たす院内がん登録については医療機関に対するインセンティブを検討する。

さらに、こうした精度の高い院内がん登録データを、地域がん登録事業に提供することにより、地域がん登録事業の精度の飛躍的向上につながることが期待できるため、新たな地域がん診療拠点病院制度のネットワーク機能を活用して、院内がん登録の標準登録様式の普及を促進することが重要である。

また、現在、診療レベルの評価に用いられている5年生存率の他に、がんの診療レベルを多面的に総合的に評価する方法を確立し適切に公表することを検討する。地域がん登録事業については、その普及を図って行くため、がん登録制度の法律上の位置付けの在り方も検討するとともに、国による地域がん登録事業に対する支援を強化（人口動態統計、住民票照会の利用の円滑化等）することや登録方式の標準化を推進することも重要である。なお、5年以上経過した患者に限らず登録患者全員を追跡することにより、最新のがん診療を反映した生存率を計測することも可能となる。

5. 情報の提供・普及

がん治療等に関する情報が溢れている今日にあって、国民にとってはかえって正しい情報を見分けることが困難になっており、全国レベルで比較可能な診療成績等に関する正しい情報が求められている。

まずは、地域がん診療拠点病院において、標準様式に基づく院内がん登録の整備を早急に進め、全国レベルで比較可能な治療成績のデータを整備した上で、一般国民及び医療関係者に対し、正確な情報を提供できるようにすることが重要である。特に一般国民に対する情報提供に当たっては、国民が誰でも簡単にがんに関する適切な情報が得られるという観点が重要である。

(1) 一般国民に対する正しい情報の提供

全国的に比較可能な診療成績のデータの整備には時間がかかるため、当面は、各がん専門医療機関の医療機能情報（施設、設備、症例数、専門医、治療成績等）のうち、他の医療機関と比較が可能で提供可能な正しい情報について、地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会が中心となって相互に比較できるようにするなどわかりやすい提供をすることが必要である。

自治体等のホームページ等において、地域において利用可能な医療機関の医療機能情報について、容易に比較できる形で提供することも求められる。

また、がん患者が医療機関を受診する際の参考となるよう地域がん診療拠点病院の標榜を可能とするとともに、患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応できるよう、地域がん診療拠点病院等に設けられている医療相談室の機能を強化することが必要である。

がん診療に関する医学情報の提供については、国立がんセンター等のホームページによる普及が行われている他、厚生労働科学研究推進事業により最新の治療情報等をわかりやすく提供するためのシンポジウム等が行われているが、これら普及啓発の取組を強化することが重要である。

(2) 医療関係者に対する情報の提供

がん専門医療機関の医療機能情報について、地域がん診療拠点病院等の医療関係者が病病連携及び病診連携を行う際に役立つよう、地域がん診療拠点病院の情報ネットワークを構築する必要がある。

医療関係者に対する最新のがん診療技術情報の提供に関して、簡便に正しい情報が系統的に入手できるよう厚生労働科学研究及び学会による診療ガイドライン等の作成・普及及び国立がんセンター等のホームページによる診療ガイドライン等の普及を強化するとともに、学会や職能団体による研修等の取組も重要である。また、国立がんセンターと地方の中核的ながんセンターをつないでいるがん診療情報ネットワークを拡充し、地域がん診療拠点病院とのカンファレンス等を通じた診療技術情報の普及を図る。

(3) がん情報センター(仮称)の設置

国は、これまででもがんの予防・研究・医療に係るあらゆる機会を通じて、一般国民や医療関係者に対する情報発信等を行ってきたところであるが、患者に有益な情報発信の一層の強化が求められていることから、地域がん診療拠点病院の医療機能情報の収集、分析、発信の役割も担うがん情報センター(仮称)の設置の検討も必要である。

VI おわりに

本報告書は、「がん医療水準の均てん化に関する検討会」において、がん患者の代表の方々からの意見聴取も踏まえ、がん医療に関する有識者による議論が重ねられた成果を取りまとめ、国民が全国のどこに住んでいても、日常の生活圏域においてがんの標準的な専門医療を受けられる体制を確立することを目指し、できる限り具体的な方策につき提言を行ったものである。これらの提言の中には専門医等の育成のための研修機会の拡充など短期的に取り組まなければならない課題と、大学の講座設置のように中長期的に取り組まなければならない課題があるが、着手できるものから速やかに取り組んでいく必要がある。

いずれにせよ、我が国において「がん医療水準の均てん化」を一日でも早く達成するためには、がん医療に関わる行政、医療機関、学会などのあらゆるレベルで、「がん医療水準の均てん化」に向けた不断の努力が求められるものである。

別添1

関係機関それぞれが果たすべき主な役割

○国の役割

1. 地域がん診療拠点病院制度の見直し
 - 1) 地域がん診療拠点病院制度の見直し(機能分化、ネットワークの構築、特定機能病院を指定対象に包含、地域がん診療拠点病院の指定にインセンティブが働くような仕組みの構築等)
 - 2) 地域がん診療拠点病院制度の医療計画への位置付け
 - 3) 地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会の設置
 - 4) 地域がん診療拠点病院の標榜化
 - 5) 地域における質の高いがん医療の効率的な提供体制の確立に資する体制整備を行う医療機関に対する助成の検討
2. 専門医等の育成
大学におけるがん診療全般を横断的に見ることのできる化学療法及び放射線療法などを専門とする講座設置等、教育体制の整備の促進
3. がん登録の推進
 - 1) 院内がん登録の整備促進のための医療機関に対するインセンティブの検討
 - 2) 地域がん登録事業に対する支援の強化(人口動態統計や住民票照会の利用の円滑化等)
 - 3) がん登録制度の法律上の位置付けの在り方の検討
4. 情報提供の推進
 - 1) がん診療情報ネットワーク事業の拡充
 - 2) がん診療レベルの評価方法及び適切な公開の検討
 - 3) がん診療に関する最新の研究成果についての普及啓発の強化
 - 4) がん情報センター(仮称)の設置の検討
5. がん検診体制の充実

○国立がんセンターの役割

1. 地域がん診療拠点病院の指導
地域がん診療拠点病院のネットワーク(診療、教育研修、院内がん登録、情報、臨床研究)の運営の指導
2. 専門医等の育成
 - 1) 地域がん診療拠点病院の機能向上のための専門医等の研修の実施
 - 2) 専門修練医コースの修了者の都道府県がん診療拠点病院(仮称)等への配置方策を

検討

3. がん登録の推進

- 1) 地域がん登録の登録方式の標準化の推進及び全国罹患率の推計
- 2) 院内がん登録の登録方式の標準化の推進
- 3) 院内がん登録及び地域がん登録の実務者に対する研修の推進

4. 情報提供の推進

- 1) 地域がん診療拠点病院の院内がん登録データの全国連絡協議会への集約、分析及び適切な公開
- 2) 質の高いがん統計データ(死亡、罹患、生存)の提供
- 3) ホームページ等による情報提供体制の強化

○都道府県の役割

1. がん医療に係る医療計画の作成

- 1) 地域における質の高いがん医療の効率的な提供体制の確立のための具体的な目標を設定し、その達成に向けたがん医療施設・設備の整備計画につき記載
- 2) 地域において不足する医療機能については、広域的な連携による確保も含め、医療施設の診療レベルに応じた役割分担と連携により確保するための具体的方策につき記載

2. 地域がん診療拠点病院の整備の促進

- 1) 二次医療圏に1ヶ所程度の速やかな整備の促進
- 2) 地域における質の高いがん医療の効率的な提供体制の確立に資する体制整備を行う医療機関に対する助成の検討
- 3) 都道府県レベルの地域がん診療拠点病院の連絡協議会の設置

2. 専門医等の育成

地域がん診療拠点病院の専門医等の研修に対する協力

3. 地域がん登録の推進

地域がん診療拠点病院の院内がん登録と連携した地域がん登録の推進

4. 情報提供の推進

地域において利用可能な医療機関の医療機能情報等の提供の実施

○地域がん診療拠点病院の役割

1. 地域において質の高いがん医療を効率的に提供するための診療機能の向上
2. 地域において質の高いがん医療を効率的に提供するための病病連携・病診連携の確実な実施(がん検診実施機関等、かかりつけ医、一般病院及び都道府県がん診療拠点病院(仮称)等との連携)
3. 標準様式に基づく院内がん登録の推進及び地域がん診療拠点病院の全国連絡協議

会への院内がん登録データの提出

4. 地域的一般医に対するがんの早期発見及び早期治療に係る教育研修の実施
5. 医療相談室の機能の強化

○特定機能病院の役割

1. 新たな地域がん診療拠点病院制度への積極的な参加
 - 1) 都道府県がん診療拠点病院(仮称)としての役割の期待
 - 2) 国立がんセンターにおける指導者研修コース(新設)への参加
 - 3) 地域がん診療拠点病院の専門医等に対する研修の実施
 - 4) 地域がん診療拠点病院の専門医等が研修に参加する場合の代診医等の補充への協力
2. 標準様式に基づく院内がん登録の推進
3. 医療相談室の機能の強化

○学会の役割

1. がんの専門医認定に係る学会等が協力して、専門医の資質を一定以上に保つよう共通の基準を作成
 2. がんの専門医の登録、公表の検討
 3. がんの専門医等を育成するための研修の推進
 4. 職能団体等との連携によるコメディカルスタッフ育成のための統一的なカリキュラムの作成及び研修の実施
 5. がんの早期発見に係る一般医の資質向上のためのセミナーなど取組の強化
 6. 診療ガイドライン等の作成・普及のための取組の強化
-

別添2

地域がん診療拠点病院制度の見直しの方向性

1. 指定要件をできる限り数値を含めて明確化する。
2. 地域における診療・教育研修・研究の核となっており、地域がん診療拠点病院に対する指導的な役割などが期待できる特定機能病院を指定の対象に含める。
3. 地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化(地域がん診療拠点病院、都道府県がん診療拠点病院(仮称))し、役割分担を明確化するとともに、それを踏まえた診療、教育研修、院内がん登録、情報、臨床研究に

係るネットワークを構築する。

地域がん診療拠点病院の主な機能として求められるのは、ア)我が国に多いがんの早期診断・治療の提供、イ)地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ及び緩和医療の提供、ウ)地域の医療従事者に対する教育・研修の実施、エ)臨床試験への協力(例えば第Ⅲ相試験)、オ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

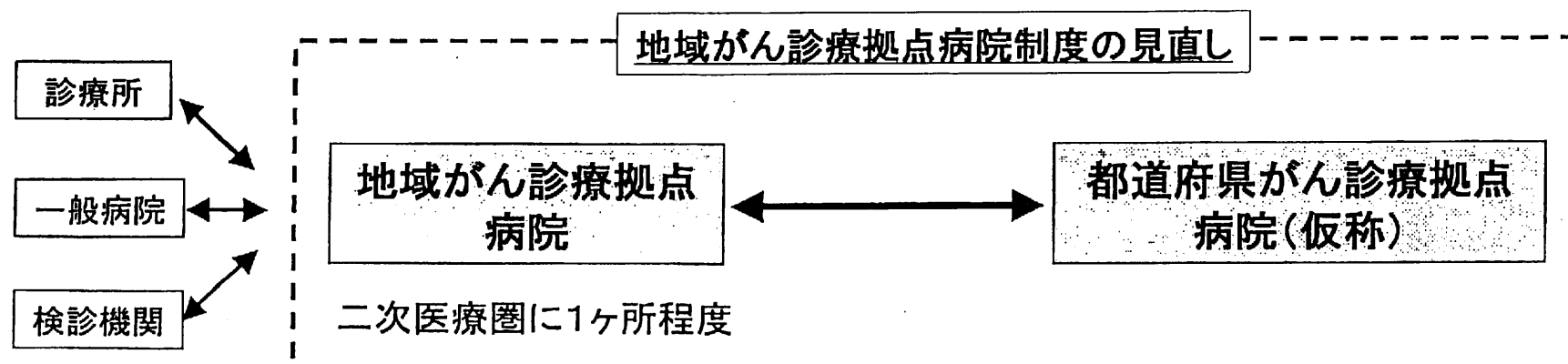
また、都道府県がん診療拠点病院(仮称)の主な機能として求められるのは、ア)我が国に多いがんの進行期の標準的治療の提供、イ)集学的治療の提供、ウ)地域がん診療拠点病院に対する教育・研修の実施、エ)臨床試験の実施(例えば第Ⅱ/Ⅲ相試験)、オ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

さらに、より機能の優れた都道府県がん診療拠点病院(仮称)の主な機能として望ましいのは、ア)稀ながんの診療、我が国に多いがんの高度な技術を要する治療の提供、イ)高度先進医療の提供、ウ)都道府県がん診療拠点病院(仮称)に対する教育・研修の実施、エ)臨床試験の実施(例えば第Ⅰ/Ⅱ相試験)、オ)標準様式に基づく院内がん登録の実施である。

4. 医療相談室の機能の強化
5. 地域がん診療拠点病院制度に対するインセンティブが働くような仕組みを作る。
6. 指定については、更新制を導入する。

-
- 1 化学療法とは、抗がん剤(分子標的治療薬やホルモン剤を含む)を用いた治療法のことを言う。
 - 2 がんを領域として含む各学会で認定される専門医を「がんの専門医」という

がん専門医療機関の役割分担のイメージ(案)



地域がん診療拠点病院の機能

1. 我が国に多いがん(肺、胃、肝、大腸、乳など)の早期診断・治療に重点
2. 地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ及び緩和医療の提供
3. 地域のがん医療従事者に対する教育・研修の実施
4. 臨床試験に協力(例えば第Ⅲ相試験)
5. 標準様式に基づく院内がん登録の実施

都道府県がん診療拠点病院(仮称)の機能

1. 我が国に多いがん(肺、胃、肝、大腸、乳など)の進行期の標準的治療に重点
2. 集学的治療の提供
3. 地域がん診療拠点病院に対する教育・研修の実施
4. 臨床試験の実施(例えば第Ⅱ／Ⅲ相試験)
5. 標準様式に基づく院内がん登録の実施

〈より機能の優れた病院〉

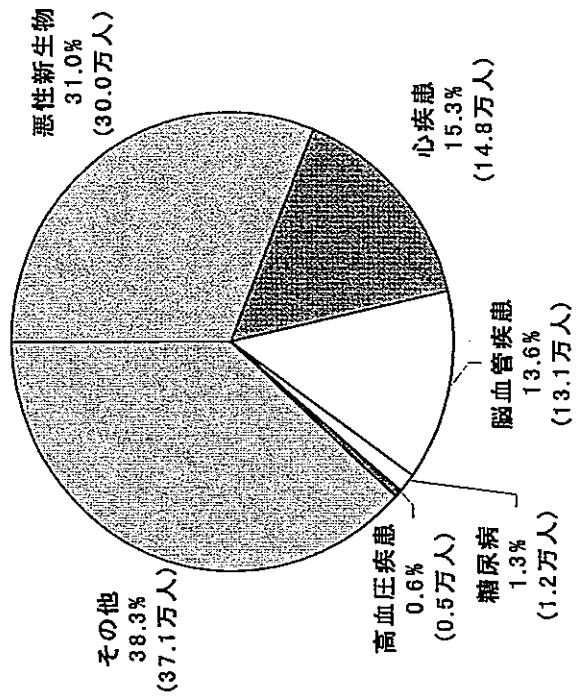
1. 稀ながんの診療、我が国に多いがんの高度な技術を要する治療に重点
2. 高度先進医療の提供に重点
3. 都道府県がん診療拠点病院に対する教育・研修の実施
4. 臨床試験の実施(例えば第Ⅰ／Ⅱ相試験)
5. 標準様式に基づく院内がん登録の実施

参 考 資 料

目 次

参考 1	原因別死亡割合・死亡数／主要死因の推移／がんの罹患率／がんの死亡率 がんの5年生存率	1
参考 2	第3次対がん10か年総合戦略	4
参考 3	健康フロンティア戦略	13
参考 4	大阪府がん登録を用いた分析	19
参考 5	全国がん(成人病)センター協議会の調査データによる分析	26
参考 6	がんを領域として含む各学会における専門医数(認定医数)／コメディカルスタッフ の資格認定数(暫定版)	29
参考 7	地域がん診療拠点病院について	30
参考 8	がん政策医療ネットワークについて	40
参考 9	全国がん(成人病)センター協議会について	42
参考10	がん登録について	44
参考11	地域がん診療拠点病院 院内がん登録標準項目について	49

原因別死亡割合・死亡数

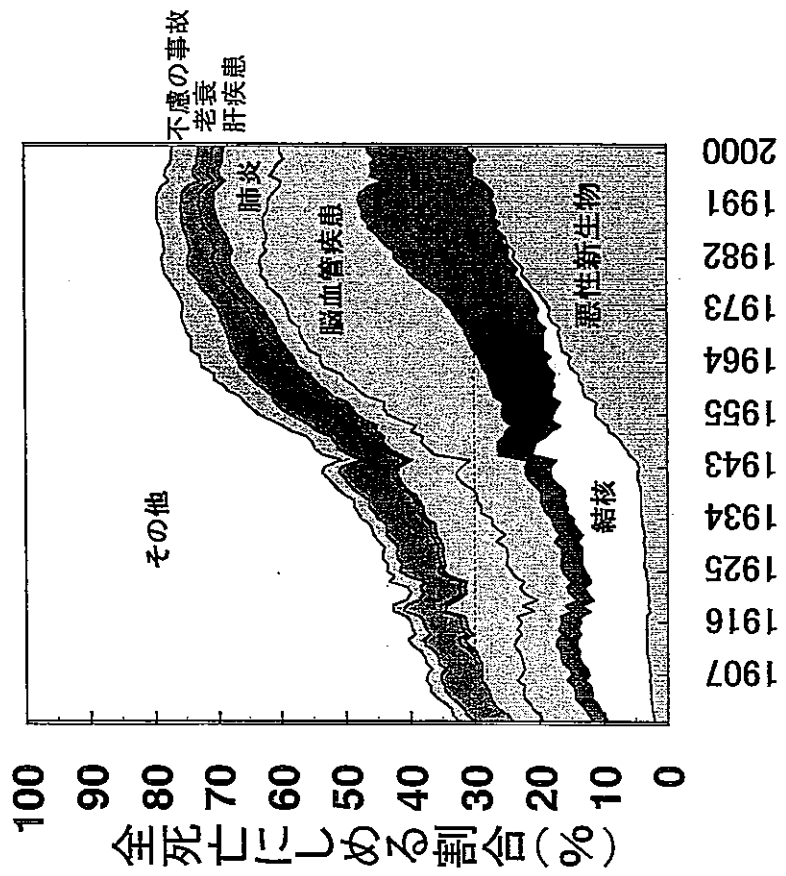


総死亡数 97.0万人

資料：厚生労働省「人口動態統計」

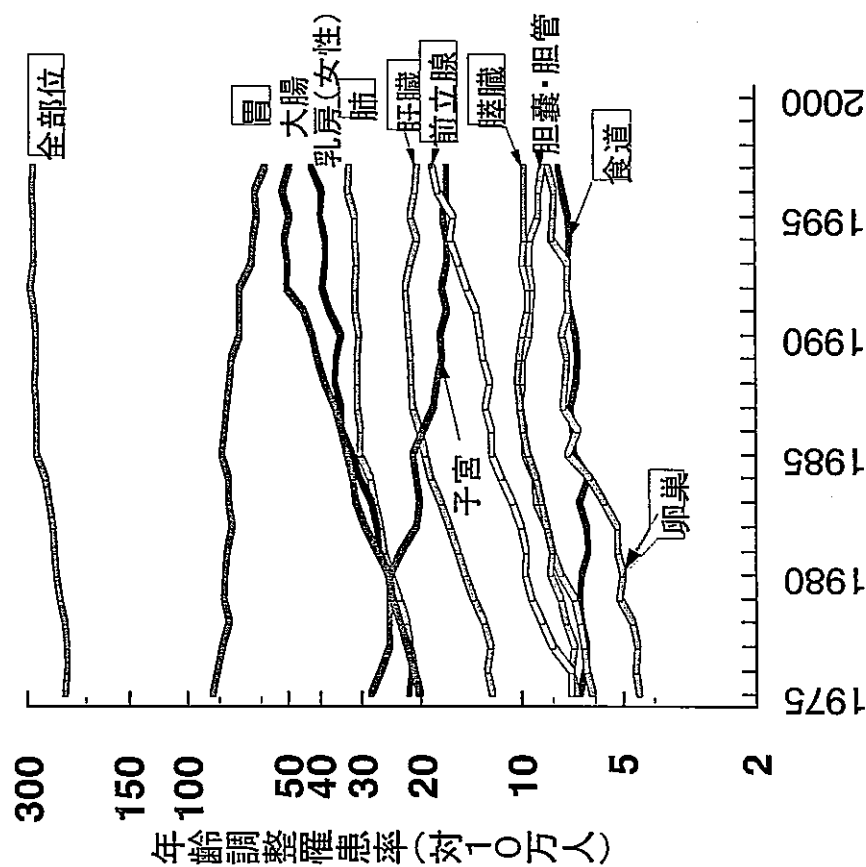
- 日本人の死亡原因の第1位
- 年間約30万人ががんにより死亡

主要死因の推移



- 主要死因は感染症からがんを含む生活習慣病へ移行

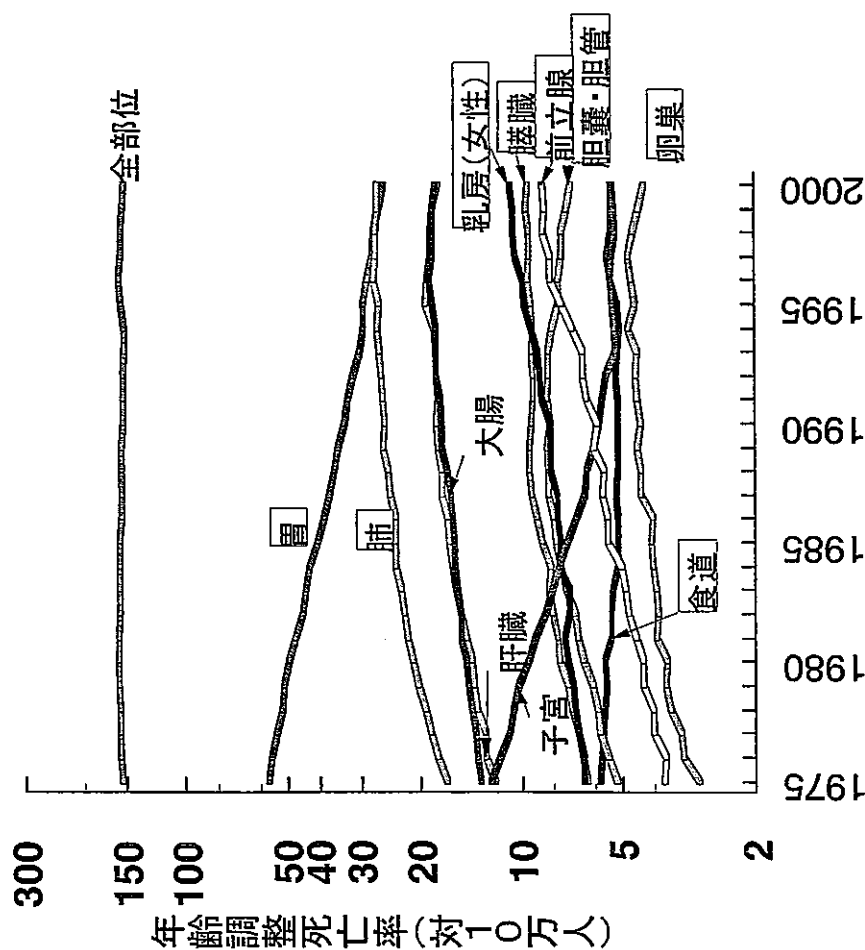
がんの罹患率



資料：がん研究助成金地域がん登録研究班報告書

- ・ 胃がん、子宮がんの罹患率は減少
- ・ 大腸がん、乳がん等の罹患率は生活習慣の変化等により増加

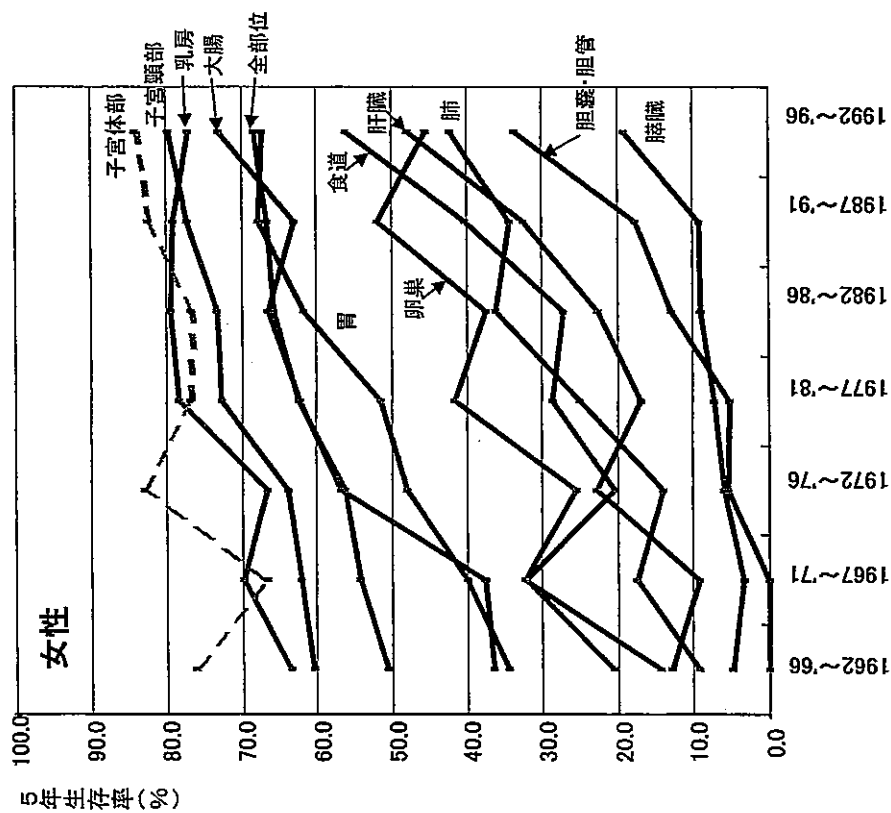
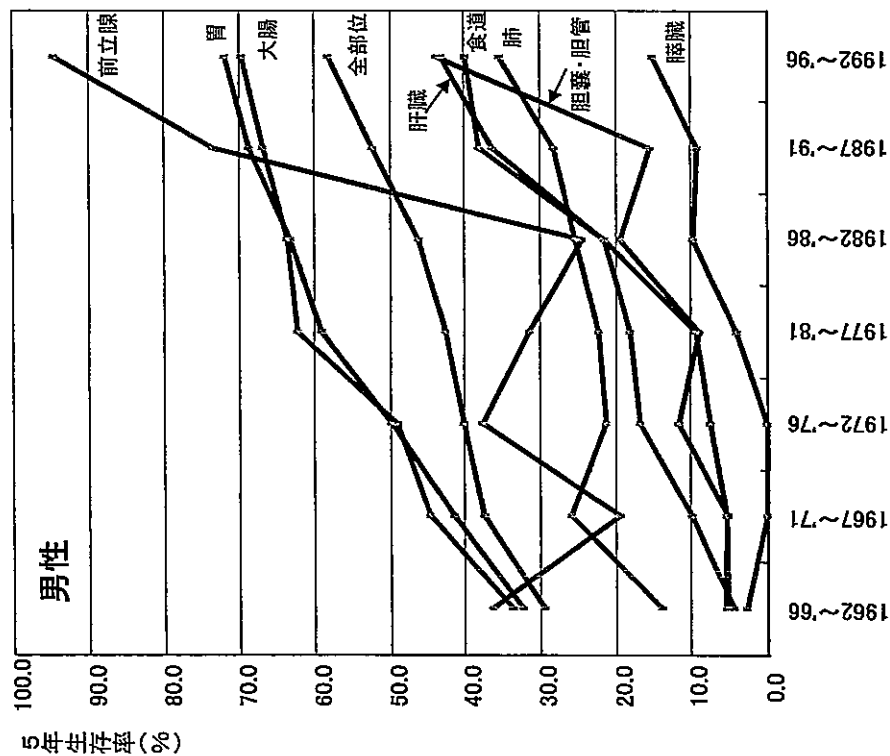
がんの死亡率



資料：厚生労働省「人口動態統計」

- ・ 胃がん、子宮がんの死亡率は検診による早期発見・早期治療、治療技術の向上により減少
- ・ 大腸がん、肺がん等の死亡率は依然増加

がんの5年生存率



資料： 国立がんセンター中央病院内がん登録（初回入院患者の入院暦別5年生存率の推移）

- ・ いずれのがんも5年生存率は向上しており、がん全体では50%を超えるようになったが、一層の治療成績の向上が必要
- ・ 肺がん、難治性がん（膵がん等）の5年生存率は依然として低い

～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～（概要）

（第3次対がん10か年総合戦略）

*平成15年7月25日文部科学大臣、

厚生労働大臣合意により策定

【戦略目標】

- 進展が目覚ましい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る。
- 基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する。
- 革新的ながんの予防、診断、治療法を開発する。
- がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる。
- 全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る。

1. がん研究の推進

がんは、極めて複雑性に富んだものであり、発がんの要因やがんの生物学的特性、がん細胞の浸潤能・転移能やがんと宿主免疫応答等の関係など、その全貌が十分に解明されているとはいえない。

このため、がんの罹患率と死亡率の激減を目指し、以下のような分野の研究を重点的に推進する。

- （1）学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
- （2）基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
- （3）革新的な予防法の開発
- （4）革新的な診断・治療法の開発
- （5）がんの実態把握とがん情報・診療技術の発信・普及

2. がん予防の推進

- （1）がんの有効な予防法の確立

生活習慣、環境要因等の相互作用と発がんリスクとの関連等の研究により、がんの有効な予防法の確立を目指す。

(2) がん予防に関する知識の普及の促進

がん予防に関する知識を広く国民に周知していく。また簡便で効果的な禁煙支援方法を開発し、広く普及する。

(3) 感染症に起因するがん予防対策の充実

感染症に起因するがんの予防法を確立するとともに、感染の関与が明らかな肝がん、子宮頸がん、一部の胃がんや白血病の罹患率を減少させる。

(4) がんの早期発見・早期治療

新しい検診技術の開発、検診に携わる医療関係者の研修等による検診技術の向上、有効ながん検診の普及及び受診率の向上により、がん検診をさらに充実し、がんの早期発見・早期治療を進める。

3. がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備

(1) がん研究・治療の中核的拠点機能の強化等

がん研究及び推進事業をより統一的に強力に推進するために情報の集積、発信拠点機能等の充実を図るとともに、将来のがん研究の中核となる人材の育成を行う。

(2) がん医療の「均てん化」

①がん診療拠点病院の整備

国立がんセンター、地方中核がんセンター、大学病院に加えて、二次医療圏に1カ所程度を目安に地域がん診療拠点病院の整備について民間病院の参画を積極的に促しつつ進める。

②がん専門医の育成

がんの手術療法、化学療法、放射線療法等に通じた各分野の専門医が協力して診療に当たることができるよう、臨床腫瘍医等のがんの専門医の育成を進める。

(3) がん患者等の生活の質（QOL）の向上

機能温存・機能再建療法の開発や緩和医療技術の開発を進め、がん患者の苦しみの軽減を目指す治療法等の普及を図るとともに、全国的に緩和医療を提供できる体制を整備する。

(4) 国際協力・国際交流の促進並びに産官学協力の推進

国際交流や、国際協力を進めることにより国際的な情報交換を推進するとともに、がんの基礎研究から得られた成果を速やかに臨床の現場に応用できるように産官学の連携をさらに推進する。

～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～

(第3次対がん10か年総合戦略)

昭和59年度から開始された「対がん10か年総合戦略」及びそれに引き続き平成6年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、「がんは遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、遺伝子レベルで病態の理解が進む等がんの本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法の確立、標準的な治療法の確立等診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げた。

この間、胃がん、子宮がん等による死亡率は減少し、胃がん等の生存率は向上したが、一方で、大腸がん等の欧米型のがんは増加を続けており、がんは昭和56年以降、依然として日本人の死亡原因の第一位を占め、現在では、その約3割を占めるに至っている。また、より有効な対策がとられない限り、がん死亡者数は現在の約30万人から2020年には45万人まで増加するとの試算もある。

がん研究については、発がんの要因やがんの生物学的特性等について、依然としてその全貌が解明されるには至っていないことから、一層の研究の充実を図ることが求められている。また、がんの有効な予防対策の確立についても、ゲノム研究などの新分野や新技術の導入を含めた革新的な取り組みが必要である。さらに、膵がん等の難治性がんや大腸がん等増加しているがんに対する画期的な治療法の開発や全国どこでも最適ながん医療をうけることができる体制の整備が強く求められている。

このため、がんに関する基礎研究やその研究成果を幅広く応用転化する研究等のがん研究を一層推進するとともに、新しいがんの予防対策を推し進めつつ、より質の高いがん医療の「均てん化」等により全国どこでも最適ながん医療が受けられるようにすることにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す。そのため、以下のとおり第3次対がん10か年総合戦略を策定し、これを強力に推進することとする。

【戦略目標】

我が国の死亡原因の第一位であるがんについて、研究、予防及び医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す。

（具体的な戦略目標）

- 進展が目覚ましい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る。
- 基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する。
- 革新的ながんの予防、診断、治療法を開発する。
- がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる。
- 全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る。

1. がん研究の推進

がん研究についてはこれまで、新規のがん遺伝子、がん抑制遺伝子を発見する等発がん機構の理解が進んだ。特に、遺伝子レベル、分子レベルでの解析が飛躍的に進んだ結果、がんが「遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、その遺伝子レベル、分子レベルでの理解が飛躍的に進んだ。また、ヘテロサイクリックアミン類等環境中の発がん要因の同定、肝がん等一部のがんの誘因となる感染症の検査法の確立、ヘリカルCT（線源を回転移動させることにより、臓器全体を画像化し、観察できるCT）を用いた肺がん早期診断法の開発、前立腺がん等で局所制御率が高い粒子線治療の開発、内視鏡・体腔鏡手術の確立によって患者の負担を軽減する治療法の開発等着実に成果を挙げてきている。

しかし、がんは極めて複雑性に富んでおり、発がんの要因やがんの生物学的特性、がん細胞の浸潤能・転移能やがんと宿主免疫応答等の関係など、その全貌が十分に解明されているとはいえず、今後なお一層の努力が必要である。

このため、ヒトゲノムの解読完了を受け、ゲノムの機能解明（ゲノムネットワーク研究等）の一層の推進などにより、進展が目覚ましい生命科学の分野とさらに連携を深め、学横断的な研究を推進することにより、がんの本態解明を進めるとともに、その成果を迅速にかつ幅広くがんの臨床研究に繋げるために、トランスレーショナル・リサーチを重点的に進め、一方で、臨床研究・疫学研究等の新たな展開により、革新的な予防、診断及び治療法の開発

を推進する。また、その際、生命倫理に対し十分な配慮を行っていくことが必要である。

(重点的に研究を推進する分野)

- (1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
- (2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
- (3) 革新的な予防法の開発
- (4) 革新的な診断・治療法の開発
- (5) がんの実態把握と情報・診療技術の発信・普及

上記の重点的研究分野を推進するため、国立がんセンター、大学、独立行政法人等がん研究機関における研究体制・支援体制の整備、若手研究者等の育成、国際協力等を推進する。また、トランスレーショナル・リサーチ推進のためのセンター機能や、がん情報、バイオリソースに関する事業等の充実、がん予防・検診研究センターの設置等のがん研究推進のための支援事業を強化する。

【重点的研究課題】

- (1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
 - ① がんにおける細胞・組織システム等の基礎研究に基づくがんの本態解明
 - ② ゲノム、プロテオーム（たんぱく質総体）、病理・診療、生活習慣等の情報等の相関性の解明等
 - ③ 動物モデルなどを用いた個体レベルの発がん、転移、がん免疫機構の解明
 - ④ 分子標的治療の基盤形成
 - ⑤ がん細胞に対する宿主の免疫応答機構の解明
 - ⑥ 学横断的な新しいがん研究領域や基盤技術の開拓

(2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進

- ① 新たな予防・診断・治療法の開発のためのトランスレーショナル・リサーチの強力な推進
- ② 腫瘍DNAなどのバイオリソースバンク、遺伝子多型と抗がん剤や放射線による副作用についてのデータベース等の設置及び推進
- ③ 臨床・公衆衛生研究実施体制の整備

(3) 革新的な予防法の開発

- ① 環境中の発がん要因の同定と暴露情報の収集
- ② 発がん要因と発がん機構の関連性の解明による、新しい予防法の確立
- ③ 大規模長期コホート研究など分子疫学的研究の展開
- ④ 簡便で効果的な禁煙支援法の開発・普及
- ⑤ 生活習慣改善・化学物質投与等による介入試験の展開

(4) 革新的な診断・治療法の開発

- ① 腫瘍マーカーの体系的探索に基づく高感度・高精度のがんの早期診断法の開発
- ② がん検診の技術の開発と有効性の科学的評価
- ③ がんの早期発見のための高度画像診断に資する医用工学・光学、エレクトロニクス分野の研究開発の推進
- ④ 画像情報データベースの構築
- ⑤ がん患者個々人に最も適した治療法を選択するテーラーメイド医療の確立と普及
- ⑥ 膵がんやスキルス胃がんなどの難治がん等を対象とする新治療技術の体系化
- ⑦ 機能を温存・再建する外科療法や低侵襲性治療法の研究等患者の生活の質（QOL）の維持・改善を図る治療法の開発
- ⑧ 粒子線治療の臨床的有用性の確立及び治療装置の小型化等
- ⑨ 多施設共同臨床試験ネットワークの確立

(5) がんの実態把握とがん情報・診療技術の発信・普及

- ① 地域がん登録や院内がん登録の推進
- ② 地域がん診療拠点病院を基盤に置いたがん医療標準化の推進
- ③ 最新のがんの知見及び診療に関する情報を発信・普及するためのネットワークの構築

2. がん予防の推進

がん予防については、これまでも国立がんセンターにおいて「がん予防の12ヶ条」を策定したほか、「健康日本21」に基づく、たばこ対策の充実、食生活の改善、がん検診受診者数の増加等の取組を進めてきた。

この間、胃がんの罹患率は減少してきたが、一方で、大腸がん、肺がん、乳がん等の罹患率は上昇しており、これらの罹患率を減少させるためには、がん予防の研究成果に基づき、国民の生活習慣等の行動変容、有効ながん検診の拡充等を図っていくことが必要である。このため、がんの有効な予防法を確立するとともに、がん予防に関する知識を広く国民に周知し、さらに最新の研究成果に基づいてがん検診の効果を高めていくこととする。

(1) がんの有効な予防法の確立

生活習慣、環境要因等の相互作用と発がんリスクとの関連等の研究により、がんの有効な予防法の確立を目指す。

(2) がん予防に関する知識の普及の促進

がん予防の12ヶ条、食生活指針及び予防法の研究によって得られた新たな知見の普及啓発等をさらに推進することにより、がん予防に関する知識を広く国民に周知していく。また簡便で効果的な禁煙支援方法を開発し、広く普及する。

(3) 感染症に起因するがん予防対策の充実

感染症に起因するがんの予防法を確立するとともに、感染の関与が明らかな肝がん、子宮頸がん、一部の胃がんや白血病の罹患率を減少させる。

(4) がんの早期発見・早期治療

新しい検診技術の開発、検診に携わる医療関係者の研修等による検診技術の向上、有効ながん検診の普及及び受診率の向上により、がん検診をさらに充実し、がんの早期発見・早期治療を進める。

3. がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備

がん医療については、これまでも国立がんセンター、大学病院、独立行政法人放射線医学総合研究所等における研究、治療に加えて、全国がんセンター協議会におけるがん医療の向上に関する活動、地方中核がんセンターと国立がんセンターとの情報ネットワーク化、地域がん診療拠点病院の整備などを行い、全国どこでも最適ながん医療が受けられる体制の整備を図っている。また、国際協力、国際交流の促進により、がん医療の向上を図ってきている。

今後は、国立がんセンター等のがん研究・治療の中核的拠点機能の強化、がん医療の「均てん化」等を強力に進めること等により全国どこでも最適ながん医療が受けられ、がんの治癒率が向上するとともに、がん患者の生活の質（QOL）が向上する社会を目指すこととする。

（1）がん研究・治療の中核的拠点機能の強化等

がん研究及び推進事業をより統一的に強力に推進するために情報の集積、発信拠点機能等の充実を図る。

また、国立がんセンター・地方中核がんセンター等において、将来のがん研究を担う若手研究者を育成するリサーチレジデント制度のさらなる推進を図るとともに、研究支援者を活用することにより、将来のがん研究の中核となる人材の育成を行う。

さらに、独立行政法人放射線医学総合研究所を中心に重粒子線治療など、放射線治療の研究開発を行う。

（2）がん医療の「均てん化」

① がん診療拠点病院の整備

国立がんセンター、地方中核がんセンター、大学病院に加えて、二次医療圏に1カ所程度を目安に地域がん診療拠点病院の整備について民間病院の参画を積極的に促しつつ進め、全国的に質の高いがん医療が提供できる体制を整える。がん診療拠点病院においては、がん医療の提供を行うほか、地域の医療機関にがん医療に関する情報を発信することにより地域レベルのがん医療の向上を図り、また、地域住民にも情報提供を行う。さらに院内がん登録を進める。

② がん専門医の育成

全国どこでも最適ながん医療が受けられるようにするためには、がんの手術療法、化学療法、放射線療法等に通じた各分野の専門医が協力して診療に当たることが必要である。このため、臨床腫瘍医等のがんの専門医等の育成を進めることにより、がん医療の「均てん化」を図る。

(3) がん患者等の生活の質（QOL）の向上

かつては、がんの患部を広く摘出すること等により、がん患者の生活の質（QOL）が著しく低下することがあったが、摘出範囲を最小限にする、複数の治療法を適切に組み合わせる、放射線治療を用いるなど、有効で負担の軽いがん検査・治療を普及させることにより、がん患者の視点に立った医療の普及を目指す。

具体的には、機能温存・機能再建療法の開発や緩和医療技術の開発を進め、がん患者の苦しみの軽減を目指す治療法等の普及を図る。

また、末期がん患者は、激しい痛みがあり、また、精神的な面で支援が必要なことから生活の質（QOL）の向上を図るため全国的に緩和医療の提供できる体制を整備する。

(4) 国際協力・国際交流の促進並びに産官学協力の推進

がん研究の進んでいる国との国際交流や、途上国との国際協力を進めることにより国際的な情報交換を推進し、その結果得られた成果を我が国のがん研究・医療の向上に役立てるとともに、各国への「均てん化」を図る。

また、がんの基礎研究から得られた成果を速やかに臨床の現場に応用できるように産官学の連携をさらに推進する。

健康フロンティア戦略

平成 16 年 5 月 19 日
与党幹事長・政調会長会議

I. 戦略の趣旨

我が国は超高齢社会への道を歩みつつあり、10年後の平成27年（2015年）には高齢者数が3300万人に達することが予測されている。その中で、我が国が今後目指すべき方向は、単なる長寿ではなく、国民一人ひとりが生涯にわたり元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」の構築である。

本戦略は、こうした趣旨に基づき、国民の「健康寿命（健康で自立して暮らすことができる期間）」を伸ばすことを基本目標に置き、「生活習慣病対策の推進」と「介護予防の推進」の2つのアプローチにより政策を展開するものである。

<戦略の実施期間>

平成17（2005）年から平成26（2014）年までの10年間

II. 戦略の目標

生活習慣病対策と介護予防の推進による成果について数値目標を設定し、その達成を図ることにより、健康寿命を2年程度伸ばすことを目指す。

(1) 疾病の罹患と死亡を減らす「生活習慣病対策の推進」

がん対策…5年生存率を20%改善
心疾患対策…死亡率を25%改善
脳卒中対策…死亡率を25%改善
糖尿病対策…発生病率を20%改善

(2) 要介護になることを防ぐ「介護予防の推進」

要介護者の減少…「7人に1人」を「10人に1人」へ

Ⅲ．戦略の視点

Ⅱに示した目標を達成するため次の視点に立った政策を展開する。

(1) 国民の不安に応える「的を絞った政策」

「健康長寿」は国民の最も関心の高い事項であり、国民が抱く不安に対応した「的を絞った政策」を重点的に展開する。

(2) 国民の生活習慣や意識の「変化に即応した政策」

喫煙や食生活などの生活習慣の影響から、疾病構造が変化している状況を踏まえ、効果の高い政策を戦略的に展開する。

(3) 高齢期を元気に過ごすという「新たな課題に挑戦する政策」

高齢になっても、できる限り元気に過ごすという国民共通の願いを実現するため、介護予防を強力に推進する。

(4) 自助を基本としつつ、地域で支え合う「自助と共助の政策」

「自らの健康は自らが守る」ことを基本とし、個人の自発的な取組を重視しつつ、地域で支え合うことを支援する。

(5) 健康寿命を伸ばす「科学技術の振興を図る政策」

最新技術を医療・介護現場に積極的に取り入れ、効果（健康寿命の延伸）につながる効率の良い投資（科学技術の振興）を重視した政策を展開する。

IV. 政策の内容

<政策の柱>

国民各層を対象に、それぞれについて重要性の高い政策を重点的に展開する。

- 働き盛り層 : 『働き盛りの健康安心プラン』
- 女性層 : 『女性のがん緊急対策』
- 高齢者層 : 『介護予防10ヵ年戦略』
- 『健康寿命を伸ばす科学技術の振興』

(1) 『働き盛りの健康安心プラン』

<ねらい>

働き盛り層を主な対象として「3大死因（がん、心疾患、脳卒中）」と「糖尿病」について食育を含む総合的予防対策を、地域と職域を通じて推進するとともに、「心の健康問題（メンタルヘルス）」に積極的に取り組む。

<具体的な政策>

①個人の行う「健康づくり」の支援

- 「e-ヘルス」の推進
 - ・ ITを活用した「正しい情報」の発信、「自己学習」機会の提供、専門家による相談・支援
- 健康づくりの「場」と「機会」の提供
 - ・ 「ウォーキングロード」、「ヘルシーメニュー」、
 - ・ 年次有給休暇の取得促進、健康休暇の普及
- 職場における個人の健康づくりの支援
- 身近に地域・職域で受けられる専門相談・指導等
 - ・ 関係者の連携による安心のネットワーク

②健診データに基づく継続的な健康指導

- 生活習慣病予防プログラムの開発・普及（地域と職域の連携）
- 地域と職域を通じた、生涯にわたる健診データの継続的な活用

③迅速な救命救急と専門診断・治療の確保

- 「時間の壁」に立ち向かう国民の救命参加
 - ・国民による「除細動」の啓発普及、講習体制の整備
- 救急医療体制の整備
 - ・CCU(心疾患集中治療室)、SCU(脳卒中集中治療室)の整備
- がん医療の「均てん化」
 - ・全国に地域がん診療拠点病院を整備
- ITを活用した遠隔医療の普及
- 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - ・産業医活動への支援
- 心の健康問題を抱えた人に対する早期発見・治療の実施
 - ・地域・職域における心の健康に関する正しい知識の普及啓発の推進
 - ・救急医療体制の整備
 - ・心の健康問題を抱えた人のサインに気づき適切に危機介入できる専門家等の養成

④身近な地域で安心リハビリ

- 脳卒中・心筋梗塞等の急性期リハビリテーションの推進
- 切れ目ないリハビリテーションの推進
 - ・医療と介護のリハビリテーションの連携強化
- 心の健康問題を抱えた人の早期社会復帰を図るリハビリテーションの推進

(2)『女性のがん緊急対策』

<ねらい>

女性のがん罹患率の第一位である「乳がん」と発症年齢が低年齢化している「子宮がん」について緊急対策を講じるとともに、女性の生涯を通じた健康支援対策を推進する。

<具体的な政策>

①「女性のがん」への挑戦

- 乳がん対策
 - ・マンモグラフィの緊急整備
- 子宮がん対策
 - ・「20歳からの子宮がん検診」などの普及
 - ・予防のための意識啓発の推進
- 安心して利用しやすい検診体制
 - ・専門医や専門技師の育成と養成、休日夜間の検診体制の整備

②女性の生涯を通じた健康支援

- 「女性にやさしい医療」の推進
 - ・女性専門外来の設置促進
 - ・国立成育医療センターを中核とした情報提供

(3)『介護予防10ヵ年戦略』

<ねらい>

高齢者が要介護となる主な原因である「生活機能低下」「骨折」や「脳卒中」「痴呆」をできる限り防ぐために、効果的な介護予防対策を推進する。

<具体的な政策>

①家庭や地域で気軽に介護予防

- 気軽に利用できる介護予防の推進
 - ・介護予防設備等の緊急的な整備
 - ・生活圏域ごとの介護予防を含めたサービス拠点の計画的整備
 - ・生涯スポーツ、文化活動を通じた介護予防の推進
 - ・地域資源の積極的な活用
- 介護保険制度の見直し
 - ・新しい介護予防サービス体系の導入

②効果的な介護予防プログラムの開発・普及

- 介護予防プログラムの開発・普及体制の確立
 - ・「介護予防研究・研修センター（仮称）」の設置
- 家庭や地域での介護予防の取り組みへの支援
 - ・家庭での取り組みや地域における支え合い活動の支援

③骨折予防対策の推進

- 地域における「転倒骨折予防教室」の普及
- 「骨粗鬆症予防」の推進

④脳卒中对策の推進

- 救急医療体制の整備（SCUの整備）
- 切れ目のないリハビリテーションの推進・医療と介護のリハビリテーションの連携強化

⑤地域で支える「痴呆ケア」

- 地域における痴呆サポート体制の整備
 - ・地域での相談・早期診断・支援サービスの推進
 - ・初期診療の標準化と専門機関との連携体制の強化
- 痴呆ケアの人材育成
 - ・痴呆ケア研究・研修の推進
 - ・かかりつけ医と保健師における痴呆ケア研修の推進

(4)『健康寿命を伸ばす科学技術の振興』

<ねらい>

健康寿命を伸ばすことに資する科学技術を振興する観点から、基盤的技術や最先端技術の研究開発を推進するとともに、医療や介護の現場を支える各種技術の開発普及を図る。

<具体的な政策>

①基盤的技術と最先端技術の研究開発

- 老化及び老化抑制機構の解明（痴呆を含む）
- ゲノム科学、たんぱく質科学、ナノテクノロジーの推進

②医療現場を支える技術の開発普及

- がん、心疾患、脳卒中、糖尿病の画期的な予防・診断・治療法の開発
- 痴呆、骨折の画期的な予防・診断・治療法の開発
- 再生医療技術等の研究開発のさらなる推進
- がん患者等のQOLの向上（生活機能を温存する治療法の開発等）
- 専門医等の育成、医療安全の推進、診療がトラインの一般医への普及

③介護現場を支える技術の開発普及

- 痴呆性高齢者のリハビリテーション技術の確立
- 介護支援ロボットの開発
- 身体機能を補助・代替する機器の開発

④国民による自己選択を可能とする評価と公表

- 技術評価と政策評価の推進

地域がん登録に基づく地域差、施設差の分析—基礎資料—

1. 府県間の分析

地域がん登録実施府県＜図 1＞

生存率計測地域（がん研究助成金「地域がん登録」研究班による）

予後調査の方法

方法	登録名	備考
住民票照会	山形、福井、大阪、千葉* ¹⁾	¹⁾ 生存確認のみ（死亡、転居に基づく除票の閲覧不可）
全死亡照合	新潟 ²⁾ 、宮城、鳥取、長崎	²⁾ 県立がんセンター患者のみ 住民票照会（全体の 20%）
テープ照合	神奈川*、愛知	

*モデル地区

罹患及び生死確認の信頼性をともにクリアする地域

山形、福井、大阪、新潟、宮城、鳥取、長崎

5 年相対生存率、特定部位（中間報告）＜表 1＞

Follow-back（死亡票によって初めて把握されたがん患者の遡及調査）例を除く

主要部位については進行度別・進行度調整（全体の進行度分布を標準として）

2. 大阪府 11 医療圏別

マップ＜図 2＞

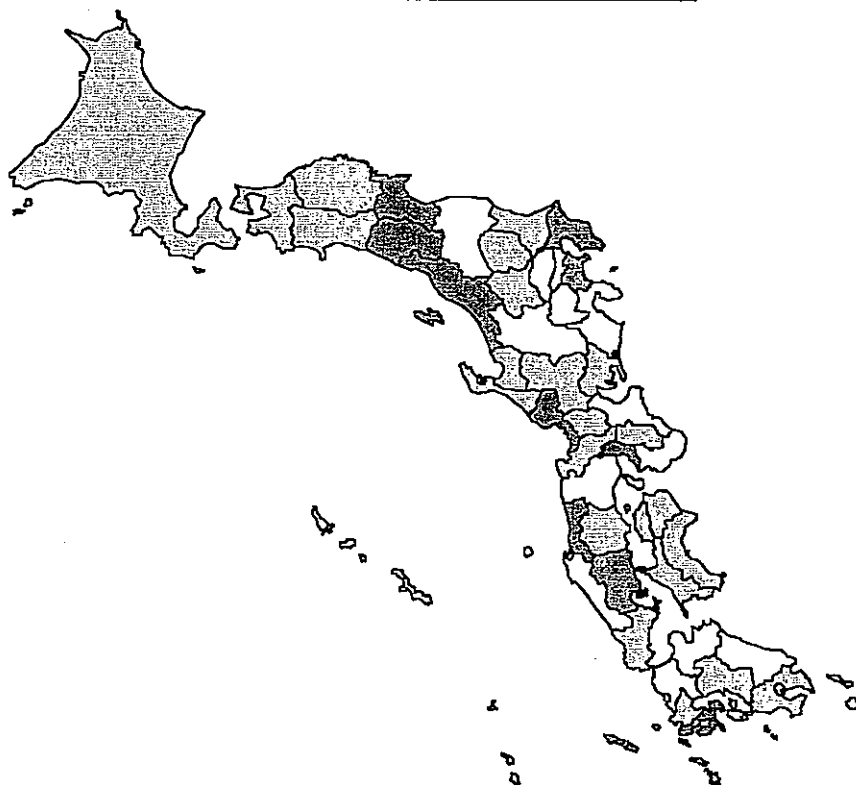
主要部位、進行度調整生存率（大阪府全体の進行度分布で調整）＜表 2＞

3. 大阪府がん診療拠点病院での比較

主要部位別進行度別＜表 3＞

拠点病院（成人病センター別掲）と地域レベルの比較—米国 SEER の成績＜表 4＞

図 1 地域がん登録実施府県



地方	地域がん登録実施府県
北海道	北海道
東北	青森、岩手、秋田、宮城、山形
関東	茨城、栃木、群馬、千葉、神奈川、新潟
中部	富山、石川、福井、愛知、岐阜
近畿	滋賀、京都、大阪、奈良
中国	鳥取、岡山、広島、山口
四国	徳島、香川、愛媛、高知
九州	佐賀、長崎、熊本、鹿児島、沖縄

表1. 地域がん登録に基づく5年相対生存率－診断年1993－96年、特定部位

		進行度 調整		進行度 調整		進行度 調整		進行度 調整		卵巣	精巣	白血病
山形	全体*2	65.6	62.7	72.6	71.2	27.6	28.4	88.7	88.8	52.8	92.4	29.6
	限局	96.0		96.2		77.3		96.8				
	領域	41.8		67.5		21.5		85.9				
	遠隔	3.9		8.0		3.3		24.5				
福井	全体*2	66.8	63.2	72.6	69.1	21.8	19.1	84.7	83.2	52.6	94.3	32.7
	限局	96.2		94.6		58.1		96.6				
	領域	44.9		62.8		11.5		76.1				
	遠隔	4.8		9.8		1.6		25.9				
大阪	全体*2	54.5	57.5	61.9	65.6	17.1	18.3	82.3	84.7	46.8	89.8	32.3
	限局	90.5		92.2		56.9		96.2				
	領域	34.4		55.7		13.5		76.8				
	遠隔	1.7		6.6		2.4		24.5				
	不明	43.8		58.7		8.8		81.0				
新潟	全体*2	67.9	60.3	73.2	68.9	30.8	22.8	86.9	82.4	55.5	92.9	33.8
	限局	96.3		97.4		70.7		98.4				
	領域	41.7		60.1		17.3		78.3				
	遠隔	2.5		7.4		2.5		27.4				
	不明	31.1		56.5		11.2		49.3				
宮城	全体*2	67.0	67.5	70.0	74.7	26.2	29.0	87.4	88.5	53.2	87.9	36.8
	限局	98.1		99.5		80.1		97.4				
	領域	46.7		70.0		19.3		83.4				
	遠隔	6.0		10.7		1.7		28.1				
	不明	62.4		68.4		28.7		88.0				
長崎	全体*2	57.9	60.7	65.1	67.4	22.0	22.0	83.6	84.9	45.1	84.9	25.6
	限局	96.2		96.4		67.1		98.0				
	領域	40.1		60.1		17.7		73.7				
	遠隔	2.9		9.0		2.7		32.2				
	不明	36.8		47.9		10.1		80.5				
鳥取	全体*3	69.1		74.3		28.9		86.5		47.7	80.6	26.7

*1 補充届出患者、第2がん以降、上皮内がん(大腸では粘膜がん)を除く

*2 進行度不明を含む

*3 進行度情報なし

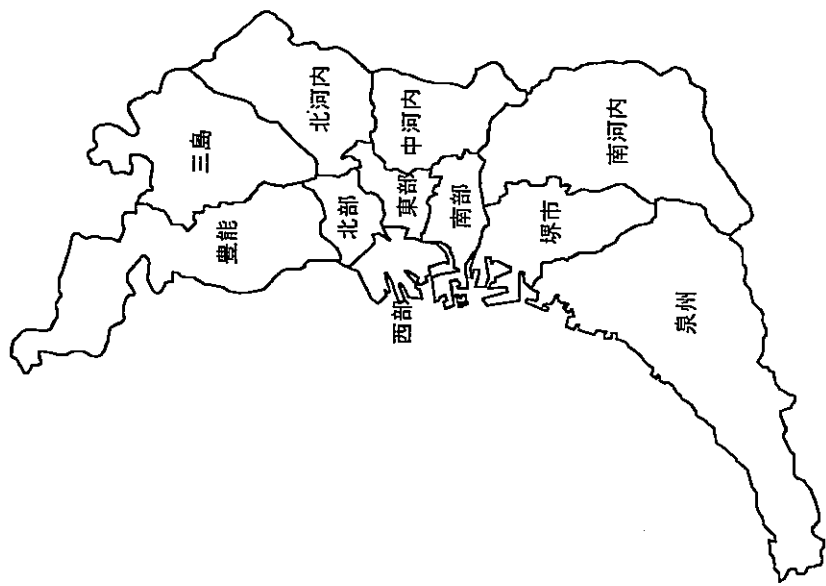


図 2 大阪府 11 医療圏

大阪府 11 医療圏と地域がん診療拠点病院

医療圏	がん拠点病院	市区町村
大阪府		
北部	府立成人病センター	北、都島、東淀川、旭、淀川、福島、此花、
西部	大阪赤十字病院	西、港、大正、西淀川、天王寺、浪速、
東部	府立急性期・総合医療センター	東成、生野、城東、鶴見、中央、阿倍野、
南部		住吉、東住吉、西成、住之江、平野
豊能	市立豊中病院	豊中、吹田、池田、箕面、豊能、能勢
三島	高槻赤十字病院	高槻、茨木、摂津、島本
北河内	星ヶ丘厚生年金病院	枚方、寝屋川、守口、門真、四條畷、大東、交野
中河内	東大阪市立総合病院	東大阪、八尾、柏原
南河内	大阪南医療センター	藤井寺、羽曳野、松原、富田林、河内長野
堺	大阪労災病院	太子、河内、千早赤坂、大阪狭山、美原、堺
泉州	市立岸和田市民病院	和泉、泉大津、忠岡、高石、岸和田、貝塚、泉佐野、熊取、田尻、泉南、阪南、岬

(平成 15 年 8 月 26 日現在)

表2. 医療圏別にみたがん患者の5年相対生存率、1993-96年新発届出患者

地域	進展度	胃			大腸			肝			肺			乳房		
		対象数 分布% ^{*1}	生存率	進行度 調整 ^{*2}	対象数 分布% ^{*1}	生存率	進行度 調整 ^{*2}	対象数 分布% ^{*1}	生存率	進行度 調整 ^{*2}	対象数 分布% ^{*1}	生存率	進行度 調整 ^{*2}	対象数 分布% ^{*1}	生存率	進行度 調整 ^{*2}
市北部	全体	1,208	48.3	48.8	888	54.0	57.4	718	14.2	14.1	851	13.3	13.8	443	82.6	83.2
	限局	46.2	87.1		42.4	90.8		62.9	25.7		17.5	54.8		55.8	95.0	
	領域	32.0	29.0		35.1	45.1		19.8	3.1		41.2	10.8		37.0	78.2	
	遠隔	21.7	2.4		22.5	4.9		17.2	5.9		41.3	1.1		7.2	11.6	
市西部	全体	971	49.4	49.6	664	60.4	60.3	659	16.0	16.1	674	13.1	13.9	336	85.7	85.9
	限局	46.1	87.8		46.5	91.4		65.5	25.6		18.1	63.8		55.6	99.2	
	領域	32.6	30.1		36.7	50.5		17.6	4.3		41.6	7.0		37.8	74.2	
	遠隔	21.3	1.2		16.9	10.6		16.9	1.4		40.2	0.5		6.6	25.6	
市東部	全体	1,372	47.2	46.5	996	58.5	58.0	896	12.7	12.6	942	16.3	15.4	454	79.5	80.8
	限局	47.4	82.4		47.1	89.8		63.5	22.7		20.0	56.7		53.2	93.4	
	領域	33.4	28.3		36.5	47.0		18.2	6.5		42.1	11.3		39.1	75.2	
	遠隔	19.2	1.9		16.4	6.0		18.2	0.9		37.9	2.8		7.6	17.5	
市南部	全体	2,031	42.2	45.8	1,394	52.8	55.5	1,437	12.2	13.8	1,359	11.3	11.3	733	83.0	83.9
	限局	40.3	81.4		41.8	84.5		56.5	23.0		20.3	39.5		51.9	97.0	
	領域	37.1	28.6		36.4	47.8		22.3	5.7		38.4	10.5		41.5	76.3	
	遠隔	22.6	1.9		21.8	4.5		21.2	1.6		41.2	1.9		6.6	19.0	
豊能	全体	2,021	54.3	52.7	1,418	64.4	63.4	933	15.1	15.3	1,137	14.7	15.6	823	83.7	82.0
	限局	48.7	88.9		48.3	94.3		66.6	23.9		14.0	59.5		59.5	95.5	
	領域	31.8	35.6		33.2	55.2		15.7	7.4		46.3	12.2		35.9	72.9	
	遠隔	19.6	0.7		18.4	4.3		17.7	3.9		39.8	2.4		4.6	18.3	
三島	全体	1,200	54.9	51.0	760	62.6	61.1	575	17.1	16.4	671	12.1	12.9	367	82.9	86.7
	限局	53.4	93.7		52.7	90.4		70.1	25.8		17.1	47.7		46.2	95.2	
	領域	27.2	26.2		26.0	51.3		15.9	3.5		38.9	9.8		42.0	83.6	
	遠隔	19.3	1.6		21.3	7.9		14.0	5.6		44.0	2.3		11.8	33.8	
北河内	全体	1,888	52.4	51.4	1,292	58.8	60.5	987	17.2	15.8	1,053	14.1	14.0	738	80.7	80.7
	限局	47.9	90.0		44.1	89.5		66.2	26.9		18.4	53.2		54.6	93.5	
	領域	34.0	33.8		35.1	53.7		16.4	5.1		43.5	11.7		39.9	73.5	
	遠隔	18.2	1.1		20.8	5.3		17.4	3.1		38.1	0.6		5.5	21.9	
中河内	全体	1,705	48.9	49.0	1,118	55.3	56.3	1,014	14.1	13.8	1,068	12.7	14.0	636	81.6	81.3
	限局	46.4	87.9		46.0	91.0		64.9	21.5		15.1	51.9		55.5	94.9	
	領域	32.5	28.7		33.3	45.7		19.0	10.0		46.3	12.7		39.0	72.7	
	遠隔	21.1	1.4		20.7	4.7		16.1	3.6		38.5	1.0		5.5	21.2	
南河内	全体	1,296	51.5	50.2	830	62.1	57.8	665	18.7	16.6	765	13.4	12.9	605	86.8	85.3
	限局	45.9	92.8		50.9	89.0		70.9	28.2		19.8	49.1		56.8	99.0	
	領域	37.5	27.9		34.1	49.6		14.5	7.6		36.3	8.3		39.0	77.6	
	遠隔	16.6	0.6		15.0	5.8		14.5	5.9		43.9	2.8		4.2	12.9	
堺市	全体	1,471	46.9	49.7	1,056	58.8	60.5	801	14.0	14.6	988	18.7	18.1	626	85.4	83.5
	限局	40.4	88.7		41.3	91.1		67.8	27.1		20.0	63.5		57.8	96.2	
	領域	39.0	32.1		37.6	58.5		14.6	1.5		39.0	14.3		37.7	77.9	
	遠隔	20.6	1.2		21.1	4.2		17.5	3.7		41.1	2.2		4.5	18.6	
泉州	全体	1,604	49.5	49.3	1,043	60.1	57.5	766	13.9	13.2	778	17.2	14.2	516	80.5	80.6
	限局	45.4	90.5		49.7	89.5		69.4	23.7		25.6	52.8		53.8	95.2	
	領域	35.4	28.2		32.8	51.5		17.7	3.4		38.3	10.7		40.6	69.5	
	遠隔	19.3	0.4		17.5	3.2		12.9	4.5		36.1	2.2		5.6	18.6	

*1 進行度不明を除く分布。

*2 各医療圏での進行度別5年相対生存率に、大阪府全体の進行度分布を乗じ、進行度調整生存率を算出した。

表3. 治療医療機関別にみた5年相対生存率—大阪府がん診療拠点病院、1993-96年診断新発届出患者*1

部位	府立成人病C 対象数	大阪赤十字HP 観察数	大阪赤十字HP 生存率	府立急性期・ 総合医療C 観察数	市立豊中HP 観察数	市立豊中HP 生存率	高槻赤十字HP 観察数	高槻赤十字HP 生存率	星ヶ丘 厚生年金HP 観察数	大阪南 医療C 観察数	大阪労災HP 観察数	市立岸和田 市民HP*2 観察数	東大阪市立 総合HP 観察数
胃													
限局	363	100.0	214	198	184	95.3	49	100.0	192	103	207	31	81
領域	87	45.5	166	181	154	47.8	41	30.1	90	109	171	36	65
遠隔	63	8.5	49	59	37	0.0	34	5.4	39	20	57	17	42
全体*3	513	80.4	443	455	376	66.7	125	50.7	325	232	437	86	190
大腸													
限局	274	100.0	157	159	132	98.2	33	94.1	93	79	123	21	54
領域	55	80.0	105	126	119	62.0	29	42.8	77	54	108	23	39
遠隔	25	17.6	45	57	46	9.5	25	8.9	31	6	49	16	27
全体*3	354	95.3	316	346	298	69.5	95	56.0	204	139	282	62	120
肝臓													
限局	237	51.7	177	50	43	32.5	19	-	93	116	88	28	20
領域	103	24.3	16	8	5	-	5	-	8	22	10	3	7
遠隔	72	18.3	19	10	5	-	3	-	10	10	4	3	5
全体*3	413	38.9	248	166	73	22.0	52	17.3	121	148	116	37	45
肺													
限局	135	89.8	76	58	0	-	27	67.8	60	2	0	10	0
領域	244	20.1	181	27	0	-	45	29.4	77	3	0	21	7
遠隔	165	3.3	117	105	7	-	33	0.0	37	12	4	5	6
全体*3	544	32.2	378	208	10	-	110	30.1	178	17	5	37	13
乳房													
限局	298	98.4	95	107	115	94.0	25	95.1	77	52	105	13	61
領域	160	77.0	91	117	79	72.3	29	81.6	51	50	91	25	35
遠隔	19	-	8	12	5	-	3	-	6	2	10	0	0
全体*3	480	88.0	196	239	202	84.0	60	82.3	135	104	207	39	97

*1 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1993-96年の新発生届出患者の5年相対生存率を、治療実施施設毎に算出した。

①治療については複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。主治療は、手術＞放射線治療＞TAE＞エタノール注入＞レーザー治療＞化学療法＞ホルモン療法＞免疫療法、の順番で判定。

②相対生存率とは、実測生存率を、患者と同じ性・年齢・同世代の日本人一般人口が示す期待生存率で除した値。日本人一般人口と同じであれば100%となり、がんによる40%の過剰死亡があれば60%となる。

③上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

④患者数が20例未満では生存率の信頼度が低くなるので表示を控えた。

⑤進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類。

⑥同一部位・同一進行度・同性であっても、患者の年齢や合併症の有無、がんの病理組織学的特性、解剖学的部位、等により、生存率に違いがある可能性があるため、施設間の成績を単純には比較できない。

⑦各施設からの大阪府がん登録への届出が不完全であると、生存率成績が、真の値より高くなり、低くなったりする。

*2 届出が不完全な1993-94年診断患者を除き、1995-96年診断患者に限定して集計

*3 進行度不明例を含む

*4 登録漏れが多く信頼性が低い。

表4. 大阪成人病C、府がん診療拠点病院、及び、全大阪府
—1993-96年診断新発届出患者(参考:米国SEER)—

部位 進行度	府立成人病C		拠点病院全体		全大阪府* ¹		米国SEER	
	対象数	生存率	観察数	生存率	観察数	生存率	観察数	生存率
胃								
限局	363	100.0	1,651	94.5	7,028	88.2	1,467	57.6
領域	87	45.5	1,135	39.5	5,203	30.2	2,225	21.1
遠隔	63	8.5	427	2.5	3,053	1.3	2,123	2.7
全体* ²	513	80.4	3,257	62.5	16,767	49.5	6,760	22.0
大腸								
限局	274	100.0	1,157	95.8	4,887	90.1	15,118	90.0
領域	55	80.0	754	61.9	3,649	50.8	15,324	65.0
遠隔	25	17.6	334	10.2	2,063	5.2	8,015	9.1
全体* ²	354	95.3	2,274	71.5	11,459	58.7	40,667	61.8
肝臓								
限局	237	51.7	878	37.3	4,494	24.7	978	14.2
領域	103	24.3	188	18.8	1,227	5.6	867	5.0
遠隔	72	18.3	142	9.3	1,178	3.3	790	2.2
全体* ²	413	38.9	1,431	28.6	9,451	14.7	3,669	6.3
肺								
限局	135	89.8	368	70.6	1,724	53.2	7,765	48.9
領域	244	20.1	608	19.5	3,830	11.2	17,779	15.7
遠隔	165	3.3	498	3.2	3,716	1.8	19,016	2.0
全体* ²	544	32.2	1,510	26.1	10,286	14.2	49,898	14.9
乳房								
限局	298	98.4	956	97.1	3,292	95.8	35,511	97.0
領域	160	77.0	737	79.3	2,331	75.3	16,194	78.4
遠隔	19	—	68	29.2	358	20.3	3,256	22.1
全体* ²	480	88.0	1,779	86.8	6,277	82.9	56,527	86.4

*¹ 治療医療機関に関わらず大阪府全体の成績

*² 進行度不明例を含む

表1 全悪性新生物の施設別5年生生存率

(1993年～1998年)

施設名	男女計		調査起点	男		女		計	
	症例数	消息判明率		全退院 5生率	生存退院 5生率	全退院 5生率	生存退院 5生率	全退院 5生率	生存退院 5生率
全がん協加盟施設	126,899	98.16%	...	52.0 ± 0.23	58.3 ± 0.24	70.5 ± 0.21	75.1 ± 0.21	61.1 ± 0.16	66.8 ± 0.16
宮城県立がんセンター	5,071	99.92%	退院日	59.0 ± 1.00	66.1 ± 1.03	60.1 ± 1.21	65.5 ± 1.25	59.4 ± 0.77	65.8 ± 0.79
栃木県立がんセンター	4,265	99.67%	治療開始日	52.1 ± 1.22	56.3 ± 1.27	72.4 ± 1.19	75.3 ± 1.19	61.4 ± 0.87	65.2 ± 0.89
群馬県立がんセンター	5,260	99.96%	診断日	51.7 ± 1.13	59.1 ± 1.21	74.8 ± 0.97	79.0 ± 0.96	62.8 ± 0.77	69.0 ± 0.79
埼玉県立がんセンター	6,939	99.96%	治療開始日	51.7 ± 0.97	58.5 ± 1.03	71.9 ± 0.85	75.9 ± 0.84	62.1 ± 0.65	67.8 ± 0.67
千葉県立がんセンター	6,734	73.72%	退院日	63.4 ± 1.01	69.8 ± 1.05	74.4 ± 0.93	78.4 ± 0.92	68.7 ± 0.69	74.1 ± 0.70
財団法人がん研究会附属病院	15,821	99.96%	治療開始日	53.3 ± 0.70	63.1 ± 0.76	70.6 ± 0.56	78.8 ± 0.56	63.2 ± 0.45	72.3 ± 0.46
神奈川県立がんセンター	8,915	100.00%	診断日	48.4 ± 0.87	54.7 ± 0.94	72.6 ± 0.76	76.5 ± 0.76	60.5 ± 0.59	66.0 ± 0.61
愛知県がんセンター	8,699	99.93%	治療開始日	54.8 ± 0.91	60.2 ± 0.95	74.9 ± 0.73	78.0 ± 0.72	65.5 ± 0.58	69.9 ± 0.59
国立四国がんセンター	6,621	96.12%	治療開始日	50.2 ± 1.10	56.4 ± 1.18	73.8 ± 0.84	77.6 ± 0.83	63.1 ± 0.69	68.3 ± 0.71
国立九州がんセンター	5,853	100.00%	診断日	57.1 ± 1.09	65.8 ± 1.15	75.4 ± 0.87	79.1 ± 0.86	67.3 ± 0.70	73.5 ± 0.70
(がんセンター群合計)	74,178	97.22%	...	57.3 ± 0.28	64.7 ± 0.29	72.2 ± 0.26	77.1 ± 0.26	64.2 ± 0.20	70.4 ± 0.21
国立札幌病院 (北海道地方がんセンター)	5,194	98.73%	入院日	43.7 ± 1.22	50.2 ± 1.34	70.2 ± 0.97	74.0 ± 0.97	58.8 ± 0.78	64.3 ± 0.81
東京都立駒込病院	6,200	99.48%	治療開始日	54.3 ± 1.00	59.3 ± 1.05	67.5 ± 1.03	71.1 ± 1.04	60.3 ± 0.72	64.8 ± 0.74
新潟県立がんセンター 新潟県病院	9,640	100.00%	退院日	54.2 ± 0.77	57.8 ± 0.80	70.8 ± 0.80	73.4 ± 0.80	61.3 ± 0.56	64.7 ± 0.57
国立長門病院 (中国地方がんセンター)	3,890	99.92%	治療開始日	43.4 ± 1.27	51.2 ± 1.42	62.5 ± 1.32	70.4 ± 1.36	52.0 ± 0.93	60.0 ± 1.00
(併設型がんセンター群合計)	24,924	99.59%	...	50.7 ± 0.50	56.0 ± 0.53	68.6 ± 0.49	72.6 ± 0.50	59.1 ± 0.36	63.9 ± 0.37
滋賀県立成人病センター	3,210	100.00%	治療開始日	61.4 ± 1.27	69.8 ± 1.31	74.0 ± 1.35	79.6 ± 1.33	66.9 ± 0.94	74.2 ± 0.94
大阪府立成人病センター*	2,878	99.48%	治療開始日	54.3 ± 1.19	58.2 ± 1.22	72.4 ± 1.33	74.7 ± 1.31	61.4 ± 0.91	64.9 ± 0.92
兵庫県立成人病センター	7,322	99.95%	退院日	50.3 ± 0.94	54.1 ± 0.99	72.6 ± 0.89	75.2 ± 0.89	60.6 ± 0.67	64.0 ± 0.68
(成人病センター群合計)	13,410	99.86%	...	53.3 ± 0.64	58.0 ± 0.67	72.6 ± 0.65	75.7 ± 0.65	61.7 ± 0.47	66.0 ± 0.48
山形県立成人病センター*	800	98.63%	入院日	50.7 ± 2.37	57.5 ± 2.50	68.1 ± 2.50	73.1 ± 2.46	58.4 ± 1.75	64.6 ± 1.79
福井県立成人病センター*	1,424	100.00%	診断日	50.1 ± 1.81	57.8 ± 1.93	65.0 ± 1.85	70.7 ± 1.84	57.0 ± 1.31	64.0 ± 1.35
(併設型成人病センター群合計)	2,224	99.51%	...	50.3 ± 1.44	57.7 ± 1.53	66.0 ± 1.49	71.5 ± 1.48	57.5 ± 1.05	64.2 ± 1.08
岩手県立中央病院	5,463	98.00%	退院日	42.6 ± 1.05	48.9 ± 1.15	62.0 ± 1.16	67.4 ± 1.20	51.2 ± 0.79	57.3 ± 0.84
国立名古屋病院	4,325	99.33%	退院日	53.5 ± 1.14	61.6 ± 1.21	68.0 ± 1.11	74.7 ± 1.11	60.6 ± 0.81	68.1 ± 0.83
山口県立中央病院	2,375	99.49%	治療開始日	31.5 ± 1.53	35.2 ± 1.68	48.7 ± 1.79	52.9 ± 1.89	39.0 ± 1.18	43.1 ± 1.27
(総合病院群合計)	12,163	98.79%	...	44.1 ± 0.70	50.4 ± 0.76	61.9 ± 0.74	67.5 ± 0.76	52.2 ± 0.52	58.4 ± 0.55

(*大阪、福井は1993～1994年の2年間のデータ、山形は1993年のデータにて算出)

出典：厚生労働省がん研究助成金「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」班平成12年度報告書

表2 生存率算定のための個別データ収集状況

施設	対象部位	届出件数	組 織 診 断				施設	届出件数	進 行 度			未追跡*2	
			良性	上皮内	悪性	転移性			臨床病期	病理病期	臨床進行度	数	割合(%)
札幌	全部位	877	0	35	842	0	札幌	877	538	517	510	29	3.31
岩手	全部位	916	-	-	-	-	岩手	916	235	153	684	20	2.18
宮城	特定部位*1	451	4	25	398	0	宮城	451	416	359	443	7	1.55
山形	全部位	758	1	2	128	2	山形	758	714	-	722	23	3.03
栃木	全部位	889	71	35	768	10	栃木	889	727	535	-	7	0.79
茨城	全部位	411	36	0	404	0	茨城	411	375	300	388	147	35.77
群馬	全部位	762	6	20	690	2	群馬	762	615	185	437	5	0.66
埼玉	全部位	1,258	0	0	1,258	0	埼玉	1,258	864	557	-	41	3.26
千葉	全部位	1,149	0	62	1,056	2	千葉	1,149	828	332	366	200	17.41
癌研	全部位	3,066	5	218	2,617	7	癌研	3,066	1,607	-	-	31	1.01
国立	全部位	2,486	-	-	-	-	国立	2,486	-	-	-	7	0.28
駒込	全部位	1,167	6	14	1,118	0	駒込	1,167	911	566	947	31	2.66
神奈川	全部位	1,546	0	34	1,512	0	神奈川	1,546	866	695	50	5	0.32
新潟	全部位	1,699	0	31	1,583	7	新潟	1,699	682	526	1,597	1	0.06
福井	全部位	716	5	16	596	10	福井	716	529	260	682	0	0.00
名古屋	全部位	750	29	25	696	0	名古屋	750	-	-	-	431	57.47
大阪	全部位	1,808	24	122	1,440	23	大阪	1,808	614	179	1,536	20	1.11
兵庫	特定部位*1	771	0	35	683	8	兵庫	771	767	575	766	7	0.91
山口	全部位	390	13	6	317	0	山口	390	244	-	279	49	12.56
四国	全部位	1,094	10	44	994	2	四国	1,094	973	-	1,060	18	1.65
九州	全部位	908	0	15	579	0	九州	908	574	-	566	9	0.99
合計		23,872	210	739	17,679	73	合計	23,872	13,079	5,739	11,033	1,088	4.56

*1: 胃(C16)、結腸(C18)、直腸(C20)、肝(C22)、肺(C34)、乳(C50)、子宮頸(C53)

*2: 未追跡は生存患者で生存期間が5年(1,826日)未満と定義

表3 胃癌の施設別、施設群別の5年実測・相対生存率とステージ別割合

施設 番号	胃癌 例数	5年生存率		消息 判明率	ステー ジⅠ	ステー ジⅡ	ステー ジⅢ	ステー ジⅣ	ステー ジ不明
		実測	相対						
1	271	73.4	80.7	100.0	51.3	4.1	10.0	8.1	26.6
2	465	72.3	79.1	100.0	47.1	5.2	7.3	8.8	31.6
3	235	67.2	74.8	100.0	19.6	3.8	5.1	0.9	70.6
4	188	66.3	72.2	62.3	56.9	3.7	9.6	20.7	9.0
5	196	65.8	73.0	97.6	60.7	5.1	13.8	12.2	8.2
6	148	64.2	68.6	98.9	56.8	12.2	14.9	14.2	2.0
7	136	61.9	68.3	97.6	59.6	5.1	11.0	17.6	6.6
8	136	60.9	66.8	92.3	18.4	8.1	3.7	4.4	65.4
9	246	60.0	65.8	98.6	32.1	2.8	6.9	8.5	49.6
10	185	59.5	65.7	98.1	53.5	4.9	10.3	22.2	9.2
11	157	57.3	61.6	92.0	42.7	7.0	15.9	25.5	8.9
12	379	57.1	73.1	98.4	-	-	-	-	100.0
13	63	57.1	64.1	100.0	47.6	17.5	11.1	22.2	1.6
14	58	53.4	58.6	100.0	43.1	10.3	19.0	24.1	3.4
15	121	52.9	57.6	100.0	51.2	9.9	5.8	24.8	8.3
16	50	47.6	55.3	68.2	48.0	4.0	14.0	30.0	4.0
17	132	45.4	50.6	94.5	50.0	11.4	15.9	13.6	9.1
18	106	45.3	52.5	100.0	30.2	5.7	7.5	28.3	28.3
19	104	43.3	48.2	100.0	1.0	16.3	41.3	39.4	1.9
A群*	2,009	60.9	66.7	94.5	38.8	4.6	7.8	12.6	36.2
B群*	498	63.1	70.0	100.0	45.4	6.8	10.6	16.1	21.1
C群*	383	66.1	72.4	99.6	33.9	7.1	8.9	6.0	44.1
D群*	300	58.0	64.4	98.2	40.0	9.0	23.3	21.7	6.0
E群*	188	57.2	63.4	87.0	26.3	7.0	6.5	11.3	48.9
合計	3,376	61.4	67.6	95.8	38.7	5.7	9.6	13.1	32.9

*: 再掲-A群(2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17)、B群(1, 13, 14, 18)、C群(3, 6)、D群(5, 19)、E群(8, 16)

表4 比例ハザードモデルによる交絡因子の補正後の施設群別オッズ比

交絡因子						A. がんセ ンター群	B. 総合病 院併設がん センター群	C. 成人病 センター群	D. 総合病 院 併設成 人病センタ ー群	E. 総合病 院群
性 別	年 齢	検 診 由 来	臨 床 病 期	手 術	化 学 療 法					
-	-	-	-	-	-	1.000	0.992	0.810*	1.171	1.237
○	-	-	-	-	-	1.000	0.991	0.804*	1.181	1.239
-	○	-	-	-	-	1.000	0.973	0.812*	1.119	1.170
-	-	○	-	-	-	1.000	1.002	0.851	1.234*	1.253*
○	○	-	-	-	-	1.000	0.974	0.807*	1.129	1.172
○	○	○	-	-	-	1.000	0.983	0.842	1.187	1.187
○	○	○	○	-	-	1.000	1.130	1.101	0.856	0.981
○	○	○	-	○	-	1.000	1.118	1.151	0.925	1.096
○	○	○	-	-	○	1.000	1.293*	1.157	0.920	1.083
○	○	○	○	○	-	1.000	1.135	1.136	0.999	1.184
○	○	○	○	○	○	1.000	1.340*	1.135	0.961	1.109

○: 補正、-: 補正なし、*: P<0.05

がんを領域として含む各学会における専門医数(認定医数)/コメディカルスタッフの資格認定数(暫定版)

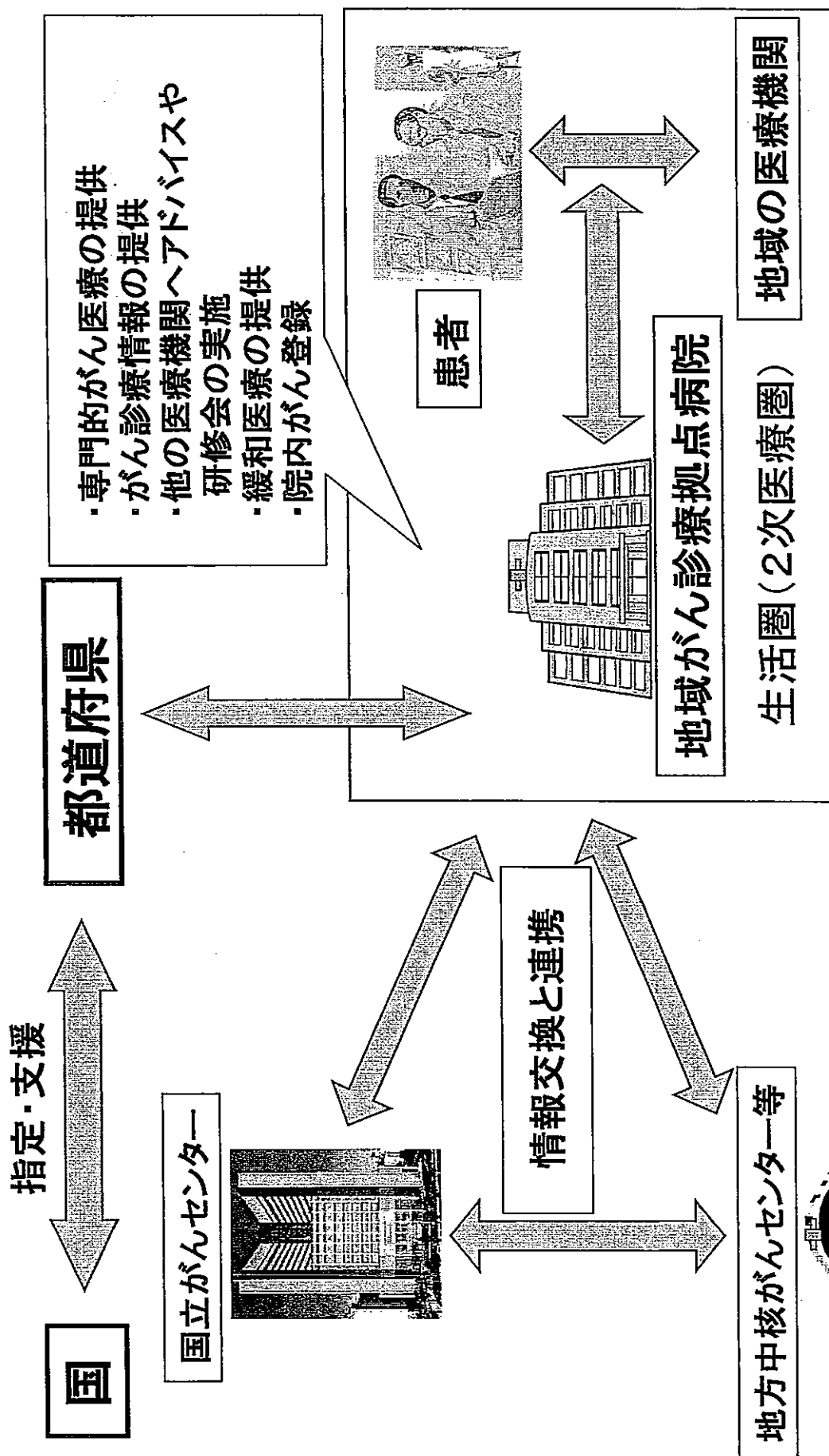
学 会 名	会 員 数	専門医数	認定医数	備 考
日本医学放射線学会	7,696	4,598	-	平成17年2月28日現在
日本肝臓学会	10,426	3,329	-	平成17年3月25日現在
日本癌治療学会	14,127	0	0	平成17年2月25日現在
日本胸部外科学会	8,300	2,692	3,950	平成17年3月1日現在 ・心臓血管外科専門医 1,646人 ・呼吸器外科専門医 1,046人
日本外科学会	38,571	11,899	27,561	平成17年3月4日現在
日本呼吸器学会	10,157	3,234	-	平成17年3月25日現在
日本産科婦人科学会	15,689	11,793	-	平成17年3月4日現在
日本消化器外科学会	21,827	2,882	11,687	平成17年2月22日現在
日本消化器内視鏡学会	29,638	13,292	※4146	・会員数 : 平成17年2月28日現在 ・専門医数: 平成17年3月4日現在 ・※指導医数: 平成17年3月4日現在
日本消化器病学会	27,764	13,783	-	平成17年3月4日現在
日本内科学会	89,714	8,185	50,461	平成17年3月1日現在
日本乳癌学会	7,344	576	1,963	平成17年3月25日現在(乳腺専門医数451人)
日本泌尿器科学会	7,392	5,629	-	平成17年2月28日現在
日本病理学会	3,980	1,872	-	平成17年3月3日現在
日本放射線腫瘍学会	2,634	-	458	平成17年1月19日現在
日本臨床腫瘍学会	3,197	-	※680	※暫定指導医 平成17年3月25日現在

機関名	研修認定薬剤師数	備 考
日本薬剤師研修センター	13,529	平成17年2月28日現在 ・漢方薬・生薬認定薬剤師数: 902名

機関名	認定薬剤師数	備 考
日本医療薬学会	798	平成15年12月末現在

機関名	専門看護師数	認定看護師数	備 考
日本看護協会	102	1,239	平成17年3月1日現在

地域がん診療拠点病院制度の概要(現状)



健 発 第 8 6 5 号

平成13年 8 月30日

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長

地域がん診療拠点病院の整備について

我が国において、がんによる死亡は昭和56年以降死因の第1位を占め、がん患者数は毎年増加傾向を示しているところである。このような状況において、がんの診療体制の一層の充実を図るなど、がんに関する積極的かつ効果的な施策の展開が重要かつ急務となっている。

このため、本年4月、質の高いがん医療の全国的な均てんを図ることを目的とした「地域がん診療拠点病院のあり方に関する検討会」を設置し、検討を行ってきたところであり、今般、その報告書に基づき、別添のとおり、「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を策定したところである。

各都道府県におかれては、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん等）について、住民がその日常の生活圏域の中で全人的な質の高いがん医療を受けることができる体制を確保する観点から、地域がん診療拠点病院を整備するという趣旨を御理解の上、別添の指針に基づき、その推薦及び積極的な整備に努めるよう特段の配意をお願いする。

なお、指針のⅠの1に規定する地域がん診療拠点病院の推薦の手続き等については、別途通知するので留意されたい。

地域がん診療拠点病院の整備に関する指針

I 地域がん診療拠点病院（以下「拠点病院」という。）の指定

- 1 都道府県知事が下記2を踏まえて推薦する医療機関について、厚生労働大臣が
適当と認めるものを拠点病院として指定する。
- 2 各都道府県においては、医療計画等との整合性を図りつつ、2次医療圏に1カ
所程度を目安に拠点病院を指定することとする。

II 拠点病院の指定要件

我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん等）について、
地域の医療機関と緊密な連携を図り、継続的に全人的な質の高いがん医療を提供す
るために、以下に示す体制を有すること。

1 診療体制

（1）診療機能

- ① 我が国に多いがんについて、地域におけるがん診療連携の拠点病院とし
ての役割を果たすことのできる専門的医療体制を有すること。
- ② 緩和医療を提供する体制を有すること。

（注）緩和医療については、当該病院が、がん緩和ケア病棟を有しない場合で
あっても、緩和医療チームによる診療機能が備わっている場合には、緩
和医療の提供体制が確保されているものとする。
- ③ 大学病院その他個別のがん分野で質の高いがん医療を実施している医療
機関に支援を求める、或いは地域の医療機関からの診療に関する相談に
応じる等、他の医療機関との連携、協力関係を有すること。

(2) 診療従事者

- ① 我が国に多いがんについて専門的医療を行うとともに、画像診断、化学療法、緩和医療等に関し、地域の医療機関や患者からの相談に適切に対応できる医師が配置されていること。
- ② 専門的な看護に携わる看護師、精神保健福祉士、臨床心理に携わる者、臨床診療録管理に携わる者及びソーシャルワークに従事する者が配置されていることが望ましい。
- ③ 放射線治療医、病理専門医が配置されているか又はそれらの協力を得られる体制が確保されていること。

(3) 医療施設

- ① 医療相談室が設置されていること。
- ② 集中治療室が設置されていることが望ましい。
- ③ 無菌病室を有していることが望ましい。
- ④ 放射線治療施設を有しているか又はこれを有する医療機関の協力が得られる体制が確保されていること。

(4) 医療機器

上記の診療体制を確保するために必要な高度な医療機器が設置されており、その操作・保守に精通した医療従事者が配置されていることが望ましい。

(5) 院内がん登録システム

院内がん登録システムが確立している、または今後数年以内に当該システムが確立する見込みが確実である医療施設であること。

2 研修体制

(1) 地域のがん診療に携わる医師等の医療従事者に対し、必要な研修の実施に積極的に取り組むこと。

(2) 拠点病院内の医療従事者の能力向上のため、医師等の医療従事者研修の実施に積極的に取り組むこと。

3 情報提供体制

(1) 地域におけるがん診療に関する情報をホームページ等を通じ適切に公開すること。

(2) 地域の医療機関からの診療に関する相談等に応じ必要な情報を提供すること。

(3) 拠点病院で構成する全国的な協議会（全国地域がん診療拠点病院連絡協議会）にがん患者の5年生存率等の情報を報告するなど、総合的ながん情報の収集提供に積極的に取り組むこと。

地域がん診療拠点病院指定一覧表

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
1	北海道	独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター	札幌市白石区菊水4条2丁目3番54号	平成17年1月17日
2	北海道	市立札幌病院	札幌市中央区北11条西13丁目1-1	平成17年1月17日
3	北海道	砂川市立病院	砂川市西4条北2丁目1-1	平成17年1月17日
4	北海道	王子総合病院	苫小牧市若草町3丁目4-8	平成17年1月17日
5	北海道	総合病院北見赤十字病院	北見市北6条東2丁目	平成17年1月17日
6	北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	帯広市西6条南8丁目1	平成17年1月17日
7	北海道	JA北海道厚生連 旭川厚生病院	旭川市一条通24-111-3	平成17年1月17日
8	北海道	市立釧路総合病院	釧路市春湖台1-12	平成17年1月17日
9	青森県	八戸市立市民病院	八戸市大字田向字毘沙門平1	平成17年1月17日
10	青森県	青森県立中央病院	青森市東造道2丁目1-1	平成17年1月17日
11	岩手県	岩手県立中央病院	岩手県盛岡市上田1-4-1	平成15年12月16日
12	宮城県	宮城県立がんセンター	宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1	平成14年3月15日
13	宮城県	独立行政法人労働者健康福祉機構 東北労災病院	宮城県仙台市青葉区台原4-3-21	平成15年8月26日
14	宮城県	古川市立病院	宮城県古川市千手寺町2-3-10	平成15年8月26日
15	宮城県	石巻赤十字病院	宮城県石巻市吉野町1-7-10	平成15年8月26日
16	宮城県	公立刈田総合病院	宮城県白石市福岡蔵本字下原沖36	平成15年12月16日
17	山形県	山形県立中央病院	山形県山形市大字青柳1800	平成15年8月26日
18	福島県	財団法人 大原総合病院	福島県福島市大町6-11	平成15年8月26日
19	福島県	財団法人 慈山会医学研究所付属坪井病院	福島県郡山市安積町長久保1-10-13	平成15年8月26日
20	福島県	独立行政法人労働者健康福祉機構 福島労災病院	福島県いわき市内郷綴町沼尻3	平成15年8月26日
21	茨城県	茨城県立中央病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県西茨城郡友部町鯉淵6528	平成15年8月26日
22	茨城県	茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	茨城県土浦市真鍋新町11-7	平成15年8月26日
23	茨城県	筑波メディカルセンター病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県つくば市天久保1-3-1	平成15年8月26日
24	茨城県	株式会社日立製作所 日立総合病院 ・茨城県地域がんセンター	日立市城南町2丁目1番1号	平成17年1月17日
25	栃木県	栃木県立がんセンター	栃木県宇都宮市陽南4-9-13	平成14年12月9日
26	群馬県	群馬県立がんセンター	群馬県太田市高林西町617-1	平成14年12月9日
27	群馬県	独立行政法人国立病院機構 西群馬病院	群馬県渋川市金井2854	平成15年8月26日
28	埼玉県	埼玉県立がんセンター	埼玉県北足立郡伊奈町小室818	平成15年8月26日
29	埼玉県	埼玉赤十字病院	さいたま市中央区上落合8-3-33	平成17年1月17日
30	埼玉県	埼玉医科大学病院	入間郡毛呂山町毛呂本郷38番地	平成17年1月17日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
31	千葉県	千葉県がんセンター	千葉県千葉市中央区仁戸名町666-2	平成14年8月13日
32	千葉県	君津中央病院	千葉県木更津市桜井1010	平成14年8月13日
33	千葉県	成田赤十字病院	千葉県成田市飯田町90-1	平成15年12月16日
34	千葉県	総合病院国保旭中央病院	千葉県旭市イ1326	平成15年12月16日
35	千葉県	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院	千葉県市原市辰巳台東2-16	平成15年12月16日
36	千葉県	医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院	千葉県鴨川市東町929	平成15年12月16日
37	東京都	東京都立駒込病院	東京都文京区駒込3-18-22	平成14年3月15日
38	東京都	財団法人 癌研究会附属病院	東京都豊島区上池袋1-37-1	平成14年3月15日
39	東京都	日本赤十字社医療センター	東京都渋谷区広尾4-1-22	平成14年12月9日
40	東京都	日本赤十字社東京都支部 武蔵野赤十字病院	東京都武蔵野市境南町1-26-1	平成14年12月9日
41	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	東京都板橋区大谷口上町30-1	平成15年1月9日
42	東京都	日本医科大学付属多摩永山病院	東京都多摩市永山1-7-1	平成15年1月9日
43	東京都	NTT東日本関東病院	東京都品川区東五反田5-9-22	平成15年8月26日
44	東京都	青梅市立総合病院	東京都青梅市東青梅4-16-15	平成15年8月26日
45	東京都	東京厚生年金病院	新宿区津久戸町5-1	平成17年1月17日
46	東京都	東大和病院	東大和市南街1-13-12	平成17年1月17日
47	神奈川県	神奈川県立がんセンター	神奈川県横浜市旭区中尾1-1-2	平成14年12月9日
48	神奈川県	藤沢市民病院	藤沢市藤沢2-6-1	平成17年1月17日
49	新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	新潟県新潟市川岸町2-15-3	平成14年12月9日
50	富山県	富山県立中央病院	富山県富山市西長江2-2-78	平成14年12月9日
51	石川県	石川県済生会金沢病院	石川県金沢市赤土町二13-6	平成15年12月16日
52	福井県	福井県立病院	福井県福井市四ツ井2-8-1	平成15年8月26日
53	福井県	福井県済生会病院	福井県福井市和田中町舟橋7-1	平成15年8月26日
54	福井県	福井赤十字病院	福井県福井市月見2-4-1	平成15年8月26日
55	岐阜県	岐阜県立岐阜病院	岐阜市野一色4-6-1	平成17年1月17日
56	岐阜県	大垣市民病院	大垣市南類町4-86	平成17年1月17日
57	岐阜県	岐阜県立多治見病院	多治見市前畑町5-161	平成17年1月17日
58	岐阜県	総合病院 高山赤十字病院	高山市天満町3-11	平成17年1月17日
59	岐阜県	岐阜市民病院	岐阜市鹿島町7-1	平成17年1月17日
60	岐阜県	医療法人厚生会 木沢記念病院	美濃加茂市古井町下古井590	平成17年1月17日
61	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	静岡県駿東郡長泉町下長窪1007	平成15年8月26日
62	静岡県	静岡県立総合病院	静岡県静岡市北安東4-27-1	平成15年8月26日
63	静岡県	社団法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	浜松市三方原町3453	平成17年1月17日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
64	静岡県	社団法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院	浜松市住吉2-12-12	平成17年1月17日
65	愛知県	愛知県がんセンター 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	愛知県名古屋市千種区鹿子殿1-1	平成14年8月13日
66	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	平成15年8月26日
67	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県安城市安城町東広畔28	平成15年8月26日
68	愛知県	豊橋市民病院	愛知県豊橋市青竹町字八間西50	平成15年8月26日
69	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	海部郡弥富町大字前ヶ須新田字南本田396	平成17年1月17日
70	愛知県	小牧市民病院	小牧市常普請1-20	平成17年1月17日
71	三重県	独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	三重県久居市明神町2158-5	平成14年8月13日
72	三重県	三重県立総合医療センター	三重県四日市市大字日永5450-132	平成14年8月13日
73	三重県	山田赤十字病院	三重県度会郡御園村大字高向810	平成14年8月13日
74	三重県	三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院	松阪市川井町字小望102	平成17年1月17日
75	滋賀県	大津赤十字病院	滋賀県大津市長等1-1-35	平成15年8月26日
76	滋賀県	滋賀県立成人病センター	滋賀県守山市守山五丁目4-30	平成14年8月13日
77	滋賀県	市立長浜病院	長浜市大成亥町313	平成17年1月17日
78	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	和歌山県和歌山市小松原通4-20	平成14年12月9日
79	大阪府	大阪府立成人病センター 独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	大阪府大阪市東成区中道1-3-3	平成14年8月13日
80	大阪府	大阪府立成人病センター 独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	大阪府堺市長曾根町1179-3	平成14年12月9日
81	大阪府	市立豊中病院	大阪府豊中市柴原町4-14-1	平成14年12月9日
82	大阪府	市立岸和田市民病院	大阪府岸和田市額原町1001	平成14年12月9日
83	大阪府	社団法人全国社会保険協会連合会 星ヶ丘厚生年金病院	大阪府枚方市星丘4-8-1	平成14年12月9日
84	大阪府	独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター	大阪府河内長野市木戸東町2-1	平成14年12月9日
85	大阪府	高槻赤十字病院	大阪府高槻市阿武野1-1-1	平成14年12月9日
86	大阪府	大阪赤十字病院	大阪府大阪市天王寺区筆ヶ崎町5-30	平成14年12月9日
87	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	大阪府大阪市住吉区万代東3-1-56	平成14年12月9日
88	大阪府	東大阪市立総合病院	大阪府東大阪市西岩田3-4-5	平成15年8月26日
89	大阪府	大阪市立総合医療センター	大阪市都島区都島本通2丁目13番22号	平成17年1月17日
90	奈良県	奈良県立医科大学附属病院	橿原市四条町840番地	平成17年1月17日
91	鳥取県	鳥取県立厚生病院	鳥取県倉吉市東昭和町150	平成15年12月16日
92	鳥取県	独立行政法人 国立病院機構 米子医療センター	米子市車尾4-17-1	平成17年1月17日
93	島根県	松江市立病院	島根県松江市灘町101	平成14年8月13日
94	島根県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	島根県浜田市黒川町3748	平成14年12月9日
95	島根県	松江赤十字病院	松江市母衣町200番地	平成17年1月17日
96	島根県	島根大学医学部附属病院	出雲市塩治町89-1	平成17年1月17日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
97	鳥根県	鳥根県立中央病院	出雲市姫原4-1-1	平成17年1月17日
98	鳥根県	益田赤十字病院	益田市乙吉町イ103-1	平成17年1月17日
99	岡山県	岡山済生会総合病院	岡山県岡山市伊福町1-17-18	平成14年12月9日
100	岡山県	総合病院岡山赤十字病院	岡山県岡山市青江2-1-1	平成15年12月16日
101	岡山県	財団法人 倉敷中央病院	岡山県倉敷市美和1-1-1	平成15年12月16日
102	岡山県	財団法人 津山慈風会 津山中央病院	岡山県津山市川崎1756	平成17年1月17日
103	山口県	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター	山口県岩国市黒磯町2-5-1	平成14年8月13日
104	山口県	総合病院社会保険徳山中央病院	山口県周南市孝田町1-1	平成15年12月16日
105	山口県	山口県立中央病院	山口県防府市大崎77	平成15年12月16日
106	山口県	山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院	山口県柳井市大字古開作1000-1	平成17年1月17日
107	徳島県	徳島県立中央病院	徳島県徳島市蔵本町1-10-3	平成14年3月15日
108	香川県	三豊総合病院	香川県三豊郡豊浜町大字姫浜708	平成15年12月16日
109	香川県	香川県立中央病院	高松市番町5-4-16	平成17年1月17日
110	愛媛県	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	愛媛県松山市堀之内13	平成14年3月15日
111	愛媛県	住友別子病院	新居浜市王子町3-1	平成17年1月17日
112	愛媛県	市立宇和島病院	宇和島市御殿町1-1	平成17年1月17日
113	高知県	高知中央病院	高知県高知市桜井町2-7-33	平成14年8月13日
114	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	福岡県福岡市南区野多目3-1-1	平成14年8月13日
115	福岡県	北九州市立医療センター	福岡県北九州市小倉北区馬借2-1-1	平成14年8月13日
116	福岡県	飯塚病院	福岡県飯塚市芳雄町3-83	平成14年8月13日
117	福岡県	久留米大学病院	福岡県久留米市旭町67	平成14年12月9日
118	福岡県	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	福岡県古賀市千鳥1-1-1	平成15年12月16日
119	福岡県	大牟田市立総合病院	福岡県大牟田市宝坂町2-19-1	平成15年12月16日
120	福岡県	公立八女総合病院	八女市大字高塚540-2	平成17年1月17日
121	福岡県	社会保険田川病院	田川市上本町10-18	平成17年1月17日
122	佐賀県	佐賀県立病院好生館	佐賀県佐賀市水ヶ江1-12-9	平成14年12月9日
123	長崎県	佐世保市立総合病院	長崎県佐世保市平瀬町9-3	平成14年8月13日
124	長崎県	長崎市立市民病院	長崎県長崎市新地町6-39	平成14年12月9日
125	長崎県	日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県長崎市茂里町3-15	平成14年12月9日
126	長崎県	独立行政法人 国立病院機構 長崎医療センター	大村市久原2-1001-1	平成17年1月17日
127	熊本県	熊本市立熊本市民病院	熊本市湖東1-1-60	平成17年1月17日
128	大分県	大分赤十字病院	大分県大分市千代町2-2-37	平成14年12月9日
129	大分県	大分県立病院	大分県大分市大字豊饒476	平成14年12月9日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
130	宮崎県	県立宮崎病院	宮崎県宮崎市北高松町5-30	平成15年8月26日
131	宮崎県	県立日南病院	宮崎県日南市木山1-9-5	平成15年8月26日
132	宮崎県	独立行政法人 国立病院機構 都城病院	都城市祝吉町5033-1	平成17年1月17日
133	宮崎県	宮崎県立延岡病院	延岡市新小路2-1-10	平成17年1月17日
134	沖縄県	北部地区医師会病院	名護市宇茂佐1712-3	平成17年1月17日
135	沖縄県	那覇市立病院	那覇市古島2丁目31番地の1	平成17年1月17日

平成14年 3月15日	5箇所指定
平成14年 8月13日	15箇所指定
平成14年12月 9日	24箇所指定
平成15年 1月 9日	2箇所指定
平成15年 8月26日	26箇所指定
平成15年12月16日	15箇所指定
平成17年 1月17日	48箇所指定

計 135箇所

政策医療ネットワーク

政策医療の4本柱

ナショナルセンター
(国立病院機構の病院)

- 国の危機管理や積極的国際貢献
- 戦略的医療（先駆的医療開発・普及等）
- 歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な医療（最後の砦）

危機管理・国際貢献

- 災害医療
- 国際的感染症
- 国際医療協力

最後の砦

- エイズ
- 精神疾患
- 重症心身障害
- 神経・筋疾患
- 骨・運動器疾患
- 結核・呼吸器疾患

政策医療19分野

戦略的医療

- がん
- 循環器病
- 免疫異常
- 成育医療
- 長寿医療
- 腎疾患
- 肝疾患
- 感覚器疾患
- 血液・造血器疾患
- 内分泌・代謝疾患

各国立病院機構施設が得意分野に参加

診療

- 高度先駆的医療
- 標準化医療
- 専門的医療

臨床研究

- 政策医療に直接必要な臨床研究
- 新しい診断・治療法の開発普及
- 医薬品等の臨床試験 e t c

教育研修

- 政策医療を支える教育研修
- 研修医・レジデント等の教育研修
- 保健師等専門職への教育研修
- 地域医療研修 e t c

情報発信

- 政策医療を支える情報発信
- ホームページによる情報発信
- 政策医療分野の各疾患相談
- 研究成果の公開 e t c

国立がんセンター

ナショナルセンター

北海道 北海道がん	東北 仙台医療	関東信越 東京医療	東海北陸 名古屋医療	近畿 大阪医療	中国 呉医療	四国 四国がん	九州 九州がん
西札幌・札幌南	弘前	水戸医療 霞ヶ浦医療 栃木 高崎 沼田 西群馬 西埼玉中央 千葉医療 相模原 横浜医療 松本 長野	静岡医療 豊橋東・豊橋 三重中央医療 金沢医療	福井 京都医療 舞鶴医療 大阪南医療 姫路医療 神戸医療 奈良 南和歌山医療	米子医療 浜田医療 岡山医療 福山医療 大竹・原 東広島医療 関門医療 岩国医療	善通寺・香川小児 高知	小倉 九州医療 佐賀 長崎医療 熊本医療 大分医療 別府医療 都城 九州循環器 指宿

基幹医療施設

専門医療施設

全国がん（成人病）センター協議会について

1. 歴 史

全国がん（成人病）センター協議会（通称「全がん協」）は、昭和40年に発足した「全国がん（成人病）センター連絡懇談会」を母体とし、構成施設の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断及び治療等の向上に資することを目的として、昭和48年に設立された。

2. 目 的

この協議会は、構成施設の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断及び治療等の向上に資することを目的として、次の事業を行っている。

- (1) がん予防、診断及び治療等の向上に必要な諸問題の調査及び研究
- (2) 施設運営上の諸問題に関する調査及び研究
- (3) 必要な出版物の刊行並びに講演会等の開催
- (4) その他、目的達成の事業

3. 加盟のための条件

加盟要件の解釈については以下のとおり。

- (1) 新入院患者数におけるがん患者の占める比率が30%以上
- (2) がんの専門的医療機能・体制を有する
- (3) 地域がん診療拠点病院の指定を受けたもの
- (4) 都道府県の医療計画においてがん医療の中心的医療施設として明確に位置づけられているもの

4. 加盟施設数（平成16年4月1日現在）

[国立]	2施設	}	合計30施設（25都道府県）
[国立病院機構]	6施設		
[公立等]	22施設		

（参考） 全国がん（成人病）センター協議会ホームページ

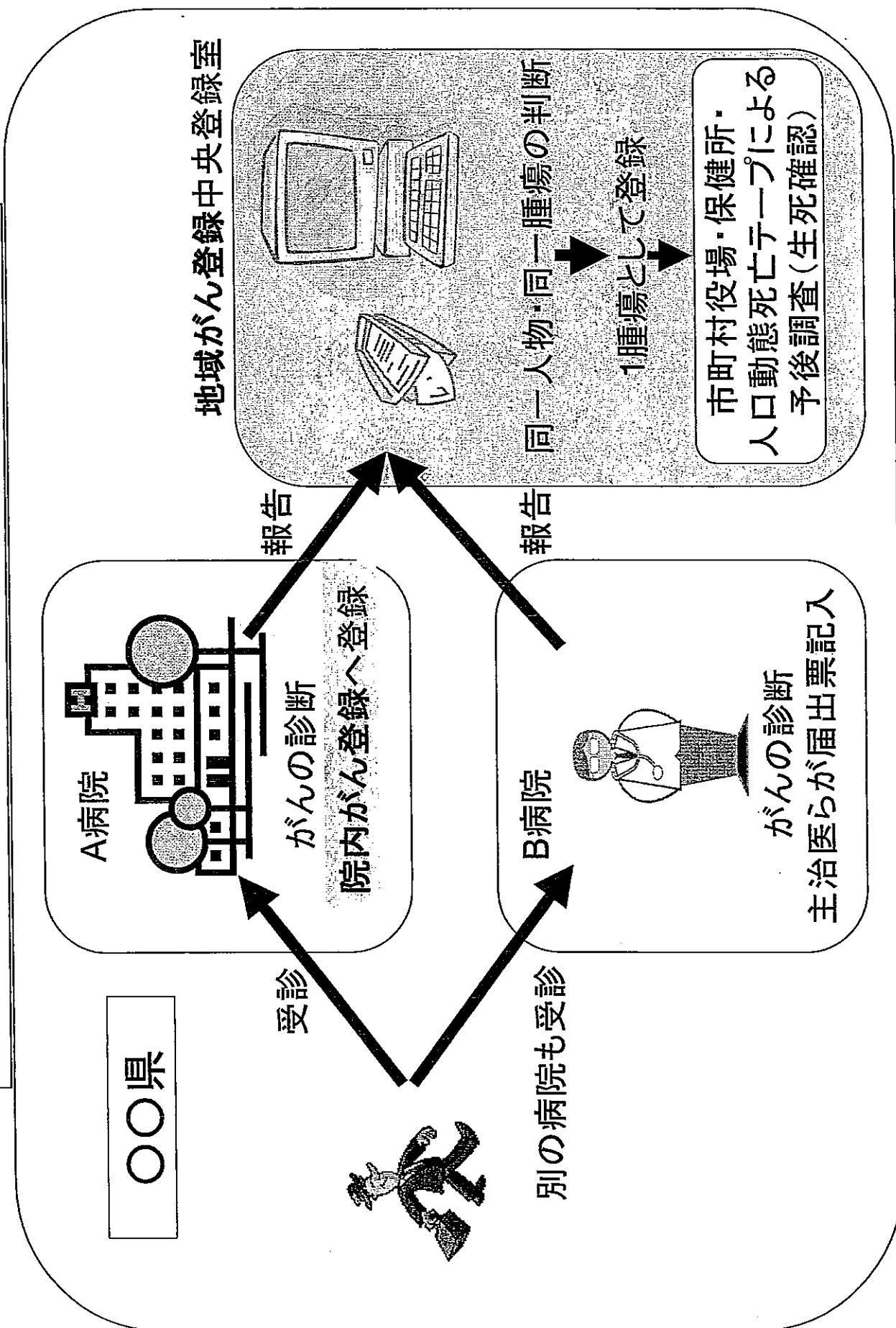
<http://www.zengankyo.ncc.go.jp/index.html>

全国がん（成人病）センター協議会名簿

平成16年4月1日現在

施設名	所在地	電話番号
独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2-3-54	TEL 011-811-9111 FAX 011-832-0652
青森県立中央病院	〒030-8553 青森市東造道2-1-1	TEL 017-726-8038 FAX 017-726-8325
岩手県立中央病院	〒020-0066 盛岡市上田1-4-1	TEL 019-653-1151 FAX 019-653-2528
宮城県立がんセンター	〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1	TEL 022-384-3151 FAX 022-381-1168
山形県立がん・生活習慣病センター	〒990-2292 山形市青柳1800	TEL 023-685-2616 FAX 023-685-2605
茨城県立中央病院	〒309-1793 西茨城郡友部町鯉淵6528	TEL 0296-77-1121 FAX 0296-77-2886
栃木県立がんセンター	〒320-0834 宇都宮市陽南4-9-13	TEL 028-658-5151 FAX 028-658-5669
群馬県立がんセンター	〒373-8550 太田市高林西町617-1	TEL 0276-38-0771 FAX 0276-38-0614
埼玉県立がんセンター	〒362-0806 北足立郡伊奈町大字小室818	TEL 048-722-1111 FAX 048-722-1129
千葉県がんセンター	〒260-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2	TEL 043-264-5431 FAX 043-262-8680
国立がんセンター中央病院	〒104-0045 中央区築地5-1-1	TEL 03-3542-2511 FAX 03-3545-3567
国立がんセンター東病院	〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1	TEL 0471-33-1111 FAX 0471-31-9960
(財) 癌研究会附属病院	〒170-8455 豊島区上池袋1-37-1	TEL 03-3918-0111 FAX 03-3918-0167
東京都立駒込病院	〒113-8677 文京区本駒込3-18-22	TEL 03-3823-2101 FAX 03-3823-5433
神奈川県立がんセンター	〒241-0815 横浜市旭区中尾一丁目1番2号	TEL 045-391-5761 FAX 045-361-4692
新潟県立がんセンター新潟病院	〒951-8566 新潟市川岸町2-15-3	TEL 025-266-5111 FAX 025-266-5112
富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2-2-78	TEL 076-424-1531 FAX 076-422-0667
静岡県立静岡がんセンター	〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007	TEL 055-989-5222 FAX 055-989-5783
愛知県がんセンター	〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1	TEL 052-762-6111 FAX 052-764-2963
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1	TEL 052-951-1111 FAX 052-951-0664
福井県立病院	〒910-8526 福井市四ツ井2-8-1	TEL 0776-54-5151 FAX 0776-54-6138
滋賀県立成人病センター	〒524-8524 守山市守山5-4-30	TEL 077-582-5031 FAX 077-582-5426
大阪府立成人病センター	〒537-8511 大阪市東成区中道1-3-3	TEL 06-6972-1181 FAX 06-6981-3000
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14	TEL 06-6942-1331 FAX 06-6943-6467
兵庫県立成人病センター	〒673-8558 明石市北王子町13-70	TEL 078-929-1151 FAX 078-929-2380
独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	〒737-0023 呉市青山町3-1	TEL 0823-22-3111 FAX 0823-21-0478
山口県立中央病院	〒747-8511 防府市大字大崎77	TEL 0835-22-4411 FAX 0835-22-9352
独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	〒790-0007 松山市堀之内13	TEL 089-932-1111 FAX 089-931-2428
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	〒811-1395 福岡市南区野多目3-1-1	TEL 092-541-3231 FAX 092-551-4585
佐賀県立病院好生館	〒840-8571 佐賀市水ヶ江1-12-9	TEL 0952-24-2171 FAX 0952-29-9390

がん登録の仕組み



がん登録の機能

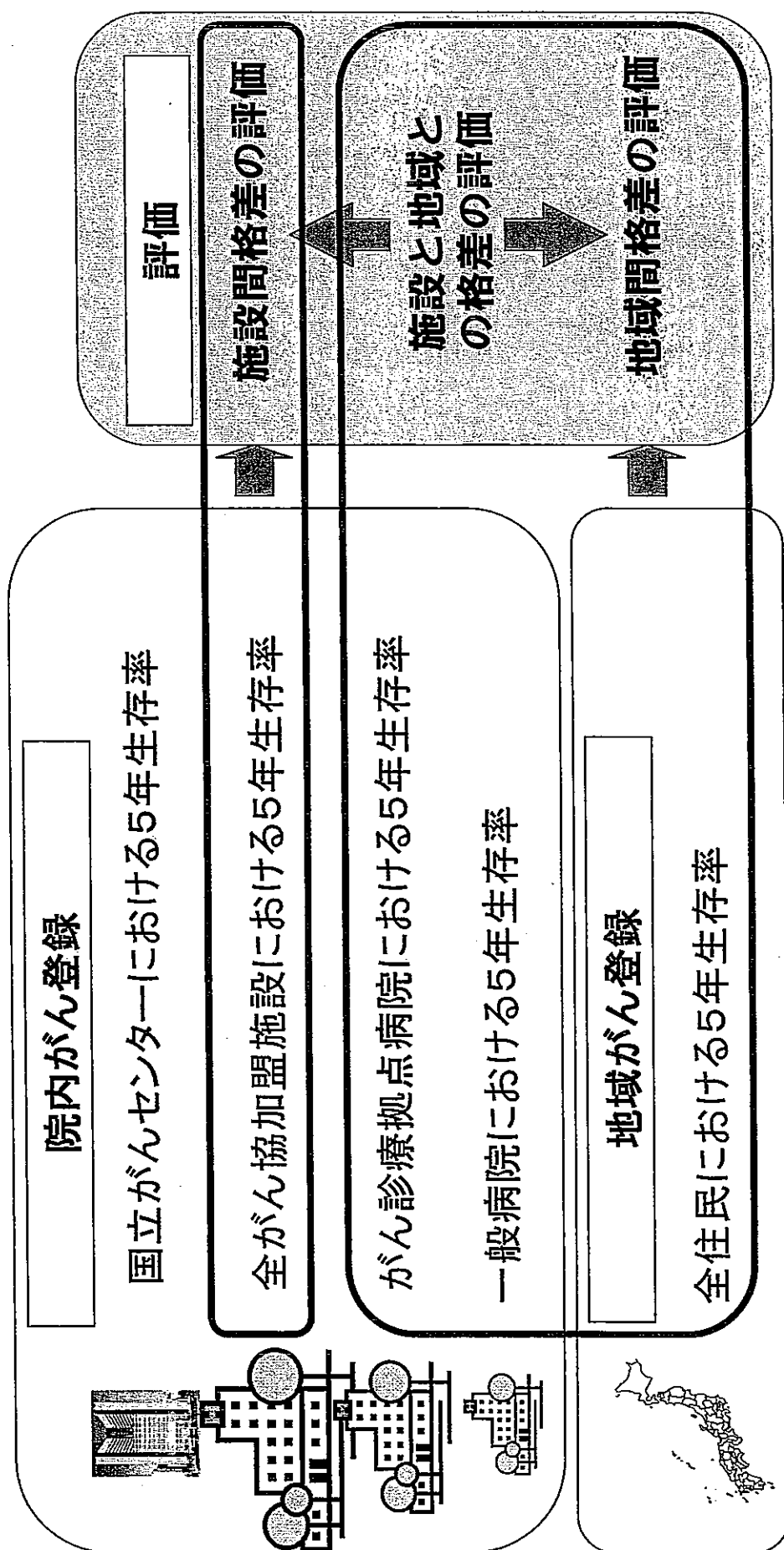
院内がん登録

- 施設で診療したがん患者を全て把握する
- 全登録がん患者の生存状況を追跡する
(患者へ直接コンタクト)
- 施設の全登録患者の生存率を計測する
- 性年齢別・部位別・進行度別に算出する

地域がん登録

- 地域におけるがん罹患数を全て把握する
- がん罹患率を計測する
- 全登録がん患者の生存状況を追跡する
(住民基本台帳、人口動態統計等を利用)
- 地域の全罹患者の生存率を計測する
- 地区別・性年齢別・部位別・進行度別に算出する

がん医療における均てん化の評価 (5年生存率を指標として用いた場合)



格差あり → 原因究明 → 解消 → 均てん化の促進
→ 生存率向上 → がん死亡の減少

米国：がん治療施設承認の8条件

(承認は3年毎更新)

1. 公的機関による病院評価と承認(JCAHO:病院評価機構など)
2. “がんプログラム”活動の実行に責任を持つ院内のがん委員会の存在
3. 院内がん登録
院内がん登録データを用いたがん診療改善の評価と生涯に渡るフォローアップ。全国集計への提出。Special Studyへの参加。
4. 適切な医療サービスの提供
放射線治療設備の整備、がん治療専門医の配置、がん専門看護師の配置等
5. 臨床試験
6. 地域に対するサービス
退院患者へのケア、予防・早期発見プログラムの提供など
7. スタッフの教育(医療関係者と院内がん登録スタッフへの学習機会の提供)
8. 医療サービスの質を高めるための調査と医療の改善プログラムの実行

がん医療均てん化の評価を行う上での 問題点と解決策

	問題点	解決策
院内が ん登録	病院としての症例の登録ができていない(各診療科データの寄せ集めに過ぎない例がある)	1. 実務者(腫瘍登録士)の確保 ・ポストの確保:技量に見合う報酬 ・質の確保(資格認定制度・学会の設立) 2. 財源確保(診療報酬加算)
	標準方式が浸透していない ・自施設症例の定義の不一致 ・必要な臨床情報の記載漏れ ・標準化登録内容の理解不足	1. 標準方式を決定する中央組織 ・標準定義の決定・更新 ・標準システム仕様の決定・更新 2. 標準方式を普及させる仕組み ・教育・研修システム
	追跡不能例が多い (とくに新規登録開始施設)	3. 標準方式の基盤となる体制 ・カルテの記載の標準化(医師の教育) ・電子カルテへの対応(関係者・関係機関との連携) 1. 予後調査を担当する実務者の確保 2. 地域がん登録の追跡情報利用 3. 住民票情報の円滑利用
地域が ん登録	地域全体の症例の把握が不完全である	1. 法的整備(がん登録に関する法整備) 2. 財政支援 3. 院内がん登録の整備
	追跡調査が過剰な負担となる	1. 人口動態統計死亡情報の円滑利用 2. 住民票情報の円滑利用

地域がん診療拠点病院 院内がん登録標準項目 2003年度版

- : 必須項目
○ : 推奨項目 (院内がん登録として登録することが望ましい項目)
△ : オプション項目 (施設の目的に応じて入力する項目)

院内がん登録運用で推奨となっている項目については、登録の有無にかかわらず、提出項目と記載 (図解) の順に従って、出力する。推奨項目で登録を行っていない項目の場合は、空欄でデータを提出するとともに、提出項目と記載 (図解) に従い、登録の有無についても提出する。
登録項目の選択については、施設が他機関と連携実施している場合、地域がん登録から登録されている項目については、院内がん登録運用の項目を必須項目とする必要がある。今回提示している地域がん登録への提出項目については、標準的な項目に過ぎない。詳細については、地域がん登録中央登録室にお問い合わせの上、各施設で決定する。

大項目	項目番号	項目名	分類方法	がん診療拠点病院 院内がん登録運用 必須・推奨・オプションの別	拠点病院連携への提出 (●を提出)	備考
基本情報	10	患者ID番号	患者ID番号 自由形式	●		
	20	重複番号	当該施設における多重がんの有無を把握するためのコード	●	●	
	30	フリカナ		○		
	40	氏名	役場照会 (戸籍・住民票) による予後調査のために、通称等ではなく、本名を登録	●		
	50	性別	1 男 2 女 9 不明	●	●	
	60	生年月日	日付	●	●	
	70	出生地コード	01 北海道～47 沖縄 99 不詳	△	(西暦生年月を提出)	
	80	診断時刻要番号		○		
	90	診断時刻通病系コード	01 北海道～47 沖縄 99 不詳	●	●	
	100	診断時住所	住所	●		
診断情報	110	当該腫瘍初診日	日付	●	● (西暦年月を提出)	前医・当該施設を含め、医師によりはじめて該当がんの存在の可能性が臨床的に疑察された日。 前医において該当がん初回治療前の診断のため行った検査のうち「がん」と診断する根拠となった検査を行った日。(検査の根拠については、[項目350]の番号の小さい方を優先する) 当該施設に該当がん初回治療前の診断のため行った検査のうち「がん」と診断する根拠となった検査を行った日。(検査の根拠については、[項目350]の番号の小さい方を優先する)
	120	診断日0	日付	△		
	130	診断日1	日付	●	● (西暦生年月を提出)	
	140	診断日2	日付	●	● (西暦年月を提出)	
	150	来院経路	○ 自主 紹介(1 他院より 2 がん検診 3 腫瘍診断 4 人間ドック) 5 当該施設にて他疾患の経過観察中 6 剖検にて 8 その他 9 不明	●	●	
	160	診断結果	1 新発生腫瘍 2 疑診 3 治療開始後			
	170	診断時指示	1 入院 2 外来治療 3 外来経過観察 4 他院へ紹介 9 来院中断	●	●	
	180	症例区分	1 診断のみの症例 2 診断ならびに初回治療に関する決定・移行がなされた症例 3 他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・移行が行われた症例 4 新発生初回治療開始後の継続治療の症例、もしくは、再発の症例 5 剖検による診断の症例 6 登録開始日以前の症例 8 その他	●	●	知点病院院内がん登録においては、「診断結果 (項目170) と診断時指示 (項目180) の組み合わせ」もしくは、症例区分 (項目180) の少なくとも一方を必須とする。双方登録可能な場合は、双方登録する。
	190	告知状況	1 進行度や生命予後についての見込みなどを告知 2 療名告知のみ 3 悪性以外の告知 4 精神的・身体的理由で告知できず 8 前医で告知済 9 告知の内容不詳	○	●	登録を行っていない施設の場合は、空欄でデータを提出するとともに、提出項目ご記載 (図解) に従い、登録の有無についても提出する

大項目	項目番号	項目名	分類方法	がん診療拠点病院 院内がん登録運用 必須・推奨・オプションの別	拠点病院統計への提出 (●を提出)	備考
腫瘍検査	200	部位コード	ICD-O-3 局在 (T)コード4桁	●	●	原則的にICD-O-3 局在コードにより登録する。ただし、ICD-10により登録が行われている場合は、直ちに変更する必要はないが、将来的にICD-O-3の局在コードで登録を行えるよう随時変更を行う。
	210	部位用語補足	(フリーテキスト) 部位コードで不十分と感われる場合、追加で補足内容を入力	○	●	ICD-10を部位コードとして用いている登録の場合、登録項目として推奨(O)
	220	部位の側性	1 右側 2 左側 3 片側(左右の別不明) 4 両側 9 不明もしくは正中に位置する腫瘍	●	●	側性を有しない臓器は、空欄、もしくは0
	230	ステージ (治療前)	0 0期 1 Ⅰ期 2 Ⅱ期 3 Ⅲ期 4 Ⅳ期	○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	主要5部位のがん：「他臓がん診療連携拠点病院の在り方に関する検討会」で決定された部位のがん：肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん、乳がん ステージ (術後病理学的) [項目270]は、手術摘出後体をもとに行われた病理組織学的診断により判断される。腫瘍の縮小を目的とした化学療法の後、手術を施行した場合は、ステージ (治療前) [項目230]を優先し、ステージ (術後病理学的) [項目270]には、ステージを登録しない。
	240	T		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	250	N		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	260	M		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	270	ステージ (術後病理学的)	0 0期 1 Ⅰ期 2 Ⅱ期 3 Ⅲ期 4 Ⅳ期	○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	280	pT		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	290	pN		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	300	pM		○ (主要5部位については、●)	● (主要5部位)	
	310	進展度 (治療前)	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明	●	●	進展度 (術後病理学的) [項目320]は、手術摘出後体をもとに行われた病理組織学的診断により判断される。腫瘍の縮小を目的とした化学療法の後、手術を施行した場合は、進展度 (治療前) [項目310]を優先し、進展度 (術後病理学的) [項目320]には、進展度を登録しない。
	320	進展度 (術後病理学的)	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明	●	●	
腫瘍検査	330	組織コード	ICD-O-3 形態 (M)コード (6桁)	●	●	腫瘍の縮小を目的とした化学療法の後、手術を施行した場合は、術前の組織コードを優先する。 また、現在、ICD-O-2の形態コードを用いて、登録を行っている場合は、と面の間、ICD-O-2による登録・集計時のデータの提出を可とする。
	340	組織診断名	(フリーテキスト) 組織コードで不十分と感われる場合、追加で補足内容を入力	○		腫瘍が縮小を目的とした化学療法の後、手術を施行した場合は、術前の組織コードを優先する。
	350	診断根拠	1 組織学的検査陽性 2 細胞診陽性 3 顕微鏡的診断による確認 4 組織診・細胞診以外の検体検査による細胞陽性 5 がん病巣画像下の肉眼所見による診断 6 放射線画像診断 7 臨床診断のみ 9 不明 もしくは、顕微鏡的診断の不明	●	●	

大項目	項目番号	項目名	分類方法	がん診療拠点病院 院内がん登録適用 必須・推奨・オプションの別	拠点病院集計への提出 (●を提出)	備考
初回治療情報	360	X線検査	1 有 2 無 9 不明	○		
	370	内視鏡	1 有 2 無 9 不明	○		
	380	超音波	1 有 2 無 9 不明	○		
	390	腫瘍マーカー	1 有 2 無 9 不明	○		
	400	CT/MRI	1 有 2 無 9 不明	○		
	410	病理	1 有 2 無 9 不明	○		
	420	細胞診	1 有 2 無 9 不明	○		
	430	組織診	1 有 2 無 9 不明	○		
	440	腫瘍情報自由記載欄		○		
	450	初回治療開始日	日付	○	●	
	460	外科的治療の有無	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	470	外科的治療の施行日	日付	○	●	
	480	内科的治療の有無	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	490	内科的治療の施行日	日付	○	●	
	500	内科的治療の有無	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	510	内科的治療の施行日	日付	○	●	
	520	外科的・内科的・内科的・内科的治療の結果	1 治療完全 2 治療不完全 3 治療完全/不完全の別不詳 4 姑息/対症療法 8 その他 9 不詳	○		
	530	入院日(初回治療)	日付	●	(西暦年月を提出)	
	540	通院日(初回治療)	日付	○		
	550	放射線治療	1 有 2 無 9 不明	○	●	
予後情報	560	化学療法	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	570	免疫療法・BRM	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	580	免疫療法	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	590	内分泌療法	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	600	TALE	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	610	PEIT	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	620	温熱療法	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	630	レーザー等治療(保険)	1 有 2 無 9 不明	○	●	
	640	治療情報自由記載欄		○		
	650	最終生存確認日	日付	○	●	(西暦年月を提出)
	660	死亡日	日付	○	●	(西暦年月を提出)
	670	結果	○ 生存 1 死亡 9 生死不明	○	●	
	680	死因	1 原病死 2 他部位のがん死 8 他病死 9 不明	○		
	690	死因テキスト		○		
	700	死亡診断書発行	1 自院 8 その他 9 不明	○		
	710	死亡場所	1 自院 2 他院 3 自宅 8 その他 9 不明	○		
	720	解剖の有無	1 有 2 無 9 不明	○		
	730	調査方法	1 来院情報 2 死亡退院情報 3 役場照会 4 地域がん登録情報 8 その他	○	●	
	740	調査日	日付	○		
	750	国籍	○ 日本人 1 外国人 9 不明	○		
	760	年齢		△		
	770	癌種番号		△		
診療情報	780	最新郵便番号		○		
	790	最新住所		○		
	800	世帯主		○		
	810	診療科		○		
	820	病棟		○		
	830	主治医		○		
	840	紹介元		○		
	850	紹介先		○		
	860	地域がん登録	未届出 届出済み	○		
	870	登録日	日付	△		

地域がん診療拠点病院全国集計提出用フォーマット (2003年度版)

1. 施設データ

下記の順番に従い、csvファイルにより提出する。

提出項目番号	定義	分類方法	備考
1	調査年	西暦年で記入	
2	都道府県番号	01 北海道～47 沖縄 99 不明 (選択入力)	
3	施設名	テキスト (病院名)	
4	全病床数		
5	がん専門病床割合	がん患者に割り当てる病床数が固定されている施設においては、病院全病床数とがん病床数を、固定されていない施設においては、提出指定年における全入院患者における全がん患者の合計入院日数と全がん患者の合計入院日数との割合を算出し、全病床数とともに提出する。 $\text{がん専門病床割合} = \frac{(\text{全がん入院患者数} \times \text{全がん入院患者数の平均在院日数})}{(\text{全入院患者数} \times \text{全入院患者数の平均在院日数})}$	
6	院内がん患者死亡数	提出指定年における院内死亡患者の内、死亡診断書にがんの記載のあった数	
7	院内がん死亡患者の病理解剖数	提出指定年における院内死亡患者の内、がんの記載のあった死亡診断書のうち剖検実施例の数	
8	がん患者の平均在院日数	厚生労働省の病院報告との比較を可能にするため、病院報告において用いられている平均在院日数の算定式を用い、がん患者の平均在院日数を計算する。 $\text{がん患者の平均在院日数} = \frac{1}{2} \times (\text{年間新入院がん患者数} + \text{年間退院がん患者数})$	
9	提出腫瘍数 (診断年調査)		
10	登録腫瘍対象 (診断年調査)	1 外来・入院を含めた全腫瘍 2 入院のみ 3 入院と一部外来 4 外来のみ 5 外来と一部入院 6 その他	
11	提出腫瘍数 (n年後調査)		n年後調査が複数 の場合もある。 例) 5年後調査、 10年後調査など
12	登録腫瘍対象 (n年後調査)	1 外来・入院を含めた全腫瘍 2 入院のみ 3 入院と一部外来 4 外来のみ 5 外来と一部入院 6 その他	

提出項目番号	定義	分類方法	備考
13	重複番号	1 登録事項 2 非登録事項	
	性別	1 登録事項 2 非登録事項	
	生年月日	1 登録事項 2 非登録事項	
	診断時都道府県コード	1 登録事項 2 非登録事項	
	当院腫瘍初診日	1 登録事項 2 非登録事項	
	診断日1	1 登録事項 2 非登録事項	
	診断日2	1 登録事項 2 非登録事項	
	来院経路	1 登録事項 2 非登録事項	
	診断結果	1 登録事項 2 非登録事項	
	診断時指示	1 登録事項 2 非登録事項	
	症例区分	1 登録事項 2 非登録事項	
	告知状況	1 登録事項 2 非登録事項	
	部位コード	1 ICD-O-3もしくはICD-O-2 2 ICD-10 3 その他 4 非登録事項	
	部位用結補足	1 登録事項 2 非登録事項	
	部位の側性	1 登録事項 2 非登録事項	
	ステージ (治療前)	1 登録事項 2 非登録事項	
	T	1 登録事項 2 非登録事項	
	N	1 登録事項 2 非登録事項	
	M	1 登録事項 2 非登録事項	
	ステージ (術後病理学的)	1 登録事項 2 非登録事項	
	pT	1 登録事項 2 非登録事項	
	pN	1 登録事項 2 非登録事項	
	pM	1 登録事項 2 非登録事項	
	進展度 (治療前)	1 登録事項 2 非登録事項	
	進展度 (術後病理学的)	1 登録事項 2 非登録事項	
	組織コード	1 ICD-O-3 2 ICD-O-2 3 その他 4 非登録事項	
	診断根拠	1 登録事項 2 非登録事項	
	外科的治療の有無	1 登録事項 2 非登録事項	
	体腔鏡的治療の有無	1 登録事項 2 非登録事項	
	内視鏡的治療の有無	1 登録事項 2 非登録事項	
	入院日 (初回治療)	1 登録事項 2 非登録事項	
	放射線治療	1 登録事項 2 非登録事項	
	化学療法	1 登録事項 2 非登録事項	
	免疫療法・BRM	1 登録事項 2 非登録事項	
	内分泌療法	1 登録事項 2 非登録事項	
	TAE	1 登録事項 2 非登録事項	
	PEIT	1 登録事項 2 非登録事項	
	温熱療法	1 登録事項 2 非登録事項	
	レーザー等治療 (焼灼)	1 登録事項 2 非登録事項	
	最終生存確認日	1 登録事項 2 非登録事項	
	死亡日	1 登録事項 2 非登録事項	
	結果	1 登録事項 2 非登録事項	
	調査方法	1 登録事項 2 非登録事項	
14	院内がん登録に関する記述	フリーテキスト	「標準項目とその定義」と異なる定義により登録を行っている場合、その記述を行う。 例) 多重がんの定義については医師の判断による多重がんを登録している

地域がん診療拠点病院全国集計提出用フォーマット（2003年度版）

II. 個票データ

個票データ集出手順

1. 調査用日付を、「診断日2 [項目番号140]」>「当該腫瘍初診日 [項目番号110]」>「当該腫瘍初回入院日 [項目番号530]」もしくは、入院日（初回治療）[項目540]の優先順位により選択する。
2. 調査用日付が、調査指定年の1月1日から12月31日の間にある症例を抽出。調査指定年は、比較的最近の登録に関する調査年（予後情報なし）と予後情報を含む調査年の複数年を指定する（前者は、予後情報については、空欄）。
3. さらに、症例区分 [項目番号180]が、「1, 2, 3」の症例、もしくは、診断結果 [項目番号160]が、新発生（確診）の症例を抽出
4. 集計必須項目以外は削除
5. 抽出症例に連番をつける。
6. CSV形式で書き出し、地域がん診療拠点病院全国協議会事務局に郵送する。

※印は、登録情報には含まれていないが、個票提出時に別途抽出もしくは計算し、個票データに加える必要のあるもの。

項目番号	項目名	形式	備考
※	施設名	施設名を記入（テキスト）	
※	連番	提出時に抽出した個票に対し、適当な連番を振る	
※	調査指定年	調査指定年を記載	
20	腫瘍番号	その施設における患者の腫瘍番号 1 第1がん、2 第2がん、...	
50	性別	1 男 2 女 9 不明	
60	生年月日	西暦年月のみ	
90	診断時都道府県コード	01 北海道～47 沖縄 99 不明	
110	当該腫瘍初診日	西暦年月を提出	
130	診断日1	西暦年月を提出	
140	診断日2	西暦年月を提出	
150	来院経路	0 自主 紹介(1 他院より 2 がん検診 3 健康診断 4 人間ドック) 8 その他 9 不明	
160	診断結果	1 新発生確診 2 疑診 3 治療開始後	
170	診断時指示	1 入院 2 外来治療 3 外来経過観察 4 他院へ紹介 9 来院中断	拠点病院院内がん登録においては、「診断結果（項目170）」と「診断時指示（項目180）」の組み合わせ」もしくは、症例区分（項目（190）の少なくとも一方を必須とする。双方登録可能な場合は、双方登録する。
180	症例区分	1 診断のみの症例 2 診断ならびに初回治療に関する決定・施行がなされた症例 3 他施設で診断確定され、自施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例 4 新発生初回治療開始後の継続治療の症例、もしくは、再発の症例 5 初診による診断の症例 6 登録開始日以前の症例 8 その他	
190	告知状況	1 進行度や生命予後についての見込みなどを含めた告知 2 病名告知のみ 3 悪性以外の告知 4 精神的・身体的理由で告知できず 8 前医で告知済 9 告知の内容不詳	

項目番号	項目名	形式	備考
200	部位コード	ICD-O-3 局在 (T)コード4桁	もしくは、ICD-10
210	部位用語補足	(フリーテキスト) 部位コードで不十分と思われる場合、追加で補足内容を入力	
220	部位の側性	0もしくは空欄 側性を有しない臓器 1 右側 2 左側 3 片側(左右の別不明) 4 両側 9 不明もしくは正中に位置する臓器	
230	ステージ (治療前)	0 0期 1 I期 2 II期 3 III期 4 IV期	主要5部位のみ
240	T	X TX 0 TO 1s T1s 1 T1 2 T2 3 T3 4 T4 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
250	N	X NX 0 NO 1 N1 2 N2 3 N3 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
260	M	X MX 0 MO 1 M1 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
270	ステージ (術後病理学的)	0 0期 1 I期 2 II期 3 III期 4 IV期	主要5部位のみ
280	pT	X pTX 0 pTO 1s pT1s 1 pT1 2 pT2 3 pT3 4 pT4 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
290	pN	X pNX 0 pNO 1 pN1 2 pN2 3 pN3 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
300	pM	X pMX 0 pMO 1 pM1 9 不明 空欄 対象外の臓器	主要5部位のみ
310	進展度 (治療前)	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明	

項目番号	項目名	形式	備考
320	進展度（術後病理学的）	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明	
330	組織コード	ICD-O-3 形態 (M) コード (6桁)	もしくは、ICD-O-2
350	診断根拠	1 組織学的検査陽性 2 細胞診陽性 3 顕微鏡的診断による確認 4 組織診・細胞診以外の検体検査による結果陽性 5 がん病巣直視下の肉眼所見による診断 6 放射線画像診断 7 臨床診断のみ 9 不明 もしくは、顕微鏡的診断の不明	
460	治療・入院情報	外科的治療の有無	1 有 2 無 9 不明
480		体腔鏡的治療の有無	1 有 2 無 9 不明
500		内視鏡的治療の有無	1 有 2 無 9 不明
530		入院日（初回治療）	西暦年月を提出
550		放射線治療	1 有 2 無 9 不明
560		化学療法	1 有 2 無 9 不明
570		免疫療法・BRM	1 有 2 無 9 不明
580		内分泌療法	1 有 2 無 9 不明
590		TAE	1 有 2 無 9 不明
600		PEIT	1 有 2 無 9 不明
610		温熱療法	1 有 2 無 9 不明
620		レーザー等治療（焼灼）	1 有 2 無 9 不明
640	予後情報	最終生存確認日	西暦年月を提出
650		死亡日	西暦年月を提出
660		結果	0 生存 1 死亡 9 生死不明
720		調査方法	1 来院情報 2 死亡退院情報 3 役場照会 4 地域がん登録情報 8 その他
※	起算日から最終生存確認日もしくは死亡日までの日数	起算日から最終生存確認日もしくは死亡日までの日数	起算日：原則的に、診断日2[項目140] をもって起算日とする。診断日2の記載 がカルテ等がない場合、当該腫瘍初診日 [項目110]をもってこれに当てる。初診 日の記載がない場合は、入院日[項目 610]をもって起算日とする。