

# 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—

## 結果に基づく勧告

平成 28 年 9 月

総 務 省



## 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言われ、仕事をも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

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	1
(2)	最近のがん対策を巡る動き	2
(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	9
(2)	がん検診受診率の算定方法等の見直し	16
(3)	がん検診の精度管理・事業評価の推進	22
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	27
(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	28
(2)	「原則必須」要件の充足に向けた取組の推進	32
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	36
(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	45
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	51



## 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

(がん対策基本法の成立)

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。

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。

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。

(がん対策推進基本計画の概要)

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。

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「がんとの共生」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月に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。

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。

### (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。

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。

(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）

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。

（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。

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。

## 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

#### 【制度の概要等】

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。

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するとしている。

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。

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。

（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。

（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。

「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。

（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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

#### （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。

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、「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。

## (2) がん検診受診率の算定方法等の見直し

### 【制度の概要等】

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。

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。

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。

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。

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。

（20年報告書の算出方法）

$$\text{対象者数} = \text{①市町村人口} - \left[ \text{②就業者数} - \text{③農林水産業従事者} \right] - \text{④要介護4・5認定者}$$

（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。

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。

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。

（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」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」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、その結果を都道府県及び市町村に周知徹底すること。
- 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。

### (3) がん検診の精度管理・事業評価の推進

#### 【制度の概要等】

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。

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。

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。

#### ① 目標と標準の設定

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

#### ② 質と達成度のモニタリング・分析

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

#### ③ 改善に向けた取組

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

(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。

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）。

（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、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。



### 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

#### 【制度の概要等】

(指定要件の意義)

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。

(拠点病院の指定及び現況報告に関する手続)

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。

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。)

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。

(整備指針における等級の区分)

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。

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。

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。

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。

## 【調査結果】

### (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

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都道府県の1施設で1事例みられた。

#### 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）

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。

(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。

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)。

(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。

## 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)

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。

(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。

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。

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。

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。

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。

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実施するなどせず、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いえない状況がみられた。

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。

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PDCA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。

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。

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。

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。

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。

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  
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。

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。

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。

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。

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。

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。

（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。

## 【所見】

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。



- 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。

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。

- 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。

## 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

#### 【制度の概要等】

(緩和ケアの定義及び目標)

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、クオリティー・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。

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。

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 D C Aサイクルの活用の推進)

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「P D C 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、P D C 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。

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PDCA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、PDCA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「PDCAを使って改善すること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った例（1施設）がみられた。

#### （イ）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。

（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。

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った状況がみられた。

（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。

#### （ウ） 緩和ケア外来の運営状況

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。

今回、調査対象51拠点病院のうち、調査日時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。

（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。

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。

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。

#### イ 緩和ケアの提供内容

##### （7） 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

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。

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。

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。

#### (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

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はなく、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。

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、定期的実施することが望ましいとしている。

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みると、項目3(1)で述べたとおり、調査日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。

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。

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。

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。

#### (ウ) 病棟ラウンドの実施状況

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を行い、症状緩和に努めることとされている（「必須」要件）。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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いうまま情報の把握・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。

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。

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。

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。
- 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。

## (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

### 【制度の概要等】

(緩和ケア研修の実施の経緯)

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。

(緩和ケア研修の目標)

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）。

(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。

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。

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。

## 【調査結果】

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。

### ア 主治医・担当医の緩和ケア研修の修了状況

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、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。

### イ 主治医・担当医の修了目標の達成可能性

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。

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。

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。

(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方で単純に比較することはできない。

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。

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

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。

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。

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。

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。

- 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
- 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

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

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。

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。

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。

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。

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。

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。

## 【所見】

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。

- 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。
- 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。



## 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

### 【制度の概要等】

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。

（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））。

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」とされている。

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。

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。

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。

## 【調査結果】

今回、当省が、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、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。

## 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。

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。

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」などが挙げており、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。