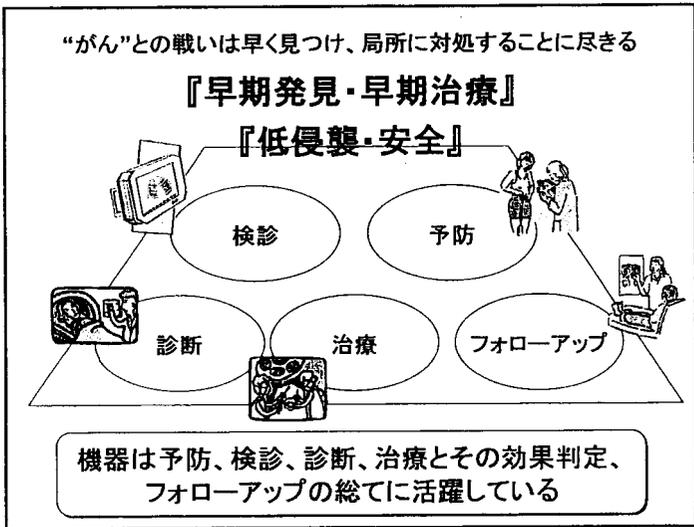


ヒアリング実施団体 (学会等) 提出資料

○ 日本医療機器産業連合会	1
○ 特定非営利活動法人 日本医療政策機構	3
○ 日本緩和医療学会	5
○ 日本がん看護学会	7
○ 社団法人 日本口腔外科学会	9
○ 日本在宅医学会	11
○ 日本小児がん学会	13
○ 日本製薬工業協会	15
○ S○CRA日本支部	17
○ 財団法人 日本対がん協会	19
○ 地域がん登録全国協議会	21
○ 栃木県立がんセンター(地域がん診療連携拠点病院)	22
○ 社団法人 日本病院薬剤師会	24
○ 社団法人 日本病理学会	26
○ 社団法人 日本放射線技師会	28
○ 日本ホスピス緩和ケア協会	30
○ 特定非営利活動法人 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会	32
○ 社団法人 日本薬剤師会	34
○ 四病院団体協議会	36
○ 特定非営利活動法人 日本臨床細胞学会	38



予防・検診・診断・治療を支える医療機器

予防・検診・診断

遺伝子診断 X線 超音波 CT MR PET 内視鏡 分子イメージング 腫瘍マーカーによる体外診断

治療

放射線(IMRT*) 手術シミュレーション 画像支援下低侵襲手術 人工臓器 DDS、遺伝子治療、再生医療

※IMRT:強度変調放射線治療

治療の選択肢を広げる医療機器

低侵襲

焼灼 (業事承認済) 保険採択

凍結 (業事未承認)

放射線 (業事承認済) 保険未採択: 陽子線 保険採択: リニアック、ガンマナイフ

精確・安全な手術を支える医療機器

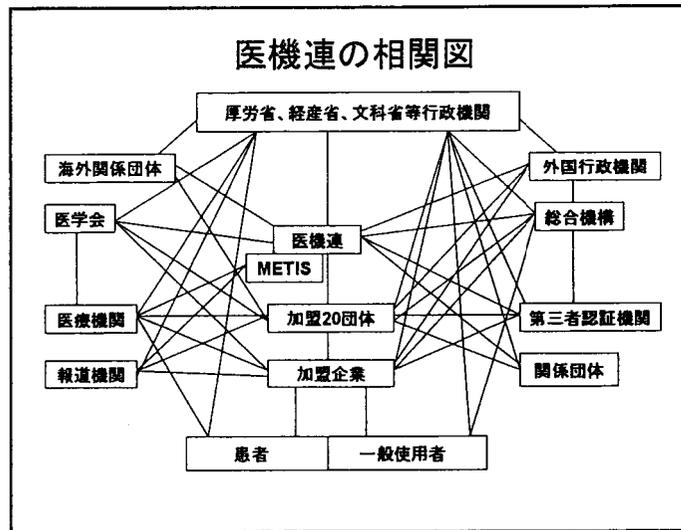
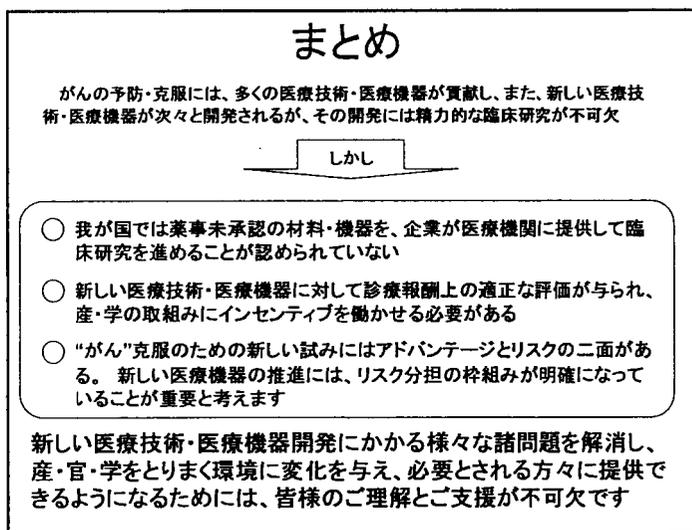
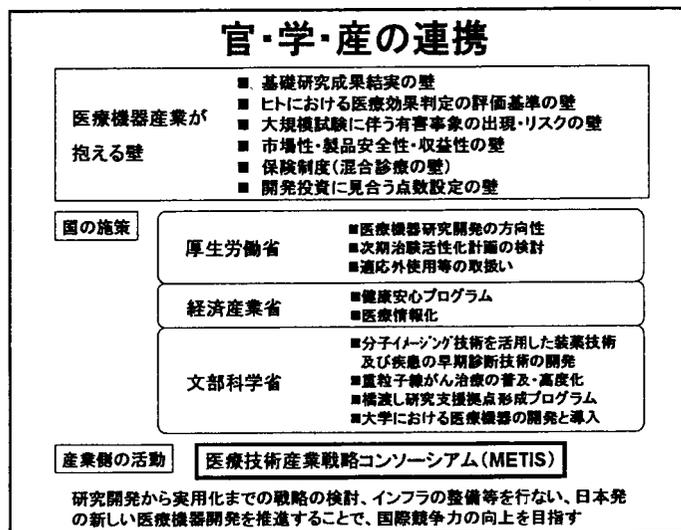
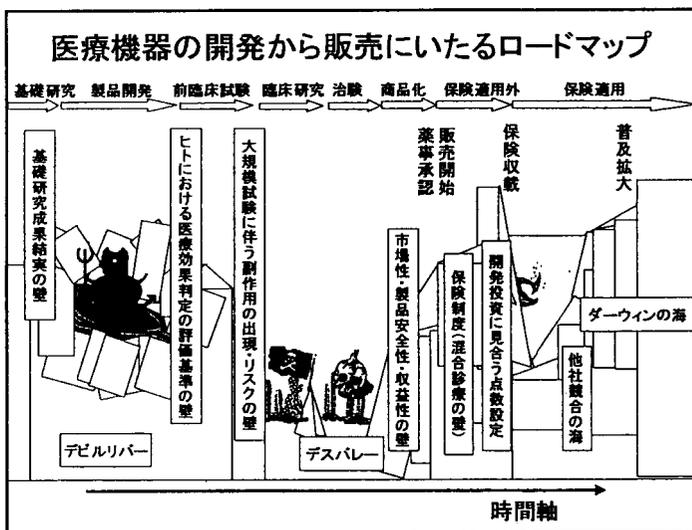
MR対応手術用顕微鏡

術前 術中 術後 対応麻酔器

オープンMRIの登場により 術中MRIが、より精密で 安全な手術を実現

(東京女子医大提供)

日本医療機器産業連合会 副会長
(社)日本画像医療システム工業会 会長
猪俣 博



がん対策推進に関する意見交換会
「世界一の均てん化大国」を目指して

2006年12月20日
日本医療政策機構 理事
福岡 健一
IZN01203@nifty.com

基本的な考え方

- 主たるテーマは均てん化(救命数・QOL向上)の効果が大きい。
- 基本的考え①品質保証の傘。日本中であまねく、少なくとも、標準的治療が行えるようになること。
- 基本的考え②医療の質が見えるようにすること(不良品がモニターできる)。
- 基本的考え③そもそも、不良品が出ないようにすること(不良品を修理するより、労力が少ない)
- * 標準以下治療が発生させると思われる無駄を省きながら、がん診療に投資をすること。

2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 1

がん治療体系の現状

拠点病院で治療されている患者は2割。多くの問題は拠点病院外で起こっている。

現在、がん患者が、どこでどのような質の診療を受けているかは情報が少なすぎる。情報収集の仕組みを作りつつ考える必要がある。がん拠点病院ネットワーク制度は、がん診療均てん化の中核となる仕組みである。しかし、がん拠点病院制度には多々問題があると同時に、がん拠点内の問題解決は全体の問題解決ではなく、公平性や最大多数の最大幸福の観点から、問題がある。
→ 例として、大政府のデータから考察する。(情報が不足、収集が必要)

種類	比率(%)
胃がん	19.7
大腸がん	20.6
肝がん	16.4
肺がん	19.6
乳がん	28.9
平均	20.4

出典: <http://www.mc.pref.osaka.jp/org/gankyotenhawkyoten2005/index3.html>
2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 2

がん拠点病院内と同時にがん病院外もカバーが不可欠

がん拠点水準化で+8%の患者救済
※すべての治療水準が、がん拠点病院までだと

種類	患者数	施設数	比率
胃がん	21119	1819	7.7%
大腸がん	15045	1221	8.1%
肝がん	11480	1819	15.8%
肺がん	13809	1241	9.1%
乳がん	8275	204	2.5%
5臓器計*	70228	5900	8.4%
全国総計*	600000	49000	8.0%

*全数(すべてのがん)に当てはまらなかったときの数字

2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 3

がん病院ネットワークの戦略的方向

①受け入れ能力の拡大、診療報酬改定などによる、がん診療の採算性向上、標準治療の徹底、ベンチマーキング(成績比較)による質の向上

②すべての患者をがん拠点病院に誘引する。拠点病院でセカンドオピニオン実施。拠点病院で、がん連携治療計画書にサイン。連携連携パスの診療報酬化など...

③がん拠点病院以外... (つなぐ、上げる) 患者を減らす

④成績をがん拠点病院並みにする 拠点病院と連携する

2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 4

がん患者のライフコースを一貫(情報とケアをつなぐ仕組み)

診断: 年60万人

①「がん手帖」の作成
②がん拠点病院のセカンドオピニオン受け入れの診療報酬化。
③がん地域連携パスの導入。
④がん連携治療計画書(引継ぎおよび権限的チェック)。
⑤サブバイス・ケアプラン。
*がんの履歴を持ち歩く、前医と現医が標準治療、最適な治療がチェック

① 疑い
② 診断
③ 初期治療
④ 寛解
⑤ 寛解
⑥ 治療
⑦ 後期障害
⑧ 再発
⑨ 再発
⑩ 再発
⑪ 再発
⑫ 再発
⑬ 再発
⑭ 再発
⑮ 再発
⑯ 再発
⑰ 再発
⑱ 再発
⑲ 再発
⑳ 再発
㉑ 再発
㉒ 再発
㉓ 再発
㉔ 再発
㉕ 再発
㉖ 再発
㉗ 再発
㉘ 再発
㉙ 再発
㉚ 再発
㉛ 再発
㉜ 再発
㉝ 再発
㉞ 再発
㉟ 再発
㊱ 再発
㊲ 再発
㊳ 再発
㊴ 再発
㊵ 再発
㊶ 再発
㊷ 再発
㊸ 再発
㊹ 再発
㊺ 再発
㊻ 再発
㊼ 再発
㊽ 再発
㊾ 再発
㊿ 再発

2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 5

がん情報サービス(対策、順序、費用)

担当者: 官: 8人 × 250カ所 = 2000人
民: 1000人

専任30人
開発費、制作費年間30億円

中央データベース(ある質問/回答)
コンテンツ/FAQ

情報提供 心のケア

がん患者全員に配布する冊子
・1000円 × 100万部、10億円

患者

①受け入れ能力の拡大、診療報酬改定などによる、がん診療の採算性向上、標準治療の徹底、ベンチマーキング(成績比較)による質の向上

②すべての患者をがん拠点病院に誘引する。拠点病院でセカンドオピニオン実施。拠点病院で、がん連携治療計画書にサイン。連携連携パスの診療報酬化など...

③がん拠点病院以外... (つなぐ、上げる) 患者を減らす

④成績をがん拠点病院並みにする 拠点病院と連携する

2006/12/20 目指せ、世界一の均てん化 6

「あったら、いいな！」(内外のベストプラクティス)
「がん情報サービス」求められるサービス・事業例20項目

- 1 がんがんデータベース構築(汎用的なもの種→主
要ながんタイプ別)【モデル例:「白血病と骨痛
れたら」】
- 2 がん患者手帳(病歴、検査歴、薬歴、連絡先、記
録事項など)【母子手帳】
- 3 がん情報センターコンテンツ各種電子印刷配布
(NCI、ACS等...)
- 4 がん拠点病院電子処方箋標準化の開発
(ACS等...)
- 5 がん拠点病院患者調査、標準ライブラリリスト作成
(病歴記文書ライブラリ)
- 6 がん拠点病院による患者向け講演会・相談会
(各拠点病院「のほほん2007」)【グループ・ネ
クス、つばさ、出張よろず相談...】
- 7 疾病別詳細診療ガイドライン【アイデアフォー 乳
がん診療ガイドライン】
- 8 遠隔医療:在宅ケアテレヘルス【在宅
ケアテレヘルス】
- 9 各学会による診療ガイドライン(出版物)の掲載
【掲載、ウェブサイト掲載、(出版費、一部学費
はウェブ公開)】
- 10 がん情報サービスに患者別異決定権能追加
【ACS】

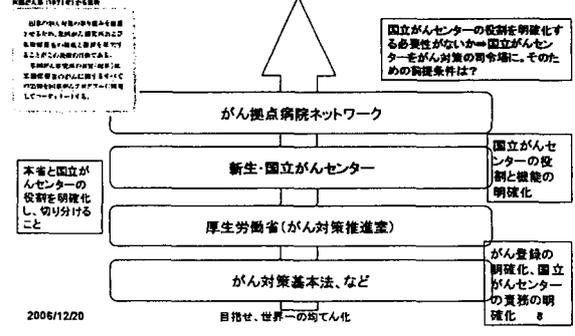
- 11 がん拠点病院セカンドオピニオン医師リスト(希
難稀種別別...)
- 12 がん拠点病院医師プロフィール(医師紹介)
【乳がん診療...】
- 13 脱がん登録予がん早期発見【治療件数、治
療方法別件数はすぐ開示可能】
- 14 がん拠点病院は研究型で、すでに5年生存
率統計発表【癌本量により30病院で発表
⇒173病院へ...】
- 15 がん拠点病院はDPCに参加、DPCによる医療
の質指標を刷新【DPCが進行中、臨床指標と
連動してデータ作成可能】
- 16 がん拠点病院は、がん診療の質ベンチマー
ク等および改善事業に参加【CAQI、A+RCO、
NCP、JCAHO、CMS...】
- 17 がん診療に関する患者事後情報の収集と管理
事例発表を開始【日本医療機能評価機構】
- 18 がん診療に関する患者事後の真実告知と謝罪
に関するマニュアル作成【ハーバード大学マ
ニユールあり】
- 19 患者満足度アンケート調査開始【全国主要病院で
行われた標準調査と計画結果】
- 20 地方自治体別アンスタップ窓口リスト【特異
集金前項】

2006/12/20

目指せ、世界一の均てん化

7

国立がんセンターの役割再定義
(情報発信機能)

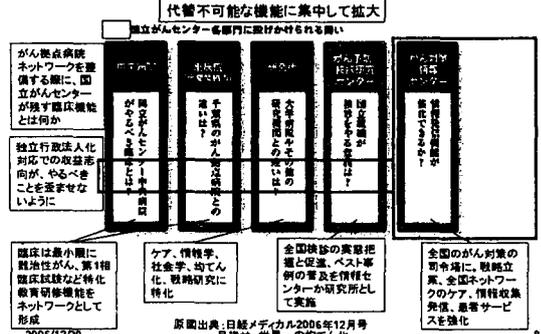


2006/12/20

目指せ、世界一の均てん化

8

国立がんセンター プレーヤーから司令塔へ



2006/12/20

原田 日出 日経メディカル 2006年12月号

目指せ、世界一の均てん化

9

「がん対策情報センター」を「がん対策実施の司令塔」にする際の検討点

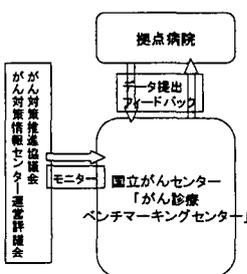
企画立案	がん戦略、がん対策、世界のベストプラクティス(成功事例)、がん政策などの把握と立案
医療情報提供	前出(オールジャパン体制)の確立、情報の製造に加え伝達の強化
がんサーベイランス	がん登録だけでなく、総合的ながん診療の質のベンチマーキング(比較対象)を展開
臨床試験支援	プレーヤーから設計者にがんセンターが担うべき部分の整理
診療支援	有効性チェック 使う側の意識、スキルとの連結
研究企画(資金配分)	プレーヤーから審査・配分者に 厚労資金、文科資金、その他資金の統合・管理

2006/12/20

目指せ、世界一の均てん化

10

国立がんセンター
がん診療ベンチマーキングセンター



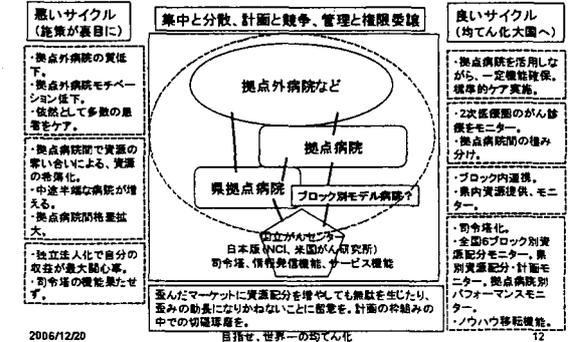
- がん登録データ
- 臨床指標データの収集
- DPCデータを活用した臨床指標データの収集
- がん拠点病院指定制度による施設概要
- 上記から個別指標と総合評価を点数化。
- 一般開示も。

2006/12/20

目指せ、世界一の均てん化

11

悪いサイクルになるリスクを抑える



2006/12/20

目指せ、世界一の均てん化

12

がん対策の推進に関する意見交換会（平成18年12月20日）抄録

緩和医療からみたがん対策の課題と方向性

日本緩和医療学会としての取り組み

江口研二

日本緩和医療学会理事長

東海大学医学部腫瘍内科・オンコロジーセンター

がん緩和医療とは

がん緩和医療は、単に終末期患者を対象にするものではなく、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点からはじまるものと考えています。患者さんのがんに伴う身体症状・精神症状の緩和だけでなく、抗癌剤・放射線・手術療法など治療にともなう副作用対策も含む専門分野です。

がん緩和医療を専門とする医療スタッフの力量

がん緩和医療では、患者さんの日常生活の質（Quality of Life: QOL）が重要です。医療スタッフによる客観的な症状の評価だけでなく、患者さんご自身の主観的な評価も重視すべきです。がん性疼痛を例にとると、各科の主治医からの依頼に、まず現在の疼痛の原因が何かを迅速かつ的確に診断すること、また、それと同時併行で症状軽減のための治療を進めることがポイントです。このように患者の視点も考慮し、迅速な対応により、患者さんとの認識のギャップをできるだけ少なくすることが、がん緩和治療に要求される総合的な技術力です。

日本緩和医療学会（<http://www.jspm.ne.jp>）の取り組み

日本緩和医療学会は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicine の専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年に発足しました。現在会員数は4900名を超え、半数が医師、約3割強が看護師、その他、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員により構成されています。がん緩和医療を全国的に整備するための司令塔としての役割を担うために、2006年にNPO法人化の申請を行いました。

教育について

緩和医療学会は、全国で行われているがん緩和医療の質の向上と普及のために、医療スタッフの教育と緩和ケアチームの充実を大きな事業としています。がん患者さんの負担になる個々の症状についての診療ガイドラインを、厚生労働省研究班と協力し作成しています。今後も、がん緩和医療に特有の問題や症状に

ついでに診療ガイドライン作成作業を進め、これらを書物やホームページ掲載等で公表していきます。また欧米学会の教育カリキュラムを参考に、がん緩和医療の教育研修カリキュラムを作成し、それに基づいて体系的な医療者向けの教育研修を実施しています。ひとつは、各地域での緩和医療に関する教育担当者を養成するトレーナーズセミナーであり、また全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得用のセミナーを定期的に開始しています。全国のがん拠点病院・訪問診療による在宅療養など医療機関の役割分担と連携を充実させた地域ネットワークが有効に機能するためには、前提として、緩和医療の人材確保が必須です。このために学会は、緩和医療専門医の資格制度の設置準備を進めています。また在宅医療を担う実地医家など一般の医師を対象としたがん緩和医療に関する教育も、がん連携拠点病院などと協力して行うことにしています。

緩和ケアの地域ネットワーク

専門医師・看護師によるがん緩和ケアチームは、各科主治医との連携がうまくいくと、患者さん・ご家族の方々にとって心強い支援となります。

緩和医療外来も含め、単一医療機関だけでなく、地域の中での良質な緩和ケアの体制をネットワークとして構築する必要があります。しかし、現実的には、緩和ケアチームの医師を養成する体系的なシステムは十分でないこと、がん専門の精神科医が少ないこと、など課題も多く、この意味でも人材育成の体制整備は急務と考えています。

がん緩和医療の研究体制

従来、機械的な臨床試験などは緩和医療にそぐわないという意見も多く聞かれました。しかし、最近の薬剤関連の有害事象報告や、保険適応外の治療方法の実施などの問題は放置できなくなってきました。日本におけるがん緩和医療の多施設共同臨床試験をもっと効率よく進める体制（試験計画の立案、IRB 審査体制、研究資金調達、臨床試験支援スタッフ確保など）を整える必要があります。

がん緩和医療は本来連続した医療の一環であり、その意味からも患者・家族と医療者の信頼関係や臨床腫瘍医と緩和医療医との連携などは、その前提になるはずのものです。しかし臨床の現場では、かならずしも円滑にゆかず、誰もが消耗する事態に立ち至ることも経験します。今後は、緩和医療に使用する新しい薬剤も増え、社会からもがん緩和医療のいっそうの充実が要望されています。全国どこでも受けられる良質のがん緩和医療の実現には、地域医療機関の役割分担と連携、職種を超えた医療関係者のチームワークとそれらを担う人材の養成がポイントであると考えます。

日本がん看護学会

【学会活動の3本柱】

1. がん医療・看護の進展や人々のニーズに呼応したがん看護実践・研究の発展
2. がん看護専門職者の生涯教育によるがん看護のレベルアップ
3. がん看護に関する学術的知見の集積と発信

1. がん医療・看護の進展や人々のニーズに呼応したがん看護実践・研究の発展

1) 地域がん拠点病院を中心とした国内学術集会開催（年一回）

がん患者の心身の苦痛緩和、療養と仕事の継続に必要なセルフケア支援、がん患者の家族支援、がん治療や療養の場の意思決定など、がん患者のクオリティ・オブ・ライフの向上に資する看護研究の発表、意見交換を広く行っている。

2) 世界各国のがん看護師が集う国際学術集会の開催（4年に一回）

国際学術集会では、グローバルな視野からわが国のがん看護のレベルが検討されるとともに、がん予防のための禁煙対策など世界的レベルで取り組むべきがん看護の実践・研究の方向性が多面的に意見交換されている。この他、北米がん看護学会メトロミネソタ支部とのパートナーシップにより、国際的な学術交流を継続して行っている。

2. がん看護専門職者の生涯教育によるがん看護のレベルアップ

1) がん看護専門職者の生涯教育プログラムの開発と提供

① がん看護教育セミナー：がん看護の地域格差をなくすために、学術集会において、がん看護の専門的能力研鑽の機会を会員を問わず門戸を広げて開催している。

② がん看護アドバンスセミナー：学会員を対象に、高度のがん看護専門能力の獲得をめざした生涯教育プログラムの提供を行っている。

2) 高度がん看護専門職者の資格認定にかかわる取り組み

① がん看護領域認定看護師の分野特定の推進：医療の高度・複雑化、社会のニーズの高まりに呼応して、日本看護協会の資格認定制度による認定看護師(17看護領域)が誕生している。認

定看護師は6ヶ月間の教育プログラムを経て試験をうけ認定されている。がん看護領域として、<がん化学療法看護><がん性疼痛看護><ホスピスケア><乳がん看護>の4つ認定看護師の分野特定の申請を行ってきた。現在までに、<がん化学療法看護認定看護師 148名><がん性疼痛看護認定看護師 224名><ホスピスケア認定看護師 303名><乳がん看護認定看護師 20名>の計 695名が輩出されている。これらの認定看護師は、地域がん拠点病院を中心に、それぞれの専門能力を発揮しながら、がん患者・家族への看護の質向上に貢献している。

② がん看護専門看護師のキャリア継続推進：大学院教育を受けた高度のがん上級実践能力を有するがん看護専門看護師は現在までに 79名が日本看護協会により認定されており、地域がん拠点病院においてがん対策推進のキーマンとして活躍をしている。がん専門看護師は、本学会の生涯教育プログラム推進の牽引的な役割を果たす一方で、学会活動を通じて自身のキャリア向上の機会を得ている。

3) がん看護特別関心活動グループによる専門職者としての自己研鑽

専門職者として自己研鑽を、自律的に継続的に行っていくために、がん看護学会特別関心活動グループを組織している。関心テーマ毎のグループ(がん化学療法看護、がん性疼痛看護、乳がん看護、血液・骨髄幹細胞移植看護、遺伝がん看護など13グループ)では、最新のがん看護に関する情報交換等により切磋琢磨がなされている。

4) がん看護の地域格差をなくすためのコアカリキュラムの推進

がん看護に携わるものは誰でもどこでも標準的ながん看護ケアが行えるよう、がん看護コアカリキュラム作成のプロジェクトをすすめている。手はじめに、北米がん看護学会が作成した「がん看護コアカリキュラム」の日本語版を作成し、普及を図るべく準備中である。

3. がん看護に関する学術的知見の集積と発信

「日本がん看護学会誌」の年2回刊行

「日本がん看護学会ホームページ」 http://jscn.umin.jp/index_ja.html

現在までに実施してきた口腔がん対策

・禁煙推進運動

口腔領域においても喫煙よりがん発生が有意に増加するとされ、平成 15 年 10 月禁煙推進宣言を行い、会員、国民に喫煙習慣の大幅な抑制に着手し、禁煙の推進に向けて活動を行い口腔がん発生の予防を図ってきた。

・口腔がん検診のガイドラインの策定

平成 16 年度日本歯科医学会委託研究課題として、一般歯科医師を対象とした「口腔癌検診のためのガイドライン」を作成し公開した（日本歯科医学会誌 25:54-62, 2006）。

・地域口腔がん検診の実施

本学会都道府県支部、地域歯科医師会、自治体と協同して口腔がん検診を実施し、最近、検診実施地域は拡大傾向にある。

・口腔がんの診断・治療に関する教育研修会の開催

教育研修会を定期的に、時には関連学会と共同で研修会を開催して、本学会員の診断精度向上、治療の標準化、ならびに治療成績の向上を図ってきた。

・口腔癌治療のガイドラインの策定

日本口腔腫瘍学会と連携して、これまで医師・歯科医師を対象とした下顎歯肉癌、舌癌の治療ガイドラインを作成し公開し、口腔がん治療の標準化を図っている (<http://www.jsoms.or.jp/>)。

・口腔がんに関する疫学調査

日本頭頸部癌学会と共同で口腔がんに関する疫学調査を実施してきた（日本口腔外科学会雑誌 52:401-410, 2006）が、今後の調査研究の継続・方法については、個人情報保護の点から検討中である。

・口腔がんに関する基礎的・臨床的研究の実施

口腔扁平上皮癌の浸潤様式に関する研究、下顎歯肉癌 T4 分類、超選択的動

注化学療法等、数多くの研究成果をあげ、口腔がん治療成績の向上に寄与してきた。

口腔がん対策に対する提言

- ・ 歯科医学・医学教育における口腔がん教育の充実
歯学部学生、医学部学生に対する口腔がんの診断・治療等に関する教育の充実をはかる（コア・カリキュラムの充実）。
- ・ 開業歯科医師に対する口腔がん診断に関する研修体制の整備
日本歯科医師会を通じて、口腔を診察する機会が最も多い一般の開業歯科医師に対する口腔がん検診・診断に関する研修体制を整備する。
- ・ 口腔がん・口腔前がん病変の啓蒙と口腔がん検診の実施
歯科の8020運動と連動させて、地域、職場における歯科検診を有効に活用して、口腔がん・口腔前がん病変について啓蒙するとともに、口腔がん検診を推進する。
- ・ より簡便な口腔がん検診法の開発
唾液や含嗽液等による簡便で診断精度の高い口腔がん検診システムを開発する。
- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院における口腔外科の設置
口腔がんの診断・治療、口腔ケア、口腔機能回復を担当するとともに、地域の口腔がん治療医の研修・養成に寄与する。
- ・ 口腔がん治療医の養成
都道府県がん診療連携拠点病院や大学病院における歯科医師の研修システムを構築する。
- ・ 個別化・低侵襲治療および機能回復治療法の開発と支援
口腔のQOLを考慮した個別化したより低侵襲治療法とともに、治療後の口腔機能回復療法を開発・支援する。
- ・ 重複がん早期診断・治療システムの構築
口腔がん患者の10～15%が有する重複がんの早期診断・治療システムを構築し、がん死亡率の減少をはかる。

① 生の終わりを迎える理想の場所 ②

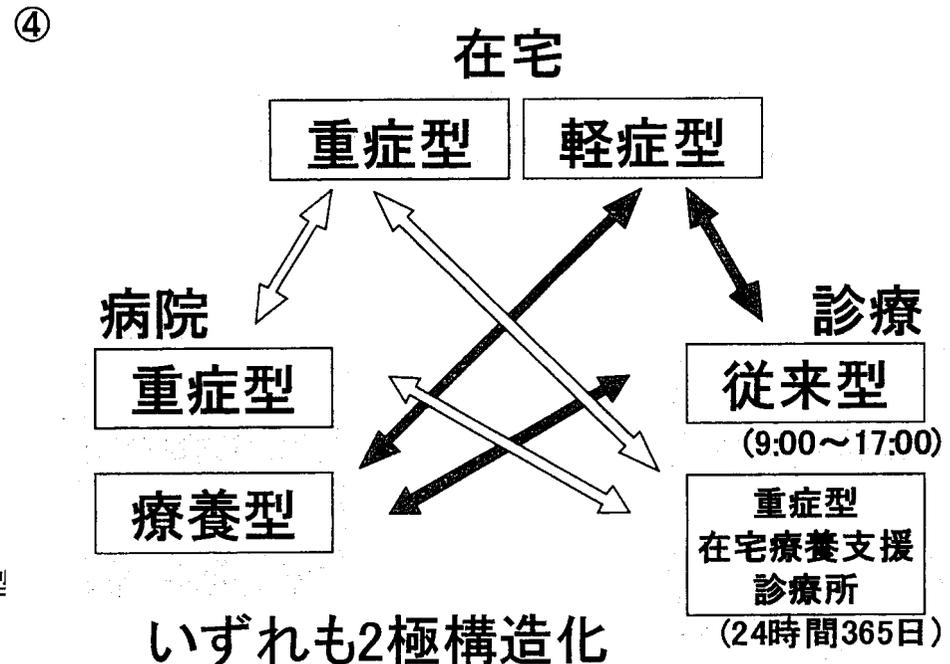
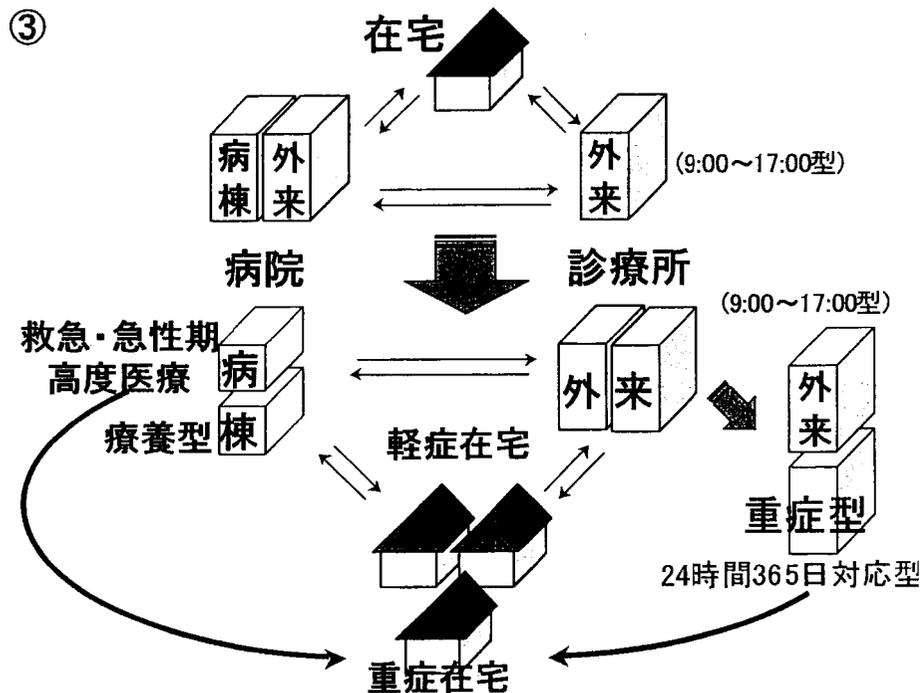
	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4	12.6
HEN	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5	8.5
HMV	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3	11.1
HPN	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6	19.4

医者は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない

しかし

現在の医者の大部分は、生き方の説明をしていない

不十分な説明によって作られたものは
事前指示書・リビングウィルとしては
不適切である



⑤

- a) 回復可能 ⇒ 治癒して帰す
- b) 現状維持 ⇒ 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 ⇒ 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

この3点の収束するところが

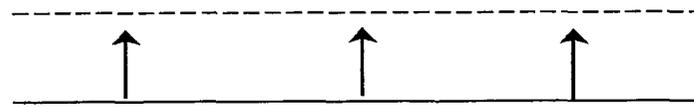
病院医に課せられた重要な目的となる
『病院死を極力回避する』・『説明責任を果たす』



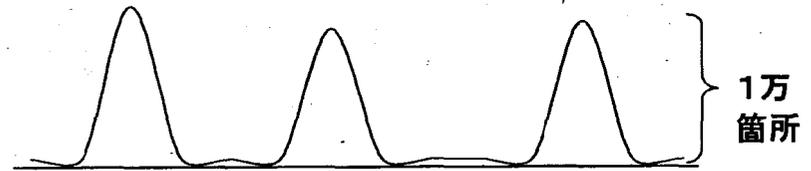
病院医に対する在宅療養支援診療所の
周知の徹底(同時に国民にも周知)

⑥

在宅底上げ案



在宅橋頭堡案



⑦

現状の看取り率と目標値に対する割合 ⑤

【中国・四国】

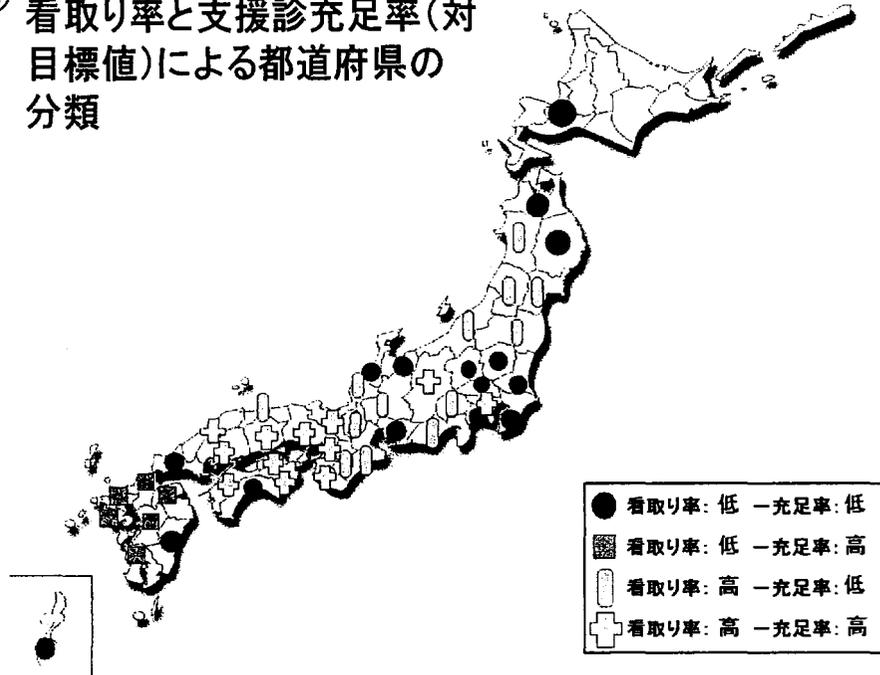
	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を看取る在宅支援診療所数	目標値に対する現数割合
	2004	目標値(上限25%)	総数(2014年)	在宅+老人ホーム(目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,123	16,393	55.7%
鳥取	16.4%	25.0%	7,512	1,878	45	94	47.9%
島根	17.6%	25.0%	9,938	2,485	101	125	80.8%
岡山	14.7%	25.0%	22,164	5,541	237	278	85.3%
広島	15.7%	25.0%	30,984	7,724	387	387	100.0%
山口	13.8%	25.0%	18,756	4,689	102	235	43.4%
徳島	14.7%	25.0%	9,925	2,482	112	125	89.6%
香川	15.4%	25.0%	11,804	2,951	91	148	61.5%
愛媛	14.6%	25.0%	17,770	4,443	139	223	62.3%
高知	11.0%	21.9%	10,461	2,293	25	115	21.7%

全国のは、全都道府県の総和

在宅死の目標値は、都道府県ごとの目標達成時の死亡者数から逆算

⑧

看取り率と支援診充足率(対目標値)による都道府県の分類



厚生労働省会議室 2006.12.20
日本小児がん学会理事長 麦島秀雄

日本小児科学会分科会

日本小児がん学会 がんの子供を守る会事務局

FAX 03-5825-6316

日本小児血液学会

TEL 03-5825-6311

HP <http://www.ccaj-found.or.jp/jspo>

(日本小児がん学会は2007年4月を目途にNPO法人化を計画している。)

小児がんの特徴

①白血病 30%、悪性リンパ腫 10% 固形腫瘍 60%を占める。②抗がん剤や放射線治療が有効である。③5年生存率は70%以上である。④新規患者は年間2500名から3000名である。⑤約10万人の長期生存者がいると推定される。⑥小児がん経験者は成人の600～1000名に1名である。⑦治癒後40～60年の予後が期待できる。⑧長期生存者の晩期障害、QOLへの影響が懸念される。

臨床研究組織の構築

治療成績の向上を図るために結成されたグループ間の共同研究組織である。

- ①日本小児白血病リンパ腫研究グループ 白血病 悪性リンパ腫を対象とする。
- ②日本小児がん共同研究機構設立準備会 固形腫瘍を対象とする。

小児がん全数把握登録

2006年1月から小児がん全数把握登録を実施している。登録事務局をがんの子供を守る会内に設置し、集計作業を開始している。定期的に小児がん登録関連学会連絡会議を開催し日本小児がん学会、日本小児血液学会、日本小児外科学会、日本整形外科学会、日本脳神経外科学会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会、日本産婦人科学会からの協力を得ている。

長期フォローアップ体制の構築

小児がん専門医制度

がん治療認定医機構に参加し、小児がん専門医制度としての独自の2階部分を構築していくための検討委員会を構成し小児血液学会の委員と計画案を検討中である。

以上

小児がんは稀少疾患

わが国の15歳以下の小児人口 約1900万人
総人口の約15% (14.88%)

病死では1位

発生数 推定2500~3000人/年間

死亡率 30% 750~900人/年間

成人がんの1/200 (成人がんは60万人/年間)

疾患別頻度

白血病(30%) > 脳腫瘍(20%) > 神経芽腫(8-10%) > ...

+
悪性リンパ腫(10%)

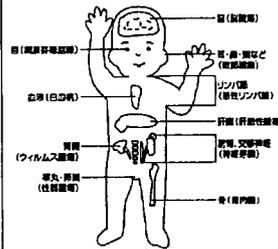
死因順位別にみた年齢階級・死亡数・死亡率(人口10万対) 構成割合

年齢階級	第1位			第2位			第3位		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
0歳	先天奇形・変形および染色体異常	1224	108.9 (36.4%)	呼吸障害および心血管障害	485	43.2 (14.4%)	乳幼児突然死症候群	218	19.4 (6.5%)
1~4	不慮の事故	230	5.0 (19.9%)	先天奇形・変形および染色体異常	174	3.8 (15.1%)	悪性新生物	85	1.8 (7.4%)
5~9	不慮の事故	221	3.7 (33.2%)	悪性新生物	117	2.0 (17.8%)	その他の新生物	50	0.8 (7.5%)
10~14	不慮の事故	148	2.4 (22.4%)	悪性新生物	140	2.3 (21.1%)	自殺	84	1.1 (9.7%)
15~19	不慮の事故	807	11.7 (37.9%)	自殺	503	7.3 (23.6%)	悪性新生物	210	3.0 (9.8%)

厚生労働省ホームページより

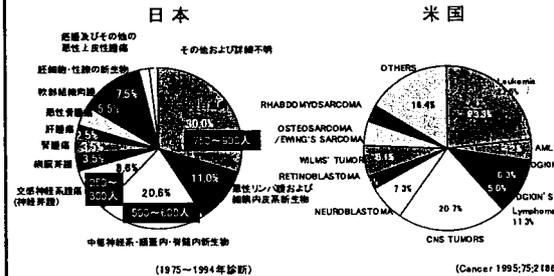
小児がんの多様性

病名/区分	割合 (%)	最頻年齢
白血病	30.5	2~3才
神経芽腫	18.9	0才
脳腫瘍	8.7	1~2才
悪性リンパ腫	6.0	13才
網膜芽腫	9.3	0才
泌尿器系腫瘍	4.6	0才
性腺腫瘍 (睾丸腫瘍など)	0.5	3才
性腺腫瘍 (卵巣)	1.6	11才
消化器系 (肝芽腫)	4.6	0~1才
軟部腫瘍	2.6	0~1才
骨肉腫	2.6	14才
その他	10.1	-

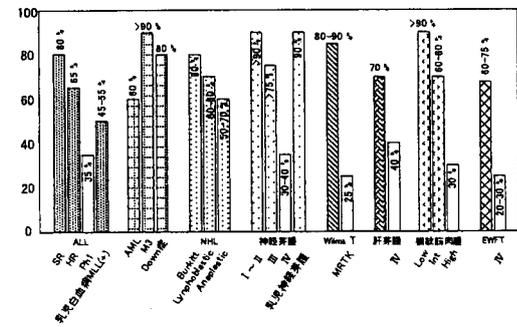


小児がん全国登録(がんの子供を守る会)の疾病比率より
(1969年~2001年の登録総数 40,284件)

小児がんの疾患別分布



小児の難病はどこまで治るようになったか わが国の代表的な小児悪性腫瘍の無病生存率



小児がん臨床研究組織の現状と展望

