ＩＳＳＵＥ　ＢＲＩＥＦ

がん対策の現状と課題

国立国会図書館　ISSUE BRIEF　NUMBER 602(2007.12. 6.)

はじめに
Ⅰ　がんの一次予防
　1　たばこ対策
　2　肝炎対策
Ⅱ　がんの二次予防
　1　検診事業の概要
　2　がん検診の課題
Ⅲ　がん医療の格差
　1　治療成績の差
　2　均てん化施策の状況
　3　「均てん化」の問題点
Ⅳ　緩和ケアの提供
　1　緩和ケアに関する制度
　2　緩和ケアの課題
Ⅴ　がん登録
　1　がん登録の現状
　2　がん登録と個人情報保護法
　3　がん登録制度化の課題

がんは昭和 56 年以降、日本人の死因の第 1 位となっている。3 人に 1 人ががんが原因で亡くなっており、この課題に取り組むため、3 次にわたる「がん 10 か年総合戦略」に基づく研究・予防・医療の総合的な対策が実施されている。さらに、第 164 回国会では、がん対策の総合的・計画的な推進を目指す「がん対策基本法」が成立した。

たばこ対策などの予防対策や、がんの早期発見のための検診事業、医療格差是正のためのがん診療連携拠点病院の指定、緩和ケアに関する診療報酬の設定などが実施されているが、その普及や実施体制などに課題が残されている。また、対策の策定や評価に必要なデータを収集・蓄積するための仕組みである地域がん登録の整備にも遅れがみられる。

社会労働課
（近藤（こんどう）　倫子（みちこ））

調査と情報
第６０２号

はじめに

昭和56年以降、がんは日本人の死因の第1位となっている。平成16年のがんによる死亡者は約32万人と全死亡者の3割を占め、がん対策は大きな課題となっている。

この課題に取り組むため、昭和59年にがんの本態解明を目的とした重点研究戦略として「対がん10カ年総合戦略」、平成6年には「がん克服新10か年戦略」が策定され、がん研究が行われてきた。平成16年からは、研究と予防、さらに医療を総合的に推進することでがんの罹患率と死亡率を激減させることを目指す「第3次対がん10か年総合戦略」[1]に基づき、がん対策が行われている。平成18年には議員立法により、がん対策の総合的・計画的な推進を目的とする「がん対策基本法」（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が成立し、平成19年4月に施行された。同年6月には基本法（第9条第1項）に基づき、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定されるなど、がんに関する取り組みが進められている（基本法と基本計画の概要は表1参照。）。

本稿では、基本法が基本的施策として掲げる課題の中から、がん予防の取り組みとがん医療の均てん化、基本計画の重点事項に挙げられている緩和ケアとがん登録の現状と課題について概観する。

表1　がん対策基本法とがん対策推進基本計画の概要

がん対策基本法

(1)基本理念：専門的・学際的または総合的な研究の推進と成果の普及、居住地域にかかわらず等しく適切な医療を受けられるようにすること、患者の意思を尊重した医療提供のための体制整備を基本理念として掲げている。
(2)関係者の責務：国と地方公共団体にはがん対策を実施する責務、医療保険者には予防と検診の普及・啓発への協力に努める責務、国民にはがん予防に努める責務があるとし、医療関係者にはがん対策への協力や患者の状況の認識、良質な医療の実施に努める責務があるとしている。
(3)がん対策推進に関する計画の策定：がん対策の基本となる計画として、厚生労働省が関係行政機関の長との協議及びがん対策推進協議会の意見聴取のうえ「がん対策推進基本計画」を作成する。都道府県は、この計画を基本として、都道府県がん対策推進計画を作成することが義務づけられている。
(4)基本的施策：基本的施策として、①がん予防の推進、がん検診の質の向上などの「がんの予防及び早期発見の推進」、②専門医の育成、医療機関の整備、緩和ケアや在宅療養の充実による患者の療養生活の質の維持向上、がん医療に関する情報の収集提供体制の整備などの「がん医療の均てん化の促進等」、③がん研究の推進、研究成果の活用、医薬品・医療機器の早期承認に資する治験の促進などの「研究の推進等」が示されている。

がん対策推進基本計画

2007年度から2011年度までの5年間を対象としてがん対策の基本方向を定めている。がんによる死亡者の減少（年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）と、患者・家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上を今後10年間の全体目標として設定している。重点的に取り組む課題として①放射線療法・化学療法の推進とこれらの専門医等の育成、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進、を挙げている。

（出典）基本法、基本計画等をもとに筆者作成

[1]「『第3次対がん10か年総合戦略』について」厚生労働省ウェブサイト
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/07/h0725-3.html>

Ⅰ がんの一次予防

がんの予防には、罹患を防ぐ一次予防と、検診で早期にがんを発見し治療する二次予防がある。乳がん、子宮がんは症状が現れてから受診しても生存率は高いが、検診で早い段階で発見されると治療後の生活への影響を少なくすることができる。日本人に多い胃がんなどは、症状が出る前に検診を受けて早期発見・早期治療することが重視されるがんである。一方、肺がんや肝がんは、早期発見・早期治療の技術が確立していないため、その原因となるたばこやC型肝炎ウイルスの感染対策による一次予防が重要である。

1 たばこ対策

（1） たばこ規制枠組み条約

世界保健機関（WHO）は、たばこは先進国における全てのがんによる死亡の 30%、肺がんによる死亡の 80～90%の原因であるとし、たばこ対策をがん予防策の筆頭に挙げている[2]。2003 年 5 月、WHO総会で喫煙による健康被害の防止を目的として「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」[3]（いわゆる「たばこ規制枠組条約」)が採択され、2005 年 2 月に発効した。たばこ価格・税の引き上げ（第 6 条）、受動喫煙の防止（第 8 条）、警告表示の強化（第 11 条）、広告規制（第 11 条）、禁煙治療の普及(第 14 条)、自動販売機の制限（第 16 条）などが規定されている。我が国は 2004 年 6 月に 19 か国目の批准国となった。

（2） 日本のたばこ対策

我が国では、平成 15 年 5 月に施行された「健康増進法」（平成 14 年法律第 103 号）第 25 条により、学校や集会場、百貨店、官公庁など「多数の者が利用する施設」の管理者は、受動喫煙の防止措置を講じるよう努めなければならない。また、たばこ事業法施行規則により、平成 17 年 7 月から、箱の表裏の面積の 30%を使って、たばこが健康に与える影響についての注意表示を記載することが義務づけられている。広告については、平成 16 年 3 月に改正された「製造たばこに係る広告を行う際の指針」により、未成年が目にするような場所や媒体での広告や販売促進企画、スポーツイベントの後援が規制されている。また、平成 18 年 4 月の診療報酬改定により、それまで全額自己負担であった禁煙治療が、「ニコチン依存症」の治療として、公的医療保険の対象となった。

（3） たばこ対策の課題

我が国の喫煙率は男性 39.3%、女性 11.3%（平成 17 年）である[4]。男性は最近 10 年で 10%以上減少しているが、ドイツ(37.1%)を除く欧米先進国の男性の喫煙率が 20～30%であるのと比較すると高い。21 世紀の国民の健康づくりを総合的に推進する運動である「健康日本 21」の計画段階や、基本計画策定時に、喫煙率減少の数値目標を設定することが議論されたものの、いずれも実現していない。

公共の場における受動喫煙の防止が努力規定にとどまっていることや、自動販売機が多数設置されていて未成年が購入しやすい[5]こと、たばこの価格が諸外国と比較して低い[6]こ

---

[2] *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*, 2nd edition, Geneva: World Health Organization, 2002, p.xiii. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

[3] 条約の本文は、外務省ウェブサイト<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html>参照。

[4] 厚生労働省『平成 17 年　国民健康・栄養調査結果の概要』p.17. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-3.html>

[5] 中 1 女子を除き、中高生のたばこの入手経路で最も多いのは自動販売機である。（尾崎米厚ほか「わが国の中高生の喫煙行動に関する全国調査：2000 年度調査報告」『厚生の指標』792 号, 2004.1, p.27.）2008 年 3 月以

となど、たばこ対策の不徹底さが指摘されている。また、たばこの箱の警告表示が変更されたことに、喫煙者の 4 分の 1 近くが気づかず、気づいた喫煙者でも禁煙したのはその 1 割で、6 割は喫煙本数に変化がなく[7]、効果が限定的であるともいわれている。

2 肝炎対策

肝がんや子宮頸がん、胃がんはウイルス感染と関係があると言われている。特に肝がんの多くはB型肝炎ウイルス（HBV）やC型肝炎ウイルス（HCV）への持続感染が原因である。肝がんは日本のがんによる死亡の第 3 位（平成 16 年）で、5 年相対生存率（がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標）が 20%未満[8]と、治療が困難ながんの一つである。

（1） 日本人の肝炎ウイルス感染率

我が国には、HBVの持続感染者（キャリア）が 110～140 万人、HCVキャリアが 150～190 万人いると推計されている。HCVキャリアは昭和 6 年～昭和 15 年に生まれた人に多く(3.38%)、それ以降でも昭和 35 年より前に生まれた人の 100 人に 1 人以上がキャリアであるとされる[9]。成人の肝がんの 9 割を占める肝細胞がんのうち 80%がHCV、15%がHBVの持続感染に起因すると試算されている。そのため、HBV、HCVの感染予防と、肝炎ウイルスキャリアに対する定期検診や抗ウイルス剤の投与など[10]が主要な肝がんの予防策となる[11]。

（2） 肝炎ウイルス検診

昭和 60 年からは「B型肝炎母子感染防止事業」により、妊婦へのHBV感染検査とHBVキャリアの母親から生まれた子に対するワクチン投与が行われ、HBVの母子感染は激減した。また、平成 14 年から、感染の自覚のないHCV及びHBVキャリアを見出すため、厚生労働省の補助事業により、老人保健法に基づく健康診査などに肝炎ウイルス検診[12]が組み込まれた。これは平成 18 年度までの計画であったが、平成 17 年度までの 4 年間の受診率が約 27%[13]と、未受診者が多かったことから、平成 19 年度も実施されることになった[14]。検診で感染の可能性を指摘されても、自覚症状がないために精密検査や治療を受けない人がいるが、感染の可能性がある人の半数近くについて、自治体が検診後の受療動向を把握しておらず、検診後のフォローアップ体制も

降、たばこ業界により「成人識別たばこ自動販売機」が導入されるが、他人のカードで買える、自動販売機自体が広告になっている、などの指摘がある。

[6] 2006 年 7 月から多くの日本たばこ産業の製品が 1 箱 300 円となった。なお、代表的な銘柄のたばこが英国では 1,045 円、米国(ニューヨーク市)774 円、フランス 630 円、ドイツ 506 円である。（「たばこ値上げ　日本の価格はまだ安すぎる」『読売新聞』2006.6.30.）

[7] 「新しい注意文言の認知状況等に関するアンケート調査結果について」財政制度等審議会　たばこ事業等分科会(第 11 回)資料<http://www.mof.go.jp/singikai/zaiseseido/siryou/tabakoa/tabakoa190328.htm>

[8] 「統計」国立がんセンターがん対策情報センターがん情報サービス
<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/index.html>

[9] Junko Tanaka et al., "Sex-and Age-Specific Carriers of Hepatitis B and C Viruses in Japan Estimated by the Prevalence in the 3,485,648 First-Time Blood Donors during 1995-2000", *Intervirology*, vol.47 (Jan/Feb 2004), p.35.

[10] 第 168 回国会において与野党がそれぞれ、患者の経済的負担の軽減策等を含む肝炎対策のための法案を提出している。（平成 19 年 11 月 29 日現在）

[11] 「肝細胞がん」国立がんセンターがん対策情報センターがん情報サービス
<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/cancer/data/liver.html>

[12] 40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳を対象とする「節目検診」と、上記年齢に当たらなくても、感染しているリスクが高いと考えられる者が受診できる「節目外検診」がある。現在HBV、HCVキャリアの新規発生は稀であるため、感染しているかどうかの検査を 1 回受ければよいとされている。

[13] 節目検診の受診率。日野啓輔「肝炎ウイルス検診の実態と要精検者指導に対する今後の問題点」『肝炎ウイルス検診の現状把握と評価及び今後のあり方に関する研究：平成 18 年総括研究報告書分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業』2007, p.14.

[14] 「平成 19 年度保健事業　肝炎ウイルス検診、がん検診など予定」『厚生サロン』27 巻 4 号, 2007.3, p.49.

課題となっている[15]。

II がんの二次予防

1 検診事業の概要

日本のがん対策の中で、比較的早くから系統的に実施されてきたのが検診事業である。「老人保健法」（昭和57年法律第80号）に基づく検診事業として、昭和58年に胃がんと子宮頸がんの検診が導入され、昭和62年に肺がん、乳がん、子宮体がん、平成4年に大腸がんの検診が追加された。がん検診は国庫補助事業であったが平成10年に一般財源化され、市町村の単独事業となった。対象となる年齢や検診の内容は、厚生労働省の指針（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」）に定められている（表2）。

表2　市町村によるがん検診の概要

	対象	内容	受診率＊
胃がん検診	40歳以上	問診・胃部エックス線検査	12.4%
肺がん検診	40歳以上	問診・胸部エックス線検査・喀痰細胞診	22.3%
大腸がん検診	40歳以上	問診・便潜血検査	18.1%
子宮がん検診	20歳以上の女性	問診・視診・子宮頚部の細胞診・内診等。2年に1度。	18.9%
乳がん検診	40歳以上の女性	問診・視触診・乳房エックス線検査（マンモグラフィ）。2年に1度。	17.6%

（出典）＊「平成17年度地域保健・老人保健事業報告」による

2 がん検診の課題

（1）　受診率の低迷

検診事業の目的は、がんを早期に発見し早期治療を行うことで、がんによる死亡を減らすことである。検診受診率が50%になるとがんによる死亡率が3%削減できるとされている[16]が、受診率は低く、最も多くの人が受けている肺がんの検査でも検診対象者の4分の1に満たない（表2参照）[17]。

（2）　検診精度

検診精度の向上も課題である。自治体検診による要精検率に地域や検査機関によって差があることや、エックス線の撮影技師や読影する医師の技術にばらつきがあることが指摘されている[18]。要精検率が低すぎるところでは、がんが見落とされているおそれがあり、逆に高すぎるところでは不必要な検査を受診させられている人が多くなっている可能性がある。厳しい財政事情から、精度が低くても単価の安い検診機関に委託する自治体が増えるのではないかという懸念もある。

検診でがんの可能性が指摘されても、精密検査を受診しない人が多数存在することも問題である。精密検査が必要と指摘されても、胃がん、肺がんでは4人に1人、大腸がんでは4割、子宮がんでは3割の人が精密検査を受けていない。特に東京都ではほとんどの部位について、精

15 日野　前掲注13, p.18.
16 垣添忠生「がん死亡率の20%削減と患者のQOLの向上を」『週刊社会保障』2437号, 2007.6.25, p.28.
17 この数字には職域検診や個人での検診は含まれていない。
18 「がん検診の現状＜1＞　ばらつく読影精度」『東京新聞』2007.3.2.

密検査受診率が 5 割を下回っている[19]。

（3） 受診にかかる費用

市町村によるがん検診では、多くの場合、検診費用の助成が行われ、自己負担額が軽減されている。厚生労働省が平成 18 年に行った調査[20]によれば、集団検診の自己負担額は、胃がん、子宮がん検診では半数近く、乳がん検診では約 4 分の 1 の市町村で 501～1,000 円、肺がん検診では 4 割、大腸がん検診では 6 割を超える市町村で 500 円以下となっている。集団検診を無料としている市町村の数は肺がん検診で最も多く（全市町村の 44.1%）、乳がん検診（9.2%）が最も少ない。

検診には医療保険は適用されないため、個人で医療機関の検診を受ける場合、全額自己負担となる。検診費用は施設や内容によって異なるが、個別検診の場合、概ね、胃がん（エックス線検査）が 4,000 円～15,000 円、肺がん（エックス線・喀痰検査）が 4,000 円～1 万円、乳がん（視触診とマンモグラフィ）が 5,000 円～1 万円程度とされる[21]。

III がん医療の格差

1 治療成績の差

患者や医療関係者により、がんの治療内容や生存率が、地域や施設によって差があると指摘されている。比較可能な地域がん登録等のデータがある 7 府県における平成 5～8 年に診断を受けたがん患者の 5 年生存率には 10%程度の差がある[22]。また「全国がん（成人病）センター協議会」が一部の加盟施設について公表したデータでは、患者の重症度などに差があるため、単純に生存率から施設ごとの治療技術を比較することはできないが、胃がんの 5 年生存率が高い施設では 84.1%、低い施設で 45.5%であり、肺がんでは 55.5%及び 27.8%となっている[23]。

2 均てん化施策の状況

格差の要因解明と是正に向けて厚生労働省に「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」が設置された（平成 16 年 9 月 9 日）。「均てん化」とは「全国どこでも癌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[24]」をいう。この検討会による報告書（平成 17 年 4 月）[25]は、地域格差を生み出す主要な要因として、①化学療法や放射線療法の専門医が不足している、②検診受診率が低く、また撮影技師・読影医が不足するなど実施体制が十分でない、③がん専門医療機関が地域ごとに計画的に配置されておらず、また病院間の役割分担や連携ができていない、④がん登録の取り組みが進んでい

---

19 株式会社三菱総合研究所「平成 18 年度厚生労働省医政局委託　医療機能調査事業報告書　調査結果編」pp.14-18. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/kanrenjigyou.html>

20 「市区町村におけるがん検診の実施状況等調査について」第 12 回がん検診に関する検討会（2006 年 8 月 28 日）資料　<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0728-16.html>

21 「検査はどこで」『毎日新聞』2003.3.31.

22 「『がん医療水準均てん化の推進に関する検討会』報告書」2005.4. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0419-6.html>

23 外科症例のみ解析した施設を除く（「がん生存率公表」『朝日新聞』2007.10.5.）。公表データは全国がん（成人病）センター協議会ウェブサイトで見ることができる。<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/index.html>

24 前掲注 22

25 同上

ない、⑤一般国民への情報提供ができていない、などを挙げ、それぞれについて改善を提言している。

厚生労働省は、全国で質の高いがん医療が実施されるよう、二次医療圏[26]に 1 か所程度の地域がん診療連携拠点病院、都道府県におよそ 1 か所の都道府県連携拠点病院の指定を行っている。拠点病院の指定要件として、標準的治療や緩和ケアの実施、専門医・コメディカルスタッフ[27]の配置、地域の医療機関との連携・支援、研修の実施、相談支援センターの設置、院内がん登録の実施などが定められている[28]。指定を受けた病院には補助金の交付や診療報酬の加算などが行われる。平成 19 年 1 月末現在、254 の地域がん診療連携拠点病院、32 の都道府県連携拠点病院が指定されている[29]。

3 「均てん化」の問題点

拠点病院に指定されていても手術件数が少ない病院や抗がん剤や放射線治療の専門医がいない施設があるなど、拠点病院間でも差があることが指摘されている[30]。また、人口の多い都市部からは拠点病院を 1 か所に限定することへの疑問が出ている一方で、拠点病院の指定要件を満たすような施設がない過疎地などではがん医療の確保の問題が依然として残されている等、指定要件が地域の特性を考慮していないとの批判がある[31]。他方「均てん化」のために専門医を各地に分散させるより、限られた数の施設に集約させたほうが、数多くの治療を手がけることができ、技術や専門性が高まるとの意見もある[32]。

IV 緩和ケアの提供

がん患者は、診断当初の時点で約 3 割、進行がんの 6～7 割、末期がんの 8 割近くになんらかの痛みが生じているといわれる。がんそのものや治療によって生じる身体の痛み、不安などの精神的苦痛を和らげる「緩和ケア」は、終末期だけでなく、治療の初期段階から、がんを治癒させるための積極的な治療と並行して行われることが求められている。

1 緩和ケアに関する制度

我が国で緩和ケアが制度化されたのは平成 2 年である。この年、厚生省がホスピス・緩和ケアを医療保険の診療項目とし、「緩和ケア病棟入院料」という診療報酬項目を新設した。当時は主に終末期の患者を対象としていたが、その後、患者とその家族の生活の質の改善のため、早期から緩和ケアを開始することが求められるようになった。がん診療全体にわたる緩和ケアの提供のため、平成 14 年に、緩和ケアチーム[33]による一般病床の入院患者に対するコンサルテーショ

---

26 特殊な医療を除く一般の医療需要で、主として病院における入院医療を提供する体制の確保を図る区域。地理的条件や日常生活や交通事情など社会的条件を考慮して定められている（厚生労働省医政局「医療計画の見直し等について」平成 15 年 8 月）。

27 看護師、薬剤師、診療放射線技師等、医師以外の医療従事者。

28 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」2006.2.1. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>

29 「がん診療連携拠点病院指定一覧表」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan04/index.html>

30 「がん診療『拠点病院』手術実績に格差」『読売新聞』2007.4.29.

31 「がん治療『拠点』指定方法に懸念」『毎日新聞』2007.3.19; 「第二回がん対策情報センター運営評議会　山崎（晋）委員提出資料, 2007.3.7.　<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/admin_council/070307.html>

32 土屋了介「良薬口に苦し…。『がん対策基本法』施行に思うこと」『健康保険』61 巻 4 号, 2007.4, pp.24-25.

33 緩和ケアチームとは、日本医療機能評価機構などによって認定を受けた施設で、がん患者または末期患者の症状、精神的・社会的苦痛に対して、多面的な視点から対策を立てることを目的として結成された専門家のチ

ンへの診療報酬加算が新設された。

病院での緩和ケア体制の整備に加え、在宅での療養のための診療報酬の設定も行われている。平成14年から外来のがん患者への化学療法に対する加算が行われ、平成18年には、がん患者を含む在宅療養患者への 24 時間体制の往診・訪問看護の提供を重視した診療報酬設定が行われた。また、通常は65歳以上でないと介護保険によるサービスを受けることはできないが、平成 18 年 4 月に、末期がんが介護保険の「特定疾病」に加えられたことにより、40 歳以上であれば介護が必要な末期がん患者は、介護保険によるサービスを受けることができるようになった。

2 緩和ケアの課題

緩和ケア体制を整備するための施策が導入されてきているものの、緩和ケアの普及は遅れている。がんによる痛みを緩和するための医療用麻薬の単位人口当たりの消費量は欧米諸国の数分の一[34]であり、末期の入院患者で痛みが十分に取り除かれているのは 40%（大学病院）から64%（成人病・がんセンター施設）にとどまる[35]。その要因は以下のとおりである。

（1） 「麻薬」への抵抗感

医療用麻薬に対する抵抗感がまず挙げられる。モルヒネなどの医療用麻薬は、がんの痛み止めとして適正に使用されれば、中毒や依存症になることはほとんどないとされている。しかし、依存症へのおそれが患者・医療従事者双方の間に根強く存在するといわれている。

（2） 施設・専門医の不足

一方、緩和ケアを希望しても、提供体制が整っていない場合もある。平成 16 年度に全国の緩和ケア病棟に入院した人はがん死亡者の 6%程度[36]にすぎない。ベッドが空くのを待たなければならない施設も多く、待機中に死亡してしまうこともある[37]。平成19年4月現在、緩和ケア病棟(厚生労働大臣の定める施設基準に基づく緩和ケア病棟の届出を行い受理された施設）は 171 施設3,295床[38]となっている。

また、これまでの我が国のがん治療は外科治療が中心であったため、延命や症状緩和を目指す進行がんの診療を専門とする医師が少ない。平成 17 年度に実施された、大学病院、全国がん（成人病）センター協議会加盟病院、地域がん診療拠点病院を対象にしたアンケート調査によると、回答のあった157施設のうち、緩和ケアの専門医がいない施設が64（40.8%）、1名しか勤務していない施設が21(13.4%)であった[39]。

（3） 医療従事者への知識の普及

医療従事者の間での緩和ケアの知識の普及も十分ではない。がん緩和ケアの国際標準であ

ームである。チームの構成員として、がん治療または緩和ケアを3年以上経験したことのある専従医師、精神神経科医師、5年以上のがん看護、緩和ケア経験のある看護師または日本看護協会指定施設で研修を受けた看護師が専従していることが、緩和ケア診療加算の認定を得るための必要要件である（服部政治・赤峰伴子「緩和ケアチーム立ち上げ　その理想と現状」『緩和医療学』8巻2号, 2006.4, p.12.）。

34 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課『麻薬・覚せい剤行政の概況』2005.11, pp.17-18.

35 平賀一陽「がん疼痛治療の現状と問題点に関する研究」『がん疼痛治療におけるオピオイド鎮痛薬の適正使用に関する研究：平成15年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業』2004, pp.15,23.

36 「病院7割『人不足』」『朝日新聞』2005.12.18.

37 「緩和ケア病棟　待機中に死亡1326人」『読売新聞』2006.4.12.

38 日本ホスピス・緩和ケア協会ウェブサイト<http://www.hpcj.org/>

39 『効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究：平成16年度～18年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業』2007, p.4.

るWHO方式がん疼痛治療法[40]の認知度について、医師、看護職員、介護施設職員に対して行われた調査(平成 15 年)[41]によると、「内容をよく知っている」または「内容をある程度知っている」と回答した割合はそれぞれ 43%、20%、8%であり、「（あることも）知らない」がそれぞれ 26%、44%、69%であった。緩和ケアに対する知識を高めるための教育の必要性が指摘されている。

V がん登録

1 がん登録の現状

地域がん登録とは、国や都道府県などの特定の人口集団内のがん患者全員について、がんと診断されたときから治癒または死亡に至る全経過の情報を集めて保管、整理、解析する仕組みである。新たにがんと診断された人の数（罹患数）や、5 年生存率などは、地域がん登録のデータから算出している。がんの実態把握のほか、予防対策や医療活動などの対がん活動の評価、がんの原因分析などの疫学研究、検診の有効性評価などにも地域がん登録のデータが有用とされる。

しかし、平成 19 年 4 月現在、がん登録を実施しているのは 35 道府県 1 市で、12 都県では実施されていない（うち実施予定 3 県、検討中 7 県）[42]。医療機関には地域がん登録へ報告する法的義務はなく、当該施設でのがんの診断・治療・予後に関する情報の院内がん登録も、医療機関や医師の自主性に任せられているのが現状である。地域ごとの登録様式が統一されていないため比較しにくく、また精度の低いがん登録も存在し、正確な罹患率や生存率の把握や、検診・治療の有効性の評価を困難にしている。

2 がん登録と個人情報保護法

地域がん登録の必要性はかねてから指摘されていたが、基本法において、地域がん登録を規定することは、個人情報保護の観点から慎重な意見が出され、見送られることになった。参議院厚生労働委員会（平成 18 年 6 月 15 日）で「院内がん登録制度、地域がん登録制度の更なる推進と登録精度の向上並びに個人情報の保護を徹底するための措置」についての附帯決議[43]が採択されるにとどまった。

がん登録事業において、個人情報保護に関する法律や条例との関係で問題になるのは、①地域がん登録が、通常本人から収集すべきとされる個人情報を、医療機関から収集していること、②医療機関が、患者の診療のために取得した患者の情報を、患者の同意を得ずに、地域がん登録への提供という本来の目的を超えた利用・提供を行うことの適否である[44]。適用される法令は、がん登録に関わる機関によって異なる（表 3 参照）。

---

40 WHOが作成した国際標準のがん性疼痛薬物療法で、85%以上の痛みを緩和できるとされる。

41 「終末期医療に関する調査結果」終末期医療に関する調査等検討会編『今後の終末期医療の在り方』中央法規出版，2005, p.73.

42 「地域がん登録の標準化と精度向上に関する第 2 次事前調査結果報告書」2007.5.1. pp.17,20. <http://www.cancerinfo.jp/jacr/report/report_2nd_term.pdf>

43 附帯決議本文　第 164 回国会参議院会議録第 34 号 平成 18 年 6 月 16 日 pp.20-21.

44 「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号）（いわゆる「個人情報保護法」）では、あらかじめ特定された利用目的を超えて個人情報を利用する場合（第 16 条）や個人情報を第三者に提供する場合（第 23 条）は、本人の同意が必要とされている。行政機関や独立行政法人の保有する個人情報について規定する法律にも、それぞれ当該機関が保有する個人情報の目的外の利用や提供を制限する条項がある。

表３　地域がん登録事業と個人情報保護関連法・条例との関係

		適用される法・条例	備考
地域がん登録による医療機関からの個人情報の収集		地方公共団体の個人情報保護条例	審議会等による公的承認を受けているのは平成 18 年 8 月現在、がん登録実施 32 道府県中 26 県（81%）＊
医療機関による地域がん登録への情報提供			
	民間の医療機関	個人情報保護法	利用目的による制限・第三者利用の制限の適用除外（健康局長通知，厚生労働省ガイドライン）
	国の医療機関	行政機関個人情報保護法	健康局長通知にて適用除外事例
	独立行政法人の医療機関	独立行政法人等個人情報保護法	健康局長通知にて適用除外事例
	地方公共団体の医療機関	地方公共団体の個人情報保護条例	

（出典）安富潔「地域がん登録事業と個人情報保護の法的枠組み」『地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究：平成 17 年総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金第 3 次がん総合戦略研究事業』2006,pp.132-142 をもとに筆者作成
＊前掲注 42, p.17.

患者の情報を地域がん登録のために利用することについて、本人の同意があれば個人情報保護法上の問題は生じない。しかし、拒否者が多いとデータの精度が低くなることや、がんを告知されていない人から同意を得ることができないこと、同意を得るための手続きが医療機関にとって負担になること、などの理由から、多くの場合、本人の同意を取ることは行われていない。

（１）　地域がん登録による個人情報の利用

地域がん登録事業は、道府県が実施主体であるため、各自治体の個人情報保護条例の規定や個人情報保護審査会の判断に従うことになる。兵庫県では、条例に違反するとの判断により平成 12 年度末に地域がん登録を中止している[45]。宮城県では、県個人情報保護審査会の答申（平成 17 年 2 月 24 日）に従い、登録拒否者の罹患情報ががん登録機関に登録されない仕組みを整備してがん登録を実施している[46]。

（２）　医療機関の協力

医療機関が地域がん登録に診療情報を提供することは、平成 16 年 1 月の健康局長通知（健発第 0108003 号）や厚生労働省が平成 16 年に公表したガイドライン[47]では、個人情報保護上の目的外利用や提供に関する制限が適用されない例に該当するとの解釈が示されている。しかし、患者本人の同意を得ずに患者の情報を届け出ることに対して危機感を抱く医師・病院もあり、これを理由にがん登録に協力をしない事例も存在する。また、患者が積極的に登録拒否の意思を表明したにもかかわらず登録を行った場合、当該医療機関は患者による民事訴訟やマスメディアによる批判的報道というリスクを負うことが指摘されている[48]。

自治体病院の場合は、各自治体の個人情報保護条例に従う。川崎市では、市の個人情報保護運営審議会の答申（平成 15 年 4 月 30 日）により、市立病院が地域がん登録に患者の個人情報を提供するには本人の同意が必要とされており、市立病院から県の地域がん登録へ

---

45 兵庫県の地域がん登録は再開の予定。県の個人情報保護審議会は既にがん登録による個人情報の本人同意のない収集と利用・提供について、例外的に認めるとする答申（平成 18 年 5 月 11 日）を出している。
<http://web.pref.hyogo.jp/pa14/pa14_000000009.html>

46 丸山英二『地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究：平成 16 年度～18 年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金第 3 次がん総合戦略研究事業』2007, pp.3-4.

47 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html>

48 旗出俊彦「地域がん登録の法的整備に関する研究」『地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究：平成 17 年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金第 3 次がん総合戦略研究事業』2006, p.184.

の患者情報の提供は行われていない。

3 がん登録制度化の課題

地域がん登録は、がん登録自体を実施していない地域・医療機関があること、データが標準化されていないこと、個人情報保護との関係など、様々な課題を抱えている。こうした問題に対応するため、がん登録事業の法制化を求める声がある[49]。

がん登録を制度化する場合、本人の同意を必要とするかどうか、また、同意を不要とする場合には、登録されることについての患者への説明を必須とするかどうか、登録拒否を認めるか、登録されている情報を本人が直接開示請求することを認めるか、などが問題となる。また、医療機関に協力を義務づけるか、登録にかかる人件費等の助成を医療機関に対して行うか、地域がん登録から患者の予後情報などのフィードバックを行うかどうかなど、協力機関との関係も整理する必要がある。さらに、登録されることに対する患者とその家族の不安への対応や、セキュリティの観点から登録情報に実名を付けるか記号を付けて匿名化するかという点についても議論が必要である。

欧米には、がん登録が医療機関に義務付けられている国・地域が多く見られる（表 4 参照）。登録に患者の同意を必要とするところは少ないが、患者が自分の情報の開示をがん登録に対して求めることは認められていることが多い[50]。

表 4　主要国の地域がん登録

	医療機関の義務・権限	義務違反に対する制裁	患者への説明の要否	患者の同意の要否	登録情報の顕名・匿名	本人の開示請求
アメリカ各州	義務	かなりの州で行政処分・罰金	不要（少数の州で要）	不要(1 州で宗教的拒否権あり)	顕名	かなりの州で開示請求可
カナダ各州	ほとんどの州で義務	4 州で罰金	不要	不要	顕名	3-4 州で開示請求可
イギリス	権限	―	説明文書が試行中	拒否権あり	顕名・NHS番号[51]	開示請求可
オーストラリア各州	義務	多くの州で罰金	不要(1-2 の州で望ましい)	不要	顕名	2-3 州で開示請求可
ドイツ各州	義務 8 州，権限 7 州	無 (1 州資格停止，1 州罰金)	13 州届出の通知義務，2 州要	13 州不要（拒否権あり），2 州要	13 州管理番号化，2 州顕名	開示請求可
フランス	権限	―	必要	不要・拒否権あり	顕名	開示請求可
デンマーク	義務	罰金	不要	不要	顕名	開示請求可
スウェーデン	義務	―	不要	不要	顕名	開示請求可

（出典）丸山英二『地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究：平成 16 年度～平成 18 年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金第 3 次がん総合戦略研究事業」2007, p.13

49 丸山　前掲注 46, pp.8-23.
50 同上, pp.2-3.
51 筆者注：イングランド及びウェールズの国民保健サービス(NHS)への登録者 1 人 1 人に与えられる 10 桁の識別番号。