

IV. 各がん対策指標の測定結果

次ページより、各指標の一覧および測定結果を第2期がん対策推進基本計画の記述順に一覧表示する。各指標は、全体目標指標と分野別施策の指標に分かれている。

各指標の番号は、策定時の分類および整理に基づいてつけられているが、この一覧はがん対策推進基本計画上の出現順に並べかえられているため、順番となっていない。また、削除された指標については欠番となっている。一部の指標については策定したものの、短期間では困難な調査方法のため測定できなかった。

一覧表に続いて、全体目標を構成する各要素、および分野別施策の各指標について詳細な解説を設けている。こちらは指標の番号順となっており、一覧の中から詳細を知りたい指標があった場合にはその順に探せるようになっている。

なお、この指標一覧は、厚生労働省がん対策推進協議会による「がん対策推進基本計画中間評価報告書（平成27年6月）」に転載されているが、

- ①測定年がこれまで、一部データ集計年であったものが、測定が実施された年に統一されたこと
- ②標準診療実施率（A11）が、一部修正を加えられたこと

により、一部相違が生じている。

がん対策進捗管理指標一覧

(がん対策推進基本計画順)

2015年9月17日作成

(表の見方)

全=全体目標、A=医療分野指標、B=研究技術開発分野指標、C=社会分野指標、緩=緩和ケア分野指標、予=予防分野指標、早=早期発見分野指標
 全体目標の指標は患者市民パネルやがん対策推進協議会委員を対象に行ったフォーカスグループインタビューにて策定され、A、B、C、緩の指標についてはデルファイ法を用いた専門家パネルによる意見集約を行い策定された指標である。予・早の指標については確立された既存指標を事務局にて収集・作成した。各分野の番号は指標の策定過程で付けられた管理用の番号であり、重要度などを表す数字ではない。更に、対応するがん対策推進基本計画の記述順としたため順不同となっている。(補正值)とは、患者体験調査においてサンプルの確率を補正した値を指す。指標再掲の場合は指標名のみを記す。

データ源の測定年

全体目標

1. がんによる死亡者の減少

がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少

全0	指標名: がんの年齢調整死亡率		2005年	2013年
	データ源: 人口動態統計 対象: がん患者	算出法: がんの年齢調整死亡率(75歳未満)	92.4 /人口10万人	80.1 /人口10万人
備考: 人口動態統計を元に算出され、がん情報サービスに掲載されている全がんの75歳未満年齢調整死亡率 http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html#pref_mortality				

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

要素1) 医療の進歩

全1	指標名: 医療が進歩していることを実感できること		2015年
	データ源: 患者体験調査の問32 対象: がん患者	算出法: 「問32. 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思いますか?」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合	80.1% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答538は除外。「1.そう思う」(3707)、「2. ややそう思う」(1158)との回答を合算			

要素2) 適切な医療の提供

全2a	指標名: 患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (からだの苦痛)		2015年
	データ源: 患者体験調査の問44a 対象: がん患者	算出法: 「問44a. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	57.4% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答131は除外。「4.あまりそう思わない」(1302)、「5.そう思わない」(1607)との回答を合算。			
全2b	指標名: 患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (痛み)		2015年
	データ源: 患者体験調査の問44b 対象: がん患者	算出法: 「問44b. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	72.0% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答247を除外。「4.あまりそう思わない」(954)、「5.そう思わない」(2585)と回答を合算。			
全3	指標名: 患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (気持ちのつらさ)		2015年
	データ源: 患者体験調査の問44c 対象: がん患者	算出法: 「問44c. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	61.5% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答229を除外。「4.あまりそう思わない」(1044)、「5.そう思わない」(1953)と回答を合算。			
全4	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (自分らしい生活)		2015年
	データ源: 患者体験調査の問45 対象: がん患者	算出法: 「問45. 現在自分らしい日常生活を送れていると感じていますか?」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合	77.7% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答169を除外。「1.そう思う」(2506)、「2. ややそう思う」(1415)との回答を合算。			

全5a	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（治療の見通し）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問18 対象: がん患者 算出法: 「問18. これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか?」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答262を除外。「1. 十分得られた」(3479)、「2. ある程度得られた」(2314)との回答を合算。	89.1% (補正值)
全5b	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（生活の見通し）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問19 対象: がん患者 算出法: 「問19. これまでで入院治療を受けた時、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか?」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答210を除外。「1. 十分得られた」(2526)、「2. ある程度得られた」(2633)との回答を合算。	78.9% (補正值)
全7	指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（尊重）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問36 対象: がん患者 算出法: 「問36. あなたが医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか?」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答166を除外。「1.そう思う」(2820)、「2. ややそう思う」(1246)との回答を合算。	80.7% (補正值)
全8	指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（切れ目のない治療）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問14 対象: がん患者 算出法: 「問14. 病院から診療所・在宅医療（看護も含む）へ移った際、病院での診療方針が診療所・訪問看護ステーションへ円滑に引き継がれたと思いませんか?」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答(464)、「6. 退院後、診療所・在宅医療は利用していない」と回答した2752名を除外。「1. そう思う」(1969)、「2. ややそう思う」(580)との回答を合算。	72.7% (補正值)
全9a	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる治療）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問42 対象: がん患者 算出法: 「問42. あなたはこれまで受けた治療に納得していますか?」という問いに対し、1.納得している、または2.やや納得していると回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答137を除外。「1.納得している」(3360)、「2.やや納得している」(1150)との回答を合算。	88.1% (補正值)
全9b	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる支援）	2015年
	データ源: 患者体験調査の問43 対象: がん患者 算出法: 「問43. あなたはこれまで受けた支援（医療機関、行政、職場、家族、友人などによる）に納得していますか?」という問いに対し、1.納得している、または2.やや納得していると回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答167を除外。「1.納得している」(2772)、「2.やや納得している」(1306)との回答を合算。	80.4% (補正值)
要素3) 適切な情報提供・相談支援		
全12	指標名: 正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選べるような情報提供がきちんと提供されること	2015年
	データ源: 患者体験調査の問35 対象: がん患者 算出法: 「問35. あなたは、自分が思うような日常生活を送るのに必要な情報を得られていると思いますか?」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答206を除外。「1. そう思う」(2010)、「2. ややそう思う」(1560)と回答を合算。	71.5% (補正值)
全13	指標名: 相談できる環境があると感じること	2015年
	データ源: 患者体験調査の問23 対象: がん患者 算出法: 「問23. がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関する様々な疑問について相談できる場がありましたか?」という問いに対し、1.あった、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答186を除外。「1. 相談を必要としなかった」と回答した1666名を除外。「1. あった」の回答は3273名。	67.4% (補正值)

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

要素4) 経済的困窮への対応

全14a	指標名: 経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと(治療の変更・断念)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問20 対象: がん患者 算出法: 「問20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか?」という問いに対し、1.ある、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答123を除外。(175)が「1.ある」と回答。この設問では公的医療保険内・外は問わない。問21「治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか?」の設問を加味した結果は分野別指標C16を参照。	2.7% (補正值)
全14b	指標名: 経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと(交通費の負担)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問22 対象: がん患者 算出法: 「問22. がんの最初の治療(手術、化学療法、放射線療法など、経過観察も含む)のための通院にかかった交通費は、1回、往復でおおよそのくらの費用ですか?」において最も多かった回答 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答224を除外。最初の治療を複数の病院で受けられた場合、最も遠方の病院に通院された際の往復の交通費に関する問い。自動車やバイクを利用された場合は駐車代を含めた額を回答。選択肢は1. 0円(徒歩や自転車などのため、交通費はかかっていない)、2. 1円以上~2000円未満、3. 2000円以上~5000円未満、4. 5000円以上~1万円未満、5. 1万円以上~2万円未満、6. 2万円以上、9. わからない。3608名が「2. 1円以上~2000円未満」と回答。	1円~2000円 56.4% (補正值)

要素5) 家族の介護負担の軽減

全16	指標名: 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること(家族への負担)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問40 対象: がん患者 算出法: 「問40. あなたは現在、がんになったことで、ご家族に負担をかけていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答129を除外。「1.よく感じる」(730)、「2.ときどき感じる」(1442)との回答を合算。	42.1% (補正值)
全17	指標名: 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること(家族の支援)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問41 対象: がん患者 算出法: 「問41. 一般的にみて、がん患者の家族の悩みや負担をやわらげてくれる支援・サービス・場所があると認めますか?」という問いに対し、1.十分あると思う、または2.十分ではないが、ある程度あると思うと回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答193を除外。「1.十分あると思う」(212)、「2.十分ではないが、ある程度あると思う」(1635)との回答を合算。	37.1% (補正值)

要素6) がんになっても孤立しない社会の成熟

全18a	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること(家族からの孤立)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問37 対象: がん患者 算出法: 「問37. あなたはがんと診断されてから、家族から不必要に気を使われていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答154を除外。「1.よく感じる」(430)、「2.ときどき感じる」(1136)との回答を合算。	30.7% (補正值)
全18b	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること(社会からの孤立)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問38 対象: がん患者 算出法: 「問38. あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人(友人、近所の人、職場関係者など)から不必要に気を使われていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答135を除外。「1.よく感じる」(181)、「2.ときどき感じる」(998)との回答を合算。	22.3% (補正值)
全18c	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること(職場での孤立)	2015年
	データ源: 患者体験調査の問24、25 対象: がん患者 算出法: 「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていました」と回答したがん患者 「問25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか。」という問いに対し、1.関係者に広く話した、または2.一部の関係者のみに限定して話した、と回答した患者の割合 備考: がんと診断されたことはない回答した患者、および無回答患者は対象より除外。「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていました」と回答した3002名のうち、問25が無回答であった46名を除外。問25で「1. 関係者に広く話した」(837)、「2. 一部の関係者のみに限定して話した」(1818)との回答を合算。	90.5% (補正值)

分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

A. チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

A15a	指標名: 拠点病院における5大がん(および他のがん)患者の5年生存率 データ源: 院内がん登録 対象: 拠点病院における5大がん(および他のがん)患者 算出法: 5年生存率	2007年院内がん登録5年粗生存率 乳 89.7% 肺 36.1% 大腸 68.7% 胃 62.8% 肝臓 32.9% その他 60.9%
	備考: 標記は相対生存率ではなく、粗生存率による暫定値。2007年症例の予後を提出した234施設で算出。予後判明率は全体で92.7%。施設単位で判明率の低い施設を含む。2007年院内がん登録5年粗生存率。乳(乳がん)、大腸(大腸がん)、肝臓(肝臓がん)、肺(肺がん)、胃(胃がん)、その他(その他のがん)を示す。□は95%信頼区間。乳がん 89.7% [89.3, 90.1]、大腸がん 68.7% [68.2, 69.1]、肝臓がん 32.9% [32.0, 33.8]、肺がん 36.1% [35.5, 36.6]、胃がん 62.8% [62.3, 63.4]、その他のがん 60.9% [60.6, 61.2]	
A18	指標名: 納得のいく治療選択ができたがん患者の割合 (インフォームドコンセント) データ源: 患者体験調査 対象: がん患者 算出法: 「自分の治療について納得いく治療を選択することができた」と回答した患者の割合	2015年 84.5% (補正値)
	備考: 患者体験調査において、がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。問12「がんの診断から治療開始までの状況を総合的にふりかえって、あなた(患者本人)が納得いく治療を選択することができたと思いますか?」で本問への無回答147名を除外。「1.そう思う」(4390)、または「2. ややそう思う」(1171)との回答を合算。	
A18a	指標名: 医師以外の職種がインフォームドコンセントに必ず参加する拠点病院の割合 (インフォームドコンセント) データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院 算出法: 医師以外の職種がインフォームドコンセントに必ず参加する施設の割合	2014年 47.2%
	備考: がん患者に対するインフォームドコンセントの際、医師以外の職種が必ず参加することが原則となっている。に対し、「はい」と回答した施設(294施設/409施設)その原則は、規定、あるいはマニュアルなどで明文化されている。に対し、「はい」と回答した施設(195施設/409施設)いずれも「はい」と回答した施設(193施設/409施設)を算出。	
A18b	指標名: 医療従事者ががん告知や余命告知のための研修を実施している(マニュアル等がある)拠点病院の割合 データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院 算出法: がん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーション研修やマニュアル等があった拠点病院の割合	2014年 56.0%
	備考: 医療従事者に対してがん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーション研修を1年に最低1回でも実施している。に対し、「はい」と回答した施設(151施設/409施設)。がん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーションに関するマニュアルがある。に対し、「はい」と回答した施設は(198施設/409施設)。いずれも「はい」と回答した施設(120施設/490施設)だったが、ここでは、いずれかに対し、「はい」と回答した施設(229施設/409施設)56.0%を算出している。	
A18d	指標名: 若年がん患者の妊孕性温存処置ができる(または他施設を紹介している)拠点病院の割合 データ源: 拠点病院現況報告 対象: 全国がん診療病院(外科(乳がん等)、血液腫瘍、泌尿器、婦人科、小児科等) 算出法: 妊孕性温存のための具体的な処置ができる、あるいは、上記方法を行えない場合、他施設を紹介している施設の割合	2013年 62.1%
	備考: 62.1%とは精子保存、未受精卵凍結保存、受精卵凍結保存、卵巣組織凍結保存、放射線治療に対する卵巣移動、放射線治療に対する卵巣遮蔽、卵巣休眠、妊孕性温存治療ができる施設への紹介のいずれか一つでも実施できたと回答した施設の割合が62.1%(254施設/409施設)。がんの治療に際して妊孕性温存目的で精子保存を行った患者の数が1件以上の施設(60施設/409施設): 14.7% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために未受精卵凍結保存を行うことができると回答した施設(40施設/409施設): 9.8% がんの治療に際して妊孕性温存目的で未受精卵凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設(14施設/409施設): 3.4% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために受精卵(胚)凍結保存を行うことができると回答した施設(79施設/409施設): 19.3% がんの治療に際して妊孕性温存目的で受精卵(胚)凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設(36施設/409施設): 8.8% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために卵巣組織凍結保存を行うことができると回答した施設(31施設/409施設): 7.6% がんの治療に際して妊孕性温存目的で卵巣組織凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設(4施設/409施設): 1% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために放射線治療に対する卵巣移動を行うことができると回答した施設(179施設/409施設): 43.8% がんの治療に際して妊孕性温存目的で放射線治療に対する卵巣移動を行った患者の数が1件以上の施設(59施設/409施設): 14.4% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために放射線治療に対する卵巣遮蔽を行うことができると回答した施設(151施設/409施設): 36.9% がんの治療に際して妊孕性温存目的で放射線治療に対する卵巣遮蔽を行った患者の数が1件以上の施設(15施設/409施設): 3.7% がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために薬物を用いて卵巣を休眠させる事で化学療法から卵巣を保護する治療を行うことができると回答した施設(154施設/409施設): 37.7% がんの治療に際して妊孕性温存目的で薬物を用いて卵巣を休眠させる事で化学療法から卵巣を保護する治療を行った患者の数が1件以上の施設(66施設/409施設): 16.1% がんの治療に際して妊孕性温存のための処置が必要な患者のために 妊孕性温存治療ができる他の施設を紹介していると回答した施設(188施設/409施設): 46.0% がんの治療に際して妊孕性温存のための処置が必要な患者のために 妊孕性温存治療ができる他の施設へ紹介した患者の数が1件以上の施設(84施設/409施設): 20.5% 上記いずれか一つでも「できる」と回答した施設(254施設/409施設)、上記いずれか1件でも実施したと回答した施設(159施設/409施設)。上記の処置すべてに十分なエビデンスがあるわけではないことに注意。	
A18e	指標名: 妊孕性温存に関する情報が提供された40歳未満のがん患者の割合 データ源: 患者体験調査 対象: 40歳未満でがんの治療を受けた患者 算出法: 妊孕性温存のための具体的な説明を受けたと答えた患者の割合	2015年 38.1% (補正値)
	備考: 患者体験調査において、診断時40歳未満となるがん患者624人のうち、問15で「最初のがんの治療が開始される前に、その治療による不妊への影響について、医師から説明を受けましたか?」という問いに対し回答した患者501名を対象(123人が無回答)、問15で「2. 不妊への影響はない、という説明を受けた」(88名)、問16で「1. 予防・温存の具体的な方法を説明された」(107名)、問16で「2. 予防・温存の具体的な方法はないと言われた」(27名)のいずれかを回答した患者(総計222名)の割合を算出。粗解析値は44.3%であった。	

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

A19	指標名:	セカンドオピニオンの説明を受けたがん患者の割合 (セカンドオピニオン)		2015年
	データ源:	患者体験調査		40.3% (補正値)
	指標:	対象: がん患者	算出法: 治療開始をする前に、医師からセカンドオピニオンを受けられることの説明を受けた人の割合	
備考:	患者体験調査で、がんと診断されたことはないという回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。問11、「がんの治療が始まる前に、ほかの医師の意見を聞くセカンドオピニオンをうけられることについて担当医から説明はありましたか?」で、「1.説明があった」と回答した患者の割合を算出。6729名の内、本問への無回答214名と、「9.わからない/覚えていない」と解答した1183名を除外。2255名が「1.説明があった」と回答。粗解析値は42.3%。			

A19a	指標名:	拠点病院のセカンドオピニオン外来受診件数 (セカンドオピニオン)		2013年
	データ源:	拠点病院現況報告		29,485
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 過去1年間におけるセカンドオピニオン外来件数(セカンドオピニオンとして自費診療としてお金を徴収したものの)	
備考:	全国平均 72.1 (標準偏差239.5)、最小0、最大3065、中央値 13、四分位間距離 (IQR) [2, 43]、409施設で合計29485件。			

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

A11	指標名:	標準的治療実施割合 (標準的治療)		2012年診断症例
	データ源:	院内がん登録-DPC突合データ		大腸がん術後化学療法 49.6% 胃がん術後化学療法 68.2% 早期肺がん外科・定位放射線 88.9% 肺がん術後化学療法 45.0% 乳房温存術後全乳房照射 72.1% 乳切後高リスク症例放射線 33.1% 肝切前ICG15 90.9% 予防制吐剤 63.6% 外来麻薬開始時緩下剤 66.0%
	指標:	対象: 拠点病院のがん患者	算出法: 定められた標準治療が実施された割合	
備考:	169施設の院内がん登録+DPCデータより解析(2012年1月1日~2013年12月31日) 他院での治療内容が入っていない、臨床判断により標準を行わないなどの限界がある数字であることに注意。もともとここから原因を検討して改善活動を開始するための参考値 大腸がん術後化学療法=大腸がん術後化学療法実施率のことで、組織学的Stage IIIと診断された大腸がん患者のうち、術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合を指す。 胃がん術後化学療法=胃がん術後化学療法実施率のことで、胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取扱い規約Stage II、III (pT1,pT3N0を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち、S-1による術後化学療法が施行された患者の割合を指す。 早期肺がん外科・定位放射線=早期肺がんに対する外科・定位放射線治療実施率のことで、臨床Stage I~IIの非小細胞癌と診断された患者のうち、外科治療、または定位放射線治療が行われた患者の割合を指す。 肺術後化学療法実施率=術後Stage II、III Aの非小細胞癌で完全切除された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者の割合を指す。 乳房温存術後全乳房照射=乳房温存術後全乳房照射実施率のことで、乳房温存術を受けた70歳以下の乳癌患者のうち、術後全乳房照射が行われた患者の割合を指す。 乳切後高リスク症例放射線=乳切後高リスク症例放射線実施率のことで、乳房切除術が行われ、再発ハイリスク(T3以上(N0を除く)、または4個以上リンパ節転移のいずれか)の患者のうち、術後照射がなされた患者の割合を指す。 肝切前ICG15=肝切前ICG15検査実施率のことで、初回の肝切除術を受けた肝細胞がん患者のうち、ICG15分停滞率が治療開始前に測定された患者の割合を指す。 予防制吐剤=高リスク嘔吐化学療法制吐剤処方率のことで、高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤(セロトニン阻害剤+デキサメタゾン+アプレピタント)が使用された患者の割合を指す。 外来麻薬開始時緩下剤=外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率のことで、外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方 がなされた患者の割合を指す。			

A12	指標名:	診療ガイドラインの数 (診療ガイドラインの作成)		2014年
	データ源:	日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス診療ガイドラインなどのデータベース		30冊
	指標:	対象: 診療ガイドライン	算出法: 作成されているがん診療ガイドラインの数	
備考:	平成26年12月31日時点。診療ガイドラインを計数。実際のリストは研究班の個別指標の解説を参照。			

A13	指標名:	患者用診療ガイドラインの数 (患者用診療ガイドラインの作成)		2014年
	データ源:	日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス診療ガイドラインなどのデータベース		6冊
	指標:	対象: 患者用ガイドライン	算出法: 作成されている患者用がん診療ガイドラインの数	
備考:	平成26年12月31日時点。患者用診療ガイドラインを計数。実際のリストは研究班の個別指標の解説を参照。			

B17	指標名:	ガイドラインの改訂 (予防検診/診療/治療ガイドライン)		2014年
	データ源:	日本医療機能評価機構医療情報サービスMindsや学会への調査		22.4%
	指標:	対象: 予防検診/診療/治療ガイドライン推奨 (個別の推奨)	算出法: 改訂/速報を過去1年に発行したガイドライン数	
備考:	Minds、金原出版、癌治療学会のがん診療ガイドラインのリストより、2013.4~2014.3までの間に改訂/速報が出ているガイドラインの数を算出。診療ガイドライン30、検診ガイドライン10、その他分野横断的診療ガイドラインが10で総計49ガイドライン。改訂があったのは11ガイドライン。患者用ガイドラインは除外した。(胃がん検診ガイドラインはこの期間の後2014年12月改訂)			

A23	指標名:	拠点病院でがんサージカルボードによって検討された患者の割合 (海外の指標:がんサージカルボード)		2013年
	データ源:	拠点病院現況報告		48.0%
	指標:	対象: 拠点病院で調査年の前年1年間でがん 初めて診断されたがん患者	算出法: がんサージカルボード(多職種かつ多専門科)によって話し合われた患者の割合	
備考:	1,2,3,4,5,...と回答した施設は10,20,30,40,50,...として算出。無回答、不明と回答した16施設は除外し、393施設の平均値を算出。0~100%で分布、IQR=[20,75]、中央値 50、平均値 48.0、標準偏差 29.3。			

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

A24	指標名: 定期合同カンファレンスを実施している拠点病院の割合		2013年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: 2診療科以上の合同カンファレンスが2週間に1回以上の頻度で定期的実施されている病院の割合	48.2%
	備考: 合同カンファレンス、診断および治療方針の質の向上を目的とした多職種、もしくは多臓器専門医を含めたカンファレンス キャンサーボード開催頻度が2週間に1回以上、あるいは年26回以上の施設(197施設/409施設)		
A24a	指標名: 横断的な医療チームによるがん治療サポート体制がある拠点病院の割合		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: 臓器横断的な専門チーム(緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、感染制御チーム、褥瘡対策チーム、糖尿病サポートチーム等)が存在する拠点病院の割合	99.0%
	備考: 99%とは、緩和ケア以外の専門チーム(糖尿病、感染症、栄養、歯科口腔、緩和、褥瘡チーム)が1つでもある施設(405施設/409施設)を算出。 糖尿病の専門チームを整備し、当該糖尿病チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な血糖コントロールを行っている施設(217施設/409施設):53.1% 感染症制御の専門チームを整備し、当該感染症チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な感染症のコンサルテーションを行っている施設(382施設/409施設):93.4% 栄養の専門チームを整備し、当該栄養サポートチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な栄養管理を提供している施設(391施設/409施設):95.6% 歯科口腔ケアの専門チームを整備し、当該歯科口腔ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な歯科口腔ケアを提供している施設(237施設/409施設):58.0% 緩和ケアの専門チームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な緩和ケアを提供している施設(405施設/409施設):99.2% 褥瘡の専門チームを整備し、当該褥瘡チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な褥瘡ケアを提供している施設(395施設/409施設):96.6% 全てが「はい」であった施設(145施設/409施設)だが、いずれか1つが「はい」であった施設(406施設/409施設)、緩和チーム以外のチームが1つでもあった施設(405施設/409施設)99.0%であった。		
A32b	指標名: がん患者・家族、市民へ講演会を実施した拠点病院の割合 (治療への理解)		2013年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: 過去1年間でがん患者・家族、又は市民を対象にがん治療に関連した講演会や学習会を実施した拠点病院の割合	91.2%
	備考: 市民講演会を1年に1回以上開催している施設(373施設/409施設)		
A40b	指標名: 小児がん患者のうちキャンサーボードで検討された患者の割合		2013年
	データ源: 対象病院への調査(新データ)+拠点病院現況報告 対象: 日本小児血液・がん専門医研修施設で入院治療を受けた小児固形腫瘍患者	算出法: キャンサーボード(多職種かつ多専門科)よって話し合われた患者の割合	71.3%
	備考: 2012年08月23日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた89施設の中で、「平成25年1月1日～12月31日の1年の間に、貴施設でがんとして初めて診断された小児固形腫瘍患者のうち、多職種かつ多専門家で構成されたキャンサーボードで症例検討が行われたのは何人ですか?」という問いに対する各施設の回答の平均値。0～100%で分布、IQR=[40,100]、中央値 100、標準偏差 38.2。		
各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。			
A26f	指標名: リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合 (リハビリテーション)		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: リハビリテーションを専門に担当する医師が常勤で1人以上いる拠点病院の割合	37.4%
	備考: リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する専従または専任医師数が1名以上いると回答した施設(153施設/409施設)		
A27	指標名: 口腔ケアプロトコルが整備されている拠点病院の割合 (がん患者の口腔ケア)		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: 標準化された口腔内アセスメントと口腔ケアを行うためのプロトコルが両方ある施設の割合	55.3%
	備考: 標準化された口腔内アセスメントを行うためのプロトコルがある、に対し、「はい」と回答した施設(236施設/409施設) 標準化された口腔ケアを行うためのプロトコルがある、に対し、「はい」と回答した施設は(245施設/409施設) いずれも「はい」と回答した施設は226施設/409施設であった。		
患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。			
A26a	指標名: がん化学療法看護認定看護師が配置されている拠点病院の割合 (がんの認定看護師)		2013年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: がん化学療法看護認定看護師が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合	83.6%
	備考: 公益社団法人日本看護協会がん化学療法看護認定看護師が常勤で1名以上いると回答した施設(366施設/409施設)。(2013年は332施設/397施設)	89.5%	
また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきたところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。			
A11c	指標名: がん治療で生じた安全問題を検討している拠点病院の割合 (医療安全管理)		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院	算出法: がん治療で生じた安全上の問題について事例を収集するシステムがあり、かつ、収集された事例を院内医療安全管理部門等で最低2ヶ月に1度検討の場を設けていると回答した施設の割合	85.8%
	備考: 「がん治療で生じた安全上の問題についての収集された事例を、院内医療安全管理部門等で検討している」に対し、「はい」と回答した施設(380施設/409施設) 「院内医療安全管理部門等での検討会開催頻度(1年あたり)」が6回以上であると回答した施設(359施設/409施設) 「がん治療で生じた安全上の問題についての収集された事例を、院内医療安全管理部門等で検討している」に対し、「はい」と回答し「院内医療安全管理部門等での検討会開催頻度(1年あたり)」が6回以上であると回答した施設(351施設/409施設)		

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

A25a	指標名:	がん診療を統括する診療部が設置されている拠点病院の割合 (腫瘍センター)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院(基本的にはがんのみを診療している国立・県立がんセンターを除く)	算出法: がん診療を統括する診療部(がん診療部、腫瘍センターなど)が設置されている拠点病院の割合	25.3%	
備考:	国立・県立がんセンター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学の名前がついた病院を除いた293施設を対象。がん診療を統括する診療部(がん診療部、腫瘍センターなど)が設置されている。に対し、「はい」と回答した施設(74施設/293施設)				

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

A29	指標名:	拠点病院から地域医療機関に紹介された患者で別の医療機関に通院した者の割合(拠点病院地域連携)		今回は測定困難	
	データ源:	レセプトデータ			
	指標:	対象: 拠点病院から地域の医療機関へ紹介されて受診した患者	算出法: 地域医療機関を受診後、2か月以内に別の医療機関で通院開始した人の割合		
備考:	患者の負担は紹介先の選定に問題があることを意味する。再入院や死亡は除外。期間の適切性は調整の必要あり。「通院開始」はレセプト上の定義を予定				

B. 放射線医療の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

A3	指標名:	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院 (定位放射線治療)		2012年	2013年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院の割合	47.4%	51.1%
備考:	定位放射線治療の加算が1件以上であった施設(209施設/409施設)。(2012年は188施設/397施設)				

A5	指標名:	IMRT加算をとっている拠点病院の割合 (IMRTの実施状況)		2012年	2013年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 強度変調放射線治療(IMRT)加算をとっている拠点病院の割合	27.2%	34.2%
備考:	強度変調放射線治療の加算が1件以上であった施設(140施設/409施設)。(2012年は108施設/397施設)				

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

A1	指標名:	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合 (放射線療法の体制整備)		2012年	2013年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院と表記)	算出法: 外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合	48.9%	59.7%
備考:	外来放射線照射診療料が1件以上であった施設(244施設/409施設)。(2012年は194施設/397施設)				

A26c	指標名:	放射線治療部門に専任看護師が配置されている拠点病院の割合 (質の高い安全な放射線療法)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 放射線治療部門の専任看護師が常勤で1名以上配置されている治療施設の割合	96.3%	
備考:	放射線治療室に専任常勤看護師が1名以上配置されている施設(225施設/409施設) 放射線治療室に専従常勤看護師が1名以上配置されている施設(250施設/409施設) 放射線治療室に専任または専従の常勤看護師が1名以上配置されている施設(394施設/409施設)				

A26d	指標名:	放射線治療専門医が配置されている拠点病院の割合 (質の高い安全な放射線療法)		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医が常勤で1人以上いる拠点病院の割合	72.0%	77.0%
備考:	日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医または日本医学放射線学会放射線治療専門医が常勤で1人以上いると回答した施設(315施設/409施設)非常勤である場合は除外した。(2012年は286施設/397施設)				

C. 化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置する。

A9	指標名:	外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合 (外来化学療法の実施状況)		2012年	2013年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 外来化学療法加算1をとっている拠点病院の割合	6.5%	95.1%
備考:	外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設(397施設/409施設)、件数が1件以上と報告した施設(389施設/409施設)。外来化学療法加算1が1件以上であった施設を算出。(2012年は外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設が385施設/397施設、件数が1件以上と報告した施設が26施設/397施設)				

A10b	指標名:	化学療法レジメンを公開している拠点病院の割合 (がんの治療計画)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: 「診療科別の全レジメンをホームページで公開している」と回答した拠点病院の割合	6.1%	
備考:	診療科別に、全てのレジメンをホームページで公開している。に対し、「はい」と回答した施設(25施設/409施設)				

A21a	指標名:	抗がん剤のミキシングを90%以上薬剤師が担っている拠点病院の割合 (医療安全管理)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: 抗がん剤のミキシングについて、90%以上で薬剤師が担っている拠点病院の割合		95.8%	
	備考:	週末を含め、抗がん剤の全てのミキシング作業の90%以上を、薬剤師が行っている。に対し、「はい」と回答した施設(392施設/409施設)			
A22	指標名:	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合 (外科医の負担軽減、化学療法)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: 5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している施設の割合		27.4%	
	備考:	5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している。5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している。に対し、「はい」と回答した施設(112施設/409施設)臓器別に結果を出すずと留意点に記載されていたが、現況報告において臓器別の情報になっていないため、臓器別には算出できない。			
A26b	指標名:	がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合 (がんの認定薬剤師)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合		75.8%	
	備考:	専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置していると回答した施設(404施設/409施設)日本医療薬学会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で1名以上いる施設(120施設/409施設)日本病院薬剤師会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で11名以上いる施設(58施設/409施設)日本病院薬剤師会が認定を行う認定薬剤師が化学療法専任常勤で11名以上いる施設(262施設/409施設)専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師は一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師のいずれかである施設(310施設/409施設)2012年では化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の専従または専任薬剤師が1名以上配置していると回答した施設(396施設/397施設)、常勤の一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師が1名以上いると回答した施設(331施設/397施設)であった。(いずれも1名以上であったのは330施設/397施設)			
A26e	指標名:	がん薬物療法専門医が配置されている拠点病院の割合 (化学療法の専門医)		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		44.6%	56.0%
	対象:	算出法: がん薬物療法専門医が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合			
	備考:	日本臨床腫瘍学会ががん薬物療法専門医常勤が1名以上いる施設(220施設/409施設)日本臨床腫瘍学会ががん薬物療法指導医常勤が1名以上いる施設(95施設/409施設)日本臨床腫瘍学会ががん薬物療法常勤専門医と常勤指導医のいずれかが1名以上いる施設(229施設/409施設)(2013年日本臨床腫瘍学会ががん薬物療法常勤専門医と常勤指導医のいずれかが1名以上いる施設は177施設/397施設)			
化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置する。					
A7a	指標名:	経口抗悪性腫瘍剤の処方管理状況 (副作用とその対処法の患者教育指導実施割合)		今回は測定困難	
	データ源:	患者アンケート			
	対象:	算出法: 経口抗悪性腫瘍剤について正しい理解をしている患者の割合および理解度(正しい服用方法、副作用と対処法)			
	備考:	どの経口抗がん剤までを対象とするのかのリストは専門家で作成。			
A8	指標名:	拠点病院で化学療法オーダーを電子化している割合 (化学療法の質と安全)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: 化学療法オーダーを電子化している施設の割合		88.0%	
	備考:	化学療法オーダーが稼働しており、且つ化学療法の薬剤の過量オーダーの入力チェック機能があると回答した拠点病院の割合(360施設/409施設)			
A10a	指標名:	化学療法で院内登録レジメン制度を運用している拠点病院の割合		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		99.5%	100%
	対象:	算出法: 院内登録レジメン制度を運用している施設の割合			
	備考:	「化学療法のレジメン(治療内容をいう。以下同じ。)を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力している。または「がん診療連携拠点病院との連携により、化学療法のレジメンを審査するとともに、標準的な化学療法を提供できる体制を整備している。」に対し「はい」と回答した施設(409施設/409施設)。参考)「グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により化学療法を提供する体制を整備している」に対し、「はい」と回答した施設は31施設であった。(2013年は、化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力している」と回答した施設が395施設/397施設)			
A10c	指標名:	化学療法患者にジェネリック医薬品を使う選択肢を提示している拠点病院の割合 (後発医薬品の使用)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: 化学療法患者に対しジェネリックを使う選択肢を常に患者に提示している回答した拠点病院の割合		34.0%	
	備考:	化学療法の患者にジェネリックの抗がん剤を使用する選択肢を提示することを原則としている。に対し、「はい」と回答した施設(139施設/409施設)			
A26g	指標名:	病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合 (薬物療法の質)		2013年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法: 病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合		32.0%	
	備考:	件数(病棟薬剤業務実施加算)が1件以上の施設(131施設/409施設)			

D. 手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

A14	指標名: 拠点病院における5大がん患者の術後30日以内の死亡率(術死亡率)	算出法: 術死亡率(術後30日以内の死亡)(リスク調整なし)	2013年	
	データ源: DPCデータ		5がん 0.31%	大腸 0.43%
	対象: 拠点病院において、5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)を初めて診断され腫瘍の切除手術を受けた患者		肺 0.38%	肝臓 0.68%
	備考: 国立がん研究センター研究開発費・石川班の保有する2012年度のDPCデータ(拠点病院中、77877名、223施設)のデータ。国立大学病院からデータ利用の許諾がないため含まれていない。)で、30日以内の死亡率を計算した。他院や在宅での死亡は捕捉できていない値。2013年3月1日までに手術を受けた者が対象(30日の観察期間を取るため)		胃 0.34%	乳腺 0.01%

A22	指標名: 転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合(外科医の負担軽減、化学療法)
手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。	

A11b	指標名: 拠点病院における手術・化学療法クリティカルパスのバリエーション分析実施状況(クリティカルパス)	算出法: 調査により、設定しているクリティカルパスについて、バリエーション割合を算定して報告した拠点病院の割合	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告		59.2%
	対象: 拠点病院		
	備考: 手術・化学療法・放射線クリティカルパスに対し、1年に1回以上バリエーション分析を行っている、に対し、「はい」と回答した施設(242施設/409施設)		

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

A9	指標名: 外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合(外来化学療法の実施状況)
A21a	指標名: 抗がん剤のミキシングを9割以上薬剤師が担っている拠点病院の割合(医療安全管理)
A22	指標名: 転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合(外科医の負担軽減、化学療法)
診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。	
全1	指標名: 医療が進歩していることを実感できること
全5a	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること(治療の見通し)
全5b	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること(生活の見通し)
全7	指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること(尊重)
全8	指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること(切れ目のない治療)
全9a	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること(納得できる治療)
全9b	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること(納得できる支援)

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

A18b	指標名: 医療従事者にがん告知や余命告知のための研修を実施している(マニュアル等がある)拠点病院の割合		
A25	指標名: 臓器横断的ながん臨床教育制度がある都道府県がん診療連携拠点病院の割合(臓器横断的教育体制)	算出法: 臨床腫瘍学講座のように、臓器横断的ながん臨床教育制度(3診療科以上のローテーション)がある施設の割合	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告		39.1%
	対象: 拠点病院		
	備考: がん患者を診療する3つの診療科以上のローテーションを要する臓器横断的ながん臨床教育制度がある、に対し、「はい」と回答した施設(160施設/409施設)		

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

緩10	指標名: (がん患者のQOL)がん患者のからだのつらさ	算出法: 「問44a.現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	2015年
	データ源: 患者体験調査の問44a		57.4% (補正值)
	対象: がん患者		
	備考: がんと診断されたことはないという回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答131は除外。「4.あまりそう思わない」(1302)、「5.そう思わない」(1607)との回答を合算。(2015年1~3月)		

緩11	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の疼痛	算出法: 「問44b.現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	2015年
	データ源: 患者体験調査の問44b		72.0% (補正值)
	対象: がん患者		
	備考: がんと診断されたことはないという回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答247を除外。「4.あまりそう思わない」(954)、「5.そう思わない」(2585)と回答を合算。(2015年1~3月)		

緩12	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ	2015年
	データ源: 患者体験調査の問44c 対象: がん患者 算出法: 「問44c.現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	61.5% (補正値)
備考: がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答229を除外。「4.あまりそう思わない」(1044)、「5.そう思わない」(1953)と回答を合算。(2015年1~3月)		
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質	2011年
	データ源: 遺族調査 対象: がん患者遺族 算出法: 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合	62% 今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)」。		

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

緩4	指標名: (緩和ケア専門サービスの普及)専門的緩和ケアサービスの利用状況	2013年
	データ源: 医療施設調査等 対象: 全医療機関 算出法: 過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・(機能強化型)在宅療養支援診療所・(機能強化型)訪問看護ステーションを利用したがん患者数(延べ数)	56,655 緩和ケアチーム新規診療症例数 21,109 緩和ケア外来新規診療症例数
備考: 拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要。(平成25年1月1日~12月31日)		

緩9	指標名: (緩和ケアに関する地域連携)地域多職種カンファレンスの開催状況	2014年
	データ源: がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象: がん診療連携拠点病院 算出法: 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数	1,799
備考: 注1)自施設が主催したカンファレンスのみの回数。注2)多職種連携カンファレンスとは「地域全体の医療を推進するため地域医療を支える多施設かつ多職種の連携強化と顔の見える関係づくりを目的として、緩和ケアに関わる多職種の医療従事者・医療福祉従事者が一堂に会する場」と定義する。注3)患者の退院支援カンファレンス等、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まない。(平成25年8月1日~平成26年7月31日)		

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

緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置	2014年
	データ源: 専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象: がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師 算出法: 緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事している割合	がん看護専門看護師 56.0% 緩和ケア認定看護師 62.4% がん性疼痛認定看護師 50.3%
備考: 専門・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合50%以上と回答した割合。(平成26年8~9月)		

緩9	指標名: (緩和ケアに関する地域連携)地域多職種カンファレンスの開催状況
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)	2012年	2013年
	データ源: 人口動態調査 対象: 全がん死亡者 算出法: がん患者の自宅死亡割合	8.9%	9.6%
備考: (平成25年1月1日~平成25年12月31日)			

緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)	2012年	2013年
	データ源: 人口動態調査 対象: 全がん死亡者 算出法: がん患者の施設死亡割合	2.0%	2.2%
備考: 施設とは、「介護老人保健施設」および「老人ホーム」。グループホームでの死亡が、自宅または施設死亡のどちらに含まれるかについて規定がなかったため混在している。(平成25年1月1日~平成25年12月31日)			

緩14	指標名: (終末期がん患者のQOL)終末期がん患者の療養場所の選択	2011年
	データ源: 遺族調査 対象: がん患者家族 算出法: 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合	54% 今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)」。		

緩15	指標名: (家族ケア)家族の介護負担感	2011年
	データ源: 人口動態調査 対象: がん患者家族 算出法: 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合	62% 今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)」。		

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

緩3	指標名: (医療用麻薬の利用状況)主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量	2012年	2013年
	データ源: 厚生労働省 対象: (絶対値) 算出法: 主要な医療用麻薬(経口モルヒネ+経腸モルヒネ+経口オキシコドン+経皮フェンタニル)の消費量(kg/年)	4,913kg	4,915kg
	備考: がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「療用麻薬の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液」を除いた数値を代理指標とする。(平成25年1月1日～平成25年12月31日)		

緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数	2012年度末時点	2014年度末時点
	データ源: 厚生労働省 対象: (絶対値) 算出法: 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数	40,550人	57,764人
	備考: 修了者の累計数		

学会など連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む

緩12	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ
これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、指導内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する	

緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質

緩和ケアの意義ががんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

緩7	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数	2013年	2014年
	指標名: (一般市民への普及)一般市民の緩和ケアの認識 データ源: がん対策に関する世論調査 対象: 一般市民 算出法: 「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげるということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合	34.3% 緩和ケアをよく知っている 58.3% 診断されたときから	40.5% 緩和ケアをよく知っている 57.9% 診断されたときから
	備考: (平成26年11月)		

緩8	指標名: (一般市民への普及)一般市民の医療用麻薬に対する認識 データ源: がん対策に関する世論調査 対象: 一般市民 算出法: 「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合	2014年
		52.8%
	備考: 医療用麻薬の印象について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した割合(平成26年11月)	

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

緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数
また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。	

緩4	指標名: (緩和ケア専門サービスの普及)専門的緩和ケアサービスの利用状況
緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質

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

緩10	指標名: (がん患者のQOL)がん患者のからだのつらさ
緩11	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の疼痛
緩12	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質
緩14	指標名: (終末期がん患者のQOL)終末期がん患者の療養場所の選択
緩15	指標名: (家族ケア)家族の介護負担感

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

拠点病院のあり方(拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等)について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

A16	指標名: 拠点病院の5大がん患者の診断から治療開始までの日数		2015年
	データ源: 患者体験調査	対象: 拠点病院(他施設も含める)において、5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)を初めて診断され治療された患者	1ヶ月以上3ヶ月未満 34.5% (補正値)
	備考: 患者体験調査では、日数の選択肢を範囲に分けて質問したため、最頻値を記載する。問29で直近のがんが5大がんのいずれかであると回答した患者の3115名のうち、「問8. 医師からだと説明(確定診断)されてから、最初の治療(問7で回答した治療)が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか?」に対し、無回答74名と「9. 治療なし/わからない」と回答した患者108名を除外した2933名を対象とした。確定診断から治療開始は最頻値を算出。「2週間未満」(789)、「2週間以上1ヶ月未満」(968)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(971)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(107)、「6ヶ月以上」(53)、「治療開始後に診断された」(45)であった。	算出法: 診断日から治療開始日までの平均日数	

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

A30a	指標名: 拠点病院で地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	対象: 拠点病院	1.4人 (100床あたり)
	備考: 地域連携室に配置されている専従または専任人員数が1名以上いる施設は97.8%(400施設/409施設)。平均値 7.9(標準偏差6.1)、中央値 6、最低 0、最大 35、四分位間距離 IQR[3.11] 一般病床数231462病床数に対して合計3226名の専従または専任の相談員がいるので、全国では71.7床に対して1名。100床あたり1.4人。	算出法: 地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数(病床数あたりに換算)	

A31	指標名: 地域の医療施設のうち拠点病院が適切な連携を行っていると感じた施設の割合(拠点病院地域連携)		
	データ源: 一般施設アンケート調査	対象: 地域の医療施設(病院・診療所・訪問看護ステーション)	今回は測定困難
	備考: 地域としてまわりの病院から、拠点病院を評価してもらうという考えに基づく。地域に拠点病院が複数あって質のばらつきがある場合の扱いは、それぞれ病院を挙げてもらい、評価をつける。回収先も国立がん研究センターや厚生労働省などの調査主体にして、回答しやすい状況に配慮することを検討中。	算出法: 「地域のがん診療連携拠点病院が、適切な連携・サポートを行っている」と回答した施設の割合	

A32	指標名: 拠点病院医師らと在宅療養担当医師らとの合同カンファレンス実施割合(在宅療養との連携)		
	データ源: レセプトデータ	対象: 拠点病院から退院し、訪問診療でフォローを受けたがん患者(在宅療養しつつ外来通院する者を除く)	今回は測定困難
	備考: レセプト・ナショナルデータベースからの算出が想定されたが、データの入手が間に合わず。	算出法: 拠点病院の医師または看護師と在宅療養を担う医師または看護師とで退院時合同カンファレンスが行われた割合	

緩1 指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)

緩2 指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)

緩4 指標名: (緩和ケア専門サービスの普及)専門的緩和ケアサービスの利用状況

緩5 指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置

緩6 指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

A17	指標名: 5大がん患者の自園内受療率(地域完結型医療体制)		
	データ源: レセプト(患者と施設の二次医療圏の両方あるレセプト)	対象: 5大がんの患者	今回は測定困難
	備考: 二次保健医療圏内でがん治療が完結している程度を評価することを想定。今回はレセプトの入手が間に合わない	算出法: 患者の住所と同じ二次保健医療圏内の医療施設でのがん治療(手術・化学・放射線全て)受療率	

A34	指標名: 在宅療養中のがん患者で必要時医療従事者に連絡が取れる者の割合(がん患者の在宅医療)		
	データ源: 患者アンケート調査(遺族アンケート)	対象: 在宅療養をしている(訪問診療を受けている)がん患者	今回は測定困難
	備考: 患者もしくは家族(遺族)が回答。今回は遺族調査が施行できなかった。	算出法: 「必要な時に自分の病状を知っている医療従事者に連絡を取ることができる」と答えた患者の割合	

緩1 指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)

緩2 指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)

緩5 指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置

緩6 指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

A35	指標名: 介護保険を利用している40~64歳のがん患者の介護サービス満足度(がん患者の介護サービス)		
	データ源: 遺族アンケート調査	対象: 介護保険を利用している40~64歳の末期がん患者	今回は測定困難
	備考: 介護保険から測定するときには「40~64歳の末期がん患者」。遺族調査の場合は(末期がん患者であることは明白なので)年齢制限は撤廃	算出法: 「必要な介護サービスを十分に受けている」と答えた割合	

A36	指標名: 在宅療養中のがん患者の医療に対する満足度 (がん患者の在宅医療)	算出法: 「必要な医療を十分に受けている」と答えた患者	今回は測定困難
	データ源: 道徳アンケート調査		
	対象: 在宅療養をしている(訪問診療を受けている)がん患者(拠点病院から訪問診療になった患者)		
備考:			
緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)		
緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)		
緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置		
緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数		
全8	指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること(切れ目のない治療)		

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院(仮称)を整備していくほか、引き続き研究者やCRC(臨床研究コーディネーター)等の人材育成に努める。PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

B13a	指標名: がんの第Ⅰ相およびⅢ相臨床試験の実施数	2013年	
	データ源: 臨床試験登録データベース(UMIN/JAPIC/日本医師会)		
	対象: 臨床試験登録データベースを検討	算出法: がんに関する第Ⅰ相臨床試験(早期探索試験 First-in-human)およびⅢ相の実施件数	第Ⅰ相試験 85件 第Ⅲ相試験 79件
備考:	調査対象期間: 平成25年度(2013年4月1日～2014年3月31日)。第Ⅰ相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が35件、併用療法に関する研究が38件、放射線療法に関する研究が4件、医療機器等に関する研究が8件であった。第Ⅲ相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が32件、併用療法に関する研究が29件、放射線療法に関する研究が1件、医療機器等に関する研究が17件であった。製薬業界では、業界再編が活発であり、国内系製薬会社からの資金を得た研究であっても外資系製薬会社等の影響を少なからず受けている場合がある。		
		<研究資金源> (国内,外資,国際共同の件数) 第Ⅰ相: 59件,26件,0件 第Ⅲ相: 52件,23件,4件 <研究実施主体> (研究者,製薬会社主体の件数) 第Ⅰ相: 50件, 35件 第Ⅲ相: 42件, 37件	
B14b	指標名: 審査された臨床試験の数 (拠点病院)	2012年	2013年
	データ源: 拠点病院現況報告		
	対象: 当該年度にがん診療連携拠点病院で行われたがんに関わる臨床試験	算出法: がん診療連携拠点病院に設置されている治験審査委員会又は倫理委員会で審査されたがんに関わる臨床試験の総数	15,428 件
備考:	現況報告で報告された、がんに関する臨床試験と治験の総プロトコル件数		
B16	指標名: 医師・研究者主導臨床試験の質	2011-2013年	
	データ源: 厚生労働省厚生科学課		
	対象: がんに関する厚労科研究費を受けている研究者主導臨床試験もしくは先進医療B	算出法: 厚労科研究の「健康危険情報」の報告をしている研究の割合	14.6%
備考:	厚生労働省危機管理基本方針に基づき、過去3年間に実施された臨床試験のうち3年以上以内に健康危機管理情報を報告した研究の割合を算出した。がん予防に関する研究、がん検診技術に関する研究、患者のQOL改善を目的とした教育プログラム等の介入研究については、対象研究から除外。研究者らが、健康危機情報がなかったから報告していないのか、また健康危機情報があったにも関わらず報告していなかったのかについて断定はできない。		

独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「PMDA」という。)は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

指標名: ドラッグラグ・デバイスラグ (ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認)		新医薬品	
データ源: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構		H24年度	H25年度
指標:	対象: 当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器	<申請ラグ> 32.9ヶ月	<申請ラグ> 5.7ヶ月
	算出法: 米国と我が国での保険適用時期、承認申請時期、および総審査期間の中央値の差	<審査ラグ> 1.6ヶ月	<審査ラグ> 0ヶ月
B1	備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) ①保険適応時期:米国はMedicareの保険適用日の情報は入手困難のため算出不可。 ②日本の審査期間は、新医薬品区分(新有効成分・新効能)の総審査期間の中央値。審査ラグは、当該品目の米国FDA公表の総審査期間から算出(必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。日本で世界に先駆けて承認された物等の米国未承認薬は、審査ラグ・申請ラグは発生していないものとして算出。)した数値の中央値。(優)優先審査 (通)通常審査 ③申請ラグは、新有効成分含有医薬品の日米の申請時期の差の中央値。 1. 新医薬品 <申請ラグ> H23年度 0.6ヶ月(n=6), H24年度 32.9ヶ月 (n=7), H25年度 5.7ヶ月 (n=7) <国内審査期間・審査ラグ> H23年度6.4(優 n=16)13.1(通 n=9)ヶ月 審査ラグ 4.5ヶ月 (n=13), H24年度4.9(優 n=27)11.6(通 n=4)ヶ月 審査ラグ 1.6ヶ月 (n=15), H25年度6.8(優 n=16)11.9(通 n=10)ヶ月 審査ラグ 0.0ヶ月 (n=22) 2. 新医療機器 <申請ラグ> H23年度 -, H24年度 -, H25年度 90.1ヶ月 (n=4) <審査期間・審査ラグ> H23年度 -, H24年度 -, H25年度 13.9ヶ月 (n=4), 審査ラグ 2.0ヶ月	国内審査期間は 通常:11.6ヶ月(n=4) 優先:4.9ヶ月(n=27)	国内審査期間は 通常:11.9ヶ月 (n=10) 優先:6.8ヶ月(n=16)
		新医療機器	
		<申請ラグ> 90.1ヶ月	<審査ラグ> 2.0ヶ月
		国内審査期間は13.9ヶ月(n=4)	

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

指標名: 開発着手ラグ		新医薬品	
データ源: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構		H24年度	H25年度
指標:	対象: 当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器	53.0ヶ月	37.5ヶ月
	算出法: 欧米主要国(のなかでの一番はじめ)と我が国での開発着手時期の差の中央値		
B1b	備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) 新有効成分含有医薬品の審査報告書に記載された海外と国内の同等の開発相の主要評価臨床試験の開始時期を比較。日本を含む国際共同研究については「国際共同治験の開始日」。必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。 H23年度 33.0ヶ月(n=6), H24年度 53.0ヶ月(n=7), H25年度 37.5ヶ月(n=7) 医療機器については、個別に非開示の開発着手情報は、例数が少ないことから、製品を特定される可能性があるため、中央値でも非開示としている。 治験着手ラグ=開発着手時期の差の中央値		

指標名: 未承認薬・適応外薬の申請数 (未承認薬・適応外薬の承認)		新有効成分	
データ源: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構		H24年度	H25年度
指標:	対象: 過去3年度間の抗がん剤の新有効成分及び適応拡大の申請数・承認数	申請 9	申請 11
	算出法: 過去3年度間の抗がん剤の新有効成分及び適応拡大の申請数・承認数	承認 7	承認 7
B8	備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) <H23年度> 新有効成分申請数4, 新有効成分承認数6, 効能追加申請数20, 効能追加承認数19 <H24年度> 新有効成分申請数9, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数28, 効能追加承認数24 <H25年度> 新有効成分申請数11, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数13, 効能追加承認数19	効能追加	
		H24年度	H25年度
		申請 28	申請 13
		承認 24	承認 19

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

指標名: 先進医療技術開始数 (先端医療技術)		2011年-2014年
データ源: 厚生労働省		
指標:	対象: 先進医療B	11件
	算出法: 過去3年間で先進医療会議で臨床試験の実施が承認された先進医療Bの技術数(がんに関する効能のもの)	
B12	備考: 平成23年7月1日～平成26年6月30日までの3年間を対象とする。 http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan03.html より、先進医療Bの番号22、23、24、30、31、34、35、36、39、42、43をカウント。	

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

B10d	指標名: 希少がんに対する医薬品の開発状況（新医薬品の開発）		
	データ源: 独立行政法人医薬基盤研究所ホームページ 希少疾病用医薬品指定品目一覧表	1999年-2004年	2004-2009年
	対象: オーファンドラッグに指定された抗がん剤（患者数5万人以下で有効な治療法がない医薬品）	算出法: 指定後5年以内に承認された数	4 / 4
備考:	オーファンドラッグ指定を受けた日（厚労大臣からの通知文書の日付）から薬事承認された日（厚労大臣からの通知文書の日付）までの期間が5年以内。希少疾病用医薬品指定品目一覧表2004年(H16)4月1日～2009年(H21)3月31日の間にオーファンドラッグに指定された対象疾患ががんである医薬品。抗がん剤。指定取り消しは分母より除外。17薬第176号、17薬第178号、18薬第183号、18薬第188号、19薬第198号、19薬第199号、20薬第206号、20薬第212号をカウント。1999年(H11)4月1日～2004年(H16)3月31日の間は、11薬第132号、12薬第144号、14第159号、15薬第167号。		

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

A 旧研 究5	指標名: 患者が希望した適応外薬・未承認薬の審査の場を整備している拠点病院の割合（適応外薬・未承認薬の承認）		
	データ源: 拠点病院現況報告	2013年	
	対象: 拠点病院	算出法: 患者が個別に適応外薬や未承認薬の使用を希望した場合に検討を行う場が院内にある拠点病院の割合	77.8%
備考:	適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を開催していると回答した施設は325施設/409施設 適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を1年で1回以上開催している施設(318施設/409施設) 適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を1年で1回以上開催している施設の割合を算出。 (2012年抗がん剤の適応外使用の審議の手続きが、院内で規定されているに「はい」と回答した施設は324施設/397施設)		

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有効で安全な医薬品・医療機器を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

B1	指標名: ドラッグラグ・デバイスラグ（ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認）		
	指標名: アンメットメディカル・ニーズ		
	データ源: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構	第I回要望	第II回要望
B1a	対象: 過去3年間の「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で学会などから開発要望され、検討対象となった要望品目（抗がん剤・疼痛緩和薬・がん診断薬）	算出法: 薬事法上新規の製造販売承認もしくは適応拡大が認められたがん関連薬剤の絶対数	
	備考:	要望 116	要望 75
		開発要請 45	開発要請 32
		H23承認 19	H23承認 --
		H24承認 3	H24承認 11
		H25承認 3	H25承認 11
備考:	調査期間は、平成23年度（2011年4月1日）～平成25年度（2013年3月31日） 第I回要望とは、第I回、第II回未承認薬・適応外薬の開発要望を指す。 学会等からの要望→厚労省からの開発要請→承認の薬剤の件数を示す。 結果のH23、H24、H25とは、それぞれ平成23年度、平成24年度、平成25年度を示す。 抗がん剤のみならず、がん疼痛緩和薬、がん診断薬等のがん関連医薬品を含む。		

(6) その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）

A. 希少がん

患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等も参考にしながら検討する。

A37	指標名: 希少がん患者の初診から診断、治療開始までの待ち時間（治療待ち時間）		
	データ源: がん患者アンケート（患者体験調査）	2015年	
	対象: 希少がん患者サンプル	算出法: 初診日から診断日および治療開始日までの日数	初診から診断 2週間未満 42.1% (補正値)
備考:	希少がんである患者のうち、初診から診断に関しては、「問5なんらかの症状や検査で異常があって病院・診療所を受診した日から、医師からがんの説明（確定診断）されるまで、どのくらいの期間がありましたか？」で無回答27名、「わからない」と回答した患者15名を除外した802名を対象とした。「2週間未満」(354)、「2週間以上1ヶ月未満」(220)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(130)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(50)、「6ヶ月以上」(48)であった。初診から確定診断までの期間の最頻値を算出。 診断から治療開始に関しては、「問8医師からがんの説明（確定診断）されてから、最初の治療（問7で回答した治療）が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか？」で無回答26名、「わからない/治療なし」と回答した患者22名を除外した796名を対象とした。「2週間未満」(301)、「2週間以上1ヶ月未満」(257)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(181)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(27)、「6ヶ月以上」(8)、「治療開始後に診断された」(22)あった。確定診断から治療開始までの期間の最頻値を算出。 粗解析値では、<初診から診断>2週間未満が44%、<診断から治療>2週間未満が38%であった。結果が実感と異なるとの指摘があり、今後精査の予定。初診が「最終治療施設」への初診と捕らえられた可能性もある。詳細は研究班による個別指標の解説を参照。		

A38	指標名: 希少がんガイドラインがある希少がんの割合（診療ガイドライン）		
	データ源: 日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス>診療ガイドラインなどのデータベース	2014年	
	対象: 希少がん患者サンプル（「希少がん」は別途定義）	算出法: 診療ガイドラインがある希少がんの割合	14冊
備考:	希少がんの定義が存在しないため患者数を同定できない。そのため、頻度の低い組織系のがん種に関する章が1章でも含まれている診療ガイドラインの数を、がん種単位ではなく、冊数としてカウントした。口腔癌、頭頸部癌、GIST（消化管間質腫瘍）、小児がん、小児白血病・リンパ腫、腎盂・尿管癌、軟部腫瘍、皮膚悪性腫瘍、皮膚リンパ腫、造血器腫瘍、精巣腫瘍、膵・消化管神経内分泌腫瘍（NET）、悪性胸膜中皮腫、卵巣がんの14冊。日本癌治療学会のがん診療ガイドラインの「小児がん」などのように、小児がん診療ガイドラインなどの他のガイドラインの内容に則って構成されたガイドラインはカウントせず。http://minds.jqchc.or.jp、http://ganjoho.jp/professional/med_info/evidence/all.htmlより情報収集。		

B10d	指標名: 希少がんに対する医薬品の開発状況（新医薬品の開発）		
------	---------------------------------------	--	--

B. 病理診断

若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

A41	指標名:	病理専門医が1名以上配置されている拠点病院の割合 (病理診断医の不足)	
	データ源:	2013年	2014年
	対象: <td colspan="2">算出法: 全ての勤務日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設の割合(常勤の病理専門医が1人以上いる施設、として算出)</td>	算出法: 全ての勤務日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設の割合(常勤の病理専門医が1人以上いる施設、として算出)	
	指標: <td>86.6%</td> <td>87.3%</td>	86.6%	87.3%
	備考:	一般社団法人日本病理学会病理専門医、または指導医が常勤で1名以上いると回答した施設(357施設/409施設) (2013年は344施設/397施設)	

C. リハビリテーション

がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

A41a	指標名:	拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合 (リハビリテーション)	
	データ源:	2012年診断症例	
	対象: <td colspan="2">算出法: リハビリテーション(理学療法・作業療法・言語聴覚療法のいずれか)を受けた患者の割合</td>	算出法: リハビリテーション(理学療法・作業療法・言語聴覚療法のいずれか)を受けた患者の割合	
	指標: <td colspan="2">19.7%</td>	19.7%	
	備考:	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI研究2012年診断症例に参加した232施設におけるデータを解析して算出 理学療法・作業療法・言語聴覚療法、がん患者リハビリテーションのいずれかを診断から1年以内に1回でも受けた患者の割合とした。	

A41d	指標名:	外来でがん患者にリンパ浮腫ケアを実施している拠点病院の割合	
	データ源:	2012年	2013年
	対象: <td colspan="2">算出法: 外来にてリンパ浮腫や末期がん患者の浮腫へのケアを実施している病院の割合</td>	算出法: 外来にてリンパ浮腫や末期がん患者の浮腫へのケアを実施している病院の割合	
	指標: <td>75.8%</td> <td>79.5%</td>	75.8%	79.5%
	備考:	リンパ浮腫指導管理料を1件以上算定したと回答した施設(325施設/409施設)。2012年は301施設/397施設	

2. がんに関する相談支援と情報提供

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

C1	指標名:	がん相談支援センターが設置されている2次医療圏の割合（相談支援センター）		2015年2月時点
	データ源:	研究班独自調査（現況報告＋都道府県庁への聞き取り調査）		70.3% (旧指針を満たす73.0%)
	対象:	二次医療圏	算出法: 国と同等の指定要件を満たすがん相談支援センターが設置されている二次医療圏数	
備考:	2015年2月の研究班における独自調査の結果。平成26年のがん診療連携拠点病院の整備に関する指針（がん相談支援センターの設置）と同等の指定要件を満たすがん相談支援センター設置割合を示す(分子242/分母344)。この中で、241医療圏は国指定のがん診療連携拠点病院がある地域であり、1医療圏は県が国と同等の指定要件を設けて設置しているがん相談支援センターである。また、平成20年3月(平成23年3月29日一部改正)の旧指針を満たす相談支援センターを含めると相談支援センター設置割合は、73.0%(分子251/分母344)であった。また、都道府県独自の要件を満たす相談支援センターを合わせると全国の二次医療圏の80.2%(分子276/分母344)にがん相談支援窓口が設置されている。また、本数値には含まれていないが都道府県全体のがん相談窓口を設けて都道府県民の相談に応じる体制をとっているところもある。			

C6b	指標名:	サポートグループや患者・家族対象の学習会等を実施している拠点病院の割合（拠点病院の患者会等への支援状況）		2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		100%
	対象:	拠点病院	算出法: サポートグループや患者・家族対象の学習会といった情報提供の場をもっている拠点病院の割合	
備考:	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をしていると回答した施設(408施設/409施設) 市民講演会を1年に1回以上開催している施設(383施設/409施設)。いずれかを実施している拠点病院を算出(409施設/409施設)			

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

C1a	指標名:	がん相談支援センターに専従の相談員が配置されている拠点病院の割合（相談支援センターへの人材配置）		2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		85.1%
	対象:	拠点病院	算出法: 転院や退院調整の業務担当者とは別に、「がん相談」に専従(業務の80%以上)している相談支援センター専従の相談員がいる施設の割合	
備考:	転院や退院調整の業務担当者とは別にがん相談に専従(業務の80%以上)している相談支援センターの相談員数が1名以上いると回答した施設(348施設/409施設)			

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供できるよう努める。

C1c	指標名:	医療ソーシャルワーカーおよび看護師が配置されている拠点病院の相談支援センターの割合（臨床心理士・MSW）		2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		58.7%
	対象:	拠点病院の相談支援センター	算出法: 医療ソーシャルワーカー(社会福祉士、精神福祉士)および看護師が専任/専従で配置されている割合	
備考:	相談支援センターに専任で社会福祉士が1名以上配置されている施設(222/409施設) 相談支援センターに専従で社会福祉士が1名以上配置されている施設(212/409施設) 相談支援センターに専任で精神福祉士が1名以上配置されている施設(51/409施設) 相談支援センターに専従で精神福祉士が1名以上配置されている施設(31/409施設) 相談支援センターに専任で看護師が1名以上配置されている施設(178/409施設) 相談支援センターに専従で看護師が1名以上配置されている施設(223/409施設) 社会福祉士または精神福祉士が専任/専従で1名以上、且つ看護師が専任/専従で1名以上配置されている施設を算出(240/409施設)。			

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。

C4g	指標名:	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		2014年
	データ源:	拠点病院現況報告		16.9%
	対象:	拠点病院	算出法: 国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入していると答えた拠点病院の割合	
備考:	国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入している、に対し、「はい」と回答した施設(69施設/409施設)			

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

C2	指標名:	がん対策情報センターで情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数（拠点病院の診療実績）		2015年
	データ源:	国立がん研究センターがん対策情報センター		92項目
	対象:	がん対策情報センター	算出法: がん対策情報センターにて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数	
備考:	がん情報サービス>がん診療連携拠点病院などを探すと公開している様式4(全般項目)の「(12)患者数・診療件数の状況」の項目数(2015年5月8日時点)			

C3b	指標名:	拠点病院の治療実績数を情報提供されている希少がんの数（希少がんの情報提供）		2015年
	データ源:	国立がん研究センターがん対策情報センター		22がん
	対象:	がん情報サービス	算出法: 拠点病院での治療実績数が情報提供されている希少がんの数	
備考:	調査時点では、希少がんの定義が存在しないため、罹患率の低いがん種をカウントする。 がん情報サービス>がん診療連携拠点病院を>がんの種類から探すと表示されている罹患率が低いがん種。脳腫瘍、脊髄腫瘍、目のがん、口腔がん・咽頭がん・鼻のがん、喉頭がん、精巣がん、他の男性のがん(陰茎がんなど)、他の女性のがん(陰がん・外陰がんなど)、縦隔腫瘍(胸腺がんなど)、中皮腫、尿路がん(腎盂がん・尿管がんなど)、副腎腫瘍、小児の脳腫瘍、小児の目のがん、小児の骨と軟部組織のがん、他の小児の固形腫瘍(神経芽腫など)、小児の血液・リンパのがん、十二指腸・小腸がん、GIST、骨と軟部組織(筋肉や脂肪など)のがん、後腹膜・腹膜腫瘍、性腺外胚細胞腫瘍の22がん。			

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

C4d	指標名: 拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度 データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年 81.4% (補正値)
	対象: 拠点病院のがん相談支援センターの利用者 算出法: センター利用後に、「安心」「満足」「役に立った」の回答をした者の割合 備考: 患者体験調査の間34aでがん相談支援センターを「利用したことがある」と回答した480名(6267名中:7.7%)から、問34bが無回答であった6名を除外した474名のうち、問34bで「1. とても役に立った」(207)、または「2. やや役に立った」(178)と回答した割合。 参考値: 相談支援センターを「利用したことはないが、知っている」(3067/6267: 49%)	
C5	指標名: 拠点病院の初発がん患者のうち必要な治療等の情報が得られた者の割合 (治療中に必要な情報) データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年 87.4% (補正値)
	対象: 拠点病院における初発のがん患者(治療「必要な治療・副作用・合併症とその対処に関する開始後1年未満の方を対象) 算出法: 情報が十分得られた」と回答した患者の割合 備考: 患者体験調査において、問13「最初の治療をうけて退院する前に、生活上の留意点について(食事の摂取方法や禁止事項の有無、注意すべき症状など)入院していた医療機関から情報を得られましたか?」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した割合を算出。6729名より無回答179名と「9.入院・退院無し/わからない」281名を除外。「1. 十分得られた」(3007)、「2. ある程度得られた」(2455)と回答。今回の調査対象は2012年診断の患者であり、治療開始後1年という条件は分母に適用していない。	
C6	指標名: 拠点病院の初発がん患者のうち受診施設から治療選択に必要な情報が得られた者の割合 データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年 89.6% (補正値)
	対象: 拠点病院における初発のがん患者(治療「診断から治療を決めるまでの間で受診施設から治療選択に必要な情報が十分に得られた」と回答した患者の割合 算出法: 「診断から治療を決めるまでの間で受診施設から治療選択に必要な情報が十分に得られた」と回答した患者の割合 備考: 患者体験調査において、問9「がんの治療」を決めるまでの間、医師、看護師、他の医療スタッフは、治療について、あなた(患者本人)が欲しいと思った情報を提供しましたか? (「がんの治療」には治療しないという方針も含まれます。)」という問いに対し、「1. 十分提供した」、または「2. ある程度提供した」と回答した割合を算出。回答ががん患者6729名より本問への無回答200名と「9.情報を欲しいと思わなかった」166名を除外。「1. 十分提供した」(3464)、「2. ある程度提供した」(2289)との回答を合算視して集計。	

3. がん登録

4. がんの予防

(1) たばこ対策

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成22(2010)年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

予1	指標名: 成人喫煙率	算出法: 現在習慣的に喫煙している者(これまでにたばこを習慣的に吸っていた者)のうち、この1か月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した者	2010年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人		19.5% 男性 32.2% 女性 8.4%	19.3% 男性 32.2% 女性 8.2%
備考: 平成24年7月の健康日本21(第2次)は、平成34年までに12%以下とすることを目標としている。調査対象者のより多い平成25年度国民生活基礎調査の結果をみると、成人喫煙率21.6%(男性33.7%、女性10.7%)であり、現在習慣的に喫煙している者(20歳以上)のうち禁煙希望者の割合は、24.6%(男性23.4%、女性28.6%)と平成23年度の調査と比較して減少している。自己申告のため過小評価の可能性がある。				

予2	指標名: 未成年者の喫煙率	算出法: 「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」	2010年	2012年
	データ源: 未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究 対象: 中学校、高等学校の生徒		中学男子 3.2% 中学女子 1.8% 高校男子 10.6% 高校女子 4.9%	中学男子 2.9% 中学女子 1.7% 高校男子 5.9% 高校女子 3.6%
備考: 健康日本21(第2次)は、平成34年までに0%とすることを目標としている。平成22年の内閣府が実施した「第4回非行原因に関する総合的研究調査」の結果をみると、「たばこを吸ったことがある」と答えた割合は、一般少年中学生4.8%、高校生13.3%であったのに対し、非行少年では中学生69.6%、高校生73.5%と、対象集団の特性により大きな違いがある点に留意する必要がある。また質問紙による調査であり自己申告のため過小評価の可能性がある。				

さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34(2022)年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32(2020)年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34(2022)年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

予3	指標名: 受動喫煙の機会を有する者の割合	算出法: 現在喫煙者以外の者が「この1か月間に自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対して「ほぼ毎日、週に数回程度、週に1回程度、月に1回程度」と回答した者	2011年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人		行政機関 7.0% 医療機関 5.9% 家庭 9.3% 飲食店 45.1%	行政機関 9.7% 医療機関 6.5% 家庭 9.3% 飲食店 46.8%
備考: 健康日本21(第2次)は、平成34年までに行政機関・医療機関0%、家庭3%、飲食店15%とすることが目標とされている。自己申告のため過小評価の可能性がある。				

予4	指標名: 受動喫煙の無い職場の割合	算出法: 受動喫煙防止対策(全面禁煙又は空間分煙)を講じている職場	2011年	2013年
	データ源: 労働安全衛生調査 対象: 全国の全ての業種を含む事業所		64.0%*	65.5%
備考: 平成22年6月には「新成長戦略」として平成32年までに受動喫煙のない職場の実現が目標として掲げられた。事業所規模や業種によってばらつきがある。 *平成23年度値は、職場における受動喫煙防止対策に係る調査より引用。				

(2) 感染症に起因するがんへの対策の現状

感染に起因するがんへの対策のうち、HPVについては、子宮頸がん予防(HPV)ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。HTLV-1については、感染症予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の見解をもとに検討する。また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

予5	指標名: B型・C型肝炎ウイルス感染(キャリア)率	算出法: B型・C型肝炎ウイルス感染者	*2010~2012年、**2008~2010年	
	データ源: 肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究 対象: 国民		HBV 0.2% HCV 16-19歳 0.13% HCV 20-29歳 0.21% HCV 30-39歳 0.77% HCV 40-49歳 1.28% HCV 50-59歳 1.80% HCV 60-69歳 3.38% 無症候性キャリア2.8 - 3.2万人	
備考: 感染率は、初回献血者を対象とした調査であり、HBs抗原陽性者、肝炎患者、手術や輸血歴がある者はあらかじめ献血結対象者から除外されるためHBs抗原陽性率がやや低く算出される可能性がある。無症候性キャリアは、診療報酬記録からの推計値であり、調査対象患者が64歳以下となっている。現在、肝硬変や肝がんの患者は65歳以上の年齢層に多いため、過小評価の可能性がある。				

予6	指標名: B型・C型肝炎ウイルス抗体検査率	算出法: 肝炎検査を受けた者	2011年	
	データ源: 平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業 対象: 満20歳以上の成人(20~79歳)		HBV受検率 57.4%(推定) HCV受検率 48.0%(推定)	
備考: HBV(B型肝炎ウイルス検査受検率)、HCV(C型肝炎ウイルス検査受検率)を指す。手術前や検査等から肝炎ウイルス検査を受けたと推定されるが、検査を受けたことを認識していない者が多数存在する。ここで示した値は、手術等で検査を受けたと推定される者を合わせた割合である。毎年定期的に受検するものと考えていた者が約2割、感染する危険性のある行為がない場合は、短い期間で再検査を行う必要がないことも周知する必要がある。				

予7	指標名: ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率	2006年-2007年
	データ源: 厚生労働科学研究費補助金「本邦におけるHTLV-1感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」* 対象: 国民 算出法: ヒトT細胞白血病ウイルス1 (HTLV-1)に感染している者	約 108万人 (推定) (男性0.66%、女性1.02%)
備考:	*疾病・障害対策研究分野新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究 初回献血者を対象として調査結果のため、HTLV-1関連疾患患者が家族にいる場合や自身がHTLV-1キャリアである場合は献血を行わないこと、献血を行う人は元来健康であるヒトが多い傾向にあること等から、過小評価の可能性がある。HTLV-1キャリア数のピークは平成10年の調査では50代であったのに対し、平成18～19年の調査では70代に移行しており、ATLの発症患者の高齢化の一因となっていると考えられる。	

(3) 生活習慣改善に関する進捗管理指標

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

予8	指標名: ハイリスク飲酒者の割合	2010年	2012年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人 算出法: 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者	男性 15.3% 女性 7.5%	男性 14.7% 女性 7.6%
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに男性13%、女性6.4%以下とすることとされている。ハイリスク飲酒者は年代によって違いがあり、各年代別にハイリスク飲酒者の割合の低減が達成できているかを評価していく必要があると考えられる。なお、平成25年国民健康栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める男性の飲酒量(清酒換算で2合以上)を正しく知っている者の割合は、男性29.3%、女性24.9%であり、生活習慣病のリスクを高める女性の飲酒量(清酒換算で1合以上)を正しく知っている者の割合は、男性24.5%、女性27.4%であった。		

予9	指標名: 運動習慣のある者の割合	2010年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人 算出法: 運動の実施頻度として週2日以上、持続時間として1回30分以上、継続期間として1年以上の運動習慣があると回答した者	<20～64歳> 男性 26.3% 女性 22.9% <65歳以上> 男性 47.6% 女性 37.6%	<20～64歳> 男性 22.3% 女性 19.4% <65歳以上> 男性 47.6% 女性 37.8%
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに20～64歳男性36%、女性33%、65歳以上男性47.4%、女性36.2%とすること。平成25年の運動習慣のある者の割合は、男性全体で33.8%、女性全体で27.2%。運動習慣のある者は、年代によって異なる点に留意が必要である。		

予10	指標名: 野菜と果物の摂取量	2010年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人 算出法: 「1人1日当たりに摂取している野菜(緑黄色野菜以外も含む)の量」及び「1日当たりに摂取している果物の量」が100g未満の者	281.7g 野菜摂取量 61.4% 果物摂取量 100g未満の者	283.1g 野菜摂取量 56.4% 果物摂取量 100g未満の者
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに野菜摂取量が350g、果物摂取量100g未満の者を30%以下とすること。野菜・果物摂取量は、年代によって異なる点に留意が必要である。		

予11	指標名: 食塩摂取量	2010年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 満20歳以上の成人 算出法: 1人1日当たりに摂取した食塩の量	10.6g 男性11.4g 女性9.8g	10.2g 男性11.1g 女性9.4g
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに8gとすること。野菜摂取量・果物摂取量と同じく、世帯における摂取量を調査しているため世帯員の摂取量をどれほど正確にとらえているか疑問が残る。食塩摂取量は、男女とも50歳代や60歳代で高い傾向にあり(国民健康栄養調査、平成22)、年齢構成の変化の影響を受けやすいため、年齢階級別の変化も合わせて検討する必要がある。		

予12	指標名: 適正体重を維持している者の割合	2010年	2013年
	データ源: 国民健康・栄養調査 対象: 20～60歳男性、40～60歳女性(肥満者) 20歳代女性(やせ) 算出法: 肥満者: 「BMI値25以上の者」 やせ: 「BMI18.5未満の者」	<肥満者> 男性 31.2% 女性 22.2% <やせ> 女性 24.4%	<肥満者> 男性 29.0% 女性 19.6% <やせ> 女性 21.5%
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに肥満者男性28%、女性19%、やせ女性20%とすること。		

5. がんの早期発見

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

早1a	指標名:	市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況: 指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合		H21年度実施状況	H24年度実施状況
	データ源:	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」		69.4%	77.3%
	対象:	全国の市区町村			
	算出法:	指針以外のがん種の検診を実施している市区町村			
	備考:	がん検診は診療とは異なり、健康な人を対象としていることからがん検診による早期発見・早期治療による死亡リスクの減少といった利益の他に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益についても考慮する必要がある。指針はこの科学的根拠と利益不利益に基づいて検診を選定しており、基づいていない検診についてはその可否に疑問がある。詳細は個別指標の詳細を参照。			
早1b	指標名:	市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況: 指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合		H21年度実施状況	H24年度実施状況
	データ源:	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」		胃がんX線 99.2%	胃がんX線 99.1%
	対象:	全国の市区町村		肺がんX線 97.2%	肺がんX線 96.0%
	算出法:	指針に基づくがん検診を実施している市区町村		肺がん喀痰 86.9%	肺がん喀痰 85.8%
	備考:	厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されているがん検診の実施率。頸がん検診(子宮頸がん検診)は、細胞診(従来法)の割合を示す。			
				大腸便潜血 99.6%	大腸便潜血 99.9%
				乳がんX線 98.1%	乳がんX線 99.0%
				頸がん細胞診 94.2%	頸がん細胞診 90.8%
早2	指標名:	市区町村におけるがん検診の精度管理: 「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合 (技術・体制的指標)		H22年度	H26年度
	データ源:	厚生労働科学研究の研究班の調査結果		胃がん 66.5%	胃がん 71.8%
	対象:	全国の市区町村		肺がん 65.6%	肺がん 71.9%
	算出法:	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村		大腸がん 66.6%	大腸がん 71.3%
	備考:	ここでは、事業評価のためのチェックリストの総合実施割合を示す。総合実施割合には、Q1-3の回答は含まれない。データ源は、厚生労働科学研究の研究班の調査結果「市区町村におけるがん検診チェックリスト(厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成20年)の使用に関する実態調査結果報告」。受診者数、要精検率、発見率、陽性反応適中度については、「性・年齢階級別」「検診機関別」「受診歴別」に集計している市区町村は年々増加傾向にあった。平成26年の調査結果では、要精検率、精検受診率については「性・年齢階級別」に集計している市区町村は、約7割、発見率は「性・年齢階級別」に集計している市区町村は約6割であった。			
				乳がん 63.5%	乳がん 69.7%
				子宮頸がん 63.1%	子宮頸がん 67.8%
早3	指標名:	市区町村におけるがん検診の精度管理: 精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度(がん検診のプロセス指標)		H24年度実績	
	データ源:	国民健康・栄養調査		● 精検受診率=胃79.8%、肺78.6%、大腸64.4%、乳84.6%、子宮頸69.6%	
	対象:	全国の市区町村で実施される指針に基づくがん検診		● 未把握率=胃9.9%、肺12.3%、大腸17.8%、乳9.8%、子宮頸17.8%	
	算出法:	● 精検受診率 = 精検受診者数/要精検者数 × 100 = (要精検者数 - 未把握者 - 未受診者) / 要精検者数 × 100		● 精検未受診率=胃10.3%、肺9.1%、大腸17.8%、乳5.6%、子宮頸12.6%	
		● 未把握率 = 精検未把握者数/要精検者数 × 100		● 精検未受診・未把握率=胃20.2%、肺21.4%、大腸35.6%、乳15.4%、子宮頸30.4%	
		● 精検未受診率 = 精検未受診者数/要精検者数 × 100		● 要精検率=胃8.1%、肺2.0%、大腸6.2%、乳8.7%、子宮頸2.0%	
		● 精検未受診率・未把握率 = (未把握者 + 未受診者) / 要精検者数 × 100		● がん発見率胃=0.11%、肺0.04%、大腸0.18%、乳0.32%、子宮頸0.08%	
		● がん発見率 = (精密検査で) がんであった者 / 受診者数 × 100		● 陽性反応適中度=胃1.3%、肺1.9%、大腸3.0%、乳3.7%、子宮頸3.8%	
		● 陽性反応適中度 = (精密検査で) がんであった者 / 要精検者数 × 100			
	備考:	各がん検診に関する事業評価プロセス指標とそれぞれの許容値を達成しているものもある(下線)。市区町村によって達成率にばらつきがある。平成24年のがん対策推進基本計画に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢40歳から69歳(子宮頸がんは20歳から69歳)で算出された値。			
早4	指標名:	市区町村のがん検診実施状況: がん検診コールリコール(個別受診勧奨・再勧奨)を実施している市区町村の割合		2010年	2014年
	データ源:	国立がん研究センター予防・検診センター調査		胃がん 8.6%	胃がん 5.0%
	対象:	がん検診を実施している自治体(市区町村)		肺がん 8.3%	肺がん 5.1%
	算出法:	コールリコール(個別受診勧奨・再勧奨)を実施している市区町村の割合		大腸がん 8.1%	大腸がん 5.0%
	備考:	2010年と2014年では、質問の仕方に違いがあり、2014年の聞き方の方がより評価が厳しい聞き方となっているため、2010年と2014年の結果を単純比較することはできない。2010年は、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか?」という問い、及び「勧奨に応じなかった対象者に再度受診勧奨を行っていますか?」という2つの設問のいずれも「行っている」と回答した市区町村の割合。2014年は、「検診対象者の網羅的な名簿を住民台帳に基づいて作成していますか?」、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか?」、「受診勧奨に応じなかった対象者全員へ、年度内に再度の受診勧奨を個人別に行っていますか?」の3つの設問全てに「行っている」と回答した市区町村の割合。			
				乳がん 8.3%	乳がん 4.3%
				子宮頸がん 5.0%	子宮頸がん 4.7%

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ず見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

早5	指標名: がん検診受診率																			
	データ源: 国民生活基礎調査																			
	対象: 40歳から69歳(子宮頸がんは20歳から69歳)の国民	算出法: がん検診を受検した者	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H22年度</th> <th>H25年年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>胃/男性 36.6%</td> <td>胃/男性 45.8%</td> </tr> <tr> <td>胃/女性 28.3%</td> <td>胃/女性 33.8%</td> </tr> <tr> <td>肺/男性 26.4%</td> <td>肺/男性 47.5%</td> </tr> <tr> <td>肺/女性 23.0%</td> <td>肺/女性 37.4%</td> </tr> <tr> <td>大腸/男性 28.1%</td> <td>大腸/男性 41.4%</td> </tr> <tr> <td>大腸/女性 23.9%</td> <td>大腸/女性 34.5%</td> </tr> <tr> <td>乳/女性 30.6%</td> <td>乳/女性 34.2%</td> </tr> <tr> <td>子宮頸 28.7%</td> <td>子宮頸 32.7%</td> </tr> </tbody> </table>	H22年度	H25年年度	胃/男性 36.6%	胃/男性 45.8%	胃/女性 28.3%	胃/女性 33.8%	肺/男性 26.4%	肺/男性 47.5%	肺/女性 23.0%	肺/女性 37.4%	大腸/男性 28.1%	大腸/男性 41.4%	大腸/女性 23.9%	大腸/女性 34.5%	乳/女性 30.6%	乳/女性 34.2%	子宮頸 28.7%
H22年度	H25年年度																			
胃/男性 36.6%	胃/男性 45.8%																			
胃/女性 28.3%	胃/女性 33.8%																			
肺/男性 26.4%	肺/男性 47.5%																			
肺/女性 23.0%	肺/女性 37.4%																			
大腸/男性 28.1%	大腸/男性 41.4%																			
大腸/女性 23.9%	大腸/女性 34.5%																			
乳/女性 30.6%	乳/女性 34.2%																			
子宮頸 28.7%	子宮頸 32.7%																			
指標:																				
備考:	平成25年度の調査結果を見るといずれのがん検診の受診率も増加している。しかしながら、平成22年までの調査では「あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください」といった一括してがん検診の受診の有無を問う質問形式であったのに対し、平成25年度の調査では5つのがん検診別に個々のがん検診の受診を問う形式へと変更されており、回答の記載漏れが減った可能性がある。さらに、平成22年度までの調査では健康票は密封されたものを調査員が回収していたのに対し、平成25年度の調査では高齢者を中心に未記入等による不詳が徐々に増えてきていることから適切な調査票の記入を促すため非密封回収となった。これらの変更点が平成25年度の調査の結果に影響を与えている可能性がある。																			

6. がん研究

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

B13a 指標名: **がんの第Ⅰ相およびⅢ相臨床試験の実施数**

B14b 指標名: **審査された臨床試験の数 (拠点病院)**

B16 指標名: **医師・研究者主導臨床試験の質**

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のがんゲノム解析を推進する。

B14e	指標名: バイオバンクの活動 データ源: 研究費配分組織が収集する業績資料 対象: 国内の主体が運営あるいは参加するがん関連のバイオバンク 算出法: 我が国から収集された検体提出者の延べ人数、利用論文数	2015年 < Biobank Japan > 症例: 血液53,513 論文: 42本 < National Center Biobank Network > 症例: 血液27,743 組織17,577 論文: 181本 < 東北メディカルメガバンク > 症例: 血液73,500 論文: 0本
	備考: 我が国において中心となるバイオバンクである、ナショナルセンターバイオバンクネットワーク(National Center Biobank Network, NCBN)、バイオバンクジャパン(Biobank Japan, BBJ)、東北メディカルメガバンク(東北MMB)を対象として指標を算出した。各バイオバンク試料は相互に異なる性質と意義(目的)を有しているため、バイオバンクごとに検体及び利用英語論文数について記載する。論文数は、バイオバンクの試料を使ったがんに関する論文で、専門の英文雑誌に掲載された論文を対象に集計した。 -BBJの第2コホートの12,204名は、DNAのみの収集。 -NCCの27,743症例において、血漿110,214本、DNA54,392本、RNA用lysate27,292本が保管されている。 -東北メガバンクは、平成23年に立ち上げられ、平成28年までに15万人を目標として試料と情報収集を行っている。	

7. 小児がん

小児がん拠点病院(仮称)を指定し、専門家による集学的医療の提供(緩和ケアを含む)、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

A39a	指標名:	小児がん患者と家族のための宿泊施設を整備している施設の割合		2014年
	データ源:	拠点病院への調査(院内がん登録を組み合わせ)		
	対象:	小児がん診療を行っているがん拠点病院、または小児がん拠点病院	算出法:	病児と家族のための宿泊施設を整備している施設の割合
備考:	対象: 2012年院内がん登録データ提出した397のがん診療連携拠点病院のうち、6歳以上16歳未満の小児に対し初回治療を1名にでも実施した施設193施設に加え、都道府県がん診療連携拠点病院または地域がん診療連携拠点病院ではない小児がん拠点病院6施設で合計199施設。小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内に整備している施設は9.5%(19施設/199施設)。小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内または院外に整備している施設は18.6%(37施設/199施設)。			

A40	指標名:	小児がん患者の初回治療集積割合(医療の集約化)		2012年症例
	データ源:	院内がん登録+小児がん拠点病院の現況報告		
	対象:	拠点病院を受診し初回治療を開始した小児がん患者サンプル	算出法:	小児がん新規患者のうち、小児がんを年間50例以上診ている施設で初回治療を受けた割合
備考:	平成24年度院内がん登録症例のうち、0~18歳までの小児がん患者で初回治療に関する決定・施行がなされた患者(ただし、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・施行がなされた患者を含む)のうち、小児がん新規患者を年間50例以上診ている施設で初回治療を受けた者の割合。通常のがん診療連携拠点病院ではなく、小児がん拠点病院となっている施設のデータは、現況報告から集計。			

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

A39	指標名:	院内学級体制がある施設の割合(小児がん患者の教育と自立)		2014年
	データ源:	院内がん登録+拠点病院現況報告		
	対象:	義務教育対象年齢の小児がん患者が初回治療を受けた拠点病院	算出法:	院内学級体制がある施設の割合
備考:	院内学級とは院内に設置された小・中学特別支援学級、特別支援学校を指す。2012年院内がん登録データ提出397施設のうち、6歳以上16歳未満の小児に対し、初回治療を1名にでも実施した施設193施設のうち、院内学級を開催している、という問いに対し、「はい」と回答した施設(83施設/193施設)。			

A40a	指標名:	小児がん患者への外来化学療法実施件数		2013年
	データ源:	拠点病院現況報告		
	対象:	がん診療連携拠点病院	算出法:	小児がん患者に外来化学療法(点滴抗がん剤のみ)を実施した延べ件数
備考:	外来化学療法加算1(A)15歳未満を取得している病院が、255施設であった。また、外来化学療法加算1(B)15歳未満を取得している病院は242施設であった。			
				外来化学療法加算1(A) 124,146 件 外来化学療法加算1(B) 36,976 件

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

A40c	指標名:	小児がん患者の長期フォローアップ外来を開設している施設の割合		2014年
	データ源:	対象病院への研究班調査+拠点病院現況報告		
	対象:	日本小児血液・がん専門医研修施設	算出法:	長期フォローアップ外来を開設している施設の割合
備考:	2012年08月23日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた89施設へ研究班から調査。「小児固形腫瘍患者に対して、二次がん、晩期合併症、妊孕性などに対応するため、貴院では他科(院外でも良い)との連携がとれた長期フォローアップ外来を開設していますか?」という問いに「はい」と回答した施設の割合(67施設/89施設)。			

8. がんの教育・普及啓発

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

C7	指標名: 小中学校でのがん教育実施率 (こどもの学校でのがん教育)		
	データ源: 学校へのアンケート(新データ) 対象: 全国の小・中・高校 算出法: 「授業時間内でがんを題材にした教育(講演を含む)」を年に1回以上実施した教育機関の割合		今回は測定困難
備考: 教育の内容・質も担保できるように質問の仕方を再考慮する必要がある。			
C11a	指標名: 拠点病院のがん患者の臨床試験への認知度		2015年
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査) 対象: がん患者 算出法: 臨床試験に関して、「よく知っている」と答えた患者の割合		8.5% (補正值)
備考: 患者体験調査において、問33「臨床試験」とは何か知っていますか?という問いに対し、「1.よく知っている」と回答した患者の割合を算出。無回答は分母より除外。回答6729名より無回答553名を除外、531名が「1.よく知っている」、2103名が「2.ある程度知っている」と回答。世論調査と大きく異なることに注意。詳細は個別指標の解説参照。			
C12	指標名: 小学6年生のうち「早期発見・治療で治るがんがある」と回答した者の割合 (がん検診)		
	データ源: 小学生、中学生へのアンケート調査(新データ) 対象: 全国小学6年生のサンプル(必要に応じて中2も検討) 算出法: 「早く見つければ治るがんがある」と答えた者の割合		今回は測定困難
備考: 早く見つければ治るがんがある=正解です。			
C13	指標名: 学校でならったがんについて家庭で話したことがある小学6年生の割合 (がんに対する意識の変化)		
	データ源: 小学校6年生へのアンケート調査(新データ) 対象: 全国小学校6年生サンプル 算出法: 家庭で学校でならったがんの知識について話したことがある者の割合		今回は測定困難
備考: 6年生であれば、一定の知識があり、かつ、率直に回答をすると想定			
国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。			
C10e	指標名: 拠点病院のがん患者のうち、治療中に社会からのがんに対する偏見を感じた者の割合 (偏見)		2015年
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査) 対象: がん患者 算出法: 「治療中、社会からのがんに対する偏見を感じた」と答えた患者の割合		10.6% (補正值)
備考: 患者体験調査において、問1で記入者が「1.患者本人」と回答した5234名のうち、問39「あなたは、周囲(家族、友人、近所の人、職場関係者など)の人からがんに対する偏見を感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合を算出。5234名のうち、無回答146名は分母より除外。「1.よく感じる」(95)、「2.ときどき感じる」(479)と回答した割合を算出。			

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

C14	指標名:	がん休職後の復職率（復職）		2015年
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	対象:	がん患者	算出法:	84.5% (補正値)
	指標:	がんで休職した人(のうち復職を希望した人)のサンプル	治療後に復職した人の割合	
	備考:	患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていただけると回答した患者3002名のうち、問27無回答の54名を除外。問27で「2. 現在まで継続して休んでいる」(68)、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」(1904)、または「4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した」(276)と回答した2248名を対象とした。「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した割合を算出。		

C15	指標名:	がん治療のために退職した患者のうち新規就労した者の割合		2015年
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	対象:	がん患者	算出法:	47.2% (補正値)
	指標:	がんで退職した人のサンプル(休職後、退職を含む)	治療後に新規就労を希望した人のうち新規就労した人の割合	
	備考:	患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていただけると回答した患者3002名のうち、問28で「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」(253)または「3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない」(240)と回答した493名を調査の対象とした。「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」と回答した割合を算出。粗解析値は51%であった。		

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

C16	指標名:	治療にかかる費用のために治療を変更・断念した患者の割合（がん診療による経済負担）		2015年
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	対象:	がん患者	算出法:	0.68% (補正値)
	指標:	がん患者	経済的な負担のために治療を変更・断念したと返答した患者の割合	
	備考:	問20「治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？」という問いに対し、「1. ある」と回答し、且つ問21「治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか？」で「2. 公的医療保険内の治療」と回答した患者の割合を算出。無回答患者は分母より除外。6729名のうち、問20で無回答であった123名を除外。問21で51名が「2. 公的医療保険内の治療」と回答。粗解析値は0.77%。		

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

C19	指標名:	時短勤務、在宅勤務制度等がん治療と就労の両立を支援している中小企業の割合（企業による就労支援体制）		今回は測定困難
	データ源:	企業アンケート調査（新データ）商工会などに問い合わせ		
	対象:	中小企業	算出法:	
	指標:	中小企業	休業補償/傷病手当制度とは別に個別相談、時短勤務、在宅勤務制度などの制度を設け、がん治療と就労の両立を支援している企業の割合	
	備考:	休業補償制度、在宅勤務制度、疾病による休職制度などの有無を問う一特別にがんに特化した制度には限定しない。がん労災は除く。		

C19a	指標名:	就労とがん治療を両立させるために勤務先から支援が得られたがん患者の割合（企業による就労支援体制）		2015年
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	対象:	がん患者	算出法:	68.3% (補正値)
	指標:	がんになったときに就労している患者	治療中、勤務先によるがん治療と就労の両立の支援がなされている、と感じた者の割合	
	備考:	患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていただけると回答した患者3002名のうち、問26「がんの治療中に、治療と仕事を両方続けられるような支援または配慮を職場や仕事上の関係者から受けたと思いますか？」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合を算出。「1. そう思う」(1457)、「2. ややそう思う」(495)と回答。		

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

全17	指標名:	家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること（家族の支援）	
全18a	指標名:	がん患者自身が主体的にがんに向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（家族からの孤立）	
全18b	指標名:	がん患者自身が主体的にがんに向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（社会からの孤立）	
全18c	指標名:	がん患者自身が主体的にがんに向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（職場での孤立）	
C19a	指標名:	就労とがん治療を両立させるために勤務先から支援が得られたがん患者の割合（企業による就労支援体制）	

全体目標

各要素と指標の詳細

ここでは、がん対策推進基本計画の目標のうち、75歳未満年齢調整死亡率の20%減を除く、「がん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」、について、患者体験調査の結果から算出した。

それぞれの指標の解析結果の表の中で、**回答者数・粗解析**は、重み付けをする前の回答者の数、割合であり、**補正值**は各回答者が抽出過程で何名を代表しているのかによって重み付けをしている。例えば、各病院で同数の患者を抽出したが、それを反映させて、小さな病院から抽出された患者は小さめの、大きな病院から抽出された患者は大きめの重み付けとなっている。

要素 1 - 医療の進歩

全 1 - 医療が進歩していると実感できること

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「問 32. 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思いますか？」という問いに対し、「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合
結果	80.1%	

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」のために重要な要素の一つとして、「医療の進歩」が感じられることが挙げられた。当初、全体目標の一つ目「がんによる死亡者の減少」は、既に指標があると考えて、フォーカスグループの検討対象から除外していた。しかし、全体目標の「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」のための重要な要素について話がなされる中で、患者や家族、そして国民が、がんの研究や治療法の開発が進み、がんで亡くなる人が減っていると実感できること（そのように感じられること）は、患者や家族にとって、治療法が進歩しているという希望につながるものとして捉えられることとして挙げられた。そのため、一つ目の全体目標にも関わるが、特に「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」にもつながる大切な要素として整理され、全 1 の指標が策定された。

データの詳細：

患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りである。項目別の無回答は除外されている。「わからない」が 11.9%（補正值）と一定数見られたが、大半が肯定的な回答をしている。

問 32. 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思いますか？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	3707	59.9%	62.3%
2. ややそう思う	1158	18.7%	17.8%
3. どちらともいえない	330	5.3%	5.1%
4. あまりそう思わない	113	1.8%	1.7%
5. そう思わない	78	1.3%	1.1%
9. わからない	805	13.0%	11.9%

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素 2 - 適切な医療提供体制

適切な医療提供体制については、患者の現在の身体・精神的な苦痛が存在するかどうかに関する3指標と、患者が自らの体験をどのように評価するかの7指標に分かれる。患者の身体・精神的な苦痛に関しては緩和ケアの指標10、11、12と同じであるため、そちらを参照いただきたい。

- 全 2a → 緩和 10
- 全 2b → 緩和 11
- 全 3 → 緩和 12

以下の7つの項目は、患者の体験に関する質問である。

全 4 - 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（自分らしい生活）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 45. 現在自分らしい日常生活を送れていると感じていますか？」という問いに対し、「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合
結果		77.1%

全 5 a - 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（治療の見通し）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 18. これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか？」という問いに対し「1. 十分得られた」または「2. ある程度得られた」と回答した患者の割合
結果		89.1%

全 5 b - 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（治療の見通し）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 19. これまでで入院治療を受けた時、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか？」という問いに対し、「1. 十分得られた」または「2. ある程度得られた」と回答した患者の割合
結果		78.9%

全7 - 患者が、個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれて、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（尊重）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 36. あなたが医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか？」という問いに対し「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合
結果		80.7%

全8 - 患者が、個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれて、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（切れ目のない治療）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 14. 病院から診療所・在宅医療（看護も含む）へ移った際、病院での診療方針が診療所・訪問看護ステーションへ円滑に引き継がれたと思われましたか？」という問いに対し「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合
結果		72.7%

全9a - 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる治療）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 42. あなたはこれまで受けた治療に納得していますか？」という問いに対し「1. 納得している」または「2. やや納得している」と回答した患者の割合
結果		88.1%

全9b - 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる支援）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 43. あなたはこれまで受けた支援（医療機関、行政、職場、家族、友人などによる）に納得していますか？」という問いに対し「1. 納得している」または「2. やや納得している」と回答した患者の割合
結果		80.4%

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」のためには、「適切な医療提供体制」があることが重要な要素として挙げられた。「適切な医療提供体制」の概念から必要とされる項目を検討する過程では、患者のアウトカムである2要素「患者が、苦痛が制御された（痛みや精神的な苦痛などを十分にケアされ可能な限り取り除かれた）状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること」、および「患者が、個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれて、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること」の2つが抽出された。

「患者の苦痛が制御された状態」であるためには、苦痛があることを患者が医療者に伝える必要があり、そのためには患者の苦しみや不安をスクリーニングすることや医療者がそうした患者の苦痛を認識することが必要である。また関連した側面として、チーム医療がうまく機能し、患者中心に情報が共有され、必要な治療やサービスが調和して提供されることや、医療福祉機関の間の連携が十分に機能し、緩和ケアや福祉サービスに適切につなぐことができる状態になることなども必要であるとされた。これらは、「医療従事者や医療環境」の状態にあたることであり、全体目標の指標としては、患者がこれに対してどう感じているかも測定が必要とされた。

患者の視点に立って「切れ目がない」とは、例えば転院の際にも「こういう先生で、私もよく知っている先生です」という紹介がされれば、患者や家族にとっては医療の切れ目を感じず、安心感につながるという意見も出された。こうした背景から、全8の指標が策定された。

また、単に病院間で円滑に安心して引き継がれるだけではなく、情報や知識がないために先の予測ができないことが解消されるという意味での見通しも重要であるという意見もあった。その一例として、患者必携「がんになったら手にとるガイド」が話題にあがり、これが必要とされるのは、まさに本に書かれている内容を順番に読むことで、医療を受ける過程で自分にこれからどのようなことが必要となるのかや病気の進行がどのような状態か、医師が話すことがどのようなことなのかなど、これから起こりうることの予測ができるようになるためであるという指摘がされた。こうした背景から、全5a、全5bの指標が策定された。また見通しをもつことにより、その人なりのペースで、生活を送りやすくなると考えられる。こうした視点から全4の指標が策定された。

「患者が納得できる治療や支援」を受けるためには、治療や支援という異なった領域、環境の中で、どのように感じているかということが、全体目標の達成のためには大事である。こうした背景により、全9a、全9bの指標が策定された。また納得できる治療や支援を受けるためには、個々の患者のニーズに配慮され、尊厳が保たれてこそ成り立つものであるという指摘がなされ、全7の指標が策定された。

また全体目標の指標全般に言えることではあるが、これらの指標は、継続的に測定したとしても、それほど変動しないかもしれないこと、また患者や家族、人々の感じ方も社会の変化とともに変わっていく可能性もあろうという指摘がなされた。

データの詳細：

患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者6729名（問14、18、19）に関する回答の分布を示す。それぞれの質問に対して無回答、および該当しないとの旨の回答は除いている。

問14. 病院から診療所・在宅医療（看護も含む）へ移った際、病院での診療方針が診療所・訪問看護ステーションへ円滑に引き継がれたと思われましたか？

選択肢	回答者（名）	%（粗解析値）	%（補正值）
1. そう思う	1,969	56.0%	55.7%
2. ややそう思う	580	16.5%	17.0%
3. どちらともいえない	312	8.9%	8.1%
4. あまりそう思わない	154	4.4%	4.7%
5. そう思わない	134	3.8%	4.1%
9. わからない	364	10.4%	10.4%

（「退院後、診療所・在宅医療は利用していない」と回答した2,752名は除外）

問 18. これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 十分得られた	3,479	53.8%	53.4%
2. ある程度得られた	2,314	35.8%	35.8%
3. どちらともいえない	279	4.3%	4.5%
4. あまり得られなかった	187	2.9%	3.1%
5. まったく得られなかった	66	1.0%	1.1%
9. 治療無し / わからない	142	2.2%	2.2%

(ここでは、「治療無し」と「わからない」が同一の選択肢となっており除外していない)

問 19. これまでで入院治療を受けた時、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 十分得られた	2,526	38.7%	37.5%
2. ある程度得られた	2,633	40.4%	41.4%
3. どちらともいえない	531	8.1%	7.8%
4. あまり得られなかった	342	5.2%	5.7%
5. まったく得られなかった	143	2.2%	2.0%
9. 入院・退院無し / わからない	344	5.3%	5.6%

(ここでは、「入退院無し」と「わからない」が同一の選択肢となっており除外していない)

以下の問 36、42、43、45 は、がんと診断されたことがあると回答した患者について、5,234 名の患者本人による回答を対象としている。

問 36. あなたが医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	2,820	55.6%	56.2%
2. ややそう思う	1,246	24.6%	24.5%
3. どちらともいえない	567	11.2%	10.6%
4. あまりそう思わない	160	3.2%	3.1%
5. そう思わない	77	1.5%	1.4%
9. わからない	198	3.9%	4.2%

問 42. あなたはこれまで受けた治療に納得していますか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 納得している	3360	65.9%	66.3%
2. やや納得している	1150	22.6%	21.8%
3. どちらともいえない	326	6.4%	6.4%
4. あまり納得していない	137	2.7%	2.6%
5. 納得していない	47	0.9%	0.9%
9. わからない	77	1.5%	2.0%

問 43. あなたはこれまで受けた支援（医療機関、行政、職場、家族、友人などによる）に納得していますか？

選択肢	回答者（名）	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 納得している	2,772	54.7%	54.3%
2. やや納得している	1,306	25.8%	26.1%
3. どちらともいえない	477	9.4%	9.7%
4. あまり納得していない	123	2.4%	2.3%
5. 納得していない	68	1.3%	1.3%
9. わからない	321	6.3%	6.3%

問 45. 現在自分らしい日常生活を送れていると感じていますか？

選択肢	回答者（名）	%（粗解析値）	%（補正值）
1. う思う	2,506	49.5%	50.7%
2. ややそう思う	1,415	27.9%	27.0%
3. どちらともいえない	493	9.7%	10.0%
4. あまりそう思わない	363	7.2%	6.6%
5. そう思わない	255	5.0%	4.9%
9. わからない	33	0.7%	0.7%

（本人の回答 5,234 名のみ）

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素3 - 適切な情報提供・相談支援

全12 - 正確で、患者のつらさに配慮した、生き方を選べるような情報がきちんと提供されること

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「問 35. あなたは、自分が思うような日常生活を送るのに必要な情報を得られていると思いますか？」という問いに対し「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合
結果		71.5%

全13 - 相談できる環境があると感じること

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「問 23. がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関する様々な疑問について相談できる場がありましたか？」という問いに対し「1. あった」と回答した患者の割合
結果		67.4%

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」のためには、「適切な情報提供・相談支援」が存在することが重要な要素として挙げられた。何をもち「適切」とされるかについては、「正確で、患者のつらさに配慮した、生き方を選べるような情報」が「きちんと提供される」ことであり、また「相談の場などを利用しながら活用できること」が大事であるという指摘がなされた。がんの経過は非常に長いこともあり、また個々の生活に照らし合わせると非常に多岐にわたる情報が必要とされることになる。その中で、大別して2つの側面の視点、診断時に病気や療養に関する情報が重要であるという視点から、全13の指標が策定され、がん罹患する前からの生活を踏まえた日常生活をおくるために必要な情報が重要であるという視点から、全12の指標の策定がなされた。

また、情報を提供することではなく、よりよい療養生活を可能にすることが最終目的であり、全体目標につながるものとして整理された。そうした意味で、要素2および要素3は別々に扱われているものの、要素3の「適切な情報提供・相談支援」は、要素2で示される「適切な医療提供体制」の一部、あるいは補完するものであり、適切な医療提供体制が充実することにより、全体目標の「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に影響を及ぼすと考えられた。

データの詳細：

患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りである。項目別の無回答は除外されている。

問 35. あなたは、自分が思うような日常生活を送るのに必要な情報を得られていると思いますか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	2,010	40.0%	39.9%
2. ややそう思う	1,560	31.0%	31.6%
3. どちらともいえない	756	15.0%	15.0%
4. あまりそう思わない	314	6.2%	5.8%
5. そう思わない	125	2.5%	2.2%
9. わからない	263	5.2%	5.5%

問 23. がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関する様々な疑問について相談できる場がありましたか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. あった	3,273	67.1%	67.4%
2. なかった	1,604	32.9%	32.6%

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素 4 - 経済的困窮への対応

全 14a - 経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと（治療の変更・断念）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？」という問いに対し「1. ある」と回答した患者の割合
結果	2.7%	

全 14b - 経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと（交通費の負担）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 22. がんの最初の治療（手術、化学療法、放射線療法など、経過観察も含む）のための通院にかかった交通費は、1 回、往復でおおよそどのくらいの費用ですか？」において最も多かった回答。
結果	1 円～ 2,000 円 56.4%	

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、全体目標の「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと」、すなわち、経済的な困窮への対応がなされることが、重要な要素として挙げられた。

ディスカッションの中では、社会の動向から考えて、高負担高福祉にならざるを得ないところはあるものの、がん治療の場合、現役世代の負担は他の疾患（難病など）に比べて重いと考えられること、そして、経済的な負担を感じている人がどれだけいるかを把握することは、それ自体が大事であるという指摘がなされた。また、社会的に受け入れられる医療の範囲として「標準的治療が受けられる」ことが挙げられ、適切な負担で「標準的治療」を受けているかどうかを重要であるという指摘もなされた。このような背景から、まず、治療費の負担が原因で治療を断念する人がどのくらいいるかを把握するために、全 14a の指標が策定された。さらに、経済的な負担については、治療費だけではなく、遠方まで治療に行かなくてはならない場合の通院のための交通費も大きな負担になると考えられる。特に希少がんのように治療実績のある医療機関に限られる場合には、通院にかかる交通費の負担は大きくなる。そうした背景から、通院に要した交通費の負担を尋ねる目的で全 14b の指標が策定された。

他の 5 つの要素との関係においては、経済的な困窮状態は、より基本的なところにあるものと考えられた。すなわち、他の 5 つの要素全てに影響を及ぼし、かつ全体目標の「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に影響を及ぼすものとして整理された。

データの詳細：

患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りである。また、項目別の無回答も除外した割合が算出されている。

問 20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. ある	175	2.6%	2.7%
2. ない	6,431	97.4%	97.3%

問 22. がんの最初の治療（手術、化学療法、放射線療法など、経過観察も含む）のための通院にかかった交通費は、1 回、往復でおおよそどのくらいの費用ですか？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 0 円（徒歩や自転車などのため、交通費はかかっていない）	389	6.0%	5.7%
2. 1 円以上～2,000 円未満	3,608	55.5%	56.4%
3. 2,000 円以上～5,000 円未満	1,355	20.8%	21.3%
4. 5,000 円以上～1 万円未満	496	7.6%	7.4%
5. 1 万円以上～2 万円未満	212	3.3%	3.2%
6. 2 万円以上	183	2.8%	2.6%
9. わからない	262	4.0%	3.4%

留意点：

治療負担が原因での治療変更・断念は、2.7%と割合としては小さい結果となっているものの、拠点病院初回治療患者約 40 万人が母集団であり、それが代表されるとすると、1 万人以上がこのような状態にあると推定される。一方、公的保険の範囲内の治療を断念したという回答者は 0.68%となる（指標 C16 参照）。調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素5 - 家族の介護負担の軽減

全16 - 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること (家族への負担)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「問40. あなたは現在、がんになったことで、ご家族に負担をかけていると感じますか?」という問いに対し「1. よく感じる」または「2. ときどき感じる」と回答した患者の割合
結果	42.1%	

全17 - 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること (家族の支援)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「問41. 一般的にみて、がん患者の家族の悩みや負担をやわらげてくれる支援・サービス・場所があると思いますか?」という問いに対し「1. 十分あると思う」または「2. 十分ではないが、ある程度あると思う」と回答した患者の割合
結果	37.1%	

質問項目の根拠:

フォーカスグループでは、全体目標の「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「がん患者の家族に対する負担が軽減されること」が重要な要素として挙げられた。その意図としては、家族のQOLが保たれていなければ、患者本人が安心して療養生活を送ることができないことに加え、家族に迷惑をかけているという精神的苦痛が療養生活上大きな不安要素になっていることが指摘された。家族に過度な介護負担をかけてしまうという懸念から、自分の療養場所を自由に選択できないという状況がない社会を構築することは、全体目標達成につながる要素であると整理された。

「家族の負担」に、より具体的にはどのような負担が含まれるかについては、主に3つの意見があった。第一は、患者を介護する身体的な負担である。人口の高齢化とともに、わが国におけるがん患者も高齢化しているため、認知症、糖尿病、高血圧などの併存疾患を持っている患者の割合も増加しており、1人で外来通院が困難ながん患者の割合は増えていると考えられる。さらに、介護者自身も高齢化しており、核家族化傾向にある状態で、老老介護を行わなければならないケースや、独居の高齢者に対して遠方の家族が介護を担わなければならないケースは増加していると考えられ、以前より増して家族の在宅療養・通院介護の負担が増えているのではないかと懸念が指摘された。30代、40代の家族においては、介護に加え、育児による負担が重なっているとの指摘もあった。

第二に、就労への負担が指摘された。就労している家族が通院の介助や介護のために仕事を休んだり、入院患者の面会に行くために早く退社したりする際、職場からの理解を得られない場合があることが家族の負担として挙げられた。介護疲労で家族の就労に影響を及ぼすこともある。このように介護者の生活や生き方にも制限がかかることは、患者本人にとって安心できる環境ではないため、就労している家族の負担が軽減されるように介護サポートを受けられる社会になる必要がある。職場が、がん患者の家族の置かれる状況を理解し、寛容になる必要があり、更に社会も、家族以外の者が介護を行うことを受容できるような社会になる必要があるとの意見があった。

第三に、精神的負担が挙げられた。患者本人はがんを診療している医療機関で精神的ケアを受ける機会があるものの、家族は精神的ケアを受けにくい可能性がある。特に介護者が男性である場合、介護の悩みを周囲に打ち

明けることが難しいため、より孤立しやすい傾向にあるのではないかと、などの意見が挙がり、男性を含めた介護者も精神的なサポートを受けられるようになる必要があると指摘された。

このような意見から、がん患者にとって、家族に負担をかけていないと患者本人が感じられることは、家族に必要な支援が差し伸べられた結果到達できる目標であると考えられることから、全 16 の指標が策定された。

さらに、がん患者の家族の介護上や生活上の悩みや、介護の負担を軽減する支援やサービス、場所などがあるとがん患者とその家族が感じられることは、がん対策における取り組みの成果の表れであるという考えから、全 17 の指標が策定された。

データの詳細：

患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りである。問 40 の数値は、否定的な質問であるため「感じる」という数値は低い方が望ましく、問 41 の数値は逆に肯定的な回答が多い方が望ましいという向きに注意する必要がある。現状はいずれの指標においても、負担をかけていると感じている患者は少なからず存在し、また、支援サービスが十分であるという回答は少数派であった。

問 40. あなたは現在、がんになったことで、ご家族に負担をかけていると感じますか？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	730	14.3%	13.8%
2. ときどき感じる	1,442	28.2%	28.4%
3. どちらともいえない	494	9.7%	9.8%
4. あまり感じたことはない	1,349	26.4%	26.7%
5. まったく感じたことはない	969	19.0%	19.1%
9. 該当しない / わからない	129	2.5%	2.3%

問 41. 一般的にみて、がん患者の家族の悩みや負担をやわらげてくれる支援・サービス・場所があると思いますか？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 十分あると思う	212	4.2%	4.0%
2. 十分ではないが、ある程度あると思う	1,635	32.4%	33.1%
3. どちらともいえない	1,042	20.7%	21.2%
4. やや不足していると思う	531	10.5%	9.4%
5. 非常に不足していると思う	381	7.6%	7.4%
9. 該当しない / わからない	1,240	24.6%	25.0%

「やや不足していると思う」、「非常に不足していると思う」という意見は、「十分あると思う」「十分ではないが、ある程度あると思う」と回答した割合より少なかったものの、「非常に不足していると思う」と回答した患者の割合が「十分あると思う」と回答した患者の割合より多かった。

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素 6 - がんになっても孤立しない社会の成熟

全 18a - がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（家族からの孤立）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 37. あなたはがんと診断されてから、家族から不必要に気を使われていると感じますか？」という問いに対し「1. よく感じる」または「2. ときどき感じる」と回答した患者の割合
結果		30.7%

全 18b - がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（社会からの孤立）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 38. あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人（友人、近所の人、職場関係者など）から不必要に気を使われていると感じますか？」という問いに対し「1. よく感じる」または「2. ときどき感じる」と回答した患者の割合
結果		22.3%

全 18c - がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（職場での孤立）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「問 25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者ががんと診断されたことを話しましたか。」という問いに対し「1. 関係者に広く話した」または「2. 一部の関係者のみに限定して話した」と回答した患者の割合
結果		90.5%

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、全体目標の「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「がんになっても社会の一員として感じられる」社会であることを実感できることが、重要な要素として挙げられた。

ディスカッションの中では、社会の中で病や死について見聞きし、語る機会が増えること、がん患者が社会的役割を奪われることなく、社会の一員として位置付けられること、そのための調整に柔軟に応じられることが、「がんになっても安心して暮らせる社会」であるとの指摘がなされた。また、社会のがん患者に対するステレオタイプがなくなることも、この全体目標の中に含まれると考えられる。

一方、これらは理念的な社会のあり方であり、実際のがん患者が感じる社会とは何かについても検討が加えられた。その中で、患者自身が、周囲に自分の病気を伝える力や家族と自分の死について話し合う力を身につけること

と、がん患者と家族が、学業や就労を継続し、孤立することなく、普通の日常生活をおくることができることの2点が、全体目標の「がんになっても安心して暮らせる社会」になるためには特に重要であるとされた。当然、家族の存在と家族以外の周囲の人では、立場も関係性も大きく異なるが、ともに重要であることから、家族との関係を対象とした全18aの指標、周囲の人との関わりを対象とした全18bの指標を設定した。さらに、職場や仕事上の関係者との関わりは、経済的な生活の維持というだけでなく、社会との関わりという観点からも、生活に多大な影響を及ぼす重要なものであり、職場や仕事上の関係者との関係について問う全18cの指標も本要素に含められた。

データの詳細：

問25に関しては、その前の問24で、「がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか」という質問に対して、はいと答えた3,002名を対象とした。さらに無回答46名は除外している。

問25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 関係者に広く話した	837	28.3%	28.6%
2. 一部の関係者のみに限定して話した	1,818	61.5%	61.9%
3. 話さなかった	301	10.2%	9.5%

問37、38は、回答者が本人であるものを対象とした。

問37. あなたはがんと診断されてから、家族から不必要に気を使われていると感じますか？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	430	8.5%	8.7%
2. ときどき感じる	1,136	22.4%	22.0%
3. どちらともいえない	615	12.1%	11.8%
4. あまり感じたことはない	1,890	37.2%	37.8%
5. まったく感じたことはない	878	17.3%	16.9%
9. 該当しない / わからない	131	2.6%	2.8%

問38. あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人（友人、近所の人、職場関係者など）から不必要に気を使われていると感じますか？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	181	3.5%	3.4%
2. ときどき感じる	998	19.6%	18.9%
3. どちらともいえない	670	13.1%	12.9%
4. あまり感じたことはない	1,891	37.1%	37.7%
5. まったく感じたことはない	1,084	21.3%	21.4%
9. 該当しない / わからない	275	5.4%	5.6%

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成27年患者体験調査

分野別施策 個別指標の詳細

本章では、個々の指標に関して指標の詳細を示す。順番は一覧表とは異なり、作成した指標順に並んでいる。指標の番号は作成過程のデルファイ調査で使った指標番号を一貫して使用しているため、連続していない。

それぞれの指標の解析結果の表の中で、**回答者数・粗解析**は、重み付けをする前の回答者の数、割合であり、**補正值**は各回答者が抽出過程で何名を代表しているのかによって重み付けをしている。例えば、各病院で同数の患者を抽出したが、それを反映させて、小さな病院から抽出された患者は小さめの、大きな病院から抽出された患者は大きめの重み付けとなっている。

A. 医療分野

指標 A1

外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合 (放射線療法 of 体制整備)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合
結果	59.7% (分母の数 : 409 分子の数 : 244)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象 (分母) のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 B001-2-8 の外来放射線照射診療料を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 外来放射線照射診療料 (区分番号 B001-2-8) は、厚生労働大臣が定める次の施設基準を満たしている医療機関において、入院中以外の患者に対して放射線治療を実施した場合に算定できる¹。

- (1) 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医 (放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る) が配置されている。
- (2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ 1 名以上勤務している。
- (3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者 (放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。) が 1 名以上勤務している。
- (4) 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとる。

この基準を満たす施設で、外来放射線照射診療を実施した施設を測定する理由は、専門性が高く安全な外来放射線治療を提供している施設であるとの考えによる。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、外来放射線照射診療料を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 48.9% (194/397 施設) であった。

留意点： 体制整備の有無を検討するため、1 件でも算定した場合分子に数えている。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

指標 A3

直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院の割合
結果	51.1% （分母の数：409 分子の数：209）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 M001-3 の直線加速器による定位放射線治療加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 直線加速器による定位放射線治療加算（区分番号 M001-3）は、定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについて、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定できる診療報酬である¹。

- (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が 1 名以上配置されていること。
- (2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

日本放射線腫瘍学会の「体幹部定位放射線治療ガイドライン」によると、体幹部定位放射線治療とは、「体幹部の限局した小腫瘍に対して、局所制御の向上と周囲臓器への有害事象の低減を目的に、多方向から照射する技術と照射する放射線を病変に正確に照準する技術の両者を満たすものであり、従来の放射線治療よりも大線量を短期間に照射することを目的とした治療」と記されている²。この新照射技術は治療可能性を著しく拡大する高度専門技術であり、その普及は患者の治療選択の幅をもたらすことから指標とされた。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、直線加速器による定位放射線治療加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 47.4%（188/397 施設）であった。

留意点： 現状では肺癌と肝臓癌においてのみ保険適応とされている¹。正しい方法と理論に基づき実施されなければ障害を起こす治療であるが²、この指標では件数が 1 件以上算定された施設の割合を算出している。放射線治療の内容に関しては質の評価とはなっていない。全施設に当該治療を普及させるべきかは議論を要す。（均てん化 vs 集約化）

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

² 日本放射線腫瘍学会 QA 委員会、厚生労働省平岡班体幹部定位放射線治療ガイドライン作成作業部会「体幹部定位放射線治療ガイドライン」

<<https://www.jastro.or.jp/guideline/>>（アクセス 2015 年 3 月 9 日）

指標 A5

IMRT加算をとっている拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	強度変調放射線治療（IMRT）加算をとっている拠点病院の割合
結果	34.2% （分母の数：409 分子の数：140）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 M001-4 の強度変調放射線治療（IMRT）加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 強度変調放射線治療 Intensity Modulated Radiation Therapy（IMRT）とは、「多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、3 次元での線量分布を最適なものとする照射療法」¹であり、IMRT 加算（区分番号 M001-4）は以下の施設基準を満たしている医療機関において IMRT を実施した場合に算定できる診療報酬である¹。

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関である。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が 2 名以上配置されており、このうち 1 名は放射線治療の経験を 5 年以上有する者である。（略）
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。）が 1 名以上配置されている。（略）
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が 1 名以上配置されている。（略）
- (5) 強度変調放射線治療（IMRT）を年間 10 例以上実施している。
- (6) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えている。（略）

IMRT により、リスク臓器に近接した複雑な形状をもつターゲットに対して自在に線量を調整投与することができるため、正常組織に対する線量を低減しつつ、より患部に最適な線量分布で照射を行える²。IMRT 加算をとっている施設の割合を測定する理由は、質の高い放射線療法が提供されているとの考えによる。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、強度変調放射線治療（IMRT）加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 27.2%（108/397 施設）であった。

留意点： 1 件でも算定した場合でも分子に計上。効果的で安全性の高い IMRT の治療を行うためには高度な技術と専門的知識を要するが²、ここでは IMRT 治療の質を問う指標となっていない。また、IMRT を全施設に普及することが目標かどうかは議論を要する。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

² IMRT ガイドライン 2008 年 日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、高精度外部放射線治療研究会 <<https://www.jastro.or.jp/guideline/>>（アクセス 2015 年 3 月 9 日）

指標 A8

拠点病院で化学療法オーダーを電子化している割合 (化学療法の質と安全)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	化学療法オーダーを電子化している施設の割合
結果	88.0% (分母の数 : 409 分子の数 : 360)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 化学療法オーダーの具体的なチェックシステムの内容については尋ねていない。	

詳細

- 指標の定義：** 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象 (分母) のうち、「院内で化学療法のオーダーが稼働している」、「化学療法の薬剤の過量オーダーの入力チェック機能がある」の 2 問の両方に対しても「ある」と回答した拠点病院の割合を指標とした。
化学療法オーダーの電子化とは、化学療法に必要な薬剤の名称や投与量を、あらかじめ登録された薬品名から電子入力することである。化学療法の薬剤の過量オーダーの入力チェック機能とは、患者の体重、身長、対表面積、検査値などのパラメーターから投与量を自動計算し、医師が入力した投与量がそれらのパラメーターにより計算した値の上限値と比較し、過量投与にならないように、警告が表示されるなどの入力チェック機能が存在している電子システムを指す。
- 指標の根拠：** 化学療法は有害事象が起きる確率が通常の薬剤よりも多く、そのオーダーを電子化することで、管理・確認作業が自動的に確保されることは、安全性と精度の向上において非常に重要であるため、その体制の普及ががん対策の指標の一つとして設定された。
- 参考：** 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。
- 留意点：** 通常とは異なる投薬スケジュールである場合、看護師に対して警告が表示される機能など、各施設のシステムにより様々なチェック機能が存在するが、ここでは具体的なチェックシステムの内容の詳細 (例えば、警告機能を停止不可能か、など) については尋ねていない。
- データ源：** 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A9

外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	外来化学療法加算 1 をとっている拠点病院の割合
結果	95.1% （分母の数：409 分子の数：397）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」と回答した施設で、かつ外来化学療法加算 1 を 1 件でも算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 外来化学療法加算とは、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・容量、その他の留意点について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従って加算される点数であり、特に外来化学療法加算 1 は、次の施設基準を満たす医療機関において化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる加算である¹。

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有している。（略）
- (2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務している。
- (3) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務している。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を 5 年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務している。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されている。
- (6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している。（略）

外来化学療法加算 1 は外来化学療法加算 2 と比較し、より施設基準が厳しくなっているが、ほとんどのがん診療連携拠点病院は外来化学療法加算 2 ではなく外来化学療法加算 1 を算定することができるため、ここでは外来化学療法加算 1 としている。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」と回答した施設が 385/397 施設、件数が 1 件以上と報告した施設が 26 施設 /397 施設であった（6.5%）。平成 26 年現況報告では外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」としたがん診療連携拠点病院は 394/409 施設であり、1 件以上算定したと報告した施設は 389/409 施設（95.1%）であった。

留意点： 1 件でも算定した場合でも分子に数えている。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

指標 A10a

化学療法で院内登録レジメン制度を運用している 拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	院内登録レジメン制度を運用している施設の割合
結果	100% (分母の数：409 分子の数：409)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 各施設においてどのような職種・専門医がレジメン審査委員に携わっているのか、全てのレジメンが登録されているのか、定期的な見直しを行っているのかなど、レジメン登録制度の量と質が指標に反映されていないため、測定方法の改善を要する。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「化学療法のレジメン（治療内容）を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、カンサーボードと連携協力している」という問いに対して「はい」、または「がん診療連携拠点病院との連携により、化学療法のレジメンを審査するとともに、標準的な化学療法を提供できる体制を整備している」という問いに対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： レジメンとは、化学療法において、抗がん剤や輸液、副作用に対する支持療法薬などの投与量、投与用法、投与期間、投与間隔などの治療スケジュールを時系列に表した治療計画のことである。レジメン登録制度を運用することで、次のような効果があると考えられる。

- ・ 医薬品の取り違いや投与量のミスなどを防止する効果があるとされ、より安全に化学療法を管理することができる。
- ・ 医師だけでなく、看護師、薬剤師などの医療従事者と治療スケジュールを共有しやすくなり、患者にとっても治療計画をわかりやすく説明することができる。
- ・ 既にレジメンが登録されているため、入力作業が軽減され、業務の効率化を図ることができる。
- ・ 化学療法のレジメンをカンサーボードで審査することで、患者はエビデンスに基づく標準化された化学療法を受けることができ、制吐剤などの支持療法もレジメンに含めることで、投与忘れなどを防ぐことができる。

このように、院内登録レジメン制度には医療の質や業務効率化への効果があると考えられるため、その実施率が指標となった。

参考： 前年のがん診療連携拠点病院現況報告では、「化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、必要に応じて、カンサーボードと連携協力している」と回答した施設が 99.5% であった（395 施設 / 397 施設）。

留意点： 各施設においてどのような職種・専門医がレジメン審査委員に携わっているのか、全てのレジメンが登録されているのか、あるいは一部のレジメンだけなのかなど、レジメン制度の質と量は各施設でばらつきがあると考えられるが、これらの点は考慮されていない。レジメンもエビデンスの変化や改善のために、定期的な見直しが必要であると考えられるが、そのような取り組みを行っているかはこの指標では考慮されていない。100% であることから今後測定方法の改善が求められる。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A10b

化学療法レジメンを公開している拠点病院の割合 (がんの治療計画)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	「診療科別の全レジメンをホームページで公開している」と回答した拠点病院の割合
結果	6.1% (分母の数：409 分子の数：25)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「診療科別に、全てのレジメンをホームページで公開している」という問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： レジメンを公開することで、患者はどのような治療計画が存在し、どのような選択肢が存在するのかわかる。他の病院も自施設のレジメンを見直すことができ、自施設の医療の改善に役立つと考えられる。地域の薬局や家庭医などの開業医へも情報共有がされるため、患者の治療内容を把握しやすくなり、医療管理がしやすくなると考えられる。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。平成 26 年現況報告では 409 施設のうち、次の 25 施設が「診療科別に、全てのレジメンをホームページで公開している」と回答した。

市立札幌病院	近畿中央病院
栃木県立がんセンター	兵庫医科大学病院
佐野厚生総合病院	鳥取県立厚生病院
自治医科大学附属病院	広島赤十字・原爆病院
公立藤岡総合病院	山口大学医学部附属病院
杏林大学医学部附属病院	香川県立中央病院
諏訪赤十字病院	愛媛大学医学部附属病院
長野赤十字病院	高知県立幡多けんみん病院
長野市民病院	飯塚病院
静岡県立総合病院	佐賀県医療センター好生館
鈴鹿中央総合病院	相良病院
大阪府立成人病センター	沖縄県立中部病院
兵庫県立がんセンター	

留意点： 医療機関による自己申告調査。実際行われている化学療法 (治療) の「質」を反映しているわけではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A10c

化学療法患者にジェネリック医薬品を使う選択肢を提示している拠点病院の割合（後発医薬品の使用）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	化学療法患者に対しジェネリックを使う選択肢を常に患者に提示していると回答した拠点病院の割合
結果	34.0% （分母の数：409 分子の数：139）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 抗がん剤のジェネリック医薬品の種類は少なく、ジェネリック医薬品が存在しても適応疾患が限られている場合があることなどから、わが国において抗がん剤のジェネリック医薬品が普及していないのが現状である。 特に点滴で使用する抗がん剤に関しては施設でどの医薬品を採用するか決定しており、様々な抗がん剤を採用することにより生じる医薬品の取り違えなどを防止するため、成分が同じ先発品と後発品（ジェネリック医薬品）の両方を並列で採用していない場合が多い。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「化学療法の患者にジェネリックの抗がん剤を使用する選択肢を提示することを原則としている」という問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 患者にとって化学療法の治療費負担は大きいという観点から、先発品と比べて価格が低いジェネリック医薬品を使う選択肢を提示している施設の割合が指標となった。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 抗がん剤のジェネリック医薬品の種類は少なく、新しい抗がん剤ではジェネリック医薬品が存在しない場合も多い。点滴で使用する抗がん剤に関しては施設によってどの医薬品を採用するか決定するのが通例であるが、同じ成分について複数の抗がん剤を採用することで医薬品の取り違えなどが起こるのを防止するため、成分が同じ先発品と後発品（ジェネリック医薬品）の両方を並列で採用している施設は多くはないとも考えられる¹。この数値の解釈は、医療費負担の軽減の観点と医療安全の観点の比較衡量で解釈する必要がある。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ がん対策推進基本計画分野別施策評価指標策定検討パネルの意見

指標 A11

標準的治療実施割合（標準的治療）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院のがん患者	定められた標準治療が実施された割合
結果	大腸がん術後化学療法実施率 49.6% 胃がん術後化学療法実施率 68.2% 早期肺がん外科・定位放射実施率 88.9% 肺がん術後化学療法実施率 45.0% 乳房温存術後全乳房照射実施率 72.1% 乳切後高リスク症例への放射線実施率 33.1% 肝切前 ICG15 実施率 90.3% 高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率 63.6% 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 66.0%	
期間	平成 24 年診断症例	
注	DPC データを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより他施設で治療が行われた場合は実施に反映されないという限界がある。	

詳細

指標の定義： 各診療の質指標（Quality Indicator：QI）は以下のように定義する。

QI 1. 大腸がん術後化学療法実施率

組織学的 Stage III と診断された大腸がん患者のうち、術後 8 週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合。標準的補助化学療法として 5FU+LV、UFT+LV、FOLFOX、Cape、CapeOX をカウント。

QI 2. 胃がん術後化学療法実施率

胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取扱い規約 Stage II、III（pT1、pT3、N0 を除く）の進行癌と診断され 6 週以内に退院した患者のうち、S-1 による術後化学療法が施行された患者の割合。

QI 3. 早期肺がん外科・定位放射実施率

臨床 Stage I～II の非小細胞癌と診断された患者のうち、外科治療、または定位放射線治療が行われた患者の割合。

QI 4. 肺がん術後化学療法実施率

組織学的 Stage II、III A の非小細胞癌で完全切除された患者のうち、プラチナ製剤（シスプラチン、カルボプラチン、ネダプラチン）を含む術後化学療法が行われた患者の割合。

QI 5. 乳房温存術後全乳房照射実施率

乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者のうち、放射線治療が行われた患者の割合。

QI 6. 乳切除後高リスク症例への放射線実施率

乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3以上、N0を除く）の患者のうち、術後放射線治療がなされた患者の割合。

QI 7. 肝切除前 ICG15 実施率

初回の肝切除術を受けた肝細胞がん患者のうち、治療開始前に ICG15 分停滞率が測定された患者の割合。

QI 8. 高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率

高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に標準とされる予防的制吐剤（セロトニン阻害剤＋デキサメタゾン＋アプレピタント）が使用された患者の割合。

QI 9. 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率

外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者の割合。

指標の根拠： ガイドラインに記載されるような標準診療の実施率などは、医療の質を表す Quality Indicator（診療の質指標）としてがん医療の質改善と均てん化を評価するために重要な指標である。測定された QI は、厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班で全国のがんの専門家より構成されたパネルにより算定された 206 の QI の中から、院内がん登録＋DPC データの突合より算定可能な 9 指標を選び解析した¹⁻³。

留意点： データの限界に注意が必要である。大別して、①他院での診療行為、②非標準診療を選択する妥当な臨床判断、が計上されないという2つの問題がある。①については、手術はデータを提出した施設で実施したが、その後の術後化学療法は患者の自宅に近い別の医療機関で受けた場合、化学療法の実施は他院で行われたため DPC データに反映されず、QI の算定時に術後化学療法が実施されたとカウントされない。そのため、地域連携を積極的に実施している施設では QI によっては低く算定されてしまう可能性がある。②については、医学的に妥当な理由、または患者の希望などにより標準診療を実施しなかった場合などの理由が QI の算定に考慮されないため、併存症や全身状態が悪いために体力負担の多い治療が実施されない場合でも、未実施と見なされてしまう。未実施の理由が妥当であれば QI のスコアに反映させる取り組みを始めているが、ここで提示している結果に関してはまだ反映されていない⁴。

データ源： 2012 年院内がん登録-DPC 突合データ
都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究に参加したがん診療連携拠点病院、および地域がん診療病院のうち、調査期間のデータが全て DPC データであった 169 施設の結果。

資料：

- ¹ 厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班：診療の質指標 Quality Indicator .2009. <<http://qi.ncc.go.jp>>（アクセス 2015 年 4 月 24 日）
- ² Higashi T, Nakamura F, Saruki N, Sobue T. Establishing a quality measurement system for cancer care in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2013 Mar;43(3):225-32. doi:10.1093/jjco/hyt001. Epub 2013 Feb 6.
- ³ Higashi T, Nakamura F, Shibata A, Emori Y, Nishimoto H. The national database of hospital-based cancer registries: a nationwide infrastructure to support evidence-based cancer care and cancer control policy in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2014 Jan;44(1):2-8. doi: 10.1093/jjco/hyt013. Epub 2013 Feb 28.
- ⁴ 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会「がん登録部会 Quality Indicator 研究 2012 年症例解析結果報告書」（平成 27 年 12 月頃公開予定）

指標 A11b

拠点病院における手術 / 化学療法クリティカルパスのバリエーション分析実施状況（クリティカルパス）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	調査により、設定しているクリティカルパスについて、バリエーション割合を算定して報告した拠点病院の割合
結果	59.2% (分母の数：409 分子の数：242)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「手術・化学療法・放射線クリティカルパスに対し、1 年に 1 回以上バリエーション分析を行っている」という問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： クリティカルパスとは、患者にとって最良と考えられたエビデンスや診療ガイドラインなどに基づく標準化された治療計画（治療や検査のスケジュール）のことである。パスを運用することで、効率的で標準的な医療計画が実行され、がん治療の質や安全性が確保されると言われている。しかしながら患者の合併症や医療スタッフの技術、設備や地域の医療環境などの要因により、パスを使用した患者が必ずしもパス通りの経過をたどらないこともあり、この標準化された経過から外れる症例をバリエーションと呼ぶ。それらの症例がパスから外れた理由を見直すことは、医療の質の改善に必須であり、病院全体としてフィードバックシステムが存在しているかの評価となる¹⁻³。バリエーション分析を行っている施設の割合とは、組織として総合的に質の管理向上に取り組む Total Quality Management² が機能しているかを表す指標である。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 施設間でクリティカルパスの質や、バリエーション分析の質にばらつきがある可能性があるが、その点は考慮されていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料：

- ¹ 勝尾 信一「バリエーション分析総論」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）7 巻 3 号 Page395-399（2006.12）
- ² 勝尾 信一「バリエーション分析によるクリティカルパスの見直し」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）10 巻 3 号 Page495-498（2009.12）
- ³ 井口 厚司「クリティカルパスの見直しの必要性」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）10 巻 3 号 Page483-487（2009.12）

指標 A11c

がん治療で生じた安全問題を検討している拠点病院の割合 (医療安全管理)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	がん治療で生じた安全上の問題について事例を収集するシステムがあり、かつ、収集された事例を院内医療安全管理部門等で最低2ヶ月に1度検討の場を設けていると回答した施設の割合
結果	85.8% (分母の数 : 409 分子の数 : 351)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象 (分母) のうち、「がん治療で生じた安全上の問題についての収集された事例を、院内医療安全管理部門等で検討している」という設問に「はい」と回答し、さらに「院内医療安全管理部門等での検討会開催頻度」が 1 年 (平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間) に 6 回以上であったと報告した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん治療は侵襲性の高い治療が多いため、がん医療で生じた安全問題の事例を収集し、再発予防のためにその原因と潜在するリスクを同定し、再発防止・改善へ向けて対策を講じることが安全で質の高いがん医療を提供するために全ての拠点病院で必要である、という考えに基づいて本指標は設定された¹。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。
平成 26 年現況報告では、「がん治療で生じた安全上の問題についての収集された事例を、院内医療安全管理部門等で検討している」という問いに対し、「はい」と回答した施設は 380 施設 / 409 施設、「院内医療安全管理部門等での検討会開催頻度 (1 年あたり)」が 6 回以上であると回答した施設は 359 施設 / 409 施設であった。

留意点： 医療安全管理体制の確保のため医療安全対策加算に関する施設基準が設けられているが、ここでは特にがん治療において生じた問題について定期的な検討と質の管理システムが稼働しているかを評価している。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 医療安全対策検討会議「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」
平成 14 年 4 月 17 日 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/dl/tp1030-1c.pdf>>
(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A12

診療ガイドラインの数（診療ガイドラインの作成）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	なし	作成されているがん診療ガイドラインの数
結果	30冊	
期間	平成 26 年 12 月 31 日時点	
注	ここでは各種がんに対する診療ガイドラインを対象とし、患者用ガイドラインおよび検診ガイドライン、支持療法ガイドラインなどは除外している。	

詳細

指標の定義： 平成 26 年 12 月 31 日時点で本邦において発行されている、がん診療ガイドラインの数を指標とした。

指標の根拠： 診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において適切な判断を行えるよう、医療者と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書のことである¹。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）の手法を利用して作成されたガイドラインを利用して医療を行うことで、一定の推奨を得た標準治療の提供につながり、意思決定が容易となり、またがん診療の質の向上および均てん化が可能となるとの考えに基づく。

参考： 平成 26 年 12 月 31 日時点で、医療者用がん診療ガイドラインは、本邦において計 30 種類のがんについて発行されている。

診療ガイドライン名	編集
頭頸部癌診療ガイドライン	日本頭頸部癌学会
科学的根拠に基づく口腔癌診療ガイドライン	日本口腔腫瘍学会・ 日本口腔外科学会
甲状腺腫瘍診療ガイドライン	日本内分泌外科学会・ 日本甲状腺外科学会
EBM の手法による肺癌診療ガイドライン	日本肺癌学会
食道癌診断・治療ガイドライン	日本食道学会
胃癌治療ガイドライン医師用	日本胃癌学会
大腸癌治療ガイドライン医師用	大腸癌研究会
遺伝性大腸癌診療ガイドライン	大腸癌研究会
肝癌診療ガイドライン	日本肝臓学会
科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン	日本膵臓学会
エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン	日本肝胆膵外科学会
科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン	日本乳癌学会
子宮頸癌治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
子宮体がん治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
卵巣がん治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
腎癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
腎盂・尿管癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
膀胱癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
前立腺癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
精巣腫瘍診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
造血器腫瘍診療ガイドライン	日本血液学会

軟部腫瘍診療ガイドライン	日本整形外科学会
GIST 診療ガイドライン	日本癌治療学会・日本胃癌学会・GIST 研究会
科学的根拠に基づく皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン	日本皮膚科学会・日本皮膚悪性腫瘍学会
皮膚リンパ腫診療ガイドライン	日本皮膚科学会・日本皮膚悪性腫瘍学会
原発不明がん診療ガイドライン	日本臨床腫瘍学会
小児がん診療ガイドライン	日本小児がん学会
小児白血病・リンパ腫の診療ガイドライン	日本小児血液学会
悪性胸膜中皮腫診療ガイドライン	日本肺癌学会
膵・消化管神経内分泌腫瘍（NET）診療ガイドライン	日本神経内分泌腫瘍研究会（JNETS）

留意点： ここでは各種がんに対する診療ガイドラインのみを対象とし、患者用ガイドラインおよび検診ガイドライン、支持療法ガイドラインなどは除外した。また、ガイドラインの発行はEBMの普及環境を検討する指標であり、標準治療の普及や患者アウトカムの向上との関連は検証を要する。

データ源： 日本癌治療学会、金原出版株式会社、Minds ガイドラインセンターのホームページに掲載されているがん診療ガイドラインのリスト²⁻⁴

資料：

- ¹ Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, D.C., National Academy Press, 1992.
- ² 日本癌治療学会「がん診療ガイドライン」
〈<http://jsco-cpg.jp/top.html>〉（アクセス 2014 年 12 月 31 日）
- ³ 金原出版株式会社「診療ガイドライン」
〈<http://mail.kanehara-shuppan.co.jp/series/index.html?code=041>〉
（アクセス 2014 年 12 月 31 日）
- ⁴ 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Minds（マインズ）ガイドラインセンター
〈<http://minds.jcqh.or.jp>〉（アクセス 2014 年 12 月 31 日）

指標 A13

患者用診療ガイドラインの数（患者用診療ガイドラインの作成）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	なし	作成されている患者用がん診療ガイドラインの数
結果	6冊	
期間	平成26年12月31日時点	
注	「患者用ガイドライン」とは「患者さんのための」と名称のついているものおよび「ガイドライン一般解説」をカウントしている。	

詳細

指標の定義： 平成26年12月31日時点で本邦において発行されている、患者用がん診療ガイドラインの数を指標とした。「患者用ガイドライン」とは「患者さんのための」と名称のついているもの、および「ガイドライン一般解説」を含めた。

指標の根拠： 診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において適切な判断を行えるよう、医療者と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書のことである¹。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）の手法を利用して作成されたガイドラインを利用する医療は一定の推奨を得た標準治療の提供につながるが、医療者用であるガイドラインは専門用語や前提となる事項に関する知識が必要で、患者や家族には理解が容易ではないこともある。わかりやすい患者用ガイドラインはがん患者およびその家族がその時点での標準治療を理解し、また現場の医師との相互の意思疎通のさらなる向上が期待される。

参考： 次の6冊のガイドラインをカウントした。

患者用ガイドライン名	出版	版	編集
胃がん治療ガイドラインの解説（一般用）	2004	2	日本胃癌学会
患者さんのための乳がん診療ガイドライン	2014	4	日本乳癌学会
患者さんのための乳房温存療法ガイドライン	2005	1	標準的な乳房温存療法の実施要項の研究班
患者さんのための大腸癌治療ガイドライン	2014	3	大腸癌研究会
患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説	2010	1	日本婦人科腫瘍学会
患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド	2014	1	日本緩和医療学会

留意点： ガイドラインの発行は患者への情報提供の出発点であり、効果については検証を要する。

データ源： Minds、金原出版、癌治療学会のがん診療ガイドラインのリスト²⁻⁴

資料： ¹ Institute of Medicine. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, D.C., National Academy Press, 1992.

² 日本癌治療学会・がん診療ガイドライン
 <<http://jsco-cpg.jp/top.html>>（アクセス2014年12月31日）

³ 金原出版株式会社・診療ガイドライン
 <<http://mail.kanehara-shuppan.co.jp/series/index.html?code=041>>
 （アクセス2014年12月31日）

⁴ 公益財団法人日本医療機能評価機構 Minds（マインズ）ガイドラインセンター
 <<http://minds.jcqh.or.jp>>（アクセス2014年12月31日）

指標 A14

拠点病院における 5 大がん患者の術後 30 日以内の死亡率 (術死率)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	拠点病院において、5 大がん (胃・肺・肝・大腸・乳) を初めて診断され腫瘍の切除手術を受けた患者	術死率 (術後 30 日以内の死亡) (リスク調整なし)
結果	5がん全体0.31% 肺0.38% 胃0.34% 大腸0.43% 肝臓0.68% 乳腺0.01%	
期間	平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日の期間に入院が完結した患者	
注	DPC 調査の互換データが利用可能な 223 のがん診療連携拠点病院から算出。	

詳細

指標の定義： 5 大がんの集計対象手術 (表 1) が実施された患者を E/F ファイルから抽出、集計期間内で初回の手術日を起算日とした。起算日から集計期間の終了日までの日数が 30 日未満の患者を除外し、分母とした。その上で、様式 1 ファイルを用いて死亡退院日を抽出し、起算日から 30 日以内の死亡率を算定した。

指標の根拠： 一般に手術後 30 日以内の死亡は術死として定義される。原疾患が重症であったり併存症の多い高リスクな患者の手術が行われたりすることがあるため、結果としての術死は必ずしも術者の責任であるとは言えないが、適切な患者に手術を行う体制が確保されることも含めて、術死率が医療提供体制の整備を表す指標と考えられる。

参考： 5 大がん全体として術死は非常に希であるものの、肝臓でわずかに高く、乳腺で低い傾向にある。各臓器別の計算結果は以下の通り。

臓器	病院数	患者数	追跡患者数	死亡数	死亡率
肺がん	205	14,731	13,955	53	0.38%
胃がん	223	14,839	14,292	48	0.34%
大腸がん	223	23,714	22,760	98	0.43%
肝臓がん	220	5,696	5,453	37	0.68%
乳がん	223	20,752	20,108	2	0.01%
総計	223	77,887	76,568	238	0.31%

留意点： 77,877 名、223 施設のデータが用いられている。がん診療連携拠点病院のうち、データ利用の許諾が得られなかった国立大学病院や一部の自治体立病院、調査期間中のデータに不備があった施設等は含まれていない。死亡は死亡退院をもって判定し、他院や在宅での死亡は捕捉できていない。また、DPC 調査のデータ上での診療行為コードを元に対象患者を同定しており、必ずしも根治の意図が明確ではない場合などが含まれている。

データ源： 国立がん研究センター研究開発費「患者の経時的な診療経過の分析に基づくがん診療コストに関する研究 (25-A-20/ 主任研究者: 石川ベンジャミン光一)」にて DPC 調査 (DPC 導入の影響評価にかかる研究) の互換データを用い算出されたものの提供を受けた。

資料：

表1 対象とした手術コードの一覧

臓器	区分コード	電算コード	名称
40040 (肺)	K5111	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
	K5112	150129810	肺切除術（区域切除（1肺葉に満たない））
	K5113	150129910	肺切除術（肺葉切除）
	K5114	150130010	肺切除術（複合切除（1肺葉を超える））
	K5115	150130110	肺切除術（1側肺全摘）
	K5116	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
	K5131	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））
	K5132	150357710	胸腔鏡下肺切除術（その他）
	K514-21	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	K514-22	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	K514-23	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	K5141	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	K5142	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	K5143	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	K5144	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	K5145	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）
	K5146	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	K5147	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）
K5148	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）	
60020 (胃)	K654-2	150323210	胃局所切除術
	K654-3	150323310	腹腔鏡下胃局所切除術
	K655-21	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
	K655-22	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
	K655-41	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	K655-42	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	K6551	150165210	胃切除術（単純切除術）
	K6552	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	K657-21	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）
	K657-22	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	K6571	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	K6572	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
60035・ 60040 (大腸)	K645	150245310	骨盤内臓全摘術
K719-21	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	
	K719-22	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
	K719-3	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	K7191	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
		150181710	結腸切除術（小範囲切除）
	K7192	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（半側切除）
		150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	K7193	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
		150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	K720	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）

	K739-2	150348610	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍）
	K739-3	150364510	低侵襲経肛門の局所切除術（MITAS）
	K7391	150186810	直腸腫瘍摘出術（経肛門）
	K7392	150186910	直腸腫瘍摘出術（経括約筋）
	K7393	150187010	直腸腫瘍摘出術（経腹及び経肛）
	K740-21	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	K740-22	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	K740-23	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	K7401	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
	K7402	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	K7403	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）（経肛門の結腸囊肛門吻合）
	K7404	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
60050 (肝)	K695-21	150348010	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）
	K695-22	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	K6951	150362610	肝切除術（部分切除）（1歳以上）
	K6952	150362710	肝切除術（亜区域切除）（1歳以上）
	K6953	150362810	肝切除術（外側区域切除）（1歳以上）
	K6954	150362910	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））（1歳以上）
	K6955	150363010	肝切除術（2区域切除）（1歳以上）
	K6956	150363110	肝切除術（3区域切除以上）（1歳以上）
	K6957	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）（1歳以上）
90010 (乳腺)	K474-2	150274610	乳管腺葉区域切除術
	K474-3	150303010	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
	K4741	150121110	乳腺腫瘍摘出術（長径5cm未満）
	K4742	150121210	乳腺腫瘍摘出術（長径5cm以上）
	K475	150121410	乳房切除術
	K476-31	150316610	乳房再建術（乳房切除後）（一期的に行う）
	K4761	150121610	乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術））
	K4762	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	K4763	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	K4764	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	K4765	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	K4766	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	K4767	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
		150122150	乳腺悪性腫瘍手術と両側腋窩リンパ節郭清術

指標 A15a

拠点病院における5大がん（および他のがん）患者の5年生存率

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院における5大がん（および他のがん）患者	5年生存率
結果	乳がん 89.7% 大腸がん 68.7% 肝臓がん 32.9%	肺がん 36.1% 胃がん 62.8% その他のがん 60.9%
期間	2007年院内がん登録5年粗生存率	
注	粗生存率であり相対生存率でも、死因調整生存率でもない。全体予後判明率は92.7%	

詳細

指標の定義： がん診療連携拠点病院より院内がん登録に登録された乳がん（ICD-O-3 部位コード C50）、大腸がん（C18-C20）、肝臓がん（C22）、肺がん（C33-C34）、胃がん（C16）、その他のがんの患者について、カプランマイヤー法を使い5年粗生存率を算出して指標とした。これらの5がんの部位コードで登録されている症例において、形態コードの上3桁が、悪性リンパ腫（959-972, 974-975）、多発性骨髄腫（973, 976）、白血病（980-994）、その他の造血器腫瘍（995-998）である症例は除外した。上記のいわゆる5大がん以外の悪性腫瘍は「その他のがん」として分類した。下記表の肺がんの内訳で、肺の小細胞がんの形態コードは8041, 8042, 8043, 8044, 8045とし、非小細胞がんはそれらの形態コード以外とした。予後判明率は全体で92.7%であった。

指標の根拠： 5年生存率は、ある特定の治療効果を測定する際に治療開始から5年の生存率を介入群と非介入群で比較するために利用されることが多いが、ここでの5年生存率とは、あるがんと診断された患者のうち、治療開始ではなく、診断日から5年後に生存していた患者の割合を指している。（5年経たずに生死が不明となった患者をカプランマイヤー法と呼ばれる統計手法で調整している。）このように、治療効果判定としてではなく、がん対策の効果を反映する指標として、昔の患者と比べて現在の患者の5年生存率が延長したか短縮したか比較するといった場合、リードタイムバイアスにより、その結果が必ずしもがん医療の進歩を反映しているとは限らないとの指摘が以前よりされている¹。以前の患者と比較して、寿命が延びていなくても、ただより早期に診断されるようになっているだけで生存率は改善しているように見えるため、このようなバイアスがある場合、生存率の改善は認められても一般人口を分母とした死亡率の改善は認められないという状況が生じる²。そのため、がん対策における最も信頼できる指標としては、生存率ではなく、死亡率を採用するのが原則であるが^{1,2}、その後の研究ではリードタイムバイアスによる影響はあまり大きくはない場合も多く、もちろん生存率単独でがん対策を評価することは不十分であるが、死亡率や、罹患率分の死亡率（mortality over incidence, MOI）などと比較しながら検討することで、がん対策の効果を測定する指標として利用できるとされている³。

参考： 2007 年院内がん登録 5 年予後判明率、生存率は、以下の結果となった。

がん	5 年粗生存率	95% 信頼区間	予後判明率
乳がん	89.7%	[89.3, 90.1]	94.8%
大腸がん	68.7%	[68.2, 69.1]	91.9%
肝臓がん	32.9%	[32.0, 33.8]	93.6%
肺がん	36.1%	[35.5, 36.6]	93.8%
小細胞がん	11.1%	[9.9, 12.4]	94.5%
非小細胞がん	38.6%	[38.0, 39.2]	93.7%
胃がん	62.8%	[62.3, 63.4]	92.4%
その他のがん	60.9%	[60.6, 61.2]	92.3%
全がん	60.8%	[60.6, 61.0]	92.7%

留意点： 本報告では相対生存率や死因調整生存率ではなく、粗生存率を示している。相対生存率、がん種ステージ別生存率などは院内がん登録の集計報告書に詳細が別途報告される予定であるため、ここでは 5 がんの粗生存率のみ表示する。また、2007 年症例に関しては初回のデータ収集であり、追跡データの質の検証・確保に改善の余地がある可能性が高い。他方、生存率一般に関して注意しなければならないのは、予後判明率である。5 年生存率を算出する上で、その時点での予後（生死）が不明の割合が多い中で上記 Kaplan-Meier 法による調整をすると、現実には生存率を真の値よりも高く算出することが多いと知られており⁴、全国がん（成人病）センター協議会の基準⁵によると、不明が 10% を超えると生存率の算出値は留意すべきといわれている。

データ源： 2007 年 院内がん登録

- 資料：
- 1 Measurement of progress against cancer. Extramural Committee to Assess Measures of Progress Against Cancer. J Natl Cancer Inst. 1990 May 16;82(10):825-35.
 - 2 Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? JAMA. 2000 Jun 14;283(22):2975-8.
 - 3 Maruvka YE, Tang M, Michor F (2014) On the Validity of Using Increases in 5-Year Survival Rates to Measure Success in the Fight against Cancer. PLoS ONE 9(7): e83100. doi:10.1371/journal.pone.0083100
 - 4 木下洋子 他 がん専門施設における生存率計測の標準化. 癌の臨床 46(10), 1197-1203, 2000.
 - 5 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設の生存率協同調査公表指針の概略 <<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/sisin.html>> (アクセス平成 27 年 6 月 8 日)

指標 A16

拠点病院の5大がん患者の診断から治療開始までの日数

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	拠点病院（他施設も含める）において、5大が ん（胃・肺・肝・大腸・乳）を初めて診断さ れ治療された患者	診断日から治療開始日までの平均日数
結果	1ヶ月以上3ヶ月未満 34.5%	
期間	平成27年1月～平成27年3月	
注	サンプル法を反映した補正值。 患者の希望や、全身状態などの妥当な理由により日数が長くなることもある。また、がんセンターボードで十分に症例検討 がされずにただ早く治療が開始されるなど、短ければよいというわけではない。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 29. 診断されたがんの種類（原発巣）をお答え下さい。」という問いに対し、{1. 乳がん 2. 大腸（結腸・直腸）がん 3. 胃がん 4. 肺がん 5. 肝臓がん} のいずれかと回答した患者のうち、「問 8. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか?」という問いで {1. 2週間未満、2. 2週間以上1ヶ月未満、3. 1ヶ月以上3ヶ月未満、4. 3ヶ月以上6ヶ月未満、5. 6ヶ月以上、6. 治療開始後に診断された、9. 治療なし / わからない} のうち、無回答と、「9. 治療なし / わからない」と回答した患者を除外した後、最も多くの患者が回答した選択肢を指標とした。

指標の根拠： 診断から治療開始までの待ち日数は、患者が受ける医療の質の重要な要素であるという考えに基づく。

参考： 問 8. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療（問 7 で回答した治療）が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか?（○は1つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 2週間未満	789	26.9%	24.8%
2. 2週間以上1ヶ月未満	968	33.0%	33.4%
3. 1ヶ月以上3ヶ月未満	971	33.1%	34.5%
4. 3ヶ月以上6ヶ月未満	107	3.7%	3.8%
5. 6ヶ月以上	53	1.8%	1.8%
6. 治療開始後に診断された	45	1.5%	1.6%

無回答 74 名、9. 治療なし / わからないと回答した 108 名は除外。

都道府県別集計において、「2週間未満」が最も頻度の高い回答であった都道府県は、青森県、秋田県、石川県、福井県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、島根県、山口県、徳島県、長崎県、大分県、鹿児島県であった。

参考) 5 がんの患者の初診日から診断日までの期間の結果

問 5. なんらかの症状や検診で異常があつて病院・診療所を受診した日から、医師からがんと説明（確定診断）されるまで、どのくらいの期間がありましたか？（○は1つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 2 週間未満	1,408	45.2%	47.0%
2. 2 週間以上 1 ヶ月未満	780	25.0%	28.8%
3. 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満	502	16.1%	15.5%
4. 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	125	4.0%	3.7%
5. 6 ヶ月以上	156	5.0%	5.0%

無回答 72 名、9. わからないと回答した 72 名は除外。

留意点： 患者の希望や、全身状態などの妥当な理由により治療開始が遅れることもある。また、キャンサーボードで十分に症例検討がなされずにただ早く治療が開始されるなど、短ければよいというわけではない。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

指標 A18

納得のいく治療選択ができたがん患者の割合 (インフォームドコンセント)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「自分の治療について納得いく治療を選択することができた」と回答した患者の割合
結果	84.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者のうち、「問 12. がんの診断から治療開始までの状況を総合的にふりかえて、あなた（患者本人）が納得いく治療を選択することができたと思いますか？」という問いで、無回答を除外し、{1. そう思う 2. ややそう思う、3. どちらともいえない、4. あまりそう思わない、5. そう思わない、9. わからない} のうち、「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： がん対策推進基本計画¹に、「安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること」が我が国のがん対策における目標であると記されていることから、がん対策の進捗度合いを患者の評価により測定することを意図したアウトカム指標である。本指標は、実際に患者が自らの治療において納得する選択をできたと感じられているかを問う重要な指標である。

参考： 患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りであり、粗解析値は 82.6%、補正值 84.5%であった。

問 12. がんの診断から治療開始までの状況を総合的にふりかえて、あなた（患者本人）が納得いく治療を選択することができたと思いますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	4,390	66.7%	67.1%
2. ややそう思う	1,171	17.8%	17.4%
3. どちらともいえない	528	8.0%	7.6%
4. あまりそう思わない	156	2.4%	2.6%
5. そう思わない	135	2.1%	2.1%
9. わからない	202	3.1%	3.2%

無回答 147 名を除外。

都道府県別集計においても、最低値 76.7%、最高値 93.5%と、改善の余地はあるものの、いずれの都道府県においても比較的高い結果となった。

留意点： 調査に協力しなかった患者の多くが、納得のいかない治療を受けた患者である可能性は否定できない。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

資料： ¹ 厚生労働省 平成 24 年 6 月「がん対策推進基本計画」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

指標 A18a

医師以外の職種がインフォームドコンセントに必ず参加する拠点病院の割合（インフォームドコンセント）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	医師以外の職種がインフォームドコンセントに必ず参加する施設の割合
結果	47.2% （分母の数：409 分子の数：193）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「がん患者に対するインフォームドコンセントの際、医師以外の職種が必ず参加することが原則となっている」という問いに対して「はい」と回答し、かつ「その原則は、規定、あるいはマニュアルなどで明文化されている」という問いに対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 看護師やソーシャルワーカーなどの医師以外の職種がインフォームドコンセントに参加することで、治療の利益と弊害を患者がよりよく理解できるように支援し、患者の希望、価値、意思などが治療選択において尊重されるように促すことができると期待される¹。このことは、単にそのようになっているというだけでなく、制度として常に行われる体制が必要との考えに基づき施設単位の指標とされた。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。平成 26 年現況報告では、「がん患者に対するインフォームドコンセントの際、医師以外の職種が必ず参加することが原則となっている」という問いに対し、「はい」と回答した施設は 294 施設 / 409 施設、「その原則は、規定、あるいはマニュアルなどで明文化されている」に対し、「はい」と回答した施設は 195 施設 / 409 施設であった。いずれも「はい」と回答した施設は 193 施設 / 409 施設であった。

留意点： インフォームドコンセントを得ることは医療法第 1 条の 4 第 2 項に法的根拠²があるが、その方法に関して、医師以外の職種が参加することが治療・病状説明の場において義務であるとする法律や学会などによるガイドラインが存在するわけではない。医師以外の職種がインフォームドコンセントに参加することで、患者の理解がより深まった、より患者の意向が治療決定において反映されるようになったとする十分なエビデンスも存在しない^{3,4}。医師以外の職種の医療者がインフォームドコンセントに参加することを希望しない患者も存在することもあり、「必ず」という表現には配慮を要する。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料：

- ¹ 公益社団法人日本看護協会 「告知・インフォームドコンセント」
<<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/kokuchi/>> (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ² 医療法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百五号)
<<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi/>> (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ³ Aldoory L, Barrett Ryan KE, and Rouhani AM. Best Practices and New Models of Health Literacy for Informed Consent: Review of the Impact of Informed Consent Regulations on Health Literate Communications. Commissioned Paper for the Institute of Medicine
http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/HealthLiteracy/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Commissioned-Papers/Informed_Consent_HealthLit.pdf (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ⁴ Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *Lancet Oncol.* 2008 May;9(5):485-93. doi:10.1016/S1470-2045(08)70128-1.

指標 A18b

医療従事者にがん告知や余命告知のための研修を実施している（マニュアル等がある）拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	がん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーション研修やマニュアル等があった拠点病院の割合
結果	56.0% (分母の数：409 分子の数：229)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。告知の質を表す指標ではない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「医療従事者に対してがん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーション研修を 1 年に最低 1 回でも実施している」、もしくは「がん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーションに関するマニュアルがある」のいずれかに対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： がん告知は、医師が主として説明するのが通例であると考えられるが、患者にとっては最も心理的なサポートが必要な事項であり、その後の治療や療養生活において、医療者との信頼関係を維持するためにも、質の高い告知は非常に重要である¹。これは医師のみに任される問題ではなく、医療チームとして、病院として、どのように告知を行うべきかを考えるべきであるという意見からこの指標が設定された。告知を行う際の基本的な心構えはどうあるべきか、どのように事実を伝え、その後誰がどのように患者に対応し援助をしていくのか、などの重要な課題について議論し、各施設の地域性や状況に応じた協力体制を整えることが期待される。この指標は実際の告知の質を表す指標とはなっていないが、マニュアルの整備率 37%、研修実施率 48%の現状では、まずこれらの体制が全てのがん診療連携拠点病院において整備される必要がある。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。平成 26 年現況報告では、「医療従事者に対してがん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーション研修を 1 年に最低 1 回でも実施している」という質問に「はい」と回答した施設は 151/409 施設、「がん告知や余命告知等を行う際のコミュニケーションに関するマニュアルがある」に対して「はい」と回答した施設は 198/409 施設であった。そのうち、いずれも「はい」と回答した施設は 120/409 施設であり、いずれかに対して「はい」と回答した施設は 229/409 施設であった。

留意点： 告知の質を表す指標ではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センター 平成 8 年 9 月（第二版）「がん告知マニュアル」
 <<http://ganjoho.jp/professional/communication/communication01.html>>
 （アクセス 2015 年 4 月 23 日）

指標 A18d

若年がん患者の妊孕性温存処置ができる（または他施設を紹介している）拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国がん診療病院（外科（乳がん等）、血液腫瘍、泌尿器、婦人科、小児科等）	妊孕性温存のための具体的な処置ができる、あるいは、上記方法を行えない場合、他施設を紹介している施設の割合
結果	62.1% (分母の数：409 分子の数：254)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。 卵巣組織凍結と薬物を用いた卵巣休眠に関しては、現時点では十分なエビデンスが存在しない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、次のうち妊孕性温存のための具体的な処置〔精子保存、未受精卵凍結保存、受精卵凍結保存、卵巣組織凍結保存、放射線治療に対する卵巣移動、放射線治療に対する卵巣遮蔽、卵巣休眠、妊孕性温存治療〕ができる、あるいは行えない場合、他施設を紹介している施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 妊孕性温存は、がん患者およびサバイバーの QOL にとって重要であり、生殖可能年齢にあるがん患者を診察するすべての医師は、がん治療が妊孕性に影響する可能性について説明し、適切な処置をとる必要がある¹。患者の年齢、配偶者の有無、がん種、がん治療の種類（化学療法・放射線療法）、がん治療開始までの時間的制限などにより適応となる妊孕性温存の治療や推奨される治療は異なる²⁻⁴。がん治療を優先させる必要があるために迅速に妊孕性温存治療を行う必要がある場合や、十分な妊孕性温存治療を行うためにがん治療の開始時期とバランスを考えることができる場合があるなど、患者ごとに緊急性が異なるため、生殖医療の専門家とタイムリーに連携できる体制が整備されることが望ましい。

参考： 妊孕性温存のための具体的な処置として以下の治療について調査した。

- ① 精子保存を 1 件以上行った施設（60 施設 / 409 施設）：14.7%
- ② 未受精卵凍結保存を行うことができる施設（40 施設 / 409 施設）：9.8%
- ③ 未受精卵凍結保存を 1 件以上行った施設（14 施設 / 409 施設）：3.4%
- ④ 受精卵（胚）凍結保存を行うことができる施設（79 施設 / 409 施設）：19.3%
- ⑤ 受精卵（胚）凍結保存を 1 件以上行った施設（36 施設 / 409 施設）：8.8%
- ⑥ 卵巣組織凍結保存を行うことができる施設（31 施設 / 409 施設）：7.6%
- ⑦ 卵巣組織凍結保存を 1 件以上行った施設（4 施設 / 409 施設）：1%
- ⑧ 放射線治療に対する卵巣移動を行うことができる施設（179 施設 / 409 施設）：43.8%
- ⑨ 放射線治療に対する卵巣移動を 1 件以上行った施設（59 施設 / 409 施設）：14.4%
- ⑩ 放射線治療に対する卵巣遮蔽を行うことができる施設（151 施設 / 409 施設）：36.9%
- ⑪ 放射線治療に対する卵巣遮蔽を 1 件以上行った施設（15 施設 / 409 施設）：3.7%
- ⑫ がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために薬物を用いて卵巣を休眠させる事で化学療法から卵巣を保護する治療を行うことができる施設（154 施設 / 409 施設）：37.7%

- ⑬ 薬物を用いて卵巣を休眠させる事で化学療法から卵巣を保護する治療を1件以上行った施設 (66 施設 /409 施設) : 16.1%
- ⑭ 妊孕性温存治療ができる他の施設を紹介している施設 (188 施設 /409 施設) : 46.0%
- ⑮ 他の施設へ1件以上紹介した施設 (84 施設 /409 施設) : 20.5%

上記いずれか1つでも「できる」もしくは「1件以上実施した」と回答した施設 (159 施設 /409 施設) を指標として測定した。

留意点：

米国生殖医学会 (American Society for Reproductive Medicine) は、卵巣組織凍結、及び卵巣移植に関しては现阶段では experimental (検証的であり推奨するにはエビデンスは不十分な段階) としている⁵。薬物を用いて卵巣を休眠させる gonadal suppression もエビデンスは不十分であり⁷⁻⁹、米国生殖医学会は「卵巣機能抑制のための性腺刺激ホルモン放出、ホルモンアナログ使用に関するデータは一貫していない。効果が明確に証明されるまでは、他の妊孕性温存法も選択肢として提示すべきである。」 (“The data on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs (GnRHa) for ovarian suppression have been conflicting; until definitive proof of efficacy is established, other fertility preservation options should be offered in addition to GnRHa treatment”) とコメントしている³。米国生殖医学会^{4,5}、及び米国臨床腫瘍学会⁶の文献、UpToDate の情報や Lancet の文献も参照^{2,3,10}。

データ源：

平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料：

- ¹ Stephanie J. Lee, Leslie R. Schover, Ann H. Partridge, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. JCO June 20, 2006;29:17-2931;published online on May 1, 2006
- ² De Vos M, Smits J, Woodruff TK. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014 Oct 4;384(9950):1302-10. doi:10.1016/S0140-6736(14)60834-5. Review.
- ³ Anderson RA, Mitchell RT, Kelsey TW, Spears N, Telfer EE, Wallace WH. Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. Lancet Diabetes & Endocrinol. 2015 Apr 7. pii:S2213-8587(15)00039-X. doi:10.1016/S2213-8587(15)00039-X.
- ⁴ Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Nov;100(5):1224-31. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08.041. Epub 2013 Oct 2.
- ⁵ Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.052. Epub 2014 Mar 28. Review.
- ⁶ Loren AW, Mangu PB, Beck LN, Brennan L, Magdalinski AJ, Partridge AH, Quinn G, Wallace WH, Oktay K; American Society of Clinical Oncology. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31(19):2500-10. doi:10.1200/JCO.2013.49.2678. Epub 2013 May 28.
- ⁷ Vitek WS, Shayne M, Hoeger K, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonists for the preservation of ovarian function among women with breast cancer who did not use tamoxifen after chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2014;102:808.
- ⁸ Bedaiwy MA, Abou-Setta AM, Desai N, et al. Gonadotropin-releasing hormone analog cotreatment for preservation of ovarian function during gonadotoxic chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2011;95:906.
- ⁹ Wang C, Chen M, Fu F, Huang M. Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Cotreatment for the Preservation of Ovarian Function during Gonadotoxic Chemotherapy for Breast Cancer: A Meta-Analysis. PLoS One 2013;8:e66360.
- ¹⁰ Sommezer M., Oktay K. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic treatment or gonadal resection. Mar 2015. UpToDate.

指標 A18e

妊孕性温存に関する情報が提供された40歳未満のがん患者の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	40歳未満でがんの治療を受けた患者	妊孕性温存のための具体的な説明を受けたと答えた患者の割合
結果	38.1%	
期間	平成27年1月～平成27年3月調査	
注	サンプル法を反映した補正值（粗解析値は44.3%）、	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、がん診断時に40歳未満で、「問15. 最初のがんの治療が開始される前に、その治療による不妊への影響について、医師から説明を受けましたか？」という問いに対し「2. 不妊への影響はない、という説明を受けた」、または「問16. がん治療により不妊になる可能性があることについて、それを予防する、あるいはこどもをつくる機能を温存するための具体的方法を医師から説明されましたか？」という問いに対して「1. 予防・温存の具体的方法を説明された」か「2. 予防・温存の具体的方法はないと言われた」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： 妊孕性温存は、がん患者およびサバイバーのQOLにとって重要であり、生殖可能年齢にあるがん患者を診察するすべての医師は、がん治療が妊孕性に影響する可能性について説明し、適切な処置をとる必要がある¹。患者の年齢、配偶者の有無、がん種、がん治療の種類（化学療法・放射線療法）、がん治療開始までの時間的制限などにより適応となる妊孕性温存の治療や推奨される治療は異なる²⁻⁴。がん治療を優先させる必要があるために迅速に妊孕性温存治療を行う必要がある場合や、十分な妊孕性温存治療を行うためにがん治療の開始時期とバランスを考慮することができる場合があるなど、患者ごとに緊急性が異なるため、生殖医療の専門家とタイムリーに連携できる体制が整備されることが望ましい。医療機関側の体制を問う指標A18dに対し、実際患者が説明を受けたかを測定するよりアウトカムに近い指標となっている。

参考： 患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者6,729名の回答分布は以下の通りであり、粗解析値は44.3%、補正值38.1%であった。

問15、問16に関してはがんと診断されたとき、40歳未満だった方のみお答えください。
問15. 最初のがんの治療が開始される前に、その治療による不妊への影響について、医師から説明を受けましたか？（○は1つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 不妊への影響がある、という説明を受けた	188	30.1%	20.2%
2. 不妊への影響はない、という説明を受けた	88	14.1%	10.0%
3. 説明はなかった	162	26.0%	23.0%
9. わからない	63	10.1%	9.4%
無回答	123	19.7%	37.4%

* 問3より年齢が40歳以上と推測される患者の回答は除外した。

問 16. 【問 15 で 1（不妊への影響がある、という説明を受けた）と答えた方のみお答えください】 がん治療により不妊になる可能性があることについて、それを予防する、あるいははこどもをつくる機能を温存するための具体的方法を医師から説明されましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 予防・温存の具体的方法を説明された	107	56.9%	55.0%
2. 不妊への影響はない、という説明を受けた	27	14.4%	13.7%
3. 予防・温存の具体的方法については説明を受けなかった	41	21.8%	26.2%
9. わからない	13	6.9%	5.2%
無回答	0	0%	0%

問 15 で 1、2、3、9 と回答した患者 501 名を対象（分母）とし、問 15 で 2、問 16 で 1 または 2 と回答した患者を分子とした結果、以下の値となった。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
問 15. 2. 不妊への影響はない、という説明を受けた 問 16. 1. 予防・温存の具体的方法を説明された 問 16. 2. 予防・温存の具体的方法はないと言われた	222	44.3%	38.1%
問 15. 3. 説明はなかった 問 15. 9. わからない 問 16. 3. 予防・温存の具体的方法については説明を受けなかった 問 16. 9. わからない	279	55.7%	61.9%

粗解析値は 44.3% であったが、補正值は 38.1% と乖離があった。これは、人口が多い都道府県において、具体的な説明を受けたと回答した患者が少ない傾向にあったため、それらの患者の意見が代表している人口が多いために、より大きい重み付けがされ、全国推計値としては結果が粗解析値より低い結果となったと考えられる。

留意点： 具体的な方法のエビデンスに関しては米国生殖医学会^{4,5}、及び米国臨床腫瘍学会⁶の文献などを参照。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

資料：

- Stephanie J. Lee, Leslie R. Schover, Ann H. Partridge, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. JCO June 20, 2006;2917-2931;published online on May 1, 2006
- De Vos M, Smits J, Woodruff TK. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014 Oct 4;384(9950):1302-10. doi:10.1016/S0140-6736(14)60834-5. Review.
- Anderson RA, Mitchell RT, Kelsey TW, Spears N, Telfer EE, Wallace WH. Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. Lancet Diabetes & Endocrinol. 2015 Apr 7. pii:S2213-8587(15)00039-X. doi:10.1016/S2213-8587(15)00039-X.
- Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Nov;100(5):1224-31. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08.041. Epub 2013 Oct 2.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.052. Epub 2014 Mar 28. Review.
- Loren AW, Mangu PB, et al. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31(19):2500-10. doi:10.1200/JCO.2013.49.2678. Epub 2013 May 28.

指標 A19

セカンドオピニオンの説明を受けたがん患者の割合 (セカンドオピニオン)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	治療開始をする前に、医師からセカンドオピニオンを受けられることの説明を受けた人の割合
結果	40.3%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	他施設より紹介を受けて治療を行うことが多い医療機関や、セカンドオピニオン外来を通して治療を開始する患者が多い医療機関では、セカンドオピニオンを受けられることについての説明が行われないことが多い。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 11. がんの治療が始まる前に、ほかの医師の意見を聞くセカンドオピニオンをうけられることについて担当医から説明はありましたか？」という問いに対し、{1. 説明があった 2. 説明はなかったが、自分や家族からセカンドオピニオンについて質問をした 3. 説明はなく、自分や家族からもセカンドオピニオンについて質問をしなかった 9. わからない / 覚えていない} のうち、無回答と「9. わからない / 覚えていない」と回答した患者を除外。「1. 説明があった」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： 患者が、セカンドオピニオンを知らない場合や、知っていても患者側からは医師に対してセカンドオピニオンの希望を言い出しにくいのは自然であるため、医師からセカンドオピニオンを受けられることが説明されるべきであるという考えに基づく。

参考： 患者体験調査において、がんと診断されたことがあると回答した患者 6,729 名の回答分布は以下の通りであり、粗解析値は 42.3%、補正值 40.3% であった。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 説明があった	2,255	42.3%	40.3%
2. 説明はなかったが、自分や家族からセカンドオピニオンについて質問をした	597	11.2%	11.6%
3. 説明はなく、自分や家族からもセカンドオピニオンについて質問をしなかった	2,480	46.5%	48.1%

無回答 214 名、「9. わからない / 覚えていない」の回答 1,183 名を除外した。

都道府県別集計では 24.5%～58.4% (補正值) とばらつきがみられた。

留意点： 他施設より紹介を受けて治療を行うことが多い医療機関や、セカンドオピニオン外来を通して治療を開始する患者が多い医療機関では、セカンドオピニオンを受けられることについての説明が行われないことが多い。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

指標 A19a

拠点病院のセカンドオピニオン外来受診件数 (セカンドオピニオン)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	過去1年間におけるセカンドオピニオン外来件数 (セカンドオピニオンとして自費診療がなされたもの)
結果	29,485件	
期間	平成25年1月1日～平成25年12月31日	
注	医療機関による自己申告。 セカンドオピニオンを希望する患者が、必ずしもセカンドオピニオン外来を通して受診しているとは限らない (一般外来を通して受診する患者もいる)。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成26年8月6日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた409の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、過去1年間におけるセカンドオピニオン外来件数 (セカンドオピニオンとして自費診療がなされたもの) の総件数を指標とした。

指標の根拠： がん患者が納得のいく治療法を選択するために、自分の病状や次の治療方法の選択等について、現在診療を受けている担当医とは別の違う医療機関の医師の意見を聞くことをセカンドオピニオンと呼ぶ¹。セカンドオピニオンを得ることで、より多角的な検討が可能になり、より偏りの少ない選択ができるようになる。がん診療連携拠点病院におけるセカンドオピニオン外来総件数はそのような活動が盛んに行われているかを表す指標になる。

参考： 平成26年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。
平成26年現況報告では、全国平均1施設あたりのセカンドオピニオン外来受診件数は72.1件 (標準偏差239.5、範囲0-3,065件、中央値13件) であり、全国409施設での1年間の合計件数が20,485件であった。

留意点： セカンドオピニオンを希望する患者が、必ずしもセカンドオピニオン外来を通して受診しているとは限らず、一般外来を通して受診する患者もありえるため、正確な数値の把握は困難である。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センターがん情報サービス「セカンドオピニオンを活用する」
<<http://ganjoho.jp/hikkei/chapter2-1/02-01-07.html>> (アクセス2015年3月20日)

指標 A21a

抗がん剤のミキシングを90%以上薬剤師が担っている拠点病院の割合（医療安全管理）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	抗がん剤のミキシングについて、90%以上を薬剤師が担っている拠点病院の割合
結果	95.8% (分母の数：409 分子の数：392)	
期間	平成26年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成26年8月6日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた409の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「週末を含め、抗がん剤のすべてのミキシング作業の90%以上を薬剤師が行っている」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 安全で適正な化学療法の実施には、患者の安全性の確保のため、投与量の確実性および無菌性の確保が必要である。また抗がん剤の混合調製時の直接接触や霧状粒子の吸入があると、皮膚炎や発がんのリスクがあることが知られていることから、安全で適正な抗がん剤の提供と、医療従事者の安全確保のため、調製手順および手技、暴露汚染時の対処法等に精通した薬剤師が抗がん剤をミキシングすることが望ましい¹。緊急時の例外的な処置は仕方ないとしても、単純に労務管理を優先させ勤務体制などの理由から週末に若手の医師や看護師に抗がん剤のミキシングをさせるなどの体制を排除することは非常に重要であることから90%以上という基準を設定した。これは、健全な医療安全管理体制を表す指標の一つと考えられて設定された。

参考： 平成26年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。

データ源： 平成26年がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 日本病院薬剤師会「抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針 抗がん薬調製マニュアル第3版」2014年7月

指標 A22

転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	5大がん（胃・肺・肝・大腸・乳）の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している施設の割合
結果	27.4% （分母の数：409 分子の数：112）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「5 大がん（胃・肺・肝臓・大腸・乳）の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8 割以上を内科医が主となり担当している」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： がん治療は、質の高い手術と個々の患者にとって最適な化学療法や放射線療法によって成り立つが、全身化学療法は適切な使用量の管理と副作用対策などの全身管理が必要となり、内科的知識と技術が必要とされる。さらに、常にアップデートされる膨大なエビデンス、新薬、臨床試験に対する知識や情報を入手し続ける必要がある。それらの業務を、手術療法を担う外科医が手術外の時間に担うことは困難であろうと考えられる。特に手術療法を伴わない転移・再発がんにおいては、内科医が主となって治療を行うことで、より効果的で安全な化学療法を施行することができ、また外科医の負担軽減から精度の高い手術に集中できるというメリットがあると考えられる¹。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 臓器別の結果を指標として測定する予定であったが、現況報告では臓器別に情報を収集していないため、今回は「5 大がん」とまとめて報告した。医療機関による自己申告調査である。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 第 25 回がん対策推進協議会資料「がんの手術・放射線療法に関する委員からの意見のまとめ」〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q42c-att/2r9852000001q45w.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A23

拠点病院でカンサーボードによって検討された患者の割合 (海外の指標：カンサーボード)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	拠点病院で調査年の前年1年間でがんと初めて診断されたがん患者	カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合
結果	48.0% (393 施設の平均 16 施設で不明のため除外)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告であるため、カンサーボードの定義が施設により異なる可能性がある。	

詳細

指標の定義： がん診療連携拠点病院現況報告において、「調査年の前年1年間でがんと初めて診断された患者のうち、カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合」に対する回答の平均値を算出した。

指標の根拠： カンサーボードとは、がんの患者の治療方針を多角的に検討した上で決定することを目的に、様々ながん治療 (手術、抗がん剤治療、放射線治療) の専門家を中心に、必要に応じて画像診断、病理診断などを専門とする医師や、看護師、薬剤師などの職種も加わり、患者にとって最善の治療を話し合う検討会議のことを指す¹。特に初回治療の際には、診断の妥当性、進行度などを含めて多方面から各専門家、各職種の視点から最適な治療計画が話し合われることが望ましいという考えに基づく²。

参考： がん診療連携拠点病院現況報告において、「調査年の前年1年間でがんと初めて診断された患者のうち、カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合」は、回答のあった 393 施設の平均値を算出した。

留意点： 範囲 = [0, 100]、四分位範囲 = [20, 75]、中央値 = 50、平均値 = 48.0、標準偏差 = 29.3
「1、2、3、4」と数字1桁で回答した施設は、それぞれ「10%、20%、30%、40%・・・」として計算した。不明と回答した 16 施設は除外。医療機関による自己申告調査である。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センター がん情報サービス「カンサーボード」
<http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/cancer_board.html>
(アクセス 2015 年 4 月 30 日)

² Wright F, De Vito C, et al. Special report: Multidisciplinary Cancer Conference Standards. June 1, 2006. Clinical Programs and the Program in Evidence-Based Care, Cancer Care Ontario.

指標 A24

定期合同カンファレンスを実施している拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	2 診療科以上の合同カンファレンスが 2 週間に 1 回以上の頻度で定期的に行われている病院の割合
結果	48.2% （分母の数：409 分子の数：197）	
期間	平成 25 年 10 月 1 日～平成 25 年 11 月 30 日	
注	医療機関による自己申告であるため、カンサーボードの定義が施設により異なる可能性がある。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、2 診療科以上の合同カンファレンスが 2 週間に 1 回以上の頻度で定期的に行われている、もしくは年 26 回以上開催されている施設の割合を算出した。ここでいう合同カンファレンスとは診断および治療方針の質の向上を目的とした他職種、もしくは多臓器専門医を含めたカンファレンスのことで、ほぼカンサーボードと同義である。

指標の根拠： 様々ながん治療（手術、抗がん剤治療、放射線治療）の専門家を中心に、必要に応じて画像診断、病理診断などを専門とする医師や、看護師、薬剤師などの職種も加わって治療方針を検討することで、患者にとって最善かつ総合的なケアが可能になると期待される^{1,2}。特に必要に応じてではなく、定期的に行う体制が重要と考えられる。

参考： 2 診療科以上の合同カンファレンス（カンサーボード）が 2 週間に 1 回以上の頻度で定期的に行われている、もしくは年に 26 回以上開催されていると回答した施設は 48.2%（197/409 施設）であった。

留意点： がん診療連携拠点病院現況報告の別紙「カンサーボードの体制、及び開催頻度」にて 2 診療科以上であり、2 職種以上のカンファレンスを合同カンファレンスとして計上した。「放射線治療科、放射線診断科」、「消化器外科、肝胆膵外科」などは同診療科とした。職種に関しては、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、検査技師などを多職種とした。「医師、初期臨床研修医、後期研修医」の記載は同職種として計上した。開催頻度は 2 週間に 1 回以上ではないものの、がん診療に携わる全ての診療科と職種が集まるカンサーボードを開催している施設がある一方で、2 診療科 2 職種の小さいカンファレンスを頻繁に行っている施設もあり、正確な状況が測定できていない可能性がある。より正確に測定するためには、定期合同カンファレンスのより詳細な定義付けを要する。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告 別紙カンサーボードの体制および開催頻度

資料： ¹ 国立がん研究センター がん情報サービス「カンサーボード」
 <http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/cancer_board.html>
 （アクセス 2015 年 4 月 30 日）

² Wright F, De Vito C, et al. Special report: Multidisciplinary Cancer Conference Standards. June 1, 2006. Clinical Programs and the Program in Evidence-Based Care, Cancer Care Ontario.

指標 A24a

横断的な医療チームによるがん治療サポート体制がある拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	臓器横断的な専門チーム（緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、感染制御チーム、褥瘡対策チーム、糖尿病サポートチーム等）が存在する拠点病院の割合
結果	99.0% (分母の数：409 分子の数：405)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、緩和ケア以外の専門チーム（糖尿病、感染症、栄養、歯科口腔、褥瘡チーム）が 1 つでもありと回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： 臓器系統ごとの縦割りの診療科では、患者の高齢化および治療の多様化に伴って、合併症管理を含めた全身管理に対応困難である。臓器横断的なサポートチームの関与が、がん治療の質の向上と患者の療養生活の質の向上につながるの考えに基づく。

参考： それぞれの臓器横断的な専門チームの設置についての回答状況：

- ① 糖尿病の専門チームを整備し、当該糖尿病チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な血糖コントロールを行っているという回答した施設の割合 53.1% (217/409 施設)
- ② 感染症制御の専門チームを整備し、当該感染症チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な感染症のコンサルテーションを行っているという回答した施設の割合 93.4% (382/409 施設)
- ③ 栄養の専門チームを整備し、当該栄養サポートチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な栄養管理を提供しているという回答した施設の割合 95.6% (391/409 施設)
- ④ 歯科口腔ケアの専門チームを整備し、当該歯科口腔ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な歯科口腔ケアを提供しているという回答した施設の割合 58.0% (237/409 施設)
- ⑤ 緩和ケアの専門チームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な緩和ケアを提供しているという回答した施設の割合 99.2% (405/409 施設)
- ⑥ 褥瘡の専門チームを整備し、当該褥瘡チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な褥瘡ケアを提供しているという回答した施設の割合 96.6% (395/409 施設)

そのうち、緩和ケアチーム以外のチームが 1 つでもあった施設 (405/409 施設) を指標とした。全てが「はい」であった施設は 35.5% (145/409 施設) であった。

留意点： 体制を見ているだけで、チーム医療の内容については考慮されていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A25

臓器横断的ながん臨床教育制度がある都道府県がん診療連携拠点病院の割合（臓器横断的教育体制）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	臨床腫瘍学講座のように、臓器横断的ながん臨床教育制度（3診療科以上のローテーション）がある施設の割合
結果	39.1% （分母の数：409 分子の数：160）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「がん患者を診療する 3 つの診療科以上のローテーションを有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」という設問に「はい」と回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： がん診療は、臓器系統ごとの縦割りの診療科でそれぞれではなく、臓器横断的に診療を行うことで、従来の臓器系統の枠にとらわれない集学的診療や幅広い情報提供が可能となる。臓器横断的ながん臨床教育制度は、抗悪性腫瘍薬の扱いや緩和医療を含めたより高度ながん診療を提供できる医療者の育成が可能になるとの考えによる。

がん対策として、特に大学には「放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める」ことが第 2 期がん対策推進基本計画に記載されている¹。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。大学病院（名称に「大学」が含まれる施設）である 91 のがん診療連携拠点病院においては、「がん患者を診療する 3 つの診療科以上のローテーションを有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」に対し、「はい」と回答した割合は 53.9%（49 施設 / 91 施設）であった。参考）「がん患者を診療する 3 つの診療科以上のローテーションを有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」と回答した大学病院一覧

福井大学医学部附属病院	聖マリアンナ医科大学病院
東邦大学医療センター大森病院	獨協医科大学越谷病院
愛媛大学医学部附属病院	藤田保健衛生大学病院
福島県立医科大学附属病院	埼玉医科大学総合医療センター
神戸大学医学部附属病院	筑波大学附属病院
鹿児島大学病院	産業医科大学病院
熊本大学医学部附属病院	弘前大学医学部附属病院
和歌山県立医科大学附属病院	信州大学医学部附属病院
旭川医科大学病院	岩手医科大学附属病院
東北薬科大学病院	北里大学病院
大阪医科大学附属病院	広島大学病院

鳥取大学医学部附属病院	兵庫医科大学病院
慶應義塾大学病院	東京医科大学病院
香川大学医学部附属病院	川崎医科大学附属病院
富山大学附属病院	東北大学病院
東京女子医科大学病院	自治医科大学附属病院
近畿大学医学部附属病院	大阪市立大学医学部附属病院
東京慈恵会医科大学附属柏病院	名古屋市立大学病院
東京医科歯科大学医学部附属病院	順天堂大学医学部附属浦安病院
九州大学病院	日本医科大学付属病院
帝京大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院
東京歯科大学市川総合病院	順天堂大学医学部附属順天堂医院
東海大学医学部附属病院	昭和大学病院
山形大学医学部附属病院	京都府立医科大学附属病院
山口大学医学部附属病院	

留意点： 教育体制上のローテーションは臓器横断的協力の一側面であるが、3診療科以上のローテーションを行うことが必ずしも確立した臓器横断的な臨床教育制度や診療体制が存在することを示しているわけではないことに注意する必要がある。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 「がん対策推進基本計画」 平成 24 年 6 月
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf>
(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A25a

がん診療を統括する診療部が設置されている拠点病院の割合 (腫瘍センター)

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院 (基本的ながんのみを診療している国立・ 県立がんセンターを除く)	がん診療を統括する診療部（がん診療部、腫瘍 センターなど）が設置されている拠点病院の割合
結果	25.3% (分母の数：293 分子の数：74)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。設置の有無を問う設問となっており、その内容の評価は考慮されていない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で 409 のがん診療拠点病院のうち、国立・県立がんセンター、都道府県がん診療拠点病院、大学の名前がついた病院を除いた 293 施設とした。そのうち、がん診療連携拠点病院現況報告において、「がん診療を統括する診療部（がん診療部、腫瘍センターなど）が設置されている」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： これまで日本の多くの施設において、がん診療は、臓器系統ごとの縦割りの診療科でそれぞれに行われてきたが、臓器横断的に特に化学療法を専門とする腫瘍内科と中心とした診療を行うことで、従来の臓器系統の枠にとらわれない集学的診療や幅広い情報提供が可能となるとの考えによる。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： がん診療部、腫瘍センターなどの呼称のつく診療部を設置しても、実際の診療実態は診療科ごとに行われていて、集学的診療や臓器横断的な教育を保証するものではなく、その内容や質を加味する指標ではないことに留意する必要がある。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A26a

がん化学療法看護認定看護師が配置されている拠点病院の割合（がんの認定看護師）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	がん化学療法看護認定看護師が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合
結果	89.5% （分母の数：409 分子の数：366）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、公益社団法人日本看護協会がん化学療法看護認定看護師が常勤で 1 名以上いると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 認定看護師とは、高度専門化する特定の看護分野において、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護実践をし、看護職に対しての指導やコンサルテーションを行う看護師という位置付けであり、看護師免許後に実務研修を積んだ看護師が、認定看護師教育機関（課程）を修了し、認定審査を経て認められる資格である。がん化学療法看護認定看護師は、がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理、副作用症状の緩和およびセルフケア支援に特化した資格であり、がん看護現場において水準の高い看護実践を可能にする¹。

参考： 2013 年がん診療連携拠点病院現況報告では公益社団法人日本看護協会がん化学療法看護認定看護師が常勤で 1 名以上いると回答した施設の割合は 83.6%（332 施設 / 397 施設）であった。

参考）平成 26 年現況報告にて、常勤のがん看護専門看護師¹が 1 名以上いる拠点病院の割合は 57.0%（233 施設 / 409 施設）、常勤のがん性疼痛看護認定看護師¹が 1 名以上いる拠点病院の割合は 52.3%（214 施設 / 409 施設）であった。

留意点： 非常勤は除外した。資格関連の指標全般に言えるが、対象となっている資格の内容の担保体制や、有資格者が資格を生かす配属がなされているかは別問題である。

データ源： 平成 26 年がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 公益社団法人 日本看護協会「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
 <<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>>（アクセス 2015 年 4 月 9 日）

指標 A26b

がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合（がんの認定薬剤師）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合
結果	75.8% (分母の数：409 分子の数：310)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を 1 名以上配置しており、かつその薬剤師は一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師¹、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師²、がん薬物療法認定薬剤師³のいずれかであると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 高度化するがん治療の進歩に伴い、がん薬物療法等について高度な知識・技術と臨床経験を備える薬剤師が、その専門性を生かすことで良質かつ安全な医療を提供することが可能になるとの考えに基づく。

参考： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告では、専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を 1 名以上配置しており、かつその薬剤師は一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師のいずれかであると回答した施設の割合は 75.8%（310/409 施設）であった。内訳は以下の通り。

- ・ 専任（または専従）の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を 1 名以上配置していると回答した施設（404/409 施設）
- ・ 日本医療薬学会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で 1 名以上いる施設（120/409 施設）
- ・ 日本病院薬剤師会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で 1 名以上いる施設（58/409 施設）
- ・ 日本病院薬剤師会が認定を行う認定薬剤師が化学療法専任常勤で 1 名以上いる施設（262/409 施設）

以前のがん診療連携拠点病院現況報告では化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の専従または専任薬剤師が 1 名以上配置しており、かつ常勤の一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師が 1 名以上いると回答した施設は 83.1%（330 施設 / 397 施設）であった。

- ・ 化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の専従または専任薬剤師が 1 名以上配置していると回答した施設（396/397 施設）
- ・ 常勤の一般社団法人日本医療薬学会が認定を行うがん専門薬剤師、一般社団法人日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師が 1 名以上いると回答した施設は（331/397 施設）

- 留意点：** 非常勤は除外する。資格関連の指標全般にいえるが、対象となっている資格の内容の担保体制や、有資格者が資格を生かす配属がなされているかは別問題である。
- データ源：** 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告
- 資料：**
- ¹ 一般社団法人 日本医療薬学会 「がん専門薬剤師認定制度」
〈<http://www.jsphcs.jp/senmon-g/01.php>〉（アクセス 2015 年 4 月 15 日）
 - ² 一般社団法人 日本病院薬剤師会 「がん専門薬剤師認定申請資格」
〈<http://www.jshp.or.jp/senmon/senmon1-2.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 1 日）
 - ³ 一般社団法人 日本病院薬剤師会 「がん薬物療法認定薬剤師認定申請資格」
〈<http://www.jshp.or.jp/senmon/contents/gan-01.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A26c

放射線治療部門に専任看護師が配置されている拠点病院の割合（質の高い安全な放射線療法）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	放射線治療部門の専任看護師が常勤で1名以上配置されている治療施設の割合
結果	96.3% (分母の数：409 分子の数：394)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。専任または専従とした。非常勤は除外。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「放射線治療部門の専任または専従の常勤看護師が 1 名以上配置されている治療施設の割合」を算出した。

指標の根拠： 高度化するがん治療の進歩に伴い、がん放射線療法や病状について高度な知識・技術と臨床経験を備える看護師が、その専門性を生かすことで良質で安全かつ確実な医療を提供することが可能になるとの考えに基づく。具体的には、放射線治療計画から、治療過程に生じる副作用を予測し、適切な症状マネジメントや予防的ケアを行い、また患者家族の心理、社会問題のアセスメントなどを行うことが期待される¹。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、2012 年に放射線治療室に専任常勤看護師が 1 名以上配置されていると回答した施設は 55.0% (225/409 施設)、放射線治療室に専従常勤看護師が 1 名以上配置されていると回答した施設は 61.1% (250/409 施設) であり、放射線治療室に専任または専従の常勤看護師が 1 名以上配置されていると回答した施設は 93.3% (394/409 施設) であった。

参考) 平成 26 年がん診療連携拠点病院現況報告にて、常勤のがん放射線療法看護認定看護師¹が 1 名以上いると回答した拠点病院の割合は 31.8% (130 施設 / 409 施設) であった。

留意点： 専従とは、その他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも 8 割以上当該業務に従事している者を指し、専任とは他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも 5 割以上 8 割未満、当該業務に従事している者を指す²。専従は専任より条件が厳しいため、専任または専従とした。非常勤は除外した。

データ源： 平成 26 年がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 公益社団法人 日本看護協会「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
 <<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>> (アクセス 2015 年 4 月 16 日)

² 厚生労働省 健発 0110 第 7 号「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 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf>
 (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A26d

放射線治療専門医が配置されている拠点病院の割合 (質の高い安全な放射線療法)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医が常勤で1人以上いる拠点病院の割合
結果	77.0% (分母の数 : 409 分子の数 : 315)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医が常勤で 1 名以上配置されていると回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 放射線治療専門医とは、放射線科専門医を基盤として、放射線治療の効果、照射術式とその計画、有害事象、治療前中後の管理などについての専門知識と診療技術を駆使して適正な放射線治療を実施する専門医として認定された医師のことである¹。放射線治療専門医を配置することによって、特にがん領域の手術や抗がん化学療法との併用などの集学的治療および放射線の安全管理に関する広い知識を活かして安全で質の高いがん治療を提供することができるとの考えに基づく。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、日本放射線腫瘍学会もしくは日本医学放射線学会放射線治療専門医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 72.0% (286 施設 / 397 施設) であった。

留意点： 非常勤は除外

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 公益社団法人 日本医学放射線学会「放射線治療専門医について」
<<https://www.jastro.or.jp/aboutdoctor/recognition.php>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A26e

がん薬物療法専門医が配置されている拠点病院の割合 (化学療法の専門医)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	がん薬物療法専門医が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合
結果	56.0% (分母の数 : 409 分子の数 : 229)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医もしくは指導医が 1 名以上いると回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん薬物療法専門医とは、質の高い臓器横断的ながん薬物療法を安全かつ適切に行うだけでなく、がん薬物療法の質の向上を目指して、がんの基礎医学、臨床薬理学の知識を有し、臨床試験や研究への関与や、緩和治療を含めた支持療法の提供、セカンドオピニオンやコンサルテーションの対応などを行うことを目的とした専門医制度である¹。がん薬物療法専門医が配置されることによって、より質の高い化学療法が施行できるとの考えによる。

参考： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告では、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 220/409 施設、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法指導医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 95/409 施設であった。以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、平成 25 年に日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医と指導医のいずれかが常勤 1 名以上いる施設は 44.6% (177/397 施設)、2014 年は 56.0% (229/409 施設) と増加傾向となった。

留意点： この指標では、日本がん治療認定医機構のがん治療認定医² はカウントしていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 特定非営利活動法人 日本臨床腫瘍学会 「日本臨床腫瘍学会が求めるがん薬物療法専門医」 <<http://www.jsmo.or.jp>> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

² 一般社団法人 日本がん治療認定医機構 「がん治療認定医とは」 <http://www.jbct.jp/sys_auth_outline.html> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

指標 A26f

リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合 (リハビリテーション)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	リハビリテーションを専門に担当する医師が常勤で1人以上いる拠点病院の割合
結果	37.4% (分母の数 : 409 分子の数 : 153)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。がんのリハビリテーションと限定した指標ではない。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する専従または専任医師が 1 名以上いると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 喉頭切除や四肢の切断など、身体機能に影響を及ぼす侵襲性の高い手術を受ける患者にとってリハビリテーションは術後の回復と身体機能の改善、QOL の向上、そして精神的な苦痛の軽減のために必要とされる治療の重要な側面である¹。このような特殊な治療を受ける患者以外のがん患者においても、手術における呼吸リハビリをはじめ、治療に応じたリハビリテーションを行うことで様々な合併症の予防、倦怠感の軽減、QOL の向上など、身体・精神的に良い効果があると報告されている²⁻⁵。そのため、がん患者の治療を行う医療機関においては、リハビリテーション専門医が配置されていることが望ましいと考えられる。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： がんのリハビリテーションと限定した指標ではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ がん情報サービス「リハビリテーション」
<http://ganjoho.jp/public/dia_tre/rehabilitation/index.html> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

² 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 2013 年 4 月「がんのリハビリテーションガイドライン」

³ Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD006145. doi:10.1002/14651858.CD006145.pub3.

⁴ Mishra SI, Scherer RW, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD007566. doi:10.1002/14651858.CD007566.pub2.

⁵ Singh F, Newton RU, Galvão DA, Spry N, Baker MK. A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients. Surg Oncol. 2013 Jun;22(2):92-104. doi:10.1016/j.suronc.2013.01.004. Epub 2013 Feb 19.

指標 A26g

病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合（薬物療法の質）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合
結果	32.0% (分母の数：409 分子の数：131)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、病棟薬剤業務実施加算が平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間、1 件以上と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 病棟薬剤業務実施加算は、病棟専任の薬剤師が勤務医の負担軽減に資する病棟薬剤業務を 1 病棟 1 週間につき 20 時間相当以上実施した場合に算定できる加算である¹。病棟薬剤業務とは、患者の医薬品投薬状況・副作用歴の把握、持参薬の確認、医薬品安全性情報の収集と周知、多剤併用時の相互作用の確認、流量や投与量の管理、ハイリスク医薬品の使用時に患者に対する説明などがあり、その他に「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成 22 年 4 月 30 日医政発 0430 第 1 号）で定められた次の業務（③、⑥、⑧以外）の努力義務が算定要件とされている^{1,2}。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

これらの業務の具体例は日本病院薬剤師会が事例集を提供している³。

病棟薬剤業務実施加算は、薬剤師が患者の薬剤に関連する状況を把握し、より安全な投与を医師に提案することで病棟の医療従事者の業務を支援し、勤務医の負担を軽減し、チーム医療を推進させるだけではなく、患者に提供される医療の質改善に貢献されると期待されている³。

参考：平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。加算件数が 0 であった 278 施設を除外した 131 施設では、加算件数の平均は 15,789.3 件（標準偏差 14,719.8）、中央値 11,963、範囲 [17 ~ 75,899] であった。

留意点：医療機関による自己申告調査である。

データ源：平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料：¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

² 医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」平成 22 年 4 月 30 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

³ 日本病院薬剤師会「医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」日本病院薬剤師会による解釈と実践事例 (Ver.2.0)」平成 26 年 4 月 27 日 <<http://www.jshp.or.jp/cont/14/0417-2-1.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A27

口腔ケアプロトコルが整備されている拠点病院の割合 (がん患者の口腔ケア)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	標準化された口腔内アセスメントと口腔ケアを行うためのプロトコルが両方ある施設の割合
結果	55.3% (分母の数 : 409 分子の数 : 226)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。整備状況を問う指標であり実施状況は考慮されていない。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において「標準化された口腔内アセスメントを行うためのプロトコルがある」、「標準化された口腔ケアを行うためのプロトコルがある」という問いに、それぞれ「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 化学療法や頭頸部の放射線療法により、口腔粘膜炎、口内炎、潰瘍、口腔内感染症、味覚知覚異常、唾液分泌障害など、がん治療を受ける患者には様々な口腔合併症が発生する。これらの合併症は、激しい疼痛や味覚障害をもたらし、食事摂取や嚥下、会話が困難になるなど、患者の QOL を著しく低下させてしまう。さらに口腔衛生は手術療法を受ける患者にとっても、肺炎などの術後合併症のリスクを低下させる効果がある¹。そのためがん治療の支持療法の一環として口腔内アセスメントと口腔ケアを標準的診療として提供できるように、口腔内アセスメントと口腔ケアを行うためのプロトコルが整備されることが望まれる^{2,3}。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。平成 26 年現況報告では、「標準化された口腔内アセスメントを行うためのプロトコルがある」に対して「はい」と回答した施設は 236 施設 / 409 施設 (57.7%)、「標準化された口腔ケアを行うためのプロトコルがある」に対して「はい」と回答した施設は 245 / 409 施設 (59.9%) であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。プロトコルの整備状況を問う指標であり、実施状況は考慮されていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センター 「全国共通がん医科歯科連携講習会テキスト」

<http://ganjoho.jp/professional/med_info/koshukai_text.html>

(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

² Quinn B, Potting CM, et al. Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. Eur J Cancer. 2008 Jan;44(1):61-72. Epub 2007 Nov 7.

³ MASCC/ISOO Mucositis Guidelines

<http://www.mascc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=166>

(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A – 旧研究 5

患者が希望した適応外薬・未承認薬の審査の場を整備している拠点病院の割合（適応外薬・未承認薬の承認）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	患者が個別に適応外薬や未承認薬の使用を希望した場合に検討を行う場が院内にある拠点病院の割合
結果	77.8% （分母の数：409 分子の数：318）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告にて、適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を 1 年で 1 回以上開催していると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 適応外薬や未承認薬の使用を適正に実施することはがん医療において必要な 1 要素と言える。これらの薬の使用に関して意思決定をする場合、担当医師が独自に使用を決定するのではなく、治療施設全体の責任体制を確保することが望まれる。そのための院内に審査の場を整備することは、医療安全において必要とされるだけでなく、迅速な治療の開始につながるため、必要であるという考えに基づき本指標が設定された。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告にて、抗がん剤の適応外使用の審議の手続きが院内で規定されているという問いに対し、「はい」と回答した施設は 324 施設 / 397 施設であった。

平成 26 年がん診療連携拠点病院現況報告にて適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を開催していると回答した施設は 325 施設 / 409 施設、適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を 1 年で 1 回以上開催している施設は 318 施設 / 409 施設であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A30a

拠点病院で地域連携室等に専従・専任で配置されている 人員数

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数（病床数あたりに換算）
結果	1.4人 (100床あたり)	
期間	平成26年	
注	医療機関による自己申告。 地域連携室に人材が配置されていても常時がんに関わる業務に従事しているわけではない。	

詳細

- 指標の定義：** 対象（分母）は平成26年8月6日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた409の医療機関とした。409施設の地域連携室に配置されている専従または専任人員数の総和を、409施設の一般病床数の総和で割った値を指標とした。
- 指標の根拠：** がん患者にとって、専門病院－地域病院－在宅にわたり、切れ目のない医療や患者の希望する療養の場の選択を支援する地域連携室の充実度を反映するために、本指標が設定された。
- 参考：** 地域連携室に配置されている専従または専任人員数が1名以上いる施設は97.8%（400施設/409施設）。平均7.9（標準偏差6.1）、中央値6、範囲[0-35]、四分位範囲[3, 11]であった。409施設の総計で、一般病床数231,462病床数に対して合計3,226名の専従または専任の相談員がおり、全国では71.7床に対して1名。100床あたり1.4人と算出した。
- 留意点：** 地域連携室に人材が配置されていても常時がんに関わる業務に従事しているわけではない。また、人数の多寡を是非とすることについては各施設の事情が反映されるべきであり議論の余地がある。
- データ源：** 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A32b

がん患者・家族、市民へ講演会を実施した拠点病院の割合 (治療への理解)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	過去1年でがん患者・家族、又は市民を対象にがん治療に関連した講演会や学習会を実施した拠点病院の割合
結果	91.2% (分母の数：409 分子の数：373)	
期間	平成25年1月1日～平成25年12月31日	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象(分母)は平成26年8月6日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた409の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告別紙「患者・市民を対象としたがんに関する市民講演会」で平成25年1月1日～12月31日の間に1回以上がんの予防・検診・治療に関する講習会や学習会を実施したと回答した拠点病院の割合を指標した。

指標の根拠： がん患者や家族、及び地域住民に対してがんの予防・検診・治療などのがんの情報提供や啓発を行うことは、がん診療連携拠点病院の役割の一つであるという考えに基づく。

参考： 409施設中、1年の間に1回以上がん治療に関連した講演会の開催があった施設は373施設/409施設であった。全体での平均開催頻度3.6回/年[範囲0～39]であった。

開催状況 (/年)	施設数
0回	36施設
1回	129施設
2回～5回	161施設
6回～10回	56施設
11回～20回	20施設
21回以上	7施設

開催数が21回以上であった7施設は聖路加国際病院、福井県済生会病院、京都大学医学部附属病院、鳥取市立病院、島根大学医学部附属病院、岡山大学病院、脳神経疾患研究所附属総合南東北病院であった。

参考) 市民講演会の案内を掲載しているホームページがある施設は286施設/409施設(70%)であった。

留意点： がん診療連携拠点病院の指定要件となっているため、全ての施設で市民講演会は開催されていたが、COPD、糖尿病、心疾患、臓器移植、口腔ケア、iPS細胞、過活動膀胱についてなど、がんに関連しない講演会、がんには関連性があるもののがんの予防・検診・治療に直接関連しない講演会(肝炎の治療ガイドライン)などの講演会に関する記載があったため、それらの講演は除外した。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告 別紙47 患者・市民を対象としたがんに関する市民講演会の開催状況

指標 A37

希少がん患者の初診から診断、治療開始までの待ち時間（治療待ち時間）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	希少がん患者サンプル	初診日から診断日および治療開始日までの日数
結果	初診から診断：2週間未満 42.1% 診断から治療：2週間未満 34.4%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	希少がんの診断においては、病理診断が困難であるため診断まで時間がかかること、病理診断が二転三転すること、治療方法が確立していないことなどが問題点として指摘されているが ¹ 、本調査ではその実態を把握する聞き方をしていないため、希少がん患者の初診から診断、治療開始までの待ち時間は短いとは言えない。	

詳細

指標の定義： 1) 初診から診断

患者体験調査において、希少がん患者のうち、「問 5. なんらかの症状や検診で異常があつて病院・診療所を受診した日から、医師からがんと説明（確定診断）されるまで、どのくらいの期間がありましたか？」という問いに対し、{ 1. 2 週間未満 2. 2 週間以上 1 ヶ月未満 3. 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満 4. 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満 5. 6 ヶ月以上 9. わからない } のうち、最も回答率の高かった期間を指標とした。無回答、または「わからない」と回答した患者は除外した。

2) 診断から治療開始

患者体験調査において、希少がん患者のうち、「問 8. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療（問 7 で回答した治療）が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか？」という問いに対し、{ 1. 2 週間未満 2. 2 週間以上 1 ヶ月未満 3. 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満 4. 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満 5. 6 ヶ月以上 6. 治療開始後に診断された 9. わからない } のうち、最も回答率の高かった期間を指標とした。無回答、または「9. わからない」と回答した患者は除外した。

指標の根拠： 診断から治療開始までの待ち日数は、患者が受ける医療の質の重要な要素であるという考えに基づく。特に希少がんにおいては、症例数が少ないために病理診断が困難であり、初診から診断までの時間の長さが問題視されているため、初診から診断までにかかった時間も指標としている。

参考： 問 5. なんらかの症状や検診で異常があつて病院・診療所を受診した日から、医師からがんと説明（確定診断）されるまで、どのくらいの期間がありましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 2 週間未満	354	44.1%	42.1%
2. 2 週間以上 1 ヶ月未満	220	27.4%	28.4%
3. 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満	130	16.2%	16.8%
4. 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	50	6.2%	6.3%
5. 6 ヶ月以上	48	6.0%	6.4%

無回答 27 名と 9. わからないと回答した 15 名は除外。

問 8. 医師からがんと説明（確定診断）されてから、最初の治療（問 7 で回答した治療）が始まるまで、おおよそどのくらいの期間がありましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 2 週間未満	301	37.8%	34.4%
2. 2 週間以上 1 ヶ月未満	257	32.3%	31.1%
3. 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満	181	22.7%	25.3%
4. 3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	27	3.4%	5.3%
5. 6 ヶ月以上	8	1.0%	0.9%
6. 治療開始後に診断された	22	2.8%	3.0%

無回答 26 名と 9. わからないと回答した 22 名は除外。

留意点：

患者体験調査の結果では、指標 A16 で、5 がん（胃・肺・肝・大腸・乳）の診断から治療開始までの時間が 1 ヶ月以上 3 ヶ月未満であったという回答が最も多くなっており、希少がん患者の方が待ち時間が短い結果となった。しかし、希少がんの診断においては、病理診断が困難であるため診断まで時間がかかる、病理診断が二転三転すること、治療方法が確立していないことなどが問題点として指摘されていることから¹、この調査での聞き方では回答者によって「診断」や「治療開始」の捉え方が違い、希少がん診療におけるそのような問題を把握することができなかつた可能性がある。更に「希少がん」とは様々ながん種の総称であるため、全ての希少がん患者の体験を代表する結果ではなく、より罹患率の高いがん種が無作為抽出により選ばれ、その意見が強く反映される結果となった可能性もある。そのため、この調査結果から希少がん患者は初診から診断まで、診断から治療開始までの待ち時間が短いとは言えない。要因の分析については今後継続する必要がある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

資料：

¹ 国立がん研究センターがん対策情報センター「希少がん対策ワークショップ報告書」平成 26 年 3 月 <http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf>（アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A38

希少がんガイドラインがある希少がんの割合（診療ガイドライン）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	希少がんの種類	診療ガイドラインがある希少がんの割合
結果	14冊	
期間	平成26年12月31日時点	
注	希少がんの定義が確立されていないため、罹患率が比較的低い組織系のがん種に関する章が1章でも含まれている診療ガイドラインの数を、がん種単位ではなく、冊数としてカウントする。今回は希少がんの種類が定まらないため、冊数とした。	

詳細

指標の定義： 平成26年12月31日時点で本邦において発行されている、希少がんの診療ガイドラインの数を指標とした。どのがん種を希少がんと呼ぶか、本邦においては明確な定義が現時点で存在しないため、罹患率が比較的低い組織系のがん種に関する章が1章でも含まれている診療ガイドラインの数を、がん種単位ではなく冊数としてカウントする。

指標の根拠： 希少がんには、患者数が少ない様々ながん種が含まれるため、個々のがん種においてはエビデンスが乏しく、標準的治療が確立されていないがん種や、ガイドラインの整備がされていないがん種が多く存在する¹。そのため、診療ガイドラインが作成されることは、臨床研究が進んだ結果、エビデンスが集積したことを反映する。

参考： 口腔癌、頭頸部癌、GIST（消化管間質腫瘍）、小児がん、小児白血病・リンパ腫、腎盂・尿管癌、軟部腫瘍、皮膚悪性腫瘍、皮膚リンパ腫、造血器腫瘍、精巣腫瘍、膵・消化管神経内分泌腫瘍（NET）、悪性胸膜中皮腫、卵巣がんの14冊の診療ガイドラインをカウントした³。

留意点： 日本癌治療学会のがん診療ガイドラインには「小児がん」という項目が含まれているが、小児がん診療ガイドラインなどの他のガイドラインの内容に則って構成されたガイドラインはカウントしていない。測定時点では希少がんの定義は確立されたものがなく、希少がん医療・支援のあり方に関する検討会³にて検討されている。

データ源： Minds ガイドラインセンター²、がん情報サービス³

資料： ¹ 国立がん研究センターがん対策情報センター「希少がん対策ワークショップ報告書」平成26年3月〈http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf〉（アクセス2015年5月1日）

² 公益財団法人日本医療機能評価機構 Minds ガイドラインセンター〈<http://minds.jcqh.or.jp>〉（アクセス2014年12月31日）

³ がん情報サービス がん診療ガイドラインなどのエビデンスデータベース〈http://ganjoho.jp/professional/med_info/evidence/all.html〉（アクセス2014年12月31日）

指標 A39

院内学級体制がある施設の割合（小児がん患者の教育と自立）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	義務教育対象年齢の小児がん患者が初回治療を受けた拠点病院	院内学級体制がある施設の割合
結果	43.0% （分母の数：193 分子の数：83）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 患者の割合ではなく、施設の割合。小児がん拠点病院は指定要件に含まれているため、調査対象より除外。	

詳細

指標の定義： 2012 年院内がん登録データを提出した 397 施設のうち、6 歳以上 16 歳未満の小児に対し、初回治療を 1 名でも実施した施設 193 施設のうち、「院内学級を開催している」の問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。院内学級の開催とは、院内に設置された小・中学特別支援学級、特別支援学校の分校、分教室、訪問教育を設置していることを指す。

指標の根拠： 全ての小児がん患者が就学を継続することができる環境が整備された中で、療養生活を送ることができるのが望ましい、という考えに基づき設定された指標である。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 院内学級制度がある施設で初回治療を受けた患者の割合ではなく、院内学級体制がある施設の割合を算出している。

小児がん拠点病院においては、病弱の特別支援学校または小中学校の病弱・身体虚弱の特別支援学級による教育支援（特別支援学校による訪問教育を含む）が行われていることが指定要件に含まれている¹。そのため、ここでは小児がん拠点病院は調査対象より除外している。

データ源： 2012 年院内がん登録、平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 小児がん拠点病院等の整備に関する指針 健発 0205 第 4 号 平成 26 年 2 月 5 日
 <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000051261.pdf>>（アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A39a

小児がん患者と家族のための宿泊施設を整備している施設の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	小児がん診療を行っているがん拠点病院、 または小児がん拠点病院	病児と家族のための宿泊施設を整備している 施設の割合
結果	18.6% (分母の数 : 199 分子の数 : 37)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。患者の割合ではなく、施設の割合。院内または院外の整備、いずれもカウントした。	

詳細

指標の定義： 2012 年院内がん登録データを提出した 397 のがん診療連携拠点病院のうち、6 歳以上 16 歳未満の小児に対し初回治療を 1 名にでも実施した 193 施設に加え、都道府県がん診療連携拠点病院または地域がん診療連携拠点病院ではない小児がん拠点病院 6 施設の合計 199 施設において、小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内または院外に整備している施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 小児がん患者が、治療のために遠隔地から通院・入院する必要がある場合、患者が一人で通院することができないため、家族の付き添いを要することが多い。付き添う家族の交通費や宿泊費は経済的・心理的に大きな負担となるため、院内に低価格で宿泊できる施設があることは、小児がん患者と家族が安心して治療を受ける上で必要な支援である。宿泊施設には、医療機関が運営するものや、NPO 法人が運営するものなど様々な施設が存在し、施設が病院の敷地内に設置されている場合もあれば、院外に設置されている場合もある¹。

参考： 小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内に整備している施設は 9.5% (19 施設 / 199 施設)、小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内または院外に整備している施設は 18.6% (37 施設 / 199 施設) であった。

留意点： 院内または院外の整備、いずれもカウントした。

データ源： 2012 年院内がん登録、平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告、小児がん診療を行っている小児がん拠点病院のホームページ

資料： ¹ 国立がん研究センター 小児がん情報サービス「滞在施設や患者会について」2014 年 4 月 22 日 <<http://ganjoho.jp/child/support/stay.html>> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

指標 A40

小児がん患者の初回治療集積割合（医療の集約化）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	拠点病院を受診し初回治療を開始した小児がん患者サンプル	小児がん新規患者のうち、小児がんを年間 50 例以上診ている施設で初回治療を受けた割合
結果	22.9%	
期間	平成 24 年診断症例	
注	がん診療連携拠点病院の指定のない小児がん拠点病院等の症例数を把握できない。	

詳細

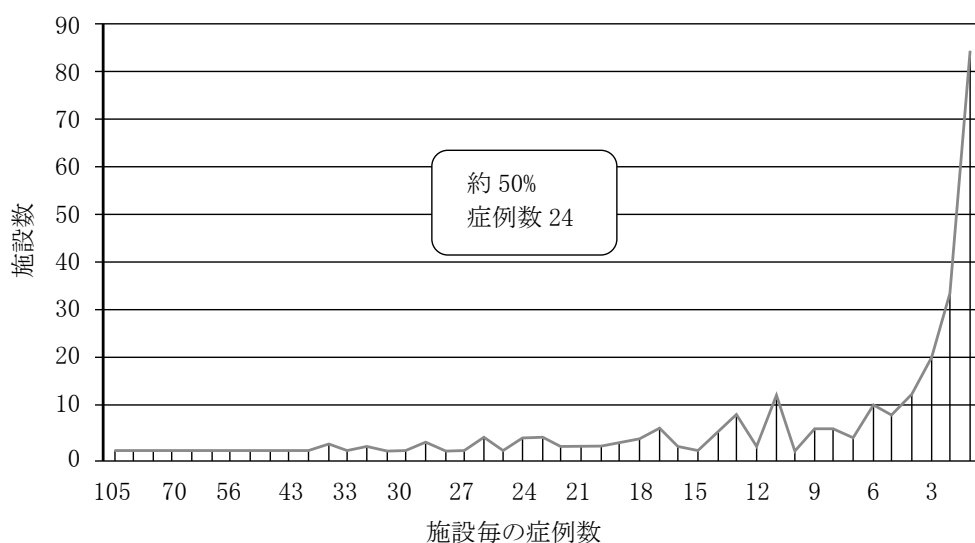
指標の定義： 院内がん登録症例のうち、0～18歳までの小児がん患者で初回治療に関する決定・施行がなされた患者（ただし、他施設で診断確定され自施設で初回治療方針に関する決定・施行がなされた患者を含む）のうち、小児がん新規患者を年間 50 例以上診ている施設で初回治療を受けた患者の割合。

指標の根拠： 平成 24 年に策定されたがん対策推進基本計画では、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、小児がん拠点病院の整備と小児がんの中核的な機関の整備を開始することが明記された。これを受け、平成 25 年 2 月に全国に 15 か所の小児がん拠点病院が指定された。その後、拠点病院では各拠点病院の小児がん医療・支援に関する計画書および各地域ブロックの小児がん医療・支援に係る計画書が策定されている。本指標はさらに一歩進んで集約化を目的とした指標として設定されている。

データ源： 院内がん登録 平成 24 年診断症例、小児がん拠点病院現況報告

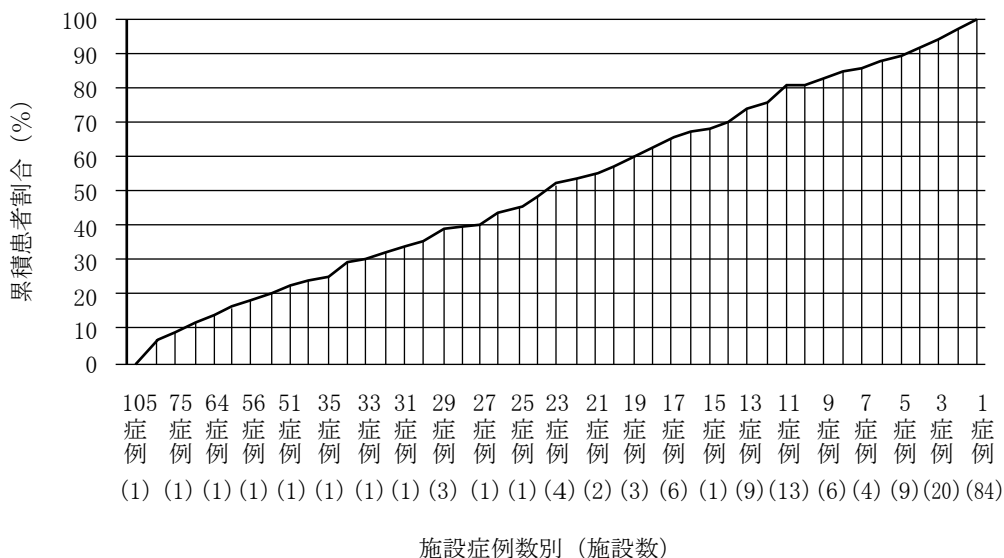
参考： 平成 24 年に小児がん新規患者を年間 50 例以上診ている施設は 9 施設であった。また、小児がん新規患者症例数別にみた累積患者割合を表に記す。

図 1 平成 24 年診断症例数ごとの施設数分布（0～18歳）（N=2,676）



* 小児がん拠点病院現況報告から得た 6 施設の治療実績を含む

図2 平成24年の施設の症例数別にみた小児がん患者累積割合(0～18歳)(N=2,676)



*小児がん拠点病院現況報告から得た6施設の治療実績を含む

横軸が、施設の症例数別に施設を並べたもので括弧内に施設数を示している。縦軸は、平成24年症例の小児がん患者の累積診療割合を示している。例えば、平成24年診断症例の約50%が年間症例数が24症例以上の施設において初回治療を受けていることがわかる。

表1 小児がん拠点病院における受診状況(平成24年診断院内がん登録症例)

都道府県	医療機関名	患者数 (院内がん登録)	患者数* (院内がん登録)	患者数 (現況報告)	
1	北海道	北海道大学病院	34	34	45
2	宮城県	東北大学病院	43	44	47
3	埼玉県	埼玉県立小児医療センター	-	-	75
4	東京都	国立成育医療研究センター	-	-	105
5	東京都	東京都立小児総合医療センター	-	-	51
6	神奈川県	神奈川県立こども医療センター	-	-	76
7	愛知県	名古屋大学医学部附属病院	33	38	75
8	三重県	三重大学医学部附属病院	29	30	35
9	京都府	京都大学医学部附属病院	31	31	27
10	京都府	京都府立医科大学附属病院	24	24	32
11	大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター	-	-	63
12	大阪府	大阪市立総合医療センター	64	65	86
13	兵庫県	兵庫県立こども病院	-	-	70
14	広島県	広島大学病院	52	54	56
15	福岡県	九州大学病院	56	60	86

小児がん患者数：平成24年の院内がん登録症例のうち、0～18歳の患者数

「-」は、がん診療連携拠点病院ではないため院内がん登録データなし

*診断のみの症例を含む

現況報告は、18歳以下の初発診療例数

留意点： がん診療連携拠点病院に指定されていない6施設の小児がん拠点病院の症例数については院内がん登録で把握できないため、現況報告で報告された数値を使用した。しかし、上記表1にもあるとおり、院内がん登録による初回治療の数と、現況報告による患者数には、差異がみられる。

資料： 国立がん研究センター がん情報サービス「小児がん拠点病院を探す」
 <<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpChildSearchTop.xsp>>(アクセス2015年4月1日)

指標 A40a

小児がん患者への外来化学療法実施件数

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療を行っている医療機関	小児がん患者に外来化学療法（点滴抗がん剤のみ）を実施した延べ件数
結果	外来化学療法加算1（A）15歳未満	124,146件（255施設）
	外来化学療法加算1（B）15歳未満	36,976件（242施設）
期間	平成25年1月1日～平成25年12月31日	
注	医療機関による自己申告。がん診療連携拠点の指定のない小児がん拠点病院等の実施数を把握できない。	

詳細

指標の定義： 0～15歳の小児がん患者のうち、外来で注射抗がん剤を処方された患者を対象とした。ここでは、外来化学療法加算1（A）及び（B）を取得している施設における件数を記載する。

指標の根拠： 小児がんは、手術治療、薬物療法（抗がん剤治療）、放射線治療、造血幹細胞移植などを組み合わせて治療されている。小児がんは、成人のがんと比較して薬物療法や放射線療法に対する効果が高く、近年治癒率が向上してきた¹。小児の治療においては、患者の就学等を継続する上でも在宅において療養生活を送りながら、治療をできるだけ外来で継続することが望まれることから、外来化学療法の件数が指標として設定された。

参考： 外来化学療法加算1（A）15歳未満を取得している病院が255施設あり、外来化学療法実施件数は124,146件であった。また外来化学療法加算1（B）15歳未満を取得している病院は242施設あり、外来化学療法実施件数は36,976件であった。

なお、参考のために都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI研究において全対象期間（平成24年～平成25年）を通じてDPCデータのみを提出した169施設のデータを集計したところ、18歳以下の症例があった160施設における平成24年度の院内がん登録症例において、登録時の年齢が0～18歳の小児がん患者に対する注射抗がん剤の実施件数は入院・外来を合わせて、33,703件（延べ日数）であり、その約7%にあたる2,365件（延べ日数）が外来にて実施されていた。

留意点： がん診療連携拠点病院に指定されていない小児がん拠点病院等の実施について把握できない。がん診療連携拠点病院の現況報告とQI研究における症例では、対象となった施設及び患者が異なる点に留意が必要である（現況報告では、平成24年にがんと診断された症例以外の対象者が含まれている）。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センター 小児がん情報サービス「小児がんとは」2014年4月22日
 <http://ganjoho.jp/child/dia_tre/about_childhood/about_childhood.html>
 （アクセス2015年1月19日）

指標 A40b

小児がん患者のうちカンサーボードで検討された患者の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	日本小児血液・がん専門医研修施設で入院治療を受けた小児固形腫瘍患者	カンサーボード（多職種かつ多専門科）によって話し合われた患者の割合
結果	71.3%	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は2012年8月23日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた89施設¹とした。対象（分母）のうち、「平成25年1月1日～平成25年12月31日の1年の間に、貴施設でがんと初めて診断された小児固形腫瘍患者のうち、多職種かつ多専門家で構成されたカンサーボードで症例検討が行われたのは何人ですか？」という問いに対する各施設の回答の平均値を指標とした。

指標の根拠： 小児固形腫瘍は血液腫瘍と違い、化学療法他に、手術療法や放射線療法も治療の中心となるため、適切な診断と治療選択のために外科医や放射線科医などの専門医との連携による集学的な診療体制が必要とされる。さらに、様々な症状や合併症のコントロール、小児特有の教育や心の問題、社会的・経済的・心理的サポート、臨床試験のコーディネーターなどによる診療と支援を必要とするため²⁻³、可能な限り多職種多専門科で構成されるカンサーボードで症例検討が行われることが望ましい。

参考： 新規診断の小児固形腫瘍患者が平成25年1月1日～平成25年12月31日の1年の間に1名もいなかったと回答した2施設は平均の算出より除外。87施設の回答は、平均71.3（標準偏差38.2）、中央値100、範囲 = [0, 100]、四分位範囲 = [40, 100] であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告。がん診療連携拠点病院ではない日本小児血液・がん専門医研修施設に対しては、本研究班で独自調査を実施した。

資料： ¹ 日本小児血液・がん学会「小児血液・がん専門医研修施設一覧」2012年8月23日 <http://www.jspho.jp/training_facility.html>（アクセス2015年4月27日）

² Corrigan JJ, Feig SA; American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric cancer centers. Pediatrics. 2004 Jun;113(6):1833-5.

³ Cantrell MA, Ruble K. Multidisciplinary care in pediatric oncology. J Multidiscip Healthc. 2011;4:171-81. doi:10.2147/JMDH.S7108. Epub 2011 May 30.

指標 A40c

小児がん患者の長期フォローアップ外来を開設している施設の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	日本小児血液・がん専門医研修施設	長期フォローアップ外来を開設している施設の割合
結果	75.3% (分母の数 : 89 分子の数 : 67)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) 2012 年 8 月 23 日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた 89 施設¹の中で、「小児固形腫瘍患者に対して、二次がん、晩期合併症、妊孕性などに対応するため、貴院では他科 (院外でも良い) との連携がとれた長期フォローアップ外来を開設していますか?」という問いに「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 小児がん経験者は、がん治療による成長・発達障害などのリスクや、成人においても二次がんや心疾患のリスクなどが高いと報告されている²⁻⁵。特に放射線療法や高用量のアルキル化剤などによる化学療法を受けた小児がん患者は、内分泌疾患のリスクが高いため²、内分泌専門医との連携は、急性期に生じる合併症に対する迅速な対応のみならず、晩期合併症の早期発見と早期治療、患者の QOL のためにも重要である。

参考： 「はい」と回答した施設は 67 施設 / 89 施設であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。どの程度内分泌専門医や内科医との連携がとれているか外部評価などの検証はなされていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告。がん診療連携拠点病院ではない日本小児血液・がん専門医研修施設に対しては、独自調査を実施した。

資料： ¹ 日本小児血液・がん学会「小児血液・がん専門医研修施設一覧」2012 年 8 月 23 日 <http://www.jspho.jp/training_facility.html> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

² de Fine Licht S, Winther JF, et al. Hospital contacts for endocrine disorders in Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia (ALiCCS): a population-based cohort study. Lancet. 2014 Jun 7;383(9933):1981-9. doi:10.1016/S0140-6736(13)62564-7. Epub 2014 Feb 18.

³ Mueller S, Fullerton HJ, et al. Radiation, atherosclerotic risk factors, and stroke risk in survivors of pediatric cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013 Jul 15;86(4):649-55. doi:10.1016/j.ijrobp.2013.03.034. Epub 2013 May 14.

⁴ National Cancer Institute. Childhood Cancer Survivor Study: An Overview <<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/childhoodcancers/ccss>> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

⁵ JPLSG 長期フォローアップ委員会長期フォローアップガイドライン作成ワーキンググループ「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」 <http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

⁶ Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer. Version 4.0 - October 2013. <<http://www.survivorshipguidelines.org/>> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

指標 A41

病理専門医が1名以上配置されている拠点病院の割合 (病理診断医の不足)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	全ての勤務日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設の割合 (常勤の病理専門医が1人以上いる施設、として算出)
結果	87.3% (分母の数: 409 分子の数: 357)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外	

詳細

指標の定義: 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。一般社団法人日本病理学会病理専門医、または指導医が常勤で 1 名以上いると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠: 常勤の病理医が施設にいることは、迅速な診断が可能となるので、治療開始までの時間の短縮につながるだけでなく、緊急手術が必要となった患者に対しても術中迅速診断でがんの診断が可能となるなど、患者がタイムリーに適切な治療を受けるために重要な条件である。病理医が不在の場合は遠隔診断を依頼することになるため、依頼書で伝達可能な情報だけが診断材料となってしまう。常勤であれば、病理医が診療録からより詳細な経過を調べたり、臨床医が病理医に直接相談したりすることができるため、より質の高い診断が期待できる。

なお、日本病理学会認定病理専門医とは、「日本の医師免許取得後に日本病理学会が認定する研修施設で 4 年以上病理学研修を行い所定の研修内容を終了した後、日本病理学会が実施する専門医試験 (筆記試験、実技試験) に合格し、日本病理学会専門医制度運営委員会で審議、認定された医師」を指し、2015 年 2 月 1 日時点で、病理専門医数は 2,276 名登録されている¹。

参考: 日本病理学会病理専門医、または指導医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 357/409 施設であった。2013 年は 344/397 施設 (86.6%) であった。

留意点: がん診療連携拠点病院の指定要件では常勤の病理医が 1 名以上いることが指定されているが、ここでは専門医が常勤で 1 名以上いる施設の割合を算出している。非常勤は除外した。

データ源: 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料: ¹ 一般社団法人日本病理学会 認定病理専門医一覧
<<http://pathology.or.jp/senmoni/board-certified.html>> (アクセス 2015 年 4 月 27 日)

指標 A41a

拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合（リハビリテーション）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	拠点病院に過去1年間でがんと初めて診断され、初回治療を受けたがん患者	リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法のいずれか）を受けた患者の割合
結果	19.7% （分母の数：249,812 分子の数：49,213）	
期間	2012年診断症例	
注	リハビリテーションを必要とする患者に分母を限定することが望ましいが、個々の患者の状態を加味した測定を行うことが困難であるため、分母はがん患者としている。がん患者リハビリテーション料のみならず、全てのリハビリテーション料を含む。地域連携により他施設でリハビリテーションを受けた患者はカウントされない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は、2012年院内がん登録に登録されたがん患者のうち、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究に参加した232の施設にて初回治療を受けた患者とする。対象患者のうち、診断より1年以内にリハビリテーションを1回でも受けた患者の割合を指標とした。

指標の根拠： 医療の進歩によりがん患者の生存率が改善し、がんを治療しつつ生活する患者は増加している。がん患者において、リハビリテーションを行うことは、治療後の合併症発症予防や運動機能低下の防止のみならず、QOL（生活の質）向上にも有効であるため、リハビリテーションを必要とする患者に対し、エビデンスに基づいた適切なリハビリテーションが受けられることが望ましい¹。

参考： 249,812名のがん患者のうち、診断より1年以内にリハビリテーションを1回でも受けた患者の割合は19.7%（分子：49,213）であった。（参考）がん患者リハビリテーション料を算定された患者は1.4% [1.39-1.49] であった（分母：249,812、分子：3,598）。

留意点： リハビリテーションを必要とするがん患者が、エビデンスのある適切なリハビリを十分に受けられていることを評価することが理想的だが、データの限界から現在の測定方法となっている。

- ・ リハビリテーションを必要とする患者に分母を限定することが望ましいが、個々の患者の状態を加味した測定を行うことが困難であるため、分母はがん患者としている。
- ・ リハビリテーションを必要とするがん患者に一律にがん患者リハビリテーション料が算定されるわけではなく、場合によりその他のリハビリテーション料が算定されるため²、分子にカウントされるリハビリテーションには脳血管疾患リハ、呼吸器リハなど、全てのリハビリテーションを含めた。
- ・ データ源がDPCデータであるため、地域連携により初回治療を受けた医療機関とは別の医療機関でリハビリテーションを受けた患者については分子にカウントされない。

データ源： 2012年院内がん登録-DPC 突合データ

資料： ¹ 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 2013年4月「がんのリハビリテーションガイドライン」
 <http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/file/member/member_publication_isbn9784307750356.pdf>（アクセス2015年4月24日）

² 診療点数早見表 2014年4月版 医学通信社

指標 A41d

外来でがん患者にリンパ浮腫ケアを実施している拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	外来にてリンパ浮腫や末期がん患者の浮腫へのケアを実施している病院の割合
結果	79.5% (分母の数：409 分子の数：325)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。リンパ浮腫指導管理料を 1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 B001-7 のリンパ浮腫指導管理料を 1 件でも算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： リンパ浮腫とは、乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がん、などの治療による後遺症の一つで、手術時のリンパ節の切除や放射線治療などによって、リンパ液の流れが停滞し腕や脚がむくむことである¹。リンパ浮腫は患者に身体的、精神的苦痛をもたらし、QOL を著しく低下させるため、全てのがん診療連携拠点病院において、リンパ浮腫の予防や早期発見、早期の専門的ケア・治療が提供できることが望ましい。

リンパ浮腫指導管理料とは、「保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中 1 回に限り算定する」費用を指す²。

参考： リンパ浮腫指導管理料を 1 件以上算定したと回答した施設は 325 施設 / 409 施設、平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間では 301 施設 / 397 施設で 75.8%であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ がん情報サービス 2013 年 1 月 25 日「リンパ浮腫」、2012 年 5 月「がん治療とリンパ浮腫」
 <<http://ganjoho.jp/public/support/condition/lymphedema.html>>
 <http://ganjoho.jp/data/public/qa_links/brochure/odjrh3000000purk-att/205.pdf>
 (アクセス 2015 年 4 月 24 日)

² 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社
 (参考) がん情報サービスにて、厚生労働省委託事業がんのリハビリテーション研修におけるリンパ浮腫研修運営委員会が策定した、「専門的なリンパ浮腫研究に関する教育要綱」にそった研修（講義 45 時間以上、実習研修 90 時間以上、計 135 時間以上）を修了した医療従事者が対応するリンパ浮腫外来のある医療機関を検索できる。
 <<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpLymphSearchTop.xsp>>

B. 研究分野

指標 B1

ドラッグラグ・デバイスラグ（ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器	米国と我が国での保険適用時期、承認申請時期、および総審査期間の中央値の差
現状	<p>1. 新医薬品</p> <p>〈申請ラグ〉</p> <p>H23 年度 0.6 ヶ月（n=6）</p> <p>H24 年度 32.9 ヶ月（n=7）</p> <p>H25 年度 5.7 ヶ月（n=7）</p> <p>〈国内審査期間・審査ラグ〉</p> <p>H23 年度 6.4（優 n=16） 13.1（通 n=9） ヶ月 審査ラグ 4.5 ヶ月（n=13）</p> <p>H24 年度 4.9（優 n=27） 11.6（通 n=4） ヶ月 審査ラグ 1.6 ヶ月（n=15）</p> <p>H25 年度 6.8（優 n=16） 11.9（通 n=10） ヶ月 審査ラグ 0.0 ヶ月（n=22）</p> <p>2. 新医療機器</p> <p>〈申請ラグ〉</p> <p>H23 年度 -</p> <p>H24 年度 -</p> <p>H25 年度 90.1 ヶ月（n=4）</p> <p>〈国内審査期間・審査ラグ〉</p> <p>H23 年度 -</p> <p>H24 年度 -</p> <p>H25 年度 13.9 ヶ月（n=4） 審査ラグ 2.0 ヶ月</p>	
期間	平成 23 年度～平成 25 年度	
注	<p>(1) 保険適応時期：米国は Medicare の保険適用日の情報は入手困難のため算出不可。</p> <p>(2) 日本の審査期間は、新医薬品区分（新有効成分・新効能）の総審査期間の中央値。審査ラグは、当該品目の米国 FDA 公表の総審査期間から算出（必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。日本で世界に先駆けて承認された物等の米国未承認薬は、審査ラグ・申請ラグは発生していないものとして算出。）した数値の中央値。「優」優先審査「通」通常審査。</p> <p>(3) 申請ラグは、新有効成分含有医薬品の日米の申請時期の差の中央値。</p>	

詳細

- 指標の定義：** 国内審査期間は、当該年度に、薬機法に基づき、抗がん剤の新医薬品およびがん診断・治療の新医療機器の承認に PMDA および厚労省が要した総期間の中央値である。審査ラグは、当該品目の国内総審査期間と当該品目の米国 FDA の審査期間の差分の中央値としている。なお、日本が世界に先駆けて承認した米国未承認の新医薬品等は、審査ラグは発生していないものとして計算している。
- 申請ラグは、当該年度に、薬機法に基づき、抗がん剤の新医薬品およびがん診断・治療の新医療機器の承認された品目の申請時期の日米の差分の中央値としている。なお、日本が世界に先駆けて承認した米国未承認の新医薬品等は、申請ラグは発生していないものとして計算している。
- 指標の根拠：** がん関連の研究開発分野においては、その成果である新しい医薬品・医療機器の提供を表す指標として、我が国での医薬品・医療機器の承認審査及び保険収載の時期、並びに審査の前提となる治験などのスピードなどにより評価する。医薬品・医療機器等の品質、有効性および安全性の確保に関する法律（以下「薬機法」という）に基づく、厚生労働大臣の抗がん剤の新医薬品およびがん診断・治療のための新医療機器の承認に要した期間および当該承認の際の審査報告書に記載された治験に関する情報を根拠としている。また、米国の審査期間については、国内で承認された当該に相当する審査期間の情報を FDA ウェブサイトから得ている。なお、日本での優先審査品目の総審査期間の目標値は 9 ヶ月。通常審査品目は 12 ヶ月である。
- 参考：** 平成 23 年度～平成 25 年度において、日本の新しい抗がん剤の審査期間は改善の方向に向かっている。一方、抗がん剤の開発については日米間のラグが引き続き存在している。
- 留意点：** 保険適応時期：米国は Medicare の保険適用日の情報は入手困難のため算出不可。審査ラグは、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の要請に基づき、承認された医学薬学上公知の内容等による品目は、海外での過去の承認時期等のデータが追跡不能なものが多く、日米の差分の比較の対象としてない。
- 申請ラグでは、海外での開発における治験の効能の範囲などが日本での範囲と異なる場合など治験の国内承認効能の開発開始の起点が不明確なものがあるため、新有効成分含有医薬品などを対象としている。
- データ源：** FDA の情報、Medicare の情報、PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）の情報
- 資料：** FDA 品目承認情報
<<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>>
(アクセス 2015 年 4 月 23 日)

指標 B1a

アンメットメディカル・ニーズ

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	過去3年間の「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で学会などから開発要望され、検討対象となった要望品目（抗がん剤・疼痛緩和薬・がん診断薬）	薬事法上新規の製造販売承認もしくは適応拡大が認められたがん関連薬剤の絶対数
結果	H23 年度承認数（Ⅰ）19/45（116）	
	H24 年度承認数（Ⅰ）3/45（116）＋（Ⅱ）11/32（75）	
	H25 年度承認数（Ⅰ）3/45（116）＋（Ⅱ）11/32（75）	
期間	平成23年度～平成25年度	
注	開発要望→開発要請→承認の流れを追う。Ⅰは第1回要望品目、Ⅱは第2回要望品目。第1回要望については、今回調査期間前のH22年度に6品目が承認されている。年度毎承認数/開発要請数（要望数）で記載。	

詳細

指標の定義：「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、公募で第1回（平成21年度）及び第2回（平成22年度）に開発要望があった品目数、その中で医療上の必要性を評価され開発要請品目となった品目数を分母として、平成23、24、25年度の各年度に承認されたがん関連の医薬品の数を分子とする。がん関連の医薬品の範囲は、抗がん剤のみならず、がん疼痛緩和等のがん患者のQOL改善に資するもの、がんの体内診断薬、がん治療の副作用の軽減等に用いるものを含むものとしている。

指標の根拠：「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」は、平成22年2月に厚生労働省の検討会として設置された。欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応（以下「未承認薬・適応外薬」という）について、医療上の必要性を評価するとともに、医学薬学上の公知申請への該当性や承認申請のために追加で実施が必要な試験の妥当性を確認することなどにより、製薬企業による未承認薬・適応外薬の開発促進に資することを目的とする。平成21年度の第1回の公募があり、関係学会や患者団体などから開発要望が374件寄せられた。また、平成23年度に第2回の公募では290件の開発要望があった。これらの要望から、当該検討会で医療上の必要性を評価し、厚生労働省から製薬企業などに対して開発要請を行う制度の下で承認されたがん関連の品目の数は、この分野における研究活動の活発性を表すと考え、指標の根拠としている。

参考：国内未承認・適応外のがん関連の医薬品の国内承認を進める取り組みが進展している。

留意点：開発要望の公募の第3回目は平成25年度に実施されているが、今回調査期間中の承認がないため割愛した。また、治験等を要する場合、開発要請があつてから承認までのタイムラグがあることを現状評価においては考慮する必要がある。

データ源：厚労省の公表情報、PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）の情報

資料：厚生労働省「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku.html?tid=128701>>

（アクセス2015年4月23日）

指標 B1b

開発着手ラグ

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器	欧米主要国（のなかでの一番はじめ）と我が国での開発着手時期の差の中央値
現状	<p style="text-align: center;">1. 新医薬品</p> <p style="text-align: center;">〈 治験着手ラグ 〉</p> <p style="text-align: center;">H23 年度 33.0 ヶ月（n=6）</p> <p style="text-align: center;">H24 年度 53.0 ヶ月（n=7）</p> <p style="text-align: center;">H25 年度 37.5 ヶ月（n=7）</p> <p style="text-align: center;">2. 新医療機器</p> <p style="text-align: center;">H23 年度 -</p> <p style="text-align: center;">H24 年度 -</p> <p style="text-align: center;">H25 年度 -（n=4）</p> <p style="text-align: center;">（例数が少ないため非開示）</p>	
期間	平成 23 年度～平成 25 年度	
注	<p>新有効成分含有医薬品の審査報告書に記載された海外と国内の同等の開発相の主要評価臨床試験の開始時期を比較。日本を含む国際共同研究については「国際共同治験の開始日」。必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。医療機器については、個別に非開示の開発着手情報は、例数が少ないことから、製品を特定される可能性があるため、中央値でも非開示としている。治験着手ラグ = 開発着手時期の差の中央値。</p>	

詳細

指標の定義： 治験着手ラグ = 開発着手時期の差の中央値として、計算する。開発着手時期としては、当該年度に、薬機法に基づき、抗がん剤の新医薬品（新有効成分含有医薬品に限る）及びがん診断・治療の新医療機器の承認された品目の審査報告書に記載された海外と国内の同等の開発相の主要評価臨床試験の開始時期の差分の中央値としている。なお、主要評価臨床試験が、日本を含む国際共同研究については「国際共同治験の開始日」としている。また、世界に先駆けて日本で承認されたものなどで、海外向けの海外治験を未だ実施していない品目は、開発ラグがないこととなる。

指標の根拠： がん関連の研究開発分野においては、その成果である新しい医薬品・医療機器の提供を表す指標として、我が国での医薬品・医療機器の承認審査および保険収載の時期、並びに審査の前提となる治験等のスピードなどにより評価する。ドラッグラグの問題は、審査のスピードとともに、日本国内での開発着手のラグによる寄与も示唆されていることから、薬機法に基づく、厚生労働大臣の抗がん剤の新医薬品およびがん診断・治療のための新医療機器の承認の際の審査報告書に記載された治験に関する情報を根拠として治験の国内外での着手時期の差について指標とする。

- 参考：** 平成 23 年度～平成 25 年度において承認されたがん関連の新医薬品、新医療機器において、開発については国内外の開発着手ラグが引き続き存在している。
- 留意点：** 治験着手ラグは、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の要請に基づき、承認された医学薬学上公知の内容などによる品目は、海外での過去の開発時期などのデータが追跡不能なものが多く、本比較の対象から除外した。
また、海外での開発での治験の効能の範囲等が日本での範囲と異なる場合など治験の国内承認効能の開発開始の起点が不明確なものがあるため、医薬品では新有効成分含有医薬品を対象としている。
- データ源：** PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）の情報

指標 B8

未承認薬・適応外薬の申請数（未承認薬・適応外薬の承認）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	当該年度に国内で承認された新有効成分及び適応拡大の申請	過去3年度間の抗がん剤の新有効成分及び適応拡大の申請数・承認数
現状	〈H23 年度〉	
	新有効成分申請数 4 新有効成分承認数 6 効能追加申請数 20 効能追加承認数 19	
	〈H24 年度〉	
	新有効成分申請数 9 新有効成分承認数 7 効能追加申請数 28 効能追加承認数 24	
期間	〈H25 年度〉	
	新有効成分申請数 11 新有効成分承認数 7 効能追加申請数 13 効能追加承認数 19	
注	平成 23 年度～平成 25 年度	

詳細

- 指標の定義：** 薬機法に基づき、承認された抗がん剤の新有効成分含有医薬品および効能追加の当該年度ごとの数を承認数とする。また、当該年度ごとに承認申請された新有効成分含有医薬品及び効能追加の申請の数を申請数とする。
- 指標の根拠：** がん関連の研究開発分野においては、その成果である新しい医薬品・医療機器の提供を表す指標として、我が国での医薬品・医療機器の承認審査および保険収載の時期、並びに審査の前提となる治験などのスピードなどにより評価する。未承認薬解消の観点から、開発された製品が着実に承認申請され、薬機法に基づく、厚生労働大臣の承認を得ていく過程を医薬品医療機器総合機構での申請数および承認数からみる指標である。
- 参考：** 平成 23 年度～平成 25 年度において、コンスタントに一定数の抗がん剤の承認申請がなされているとともに、申請品目の滞貨は発生せずに円滑に承認審査が進行している。
- データ源：** PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）の情報

指標 B10d

希少がんに対する医薬品の開発状況（新医薬品の開発）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	オーファンドラッグに指定された抗がん剤	指定後5年以内に承認された数
結果	7 / 8	
期間	平成16年度～平成20年度	
注	指定取り消しは分母より除外。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は、平成16年4月1日～平成22年3月31日の間、薬事法第77条の2に基づき、対象患者数が本邦において5万人未満で医療上特にその必要性が高いものなどの条件に合致するものとして希少疾病用医薬品（オーファンドラッグ）としての指定を厚生労働大臣より受け、かつ、がんを対象疾患とする医薬品のうち、オーファンドラッグ指定を受けた日（厚生労働大臣からの通知文書の日付）から、薬事承認された日（厚生労働大臣から製造販売承認を受けた年月日）までの期間が5年以内であったものを分子とする。

指標の根拠： オーファンドラッグとは希少疾病用医薬品を指す。患者数が本邦において5万人未満と少ないために研究開発が進んでいない医薬品のうち、生命に重大な影響がある、既存の療法がないなど、疾病の重篤性と医療上の有用性の両面から医療上の必要性が高いと判断された医薬品をオーファンドラッグと呼ぶ^{1,2}。薬事・食品衛生審議会の検討を踏まえ、厚生労働大臣よりオーファンドラッグとして指定を受けると、指定申請を行った開発実施者は、研究開発のための助成金の交付や医薬品医療機器総合機構での優先審査などの支援措置を受けることができる。しかし、指定を受けることによって必ずしも製造販売承認につながる医薬品が開発されるわけではないため、指定を受けた医薬品のうち比較的迅速に（5年以内に）承認まで到達した医薬品の割合は、希少がんに対する治療薬の開発状況のアウトプットを反映していると考えられる。

参考： 平成11年度（1999年4月1日）～平成15年度（2004年3月31日）においては、11薬第132号、12薬第144号、14第159号、15薬第167号の4つで、全て5年以内に承認された。

平成16年度（2004年4月1日）～平成21年度（2008年3月31日）においては、17薬第176号、17薬第178号、18薬第183号、18薬第188号、19薬第198号、19薬第199号、20薬第206号、20薬第212号の8つの抗がん剤をカウントした。

留意点： 指定取消となった品目は対象（分母）より除外する。

データ源： 独立行政法人医薬基盤研究所「希少疾病用医薬品指定品目一覧表」

<<http://www.nibio.go.jp/shinko/orphan/kisyoiyaku-hyo1.html>>

（アクセス2015年1月19日）

資料： ¹ 厚生労働省「希少疾病用医薬品・希少疾病用医療機器の指定制度の概要」

<<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/iyaku/kisyo/>>（アクセス2015年1月19日）

² 厚生労働省「第21回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議資料4-1 医療上の必要性の評価の基準について

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000060873.html>>（アクセス2015年1月19日）

指標 B12

先進医療技術開始数（先端医療技術）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	先進医療 B	過去 3 年間で先進医療会議で臨床試験の実施が承認された先進医療 B の技術数（がんに関する効能のもの）
結果	11 件	
期間	平成 23 年 7 月 1 日～平成 26 年 6 月 30 日	
注		

詳細

指標の定義： 過去 3 年間の間（前年 7 月 1 日～該当年 6 月 30 日を 1 年とする）で、先進医療会議で第 3 項先進医療（先進医療 B）として承認された技術で、がんに対する適応症があるものの件数を指標とした。

指標の根拠： 先進医療とは、「有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができることとした」医療を指す¹。この指定により、新しい技術を患者が受けやすくなることが期待され、また臨床試験も促進されるという考えのもとで指標として設定された。

参考： 先進医療 B の番号 22、23、24、30、31、34、35、36、39、42、43 をカウントした。

留意点：

データ源： 厚生労働省「先進医療の各技術の概要」
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan03.html>>
(アクセス 2015 年 5 月 7 日)

資料： ¹ 厚生労働省「先進医療の概要について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/sensiniryu/> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

指標 B13a

がんの第 I 相およびⅢ相臨床試験の実施数

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	臨床試験登録データベースに登録されている臨床試験（第 I 及びⅢ相）	がんに関する第 I 相臨床試験（早期探索試験 First-in-human）及びⅢ相の実施件数
結果	I 相試験 85件 Ⅲ相試験 79件	
期間	平成 25 年度	
注		

詳細

指標の定義： 対象は、平成 25 年度（平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日）中に臨床試験登録データベースに登録されたがんに関する第 I・Ⅲ相臨床試験のうち、観察研究および患者への教育的介入を除く研究を対象とした。第 I 相臨床試験とは、通常健康な志願者を対象に安全性を評価するために実施される研究である。第Ⅲ相臨床試験とは、異なる対象者・容量・他の薬剤との併用による安全性と効果を評価するために行われる研究である¹。第Ⅲ相臨床試験には、予備調査において有効性が示唆される薬剤についてのコントロール研究及びコントロールされていない研究を含む¹。

指標の根拠： 臨床試験には、1) 厚生労働省から新薬としての承認を得ることを目的とし、未承認薬・適応外薬を用いて主に製薬企業が行う臨床試験と、2) 医師や研究者が主体となって、これまで厚生労働省で承認された薬剤、治療法や診断法から最良の治療法や診断法を確立すること、薬のよりよい組み合わせを確立すること等を目的とした医師・研究者主導臨床試験がある²。ここでは、我が国で製薬会社主導の臨床試験・医師・研究者主導臨床試験がどの程度実施されているかは研究の活動性を表すと考えられ本指標が設定された。

参考： 平成 25 年度においては、第 I 相臨床試験が 85 件、第Ⅲ相臨床試験が 79 件であった。

表 1 平成 25 年度における臨床試験の資金源（注 1）と実施主体

	研究資金源			研究実施主体		
		数	%		数	%
第 I 相 (85 件)	国内	59	69.4	研究者	50	58.8
	外資系	26	30.6	製薬会社	35	41.2
	国際共同	0	0.0			
第Ⅲ相 (79 件)	国内	52	82.5	研究者	42	66.7
	外資系	23	36.5	製薬会社	37	58.7
	国際共同	4	6.3			

注 1 外資系企業とは、東洋経済外資系企業総覧に掲載されている企業であり、本調査対象では外資の比率が 49% 以上の企業。

また、第 I 相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が 35 件、併用療法に関する研究が 38 件、放射線療法に関する研究が 4 件、医療機器等に関する研究が 8 件であった。第Ⅲ相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が 32 件、併用療法に関する研究が 29 件、放射線治療に関する研究が 1 件、医療機器等に関する研究が 17 件であった。

- 留意点：** 製薬業界では、業界再編が進み、販売経路、パイプライン、事業の拡大などを見込んだ戦略的買収、外部機関との連携のための外資系製薬会社との合併や買収が増えている。そのため、国内系製薬会社からの資金を得た研究であっても企業の再編などに伴い外資系製薬会社などの影響を少なからず受けている場合がある。また、臨床試験登録がされずに、臨床試験が行われている可能性があり、その場合には系統的に捕捉できない。
- データ源：** 国立がん研究センターがん情報サービス. がんの臨床試験を探す.
<http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/search1.html> (アクセス 2015 年 1 月 19 日)
*登録データベース: 大学病院医療情報ネットワーク研究センター (通称:UMIN センター)、一般財団法人日本医薬情報センター (JAPIC)、社団法人日本医師会治験促進センター。
- 資料：**
- ¹ ClinicalTrials.gov.
<<https://clinicaltrials.gov/ct2/about-studies/glossary#observational-study>>
(アクセス 2015 年 1 月 19 日)
 - ² 国立がん研究センター がん情報サービス「臨床試験の種類と仕組み」
<http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/ct01.html> (アクセス 2015 年 1 月 19 日)

指標 B14b

審査された臨床試験の数（拠点病院）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	当該年度にがん診療連携拠点病院で行われたがんに関わる臨床試験	がん診療連携拠点病院に設置されている治験審査委員会又は倫理委員会で審査されたがんに関わる臨床試験の総数
結果	19,413件	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。 被験者の登録状況にかかわらず、平成 25 年 1 月 1 日～12 月 31 日の間実施期間中であつた臨床試験および治験プロトコルの総件数	

詳細

- 指標の定義：** 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告の別紙 50、「1. がんに関する臨床試験・治験の昨年度の実施状況」にて報告されたプロトコル件数の合計を指標とした。
- 指標の根拠：** 倫理委員にて審査された臨床試験および治験のプロトコル件数は、がん診療連携拠点病院の研究の活動性を反映するという考えのもと、本指標が設定された。
- 参考：** 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日までの期間で、合計 15,428 件であり、増加傾向にある。
- 留意点：** 被験者の登録状況にかかわらず、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間実施期間中であつた臨床試験および治験プロトコルの総件数。
- データ源：** 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 B14e

バイオバンクの活動

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	国内の主体が運営あるいは参加するがん関連のバイオバンク	我が国から収集された検体提出者の延べ人数、利用論文数
結果	BBJ：血液 53,513、論文 42 本 NCBN：血液 27,743、病理凍結組織 17,577、論文 181 本 東北 MMB：血液 73,500	
期間	平成 27 年 3 月時点	
注	我が国において中心となるバイオバンクである、ナショナルセンター・バイオバンクネットワーク (National Center Biobank Network, NCBN)、バイオバンク・ジャパン (BioBank Japan, BBJ)、東北メディカル・メガバンク (東北 MMB) を対象とした。各バイオバンク試料は相互に異なる性質と意義 (目的) を有しているため、バイオバンクごとに検体及び利用英語論文数について記載する。東北 MMB は登録が開始されて間もないため、論文数は 0 本となっている。	

詳細

指標の定義： がん患者の検体提出者数：3 バイオバンクで保有されているがんと診断された患者のがん病理組織検体および末梢血検体提出者数。(ただし、東北 MMB については、主として健常者を対象とした地域住民・三世代コホート調査のため全ての検体提出者数を算出する。) 専門誌に掲載された英語論文数：バイオバンクに保有されているがん患者の試料を用いた研究で専門誌に掲載された英語論文の数。書籍は含めていない。また、電子版に先行出版され年が替わって掲載された場合には、書誌掲載年を出版年とする。

指標の根拠： 近年のゲノム医療実現化に向けて、国の健康・医療戦略推進本部では、平成 27 年 2 月 13 日に第 1 回ゲノム医療実現推進協議会を開催した。ここでは、今後の取り組みとしてバイオバンク・ジャパン (BioBank Japan, BBJ)、ナショナルセンター・バイオバンクネットワーク (National Center Biobank Network, NCBN)、東北メディカル・メガバンク (東北 Medical Megabank, 東北 MMB) の 3 つのバイオバンクを研究基盤及び連携のハブとして活用するとともに、産業界の利活用の促進に資する仕組みの創生、連携のための質の確保、標準化のための仕組み、臨床・健診情報を含む個人別の情報のプロジェクト間での共有に向けた検討、倫理問題に取り組むことが効果的・効率的な推進に必要とされている¹。そこで、本指標においては、BBJ、NCBN のうちがんに関する試料を有する国立がん研究センター (NCC)、東北 MMB の 3 つのバイオバンクを対象として、がん患者の検体提出者数およびがんに関する研究で専門誌に掲載された英語論文数を集計した。なお、がん研究においては、がん組織の各種解析が診断・治療法の開発においては必須であるため、がん病理組織検体数と末梢血検体数を別に集計した。

参考： 表 1 BBJ、NCBN、東北 MMB の登録・活用状況

	検体提出者数 (症例数)		がんに関する英語論文数 (2012-14 年発表)
	血液	病理凍結組織	
BBJ	53,513 ^{注1}	-	42
NCBN	27,743 ^{注2}	17,577	181
東北 MMB	73,500 ^{注3}	-	0

注 1 BBJ の第 2 コホートの 12,204 名は、DNA のみの収集。

注 2 NCC の 27,743 症例において、血漿 110,214 本、DNA 54,392 本、RNA 用 lysate 27,292 本保管されている。

注 3 東北 MMB は、主として健常者を対象としたコホート調査であるため、採取時がん患者は含まれていないことから、ここでは全ての検体提供者数を示す。

BBJは、協力医療機関（12医療機関）*から第1期はがんを含む47疾患の患者の血清、末梢血由来DNA、臨床情報、第2期はがんを含む38疾患の患者の末梢血由来DNA、臨床情報を収集している。BBJでの検体提出者数は、平成15年に開始された第1コホートの平成25年3月末時点でのがん患者数と、平成25年に開始された第2コホートの平成26年12月までの臨床情報に基づくがん患者数の合計値を示す。なお、同じ対象者が複数のがんを発症した場合は重複して数えられている。NCCの血液検体提出者数は、平成23年度の包括的同意新制度（リサーチコンシェルジュが研究のための追加採血を患者に依頼するオプトイン方式の包括的同意新体制）の運用開始から収集された血液の平成26年12月末での現有症例数を示す。また、病理凍結組織は過去15年にわたって保管されていた症例数であり、原則として対照となる非がん部組織を対で保管している。なお、一部血液検体提出者と重複するものもある。東北MMBは、平成23年11月に立ち上げられ、地域住民コホートと三世代コホート（子世代、親世代、祖父母世代）調査から、遺伝子と生活習慣病との関連性を検討するために生活習慣などの情報と血液、尿を採取している。東北MMBの検体提出者数は、平成27年3月16日時点での提供者数を示し、三世代コホート調査では、妊婦から3回採血しているため、延べ数では83,800人となる。現在、平成28年度までに15万人を目標として試料と情報の収集を行っている段階であり、これらの試料を使ったがんに関する研究論文は現時点ではない。

* BBJの第1、第2コホートの協力医療機関は、大阪府立成人病センター、がん研有明病院、順天堂大学、東京都健康長寿医療センター、日本医科大学、日本大学、岩手医科大学、徳洲会グループ、滋賀医科大学、複十字病院、大阪医療センター、飯塚病院の12医療機関で、第1コホートでは平成15年～85施設、平成20年～56施設、第2コホート（平成25年～）では53施設であった。

留意点： 上述のように3つのバイオバンクは、その収集している試料・情報ともに独自の役割を担っていると言え、各バイオバンク試料は数値指標に現れない相互に異なる性質と意義を有している。受診者コホート由来のBBJの血液試料は、主として生殖細胞系列のSNP等多型に基づく易罹患性などの個別化予防や、抗がん剤の副作用等のpharmacogeneticsに基づく個別化医療に通ずる研究に、住民コホート由来の東北MMBの血液試料は、主として健常人の生活習慣病予防における個別化などの研究に用いられる。一方、NCCの血液試料は、主としてがん症例の高度専門医療に基づく治療応答性、副作用の予測などの研究や、体細胞遺伝子変異の判別などに用いられる。がん研究の主体をなす診断・治療の研究にはがん病理組織が必須である。そのためNCCでは、収集したがん病変組織などを用いたオミックス解析を通して、がんの本態解明や創薬研究に貢献することが期待されている。なお、BBJでもがん組織検体収集開始を目指し、標準作業手順の策定を行っている。以上のように各バイオバンクは相互に異なる性質と意義を有しており、これらの試料・情報の性質の差異をスクリーニングと検証といった役割分担に生かし、連携して研究成果を拡大することが期待される。このように、各バイオバンク試料は相互に異なる性質と意義(目的)を有しているため、バイオバンクごとに検体及び利用英語論文数について記載する。論文数は、バイオバンクの試料を使ったがんに関する論文で、専門の英文雑誌に掲載された論文を対象に集計した。

データ源： BBJ、NCBN（NCC）、東北MMBへの調査

資料： ¹ 首相官邸 健康・医療戦略推進本部 第1回ゲノム医療実現推進協議会資料「コホート研究・バイオバンクについて」

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/genome/dai1_gijisidai.html>

(アクセス2015年3月30日)

指標 B16

医師・研究者主導臨床試験の質

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がんに関する厚生労働科学研究費補助金を受けている研究者主導臨床試験もしくは先進医療 B の研究	厚生労働科学研究の「健康危機情報」の報告をしている研究
結果	14.6%	
期間	平成 23 年度～平成 25 年度	
注	報告義務が果たされているのか否かについては判断できない。	

詳細

指標の定義： 研究者主導臨床試験とは、研究者（医師）が主体となって非営利で行うものであり、これまで厚生労働省で承認された薬、治療法や診断方法から最良の治療法や診断法を確立すること、薬のより良い組み合わせを確立することなどを目的としている¹。「先進医療 B」（旧「高度医療評価制度」とは、まだ開発・評価の途上にある（保険診療の中に導入するか否かの評価を行っている段階にある）新しい医療行為と保険診療との併用を認める先進医療制度に含まれる制度であり、先進医療制度の対象となる医療行為の中で、薬事法で規制を受ける医薬品・医療機器を用いる医療行為を中心とした制度が「先進医療 B」である。ここでは、厚生省健康危機管理基本方針に基づき、過去 3 年間に実施された臨床試験のうち 3 年以内に健康危機管理情報の報告をした研究の割合を算出した。なお、がん予防に関する研究、がん検診技術に関する研究、患者の QOL 改善を目的とした教育プログラム等の介入研究については、対象研究から除外した。

指標の根拠： 平成 9 年 1 月に「厚生省健康危機管理基本方針」（平成 13 年から「厚生労働省健康危機管理基本指針」に変更）²において、健康危機管理体制の強化の一環として、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報（以下、「健康危機情報」）については、厚生労働省が行う研究助成により研究を実施する研究者からも広く情報収集を図ることとされている。研究の過程において、健康危険情報を把握した場合には、各主任研究者から速やかに厚生労働省健康危機管理調整官に連絡を行うこと、また、分担研究者、研究協力者も健康危険情報を把握した場合には、速やかに主任研究者へ連絡するよう伝達することが求められている。これらの報告を行う研究の割合は、適正な研究体制の発展を表す指標と考えられ、本指標が設定された。

参考： 平成 23 年度～平成 25 年度においては、14.6%（分子 12 / 分母 82）であった。

留意点： 本データでは、研究者らが、健康危機情報がなかったから報告していないのか、また健康危機情報があったにもかかわらず報告していなかったのかについては判断できないが、臨床試験において有害事象が発生しないことは考えづらいという議論のもと本指標は設定されている。

データ源： 厚生労働省

資料： ¹ 国立がん研究センター がん情報サービス「臨床試験の種類と仕組み」
<http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/ct01.html>（アクセス 2015 年 1 月 19 日）
² 厚生労働省「健康危機管理について」
<<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/>>（アクセス 2015 年 1 月 19 日）

指標 B17

ガイドラインの改訂（予防検診 / 診療 / 治療ガイドライン）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	予防検診 / 診療 / 治療ガイドライン推奨（個別の推奨）	改訂 / 速報を過去 1 年に発行したガイドライン数
結果	22.4% （分母の数：49 分子の数：11）	
期間	平成 25 年度	
注		

詳細

指標の定義： 対象（分母）は現在発行されているガイドラインのうち、30 の医療者用診療ガイドライン、10 の支持療法に関するガイドライン、9 のその他のガイドライン（検診ガイドラインなど）とし、そのうち平成 25 年度（2013 年 4 月 1 日～2014 年 3 月 31 日）に改訂または速報が発行されたガイドラインを分子として、その割合を指標とした。

指標の根拠： 診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において適切な判断を行えるよう、医療者と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書のことである。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）の手法を利用して作成されたガイドラインを活用しての医療は一定の推奨を得た標準治療の提供につながる¹。しかし、日進月歩のがん医療においては、次々と新しいエビデンスが作られるため、最新のエビデンスに基づいて、既存のガイドラインをその時々で適切に更新することが必要である。本指標はガイドラインの更新が様々な研究の最終成果である診療の進歩を反映しているという考えに基づき、設定された。

参考： 現在発行されているガイドラインのうち、平成 25 年度に改訂または速報が発行されたガイドラインは 1 頭頸部癌診療ガイドライン、2 口腔癌診療ガイドライン、3 大腸癌治療ガイドライン（医師用）、4 肝癌診療ガイドライン、5 膵癌診療ガイドライン、6 乳癌診療ガイドライン、7 子宮体がん治療ガイドライン、8 造血器腫瘍診療ガイドライン、9 リンパ浮腫診療ガイドライン、10 G-CSF 適正使用ガイドライン、11 がんのリハビリテーションガイドラインの 11 個であった。

留意点： 胃がん検診ガイドラインは改訂されているが、調査対象期間の後であるため分子より除外。

データ源： Minds、金原出版、癌治療学会のがん診療ガイドラインのリスト²⁻⁴

資料： ¹ Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC, National Academy Press, 1992.

² 日本がん治療学会・がん診療ガイドライン
 <<http://jsco-cpg.jp/top.html>>（アクセス 2014 年 12 月 31 日）

³ 金原出版株式会社・診療ガイドライン
 <<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/series/index.html?code=041>>
 （アクセス 2014 年 12 月 31 日）

⁴ 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Minds ガイドラインセンター
 <<http://minds.jcqh.or.jp>>（アクセス 2014 年 12 月 31 日）

C. 社会分野

指標 C1

がん相談支援センターが設置されている2次医療圏の割合 (相談支援センター)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	2次医療圏	がん相談支援センターが設置されている2次医療圏の割合
結果	70.4% (旧指針*を満たす割合 73.0%)	
期間	平成27年2月時点	
注	都道府県独自の要件を満たす相談支援センターを合わせると全国の2次医療圏の80.2% (分子276/分母344)にがん相談支援窓口が設置されている。また、本数値には含まれていないが都道府県全体のがん相談窓口を設けて都道府県民の相談に応じる体制をとっている2次医療圏もある。 *旧指針：平成20年3月1日(健発第0301001号)、平成23年3月29日一部改正(健発第0329第4号)	

詳細

指標の定義： 医療圏とは、都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位であり（医療法第30条の4）、二次医療圏は、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として認定される」（医療法施行規則第30条の29第1項）。平成24年2月17日閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」に基づき、平成25年度各都道府県は新たな医療計画の策定に向けた医療圏の見直しが行われ、現在医療圏（対象分母）は344である（平成25年4月）。平成26年1月のがん診療連携拠点病院の整備に関する指針に基づき相談支援を行っている相談支援センターが設定されている2次医療圏の割合を指標した。

平成26年がん診療連携拠点病院の整備に関する指針においては、1) 国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」1～3を修了した専従及び専任の相談支援に携る者をそれぞれ1人ずつ配置すること、2) 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること、また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと、といった要件が示されている²。具体的な相談支援センターの業務としては、ア) がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供、イ) 診療機能、入院・外来の待ち時間及び診療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び診療従事者に関する情報の収集、提供、ウ) セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介、エ) がん患者の療養上の相談、オ) 就労に関する相談などある²。

指標の根拠： 相談支援センターとは、国民や患者からの一つ一つの相談に対し、実際に個別に対応する場であり、がん診療連携拠点病院における重要な機能の一つとされている¹。このような機能が、拠点病院の指定あるいは、県独自の努力により、すべての2次医療圏に存在することががん対策の一つの活動性と考えられ、本指標が設定された。

- 参考：** がん診療連携拠点病院の整備に関する指針を満たす相談支援センター設置割合は 70.4% (分子 242/ 分母 344) であった。平成 20 年 3 月 (平成 23 年 3 月 29 日一部改正) の旧指針を満たす相談支援センター設置割合は、73.0% (分子 251/ 分母 344) であった。また、現在の国の指定要件全てを満たしてはいないが何らかの都道府県の要件を満たしている医療機関における相談支援センターを合わせると全国の二次医療圏の 80.2% (分子 276/ 分母 344) にがん相談支援窓口が設置されている。都道府県の指定要件がないがん相談窓口を合わせると 81.7% (分子 281/ 分母 344) であった。なお、二次医療圏内に相談支援センターを設置することが困難と考えられる医療圏の住民に対しては、近隣の医療圏にある医療機関での対応や同県民全体のがん相談支援窓口の設置などの対応がされており、近隣圏での対応については本指標の割合には含まれていない。
- 留意点：** 平成 27 年 2 月時点での調査結果であり、平成 27 年度 4 月以降地域によっては変動がある可能性がある。
- データ源：** がん対策情報センターがん政策科学研究部による各都道府県庁への独自調査「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究」班 (分担研究者：昭和大学的場匡亮) の情報提供を受けた。
- 資料：** ¹ 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん相談支援センター」〈<http://ganjoho.jp/hospital/consultation/index.html>〉 (アクセス 2015 年 1 月 28 日)
² 厚生労働省「がん診療連携拠点病院等」〈http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html〉 (アクセス 2015 年 1 月 28 日)

指標 C1a

がん相談支援センターに専従の相談員が配置されている拠点病院の割合（相談支援センターへの人材配置）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	転院や退院調整の業務担当者とは別に、「がん相談」に専従（業務の80%以上）している相談支援センター専従の相談員がいる施設の割合
結果	85.1% (分母の数：409 分子の数：348)	
期間	平成26年	
注	医療機関による自己申告。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成26年8月6日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた409の医療機関とした。対象（分母）のうち、「転院や退院調整の業務担当者とは別に、『がん相談』に専従（業務の80%以上）している相談支援センター専従の相談員がいる」と回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん診療連携拠点病院には、国立がん研究センターがん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが指定要件とされている。¹ただし地域医療連携室や医療相談室など医療機関の相談部門において、がん相談支援センターの業務を実施できるのであれば、病院の転院や退院調整などの一般的な業務を兼任し、がん相談に専従していなくてもよいとされている。しかしながら、がん相談支援センターの業務範囲²は広く、がん相談は国のがん対策や社会資源の活用法のみならず、臨床腫瘍学、検診、支持療法、臨床試験に至るまで、幅広い知識に基づく情報提供が求められる。そのため、より質の高いがん相談支援を患者に提供するには、がん相談に業務の80%以上携わる専従の相談員の配置が望ましいとの議論により、本指標が設定された。

参考： 平成26年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 医療機関による自己申告調査。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課「平成27年度に国立がん研究センターが実施するがん診療に携わる医療従事者等に対する研修について」事務連絡 平成27年3月31日 <http://ganjoho.jp/data/hospital/training_seminar/H27_jimu_training.pdf> (アクセス2015年5月8日)

² 厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」健発0110第7号 平成26年1月10日 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf> (アクセス2015年5月8日)

指標 C1c

医療ソーシャルワーカーおよび看護師が配置されている拠点病院の相談支援センターの割合（臨床心理士・MSW）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院の相談支援センター	医療ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神福祉士）および看護師が専任 / 専従で配置されている割合
結果	58.7% (分母の数：409 分子の数：240)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。相談支援の内容や質の評価ではない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、社会福祉士または精神福祉士が専任 / 専従で 1 名以上、かつ看護師が専任 / 専従で 1 名以上配置していると報告した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん相談支援センター¹とは、国民や患者からのがんに関する相談に対して実際に個別に対応する場であり、患者・家族に対応する相談員は、医療・福祉関係の有資格者によるバックアップ体制が整っていれば、資格を有していない者であっても従事することができる。しかしながら、医療制度やシステムなど専門性を有する医療ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神福祉士）と診断・治療を含む医療知識のある看護師が専任または専従で従事していることで、専門化かつ多様化するがん患者や家族の相談支援の提供が円滑になるという考えに基づき、本指標が設定された。

参考： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告
 相談支援センターに専任で社会福祉士が 1 名以上配置されている施設（222/409 施設）
 相談支援センターに専従で社会福祉士が 1 名以上配置されている施設（212/409 施設）
 相談支援センターに専任で精神福祉士が 1 名以上配置されている施設（51/409 施設）
 相談支援センターに専従で精神福祉士が 1 名以上配置されている施設（31/409 施設）
 相談支援センターに専任で看護師が 1 名以上配置されている施設（178/409 施設）
 相談支援センターに専従で看護師が 1 名以上配置されている施設（223/409 施設）

留意点： 整備状況を問うストラクチャー指標であり、質の高い相談支援が提供されているかを評価するプロセス指標ではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立癌研究センター がん情報サービス「がん相談支援センター相談員基礎研修」
 <http://ganjoho.jp/hospital/training_seminar_new/consultation/basic1_2/>
 （アクセス 2015 年 5 月 8 日）

指標 C2

がん対策情報センターで情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数（拠点病院の診療実績）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん対策情報センター	がん対策情報センターにて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数
結果	92項目	
期間	平成 27 年 5 月 8 日時点	
注	情報量を測定しているだけであり、情報の質や信頼性、有用性の評価を行う指標となっていない。	

詳細

指標の定義： 対象は、国立がん研究センターがん情報サービスのホームページ（「がん診療連携拠点病院などを探す」）¹において、がん診療拠点病院現況報告の「指定要件に関する情報」様式 4（全般項目）内の「12. 患者数・診療件数の状況」をもとにがん診療拠点病院の診療実績等について情報公開・提供がなされている項目数を指標とした。

指標の根拠： がん情報サービスは、最新のがん診療に関する情報提供を行うサービスであり、がん患者、家族や一般市民および医療従事者に対して最新のがん情報を提供するとともに、がん診療拠点病院等の診療内容、所属専門医、診療実績情報や院内がん登録に関する情報提供体制を整備している。この情報システムで提供される多面的ながん診療連携拠点病院情報は、がん患者や家族が病院を選択する際の重要な指標となり、また相談支援センターにて相談員が情報提供する際の手引きとなる。

参考： 平成 27 年 2 月時点で 88 項目であったが、平成 27 年 4 月以降 92 項目と増加傾向にある。

留意点： 情報量を測定しているだけであり、情報の質や信頼性、そして情報がどの程度役立ったのかに対する評価を行う指標となっていない。

データ源： がん情報サービス¹

資料： ¹ 国立癌研究センター がん情報サービス「病院を探す」
 <<http://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/>>（アクセス 2015 年 5 月 8 日）

指標 C3b

拠点病院の治療実績数を情報提供されている希少がんの数 (希少がんの情報提供)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん情報サービス	拠点病院での治療実績数が情報提供されている希少がんの数
結果	22がん	
期間	平成 27 年 5 月 8 日時点	
注	情報量を測定しているだけであり、情報の質や信頼性、有用性の評価を行う指標となっていない。	

詳細

- 指標の定義：** 対象は、国立がん研究センターがん対策情報センターによるがん情報サービス（「がん診療連携拠点病院などを探す」の中の「がんの種類から探す」）において、表示される希少がんの種類数を指標とした。
- 指標の根拠：** 希少がんは、その希少性ゆえに全体の症例数が少なく、正確な情報の提供体制も整備されていないことから、患者や家族はそのがんの専門医や病院へのアクセスが制限されているという現状がある。がん対策情報センターのホームページは、院内がん登録やがん診療拠点病院現況報告をもとに正確で客観的なデータを提供しており、がん種ごとにがん診療拠点病院の実績が検索できる希少がんの数が増えると、患者や家族が必要としている情報をより多く提供できているという指標になる。
- 参考：** 測定時点で我が国において「希少がん」の正確な定義は存在していない。そのため、暫定的に罹患率の低い¹がん種として、1 脳腫瘍、2 脊髄腫瘍、3 目のがん、4 口腔・咽頭・鼻のがん、5 喉頭がん、6 精巣がん、7 他の男性のがん（陰茎がんなど）、8 他の女性のがん（膣がん、外陰がんなど）、9 縦隔腫瘍（胸腺がん）、10 中皮腫、11 尿路がん（腎盂がん・尿管がんなど）、12 副腎腫瘍、13 小児の脳腫瘍、14 小児の目のがん、15 小児の骨と軟部組織のがん、16 他の小児の固形腫瘍（神経芽腫など）、17 小児の血液・リンパのがん、18 十二指腸・小腸がん、19 GIST、20 骨と軟部組織（筋肉や脂肪など）のがん、21 後腹膜・腹膜腫瘍、22 性腺外胚細胞腫瘍、の合計 22 がんをカウントした。
- 留意点：** 希少がんの定義は測定時点では確立されたものがなく、希少がん医療・支援のあり方に関する検討会²にて検討されている。
- データ源：** がん情報サービス がん診療連携拠点病院を探索「がんの種類から探す」
<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpKyotenSearchCancer.xsp>
 (アクセス 2015 年 5 月 8 日)
- 資料：** ¹ 国立がん研究センターがん対策情報センター「巻末資料 1. 院内がん登録を使ったがん種別の頻度」希少がん対策ワークショップ報告書 平成 26 年 3 月
http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf
 (アクセス 2015 年 5 月 8 日)
² 厚生労働省 希少がん医療・支援のあり方に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=249203>
 (アクセス 2015 年 5 月 8 日)

指標 C4d

拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターの利用者	センター利用後に、「安心」「満足」「役に立った」の回答をした者の割合
結果	81.4%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査の「問 34a. がん相談支援センターを知っていますか？」で、「1. 利用したことがある」と回答した者のうち、「問 34b: がん相談支援センターを利用して役に立ったと思いましたか？」で「1. とても役に立った 2. やや役に立った 3. どちらともいえない 4. あまり役に立たなかった 5. まったく役に立たなかった 9. わからない」のうち、「1. とても役に立った」または「2. やや役に立った」と回答した割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： 全国のがん診療連携拠点病院には、その指定要件の一つとしてがん相談支援センターが設置されており、多様な患者と家族、その他関係者の相談ニーズ、情報ニーズに応える役割を果たしている。しかし、その効果はこれまで十分に評価されたことはなく、その最終評価としては、利用者の満足度を検証するべきであると考えられた。併せて、「がん相談支援センター」に関する認知も検証するべきであるとされており、患者体験調査での質問項目の中に含まれている。

参考： 問 34a. がん相談支援センターを知っていますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 利用したことがある	480	7.7%	7.8%
2. 利用したことはないが、知っている	3,067	48.9%	48.2%
3. 知らない	2,414	38.5%	39.3%
9. わからない	306	4.9%	4.7%

無回答 462 名を除外。

問 34a で記入者が「1. 利用したことがある」と回答した 480 名の問 34b の分布
問 34b. がん相談支援センターを利用して役に立ったと思いましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. とても役に立った	207	43.7%	35.8%
2. やや役に立った	178	37.6%	45.7%
3. どちらともいえない	48	10.1%	8.4%
4. あまり役に立たなかった	23	4.9%	6.2%
5. まったく役に立たなかった	16	3.4%	3.9%
9. わからない	2	0.4%	0.1%

無回答 6 名を除外。

都道府県別集計においては、広島県、滋賀県、栃木県、香川県において相談支援センターを利用したと回答した患者の割合と、それらの患者の満足度が高い結果となった。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C4g

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入していると答えた拠点病院の割合
結果	16.9% （分母の数：409 分子の数：69）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。ピアサポートの質の評価ではない。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、「国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入している」という問いに対し、「はい」と回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： ピアサポートとは、がんを経験した人やその家族が、がん患者とその家族を支援することを指す¹。がん対策推進基本計画においても「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」²との記載があり、がんの相談支援においてピアサポーターの重要性が記されている。国の標準プログラムとは、日本対がん協会の厚生労働省委託事業「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」で作成された研修プログラムを使用しているピアサポート研修を指す³。基本計画では国と地方公共団体による研修が記述されているが、分野別指標を設定するためのデルファイ調査後の検討会では拠点病院との協働も必要であるとの意見が挙げられ、本指標が設定された。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： ピアサポートに関しては、①その実施内容・質の担保が不明であること、②効果が不明であること、③がん相談支援センターとの連携が図られていないことなどが課題として指摘されてきた⁴。ピアサポーター研修にて標準化されたプログラムが作成されたが、研修を修了したことだけではピアサポートの質が担保されていることにはなっていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 公益財団法人日本対がん協会「研修テキスト がんピアサポーター編 ～これからピアサポートをはじめよう～」〈<http://www.gskprog.jp/prg2013/00.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 8 日）

² 厚生労働省 平成 24 年 6 月「がん対策推進基本計画」〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html〉（アクセス 2015 年 5 月 8 日）

³ 公益財団法人日本対がん協会「ピアサポート」研修テキスト・DVD 〈http://www.gskprog.jp/download_2013/〉（アクセス 2015 年 5 月 8 日）

⁴ 厚生労働省がん対策推進協議会委員およびがん患者団体有志一同「相談支援体制の充実に向けての意見書」平成 23 年 7 月 22 日 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kiay-att/2r9852000001kigt.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 8 日）

指標 C5

拠点病院の初発がん患者のうち必要な治療等の情報が得られた者の割合（治療中に必要な情報）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	拠点病院における初発のがん患者（治療開始後1年未満の方を対象）	「必要な治療・副作用・合併症とその対処に関する情報が十分得られた」と回答した患者の割合
結果	87.4%	
期間	平成27年1月～平成27年3月調査	
注	サンプル法を反映した補正值	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問13. 最初の治療をうけて退院する前に、生活上の留意点について（食事の摂取方法や禁止事項の有無、注意すべき症状など）入院していた医療機関から情報を得られましたか？」という問いに対し、{1. 十分得られた 2. ある程度得られた 3. どちらともいえない 4. あまり得られなかった 5. まったく得られなかった 9. 入院・退院無し / わからない}のうち、「1. 十分得られた」、または「2. ある程度得られた」と回答した割合を指標とした。無回答と「9. 入院・退院無し / わからない」は除外。

指標の根拠： がんに対する治療は複数存在することも多く、それぞれの長所・短所に鑑みて患者本人が決定することが望まれる。そのためには患者が情報を入手できることが重要であり、情報入手先も治療を受ける施設を基本として、それ以外の情報源も社会として構築していく必要がある。本指標は、結果として患者が情報を得ることができたのかを情報源を問わず訪ねることで、総合的に「受けるべき情報を患者が受けられていたのか」を表す指標として設定されている。

参考： 問13. 最初の治療をうけて退院する前に、生活上の留意点について（食事の摂取方法や禁止事項の有無、注意すべき症状など）入院していた医療機関から情報を得られましたか？（○は1つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 十分得られた	3,007	48.0%	47.7%
2. ある程度得られた	2,455	39.2%	39.7%
3. どちらともいえない	407	6.5%	5.9%
4. あまり得られなかった	303	4.8%	5.0%
5. まったく得られなかった	97	1.6%	1.7%

無回答179名、「9. 入院・退院無し / わからない」281名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成27年患者体験調査

指標 C6

拠点病院の初発がん患者のうち受診施設から治療選択に必要な情報が得られた者の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	拠点病院における初発のがん患者（治療開始後1年未満の方を対象）	「診断から治療を決めるまでの間で受診施設から治療選択に必要な情報が十分に得られた」と回答した患者の割合
結果	89.6%	
期間	平成27年1月～平成27年3月調査	
注	サンプル法を反映した補正值	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問9.「がんの治療」を決めるまでの間、医師、看護師、他の医療スタッフは、治療についてあなた（患者本人）が欲しいと思った情報を提供しましたか？（「がんの治療」には治療しないという方針も含みます。）」という問いで、{1. 十分提供した 2. ある程度提供した 3. どちらともいえない 4. あまり提供しなかった 5. まったく提供しなかった 9. 情報を欲しいと思わなかった}のうち、「1. 十分提供した」または「2. ある程度提供した」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： すべての医療行為にはリスクが伴う。特にがんに対する治療は一つではなく複数選択肢が存在することも多く、利益、不利益を考慮して方針を決定することが重要である。そのためには治療を行う施設において、治療開始前に十分に情報提供がなされることが必要である。しかし、実際には医療者は情報提供したつもりであっても、患者にとっては、専門用語、前提知識などの問題から理解が難しいことも多いと言われる。その実態把握と改善の進捗を知るために本指標が設定された。

参考： 問9.「がんの治療」を決めるまでの間、医師、看護師、他の医療スタッフは、治療についてあなた（患者本人）が欲しいと思った情報を提供しましたか？（「がんの治療」には治療しないという方針も含みます。）（○は1つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 十分提供した	3,464	53.6%	54.3%
2. ある程度提供した	2,289	35.4%	35.3%
3. どちらともいえない	395	6.1%	5.6%
4. あまり提供しなかった	222	3.4%	3.3%
5. まったく提供しなかった	93	1.4%	1.5%

無回答 200 名、「9. 情報を欲しいと思わなかった」66 名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成27年患者体験調査

指標 C6b

サポートグループや患者・家族対象の学習会等を実施している拠点病院の割合（拠点病院の患者会等への支援状況）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院の相談支援センター	サポートグループや患者・家族対象の学習会と いった情報提供の場をもっている拠点病院の割合
結果	100%	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。達成率が 100% であるため、内容や効果を評価する指標の開発が望まれる。	

詳細

- 指標の定義：** 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「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をしている」、または市民講演会を 1 年に 1 回以上開催していると報告した施設の割合を指標とした。
- 指標の根拠：** 患者とその家族のニーズが多様化する中で、全国のがん診療連携拠点病院が患者と共同して対応していくことが大切であり、医療の提供者・受療者という個別の立場だけではない、広く関連知識を集める場、医療者 / 患者が交流する場を持つことが求められている。本指標はその実態を把握するためのものである。
- 参考：** 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をしていると回答した施設は 408 施設 / 409 施設、市民講演会を 1 年（平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間）に 1 回以上開催している施設は 383 施設 / 409 施設であった。
- 留意点：** 達成率が 100% であるため、内容や効果を評価する指標の開発が望まれる。
- データ源：** 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 C10e

拠点病院のがん患者のうち、治療中に社会からのがんに対する偏見を感じた者の割合（偏見）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院のがん患者	「治療中、社会からのがんに対する偏見を感じた」と答えた患者の割合
結果	10.6%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	偏見を感じた患者の割合。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 39: あなたは、周囲（家族、友人、近所の人、職場関係者など）の人からがんに対する偏見を感じますか？」という問いに対し、{1. よく感じる 2. ときどき感じる 3. どちらともいえない 4. あまり感じたことはない 5. まったく感じたことはない 9. 該当しない / わからない}のうち、「1. よく感じる」、または「2. ときどき感じる」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は分母より除外。

指標の根拠： 病気になった者に対して、社会は支援の手をさしのべるべきである。しかし、残念ながら病気を個人の責任とし、さらにはその原因を個人の行動のみに求めてよからぬ評価をしたり、遺伝性・家系のものとして差別することもある。そのようなことが根絶された社会が、安心できる社会、成熟した社会である。本指標はがん対策推進基本計画の全体目標「安心して暮らせる社会」に通ずる指標として、フォーカスグループインタビューで挙げられた。なお、社会からの偏見には、家族からの偏見も含まれるため、周囲の定義に家族、友人、近所の人、職場関係者などを含めるとした。

参考： 問 1 で記入者が「1. 患者本人」と回答した 5,234 名の問 39 の分布
問 39. あなたは、周囲（家族、友人、近所の人、職場関係者など）の人からがんに対する偏見を感じますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. よく感じる	95	1.9%	2.2%
2. ときどき感じる	479	9.4%	8.4%
3. どちらともいえない	564	11.1%	10.1%
4. あまり感じたことはない	2,001	39.3%	40.6%
5. まったく感じたことはない	1,743	34.3%	35.0%
6. 該当しない / わからない	206	4.1%	3.7%

無回答 146 名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C11a

拠点病院のがん患者の臨床試験への認知度

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院のがん患者	臨床試験に関して、「よく知っている」と答えた患者の割合
結果	8.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において「問 33.「臨床試験」とは何か知っていますか？」という問いに対し {1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 聞いたことはあるが、あまり知らない 4. 聞いたことがない} のうち、「1. よく知っている」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がんの治療の進歩に臨床試験は欠かせない。臨床試験への参加は患者の意思によるものであり、そのためにはまず出発点として、患者が臨床試験をよく知ることが重要である。指標を設定するパネルの議論では「説明ができるレベル」まで知識がある人が増えることが望ましい、という意見でコンセンサスが得られた。しかし、質問項目のパイロット調査においては、実際に「説明ができるレベル」にあっても、回答者の性格傾向や、謙虚さを美德とする社会傾向 (Social Desirability) によりそのような回答はしづらい、との意見があり、「よく知っている」という表現にとどめた。

参考： 問 33.「臨床試験」とは何か知っていますか？ (○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく知っている	531	8.6%	8.5%
2. ある程度知っている	2,103	34.1%	35.7%
3. 聞いたことはあるが、あまり知らない	3,188	51.6%	50.5%
4. 聞いたことがない	354	5.7%	5.3%

無回答 553 名は除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。また、質問の方法・表現・選択肢の設定によって「よく知っている」の割合は大きく変化する可能性がある。実際、平成 26 年の内閣府の「がん対策に関する世論調査」は一般人を対象とするもので、臨床試験を「よく知っている」と答えた者の割合は 43.1% である。この調査が対面調査であることや、選択肢が「よく知っている」「言葉だけは知っている」「知らない」のみであったことが影響していると考えられる。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C14

がん休職後の復職率（復職）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がんで休職した人（のうち復職を希望した人）のサンプル	治療後に復職した人の割合
結果	84.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月調査	
注	サンプル法を反映した補正值	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？」という問いに対し、「はい」と回答し、「問 27: がんで初めて治療・療養した時、一定期間仕事を休みましたか？また、その後復職・復帰しましたか？」という問いに対し、「2. 現在まで継続して休んでいる」、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」、「4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した」と回答した患者を対象（分母）とした。このうち、問 27 で「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がん患者の生存率が向上していく中で、就労が可能な患者も増えているとされている。仕事は社会との関わりを保つ意味でも重要であり、また、がん治療に経済的負担が考えられることから、就労を希望する患者が働ける社会を構築することは重要である。本指標はそのような状況が達成されているかを吟味するため、就労希望者のうち実際に復職した者の割合を算定した。

参考： 問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 27 の分布

問 27. がんで初めて治療・療養した時、一定期間仕事を休みましたか？また、その後復職・復帰しましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 休まなかった	348	11.8%	12.7%
2. 現在まで継続して休んでいる	68	2.3%	2.1%
3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した	1,904	64.6%	63.2%
4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した	276	9.4%	9.6%
5. 一定期間の休みをとることなく、退職・廃業した	320	10.9%	11.5%
6. その他	32	1.1%	1.0%

無回答 54 名は除外。

指標は、問 24 で「1. はい」かつ問 27 で「2. 現在まで継続して休んでいる」、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」、「4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した」と回答した 2,248 名のうち、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した患者 1,904 名の割合を算定。粗解析値 84.7%、補正值 84.5%であった。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C15

がん治療のために退職した患者のうち新規就労した者の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がんで退職した人のサンプル (休職後、退職を含む)	治療後に新規就労を希望した人のうち新規就労した人の割合
結果	47.2%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 24:がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？」という問いに対し、「はい」と回答し、「問 28.これまでのがん治療・療養を通して、退職・廃業の有無と現在の仕事の状況について、あてはまるものをお答え下さい。」という問いに対し、「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」または「3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない」と回答した患者を対象(分母)とした。このうち、「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がんの治療のために一度仕事から離れた(退職・廃業)患者が、再度就労を希望した際に、がんの既往があるために採用時、雇用時に差別を受けることがないようにすることは、がん対策推進基本計画¹に記載されている事項となっている。このように、がん対策の目指すべきアウトカムの1つであるという考えに基づいて本指標が設定された。

問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？ (○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

参考： 問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 28 の分布
問 28. これまでのがん治療・療養を通して、退職・廃業の有無と現在の仕事の状況について、あてはまるものをお答え下さい。(○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 退職・廃業したことはない (休職・休業中で退職・廃業していない場合を含む)	1,810	63.6%	63.9%
2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している	253	8.9%	7.4%
3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない	240	8.4%	8.3%
4. 退職・廃業した。特に希望はないため、現在は再就職・復業・開業していない	403	14.2%	16.0%
5. その他	142	5.0%	4.4%

無回答 154 名を除外。

指標は、問 24 で「1. はい」かつ問 28 で「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」または「3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない」と回答した 493 名のうち、問 28 で「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」と回答した患者 253 名の割合を算定。粗解析値 51.3%、補正值 47.2%であった。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料： ¹ 厚生労働省 平成 24 年 6 月 「がん対策推進基本計画」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

指標 C16

治療にかかる費用のために治療を変更・断念した患者の割合 (がん診療による経済負担)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者サンプル	経済的な負担のために治療を変更・断念したと返答した患者の割合
結果	0.68%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	代替医療や民間療法、エビデンスがなく保険適応になっていない治療など、公的医療保険外の治療をあきらめた患者はカウントしていない。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？」という問いに対し、「1. ある」と回答し、かつ「問 21: 治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか？」という問いで {1. 公的医療保険外の治療 (先進医療を含む) 2. 公的医療保険内の治療 9. わからない} のうち、「2. 公的医療保険内の治療」と回答した患者の割合を指標とした。無回答患者、「9. わからない」と回答した患者は分母より除外。

指標の根拠： 経済的負担のために公的医療保険内のがん治療を変更したり、断念したりすることがないようにするのは、がん対策推進基本計画の全体目標である「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」¹へとつながる重要な要素である。

参考： 問 20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. ある	175	2.65%	2.66%
2. ない	6,431	97.35%	97.34%

無回答 123 名は除外。

問 20 で「1. ある」と回答した 175 名の問 21 の分布

問 21. 治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか？
(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 公的医療保険外の治療 (先進医療を含む)	102	66.7%	71.8%
2. 公的医療保険内の治療	51	33.3%	28.2%

無回答 5 名、「9. わからない」17 名を除外。

指標は、問 20 を回答した 6,606 名のうち、問 21 で公的医療保険内の治療と回答した患者 51 名の割合を算定。粗解析値 0.77%、補正值 0.68% であった。

留意点： 調査に回答した患者のうち、治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがあり、治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は公的医療保険内の治療であると回答した患者の割合。公的医療保険外の治療 (代替医療や民間療法、エビデンスがなく保険適応になっていない治療など) をあきらめた患者については、その範囲を限定することが困難であるため、本指標においては計上していない。
サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料： ¹ 厚生労働省 平成 24 年 6 月「がん対策推進基本計画」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

指標 C19a

就労とがん治療を両立させるために勤務先から支援が得られたがん患者の割合（企業による就労支援体制）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者（がんになったときに就労していた者）	治療中、勤務先によるがん治療と就労の両立の支援がなされている、と感じた者の割合
結果	68.3%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？」という問いに対し、「はい」と回答した患者のうち、「問 26: がんの治療中に、治療と仕事を両方続けられるような支援または配慮を職場や仕事上の関係者から受けたと思いますか？」という問いで、{1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない 9. わからない} のうち、「1. そう思う」または「2. ややそう思う」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がん患者の増加と医療の進歩により、治療をしながら働き続けるがん患者は年々増加している。就労と治療を両立させることは、経済的に困難な状況に陥るのを防ぐだけではなく、患者本人のアイデンティティや生きがいに大きく影響を与え、QOL の向上をもたらす。勤務先での理解と支援を得られることの重要性は、がん対策推進基本計画¹の個別施策にも明記され（「事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい」）、全体目標である「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」にとって重要な要素である。勤務先により時短勤務、在宅勤務、休業補償など様々な制度がある場合と、制度自体はなくても状況に応じて個々の勤務者に臨機応変に対応している場合とがあり、制度自体が存在していても、治療と就労の両立が困難な状況があると考えられる。がん患者が必要とする就労支援は、非常に個別性が高く、時間とともに状況も変化するため²、この指標では、「企業が何らかの制度を設けているか」ではなく、「患者が治療と就労を両立するための支援を受けたと思うか」に焦点をあて、よりアウトカムに近い設問を指標としている。

参考： 問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 26 の分布

問 26. がんの治療中に、治療と仕事を両方続けられるような支援または配慮を職場や仕事上の関係者から受けたと思いますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. そう思う	1,457	50.6%	50.5%
2. ややそう思う	495	17.2%	17.8%
3. どちらともいえない	324	11.3%	11.1%
4. あまりそう思わない	101	3.5%	3.3%
5. そう思わない	311	10.8%	10.9%
9. わからない	193	6.7%	6.5%

無回答 121 名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- ¹ 厚生労働省 平成 24 年 6 月 「がん対策推進基本計画」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html>
(アクセス 2015 年 5 月 7 日)
- ² 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 (H22- がん臨床 - 一般 -008) 「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」 班 (主任研究者 高橋都) 「企業 (上司・同僚、人事労務、事業主) のための『がん就労者』支援マニュアル」
<<http://www.cancer-work.jp/tool/index.html>> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

緩. 緩和分野

指標 緩 1

(死亡場所) 死亡場所 (自宅)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全がん死亡者	がん患者の自宅死亡割合
結果	9.6%	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設（老人ホーム・介護老人保健施設）に含まれている可能性がある。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は、人口動態調査結果「死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率」より死因「悪性新生物」の総数とし、そのうち死亡場所が「自宅」の割合を指標とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死（good death）に対する重要な要素である¹。また、がん患者遺族では、88%が療養場所として自宅を希望し、68%が死亡場所として自宅を希望したことが示されている²。在宅療養や在宅看取りを可能とするためには、緩和ケアが地域全体で提供される必要がある³⁻⁸。がん患者にとっての good death と地域緩和ケア提供体制を間接的に把握するための指標とした。

参考： がんによる死亡者の自宅死亡割合は、平成 21 年 7.8%、平成 23 年 8.2%、平成 24 年 8.9%、平成 25 年 9.6% であった。

留意点： グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設（老人ホーム）に含まれている可能性がある。

データ源： 平成 25 年 (2013) 人口動態調査

資料：

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 2007 Jun;18(6):1090-7.
- Choi JI, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer.* 2010 Nov;18(11):1445-53.
- Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol.* 2013 Jun;14(7):638-46.
- Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. *Lancet* 2000, 356:888-893.
- Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002, 24:53-63.
- Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001, 19:3884-3894.
- Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997, 43:1983-1992.
- Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, Coulson K, Jeffery E, Preston S, Eichholz M, Van Dijk JP, Smith A. Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2009, 38:483-495.

指標 緩 2

(死亡場所) 死亡場所 (施設)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全がん死亡者	がん患者の施設死亡割合
結果	2.2%	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム・介護老人保健施設) に含まれている可能性がある。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は、人口動態調査「死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率」より死因「悪性新生物」の総数とし、そのうち死亡場所が「介護老人保健施設」および「老人ホーム」の合計割合を指標とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合と併せて、施設死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死 (good death) に対する重要な要素である¹。高齢単身世帯の割合が増加していることを踏まえ²、高齢単身者の自宅に代わる療養場所として老人ホームや介護老人保健施設を想定し、自宅死亡割合と併せて施設死亡割合を指標とした。

参考： がんによる死亡者の施設死亡割合は、平成 21 年 1.2%、平成 23 年 1.6%、平成 24 年 2.0%、平成 25 年 2.2% であった。

留意点： グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム) に含まれている可能性がある。

データ源： 平成 25 年 (2013) 人口動態調査

資料： ¹ Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 2007 Jun;18(6):1090-7.

² 総務省 国勢調査 <<http://www.e-stat.go.jp/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 3

(医療用麻薬の利用状況) 主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	(絶対値)	主要な医療用麻薬 (経口モルヒネ + 経腸モルヒネ + 経口オキシコドン + 経皮フェンタニル) の消費量 (kg/年)
結果	4,915kg	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「主要な医療用麻薬 (モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算 (g) の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液年間消費量 モルヒネ換算 (g)」を除いた数値を代理指標とする。	

詳細

指標の定義： 医療用麻薬の剤形別の全国消費量を把握することが困難であり、現時点で測定可能な数値として、A) がん患者の疼痛緩和に用いる主要な医療用麻薬 (モルヒネ + オキシコドン + フェンタニル) の年間合計消費量 モルヒネ換算 (g) から、B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算 (g) を引いた数値 A) - B) とした。フェンタニル注射液は、周術期の鎮痛薬として使用されることも多いため、がん疼痛緩和に用いる主要医療用麻薬の全消費量から除いた数値を代理指標とした (表記は kg 単位)。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る」という観点から、医療用麻薬の消費量が指標となった。医療用麻薬の消費量は、国単位の国際比較で用いられる場合はあるが¹、指標としては法規制の指標 (医療用麻薬が使用できるかどうか) と考えられており、国内の同じ法規制下にある状況下で、施設単位、地域単位の国内のがん疼痛管理の指標として用いることができるかどうかは検討課題となっている²。指標となりがたい理由には、患者自身のアウトカム評価ではない、疼痛緩和や緩和ケアの体制のみではなく病院の特性 (疼痛のある進行がん患者をよく診るかどうかが影響する、適切な治療をすれば医療用麻薬の消費量は減少する、オピオイド消費量と鎮痛の質は比例関係にないなどが挙げられている。しかしながら、現時点でがん疼痛治療の客観的な指標としてほかに適切な指標がないため、がん疼痛治療に用いる主要な医療用麻薬の消費量を指標とした。

参考： A) がん患者の疼痛緩和に用いる主要な医療用麻薬 (モルヒネ + オキシコドン + フェンタニル) の年間合計消費量 モルヒネ換算 (g) から、B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算 (g) を引いた数値は、平成 22 年 5,057,716g、平成 23 年 4,978,341g、平成 24 年 4,913,283g、平成 25 年 4,914,598g であった。

留意点： がん疼痛緩和の質を評価する方法については、研究班²の研究結果を踏まえて検討していく必要がある。

データ源： 厚生労働省

資料： ¹ 国際麻薬統制委員会 (INCB : International Narcotics Control Board)
Available from: <<https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/index.html>>
(アクセス 2015 年 9 月 1 日)

² 厚生労働省「第 47 回がん対策推進協議会」資料 4 : 「がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和に対する取り組みの評価と改善に関する研究」班の成果について
Available from: <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gan-taisakukenkouzhoushinka/0000076624.pdf>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 4

(緩和ケア専門サービスの普及) 専門的緩和ケアサービスの利用状況

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全医療機関	過去 1 年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・(機能強化型) 在宅療養支援診療所・(機能強化型) 訪問看護ステーションを利用したがん患者数 (延べ数)
結果	<p>56,655</p> <p>緩和ケアチーム新規診療症例数</p> <p>21,109</p> <p>緩和ケア外来新規診療症例数</p>	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	<p>医療機関による自己申告。</p> <p>専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院の現況報告緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。</p>	

詳細

- 指標の定義：** 専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院現況報告における「緩和ケアチームによる年間新規診療症例数」と「緩和ケア外来の年間新規診療症例数」の各合計を代理指標とした。対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。
- 指標の根拠：** がん対策の緩和ケアの目標である「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提供体制の整備と質の向上」という観点から、専門的緩和ケアサービスの利用状況が指標となった。標準的疼痛治療法である WHO 方式がん疼痛治療では、鎮痛が得られない患者が 1～3 割おり、専門的緩和ケアサービスが、患者の疼痛緩和に寄与することが示されている¹⁻⁶。本指標は、専門的緩和ケアサービス機能の稼動状況を把握するため、利用者数を指標とした。海外でも専門的緩和ケアサービスの指標の一つとして、緩和ケアの専門家へのコンサルテーション数が推奨されている⁷。

参考： 政府統計、医療施設調査では、1カ月間（9月）の緩和ケアチームの新規依頼件数は平成20年3,453（612施設）、平成23年5,191（861施設）であった。

医療施設調査：緩和ケアの状況		平成20年	平成23年
緩和ケア病棟	9月中の取扱患者延数	70,542	87,483
緩和ケアチーム	9月中の患者数	16,349	23,374
	（再掲）新規依頼患者数	3,453	5,191

平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告では、以下のとおりであった（397施設 / 409施設）。

（平成25年1月1日～平成25年12月31日）	平成25年
緩和ケアチーム：年間新規診療症例数	56,655
緩和ケア外来：年間新規診療症例数	21,109

留意点： 現時点で測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院現況報告の「緩和ケアチームによる年間新規診療症例数」と「緩和ケア外来の年間新規診療症例数」を用いた代理指標であり、全医療機関の合計ではない。

データ源： 平成26年 がん診療連携拠点病院現況報告

- 資料：**
- 1 Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer*. 1999;85(8):1849-58.
 - 2 Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995;63(1):65-76.
 - 3 Azevedo Sao Leao Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1086-93.
 - 4 Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, Douglas HR, Norman CE. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(2):96-106.
 - 5 Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*. 1998;12(5):317-32.
 - 6 Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299(14):1698-709.
 - 7 Weissman DE, Meier DE, Spragens LH. Center to Advance Palliative Care palliative care consultation service metrics: consensus recommendations. *J Palliat Med*. 2008 Dec;11(10):1294-8.

指標 緩 5

(緩和ケア専門人員の配置) 専門・認定看護師の専門分野への配置

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師	緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事している割合
結果		<p>56.0%</p> <p>がん看護専門看護師</p> <p>62.4%</p> <p>緩和ケア認定看護師</p> <p>50.3%</p> <p>がん性疼痛認定看護師</p>
期間	平成 26 年 8 月～9 月 (2014)	
注	医療機関による自己申告。 がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師の中で「業務全体の中で、緩和ケアはどのくらいの割合を占めますか」の問いに 50% 以上と回答した割合。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 22 日時点で公益社団法人日本看護協会に登録されている、がん看護専門看護師 (514 名)、緩和ケア認定看護師 (1652 名)、がん性疼痛看護認定看護師 (747 名) のうち、緩和ケアを提供することが「ある (間接的に提供する場合も含む)」と回答した看護師のうち、「あなたご自身の業務全体の中で、緩和ケアはどのくらいの割合を占めますか。」という問いに、50% 以上と回答した割合とした。本指標における専任とは、業務全体の中で緩和ケアに関する業務に 50～80% 従事するとし、専従とは、業務全体の中で緩和ケアに関する業務に 80% 以上従事するとした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、がん看護専門看護師・認定看護師等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る」という観点から、専門・認定看護師の専門分野への配置が指標となった。がん診療連携拠点病院の指定要件では、緩和ケア提供体制の整備のため、緩和ケアチームまたは緩和ケアセンターに、公益社団法人日本看護協会が認定するがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師のいずれかを専従として配置することが示されており¹、その配置状況を把握するための指標とした。

参考： 平成 26 年 8～9 月に公益社団法人日本看護協会が実施した調査結果を示す。

業務全体の中で占める緩和ケアの割合	がん看護専門看護師 (n=173)	緩和ケア認定看護師 (n=618)	がん性疼痛認定看護師 (n=249)
1-19%	15.6%	13.4%	18.5%
20-49%	27.2%	23.3%	30.1%
50-79%	25.4%	20.2%	17.7%
80-99%	21.4%	20.2%	16.5%
100%	9.2%	22.0%	16.1%

留意点： 数値は、業務全体に占める緩和ケアの割合であり、緩和ケア領域の専門分野 (緩和ケアチーム、緩和ケアセンター、相談支援センターなど) の業務に限定しない一般的な診療環境で提供されるケアも含まれている。専門人員の状況については、日本緩和医療学会が認定する専門医数についても併せて参考とする。

データ源： 2014 年 公益社団法人日本看護協会調べ

資料： ¹ 平成 26 年 1 月 10 日付健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf
 (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 6

(一般医療者に対する教育) 緩和ケア研修修了者数

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	(絶対値)	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数
結果	57,764人	
期間	平成 27 年 3 月 (2015)	
注	修了者の累計数。	

詳細

指標の定義： 「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」(平成 20 年 4 月 1 日付健発第 0401016 号、厚生労働省健康局長通知) に基づき開催された、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修の修了者の累計数とする。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「5 年以内に、がん医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」という観点から、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修の修了者数が指標となった。緩和ケア提供のバリアの一つとして、医師の緩和ケアに関する知識・技術の不足があることが示されている。これまで医師は、緩和ケアに関する基本的な教育を系統的に受ける機会がなかった。医師の知識の習得を間接的に把握するため、研修の修了者数を指標とした。

参考： 平成 20 年 12 月 1,071 名、平成 22 年 12 月 20,124 名、平成 25 年 3 月 40,550 名、平成 26 年 9 月 52,254 名、平成 27 年 3 月 57,764 名であった。

留意点： 看護師の教育については、「がん医療に携わる看護師研修 (日本看護協会)」の研修プログラム修了者を併せて参考指標とする。

データ源： 厚生労働省

資料： ¹ Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. J Palliat Med. 2007 Apr;10(2):390-9.

指標 緩 7

(一般市民への普及) 一般市民の緩和ケアの認識

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	一般市民	「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげるということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合
結果		40.5% 緩和ケアをよく知っている 57.9% 診断されたときから
期間		平成 26 年 11 月 (2014)
注		

詳細

指標の定義： 対象（分母）は一般市民とし、「がん医療における緩和ケアとはがんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか。」という問いに対し、回答方法は「よく知っている」「言葉だけは知っている」「知らない」のうち、「よく知っている」と回答した割合、および「あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか。この中から1つだけお答えください。」という問いに対し、回答方法は「がんと診断されたときから」「がんの治療が始まったときから」「がんが治る見込みがなくなったときから」のうち、「がんと診断されたときから」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「緩和ケアの意義や診断されたときからの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する」という観点から、一般市民の緩和ケアの認識が指標となった。患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており¹、わが国においても、一般市民の緩和ケアに関する認識不足が認められている^{2,3}。がん対策の施策として一般民への普及啓発が進められていることから、一般市民への普及啓発の状況を把握するための指標とした。

参考： 平成 25 年 (1,883 名)、平成 26 年 (1,799 名) のがん対策に関する世論調査結果を示す。

設問	選択肢	H 25 年 1 月	H 26 年 11 月
がん医療における緩和ケアとは、がんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか。	よく知っている	34.3%	40.5%
	言葉だけは知っている	29.0%	26.8%
	知らない	35.7%	31.8%
あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか。	がんと診断されたときから	58.3%	57.9%
	がんの治療が始まったときから	22.6%	21.8%
	がんが治る見込みがなくなったときから	13.1%	13.9%

データ源： 平成 26 年 (2014) がん対策に関する世論調査

資料：

- ¹ Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med.* 2004 Apr;18(3):202-16.
- ² Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, Hirai K, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakashima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Akechi T, Uchitomi Y. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Apr;31(4):306-16.
- ³ Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med.* 2011 Aug;14(8):918-22.

指標 緩 8

(一般市民への普及) 一般市民の医療用麻薬に対する認識

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	一般市民	「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合
結果	52.8%	
期間	平成 26 年 11 月 (2014)	
注		

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は一般市民とし、「あなたは、医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか。この中から当てはまるものをいくつでもお答えください。」という問いに対し、「正しく使用すれば安全だと思う」を選択した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「緩和ケアの意義や、診断されたときからの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する」という観点から、一般市民の医療用麻薬に対する認識が指標となった。患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており¹、わが国においても、患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が認められている^{2, 3}。がん対策の施策として一般市民への普及啓発が進められていることから、一般市民の医療用麻薬に対する認識を把握するための指標とした。

参考： 平成 26 年 (1,799 名) のがん対策に関する世論調査結果を示す。

設問	選択肢	回答
医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか。(複数回答可)	正しく使用すればがんの痛みにも効果的だと思う	55.7%
	正しく使用すれば安全だと思う	52.8%
	だんだん効かなくなると思う	37.1%
	最後の手段だと思う	32.6%
	いったん使用し始めたらやめられなくなると思う	17.7%
	眠気や便秘などの副作用が強と思う	15.3%
	寿命を縮めると思う	12.9%
	「麻薬」という言葉が含まれていて、怖いと思う	11.6%
	精神的におかしくなると思う	10.0%
	がんの治療に悪い影響があると思う	2.2%
	使用することは道徳に反することだと思う	1.2%
がんの痛みが生じ、医師から医療用麻薬の使用を提案された場合、医療用麻薬を使用したいと思いますか。	使いたい	41.3%
	どちらかといえば使いたい	31.0%
	どちらかといえば使いたくない	19.5%
	使いたくない	5.1%

データ源： 平成 26 年 (2014) がん対策に関する世論調査

- 資料：**
- ¹ Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. Palliat Med. 2004 Apr;18(3):202-16.
 - ² Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Concerns of Japanese hospice inpatients about morphine therapy as a factor in pain management: a pilot study. J Palliat Care. 2000 Winter;16(4):54-8.
 - ³ Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, Hirai K, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakashima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Akechi T, Uchitomi Y. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2006 Apr;31(4):306-16.

指標 緩 9

(緩和ケアに関する地域連携)地域多職種カンファレンスの開催状況

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	都道府県内で緩和ケアに関する多職種連携カンファレンスを開催した回数
結果	1,799回	
期間	平成 25 年 8 月 1 日～平成 26 年 7 月 31 日 (2013～2014)	
注	医療機関による自己申告。 緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が多職種が参加するカンファレンスであり、「退院前カンファレンス」など、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まれない。	

詳細

- 指標の定義：** 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを開催した年間回数」の合計とした。数値は、1) 自施設が主催したカンファレンスのみ、2) 多職種カンファレンスとは「地域全体の医療を推進するための地域医療を支える多施設かつ多職種の連携強化と顔の見える関係づくりを目的として、緩和ケアに関わる多職種の医療従事者・医療福祉従事者が一同に会する場」であり、3) 患者の退院支援カンファレンスなど、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まない。
- 指標の根拠：** 地域の緩和ケアに関する連携を促進するためには、多職種カンファレンスなどによる地域内の医療福祉従事者間のコミュニケーションの向上が寄与することが示されている¹⁻⁸。緩和ケアの地域連携の指標として、地域内の医療機関の連携が実際に行われているかを把握するため、地域多職種カンファレンスの開催数を指標とした。
- 参考：** がん診療連携拠点病院の現況報告では、1,799 回 (平成 25 年 8 月 1 日～平成 26 年 7 月 31 日) であった (403 施設 / 409 施設)。
- 留意点：** 平成 26 年現在指定されているがん診療連携拠点病院が自施設で主催した多職種連携カンファレンス数の合計である。
- データ源：** 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告
- 資料：**

- ¹ Imura C, Morita T, Kato M, Akizuki N, Kinoshita H, Shirahige Y, Suzuki S, Takebayashi T, Yoshihara R, Eguchi K. How and why did a regional palliative care program lead to changes in a region? A qualitative analysis of the Japan OPTIM study. J Pain Symptom Manage. 2014 May;47(5):849-59.
- ² Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. 2013 Jun;14(7):638-46.
- ³ Munday D, Mohmood K, Dale J, King N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? Fam Pract 2007, 24:486-494.
- ⁴ Dale J, Petrova M, Munday D, Koistinen-Harris J, Lall R, Thomas K. A national facilitation project to improve primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework on process and self-ratings of quality. Qual Saf Health Care 2009, 18:174-180.
- ⁵ Walsh C, Caress A, Chew-Graham C, Todd C. Implementation and impact of the Gold Standards framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts. Palliat Med 2008, 22:736-743.
- ⁶ Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. J Palliat Care 2007, 23:143-153.
- ⁷ Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration. Evidence from rural palliative care. Aust J Rural Health 2009, 17:263-267.
- ⁸ Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, ten Voorde MA, Pruyt JF. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. J Palliat Med 2005, 8:808-816.

指標 緩 10

(がん患者の QOL) がん患者のからだのつらさ

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	57.4%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」1263/4920、「そう思わない」1541/4920。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。質問「現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・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」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「からだのつらさ」の無さを指標とした。海外では、がん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。本指標は、政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44a. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	555	10.9%	10.6%
2. ややそう思う	1218	23.9%	23.9%
3. どちらともいえない	421	8.3%	8.1%
4. あまりそう思わない	1302	25.5%	25.9%
5. そう思わない	1607	31.5%	31.5%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 131 を除外。
なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は、57% (「あまりそう思わない」17%、「そう思わない」40%) であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- 1 Clouser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.
- 2 Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario. <<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 3 Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 4 厚生労働省「受療行動調査」 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 11

(がん患者の QOL) がん患者の疼痛

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	72.0%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」924/4805、「そう思わない」2494/4805。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。「現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・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」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「疼痛」の無さを指標とした。海外においてもがん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。
本指標は政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44b. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	337	6.8%	6.3%
2. ややそう思う	721	14.5%	14.1%
3. どちらともいえない	390	7.8%	7.7%
4. あまりそう思わない	954	19.1%	20.0%
5. そう思わない	2585	51.8%	51.9%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 247 を除外。
なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は、66% (「あまりそう思わない」13%、「そう思わない」52%) であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- 1 Clouser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.
- 2 Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario. <<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 3 Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- 4 厚生労働省「受療行動調査」 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 12

(がん患者の QOL) がん患者の気持ちのつらさ

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、「あまりそう思わない」、「そう思わない」と回答した割合
結果	61.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	回答内訳は「あまりそう思わない」1008/4819、「そう思わない」1879/4819。 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定されるため、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 27 年 1～3 月に実施した患者体験調査の回答者とし、がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外した。質問「現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、回答方法は「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」の 5 段階評価とし、「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的苦痛・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」という観点から、がん患者の療養生活の質 (Quality-of-life, QOL) として「気持ちのつらさ」の無さを指標とした。海外においてもがん患者の QOL を人口集団レベルで評価する取り組みがあり、経年的な調査が実施されている¹⁻³。
本指標は政府統計、受療行動調査と同様の質問を用いることで、受療行動調査結果を補助資料として利用できる⁴。

参考： 患者体験調査の解析結果：
問 44c. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	477	9.5%	8.7%
2. ややそう思う	1011	20.2%	19.6%
3. どちらともいえない	520	10.4%	10.2%
4. あまりそう思わない	1044	20.9%	22.2%
5. そう思わない	1953	39.0%	39.3%

記入者が患者本人であると回答した 5234 名中、無回答 229 を除外。

なお、平成 23 年の受療行動調査では、同質問に対する回答割合は 57%、「あまりそう思わない」15%、「そう思わない」42%であった。

留意点： 終末期がん患者に関しては、調査への回答が難しいことが想定され、本指標のみでがん患者全体の QOL を把握することは困難である。がん患者全体を評価するためには、遺族調査による QOL 調査結果等を補助資料として用いて結果を解釈することが必要である。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

資料：

- ¹ Clauser SB, Haffer SC. SEER-MHOS: a new federal collaboration on cancer outcomes research. Health Care Financing Review. 2008;29(4):1-4.
- ² Cancer System Quality Index 2014. Cancer Quality Council of Ontario.
<<http://www.csqi.on.ca/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- ³ Quality of Life of Cancer Survivors in England: Report on a pilot survey using Patient Reported Outcome Measures (PROMS). 2012 NHS.
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/267042/9284-TSO-2900701-PROMS-1.pdf> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)
- ⁴ 厚生労働省「受療行動調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標予1

成人喫煙率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満20歳以上の成人	現在習慣的に喫煙している者（これまでにたばこを習慣的に吸っていた者）のうち、この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した者
結果	19.3% (男性32.2% 女性8.2%)	
期間	平成25年度	
注	減少傾向にある。目標は平成34年までに12%以下。自己申告のため過小評価の可能性はある	

詳細

指標の定義： 満20歳以上の成人のうち、「現在習慣的に喫煙している」（これまでにたばこを習慣的に吸っている（吸っていた）者）のうち、この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した人の割合。

「現在習慣的に喫煙している者」とは、これまで習慣的にたばこを吸っていたと回答した人の数を指す。平成15～21年度の調査では、合計100本以上または6ヶ月以上たばこを吸っている（吸っていた）と回答した人を対象とした。平成25年度の調査から「現在習慣的に喫煙している者」とは、たばこを「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答した人の割合に変更された。喫煙者の定義が変更されたことの影響について留意する必要がある。

指標の根拠： 喫煙は、肺、咽頭、喉頭、食道、胃、大腸、肝臓等に対して発がん性があることが「確実」と評価されている¹。日本人においても、喫煙によりがん全体のリスクが上がることは「確実」であり²、本人の喫煙のがん罹患に寄与する割合は男性で29.7%、女性で5.0%と推定されている³。喫煙は、特に男性においてがんに寄与する割合が最も高いリスク要因となっており、がん予防において喫煙率を低下させることは重要な課題であるとともに、がんのみならずほかの非感染性疾患（循環器疾患や肺気腫等）の予防にもつながる。成人の喫煙については、閣議決定された政府目標では、喫煙をやめたい人がやめることで成人全体の喫煙率の減少を目指しており、喫煙者（現在習慣的に喫煙している者）のうち、たばこをやめたいと回答した人（平成22年度、37.6%）がすべて禁煙した場合に到達する割合として12%と設定された。本指標では国全体の成人の喫煙率を経年的に把握するために、「健康日本21（第二次）」でも活用されている国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考： 成人全体の喫煙率は、平成7年度以降減少傾向にある。成人男性では、平成7年度以降減少傾向であったが平成22年度以降は増加の兆しが見られる。成人女性では、平成7年度以降40歳代で増加傾向にあり、20歳代・30歳代では近年減少傾向にある。

基本計画目標		H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度
全体	12%以下（H34年度）	27.7%	24.1%	19.5%	20.7%	19.3%
男性		46.8%	39.4%	32.2%	34.1%	32.2%
女性		11.3%	11.0%	8.4%	9.0%	8.2%

< 参考資料 >

「国民生活基礎調査」の健康調査票からみた成人喫煙率

基本計画目標		H19年度	H22年度	H25年度
全体	12%以下（H34年）	25.6%	21.2%	21.6%
男性	12%以下（H34年）	39.7%	33.1%	33.7%
女性	12%以下（H34年）	12.7%	10.4%	10.7%

満20歳以上の成人のうち、「あなたはたばこを吸いますか」という質問に対し、「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者の割合を示す。

「国民健康・栄養調査」からみた現在習慣的に喫煙している者(20歳以上)の禁煙希望割合

	H 20 年度	H 21 年度	H 22 年度	H 23 年度	H 25 年度
全体	30.5%	34.2%	37.6%	35.4%	24.6%
男性	28.5%	31.7%	35.9%	32.8%	23.4%
女性	37.4%	41.6%	43.6%	42.8%	28.6%

満 20 歳以上の成人のうち、「たばこをやめたいと思う者」の割合。H24 年度は調査未実施

留意点：

「国民健康・栄養調査」は、質問紙による調査であり回答者の自己申告であること（過少・過大申告の可能性）、調査協力率が男性より女性で、また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなど⁴に留意して結果を解釈する必要がある。喫煙率は、女性 60 歳代・70 歳代において低いため（平成 22 年度結果）、成人の男女総数の喫煙率は高齢化の影響や調査の回答率の影響を受けやすい。成人の総数での喫煙率だけでなく、性別・年齢階級別で約 4 割の喫煙率の減少が達成できるか否かをみる必要がある⁵。平成 22 年度の調査から所得別に喫煙率を比較すると、男女ともに所得が 200 万円未満の世帯（男性 37.3%、女性 11.7%）と 200～600 万円未満の世帯（男性 33.6%、女性 8.8%）と所得が、600 万円以上の世帯（男性 27.0%、女性 6.4%）と比較して高くなっており、世帯所得による喫煙率の違いについても留意する必要がある^{註1}。さらに、平成 18～22 年度の 5 年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い、男性の喫煙率について高い方から低い方に 4 区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群 42.2%、下位群 33.5%と、地域による 10 ポイント近い格差が認められた（女性の都道府県別のデータについては該当者の割合が少なく変動係数が大きいため解析されていない）ことから、地域による喫煙率の差についても考慮する必要がある。平成 23 年度の調査では、東日本大震災の影響を考慮して岩手、宮城、福島 の 3 県が除かれているが、この 3 県における平成 22 年度の喫煙率は、全国平均と比べて宮城は低く、福島は高い傾向が認められたが、岩手はほぼ中間であった。なお、20 歳以上の現在習慣的に喫煙している者のうち、「たばこをやめたいと思う者」の割合は、男女ともに減少している。母集団のより多い国民生活基礎調査の結果を見ると平成 22 年度と平成 25 年度の喫煙率は、ほぼ同程度となっている。

注 1) 所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）から、わからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。

データ源：

「国民健康・栄養調査報告」の生活習慣調査票

平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島 の 3 県を除く、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。

資料：

- 1 Secretan B, Straif K, Baan R, et al ; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. Lancet Oncol. 2009;10(11):1033-4.
- 2 Inoue M, Tsuji I, Wakai K, Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan, et al; Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. Jpn J Clin Oncol. 2005;35(7):404-11.
- 3 Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- 4 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子, 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生 の 指 標. 2012;59(4):10-15.
- 5 西信雄, 奥田奈賀子. 健康日本 21 (第二次) の目標設定における国民健康・栄養調査. 保健医療科学 2012;61(5):399-408.

指標予2

未成年者の喫煙率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	中学校、高等学校の生徒	「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」
結果	中学男子 2.9% 中学女子 1.7% 高校男子 5.9% 高校女子 3.6%	
期間	平成24年度	
注	減少傾向にある。目標は平成34年までに0%。自己申告のため過小評価の可能性がある。	

詳細

指標の定義： 中学校、高等学校の生徒のうち、「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」の割合。

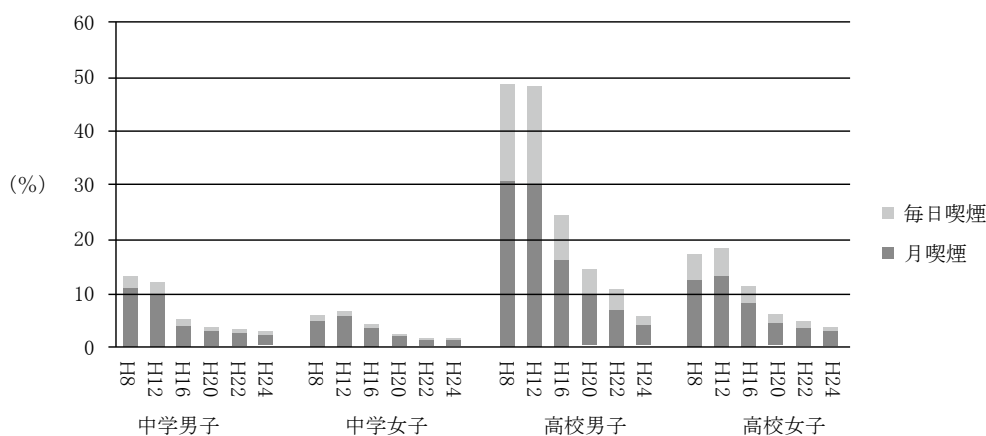
指標の根拠： 未成年者の喫煙は、法律上禁止されているとともに、発達期における有害物質への暴露は短期間・少量であっても成人に比べ健康への影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすい¹。さらに、喫煙が飲酒や非合法薬物へのゲートウェイ（入り口）になることが指摘されている²⁻⁵。実際に、青少年期に喫煙を開始すると、成人後に喫煙を開始した場合と比較して、がんや虚血性心疾患などの危険性がより高くなる⁶。国全体の未成年者の喫煙傾向について把握するため、これまで厚生労働科学研究として断続的に行われてきた「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査」^{7,8}の結果を用いた。

参考：

基本計画目標		H8年度	H12年度	H16年度	H20年度	H22年度	H24年度	備考
中学 男子	0%	13.3%	12.0%	5.1%	3.7%	3.2%	2.9%	減少傾向
中学 女子	(H34年度)	5.6%	6.6%	4.2%	2.2%	1.8%	1.7%	
高校 男子	0%	48.7%	48.3%	24.4%	14.4%	10.6%	5.9%	減少傾向
高校 女子	(H34年度)	17.2%	18.5%	11.3%	6.2%	4.9%	3.6%	

< 参考資料 >

中学生、高校生の喫煙率



月喫煙とは、この30日の間に1日でも喫煙する機会があった者の割合を指す。

留意点： 質問紙による調査であり回答者の自己申告であるため、未成年者の正確な喫煙状況を捉えきれていない可能性がある。例えば、調査においては回答者のプライバシーを配慮して実施されているが、学校単位で行われた調査であるため社会的な望ましさから、喫煙者は回答しない、または喫煙経験を控えめに申告するなどの可能性や、逆に思春期心理から、喫煙していないにもかかわらず喫煙したと回答された可能性がある。また、調査にあたって地域によって調査協力率にばらつきがあり、回答者が日本全国を代表していない可能性がある。平成 22 年度に内閣府が実施した「第 4 回非行原因に関する総合的研究調査」の青少年調査の結果によると、「たばこを吸ったことがある」と答えた割合は一般少年中学生 4.8%、高校生 13.3% であったのに対し、「非行少年」では中学生 69.6%、高校生 73.5% と、対象集団の特性により大きな違いがある点に留意する必要がある⁹。

参考)「非行少年」：補導少年(20 都道府県のうち、刑法及び特別法に違反または触れる行為により警察に補導された 12 歳以上の触法少年及び犯罪少年)と少年鑑別所在少年(15 都道府県に所在する少年鑑別所(17 か所)に在している少年を対象とした。また、一般少年は 15 都道府県の公立中学校(29 校)及び高等学校(29 校)に在籍する中学生 2,909 名、高校生 3,136 名を対象に平成 21 年度に実施された。

データ源： 「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」^{7,8} は、平成 8 年度から 4 年に 1 度実施されており、平成 20 年度より 2 年に 1 度調査が実施されている。平成 22 年度の調査では、過去の調査と同様に全国学校総覧に掲載された全国の中学校・高等学校(全日制の私立・公立高校)より中学校 131 校(選択率 1.2%)、高等学校 113 校(選択率 2.3%)を無作為抽出し、在校生徒全員に質問紙調査を実施した。協力の得られた中学校は 89 校(68%)、高等学校は 81 校(72%)で、合計 98,867 名から回答を得た。なお、過去の調査における中学校・高等学校の選択率は中学校約 1.1～1.2%、高等学校約 1.9～2.3%であり、そのうち協力の得られた学校の割合(協力率)は中学校約 66～70%、高等学校約 66～80%で、回答生徒数は、中学生約 4 万人、高校生約 5 万 5 千～7 万人であった。平成 8 年度の調査報告によると、調査における抽出方法は層別 1 段クラスター抽出で、地域ブロック(北海道、東北、関東Ⅰ、関東Ⅱ、北陸、東海、近畿Ⅰ、近畿Ⅱ、中国、四国、北九州、南九州)ごとの喫煙率を検討するために、地域ブロックを層として学校を無作為に層別抽出、抽出された学校の生徒全員が調査対象とされた。抽出標本数は、平成 2 年度に行われた中学生・高校生の喫煙行動に関する全国調査で得られた学校別喫煙率の分散と調査回答率を利用して算出された。また、地域ブロック別の生徒数に従って地域ブロック別の抽出数が決定され、各地域ブロックにおける調査対象校の抽出は各校の生徒数に比例した確率で行われた(確率比例抽出)。調査対象者へは担任を通し調査票および糊付封筒が配布され、その場で封をした上で回収を行った。調査に際しては、喫煙や飲酒を肯定、あるいは否定したりする発言をしないこと、生徒の調査票記入中に席を回ったり、覗き込んだりしないこと、調査開始時にこれはテストではないのでありのままを書くように伝えること、教員は封を開けないことなどの点を確保してプライバシーは守られるように配慮された。地域ブロック別に見ると、調査協力の得られた学校(協力率)にはばらつきがみられた(33.3～100%)。(健康日本 21、目標設定に関する主要データ、未成年者の喫煙行動に関する全国調査<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/data_1/7_miseinenkitsuen/index.html>(アクセス 2015 年 2 月 2 日))

資料：

- 1 簗輪眞澄、尾崎米厚．若年における喫煙開始がもたらす悪影響．保健医療科学．2005;54(4): 262-277.
- 2 Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". J Sch Health. 1993;63(7):302-6.
- 3 Parra-Medina DM, Talavera G, Elder JP, Woodruff SI. Role of cigarette smoking as a gateway drug to alcohol use in Hispanic junior high school students. J Natl Cancer Inst Monogr. 1995;(18):83-6.

- ⁴ Lindsay GB, Rainey J. Psychosocial and pharmacologic explanations of nicotine's "gateway drug" function. J Sch Health. 1997;67(4):123-6.
- ⁵ 鈴木健二, 木村充, 武田綾, 松下幸生. 思春期の喫煙開始は成人のアルコール乱用の gateway drug といえるか: 未成年者飲酒問題長期追跡調査から, 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 2008;43(1):44-53.
- ⁶ 厚生労働省 未成年者の喫煙について
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/qa/detail5.html>> (アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ⁷ 大井田隆 (代表) 厚生労働科学研究「循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業: 未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」報告書, 2010 年
- ⁸ 大井田隆 (代表) 厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」報告書概要版, 2012 年
- ⁹ 内閣府「非行原因に関する総合研究調査」(2010 年 5 月)
<<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikou4/gaiyou/gaiyou.html>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)

指標予3

受動喫煙の機会を有する者の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満20歳以上の成人	現在喫煙者以外の者が「この1ヶ月間に自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対して「ほぼ毎日、週に数回程度、週に1回程度、月に1回程度」と回答した者
結果		行政機関 9.7% 医療機関 6.5% 家庭 9.3% 飲食店 46.8%
期間		平成25年度
注	平成23年度から25年度の結果をみるとほぼ同程度かやや微増傾向にある。目標は平成34年度までに行政機関・医療機関0%、家庭3%、飲食店15%。自己申告のため過小評価の可能性がある	

詳細

指標の定義： 受動喫煙とは、「現在習慣的に喫煙している者」以外がたばこの煙を吸う機会のことであり、成人の男女総数のうち、現在喫煙者以外の者が下記に挙げられた場所それぞれにおいて「この1ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対する回答（「ほぼ毎日」「週に数回程度」「週に1回程度」「月に1回程度」「全くなかった」「行かなかった」）をもとに評価した。

各場所における「受動喫煙の機会を有する者」の定義

行政機関・医療機関	「行かなかった」と回答した者を除く、「月に1回程度」以上と回答した者
家庭	「ほぼ毎日」と回答した者（「行かなかった」という選択肢はない）
飲食店	「行かなかった」と回答した者を除く、「月に1回程度」以上と回答した者

指標の根拠： 受動喫煙は、非喫煙者においても肺がんの「確実」なリスク因子である¹のみならず、虚血性心疾患や脳卒中、小児における脳腫瘍や血液がんの確実なリスク因子である。日本人における受動喫煙ががん罹患に寄与する割合は、男性で0.2%、女性で1.2%と推定されており²、日本人のがんのリスクの評価においても、受動喫煙が肺がんのリスクとなるのは「ほぼ確実」と判断された³。厚生労働省は健康局長通知において、公共の場所においては原則全面禁煙が望ましい旨を通知しているが、全面禁煙が極めて困難な場合には、当面暫定的かつ例外的に喫煙可能区域（喫煙所）の設置を認めている。そこで、がん対策推進基本計画における国の政策目標としては、家庭と飲食店について、現状値から禁煙希望者が全て禁煙した場合の割合を減じた割合（家庭6.7%、飲食店31.3%）を半減させた値（家庭3%、飲食店15%）を目標として定めた。行政機関と医療機関については、これらの機関の公共性に鑑み、「受動喫煙の機会を有する者をなくす」という観点から、目標は0%とされた。国全体としての受動喫煙の機会を有する者の割合について経年的に把握するために、「国民健康・栄養調査報告」を用いた。

参考：

基本計画目標		H 20 年度	H 22 年度	H 23 年度	H 25 年度
行政機関	0% (H34 年)	16.9%	-	7.0%	9.7%
医療機関	0% (H34 年)	13.3%	-	5.9%	6.5%
家庭	3% (H34 年)	13.9%	10.7%	9.3%	9.3%
飲食店	15% (H34 年)	62.3%	50.1%	45.1%	46.8%

留意点：

「国民健康・栄養調査」は、質問紙による調査であり回答者の自己申告であること（過少・過大の可能性）、調査協力率が男性より女性で、また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなどに留意して結果を解釈する必要がある⁴。受動喫煙の機会を有する者の割合は、喫煙率とも関連するためこれらのデータを合わせてたばこ施策については評価していく必要がある。ただし、受動喫煙の機会が実際にどの程度あったかが不明瞭であり、回答者の主観的な回答に依存するため、調査結果は受動喫煙の機会を過小評価している可能性がある。

データ源：

「国民健康・栄養調査報告」の生活習慣調査票

平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島 の 3 県を除く、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。現在習慣的に喫煙している者とは、これまで習慣的にたばこを吸っていたと回答した者。

資料：

- ¹ Secretan B, Straif K, Baan R, et al. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. Lancet Oncol. 2009;10(11):1033-4.
- ² Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- ³ 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター 予防研究グループ
<http://epi.ncc.go.jp/can_prev/index.html> (アクセス 2015 年 1 月 28 日)
- ⁴ 西信雄、中出麻紀子、猿倉薫子、他 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因。厚生 の 指 標。 2012;59(4):10-15.

指標 予 4

受動喫煙の無い職場の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全国の全ての業種を含む事業所	受動喫煙防止対策 (全面禁煙又は空間分煙) を講じている職場
結果	65.5% (全面禁煙又は空間分煙実施割合)	
期間	平成 25 年度	
注	増加傾向である。目標は平成 32 年までに受動喫煙の無い職場の実現。事業所規模や業種によってばらつきがある	

詳細

指標の定義： 全国の全ての業種を含む事業所のうち、「受動喫煙防止対策 (全面禁煙又は空間分煙) を講じている職場」の割合

指標の根拠： 指標 予 3「受動喫煙の機会を有する者の割合」参照。職場における受動喫煙防止対策については、平成 4 年度以降、労働安全衛生法第 71 条の 2 の、「快適な職場環境の形成のための措置」における事業主の努力義務として対策が進められてきたが、平成 19 年度労働者健康状況調査で「全面禁煙」または「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」の措置を講じている事業所は、46% にとどまった。これを受け、平成 22 年 6 月には「新成長戦略」として平成 32 年度までに受動喫煙のない職場の実現が目標として掲げられた¹。

参考：

基本計画目標	H 23 年度	H 24 年度	H 25 年度
受動喫煙の無い職場の実現 (H34 年)	64% (職場における受動喫煙防止対策に係る調査 ²)	-	-
全面禁煙の割合 (敷地内、建物内禁煙)	25.8%	42.0% (11.0%、31.0%)	65.5% (全面禁煙又は空間分煙実施)
空間分煙実施割合	44.3% (労働災害防止対策等重点調査)	19.4% (労働者健康状況調査)	19.4% (労働安全衛生調査 <実態調査>)

留意点： 健康日本 21 の評価及び健康日本 21 (第二次) の目標設定においては、平成 19 年度の「労働者健康状況調査」および平成 23 年度の「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」の結果が参照値として用いられている。しかしながら、受動喫煙防止のための取り組み内容の調査項目が調査年度によって一部変更されており、結果を比較する際には注意する必要がある (例えば、平成 25 年、24 年の調査では受動喫煙防止対策に取り組んでいるか否かを問うた後に、その内容として「敷地内を含めた事業所全体を禁煙にしているか」といった質問等で調査しているのに対し、平成 23 年の労働災害防止対策等重点調査では「全面禁煙を実施している」「空間分煙を実施している」「上記以外の何らかの対策を実施している」「取り組んでいない」といった質問になっている)。喫煙所の設置等、何らかの受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業所の割合は、平成 19 年度は 75.5% であったのに対し平成 25 年度は 85.6% と増加している。平成 25 年の調査結果を、事業所規模別にみると、規模の大きい事業所ほど何らかの受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業所の割合が高く、50 人以上の全ての事業所の規模での取り組みは 9 割超、10 ～ 29 人規模の事業所でも 82.4% となっている。

産業別にみると、「電気・ガス・熱供給・水道業」(98.2%)が最も高く、次いで「金融業、保険業」(98.0%)、「複合サービス業」(96.2%)、「医療、福祉」(94.6%)、「学術研究、専門・技術サービス業」(93.4%)、「教育、学習支援業」(91.1%)となっている。これに対し「鉱業、採石業、砂利採取業」(64.8%)、「農業、林業(林業に限る)」(70.8%)、「生活関連サービス業、娯楽業」(76.7%)、「宿泊業、飲食サービス業」(78.8%)は低くなっている。事業所規模、業種によって、受動喫煙防止対策の取り組み状況に違いがあることに留意する必要がある。また、平成19年世界保健機関(WHO)のたばこ規制枠組み条約において屋内での全面禁煙が唯一の科学的根拠に基づいた受動喫煙の防止策であるとしている³。これを受け、わが国の受動喫煙防止対策でも多数の者が利用する公共的な空間においては原則全面禁煙であるべきとされているが、全面禁煙が極めて困難である場合には、当面の間、喫煙可能区域を設定するなどの受動喫煙防止対策をとることとし、将来的には全面禁煙を目指すことを求めるとしている⁴。その際、分煙効果判定基準策定検討会報告書(平成14年)を参考に喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないことなど適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要があるとされている。そのため今後の調査においては、全面禁煙、および適切な受動喫煙防止措置がとられているのかなどを厳密に調査する必要がある。

データ源：

- 1) 労働安全衛生に関する調査(労働安全衛生特別調査)における「労働者健康状況調査」、「労働災害防止対策等重点調査」

労働安全衛生に関する調査(労働安全衛生特別調査)は、労働安全衛生法に基づき昭和41年に「労働安全基本調査」として開始され、以後5年ローテーションで毎年テーマを変えて実施されている。労働者健康状況調査は、日本標準産業分類による林業、鉱業・採石業・砂利採取業、建設業、製造業、運輸業・郵便業、宿泊業・飲食サービス業などを含む産業で常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約12,000～14,000事業所を対象に実施された。労働者健康状況調査全体の有効回答率は、約70～73%であった。

平成23年の「労働災害防止対策等重点調査」では東日本大震災による企業活動への影響などを考慮し、被災地域に所在する事業所を抽出対象から除外し、被災地域から調査対象として抽出する予定の数を被災地域以外の地域に所在する同一の産業・規模に属する事業所から抽出し、調査対象とされた。

- 2) 「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」²

「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」は、厚生労働省の委託を受け電通リサーチにおいて事業所(日本国全域の全ての業種を含む)に雇用されている労働者2,000人を対象に平成23年3月1日現在でインターネット調査が行われた。調査結果の詳細な情報は記載されていない。

資料：

- ¹ 厚生労働省「たばここと健康に関する情報ページ」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/tobacco/index.html>(アクセス2015年6月2日)
- ² 厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/120329_4.pdf>
(アクセス2015年6月2日)
- ³ World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. 2007
- ⁴ 職場における受動喫煙防止対策に関する検討会「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会報告書」(平成22年5月26日)
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006f2g-att/2r98520000006f47.pdf>>
(アクセス2015年6月2日)

指標 予 5

B型・C型肝炎ウイルス感染（キャリア）率

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国民	B型・C型肝炎ウイルス感染者
結果	HBV 0.2% HCV 16-19歳 0.13% HCV 20-29歳 0.21% HCV 30-39歳 0.77% HCV 40-49歳 1.28% HCV 50-59歳 1.80% HCV 60-69歳 3.38% 無症候性キャリア 2.8～3.2万人	
期間	HBV：平成22～24年、HCV：平成12年 無症候性キャリア：平成20～22年	
注	過小評価の可能性がある。HBV=初回献血者HBs抗原陽性率。HCV=初回献血者によるHCV抗体陽性率。 無症候性キャリア=B型・C型無症候性キャリア（診療報酬記録調査）。	

詳細

- 指標の定義：** HBV：一般国民のうち、HBs抗原が血液検査で陽性の者の割合。
 HCV：一般国民のうち、HCV抗体が血液検査で陽性の者の割合。
 ただし、一般国民全体への調査は存在しないため、以下のデータ源に記す調査の結果を使用する。
- 指標の根拠：** B型・C型肝炎ウイルスの持続感染は、肝がんの発がん要因といわれ、非ホジキンリンパ腫にも関連があるといわれている^{3,4}。B型・C型肝炎ウイルスは、主に血液や体液を介して感染する。出産時の母子感染、輸血や血液製剤の使用、まだ感染リスクが明らかではなかった時代の医療行為などが感染源として考えられている。このため、肝炎ウイルス感染率を把握することは肝炎ウイルス対策を効果的に行う上で重要と考えられる。B型・C型肝炎ウイルス感染率について、厚生労働科学研究で行われた研究結果を記載する。

参考：

	現状	備考
B型肝炎	(初回献血者における感染率 ^{注1)} HBs 抗原陽性率 昭和 21～昭和 25 年出生者 男性 約 0.9% 昭和 26～昭和 30 年出生者 女性 約 0.6% 全体 約 0.2% (男性 約 0.2%、女性 約 0.1%) HBc 抗体陽性率 昭和 16～昭和 20 年出生者 男性 約 23.2% 昭和 16～昭和 20 年出生者 女性 約 17.5%	出生年が新しくなるほど陽性率は減少傾向
C型肝炎	(初回献血者における感染率) HCV 抗体陽性率 16～19 歳 0.13%、20～29 歳 0.21%、 30～39 歳 0.77%、40～49 歳 1.28%、 50～59 歳 1.80%、60～69 歳 3.38%	高齢者で感染率が高い傾向にある
B型・C型肝炎	(診療報酬記録調査) 無症候性キャリア 2.8～3.2 万人 (1.2～5.1 万人) 慢性肝炎 47.6～52.0 万人 (41.4～58.4 万人) 肝硬変 2.3～2.9 万人 (1.1～4.7 万人) 肝がん 2.9～3.7 万人 (1.4～5.4 万人)	

注 1) 昭和 16 年以降の出生者を 5 年毎に出生年・男女別に推定した結果、最も陽性率が高かった年齢における算出値を記載。

留意点： 昭和 60 年より B 型肝炎母子感染防止事業が開始され、母子間の HBV 感染によるキャリアの発生は減少した⁵。初回献血者の調査結果の解釈において、HBs 抗原陽性者、肝炎患者、手術や輸血歴がある者はあらかじめ献血対象者から除外されるため、HBs 抗原陽性率がやや低く算出される可能性がある。また、HCV 抗体陽性者には HCV に持続感染している例とウイルスが既に排除された感染既往例が混在しており、約 7 割が HCV 持続感染者 (HCV キャリア) と考えられている¹。診療報酬記録からの推計値の解釈にあたっては現在肝硬変や肝がんの患者は 65 歳以上の年齢層に多いのに対し、調査では 64 歳以下が対象となっていることに留意する必要がある²。以上より、わが国の B 型・C 型肝炎ウイルス感染率 (キャリア率) は、高齢者に多く、若い世代で少ないことが示唆されている。また近年、慢性肝炎疾患に移行するリスクが高い遺伝型 (A 型) が増加しているとの報告もあり⁶、これら遺伝型の違いによる感染率についても把握することが重要と考えられる。

データ源： 国立感染症研究所ウイルス第二部のホームページ¹、厚生労働科学研究費補助金 (肝炎等克服緊急対策研究事業) 「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」²

調査 1 (初回献血者調査)

B 型肝炎ウイルス感染：

平成 22 年 4 月から平成 24 年 3 月までの全国の日本赤十字社輸血センター初回献血者約 107 万人を対象として実施。出生年・男女別の献血者数、輸血用血液のスクリーニング検査で HBs 抗原陽性と判定された献血者並びに HBs 抗原陰性・HBc 抗体陽性者数の調査を実施。

C 型肝炎ウイルス感染：

全国の日本赤十字社輸血センター初回献血者のデータに基づく、平成 12 年時点の年齢に換算した推計値 (国立感染所ホームページ参照²、詳細なデータは不明)。

調査2（診療報酬記録調査）²

20の健康保険組合に属する本人および家族の全診療報酬記録を解析対象とした。解析では、肝疾患関連診断がなされたデータを抽出し、性別・年齢別に期間有病率を算出した。対象者数は、平成20年582,922人、平成21年757,869人、平成22年787,075人。このうち、64歳以下の年齢層の推計患者数を算出した。

資料：

- ¹ 国立感染症研究所ウイルス第二部 <<http://www.nih.go.jp/niid/ja/expert.html>>
(アクセス2015年6月2日)
- ² 田中純子(代表) 厚生労働科学研究費補助金(肝炎等克服緊急対策研究事業)「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」平成24年総括研究報告書
- ³ 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 予防研究グループ「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」<http://epi.ncc.go.jp/can_prev/93/3457.html#suisho6>
(アクセス2015年5月7日)
- ⁴ International Agency for Research on Cancer.
<<http://www.iarc.fr/en/research-groups/ICB/>> (アクセス2015年5月7日)
- ⁵ 厚生労働省「肝炎総合対策の推進」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/index.html>>
(アクセス2015年2月2日)
- ⁶ 国立感染症研究所感染症センター B型肝炎 2006 IASR 2006:27(9)
<<http://idsc.nih.go.jp/iasr/27/319/inx319-j.html>> (アクセス2015年2月2日)

指標 予 6

B型・C型肝炎ウイルス抗体検査受検率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人 (20 ~ 79 歳)	肝炎検査を受検した者
結果	HBV 受検率 57.4% HCV 受検率 48.0%	
期間	平成 23 年度	
注	検査を受けたことを認識していない者が多数存在。	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、肝炎ウイルス検査を受検した者の割合。

指標の根拠： 肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個人が肝炎ウイルスに感染した可能性があるか否かを一概に判断することが困難なため、全ての国民が少なくとも 1 回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があると考えられている¹。肝炎ウイルス検査は、健康増進事業、特定感染症検査等事業、職域における健診での検査等様々な事業において実施されてきた。各事業で肝炎ウイルス検査受験者数は把握されているものの、重複受検者の存在や対策などの関係からウイルス検査を受けたと考えられるが無自覚の者が多数存在していると考えられ、どの程度の国民が肝炎ウイルス検査を受検しているのか正確な数値を把握することが難しい。そこで、国は平成 23 年度 20 歳から 79 歳を対象に肝炎検査受検状況実態調査(国民調査、保険者調査、自治体調査)を実施した。この結果を、B 型・C 型肝炎ウイルス抗体検査受検率の参考値として記す。

参考：

	現状	備考
国民調査	肝炎ウイルス検査自己申告受検者の割合 B 型肝炎ウイルス検査 17.6% C 型肝炎ウイルス検査 17.6% 非認識受検者 B 型肝炎ウイルス検査 39.8% C 型肝炎ウイルス検査 30.4% 手術前検査などから検査を受けたと推定される者を合わせた割合 B型肝炎ウイルス検査受検者割合 57.4% C型肝炎ウイルス検査受検者割合 48.0%	女性は、手術前の検査、妊娠・出産時の検査で受検したと回答した者が多い
保険者調査	検査実績 (平成 22 年度) B 型肝炎ウイルス検査受検率： 被保険者 15.0%、被扶養者 2.8% C 型肝炎ウイルス検査受検率： 被保険者 9.3%、被扶養者 1.8%	被扶養者で受検率が低い

自治体調査	<p>健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査 (平成 22 年度)</p> <p>B 型肝炎ウイルス検査の実績</p> <p>① 市町村 40 歳検診 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 99 人 22.7%、100 ~ 499 人 30.4%、 500 ~ 999 人 13.2%、1,000 ~ 4,999 人 15.7%、 5,000 人以上 0.8%、無回答 17.2%</p> <p>② 41 歳以上 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 17.7%、10 ~ 49 人 25.1%、 50 ~ 99 人 12.4%、100 ~ 499 人 25.1%、 500 ~ 999 人 6.0%、1,000 人以上 4.5%、 無回答 9.2%</p> <p>C 型肝炎ウイルス検査の実績</p> <p>③ 市町村 40 歳検診 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 44.3%、10 ~ 49 人 31.3%、 50 ~ 99 人 8.7%、100 ~ 499 人 8.1%、 500 人以上 0.3%、無回答 7.2%</p> <p>④ 41 歳以上 / 受検者 : (n=1,216) 0 ~ 9 人 17.8%、10 ~ 49 人 25.3%、 50 ~ 99 人 12.5%、100 ~ 499 人 24.9%、 500 ~ 999 人 5.9%、1,000 人以上 4.4%、 無回答 9.1%</p>	ほぼ変化なし
-------	---	--------

留意点： 全体として肝炎ウイルス検査を受けたと回答した割合は 26.2% であり、肝炎ウイルス検査を受けたことは認識しているが、その種類を覚えていない者が 8.6% 存在する。このため、実際に肝炎ウイルス検査を受けたと考えられる割合は 17.6% よりも高い可能性がある。また、国民調査で得られた受検率はあくまでも肝炎ウイルス検査を受検したと回答した者の割合であり、客観的な受検率については、今後研究班で検討していく予定とされている¹。今回の調査結果から、「肝炎」という病気についてほとんど知らないことが検査の受検を妨げていることが考えられ、疾患について国民に理解されるように周知する必要があると考えられる。一方で、毎年定期的に受検するものと考えていた者が 24.2% おり、感染する危険性のある行為がない場合は、短い期間で再検査を行う必要はないことも併せて周知する必要がある。また、スクリーニング目的で行われる検査について、陽性の場合は適切な医療へつなげ、陰性の場合は結果を本人が認識できるよう医療機関との連携についても今後検討していく必要がある。

以上を踏まえ、肝炎ウイルス対策において若い世代での肝炎ウイルス感染率が減少傾向にあるものの、慢性肝炎疾患に移行するリスクが高い遺伝型への感染が増加していることから、がん予防においても引き続き肝炎ウイルス感染状況を把握するとともに、国民の肝炎ウイルス検査受検状況及び国民の肝炎ウイルス、肝炎ウイルス検査についての認知度も併せて把握していく必要があると考えられる。

データ源：平成 23 年度肝炎検査受検状況実態把握事業（国民調査、保険者調査、自治体調査）^{2,3}
国民調査：平成 24 年 1 月、住民基本台帳より地域・市町村の人口規模による層化二段階抽出した満 20 ～ 79 歳を対象、回収率 32.1%（74,000 件中 23,720 件回収）。
国民調査における自己申告受検者とは、「肝炎ウイルス検査を受けたことがある」かつ「B 型（C 型）肝炎ウイルス検査を受けたことがある」と回答した者。非認識受検者とは、肝炎ウイルス検査を「受けたことがない」または「分からない」と回答しているが、大きな外科手術などの経験があり、検査を受けていることが予想される者。B 型肝炎ウイルス検査は、昭和 47 年 4 月以降に献血を受けた者、昭和 56 年 6 月以降に大きな外科手術を受けた者、昭和 60 年 6 月に妊娠・出産した者は検査を受けていることが予想される。また、C 型肝炎ウイルス検査は、平成 1 年 12 月以降に献血を受けた者、平成 4 年 4 月以降に大きな外科手術を受けた者、平成 4 年 4 月以降に妊娠・出産した者は検査を受けていることが予想される。
保険者調査：平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月、組合健保及び共済組合の 1,529 団体対象、回収率 64.9%（1,529 件中 992 件回収）及び全国健康保険協会（船員保険を除く）のデータ集計。
自治体調査：平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月、都道府県及び特別区・保険所設置市を除いた全ての市町村、回収率 74.6%（1,631 件中 1,216 件回収）。

資料：

- ¹ 厚生労働省「肝炎総合対策の推進」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou09/index.html>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ² 厚生労働省「肝炎検査受検状況実態調査」
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)
- ³ 株式会社サーベイリサーチセンター「平成 23 年度肝炎検査受検状況実態把握事業事業成果報告書」(2012 年 3 月)
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>>
(アクセス 2015 年 2 月 2 日)

指標予 7

ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全国民	ヒトT細胞白血病ウイルス1 (HTLV-1) に感染している者
結果	約108万人 (男性0.66% 女性1.02%)	
期間	平成18年～平成19年	
注	初回献血者を対象とした調査のため過少評価の可能性はある。	

詳細

指標の定義： 一般人口中、血液検査でHTLV-1抗体陽性の者の数と割合を指標とした。
平成18～19年全国の初回献血者の約120万人を対象に47都道府県を7つの地域別(北海道・東北・関東・中部・近畿・中国/四国・九州)に感染者数を推定し、全国の感染率を推定¹。

指標の根拠： ヒトT細胞白血病ウイルス1型 (Human T-cell lymphotropic virus type 1/Human T-cell leukemia virus type 1:HTLV-1) は、成人T細胞白血病 (Adult T-cell Leukemia:ATL) の主要な要因とされている。日本におけるHTLV-1感染は、沖縄、鹿児島、宮崎、長崎県を中心とする南西地域に多くこれらの地域全体のキャリア数は約49万人とされている¹。近年これらの地域におけるHTLV-1感染率は低下傾向にあり、特に若い世代の感染が低くなっている¹。

HTLV-1の感染経路は、母乳、胎盤、産道を介する垂直感染と、性交、輸血等を介する水平感染とがある²。HTLV-1に感染しても自覚症状はほとんどなく、無症候性キャリアとなる。キャリアからのATL発症は、40歳を超えるまではほとんどなく、40歳を過ぎると年間キャリア1,000人に1人の割合で発症する(生涯ATL発症率男性4～7%、女性2%)³。HTLV-1が引き起こす疾患はATLだけでなく、HTLV-1関連脊髄症 (HTLV-1-Associated Myelopathy:HAM) やHTLV-1関連ぶどう膜炎 (HTLV-1-associated Uveitis:HU) がありHTLV-1全体としての対策がとられている⁴。

現時点で有効なATL発症予防方法はなく、輸血用血液のスクリーニングが導入された現在、母子感染による持続感染を防止することが重要とされている。母子感染経路としては、母乳による感染が主とされている。キャリアの母から長期母乳哺育を受けた児の感染率は、約18%とされるが、これを人工乳哺育では約3%まで減少すると報告されている⁵。3ヶ月までの短期母乳哺育のHTLV-1母子感染率は、症例数が少なく十分な結論を得るには至っていないが、人工乳とほぼ同じレベルとの報告⁵もある。

参考：

	S 63年	H 18～19年	備考
感染者数 (HTLV-1キャリア率)	推定約120万人	推定約108万人 男性：0.66% 女性：1.02%	やや減少傾向

留意点：

本指標で用いた HTLV-1 の感染率は、初回献血者のデータを用いた推計値であり、研究者らは HTLV-1 関連疾患患者が家族にいる場合や自身が HTLV-1 キャリアである場合は献血を行わないこと、献血を行う人は元来健康である人が多い傾向にあること⁷などから、ここでの推定 HTLV-1 感染者数は実際よりも、少なく見積もられている可能性がある¹。献血者がどの程度日本の国民を代表するののかについては十分に検討されておらず、推計値の解釈には留意を要する。HTLV-1 の感染は、ATL や HAM といった重篤な疾病を発症するため政府は、将来の発症者減少を目指し平成 22 年 HTLV-1 総合対策を策定した⁴。この中で、HTLV-1 の主な感染が母乳を介した母子感染と考えられていること、さらに人工乳による哺育を行うことである程度低減できることから、平成 22 年 10 月 6 日雇児母発 1006 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知により、妊婦健康診査の医学的検査の標準的な検査項目に追加され、検査が公費負担の対象となった。しかし、近年の HTLV-1 の感染率は減少傾向にあり、特に母子感染予防対策が必要な出産年齢世代のキャリア率は低く（平成 18～19 年調査 20 歳代女性 0.20%、30 歳代女性 0.27%）、HTLV-1 スクリーニング検査（PA 法、CLEIA 法）は一定の確率で偽陽性の結果が出る。そのため検査陽性者にはスクリーニング検査で陽性の場合必ず確認試験（Western blot 法）が求められている。しかしながら、この確認試験においても約 10～20% が判定保留になると言われており、確認試験で判定保留の場合は PCR 法（自費診療）を行うことを提案するなどの慎重な対応が求められている⁸。

また HTLV-1 キャリア数のピークは、平成 10 年の調査では 50 代であったのに対し、平成 18～19 年の調査では 70 代に移行しており、ATL の発症患者の高齢化の一因となっていると考えられる^{1,6,9}。

データ源：

厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」⁶

資料：

- ¹ Satake M, Yamaguchi K, Tadokoro K. Current prevalence of HTLV-1 in Japan as determined by screening of blood donors. J Med Virol 2012;84:327-35.
- ² Hino S. Establishment of the milk-borne transmission as a key factor for the peculiar endemicity of human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1): the ATL Prevention Program Nagasaki. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci 2011;87:152-166.
- ³ 国立がん研究センター がん対策情報センター・がん情報サービス、
<<http://ganjoho.jp/public/cancer/data/ATL.html>>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁴ 厚生労働省 HTLV-1
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou29/>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁵ 齋藤滋（代表）厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「HTLV-1 の母子感染予防に関する研究班 平成 21 年度総括・分担研究報告書」
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/02.pdf>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁶ 山口一成（代表）厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策 平成 20～22 年度報告書」
- ⁷ Atsma F, Veldhuizen I, Verbeek A, et al. Healthy donor effect: its magnitude in health research among blood donors. Transfusion 2011;51:1820-28.
- ⁸ 板橋家頭夫（代表）平成 24 年度厚生労働科学研究補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生時のコホート研究 総括研究報告」
<<http://www.aiiku.or.jp/~doc/houkoku/h24/19015A010.pdf>>
（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- ⁹ 山田恭暉, 跡上直, 長谷川寛雄, 上平憲, 早田みどり, 佐竹正博, 山口一成. 成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (ATL) 全国調査, 臨床血液 52(11) : 1765-1771, 2011

指標予 8

ハイリスク飲酒者（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者）の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	満 20 歳以上の成人	1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者
結果	男性14.7% 女性7.6%	
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 34 年までに男性 13%、女性 6.4% 以下	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合。清酒 1 合の純アルコール量が 22g であることから、調査項目の「飲酒の頻度」と「飲酒日の 1 日当たりの飲酒量」をもとに、以下の式で概算した。なお、1 日 5 合以上の飲酒は、頻度にかかわらず、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているとした。

< 式 >

男性（「毎日×2 合以上」+「週 5～6 日×2 合以上」+「週 3～4 日×3 合以上」+「週 1～2 日×5 合以上」+「月 1～3 日×5 合以上」）/ 全回答者数
 女性（「毎日×1 合以上」+「週 5～6 日×1 合以上」+「週 3～4 日×1 合以上」+「週 1～2 日×3 合以上」+「月 1～3 日×5 合以上」）/ 全回答者数

「飲酒の頻度」

「週に何日くらいお酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか」という質問に対し、「毎日」「週 5～6 日」「週 3～4 日」「週 1～2 日」「月に 1～3 日」「やめた（1 年以上やめている）」「ほとんど飲まない（飲めない）」から 1 つ選択する。

「飲酒日の 1 日当たりの飲酒量」

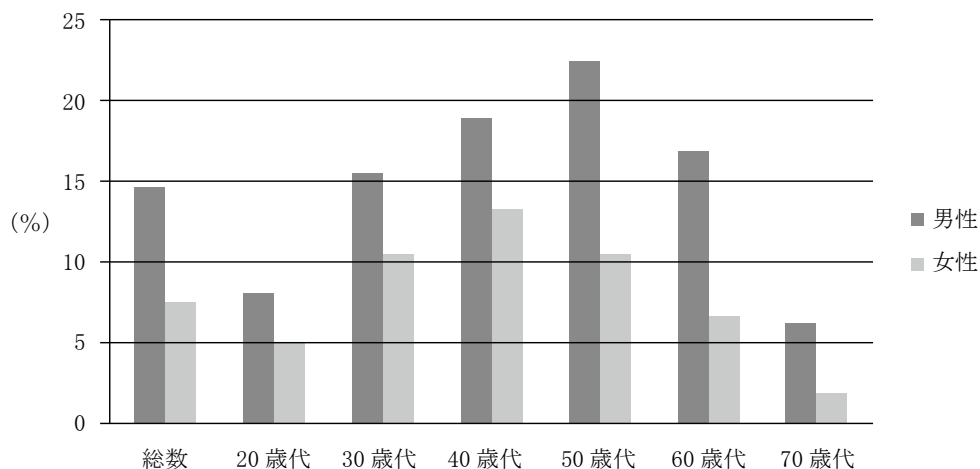
飲酒の頻度の設問で「やめた」「ほとんど飲まない」以外の回答をした者に、「お酒を飲む日は 1 日あたり、どのくらいの量を飲みますか」という質問をし、清酒に換算し、「1 合（180ml）未満」「1 合以上 2 合（360ml）未満」「2 合以上 3 合（540ml）未満」「3 合以上 4 合（720ml）未満」「4 合以上 5 合（900ml）未満」「5 合（900ml）以上」から 1 つ選択する。

指標の根拠： 国際的に飲酒は、口腔、咽頭、喉頭、食道、大腸（男性）、乳房のがんのリスクを上げることが「確実」、肝臓、大腸（女性）のがんのリスクを上げることが「ほぼ確実」とされている¹。日本人においても、飲酒によりがん全体のリスクが上がることは「確実」と報告されており²、飲酒が全がん罹患の原因として寄与する割合は、それぞれ男性で 9.0%、女性で 2.5%と推定されている³。がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクが 1 日平均飲酒量とともにほぼ直線上に上昇することが示唆される。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えないこと、一般に女性は男性に比べて肝機能障害など飲酒による臓器障害を起こしやすくアルコール依存症に至るまでの期間も短い。そのことを考慮し、健康日本 21（第 2 次）では、ハイリスク飲酒者を 1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者と定義し、その割合を低減させること（約 15%の低減）が目標に掲げられた。本指標では、この定義を採用し、国全体としてのハイリスク飲酒者の割合を把握するために、国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考：

健康日本 21（第二次）目標		H 22 年度	H 24 年度	備考
男性	13%（H34 年度）	15.3%	14.7%	やや減少傾向
女性	6.4%（H34 年度）	7.5%	7.6%	ほぼ変化なし

平成 24 年度ハイリスク飲酒者の割合（20 歳以上、性・年齢階級別、全国補正值^{（注）}）



^{（注）} 全国補正值：平成 23 年度以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近 3 年間の実施世帯数の和を平成 24 年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近 3 年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の 3 県で調査を実施できなかった平成 23 年を除く、平成 20～22 年のものが用いられた。

留意点：

国民健康・栄養調査の質問紙による回答者の自己申告に基づいている（過少・過大申告の可能性）。また、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。過去の検証において、協力率は男性より女性の方が高い。また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなどに留意して結果を解釈する必要がある⁴。ハイリスク飲酒者を年齢階級別に見ると、年代によって違いがあり、男性では 40～60 歳代で高くなっており、また女性では 30～50 歳代で高くなっている。そのため、年齢階級別にハイリスク飲酒者の割合の低減が達成できているかを評価していく必要があると考えられる。飲酒習慣者（週に 3 日以上飲酒し、飲酒日 1 日当たり 1 合以上を飲酒すると回答した者）の割合は、男性では世帯の年間所得によって違いがあり（200 万円未満 32.6%、200 万円以上～600 万円未満 36.6%、600 万円以上 40%）、これら所得による飲酒習慣の違いについても留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）。

所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）から、わからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。また、平成 18～22 年度の 5 年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い、男性の飲酒習慣者について高い方から低い方に 4 区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群 43.3%、下位群 31.4%と、地域による差が認められた（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）（なお、女性の都道府県別のデータについては該当者の割合が少なく変動係数が大きいため解析されていない）。平成 25 年度国民健康・栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める男性の飲酒量（清酒換算で 2 合以上）を正しく知っている者の割合は、男性 29.3%、女性 24.9%であり、生活習慣病のリスクを高める女性の飲酒量（清酒換算で 1 合以上）を正しく知っている者の割合は、男性 24.5%、女性 27.4%であった。

- データ源：** 「国民健康・栄養調査報告」の生活習慣調査票
平成23年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島の3県を除く、全国で層化無作為抽出された5,422世帯中、協力の得られた3,412世帯に実施された。
- 資料：**
- ¹ International Agency for Research on Cancer. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2010;96. Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC.
 - ² Inoue M, Wakai K, Nagata C, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Alcohol drinking and total cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol.* 2007;37(9):692-700.
 - ³ Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. *Ann Oncol.* 2012;23(5):1362-9.
 - ⁴ 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子, 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生指標. 2012;59(4):10-15.

指標予9

運動習慣のある者の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満20歳以上の成人	「運動の実施頻度として週2日以上、持続時間として1回30分以上、継続期間として1年以上の運動習慣があると回答した者」
結果	< 20～64歳 > 男性 22.3% 女性 19.4% < 65歳以上 > 男性 47.6% 女性 37.8%	
期間	平成25年度	
注	20～64歳までの就労世代で減少傾向、65歳以上は横ばい傾向。目標は、平成34年までに20～64歳男性36%、女性33% 65歳以上男性58%、女性48%。自己申告のため過大評価の可能性がある。	

詳細

指標の定義： 満20歳以上の成人のうち、身体状況調査表の問診において、「運動の実施頻度として週2日以上、持続時間として1回30分以上、継続期間として1年以上の運動習慣があると回答した者」の割合（運動の強さは運動習慣の判定に含まれない）。

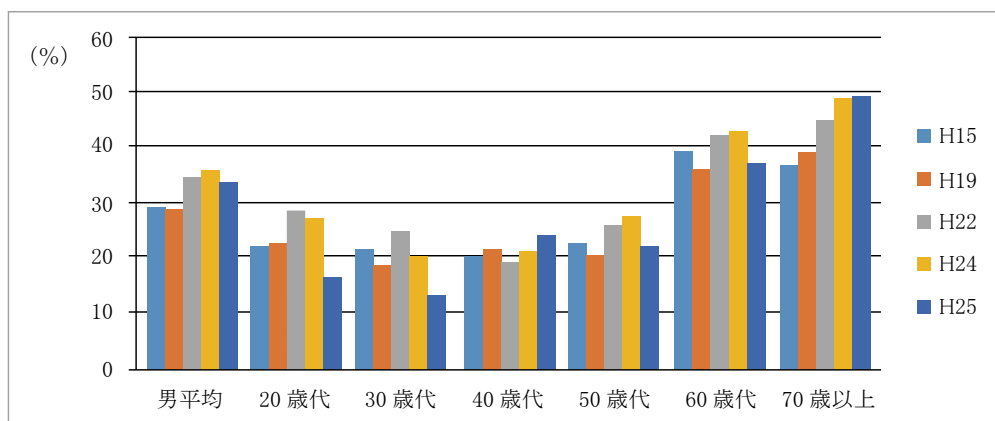
指標の根拠： 国際的な評価においては、身体活動を上げること（運動すること）は、大腸（結腸）がんのリスクを下げるのが「確実」とされており、また閉経後の乳がん、子宮体がんのリスクを下げるのが「ほぼ確実」とされている¹。日本人を対象とした8つの研究に基づく評価では、大腸（結腸）がんのリスクを下げることは「ほぼ確実」とされ²、身体活動に起因するがん罹患の割合は、男性で0.3%、女性で0.6%と推定されている³。健康日本21（第二次）の目標の設定においては、余暇時間に取り組む運動の実施が就労の有無に影響を強く受けるため、性別に20～64歳と65歳以上に分けて掲げられた（各年齢群で約10%増加）。国全体としての運動習慣がある者の割合について把握するために、国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考：

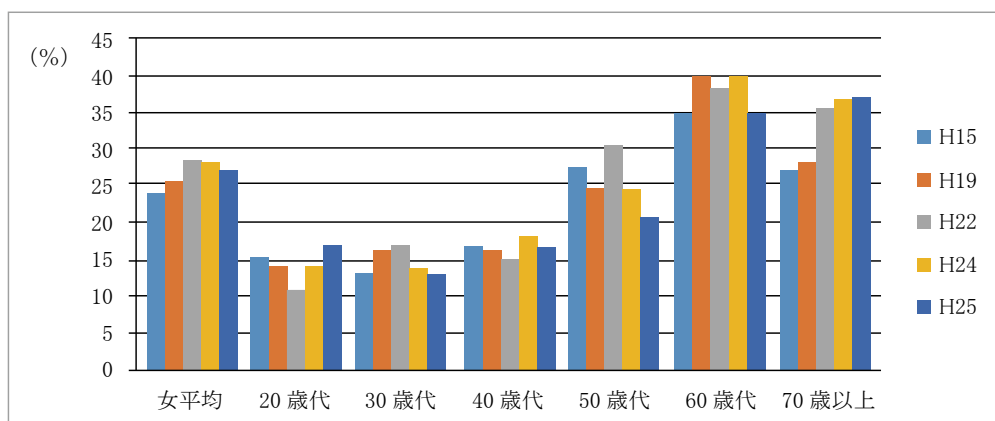
健康日本21（第2次）目標		H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
男性	20～64歳 36% 65歳以上 58% (H34年度)	29.3% (全体平均)	29.1% (全体平均)	26.3% 47.6%	36.1% (全体平均)	22.3% 47.6%	65歳未満の就労世代で運動習慣が低い
女性	20～64歳 33% 65歳以上 48% (H34年度)	24.1% (全体平均)	25.6% (全体平均)	22.9% 37.6%	28.2% (全体平均)	19.4% 37.8%	65歳未満の就労世代で運動習慣が低い

運動習慣のある者の割合の推移（20歳以上、性・年齢階級別、全国補正值^注

男性



女性



20～64歳、65歳以上の群での数値が得られなかったため、10歳単位の傾向を示す。平成24年では、全国補正值^注の値が用いられた。

注 全国補正值：平成23年以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重みづけが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近3年間の実施世帯数の和を平成24年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近3年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の3県で調査を実施できなかった平成23年を除く、平成20～22年のものが用いられた。

留意点： 国民健康・栄養調査の質問紙による回答者の自己申告に基づいている（過少・過大申告の可能性）。また、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。過去の検証において、協力率は男性より女性の方が高い。また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いことなどに留意して結果を解釈する必要がある⁴。運動習慣者の割合は、平成 22 年の調査で男女とも 60 歳以上あるいは 70 歳以上の高齢者で高いことから、性別に加えて 20～64 歳と 65 歳以上の目標を区別して示していることは、達成状況を評価する上で重要と考えられる。一方で、運動習慣のない者の割合は、男性では 200 万円未満の世帯で高く（200 万円未満 70.6%、200 万円以上～600 万円未満 63.7%、600 万円以上 62.5%）、女性では 600 万円以上（67.7%）と比較して 200 万円未満（72.9%）と 200 万円以上～600 万円未満（72.1%）の世帯で高くなっている点に留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成 22 年）。

所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整したうえで、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）からわからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。

データ源： 「国民健康・栄養調査報告」の身体状況調査票

平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島 の 3 県を除く、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。

- 資料：**
- ¹ International Agency for Research on Cancer. In Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. IX, IARC Scientific Publications No.160. Geneva: World Health Organization 2007.
 - ² Pham NM, Mizoue T, Tanaka K, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Physical activity and colorectal cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Jpn J Clin Oncol. 2012;42(1):2-13.
 - ³ Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
 - ⁴ 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子, 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生 の 指 標. 2012;59(4):10-15.

指標予 10

野菜と果物の摂取量

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	満 20 歳以上の成人	「1 人 1 日当たりに摂取している野菜（緑黄色野菜以外も含む）の量」及び「1 日当たりに摂取している果物の量が 100g 未満の者」
結果	野菜摂取量 283.1g 果物摂取量 100g 未満の者 56.4%	
期間	平成 25 年度	
注	野菜摂取量はほぼ横ばい、果物摂取量 100g 未満の者はやや減少。目標は平成 34 年までに野菜摂取量 350g、果物摂取量 100g 未満の者 30% 以下。自己申告のため過大評価の可能性はある。	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人のうち、「1 人 1 日当たりに摂取している野菜（緑黄色野菜以外も含む）の量」、及び「1 日当たりに摂取している果物の量が 100g 未満の者」の割合。世帯毎に被調査者が摂取した食品を秤量記録したものから算出^{注1}。

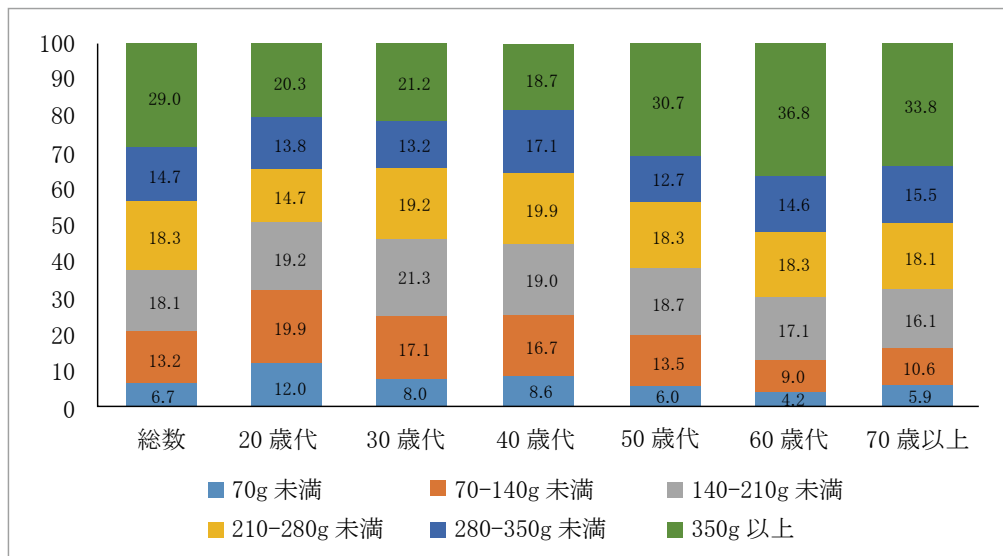
注1 被調査世帯においてなるべく普通の摂取状態にある日に実施し、調査開始前に被調査地区民に対し調査の趣旨を説明した上で調査員が栄養摂取状況調査票を各世帯に配付し、秤量を記入する。使用量が少なく秤量困難なものなどについては目安量を記入する。栄養素等の算出には、「日本食品標準成分表 2010」を使用し、調理による重量変化率を加味して算出した。なお、1 日分の食事内容の調査であるため習慣的な摂取量の分布曲線を得ることはできない。

指標の根拠： 米国のレビューによれば野菜と果物は、口腔、咽頭、喉頭、食道、胃、及び肺（果物のみ）のがんに、それぞれ予防的に作用することが「probable（可能性あり）」と評価されている¹。日本人における野菜・果物の評価は、食道がんのリスクが低くなることが「ほぼ確実」、胃及び肺がん（果物のみ）のリスクが低くなる「可能性がある」とされている²。野菜・果物の摂取不足ががん罹患に寄与する割合は、男性で野菜 0.7%、果物 0.7%、女性で野菜 0.4%、果物 0.8%と推定されている³。健康日本 21（第二次）の目標の設定において、野菜は当初の健康日本 21 と同様に平均値の増加が目標とされたのに対し、果物は摂取量が 100g 未満の者の割合を減少させることが目標とされた。これは、野菜・果物は摂取量が多いほどがんのリスクが低下するとはいえないが、ここでは健康日本 21 の項目にならない野菜摂取量と果物摂取量 100g 未満の者を指標とした。国全体としての野菜と果物の摂取量を経年的に把握するために国民健康・栄養調査を用いた。

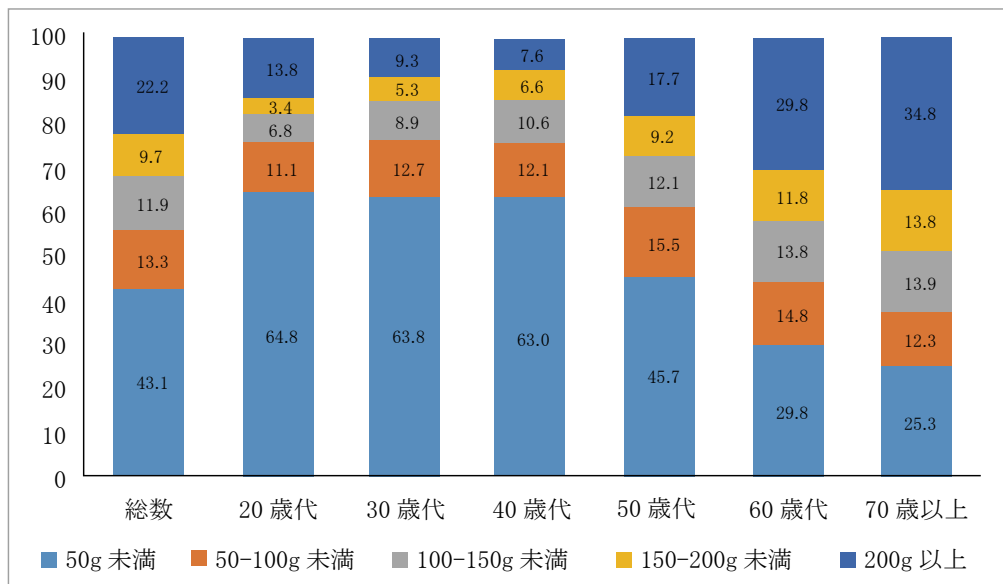
参考：

健康日本 21（第二次）目標		H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
野菜	平均値 350g (H34 年度)	293.4g	290.1g	281.7g	286.5g	283.1g	H9 年からほとんど変化がなく、どの年代においても 350g には達していない
果物	100g 未満の者 30% 以下 (H34 年度)	-	-	61.4%	58.8%	56.4%	やや減少傾向。20～40 代において摂取量が少ない傾向がある

平成 25 年度野菜摂取量の平均値（20 歳以上、男女計・年齢階級別）（%）



平成 25 年度果物摂取量の状況（20 歳以上、男女計・年齢階級別）（%）



留意点： 国民健康・栄養調査の栄養摂取状況調査票は、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。過去の検証において協力率は男性より女性の方が高い。また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いと判明していることに留意して結果を解釈する必要がある⁴。さらに、野菜摂取量と果物摂取量のいずれも、50 歳以上で男女とも多い傾向にあるため、年齢階級別の変化の検討も必要であろう⁴。野菜摂取量は、男女とも 200 万円未満（平均摂取量男性 256g、女性 270g）と 200 万円以上～600 万円未満（男性 276g、女性 278g）の世帯で、600 万円以上（男性 293g、女性 305g）の世帯と比較して少なかった（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）^{注2}。所得が低い者より高い者で野菜類の摂取量が多くなっており、所得による差がある点に留意する必要がある。平成 18～22 年度の 5 年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い、野菜摂取量について高い方から低い方に 4 区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群は男性 339g、女性 321g、下位群は男性 272g、女性 253g と、地域による差が認められた。地域による野菜摂取量の違いについても留意する必要がある（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）。

注2 所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）から、わからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。

データ源： 「国民健康・栄養調査報告」の栄養摂取状況調査票
平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島 の 3 県を除く全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。

資料：

- ¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- ² Wakai K, Matsuo K, Nagata C, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Lung cancer risk and consumption of vegetables and fruit: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence from Japan. Jpn J Clin Oncol. 2011;41(5):693-708.
- ³ Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- ⁴ 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生 の 指 標. 2012;59(4):10-15.

指標予 11

食塩摂取量

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	満 20 歳以上の成人	1 人 1 日あたりに摂取した食塩の量
結果	10.2g (男性 11.1g 女性 9.4g)	
期間	平成 25 年度	
注	やや減少傾向にある。目標は平成 34 年までに 8g。自己申告のため過少評価の可能性はある。	

詳細

指標の定義： 満 20 歳以上の成人人口のうち、「1 人 1 日あたりに摂取した食塩の量」。世帯毎に被調査者が摂取した食品を秤量記録したものから算出^{注1}。

注1 被調査世帯においてなるべく普通の摂取状態にある日に実施し、調査開始前に被調査地区民に対し調査の趣旨を説明した上で調査員が栄養摂取状況調査票を各世帯に配付し、秤量を記入する。使用量が少なく秤量困難なものについては目安量を記入する。栄養素等の算出には、「日本食品標準成分表 2010」を使用し、調理による重量変化率を加味して算出した。なお、1 日分の食事内容の調査であるため習慣的な摂取量の分布曲線を得ることはできない。

指標の根拠： 国際的には、食塩及び高塩分食品は胃がんのリスクを上げることが「ほぼ確実」と評価されている¹。日本人においても、食塩が胃がんのリスクを上げるのは「ほぼ確実」とされ、食塩に起因するがん罹患の割合は、男性で 1.9%、女性で 1.2%と推定されている²。健康日本 21（第 2 次）の目標設定においても、健康日本 21 と同様に成人の男女総数の平均値が使用されており、この減少が目標に掲げられた。食塩摂取の目標量について、WHO では 1 日当たり 5g を掲げているが、日本では、日本人の食事摂取基準（2010 年版）において目標量を 1 日当たり成人男性 9g 未満、成人女性 7.5g 未満とし、日本型の食事の特長を保ちつつ食塩摂取量を減少させるために健康日本 21（第 2 次）では 8g という目標が掲げられた。国民の食塩の摂取量を経年的に把握するために、国民健康・栄養調査を用いた。

参考：

健康日本 21 (第二次) 目標	H 15 年度	H 19 年度	H 22 年度	H 24 年度	H 25 年度	備考
8g (H34 年度)	総数 11.7g 男性 12.7g 女性 10.9g	総数 11.1g 男性 12.0g 女性 10.3g	総数 10.6g 男性 11.4g 女性 9.8g	総数 10.4g 男性 11.3g 女性 9.6g	総数 10.2g 男性 11.1g 女性 9.4g	やや減少 傾向

平成 24 年度のみ全国補正值^{注2}

注2 全国補正值：平成 23 年度以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近 3 年間の実施世帯数の和を平成 24 年の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近 3 年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の 3 県で調査を実施できなかった平成 23 年を除く、平成 20～22 年度のものが用いられた。

留意点： 国民健康・栄養調査の栄養摂取状況調査票は、「協力率」と呼ばれる回収率が調査対象世帯に対して、約 67%（平成 25 年度）。また、過去の検証において協力率は男性より女性の方が高い。また 60 歳代や 70 歳以上の高齢者で高いと判明していることに留意して結果を解釈する必要がある³。食塩摂取量は、男女とも 50 歳代や 60 歳代で高い傾向にあり（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）、年齢構成の変化の影響を受けやすいため、年齢階級別の変化も併せて検討する必要がある⁴。また、食塩摂取量は近年減少傾向にあるが、摂取カロリーも 70 歳以上を除く全ての年齢階級で男女とも減少傾向にあるため、摂取カロリー当たりの食塩摂取量についても評価することが望ましい⁴。平成 18～22 年の 5 年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い、食塩摂取量について高い方から低い方に 4 区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群は男性 12.7g、女性 10.8g、下位群は男性 11.0g、女性 9.4g と、地域による差が認められた（国民健康・栄養調査、平成 22 年度）^{注 3}。よって、食塩摂取量の値について解釈する際には、地域による差を考慮する必要がある。

注 3 所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を 3 区分（200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満、600 万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員を基準として、200 万円未満、200 万円以上～600 万円未満の世帯員の生活習慣等の状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数 3,684 世帯のうち、回答が得られた 3,401 世帯（92.3%）から、わからないと回答した 212 世帯を除く 3,189 世帯）の年間所得の状況（20 歳以上）は、200 万円未満 733 世帯（23.0%）、200 万円以上～600 万円未満 1,787 世帯（56.0%）、600 万円以上 669 世帯（21.0%）であった。

データ源： 「国民健康・栄養調査報告」の栄養摂取状況調査票*

*平成 23 年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島を除外し、全国で層化無作為抽出された 5,422 世帯中、協力の得られた 3,412 世帯に実施された。

資料：

- ¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- ² Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- ³ 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子, 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生指針. 2012;59(4):10-15.
- ⁴ 西信雄, 奥田奈賀子. 健康日本 21 (第二次) の目標設定における国民健康・栄養調査. 保健医療科学 2012;61(5):399-408.

指標 予 12

肥満者割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	肥満者 20～60歳男性、40～60歳女性 やせ 20歳代女性	肥満者：「BMI値25以上の者」 やせ：「BMI18.5未満の者」
結果	< 肥満者 > 男性 29.0% 女性 19.6% < やせ > 女性 21.5%	
期間	平成 25 年度	
注	男性の肥満者、女性のやせはほぼ横ばい、女性の肥満者はやや減少傾向にある。目標は平成 34 年までに肥満者男性 28%、女性 19%、やせ 女性 20%。自己申告のため過少評価の可能性はある。	

詳細

指標の定義： 適正体重を維持している者とは、BMI^{注1}が18.5以上25未満となる体重を維持している者である。肥満者とは「BMI値25以上の者」、やせの者とは「BMI18.5未満の者」を指す。BMIの算出にあたっては、身体状況調査において調査対象者を会場に集めて調査員（医師、保健師等）が計測した身長・体重の値を使用。

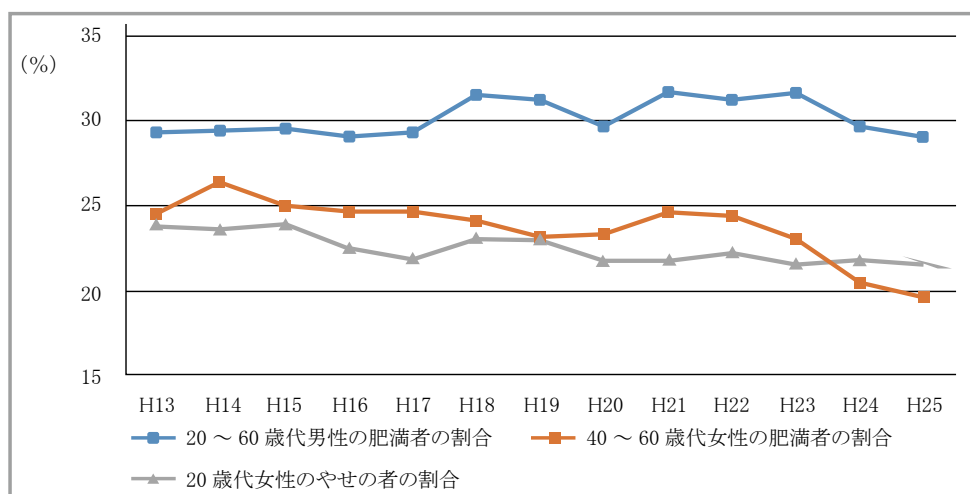
注1 BMI値 = 体重 (kg) / 身長 (m)² (日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会 平成12年)

指標の根拠： 肥満は、大腸、乳房（閉経後）、食道、子宮体部、腎臓、膵臓の各部位のがんのリスクを上げることが「確実」とされている^{1,2}。日本人において、肥満は閉経後の乳がんのリスクを上げることが「確実」とされ、また大腸がん及び肝がんのリスクを上げることが「ほぼ確実」とされている^{3,4}。BMI値25以上の過体重ががん罹患に寄与する割合は、男性で0.8%、女性で1.6%と推定されている⁵。一方で南アジアや東アジアのデータを対象とした研究と同様、BMI低値による全死亡率及び全がん死亡率の上昇が認められており⁶、BMI低値（やせ）に対する対策も併せて進めることが重要である。そのため健康日本21（第二次）の目標設定においては、①20～60歳代の男性肥満者（BMI値25以上の者）、②40～60歳代の女性肥満者（BMI値25以上の者）、および③20歳代女性でやせの者（BMI値18.5未満の者）の割合を減少させることが掲げられた。①の肥満者の割合と②の肥満者の割合については、加齢により肥満者の割合が増加するのではなく、約10年後も現在の肥満者の割合が維持されると仮定されている。また、③については、最近10年間の推移や15～19歳における現状をもとに、20%と設定された⁷。国全体の成人の適正体重を維持している者の割合を経年的に把握するために、国民健康・栄養調査報告を用いた。

参考：

健康日本 21（第二次） 目標	H15年度	H19年度	H22年度	H24年度	H25年度	備考
肥満者 20～60歳代男性 28% 40～60歳代女性 19% (H34年度)	29.5%	31.2%	31.2%	29.6%	29.0%	男性の肥満者は、ほぼ横ばい傾向、40～60歳代女性の肥満者は、やや減少傾向
やせ 20歳代女性 20% (H34年度)	23.9%	23.1%	24.4%	21.8%	21.5%	ほぼ横ばい傾向

肥満及びやせの者の割合の年次推移



20歳代女性やせの者の割合は、移動平均により平滑化した結果から作成。移動平均：グラフ上の結果のばらつきを少なくするため、各年次結果と前後の年次結果を足し合わせ、計3年分を平均化したもの。ただし、平成23年度については単年の結果である。平成24年度のみ全国補正值^{注2}。

注2 全国補正值：平成23年以前の国民健康・栄養調査との比較性を重視し、各都道府県の従来の実施世帯数と今回の実施世帯数との違いを補正するような重み付けが行われた。具体的には、都道府県ごとの直近3年間の実施世帯数の和を平成24年度の実施世帯数で割った値を各都道府県の重みとして、平均と割合を算出し、これを全国重み付け補正值とされた。全国補正值は、従来の調査結果の値と同様に、全国の性・年齢構成への補正は行われていない。なお、直近3年間の実施世帯数としては、岩手・宮城・福島の3県で調査を実施できなかった平成23年を除く、平成20～22年度のものを用いられた。

留意点：

国民健康・栄養調査は、協力率が男性より女性の方が高く、また60歳代や70歳以上の高齢者で高いことなどに留意して結果を解釈する必要がある⁸。調査における対象者の協力数、協力率については報告されていない。世帯の所得を3区分（200万円未満、200万円以上600万円未満、600万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で所得別に体型（肥満者）について比較した結果、肥満者の割合は男性では所得による差がみられず（200万円未満31.5%、200万円以上～600万円未満30.2%、600万円以上30.7%）、女性では600万円以上（13.2%）と比較して200万円未満（25.6%）と200万円以上～600万円未満（21.0%）の世帯で高かった（国民健康・栄養調査、平成22年）^{注3}。また、平成18～22年の5年分の国民健康・栄養調査データを用いて都道府県別に年齢調整を行い男性の肥満者について高い方から低い方に4区分に分け、上位（25%）群と下位（25%）群の状況を比較した結果、上位群39.7%、下位群25.2%と、約10%の地域による違いが認められた（国民健康・栄養調査、平成22年）（なお、女性の都道府県別のデータについては該当者の割合が少なく変動係数が大きいいため解析されていない）。

注3 所得と生活習慣等に関する状況では、世帯の所得を3区分（200万円未満、200万円以上～600万円未満、600万円以上）に分け、年齢、世帯員数を調整した上で、世帯の所得が600万円以上の世帯員を基準として、200万円未満、200万円以上～600万円未満の世帯員の生活習慣などの状況を比較した。解析対象世帯（調査実施世帯数3,684世帯のうち、回答が得られた3,401世帯（92.3%）から、わからないと回答した212世帯を除く3,189世帯）の年間所得の状況（20歳以上）は、200万円未満733世帯（23.0%）、200万円以上～600万円未満1,787世帯（56.0%）、600万円以上669世帯（21.0%）であった。

データ源： 「国民健康・栄養調査報告」の栄養摂取状況調査票*

*平成23年度の国民健康・栄養調査は、東日本大震災のため岩手、宮城、福島の3県を除く全国で層化無作為抽出された5,422世帯中、協力の得られた3,412世帯に実施された。

資料：

- ¹ International Agency for Research on Cancer. In Curado MP, Edwards B, Shin B, et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. IX, IARC Scientific Publications No.160. Geneva: World Health Organization 2007.
- ² World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC. 2007.
- ³ 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター「予防研究グループ」
<<http://epi.ncc.go.jp/index.html>> (アクセス2015年2月2日)
- ⁴ Tanaka K, Tsuji I, Tamakoshi A, et al Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan . Obesity and liver cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. Jpn J Clin Oncol. 2012;42(3):212-21.
- ⁵ Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al. Attributable causes of cancer in Japan in 2005-systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012;23(5):1362-9.
- ⁶ Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, et al. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. J Epidemiol. 2011;21(6):417-30.
- ⁷ 西信雄, 奥田奈賀子. 健康日本21(第二次)の目標設定における国民健康・栄養調査. 保健医療科学 2012;61(5):399-408.
- ⁸ 西信雄, 中出麻紀子, 猿倉薫子 他. 国民健康・栄養調査の協力率とその関連要因. 厚生指標. 2012;59(4):10-15.

指標 早 1a, 1b

市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	指針以外のがん種の検診を実施している市区町村
結果	77.3%	
期間	平成 24 年度	
注		

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	指針に基づくがん検診を実施している市区町村
結果	胃がん（X線検査） 99.1%	大腸がん（便潜血検査） 99.9%
	肺がん（X線検査） 96.0%	乳がん（X線検査） 99.0%
	肺がん（喀痰細胞診） 85.8%	子宮頸がん（細胞診） 90.8%
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 28 年までに全ての市区町村で実施。	

詳細

指標の定義：

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合とは、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいたがん検診以外を実施している市区町村の割合とする。推奨される検診を行っているかどうかはこの算定には考慮しない。

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合とは、上記指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合とする。

調査は平成 20 年から毎年行われ、対象は、全市区町村及び 23 特別区である。各都道府県を通じ管内市区町村に対しがん検診の実施状況（1 月 1 日時点）について調査した（回答率は、99.6～100%）。調査は毎年 4～5 月に実施され、調査前年度のがん検診事業（調査年の 1 月 1 日現在）のがん検診の実施状況について回答することとなっている。ここでは、調査対象年度（平成 25 年の調査報告書は平成 24 年度として記載）を用いて記載する。

指標の根拠： がん検診によりがん死亡を減少させるためには、科学的根拠に基づく検診を正しく実施する必要がある^{1,2}。がん検診の対象は、無症状の一般的な健常者であり、がんの早期発見・早期治療という利益のほか、偽陽性、偽陰性、偶発症、受診者の身体的・心理的な負担等の不利益について考慮する必要がある。つまり、がん検診による死亡率減少効果とこれら不利益について科学的根拠に基づいて判断し実施することが重要である。死亡率減少効果が証明されていないものについては対策型検診としては勧められない。厚生労働省は「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年4月厚生労働省健康局長通知）を定め、市区町村における科学的根拠に基づくがん検診を推進している^{3,4}。同指針において推奨されているがん検診は、内外の広範な文献レビューに基づく知見をもとに、死亡率減少効果があると考えられた検診である。ここでは、指針に基づいたがん検診の実施状況について把握するため、厚生労働省が行った「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」の結果を用いた⁵。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨される検診

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部 X 線検査	40 歳以上	年 1 回
肺がん検診	問診、胸部 X 線検査及び喀痰細胞診	40 歳以上	年 1 回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40 歳以上	年 1 回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房 X 線検査（マンモグラフィ）	40 歳以上	2 年に 1 回
子宮がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳以上	2 年に 1 回

胃がん検診：平成27年7月30日厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」において、内視鏡検査の追加が提言された。

乳がん検診：平成15年度まで、対象者は50歳以上、受診間隔は年1回。

子宮がん検診：有症状者は、まず医療機関の受診を推奨。ただし、本人が同意する場合には子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を実施（平成15年度まで、対象者は30歳以上、受診間隔は年1回）。

参考：

1a：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

指針以外のがん種のがん検診実施割合

検査項目	H 19 年度 ^{注1} (回答数 1,822)	H 21 年度 ^{注2} (回答数 1,783)	H 24 年度 (回答数 1,735)	備考
指針以外のがん種の検診を実施	1,146 (62.9%)	1,238 (69.4%)	1,341 (77.3%)	増加傾向
指針で示しているがん種のみ の検診実施	672 (36.9%)	527 (29.6%)	388 (22.4%)	
検診項目（複数回答）				
前立線がんの検診（PSA 検査）	900 (49.4%)	1205 (67.6%)	1300 (74.9%)	増加傾向
前立腺がんの検診（PSA 検査以外）	-	-	8 (0.5%)	
肝臓がんの検診（超音波検査）	31 (1.7%)	55 (3.1%)	127 (7.3%)	
肝臓がんの検診（超音波検査以外）	-	-	16 (0.9%)	
卵巣がんの検診（超音波検査）	-	29 (1.6%)	66 (3.8%)	
卵巣がんの検診（超音波検査以外）	-	-	1 (0.1%)	
甲状腺がんの検診（超音波検査）	5 (0.3%)	10 (0.6%)	27 (1.6%)	
甲状腺がんの検診（超音波検査以外）	-	-	36 (2.1%)	
口腔がんの検診	-	25 (1.4%)	44 (2.5%)	
咽頭・喉頭がんの検診	-	-	19 (1.1%)	
その他のがん種の検診 ^{注3}	-	-	36 (2.1%)	

集計結果には、未回答・その他を含むため合計が100%とならない。

注1 平成19年の結果は、国の指針以外の方法によるがん検診の実施状況（平成20年度調査結果）。

注2 平成21年の前立腺がんの検査には PSA 検査以外での前立線がん検診を含む割合。肝臓がんの検査では、「肝臓がん、胆のうがん、膵臓がん」の超音波検査及び血液検査を含む割合。口腔がんの検診には、咽頭がん・喉頭がんの検査を含む割合となっている（平成22年度調査結果）。

注3 平成24年（平成25年度4月の調査結果）の「その他のがん腫の検診」には、「膵臓がん」「胆のうがん」「PET 検査」等が上げられた。なお、子宮体がんは除外された集計結果である。

指針以外のがん検診項目（方法）によるがん検診実施割合

検査項目	H 19 年 (実施数)	H 21 年 (実施数)	H 24 年 (実施数)	備考
胃がん検診	(1,822)	(1,782)	(1,734)	増加傾向
胃内視鏡検査	53 (2.9%)	234 (13.1%)	318 (18.3%)	
ペプシノゲン法	21 (1.2%)	53 (3.0%)	84 (4.8%)	
ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	-	18 (1.0%)	50 (2.9%)	
肺がん検診	(1,821)	(1,720)	(1,707)	増加傾向
胸部 CT	84 (4.6%)	150 (8.7%)	184 (10.8%)	
大腸がん検診	(1,822)	(1,720)	(1,735)	ほぼ横ばい
大腸内視鏡検査	-	32 (1.8%)	35 (2.0%)	
S 状結腸鏡検査	-	30 (1.7%)	26 (1.5%)	
注腸 X 線検査	-	5 (0.3%)	5 (0.3%)	
乳がん検診	(1,822)	(1,783)	(1,735)	3 割以上が 実施
超音波検査（エコー）	206 (11.3%)	536 (30.1%)	547 (31.5%)	
子宮頸がん検診	(1,822)	(1,781)	(1,729)	やや増加
HPV 検査	-	26 (1.5%)	59 (3.4%)	

胃内視鏡検査は、平成 27 年 7 月 30 日時点で、厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」で推奨検診項目への追加が提言された。本指標における調査時点では推奨されていないため、内視鏡検査は「指針以外のがん検診項目」に含まれている。

1b：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

検査項目	H 19 年 (実施数)	H 21 年 (実施数)	H 24 年 (実施数)	備考
胃がん検診	(1,822)	(1,782)	(1,734)	ほぼ全国で実施
問診	1,782 (97.8%) 注4	1,768 (99.2%)	1,722 (99.3%)	
胃部 X 線検査		1,767 (99.2%)	1,719 (99.1%)	
肺がん検診	(1,821)	(1,720)	(1,707)	ほぼ横ばい
問診	1,682 (92.3%) 注4	1,671 (97.2%)	1,647 (96.5%)	
胸部 X 線検査		1,671 (97.2%)	1,638 (96.0%)	
喀痰細胞診		1,495 (86.9%)	1,465 (85.8%)	
大腸がん検診	(1,822)	(1,781)	(1,735)	ほぼ全国で実施
問診	1,782 (97.8%) 注4	1,675 (94.0%)	1,667 (96.1%)	
便潜血検査		1,773 (99.6%)	1,733 (99.9%)	
乳がん検診	(1,822)	(1,783)	(1,735)	ほぼ全国で実施
問診	1,601 (87.9%) 注4	1,774 (99.5%)	1,411 (81.3%)	
視・触診		1,520 (85.0%)	1,502 (86.6%)	
乳房 X 線検査（マンモグラフィ）		1,750 (98.1%)	1,718 (99.0%)	
子宮頸がん	(1,822)	(1,781)	(1,729)	9 割以上で実施
問診	1,711 (93.9%) 注4	1,778 (99.8%)	1,729 (99.7%)	
視診・内診		1,529 (85.9%)	1,647 (94.9%)	
細胞診（従来法）		1,665 (94.2%)	1,576 (90.8%)	
細胞診（液状検体法）		38 (2.2%)	288 (16.6%)	

注 4 各がん検診について、「国の指針どおりに実施している」と回答した市区町村の数。

留意点：厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されているがん検診については、ほぼ9割以上の市区町村で実施されている。しかしながら、同指針に基づかないがん種や検査項目（方法）によるがん検診を実施している市区町村が一定数存在し、その数は近年増加傾向にある。がん検診は診療とは異なり、健康な人を対象としていることからがん検診による早期発見・早期治療による死亡リスクの減少といった利益の他に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益についても考慮する必要がある。集団の死亡率を減少させるために行う対策型検診では、限られた資源の中で集団にとって最大の利益が得られるように検診を行うことが求められる（例えば、不必要な精密検査による費用や有害事象のリスクを避けるなど）。平成20年6月に全国1,984市区町村のがん検診担当者を対象に行われた「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」に関する理解度・認知度・利用に関する調査（回答率59.5%）では、ガイドラインに関する認知度は高いものの、がん検診の体制に関する基礎用語である「対策型検診・任意型検診」やガイドラインにおける推奨と科学的根拠との関連などに関する理解度は十分ではなかった⁶。今後は、がん検診のガイドラインについての正しい知識なども、市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況調査とともに把握していくことが必要かもしれない。また、今後のガイドラインの更新によってここで記述したがん検診の推奨内容が変更となる可能性がある点にも留意する必要がある。

データ源：市区町村におけるがん検診の実施状況調査（厚生労働省）⁵

資料：

- ¹ 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター・検診研究部検診評価研究室「科学的根拠に基づくがん検診」〈<http://canscreen.ncc.go.jp/kihon/aim.html>〉（アクセス2015年2月2日）
- ² 祖父江友孝，濱島ちさと，斎藤博他「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン作成手順（普及版）」癌と化学療法 2005;32(6):893-900.
- ³ 厚生労働省 がん検診 〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_kenshin.html〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁴ 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成25年8月 〈<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000019915.pdf>〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁵ 厚生労働省 平成25年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査結果 〈<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=147922&name=0000013913.pdf>〉（アクセス2015年2月2日）
- ⁶ 斎藤博（主任研究者）「平成19年度老人保健事業補助金推進費等補助金（高齢者保健福祉施策の推進に寄与する調査研究事業等）がん検診事業の効果的な実施及び老人保健事業25年の成果に関する調査研究 全国市町村における「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」の認知度・理解度及び利用に関するアンケート調査報告」平成21年3月

指標 早 2

市区町村におけるがん検診の精度管理：「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合（技術・体制的指標）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村
結果	胃がん 71.8% 肺がん 71.9% 大腸がん 71.3%	乳がん 69.7% 子宮頸がん 67.8%*
期間	平成 26 年度	
注	目標は平成 28 年までに全ての市区町村で実施 *総合実施割合：但し、チェックリスト Q1-3 の回答は含まれない。	

詳細

指標の定義： 平成 20 年度の「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」¹で示された「事業評価のためのチェックリスト」の実施割合。調査対象は、健康増進事業に基づく集団検診を「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」²（厚生労働省、平成 20 年）に基づいた検査方法で行っている市区町村である。平成 26 年度の調査では、1,736 市区町村のうち 1,414 市区町村から回答を得た（回収率 81.5%）。

指標の根拠： がん検診の実施において期待されるがん死亡率減少効果を得るためには、科学的根拠に基づく検診を適切な精度管理下で実施することが必要である。平成 20 年度の「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」¹では、がん検診の精度管理を「目標と標準の設定」「質と達成度のモニタリング・分析」及び「改善に向けた取組」の 3 段階に整理し、精度管理の指標と目標を設定し、モニタリングし、改善を目指すこととされている。

がん検診の精度管理のための指標は、「技術・体制的指標」「プロセス指標」「アウトカム指標」に分類される。「アウトカム指標」はがんの死亡率により評価されるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要することから「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すこととされている。

そこで、ここでは市区町村におけるがん検診の精度管理実施状況について「技術・体制的指標」及び「プロセス指標」の 2 つの側面から把握することとする。同報告書に基づき、「技術・体制的指標」として「事業評価のためのチェックリスト」の実施状況を、「プロセス指標」として精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度について、国全体の傾向を把握するため、厚生労働科学研究の研究班による調査結果及び地域保健・健康増進事業報告の結果を用いて記述する。

参考： 平成 26 年度の「事業評価のためのチェックリスト」(厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成 20 年) に基づく全国の実施率 (%) (回答自治体数 1,414 のうち無効回答 (集団検診未実施等) をのぞく集計自治体数 :1,393)

項目	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
検診対象者					
対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか (Q1-1)	87.3	87.5	87.6	87.7	87.4
受診者の情報管理					
個人別の受診 (記録) 台帳を把握しているか (Q2-2)	91.7	91.4	91.5	91.9	91.4
受診者数を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q2-2-1)	94.3	94.2	94.3	94.6	94.1
受診者数を検診機関別に集計しているか (Q2-2-2)	95.2	94.8	95.3	92.8	92.3
受診者数を過去の受診歴別に集計しているか (Q2-2-3)	84.6 ↑	83.9 ↑	84.7 ↑	85.5 ↑	84.9 ↑
過去 3 年間の受診歴を記録しているか (Q2-3)	93.2 ↑	92.8	92.4	93.1 ↑	92.8
要精検率の把握					
要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q3-1-1)	77.4	77.3	77.7	77.9	77.0
要精検率を検診機関別に集計しているか (Q3-1-2)	80.0	79.3 ↑	80.4 ↑	76.0	74.9
要精検率を過去の受診歴別に集計しているか (Q3-1-3)	59.3 ↑	59.7 ↑	60.1 ↑	60.2 ↑	59.9 ↑
精検受診の有無の把握と受診勧奨					
精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q4-1-1)	74.3	73.6	74.1	74.2	73.1
精検受診率を検診機関別に集計しているか (Q4-1-2)	76.4	75.7	76.4	71.9	70.4
精検受診率を過去の受診歴別に集計しているか (Q4-1-3)	56.7 ↑	57.0 ↑	57.1 ↑	56.6 ↑	56.4 ↑
精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか (Q4-3)	84.1	83.4	84.5	84.9	85.5
精密検査結果の把握					
過去 3 年間の精密検査結果を記録しているか (Q5-2)	84.5 ↑	83.7 ↑	84.1	84.2	84.1 ↑
がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q6-1-1)					
がん発見率を検診機関別に集計しているか (Q6-1-2)	63.5	63.3	63.6	63.2	63.8
がん発見率を受診歴別に集計しているか (Q6-1-3)	67.1 ↑	66.4 ↑	67.3 ↑	63.5	62.6
陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか (Q8-1-1)	51.1 ↑	51.0 ↑	51.6 ↑	51.2 ↑	51.4 ↑
陽性反応適中度を受診歴別に集計しているか (Q8-1-2)	48.1 ↑	48.3 ↑	48.1 ↑	47.3 ↑	47.8 ↑
陽性反応適中度を受診歴別に集計しているか (Q8-1-3)	51.2 ↑	50.8 ↑	51.2 ↑	49.1 ↑	48.5 ↑
	40.4 ↑	40.6 ↑	40.9 ↑	39.8 ↑	40.3 ↑
検診機関の委託					
委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか (Q10-1)	60.1 ↑	57.3 ↑	59.0 ↑	58.9 ↑	58.7 ↑
仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか (Q10-1-1)	44.2 ↑	42.3	44.2 ↑	43.5 ↑	43.9

数値は実施していると回答した市区町村数 / 回答した全市区町村数 × 100

↑は、近年実施割合が増加した項目

(平成 26 年度の調査結果より抜粋)

留意点： 研究班の調査では、受診者数・要精検率・精検受診率・がん発見率・陽性反応適中度については「性・年齢階級別」「検診機関別」「受診歴別」に集計している市区町村は年々増加傾向にあった。平成 25 年度と平成 26 年度の調査結果をみると、要精検率・精検受診率について「性・年齢階級別」に集計している市区町村は 7 割程度、がん発見率の「性・年齢階級別」に集計している市区町村は、6 割程度にとどまっている。平成 26 年度の調査において、検診機関の質を担保する体制についても委託検診機関の選定時に 57 ~ 60% の市区町村が仕様書を取り交わしていたが、その仕様書に必要最低限の精度管理項目 (厚生労働省報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」にある項目) が記載されている市区町村は近年増加傾向にあるものの、依然 42 ~ 44% にとどまっている。

- データ源：** 厚生労働科学研究「市区町村におけるがん検診チェックリスト（厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成20年）の使用に関する実態調査結果報告」（研究代表者：斎藤博）
- 資料：**
- ¹ 厚生労働省 がん検診事業の評価に関する委員会「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
〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>〉（アクセス2015年2月2日）
 - ² 厚生労働省「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〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kenshin02.pdf〉（アクセス2015年2月2日）

指標 早 3

市区町村におけるがん検診の精度管理実施状況：精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度（がん検診のプロセス指標）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	全国の市区町村で実施される指針に基づくがん検診	下記、参照
結果	精検受診率：胃 79.8%、肺 78.6%、大腸 64.4%、乳 84.6%、子宮頸 69.6% 未把握率：胃 9.9%、肺 12.3%、大腸 17.8%、乳 9.8%、子宮頸 17.8% 精検未受診率：胃 10.3%、肺 9.1%、大腸 17.8%、乳 5.6%、子宮頸 12.6% 精検未受診・未把握率：胃 20.2%、肺 21.4%、大腸 35.6%、乳 15.4%、子宮頸 30.4% 要精検率：胃 8.1%、肺 2.0%、大腸 6.2%、乳 8.7%、子宮頸 2.0% がん発見率：胃 0.11%、肺 0.04%、大腸 0.18%、乳 0.32%、子宮頸 0.08% 陽性反応適中度：胃 1.3%、肺 1.9%、大腸 3.0%、乳 3.7%、子宮頸 3.8%	
期間	平成 24 年度	
注	目標は平成 28 年までに下記の各目標を達成。市区町村によって達成率にばらつきがある。	

詳細

指標の定義： 対象となる検診は、胃がん（胃部 X 線検査）、肺がん（胸部 X 線と喀痰検査（高危険群のみ）の併用）、大腸がん（便潜血検査）、乳がん（視触診とマンモグラフィの併用）、子宮頸がん（細胞診）である。

地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）¹

精検受診率（%）	精検受診者数（= 要精検者 - 未把握者 - 未受診者） / 要精検者数 × 100 ^{注1}
未把握率（%）	精検未把握者数 / 要精検者数 × 100 ^{注2}
精検未受診率（%）	精検未受診者数 / 要精検者数 × 100 ^{注3}
精検未受診・未把握率（%）	（未把握者数 + 未受診者数） / 要精検者数 × 100 ^{注4}
要精検率（%）	要精検者数 / 受診者数 × 100
がん発見率（%）	（精密検査で）がんであった者 / 受診者数 × 100
陽性反応適中度（PPV）（%）	（精密検査で）がんであった者 / 要精検者数 × 100

注1 精検受診：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の4つ全て）を申告したもの。

注2 未把握：精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。

注3 精検未受診：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）および精検として不適切な検査が行われたもの（精検として不適切な検査とは、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。

各がん検診に関する事業評価プロセス指標とそれぞれの許容値及び目標値（案）

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
精検受診率	許容値	70% 以上	70% 以上	70% 以上	80% 以上	70% 以上
	目標値	90% 以上	90% 以上	90% 以上	90% 以上	90% 以上
未把握率	許容値	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下
	目標値	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下
精検未受診率	許容値	20% 以下	20% 以下	20% 以下	10% 以下	20% 以下
	目標値	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下	5% 以下
精検未受診・ 未把握率	許容値	30% 以下	20% 以下	30% 以下	20% 以下	30% 以下
	目標値	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下	10% 以下
要精検率	許容値	11.0% 以下	3.0% 以下	7.0% 以下	11.0% 以下 ^{注4}	1.4% 以下
がん発見率	許容値	0.11% 以上	0.03% 以上	0.13% 以上	0.23% 以上 ^{注4}	0.05% 以上
陽性反応適中度	許容値	1.0% 以上	1.3% 以上	1.9% 以上	2.5% 以上 ^{注4}	4.0% 以上

注4 乳がん検診の要精検率、がん発見率及び陽性反応適中度については、参考値とする（算出対象の平成17年度データはマンモグラフィ検診が本格的に実施された最初の年のものであり、初回受診者の割合が著しく高いことに影響され、過大評価している可能性が高いため）。

提示されている数値設定方法は、各指標の都道府県の分布を基にベンチマーキングした一時的な設定方法であり、数値設定の対象となる年齢は本来より絞り込んだ方が望ましいが、各がんにより重点となる年齢層が異なる。そこでわかりやすさを考慮し、「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」では各がん共通で40歳から74歳まで（子宮頸がんのみ20歳から74歳まで）が対象とされた。

なお、精検受診率等の把握にはがん検診受診から時間を要するため、地域保健・健康増進事業報告においては調査前年度のがん検診の精度管理状況（精検受診率等）が報告されている。ここでは該当するがん検診の調査年度をもちいて現状について記載する。

指標の根拠： 指標 早2を参照。

参考：

胃がん（胃部X線検査、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	3,877,829	3,794,488	3,874,128	3,789,998	2,426,903	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	80.1%	81.1%	80.5%	79.8%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	9.9%	9.0%	9.9%	9.9%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	10.0%	9.9%	9.5%	10.3%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	19.9%	18.9%	19.4%	20.2%	許容値(30%以下)は達成
要精検率 ^{注6}	-	9.93%	9.51%	9.42%	9.15%	8.08%	許容値(11.0%以下)は達成
がん発見率 ^{注6}	-	0.17%	0.17%	0.17%	0.16%	0.11%	許容値(0.11%以上)は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	1.67%	1.76%	1.86%	1.78%	1.30%	許容値(1.0%以上)は達成

肺がん（胸部 X 線と喀痰検査（高危険群のみ）、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	6,680,080	6,680,014	7,059,318	7,092,407	3,984,878	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	75.9%	77.7%	77.9%	78.6%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	13.5%	13.4%	13.1%	12.3%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	10.6%	8.9%	9.0%	9.1%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	24.1%	22.3%	22.1%	21.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	2.93%	2.90%	2.82%	2.68%	1.98%	やや低下
がん発見率 ^{注6}	-	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.04%	ほぼ横ばい
陽性反応適中度 ^{注6}	-	2.04%	2.00%	2.16%	2.22%	1.93%	許容値（1.3% 以上）は達成

大腸がん（便潜血検査、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	6,405,548	6,499,000	6,975,281	7,674,030	4,714,042	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	62.9%	63.6%	63.0%	64.4%	ほぼ横ばい
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	18.6%	19.0%	19.7%	17.8%	ほぼ横ばい
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	18.5%	17.4%	17.3%	17.8%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	37.1%	36.4%	37.0%	35.6%	ほぼ横ばい
要精検率 ^{注6}	-	7.20%	7.40%	7.25%	7.08%	6.21%	やや低下
がん発見率 ^{注6}	-	0.21%	0.22%	0.23%	0.22%	0.18%	やや低下
陽性反応適中度 ^{注6}	-	2.95%	2.96%	3.16%	3.08%	2.98%	許容値(1.9%以上) は達成

乳がん（視触診とマンモグラフィの併用、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	1,742,615	2,502,080	2,541,993	2,511,299	2,030,258	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	82.3%	83.5%	84.4%	84.6%	許容値(80%以上) は達成
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	11.2%	10.3%	10.1%	9.8%	やや低下
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	6.5%	6.3%	5.5%	5.6%	ほぼ横ばい
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	17.7%	16.5%	15.6%	15.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	8.64%	8.82%	8.57%	8.38%	8.70%	許容値(1.0%以下) は達成
がん発見率 ^{注6}	-	0.32%	0.30%	0.32%	0.32%	0.32%	許容値(0.23%以上) は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	3.66%	3.37%	3.72%	3.83%	3.67%	許容値(2.5%以上) は達成

子宮頸がん（細胞診、全国平均値）

目標値		H 20 年度 検診	H 21 年度 検診	H 22 年度 検診 ^{注5}	H 23 年度 検診	H 24 年度 検診 ^{注7}	備考
受診者数	-	3,516,610	4,275,409	4,666,826	4,498,602	4,021,402	
精検受診率 ^{注6}	90% 以上	-	64.2%	66.2%	68.0%	69.6%	やや増加
未把握率 ^{注6}	5% 以下	-	20.3%	19.9%	18.2%	17.8%	やや低下
精検未受診率 ^{注6}	5% 以下	-	15.4%	13.9%	13.8%	12.6%	やや低下
精検未受診・ 未把握率 ^{注6}	10% 以下	-	35.7%	33.8%	32.0%	30.4%	やや低下
要精検率 ^{注6}	-	1.19%	1.42%	1.63%	1.76%	2.03%	やや増加
がん発見率 ^{注6}	-	0.07%	0.08%	0.08%	0.08%	0.08%	許容値(0.05% 以上) は達成
陽性反応適中度 ^{注6}	-	5.80%	5.32%	4.93%	4.36%	3.77%	やや低下

注5 平成 22 年度は、東日本大震災の影響により岩手県の一部の市町村（釜石市、大槌町、宮古市、陸前高田市）、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県の一部の市町村（南相馬市、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、二葉町、飯館村、会津若松市）が含まれていない。受診率は、計数が不詳の市区町村を除いた値である。

注6 がん検診受診者における要精密検査者は、必ずしも受診年度に結果が判明しているとは限らないため、その翌年度に判明した者も含めて把握された数である。

注7 「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢を 40 歳から 69 歳まで（「子宮頸がん」は 20 歳から 69 歳）とした。

留意点：

平成 25 年度地域保健・健康増進事業報告（平成 24 年度実績）では、算出基準（対象者）が違っているため、前年と結果を見る際には留意する。平成 24 年度実績では、平成 24 年のがん対策推進基本計画に基づき、がん検診受診率の算定対象者年齢は 40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）で算出された値。ここで示した数値は、全国平均値であり目標値または許容値を達成している市区町村と、達成できていない市区町村がある。また、市区町村において経年的傾向を比較する際には市区町村によっては住民数が少ないところもあり、対象者数や実施数によっては割合の変動が大きくなるため数値の経年的な比較には注意を要する。受診率、精検未把握率、精検未受診率等について正確に市区町村の割合を算出するためには、少なくとも前述の「事業評価のためのチェックリスト」の項目が実施されていて初めて意味のある数値となる。チェックリストの実施割合は、近年向上してきた（前述の指標参照）。よって、これらがん検診の技術的体制が整ったことで初めてがん検診のプロセス指標の動向について検討できる段階となったともいえる（例：がん検診における精密検査把握率の向上により各市区町村のがん発見率や陽性反応適中度がより正確に把握可能となる等）。

資料：

¹ 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html>>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

指標 早 4

市区町村のがん検診実施状況：がん検診のコールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん検診を実施している市区町村	コールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している市区町村
結果	胃がん検診 5.0% 肺がん検診 5.1% 大腸がん検診 5.0%	乳がん検診 4.3% 子宮頸がん 4.7%
期間	平成 26 年度	
注	調査方法の変更による結果への影響に留意が必要。	

詳細

指標の定義： がん検診を実施している市区町村で、検診を受診しなかった全ての未受診者に対して、再度の受診勧奨を個人毎（手紙・電話・訪問等）に行った市区町村の割合を指標とした。

指標の根拠： 国民のがん死亡率減少のためには、科学的根拠に基づく検診を適切な精度管理下で実施し、多くの国民が受診してはじめて効果が期待できる。がん検診のあり方に関する検討会では、対象者個人に対する個別受診勧奨・再勧奨（コールリコール）をはじめ、検診受診の利便性向上に向けた取り組み、PR 活動等を組み合わせることが重要である¹。米国疾病予防管理センターにおいても、乳がん検診・子宮頸がん検診、大腸がん検診の受診率対策として、がん検診対象者への再勧奨を推奨している²。

参考：

	H 22 年度 ^{注1} (実施数 / 調査対象)	H 23 年度 ^{注2} (実施数 / 調査対象)	H 24 年度 ^{注2} (実施数 / 調査対象)	H 25 年度 ^{注3} (実施数 / 調査対象)	H 26 年度 ^{注3} (実施数 / 調査対象)	備考
胃がん	8.6% (108/1,254)	4.4% (55/1,246)	8.0% (108/1,355)	6.4% (88/1,382)	5.0% (68/1,367)	やや減少
肺がん	8.3% (95/1,138)	6.1% (71/1,171)	7.9% (102/1,289)	7.2% (96/1,332)	5.1% (67/1,311)	やや減少
大腸がん	8.1% (94/1,159)	4.7% (55/1,163)	7.3% (94/1,283)	6.6% (87/1,309)	5.0% (65/1,297)	やや減少
乳がん	8.3% (97/1,173)	4.9% (58/1,181)	7.7% (100/1,294)	6.1% (81/1,320)	4.3% (56/1,314)	やや減少
子宮（頸）がん	9.0% (99/1,098)	5.0% (54/1,085)	8.6% (103/1,195)	6.1% (73/1,199)	4.7% (56/1,202)	やや減少

注 1 平成 22 年度は、「対象者に均等に受診勧奨」を行っており、かつ「勧奨に応じなかった対象者に再度受診勧奨を行っている」市区町村の割合を示す。

注 2 平成 23、24 年度は、「対象者の網羅的な名簿を住民台帳に基づいて作成」した上で「対象者に均等に受診勧奨を行っている」市区町村で、かつ「受診勧奨に応じなかった対象者全員へ、年度内に再度の受診勧奨を個人別に行っている」と回答した市区町村の割合を示す。

注 3 平成 25、26 年度は、「検診を受診しなかった全ての未受診者に対して、再度の受診勧奨を個人毎（手紙・電話・訪問等）に行った市区町村」の割合を示す。但し、未受診者のうち対象を限定して実施している場合や広報・チラシ・ポスター等による周知は、個別に受診勧奨を行っているとはみなしていない。

留意点： 調査年度によって調査項目が変更されているため、結果について経年的に比較をする際には留意する必要がある。

データ源： 国立がん研究センター がん予防・検診研究センター検診研究部年報

資料： ¹ 厚生労働「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成 25 年 8 月

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000019916.html>>（アクセス 2015 年 4 月 15 日）

² 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス「がん検診について 7. 受診率対策」<http://ganjoho.jp/professional/pre_scr/screening/screening.html>（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

指標 早 5

がん検診受診率

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）の国民	がん検診を受診した者
結果	胃がん男性 45.8% 胃がん女性 33.8% 肺がん男性 47.5% 肺がん女性 37.4%	大腸がん男性 41.4% 大腸がん女性 34.5% 乳がん 34.2% 子宮頸がん 32.7%
期間	平成25年度	
注	目標は、平成28年までに40%（乳がん、子宮頸がんは50%）。調査方法の変更による結果への影響に留意が必要、	

詳細

指標の定義： 検診対象年齢の国民のうち、それぞれのがん検診を受診した者の割合を指標とした。がん対策推進基本計画において、受診率の算定には、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までが対象とされている。

指標の根拠： わが国のがんによるがん死亡者数は年間35万人を超え、死亡原因の第一位となっている。一部のガンでは早期発見・早期治療が可能となってきた。がん検診によってガンを早期発見し適切な治療につなげることは、がん死亡率を減少させる上で重要である。そのためには、多くの人が科学的根拠に基づいた（正しく実施されている）がん検診を受診する必要がある^{1,2}。平成24年度に改定されたがん対策推進基本計画では、がん検診受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標としている。日本でのがん検診は、健康増進事業として市区町村が行う検診以外に企業等におけるいわゆる職域検診が一部で行われ、さらに人間ドックなどの中でがん検診を受けている場合がある。市区町村で実施される住民検診については毎年の受診状況が地域保健・健康増進事業報告としてまとめられている。一方で、がん検診の対象者となる年齢層の多くが職域検診の対象となることが予想されている。ここでは、職域のがん検診受診者を合わせた国民全体のがん検診受診率について把握するため、平成16年から3年ごとに実施されている国民生活基礎調査（厚生労働省）の結果に基づいてがん検診受診率について記述する。

参考：

目標	対象年齢	H19年度 (第8回)	H22年度 (第9回)	H25年度 (第10回)	備考
胃がん	40～69歳 (H28年)	男性 33.8% 女性 26.8%	男性 36.6% 女性 28.3%	男性 45.8% 女性 33.8%	増加傾向
肺がん		男性 26.7% 女性 22.9%	男性 26.4% 女性 23.0%	男性 47.5% 女性 37.4%	増加傾向
大腸がん		男性 27.9% 女性 23.7%	男性 28.1% 女性 23.9%	男性 41.4% 女性 34.5%	増加傾向
乳がん	40～69歳 (H28年)	女性 24.7%	女性 30.6%	女性 34.2%	増加傾向
子宮（頸）がん		20～69歳	女性 24.5%	女性 28.7%	女性 32.7%

入院者は含まない。乳がん検診は、過去2年間の受診を見ると平成22年度39.1%から平成25年度43.4%へと増加している（なお、表中は単年度のみ受診率）。子宮（頸）がん検診は、過去2年間の受診を見ると平成22年37.7%から平成25年42.1%へと増加している。平成22年までは「子宮がん検診」として調査されていたが、平成25年は「子宮がん（子宮頸がん）検診」として調査された。平成22年調査までは、がん検診の受診率については上限を設けず40歳以上（子宮がん検診は20歳以上）を対象年齢として算出していたが、「がん対策推進基本計画」の受診率の算定対象に基づき、平成25年国民生活基礎調査の結果からは、平成22年以前の調査についても、対象年齢の上限を69歳として算出しておかれている。

留意点：

平成 25 年の国民生活基礎調査 / 調査結果を見るといずれのがん検診の受診率も増加している。しかしながらこの結果の解釈においては次の点に留意する必要がある。平成 22 年までの調査では「あなたは過去 1 年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください」といった一括してがん検診受診の有無を問う質問形式であったのに対し、平成 25 年の調査では 5 つのがん検診別に個々のがん検診の受診を問う形式へと変更されており、回答の記載漏れが減った可能性がある。さらに、平成 22 年までの調査では健康票は密封されたものを調査員が回収していたが、高齢者を中心に未記入等による不詳が徐々に増えてきていることから平成 25 年の調査では適切な調査票の記入を促すため非密封回収となった。この点についても平成 25 年調査の結果に影響を与えている可能性がある。なお、健康票は心身の健康などのプライバシーに係る調査事項も含まれている。調査員に回答内容を見られることに対し忌避感を持つ報告者もいるため、密封方式による提出も可能である。また、どのがん検診においても地域保健・健康増進事業報告と比較して受診率が高くなっている。その理由は、職域での受診を反映していることのほかに、検診と診療が明確に区別されておらず、診療上の診断のための検査も含んでいる可能性が考えられる¹。なお、職域で行うがん検診や人間ドック等を含んだがん検診受診率を調査するものとして、全国約 3 千人を対象とし、調査員による個別面接聴取方式により実施している世論調査（内閣府）では、地域保健・健康増進事業報告及び国民生活基礎調査の結果よりも受診率が高くなっている。世論調査も国民生活基礎調査と同様、科学的根拠に基づいていないがん検診法が計上されている可能性が高い。がん検診は継続的に受診することにより、本来の効果が期待できるものであり、受診率の向上に向けた取り組みについては、長期的視点での検討が必要とされる。がん検診を効果的に受診勧奨するためには、対象者を網羅的に把握した対象者名簿やシステムを整備することが重要である²。

参考：**内閣府「世論調査」の結果**

	平成 19 年 9 月	平成 21 年 9 月
胃がん	男性 40.5% 女性 32.8%	男性 42.3% 女性 32.9%
肺がん	男性 45.6% 女性 37.0%	男性 44.7% 女性 40.1%
大腸がん	男性 35.1% 女性 32.5%	男性 35.3% 女性 31.3%
乳がん	女性 37.4%	女性 35.7%
子宮がん	女性 39.0%	女性 37.2%

全国約 3 千人を調査対象とし、調査員による個別面接聴取方式により実施。

データ源：**国民生活基礎調査³**

国民生活基礎調査は、厚生行政基礎調査（昭和 28 ～ 60 年）、国民健康調査（昭和 28 ～ 60 年）、国民生活実態調査（昭和 37 ～ 60 年）、保健衛生基礎調査（昭和 38 ～ 60 年）の 4 調査を統合することによって世帯の状況を総合的に把握し、併せて地域別に観察できるものとした調査であり、昭和 61 年を初年として 3 年ごとに大規模な調査を実施し、中間の各年には世帯の基本的事項および所帯の状況について小規模な調査を実施している。本調査は、平成 20 年まで統計法に基づく指定統計調査として実施してきたが、平成 21 年から新たな統計法に基づく基幹統計調査として実施しており、調査の実施方法については国民生活基礎調査規則による。

3 年ごとの大規模調査では全国の世帯および世帯員を対象とし、世帯票および健康票については平成 17 年国勢調査区のうち後置番号 1 及び 8 から層化無作為抽出した 5,510 地区内のすべての世帯（約 29 万世帯）および世帯員（約 75 万人）を調査客体とした。ただし、単身赴任者、出稼ぎ者、長期出張者（おおむね 3 ヶ月以上）、遊学中の者、社会福祉施設（介護保険施設を含む）の入所者、長期入院者（住民登録を病院に移している）、預けた里子、収監中の者、その他の別居中の者は対象から除外された。あらかじめ調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員によって回収された（健康票は密封回収）。調査時期は 6 月。各県（指定都市のある県については指定都市とそれ以外の地域のそれぞれを県とみなした）の推計値は世帯人員を補助変数とする比推定により算定された（詳細は <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/daikibochousa.pdf>）。

資料：

- 1 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス「がん検診について 7. 受診率対策」〈http://ganjoho.jp/professional/pre_scr/screening/screening.html〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- 2 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書：がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について」平成 25 年 8 月 〈<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000019915.pdf>〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）
- 3 厚生労働省 国民生活基礎調査 〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>〉（アクセス 2015 年 2 月 2 日）

V. 指標の測定にあたって浮かび上がった課題

● 指標測定の実施主体が研究班であることの限界

本指標測定活動は、厚生労働省の指定研究として行われつつ、患者体験調査においてがん診療連携拠点病院に対して厚生労働省がん対策・健康増進課から協力要請の事務連絡が配布されるなど、最大限の支援を受けた。しかしそれでも、研究である以上最終的に協力するか否かは各がん診療連携拠点病院の裁量に委ねられたため、参加しないという選択をする施設が30施設にのぼった。また、9府県の都道府県がん診療連携拠点病院が不参加の決定をし、当該都道府県全体の集計が不可能になるなど、大きな影響を与えてしまった。実際、不参加の理由として「厚生労働省あるいは独立行政法人国立がん研究センターからの公式の依頼であれば、施設内の意思統一も図れるが、研究班からの依頼では公的意義が十分とはいえないため協力は困難である」という指摘もあった。本調査が、研究者の興味に基づく純然たる研究ではなく、がん対策推進基本計画に基づく公的な政策の必要な部分を担っているのは明白であり、今後は調査の実施主体・枠組みも相応のものとする必要がある。

● 患者体験調査の回答率

患者体験調査の回収率は50%を超えており、同種の調査に比して低いものではない。しかし、状態の悪い患者ほど回答しない、あるいは治療を受ける過程で良くない体験をした患者ほど調査に協力しない可能性は否定できない。

今回は、全てのがん患者を対象とし、さらになん以外の者まで含めた調査としたが、その中で死亡した患者の家族へ調査を行うことの是非については議論があった。死亡患者の家族が調査票を受け取ることにより不快感を覚える可能性があるからである。

しかし、調査としては、国全体のがん対策を冷静に評価し、適切に推進するためには、死亡患者の体験に関する情報も非常に重要であると考えて系統的な除外は行わなかった。調査実施の支援を受けた厚生労働省や、がん対策推進協議会も同意見であると推定するが、明確な議論をもとに合意事項として表明したわけではない。実際に調査回答の自由記載欄に、「思い出したくないことを思い出した」との指摘もあり、そのような患者の体験を含めた情報収集を行うことの重要性について社会的コンセンサスを明確にすることが望まれる。

これは回答者が偏った集団になってしまうことを防ぐことができるかどうかにも直結する。本調査においては、サンプルの抽出はまず定められた手順による無作為抽出とし、その上で除外するかどうかの判断を各施設に依頼したが、診療に不満のあることが予想される患者が「適切な対象ではない」として除外された可能性は存在する。さらに、調査票が届いても施設に対して不満のある対象者ほど、調査に協力しない恐れもあった。

● 質問項目の特性に関する知見の未蓄積

今回、質問項目の作成にあたっては、フォーカスグループインタビューや分野別施策の最終検討会で使われた表現をもとに、パイロットや議論を繰り返して練ったものを使用した。先行研究での文言を使用する選択肢もあったものの、先行研究は質問項目群同士の関連の検討あるいは回答からの概念をスコア化する検討にとどまるなど、断片的な解析に関する報告が多い。外国語を通り一遍に翻訳したことが明白なものや、表現を検討していることがうかがえてもその詳細が報告されていないなどの問題があり、表現を比較して回答傾向を検討するものが見つけられなかった。

そのため質問項目の設定が手探りになった部分も一部存在する。そのような項目の代表的なもの二つについてここで述べる。一つは、初診から診断まで、および診断から治療開始までの期間である。これは予想したものよりも短い傾向があり、さらに希少がんの患者の方が一般のがん患者よりも最頻値が短い傾向にあった。この原因は不明であり、実際の患者へ新たに調査した上で理解を確かめる等の詳細な検討が必要である。

もう一つは経済的負担に関する項目である。経済的理由で治療を変更・断念した者の割合は0.7%と非常に少数であったものの、自由記載欄で経済的負担を訴える回答者は少なからず存在した。経済的負担感を直接聞くと非常に

主観的であるため、客観的な事項としての「変更・断念」を問うたが、実際の問題の大きさを捉えきれていない可能性がある。よりこの問題の実態を把握できるような設問を今後検討していく必要がある。

- **がん診療連携拠点病院現況報告の限界**

施設についての情報はがん診療連携拠点病院現況報告を基に多く作成されたものの、そのデータの監査などの検証は行われていない。膨大な情報を収集していることから一つ一つの項目については、あまり正確ではない可能性があり、実際に矛盾した回答や再度同じ内容についての照会をすると回答が異なることも知られている。また、想定された回答選択肢から選ばれるように設計した回答フォームの保護を解除して選択肢を改変するなどの行動も見られる。今後、現況報告は本当に必要なものだけに情報を絞り、がん登録など他のデータ源から客観的に算出可能なものについては省くなどの工夫が必要である。

- **その他データ源の未整備の問題**

今回の指標は既存のデータ源からの収集と、新たに患者への調査を行ったが、その他の必要な調査を企画するのは困難であったため、情報が収集できなかった指標も多い。また、DPC データなど、一定の測定は可能であっても我が国を代表するには不十分なカバー率のデータをもとに行った算定も多くある。今後、がん対策推進基本計画に従って調査を継続するためには、データ源の整備についても検討していく必要がある。