

201411024A

厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 若尾 文彦

平成27(2015)年 5月

目次

I. 総括研究報告	
がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究	3
若尾 文彦、東 尚弘、高山 智子、宮田 裕章	
別紙1. 患者体験調査質問票	16
別紙2. 患者体験調査協力施設一覧	33
別紙3. 指標測定結果一覧	38
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	62

がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究
分担研究者 若尾 文彦 国立がん研究センターがん対策情報センター センター長

研究要旨：がん対策の進捗指標を定めて管理することは効率的、効果的ながん対策を進める上で非常に重要である。しかし一方、どのような指標を選択するかは非常に難しい課題である。昨年度、策定した指標について、がん診療連携拠点病院を対象に患者体験調査を実施し、134 施設 7,404 人回答を得て、がん対策推進基本計画の第 2、第 3 の全体目標の評価を行うとともに、分野別施策の各指標について測定を実施した。本来は、ベースラインをとった上で、進捗の評価を行うべきものであるが、今回の計測は、初めてのものであり、今回の計測値について、分析するとともに、継続的に計測する体制を整備することが重要であると考え。

若尾 文彦 国立がんセンターがん対策情報センター センター長
東 尚弘 国立がんセンターがん対策情報センター がん政策科学研究部 部長
高山 智子 国立がんセンターがん対策情報センター がん情報提供研究部 部長
宮田 裕章 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター医療品質評価学講座 准教授

するとともに、分野別施策に関して患者への直接質問によって測定することが最適と考えられる指標測定のために特別に設計して行われた調査である。ここでは、上記の全体目標に関連する質問項目および分野別施策の指標に対応させる形で質問紙を作成し、拠点病院を受診したがん患者の代表サンプルに対して調査を行った。患者を対象として厳密な手順により全国の実態把握を試みた調査はこれが初めてであり、以下にその概要を述べる。

サンプリング

指標の全国値を計算可能なように、代表性を意識する形で患者を公平に抽出した。具体的には、2012 年に当時指定されていた全国の拠点病院 397 施設で、初回治療を受けた診断時に 19 歳以上であった全悪性腫瘍の患者(上皮内がんを含む)を対象とした。これを母集団として、二段階層別無作為抽出を行った。第一段階では対象病院を抽出、第二段階ではこれらの対象病院から患者の抽出を行った。対象病院の抽出においては、各都道府県において、都道府県がん診療連携拠点病院(以下、都道府県拠点病院とする)は全数、地域がん診療連携拠点病院(以下、地域拠点病院とする)は各都道府県で 2 施設を無作為抽出した。

A. 研究目的

がん対策基本法(2007 年 4 月)が施行されて以来様々な施策が実行されてきたが、施策が成果をあげてその目標が達成されているのかはわかっておらず、早急の指標設定と、その測定体制の構築が望まれる。本研究は指標の設定とともに計測システムの確立を目的とする。

B. 研究方法

策定された指標を測定するために以下のデータ源を用いて、計測を実施した。

1. 患者体験調査

患者体験調査は、今回策定された全体目標の項目を実際に患者へ療養生活の様子を聴取

地域拠点病院の抽出においては、院内がん登録全国集計データ利用審査委員会の承認のもと、院内がん登録データを用いて2012年の登録症例数（症例区分2、3）の対象症例数に抽出確率を比例させる確率比例抽出を行った。

また、特に希望のあった県（鳥取県）については、県内の全地域拠点病院の参加を得た。対象に選ばれた施設に対して、文書で本調査の協力依頼を行った。不参加を表明した施設については、都道府県拠点病院の場合には欠員とし、地域拠点病院については同じ県の地域拠点病院を再度抽出することで補完した。不参加の回答に著しい遅延があった県や、不参加の表明が多かったために全ての地域拠点に打診した県においては、地域拠点が1施設のみとなった。

第二段階における患者の抽出においては、各施設内で、希少がん患者、若年者（診断時19歳以上40歳未満）、その他、の3群に層別し、それぞれ、15名、15名、70名ずつを無作為抽出した。希少がんの定義は、調査時点で公式なものが存在しないため、ヨーロッパ RARECARE の大分類（Layer1）上で頻度の低いがん種にがん対策推進基本計画で例示されたがん種を考慮し、少なめに暫定的に決定した。各施設内で抽出作業を行う場合には、手順書を作成して無作為抽出を確保、また施設の希望に応じ院内がん登録の匿名化データを用いて、匿名番号による無作為抽出を研究班で代行し、これらの匿名番号を施設に提供した。各参加施設では、このような調査が不適切と施設が判断する患者がいれば、保護のために対象患者から除外した。除外の判断はあくまで個別に判断し、特定の基準により一定の患者全てを除外する方針をとらないように依頼した。除外した患者数と同数、「その他」の層から無作為に患者を抽出して追加した。さらに、がんと診断されていない患者5名を各

施設で含めるように依頼した。

1-1 質問紙の作成

平成25年度に作成された、全体目標の項目案と分野別施策の指標案をもとに、質問紙案を作成した。まず、国立がん研究センターがん対策情報センター「患者・市民パネル」のうち82名の参加を得て、質問紙のパイロットテストを約4週間の間隔で2回行った。1回目のパイロットの後に11名の参加者と面接し、1問ずつ全ての質問について、質問文言の明瞭さ、表現の適切性、内容の理解などを確認し、得られた意見をもとに質問紙を改訂した。さらに、面接をしなかったパネルの半数には元の質問紙を、残りの半数には新しい質問紙を送った。前者において回答の安定性

(intra-rater reliability) を確認し、不安定な質問項目を改訂し、さらに後者の意見を反映させた。また、全体目標に関する質問については、限定的ながら探索的に因子分析を行い、因子加重 (factor loading) が想定と異なるものについては、質問の表現の調整と追加を行った（別紙1）。

1-2 発送・回収方法

各参加施設の協力を得て、対象患者に対して調査票の発送を行った。調査票は無記名で、施設名と上記3層の区別の記号のみが記載されているもので、同封された返信用封筒により研究班の私書箱へ直接返送を依頼した。

1-3 倫理的配慮・手続き

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」に沿って国立がん研究センターおよび参加施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。また、施設の協力により質問紙調査を行うことに関しても個人情報保護法令上の問題がないことを、国立がん研究センター顧問弁護士に確認した。

さらに対象者へ調査用紙が届くことにより、病名が郵送の段階で見えないよう封筒に

は「がん」との文言は避け、特に協力施設の希望がない限り一律の研究班の封筒を使用した。

1-4 集計

返送された解答用紙のうち、白紙回答、若年者として選ばれたにもかかわらず45歳以上の年齢を回答しているものなど、明らかに正確性に欠けるものは除外して集計対象を選別した。

回答に対して、施設名と患者層別（希少がん、若年者、その他）に基づき、抽出確率を反映した重み付け（ウエイト）を行った。さらに、全国値の推定においては不参加となった都道府県拠点病院の欠測を補完するために参加施設のウエイトを調節した。実際には、状況により3通りの仮定をおいて調整した。まず、都道府県拠点病院が不参加の県のうち、2施設の都道府県拠点病院が存在しそのうち1施設のみが参加した場合には、この施設が2施設の患者集団を代表していると仮定した。

また、都道府県拠点病院が1施設で大学病院の場合には、都道府県拠点病院となっている他県の大学病院全体で、不参加大学病院の患者を代表していると仮定した。さらに、都道府県拠点病院が、全国がん（成人病）センター協議会（以下、全がん協とする）加盟施設の場合には、都道府県拠点病院となっている全がん協施設全体で、不参加施設の患者を代表していると仮定した。上記以外の患者や項目レベルでの無回答については特にウエイトの調節は行わなかった。

2. がん診療連携拠点病院の現況報告

全国のがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）は毎年、現況の報告を都道府県を通じて厚生労働省に提出することになっている。拠点病院の整備はがん医療提供体制の要とも言えるため、作成された指標においても拠点病院の診療体制を問うものが多数含

まれた。そのため、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課とも協議の上、指標で必要となる項目について平成26年度の現況報告に盛り込む形で情報収集を行った。現況報告の内容については、国立がん研究センターがん対策情報センターの管理する、がん情報サービスの「病院を探す」

(<http://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/>) で閲覧可能となっている。

3. 院内がん登録

院内がん登録は、拠点病院の指定要件の一つとして行われ、当該施設を受診した全のがん患者の年齢、性別にはじまり、がんの部位、組織型、UICCステージ（5大がんのみ標準項目）などの基本データが蓄積されている。登録実務は拠点病院に勤務するがん登録実務者が行い、指定要件で拠点病院は国立がん研究センターの実施するがん登録実務者初級者研修を終了した者を雇用することとなっており、一定の質の担保がなされている。院内がん登録データは毎年、前年分（2012年症例を2013年に収集など）が国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部に集積され、全国集計として報告書がまとめられるとともに、データは所定の手続きに従って二次解析され活用されている。

(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/hosp_c_registry.html)

全国値の指標を算定する際に留意しなければならないのは、拠点病院を受診した患者にデータが限定されてしまうことである。地域がん登録に基づくわが国のがん患者発生推定数を元に考えると、院内がん登録は約3分の2の患者（罹患）をカバーしており、また、がん対策の医療における中心的な役割を期待されていることから、通常の解析においては非常に有用なデータである。しかし本研究においては、対象である小児がんについては、拠

点病院が小児専門病院を含んでいないことや、平成 25 年に指定された小児がん拠点病院でがん診療連携拠点病院として指定されていない施設は院内がん登録が未整備であることから、一定の限界がある。

3-1 予後調査

院内がん登録においては予後の収集も想定されているが、この分野で先行する全国がん（成人病）センター協議会の解析において、打ち切り（予後不明）の割合が多いと、 Kaplan-Meier 法などの標準的な処理を行っても、生存率が不正確になることが知られているため、90% 以上の予後判明率（打ち切り率 10%未満）を目指している。これを達成するためには、市町村への住民票照会が必須であり各施設でそれを行うのはきわめて困難であることから、国立がん研究センターがん対策情報センターで、希望する施設の予後不明例に対して、その作業を肩代わりして行う「予後調査支援事業」を行っている。その結果を施設に返却するとともに、2007 年症例の 5 年予後に関しては 234 施設から予後情報が収集された。

3-2 DPC とのリンクデータ

院内がん登録は新しく診断された患者のデータが登録され、診断のタイミングと初期の様子について、信頼の置けるデータを提供している。一方で、初期の時期を過ぎて受けた診療に関する情報はきわめて限定されてしまうことが問題である。それを補うためには、DPC 導入の影響評価に係る調査（以下、DPC 調査）で作成、収集されている診療行為データ（E、F ファイル）をリンクさせて解析するのが有用である。ここでは、その施設で施行された全ての医療行為（検査、処置、手術、薬剤、放射線治療など）とその日付、および院外処方箋の内容が含まれている。一方で、検査の結果などは含まれていないため、患者

の状態を把握するのは難しい。医療機関から提出される診療報酬明細書（レセプト）も同様に医療行為が全て含まれているが、レセプトはあくまで月ごとの請求情報であるため医療行為の日付がなく、また、院外処方箋は薬剤を実際に出した薬局から請求されるため医療機関のレセプトに含まれない。

拠点病院の活動を検討する、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の部会の一つである「がん登録部会」では診療の質の向上活動を行うことが規定に定められている。そのため、国立がん研究センター研究開発費「がん臨床情報データベースの構築と、その活用を通じたがん診療提供体制の整備目標に関する研究」（研究代表者：東 尚弘）と共同で情報収集を行っている。この活動では、院内がん登録に参加している拠点病院などから、がん患者に限定した DPC あるいはレセプト情報を、匿名化された院内がん登録データにリンク可能な形で収集する。そして、診療ガイドラインなどに基づく一定の標準診療について、施設ごとの実施率を算定して他施設と比較可能な形式で返却している（がん登録部会 QI 研究）。2012 年症例については、全国 232 施設からデータが提供され、標準実施率が計算された。

この結果は医療に関する指標の一つ「標準診療の実施率」でも利用されており、またその他の診療の質向上に資する解析が行われて施設へ報告されている。本研究においても、指標の算定に利用可能であった。

このデータ源に関する最大の留意点は、施設で行われた治療のみしか捕捉できないことである。医療機関の連携が進み、一人の患者が複数の施設で治療を受けるようになると、このデータでは漏れが多くなってしまう。がん登録部会 QI 研究では、その問題を考慮するために、データから算出された標準診療実施

率だけでなく、データ上「標準未実施」とされた患者を施設内で検討可能なように匿名番号の返却も行っている。

4. 各種行政統計、研究班報告書等

4-1 国民生活基礎調査

国民生活基礎調査は、統計法（第2条第4項）に基づく基幹統計であり、保健、医療、福祉、年金、所得等国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得るとともに、各種調査の調査客体を抽出するための親標本を設定することを目的としている。調査の実施方法に関しては、国民生活基礎調査規則（昭和61年厚生省令第39号）に示されており、昭和61年を初年とし、3年ごとに大規模な調査を実施し、中間の各年には、世帯の基本的事項及び所得の状況について小規模で簡易な調査を実施している。

大規模調査では、全国の世帯及び世帯員を対象とし、世帯票、健康票、介護票、所得票、貯蓄票での調査が行われている。本指標の算出に用いた健康票の調査客体は、平成22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5,530地区内の全ての世帯（約30万世帯）及び世帯員（約74万人）である。ただし、単身赴任者、出稼ぎ者、長期出張者（おおむね3か月以上）、遊学中の者、社会福祉施設の入所者、長期入院者（住民登録を病院に移している者）、預けた里子、収監中の者、その他の別居中の者は、調査対象から除外されている。この指標で使用したものは健康票が中心である。

なお、簡易調査では、全国の世帯及び世帯員を対象とし、世帯票、所得票を用いて、大規模調査よりも規模を縮小した形での調査が行われている。

本指標の算出に用いた健康票の回収率は世帯ベースで公表されており、調査対象約29万

世帯のうち、集計対象約23万世帯（約80%）となっている。

4-2 国民健康・栄養調査

国民健康・栄養調査は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づき、国民の身体状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得るために毎年実施されている。調査では、調査年の国民生活基礎調査において設定された単位区から、その後続調査として層化無作為抽出した300単位区内の世帯（約6,000世帯）及び世帯員（調査年11月1日現在で満1歳以上の者、約18,000人）を調査対象としている。調査事項は、3つの調査票に分かれており、身体状況調査票（身長、体重、腹囲、血圧測定等）、栄養摂取状況調査票（食品摂取量、栄養素等摂取量、食事状況）、生活習慣調査票（食生活、身体活動・運動、休養〔睡眠〕、飲酒、喫煙等の生活習慣全般）がある。この調査は主に予防指標に使われたが、回収率は世帯単位で示されており、平成25年では67%と計算されるものの、母集団を住民とした回収率を算出するならば、国民生活基礎調査の回収率と併せて考える必要がある。

4-3 労働安全衛生調査

労働安全衛生に関する調査は、統計法（平成19年法律第53号）に基づく一般統計調査であり、労働安全衛生法第6条に基づき、労働災害防止のための基礎資料及び労働安全衛生行政に関する基礎資料を得ることを目的としている。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。調査対象は、日本国全域での日本標準産業分類（平成19年11月改定）による「農業、林業」、「鉱業、採石業、砂利採取業」、「建設業」、「製造業」、「電気・ガス・熱供給・水道業」、

「情報通信業」、「運輸業、郵便業」、「卸売業、小売業」、「金融業、保険業」、「不動産業、物品賃貸業」、「学術研究、専門・技術サービス業」、「宿泊業、飲食サービス業」、「生活関連サービス業、娯楽業」、「教育、学習支援業」、「医療、福祉」、「複合サービス事業」、「サービス業（他に分類されないもの）」に関わる事業所である。上記事業所のうち、平成21年経済センサス基礎調査を母集団として、常用労働者10人以上を雇用する民営事業所の中から抽出された事業所を対象に調査している。

4-4 地域保健・健康増進事業報告

本調査は、統計法に基づく一般統計調査であり、全国の保健所及び市区町村を対象とし、国及び地方公共団体の地域保健施策のための基礎資料を得るために実施されている。調査対象は、全国の保健所及び市区町村であり、母子保健、健康増進、歯科保健、精神保健福祉、衛生教育、職員の設置状況等の地域保健事業、及び健康手帳の交付、健康診査、機能訓練、訪問指導、がん検診等の健康増進事業に関する事項について調査を行っている。

4-5 市区町村におけるがん検診の実施状況調査

本調査は、厚生労働省が全国の市区町村におけるがん検診の実施状況について把握するため、各都道府県を通じ、市区町村及び特別区に調査を実施している。回収率は99.6～100%であり、ほぼ全国の市区町村及び特別区から回答を得ている。毎年、がん検診の実施体制や受診勧奨状況と各がん種の実施状況について調査をしている。

4-6 平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業報告書

本調査は、平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業委託費により（株）サーベイリサーチセンターが実施した。調査ではB型・C型

肝炎検査の実態を把握するために、20～79歳までの日本人74,000人を対象とした国民調査、組合健保・共済組合及び船員保険を除く協会けんぽを対象とした保険者調査、都道府県・特別区・保健所設置市を除いた全市町村を対象とした自治体調査の3つの調査が行われた。

4-7 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」

「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」は、平成8年度から4年に一度実施されており、平成20年度より2年に一度調査が実施されてきた。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。各学校の調査協力率は、中学校が68%、高等学校が72%であった。

4-8 厚生労働科学研究「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」

健康保険組合に加入している20の大規模事業所に属する約60～79万人（平成20～22年）を解析対象とした。診療報酬記録約計1,683万件から肝疾患関連のデータを抽出し、性別年齢別に期間有病率を算出し、64歳以下の年齢層の推計患者数を算出した。

4-9 厚生労働科学研究「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」

本調査は、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）による感染症の国民の健康への影響について明らかにするため、平成20年度からHTLV-1キャリア及び成人T細胞白血病、HTLV-1関連脊髄症を含むHTLV-1関連疾患の実態を把握するために行われた。平成18～19年の全国の初回献血者の約120万人を対象

に47都道府県を7つの地域別に感染者数を推定し、全国の感染率を推定した。

4-10 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の使用に関する実態調査」

本調査は、全国の市区町村におけるがん検診の実施体制を把握するため、「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3月厚生労働省健康局通知）」16の「事業評価のためのチェックリスト」に記載されている項目の実施について調査が行われた。調査対象は、地域保健・健康増進事業に基づく集団検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん）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」に基づいた検査方法で実施している市区町村である。

4-11 「厚生省健康危機管理基本方針」に基づく健康危機情報についての調査

平成9年1月の厚生省健康危機管理基本方針において、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（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。そこで、厚生労働省の担当部署に平成23年から25年度の研究における健康危機情報について問い合わせ、把握されている健康危機情報について整理した。

(k) 二次医療圏のがん相談支援センターの設置状況に関する調査

全国の二次医療圏におけるがん相談支援センターの設置状況について把握するため、各都道府県のがん対策担当者へ都道府県内のがん相談支援センターの設置状況について研究班で独自に調査した。調査に当たっては、既に都道府県内の全ての二次医療圏において国が指定するがん診療連携拠点病院が設置され

ている都道府県は設置率100%となるため除外し、それ以外の都道府県へ調査を行った。

C. 研究結果

患者体験調査について、最終的には、都道府県拠点病院は11施設が不参加、地域拠点病院は19施設が不参加を決定し、その結果、参加施設総数は134施設であった。有効回答は7,404人（回収率53%）であり、そのうち、がん患者の回答は6,729名（86.7%）であった。これらの回答から、各指標に対応して回答が得られているものを分母として算出した。これは2012年に全国がん診療連携拠点病院397施設で初回治療を受けた19歳以上で悪性腫瘍（境界悪性のGISTを含む）430,963名が母集団であるが、回答者集団は母集団に比較して、若年者が少なく（母集団4.0%に対しサンプル1.9%）、希少がんも少なめ（6.7%対6.1%）な傾向があった。また平均年齢は高め（66.8歳対67.5歳）であった。

全体目標、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の要素1) 医療の進歩、要素2) 適切な医療の提供、要素3) 適切な情報提供・相談支援

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築の要素4) 経済的困窮への対応、要素5) 家族の介護負担の軽減、要素6) がんになっても孤立しない社会の成熟に対する感が体験調査の結果と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、(2)がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成、(3)がんと診断された時からの緩和ケアの推進、(4)地域の医療・介護サービス提供体制の構築、(5)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組、(6)その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）、2. がんに関する相談支援と情報提供、4. がんの予防

(1) たばこ対策、(2) 感染症に起因するがんへの対策の現状、(3) 生活習慣改善に関する進捗管理指標、5. がんの早期発見、6. がん研究、7. 小児がん、8. がんの教育・普及啓発、9. がん患者の就労を含めた社会的な問題の結果を別紙3に示す。

D. 考察

1. 全体目標について

医療の進歩を実感しているなど、医療に関する質問については、8割以上の回答者が良い方向に回答していた。実際の苦痛に関しては、ない（「苦痛/痛み/気持ちのつらさがある」に対して「あまり/そう思わない」という回答）は57～72%であった。おおむね良好な結果であったが、その中で相対的に課題と考えられるのは、「がんの様々な相談ができる環境がある」と感じている回答が他に比べて低く（67%）、また家族に介護負担をかけていると感じているものが42%あるのに対して、家族をサポートするサービスがあると思う回答は37%にとどまったということである。分野別施策で挙げられている、がん相談支援センターが全てのがん診療連携拠点病院で指定要件として整備されており、調査対象は全て拠点病院の患者であるにもかかわらず、がん相談支援センターを「知っている」と答えた回答が57%にとどまっていることから、より周知を徹底する必要があると考えられる。

今後の対策としては、がん相談支援センターの認知度を上げる対策が必要である。具体的にはインターネット上での説明の充実、院内ポスター掲示、医師から診断時の説明を必須化するなどのさらなる周知策の徹底が望まれる。また、がん相談支援センターにおいては、家族をサポートするサービスの向上を検討することが、必要と考える。

2. がん医療

2-1 告知と治療選択

インフォームドコンセントについては改善の余地があると考えられる。「納得のいく治療選択が出来た」に肯定的回答をしたものは85%と一見高率だが、肯定的回答をしなかった回答者が15%存在したことは課題の存在を示している。またセカンドオピニオンの説明を受けた、との回答は40%にとどまっている。また、「がん告知について研修の実施やマニュアルの整備がある」、「医師以外が必ず同席することになっている」と回答した拠点病院はそれぞれ56%、47%と低かった。

がんの診断告知や治療選択説明の最低条件の制度化が望まれる。第一期の基本計画により作成された患者必携「がんになったら手にとるガイド」（書籍およびインターネットで閲覧可）の中には、セカンドオピニオンやがん相談支援センターの記述は含まれているものの、他の多くの情報があるために埋もれてしまっている可能性がある。この2点については、より目に止まる方法での周知が望まれる。

2-2 妊孕性

妊孕性温存の処置ができる拠点病院は62%、40歳未満の患者で実際に情報提供を受けた患者の割合は40%と、ともに改善の余地は大きいと考えられる。また、それだけでなく病院側と患者側の乖離についても検討を要する。

妊孕性温存に関して情報を普及させる方法を検討し、また医師からも説明を行う啓発を強化する必要がある。

2-3 標準医療の普及・データの活用

診療ガイドラインは非常に多くのがん種で作成され、患者用のガイドラインも徐々に進んでいる。しかし、その効果たる標準医療の実施割合については、重要な情報であるにもかかわらず、約半数の拠点病院から自発的に国立がん研究センター研究班へ提供されたDPCデータを用いた算定値しかない。また、そのデータも他

施設での治療が捕捉できないなどの限界があるものであった。クリニカルパスについても、その「バリエーション分析を行っている」との回答は拠点病院の59.2%であり、改善の余地がある。

診療体制の実態を把握するために院内がん登録が全拠点病院で行われているが、標準医療の実施を把握するためには、現在の研究班の活動を制度化するなど診療実態を解析する体制を整備することが望まれる。

2.4 チーム医療

チーム医療の基本は適切な人材が適切な業務を行うことである。抗がん剤のミキシングはほぼ薬剤師が行うとの実態が明らかになったものの、転移再発がんに対する化学療法を内科医が担当していると回答した拠点病院は27.4%にとどまった。

全国規模でこのような数値が明らかになったのは初めてであり、チーム医療、役割分担に何が望ましいのかを再考する場が必要であると考える。

3. がん予防

成人喫煙率や他の生活習慣危険因子の多くは以前より漸減しているが、減少幅はわずかである。また、受動喫煙の機会については漸増傾向にあるなど、対策上の限界が見えつつある。がんの原因となる感染症の実態については、献血などをもとにした母集団の不明瞭な調査しかなく、信頼のおける調査の必要性を認識しなければならない。

予防対策についても一層の普及啓発が必要であるとともに、特に感染症関連についてはデータ収集についても整備を検討すべきである。

4. 早期発見

有効とされる検診はほぼ全ての市町村で行われているものの、指針に基づかない検診項目を行う市町村はむしろ増加傾向にある。これは指針に基づかない検診の位置付けに関する公式見解が明確でないために、住民サービスの向上と

の認識で導入している市町村の存在がうかがわれる。また、受診率は改善傾向にみえるものの、国民の自己申告をもとにした調査から算定されており、質問の仕方や調査の方法によって回答が影響される。

指針に基づかない検診を、対策型の住民検診で行うことに対する公式見解を明確にして、周知することが必要と考えられる。住民検診、職域の検診のデータは、検診の提供元から収集する方が確実であり、そのようなデータ収集体制の整備を進める必要がある。

5. 研究・開発

ドラッグラグ、デバイスラグ、開発着手ラグなど海外との差が問題視されることが多いが、ドラッグラグについては海外よりも我が国で先に申請された薬物の存在なども手伝って以前より大幅に改善しているといえる。一方、デバイスラグ、開発着手ラグは依然として申請ラグが非常に大きいように見える。対象となる医薬品・デバイスが少ないために確定的な結論が出しづらいが、今後の改善が望まれる。

継続的にこれらのラグについてはモニターし、原因と対策を考えていく必要がある。また、未承認薬・適応外薬の利用に際しては、院内でそれを許可するかどうかの審査が必要であるが、その体制を持っている拠点病院の割合は77.8%であった。これは100%を目標とすべきかどうかは検討の余地があるものの、少なくとも患者への情報公開としては必要であると考えられる。未承認薬・適応外薬の利用の審査体制の有無については積極的な情報公開の体制が必要である。

6. 小児がん

小児がんに関して設定された指標の充足率は低いものが多かった。治療した施設のうち、小児がん患者の家族のための宿泊施設を整備している施設は18.6%、小児がんを年間50例以上初回治療している施設での治療患者割合は22.9%。

また義務教育対象年齢の治療を行った拠点病院のうち、院内学級制度がある施設は 48.2% であった。日本小児血液・がん専門医研修施設においても長期フォローアップ外来の開設（あるいは連携）は 75.3%であり、改善の余地がある。

小児がんは数が少ないために小児がん拠点病院が指定されているものの、それらの施設への集約化はそれほど進んでいない。また、集約化を進めるのかどうかについても、方針は定かではない。明確な方針を打ち出し、着実に体制の整備を図る必要がある。

7. がんの教育・普及啓発

臨床試験についてよく知っているという回答した割合は 8.5%と低値にとどまっている。しかしながら、「ある程度知っている」という回答はその 4 倍程度存在した。一般のがん患者がどの程度、臨床試験についてよく知っている必要があるのか あるいはよく知っていると思えるのかは検討を要すると考えられる。

一方、社会からの偏見を感じた、という患者が 10%存在する。この数値自体は少ないものの問題であると考えられる。

偏見を感じる患者が少なからず存在したということは、その内容について詳細に検討し、一般の教育・啓発を通じて偏見をなくしていくことを目標にして具体的な施策を立てていく必要があると考えられる。

8. がん患者の就労を含めた経済的な問題

希望者の復職率を算定したところ、休職しても一度は復職したとの回答は 84%（指標 C14）であったが、一旦退職したものの後に新規就労を希望している者のうちそれが可能であったのは 47%であり、低くとどまっていると言わざるを得ない。また、自由記載欄での経済的な負担を訴える意見は数多く見られたものの、そのために（保険診療内での）治療を変更したり断念したりした者は 0.7%と少数派であった。これは 2012 年診断症例で全国の拠点病院で初回治療を

受けたという母集団に換算すると、3,000 人程度になる。それを多いとみるか少ないとみるかは判断を要する。

休業しても一旦は復職可能な者が大半であると考えられるが、課題は残り 16%に対策が必要であることと、再就職する困難さや、退職せずに就労継続をした場合のキャリア問題が大きいかもしれない。そのため就労の問題を評価するには、単純な復職率ではなく、より詳細な分析が必要であると考えられる。

E. 結論

昨年度、策定したがん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月）の進捗管理指標について、がん診療連携拠点病院を対象に患者体験調査を実施し、134 施設 7,404 人回答を得て、がん対策推進基本計画の第 2、第 3 の全体目標の評価を行うとともに、分野別施策の各指標について測定を実施した。本来は、ベースラインをとった上で、進捗の評価を行うべきものであるが、今回の計測は、初めてのものであり、今回の計測値について、分析するとともに、継続的に計測する体制を整備することが重要であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 東 尚弘、岩本桃子、高山智子、八巻知香子、神谷泉、奥山絢子、中村文明、○若尾文彦。がん対策の進捗管理指標を策定するための意見集約調査。がんの臨床

- 60:237-243,2014
- 2) 高山智子、八巻知香子、山崎由美子、伊東洋介、渡邊清高、東尚弘、○若尾文彦。がん対策を包括的に進めるための枠組みの検討。がんの臨床 60:131-138,2014
 - 3) ○若尾文彦：がん診療連携拠点病院制度の見直しについて 公衆衛生 77(5)409-412,2013.1.
 - 4) Higashi T, Nakamura F, Shimada Y, Shinkai T, Muranaka T, Kamiike W, Mekata E, Kondo K, Wada Y, Sakai H, Ohtani M, Yamaguchi T, Sugiura N, Higashide S, Haga Y, Kinoshita A, Yamamoto T, Ezaki T, Hanada S, Makita F, Sobue T, Okamura T. Quality of Gastric Cancer Care in Designated Cancer Care Hospitals in Japan. *Int J Qual Health Care*.2013 Jun 4. [Epub ahead of print]
 - 5) 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*. 2013 (in press)
 - 6) Higashi T, Nakamura F, Saruki N, Sobue T. Establishing a Quality Measurement System for Cancer Care in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 2013;43(3): 225-32
 - 7) Aya SAITO, Hiroaki Miyata, Noboru MOTOMURA, Minoru ONO, Shinichi TAKAMOTO and Japan Cardiovascular Surgery Database Organization. Propensity-matched analysis of bilateral internal mammary artery versus single internal mammary artery in 7702 cases of isolated coronary artery bypass grafting; *European Journal of Cardiothoracic Surgery, Eur J Cardiothorac Surg*. 2013 Mar 29. [Epub ahead of print].
 - 8) Tokuda Y, Miyata H, Motomura N, Araki Y, Oshima H, Usui A, Takamoto S; The Japan Adult Cardiovascular Database Organization. Outcome of Pericardiectomy for Constrictive Pericarditis in Japan: A Nationwide Outcome Study. *Ann Thorac Surg*. 2013 Jun 21. doi:pii: S0003-4975(13)00874-6. 10.1016/j.athoracsur.2013.04.054. [Epub ahead of print]
 - 9) Kubota H, Miyata H, Motomura N, Ono M, Takamoto S, Harii K, Oura N, Hirabayashi S, Kyo S. Deep sternal wound infection after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg*. 2013 May 20;8:132. doi: 10.1186/1749-8090-8-132.
 - 10) Kaminishi Y, Misawa Y, Kobayashi J, Konishi H, Miyata H, Motomura N, Takamoto S; Japan Cardiovascular Surgery Database Organization. Patient-prosthesis mismatch in patients with aortic valve replacement. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2013 May;61(5):274-9. doi: 10.1007/s11748-013-0216-6. Epub 2013 Feb 13.
 - 11) Numasawa Y, Kohsaka S, Miyata H, Kawamura A, Noma S, Suzuki M, Nakagawa S, Momiyama Y, Takahashi T, Sato Y, Fukuda K. Use of Thrombolysis in Myocardial Infarction Risk Score to predict bleeding complications in patients with unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *Cardiovasc Interv Ther*. 2013 Jan 30. PubMed PMID: 23361950.
 - 12) Kodaira M, Kawamura A, Miyata H, Noma S, Suzuki M, Ishikawa S, Momiyama Y, Nakagawa S, Sueyoshi K, Takahashi T, Takamoto S, Ogawa S, Sato Y, Kohsaka S, Fukuda K; For JCD-KICS Investigators. Door

to balloon time: How short is enough under highly accessible nationwide insurance coverage? Analysis from the Japanese multicenter registry. *Int J Cardiol.* 2013 Mar 8. doi:pii: S0167-5273(13)00355-0. 10.1016/j.ijcard.2013.01.276. PubMed PMID: 23490079.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

患者体験調査のお願い

～がん医療の改善のために、あなたの意見が必要です～

注：当調査はがんではない方にもお願いしております。以下をお読み下さい。

平成 19 年にがん対策基本法が施行され、厚生労働省を中心として様々ながん対策のための活動が行われてきました。それから 7 年がたち、これまでの活動が効果をあげているのか、方向を修正すべきか、といったことを考えて行くために評価を行う時期に来ています。

がん対策の評価は患者さんの体験をお聞きすることなくしては決して成り立ちません。そこで、国立がん研究センター研究班では厚生労働省から依頼を受け、全国各地域でのがん診療の中心として指定されているがん診療連携拠点病院から無作為に選ばれた施設を、平成 24 年に受診された患者さんを対象に調査をお願いすることにいたしました。今回、あなたの受診された施設が選ばれ、その協力のもと調査用紙をお送りしました。尚、医療全体の中でがん対策を評価するためには、がんの患者さん以外の方との比較も重要です。対象施設をがん以外の疾患で受診された方についても同時に調査の協力をお願いしております。大変お手数ですが、どうかご協力をお願いします。

このアンケートの結果は、国の政策で必要なところに重点的に対策を講じるなどのために活用されると共に、各病院へ返却して今後の診療の向上に役立てていただく所存です。是非、率直なご意見をお願いいたします。

アンケートの回答は任意であり、回答しないことで不利益が生じることはありません。施設毎の集計が必要になることから、施設名を回答用紙に付けておりますが、回答から個人を特定したり、調査の目的以外に使用することは一切ありません。

お手数をおかけして大変恐縮ですが、ご記入の上、平成 27 年 1 月 31 日までに返信用封筒を使って郵便ポストへ投函していただきますようお願い申し上げます。

厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業

「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

代表者：（独）国立がん研究センターがん対策情報センター長 若尾文彦



ご記入についてのお願い

- ◆ アンケートは、患者さんご自身（封筒の宛名の方）についてお伺いするものです。
- ◆ ご高齢・病状などにより、患者さんご本人にご記入いただくことが困難な場合は、ご家族や代理の方がご記入ください。ただし、特に指定の無い限り、患者さんご本人についてご記入をお願い致します。
- ◆ アンケートの宛名の患者さんが亡くなられている場合でも、患者さんご本人の体験について代理の方が可能な範囲でご回答ください。
- ◆ 設問の回答は、直接この調査票の該当する項目に、鉛筆またはボールペンで○をお付けください。

【調査票の返送先】

ご記入後は、この調査票を同封の返送用封筒に入れ、平成 27 年 1 月 31 日（土）までにポストへ投函してください。切手は不要です。

無記名調査ですので調査票・返送用封筒には、住所・氏名を記入しないでください。

【この調査に関するお問い合わせ先】

厚生労働省研究班「患者体験調査」事務局（国立がん研究センター内）

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

フリーダイヤル 0120-373-602（受付時間は平日 10:00～17:00）

患者体験調査 アンケート用紙

こちらのアンケートの冊子を返信用封筒に入れ、そのままポストにご投函ください。
無記名調査ですので、調査票・返信用封筒には、住所・氏名を記入しないで
ください。



問1. 封筒の宛名の方からみて記入者はどなたでしょうか？（○は1つ）

- 1. 患者本人
- 2. 本人以外（患者さんとの関係： _____ ）

<封筒の宛名の方についてお答え下さい>

問2. 患者さんの性別をお答えください。（○は1つ）

- 1. 男性
- 2. 女性

問3. 患者さんの生まれた年をお答えください。（元号1つに○を付け、何年かをお答えください）

{ 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 } _____ 年

問4. 患者さんはがんと診断されたことがありますか？（○は1つ）

- 1. ない
- 2. ある

**がんと診断されたことが
ある方。**

↓

**問 5～45
をお答えください。**

**がんと診断されたことが
ない方。**

↓

**問 46～64
をお答えください。**

がんと診断されたことがある方へ伺います。**問 5～45 にお答えください。**

<がんと診断されてから治療およびその後について伺います。>

何度かがんにかかった方は、直近に診断されたがんについてお答え下さい。

問5. なんらかの症状や検診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）

- | | |
|---------------|---------------|
| 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 |

問6. がんと診断されてからこれまで受けたがんの治療すべてに○をお付けください。（複数選択可）

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| 1. 手術 | 2. 内視鏡治療 |
| 3. 化学療法（抗がん剤） | 4. ホルモン療法 |
| 5. 放射線治療 | 6. 治療をしていない |
| 7. その他（ ） | 9. わからない |

問7. 問6でお答えの治療のうち、最初に受けられたがんの治療はどれですか？（○は1つ）

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| 1. 手術 | 2. 内視鏡治療 |
| 3. 化学療法（抗がん剤） | 4. ホルモン療法 |
| 5. 放射線治療 | 6. 治療をしていない |
| 7. その他（ ） | 9. わからない |

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）

- | | |
|---------------|----------------|
| 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・治療なし | |

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。）（○は1つ）

- | | | |
|---------------|----------------|------------------|
| 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 |

問10. がんの治療を決めるまでの間、あなた（患者本人）が欲しいと思った情報を得ることができましたか？情報源は問いません（書籍・インターネットを含む）。（○は1つ）

- | | | |
|---------------|----------------|------------------|
| 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 |

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？（○は1つ）

- | |
|--|
| 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 |

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？（○は1つ）

- | | | |
|--------------|-----------|--------------|
| 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 |

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）

- | | | |
|---------------|----------------|------------------|
| 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 |

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？（○は1つ）

- | | | |
|-------------------------|-----------|--------------|
| 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 | |
| 6. 退院後、診療所・在宅医療は利用していない | | 9. わからない |