

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) データ種別: 拠点病院現況報告 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) 留意点: 全国平均72.1 (SD239.5), range 0-3065, median 19, IQR [2, 43], 409施設で合計29465.	2014年	29,485
	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) データ種別: 院内がん登録-DPC実態データ 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 留意点: 以下の実施率をDPCデータで算出することを検討。 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。 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た組織学的に取扱い規約Stage II、III (pT1,pT3M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。 早期肺がん外科・定位放射線実施率=臨床Stage I-III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。 術後化学療法実施率=術後Stage II, IIIA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。 乳房温存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、術後全乳房照射が行われた患者の割合。 乳房温存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、術後全乳房照射が行われた患者の割合。 肝切除後放射線療法実施率=初回の肝切除術を受けた肝細胞がん患者のうち、IGG5分層標準が治療開始前に測定された患者の割合。 ハリリスクを予防的制吐剤実施率=ハリ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。 麻薬開始前緩下剤処方実施率=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。	算出中	
	指標名: 診療ガイドラインの数 (診療ガイドラインの作成) データ種別: 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エビデンスデータベース 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 留意点:		
A12	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) データ種別: 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エビデンスデータベース 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 留意点:	2014年	30
A13	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) データ種別: 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 対象: 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 算出法:	2014年	22.4%
B17	留意点: 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年4-2014年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、検診ガイドライン、患者用ガイドラインは除外した。(買がん検診ガイドラインはこの期間の後2014年12月改訂)		
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、各職種の特長を活かし、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。			
A23	指標名: 拠点病院でがんサポートボードで検討された患者の割合 (海外の指標: キャンサーボード) データ種別: 拠点病院現況報告 対象: 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 算出法: キャンサーボード*(多職種かつ多専門科)によって話し合われた患者の割合 留意点: 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、363施設の平均値を算出。Range=[0,100], IQR=[20,75], Median 50, Mean 48.0, SD 29.3.	2014年	48.0%
	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 データ種別: 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 留意点: 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2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 (チーム医療) データ種別: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院 算出法: 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、看護対策チーム、糖尿病サポートチーム等)が存在する拠点病院の割合 留意点: 69%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、腎臓チーム)が1つでもある施設406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と回答した施設(217施設/409施設): 53.1% 感染制御の専門チームを整備し、当該感染制御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(395施設/409施設): 96.6% 全ての「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)、緩和ケア以外のチームが1つでもあった施設(406施設/409施設)	2014年	99.0%

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） データ種: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院 算出法: 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 留意点: 市民講演会を1年1回以上開催している施設(363施設/409施設)	2014年	93.6%
	指標名: 小児がん患者のうちがんセンターで治療された患者の割合 データ種: 対家病棟への調査(新形式) + 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: がんセンター(多職種かつ多専門科)によって話し合われた患者の割合 留意点: 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、貴施設でがんと初めて診断された小児固形腫瘍患者のうちで、多職種かつ多専門科で構成されたがんセンター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、Range=0,100, IQR=[40,100], Median 100, Mean 71.3, SD 38.2。	2014年	71.3%
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科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） データ種: 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 留意点: 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)	2014年	37.4%
	指標名: 口腔ケアプロトコル整備されている拠点病院の割合（がん患者の口腔ケア） データ種: 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 留意点: 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)	2014年	57.7%
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） データ種: 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 留意点: 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) (2012年は332施設/397施設)	2012年	83.6%
		2014年	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） データ種: 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度検討の場があるを設けていると回答した施設の割合 留意点: 「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、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(360施設/409施設) 「院内医療安全管理部門」等での検討開催頻度(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、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)	2014年	85.8%
	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） データ種: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院(基本的に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 留意点: 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)	2014年	25.3%
	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) データ種: レセプトデータ 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 留意点: 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	算出中	
	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、放射線治療の質を確保し、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） データ種: 拠点病院現況報告 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 留意点: 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)	2012年	47.4%
		2014年	51.1%

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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
A5	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	強度変調放射線治療の加算が1件以上、且つ強度変調放射線治療患者数と照射回数がそれぞれ1件以上であった施設(140施設/409施設) (2012年は109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。			
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
A1	対象: がん診療連携拠点病院 (以下、拠点病院と表記)	算出値: 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%
	留意点:	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)	
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2014年	
A26c	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	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) 放射線治療室に専任常勤看護師が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)	
指標名: 放射線治療専門医の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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
A26d	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	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名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。			
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
A9	対象: 拠点病院	算出値: 外来化学療法加算1をとっている拠点病院の割合	27.2%
	留意点:	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(369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266施設/397施設)	
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2014年	
A10b	対象: 拠点病院	算出値: 「診療科別の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%
	留意点:	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)	
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2014年	
A21a	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	運来を含め、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)	
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2014年	
A22	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	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旨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。	
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)			
データ種別: 拠点病院現況報告		2014年	
A26b	対象: 拠点病院	算出値: 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%
	留意点:	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(282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を1人以上配置しており、かつその薬剤師が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任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)			
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2012年	2014年
	対象: 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	44.6%	56.0%
留意点:	日本臨床腫瘍学会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ん薬物療法指導医常勤が1名以上いる施設(85施設/409施設) 日本臨床腫瘍学会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) (2012年日本臨床腫瘍学会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(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)		
	データ種別: 患者アンケート	算出法:	
	対象: 拠点病院	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)	今回は測定困難
留意点:	どの経口抗がん剤までも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)		
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2014年
	対象: 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	88.0%
留意点:	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適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(380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		
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2012年
	対象: 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	99.5%
留意点:	「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。」「に該当し「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」に該当し、「はい」と回答した施設は31施設であった。(2012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」と回答した施設は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)		
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2014年
	対象: 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回答した拠点病院の割合	34.0%
留意点:	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)		
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2014年
	対象: 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	32.0%
留意点:	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(術死率)		
	データ種別: レセプト・DPO+院内がん登録/NCD(外科学会)	算出法:	2013年
	対象: 拠点病院において、5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)を初めに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)	5がん 0.31% 肺 0.38% 胃 0.34% 大腸 0.43% 肝臓 0.68% 乳腺 0.01%
留意点:	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DPO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の許諾がなかったため、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。2014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)。NCDへは依頼中		

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、病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)		
	データ種別: 拠点病院現況報告	算出法:	2014年
	対象: 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	59.2%
留意点:	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、見直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 (治療の見直し)
全5b	指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見直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 (生活の見直し)

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) がんに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す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

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)	2014年
	算出法: 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	39.1%

注: 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/408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。

続10	指標名: (がん患者のQOL)がん患者のからだのつらさ	2015年
	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% (増加倍)

注: 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。

続11	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の疼痛	2015年
	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% (増加倍)

注: 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。

続12	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ	2015年
	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% (増加倍)

注: 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。

続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	今回は測定困難
	算出法: 「患者は、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%	

注: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:「施設によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究②(J-HOPE)」。がん研究開発費:木下野で調査中。

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。

続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	2014年
	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・(がん強化型)在宅療養支援診療所・(がん強化型)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症例数 21,109 緩和ケア外来新規症例数

注: 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。

続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
	算出法: 都道府県内で緩和ケアに関する地域多職種連携カンファレンスを開催した回数	1,799

注: 注1)自施設が主催したカンファレンスのみの回数。

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。

続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
	算出法: 緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任として従事している割合	56.0% がん看護専門看護師 62.4% 緩和ケア認定看護師 50.3% がん性疼痛認定看護師

注: 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。

続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
続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

<p>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、急要した患者や医療ニーズの高い要介護者の受け入れ体制を整備する。</p>			
緩和1	<p>指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)</p> <p>データ種別: 人口動態調査</p> <p>対象: 対象: 全がん死亡者</p> <p>算出法: 算出法: がん患者の自宅死亡割合</p>	2013年	2014年
	<p>留意点:</p>	8.9%	9.6%
緩和2	<p>指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)</p> <p>データ種別: 人口動態調査</p> <p>対象: 対象: 全がん死亡者</p> <p>算出法: 算出法: がん患者の施設死亡割合</p>	2013年	2014年
	<p>留意点: ガ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いため差が生じている。</p>	2.0%	2.2%
緩和14	<p>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</p> <p>データ種別: 道原調査</p> <p>対象: 対象: がん患者家族</p> <p>算出法: 算出法: 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合</p>	2011年	2014年
	<p>留意点: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:「家族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)」,がん研究開発費:木下班で調査中。</p>	54%	今回は測定困難
緩和15	<p>指標名: (家族ケア)家族の介護負担感</p> <p>データ種別: 人口動態調査</p> <p>対象: 対象: がん患者家族</p> <p>算出法: 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</p>	2011年	2014年
	<p>留意点: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:「家族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)」,がん研究開発費:木下班で調査中。</p>	62%	今回は測定困難
<p>がん性疼痛を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。</p>			
緩和3	<p>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</p> <p>データ種別: 厚生労働省</p> <p>対象: 対象: (絶対値)</p> <p>算出法: 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)</p>	2013年	2014年
	<p>留意点: 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、「医療用麻薬の全消費量」から「両剤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。</p>	4,913kg	4,915kg
緩和6	<p>指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数</p> <p>データ種別: 厚生労働省</p> <p>対象: 対象: (絶対値)</p> <p>算出法: 算出法: 緩和ケア研修会の修了者数</p>	2013年	2014年
	<p>留意点:</p>	40,550人	52,254人
<p>学会など連携し、精神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</p>			
緩和12	<p>指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ</p>	<p>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</p>	
緩和6	<p>指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数</p>	<p>緩和ケアの意義やがん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。</p>	
緩和13	<p>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</p>	<p>緩和ケアの意義やがん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。</p>	
緩和7	<p>指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数</p> <p>指標名: (一般市民への普及)一般市民の緩和ケアの認識</p> <p>データ種別: がん対策に関する世論調査</p> <p>対象: 対象: 一般市民</p> <p>算出法: 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こと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が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</p>	2013年	2014年
	<p>留意点:</p>	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
緩和8	<p>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</p> <p>データ種別: がん対策に関する世論調査</p> <p>対象: 対象: 一般市民</p> <p>算出法: 算出法: 「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</p>	2014年	
	<p>留意点: 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ふ」と回答した割合</p>	52.8%	
<p>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標とする。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標とする。</p>			
緩和6	<p>指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数</p>	<p>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。</p>	
緩和4	<p>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</p>		
緩和5	<p>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</p>		
緩和13	<p>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</p>	<p>こうした取組により、患者とその家族などががんが診断された時から身体的・精神的・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</p>	

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		
<p>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。</p>		
A16	<p>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</p> <p>データ種別: 患者経験調査</p> <p>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</p> <p>算出法: 算出法: 診断日から治療開始日までの平均日数</p>	<p>2015年</p> <p>1ヶ月以上3ヶ月未満</p> <p>35%</p> <p>(修正値)</p>
	<p>留意点: 患者体験調査において、日数を聞いていないため、平均日数は算出不可。問9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、「1日: 医師からかんと説明(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?」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100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」(799)、「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」(63)、「治療開始後に診断された」(45)であった。</p>	
A30a	<p>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</p> <p>データ種別: 拠点病院現況報告</p> <p>対象: 拠点病院</p> <p>算出法: 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)</p>	<p>2014年</p> <p>1.4人</p> <p>(100床あたり)</p>
	<p>留意点: 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名以上の施設は978*(400施設/409施設)、Mean 7.9 (SD6.1)、median 6、range 0-35、IQR[3,11] 一般病床数231482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。</p>	
A31	<p>指標名: 地域の医療施設(病院・診療所・訪問看護ステーション)が適切な連携を行っているか回答した施設の割合 (拠点病院地域連携)</p> <p>データ種別: 一般施設アンケート調査</p> <p>対象: 地域の医療施設(病院・診療所・訪問看護ステーション)</p> <p>算出法: 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</p>	<p>今回は測定困難</p>
	<p>留意点: 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き、地域に拠点病院が複数あって買のばらつきがある場合の扱い、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。</p>	
A32	<p>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)</p> <p>データ種別: レセプトデータ</p> <p>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退院する者を除く)</p> <p>算出法: 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</p>	<p>算出中</p>
	<p>留意点:</p>	
緩1	指標名: (01死亡場所) 自宅死亡割合	
緩2	指標名: (01死亡場所) 施設死亡割合	
緩9	指標名: (03専門サービス) 専門的緩和ケアサービスの利用患者数	
緩13	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケアに関する専門・認定看護師数(緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩14	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケア指導者の配置2 (緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩15	指標名: (05一般医療者の教育) 緩和ケア研修修了者数 (緩和ケアについての基本的知識の習得)	
<p>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。</p>		
A17	<p>指標名: 5大がん患者の自国内受療率 (地域完結型医療体制)</p> <p>データ種別: レセプト(患者と施設)の二次医療圏の両方あるレセプト</p> <p>対象: 5大がんの患者</p> <p>算出法: 算出法: 患者の住所と同じ二次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</p>	<p>今回は測定困難</p>
	<p>留意点: 二次医療圏医療圏内でがん治療が実施されている程度を評価</p>	
A34	<p>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)</p> <p>データ種別: 患者アンケート調査(遠隔アンケート)</p> <p>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</p> <p>算出法: 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</p>	<p>今回は測定困難</p>
	<p>留意点: 患者もしくは家族(遺族)が回答</p>	
緩1	指標名: (01死亡場所) 自宅死亡割合	
緩2	指標名: (01死亡場所) 施設死亡割合	
緩13	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケアに関する専門・認定看護師数(緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩14	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケア指導者の配置2 (緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩15	指標名: (05一般医療者の教育) 緩和ケア研修修了者数 (緩和ケアについての基本的知識の習得)	

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: 介護アンケート調査 対象: 介護保険を利用している40～64歳の末期がん患者 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 留意点: 介護保険から測定するときには「40～64歳の末期がん患者」。当該調査の場合は(末期がん患者であることは明白なので)年齢制限は対象	今回は測定困難
	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) データ源: 介護アンケート調査 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) 算出法: 「必要な医療を十分に受けている」と答えた患者数	今回は測定困難
緩1	指標名: (01死亡場所) 自宅死亡割合	
緩2	指標名: (01死亡場所) 施設死亡割合	
緩13	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケアに関する専門・認定看護師数(緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩14	指標名: (04専門人員リソース) 緩和ケア指導者の配置2 (緩和ケアの専門的知識をもった医師を2次医療圏に配置)	
緩15	指標名: (05一般医療者の教育) 緩和ケア研修修了者数 (緩和ケアについての基本的知識の習得)	
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		
<p>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。</p>		
B13a	指標名: がんの第Ⅰ相およびⅢ相臨床試験の実施数 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横計 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	2013年 第Ⅰ相試験 85件 第Ⅲ相試験 79件 <研究資金源> (国内・外資・国際共同の件数) 第Ⅰ相: 59件, 28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
	留意点: 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36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9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。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。	
B14b	指標名: 審査された臨床試験の数(拠点病院) 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	2012年 19,413 件
	留意点: 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 データ源: 厚生労働省厚生科学誌 対象: がんに関する厚労科研究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 算出法: 厚労科研の「健康危機情報」の報告をしている研究の割合	2011-2013年 14.6%
	留意点: 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。)、引き続き事業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。																					
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) データ種別: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 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 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">新医薬品</th> </tr> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〈申請ラグ〉 32.9ヶ月</td> <td>〈申請ラグ〉 5.7ヶ月</td> </tr> <tr> <td>〈審査ラグ〉 1.6ヶ月</td> <td>〈審査ラグ〉 0ヶ月</td> </tr> <tr> <td>国内審査期間は 通常:11.9ヶ月(n=4) 優先:4.9ヶ月(n=27)</td> <td>国内審査期間は 通常:11.9ヶ月(n=10) 優先:6.8ヶ月(n=16)</td> </tr> <tr> <th colspan="2">新医療機器</th> </tr> <tr> <th colspan="2">H25年度</th> </tr> <tr> <td>〈申請ラグ〉 90.1ヶ月</td> <td>〈審査ラグ〉 2.0ヶ月</td> </tr> <tr> <td colspan="2">国内審査期間は13.9ヶ月(n=4)</td> </tr> </tbody> </table>		新医薬品		H24年度	H25年度	〈申請ラグ〉 32.9ヶ月	〈申請ラグ〉 5.7ヶ月	〈審査ラグ〉 1.6ヶ月	〈審査ラグ〉 0ヶ月	国内審査期間は 通常:11.9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		H25年度		〈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)	
	新医薬品																				
H24年度	H25年度																				
〈申請ラグ〉 32.9ヶ月	〈申請ラグ〉 5.7ヶ月																				
〈審査ラグ〉 1.6ヶ月	〈審査ラグ〉 0ヶ月																				
国内審査期間は 通常:11.9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																					
H25年度																					
〈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)																					
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保険適用時期: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・新機能)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(必要性検討会が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本の申請時期の差の中央値。 留意点: 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=10)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=6)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																					
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。																					
B1b	指標名: 開発着手ラグ データ種別: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 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 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">新医薬品</th> </tr> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>53.0ヶ月</td> <td>37.5ヶ月</td> </tr> </tbody> </table>		新医薬品		H24年度	H25年度	53.0ヶ月	37.5ヶ月												
	新医薬品																				
H24年度	H25年度																				
53.0ヶ月	37.5ヶ月																				
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」、必要性検討会が要望のあった公知申請品目は算出から除外。 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。 開発着手ラグ=開発着手時期の差の中央値																					
B8	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) データ種別: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 対象: 当該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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">新承認成分</th> </tr> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>申請 9 承認 7</td> <td>申請 11 承認 7</td> </tr> <tr> <th colspan="2">その他薬品</th> </tr> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> <tr> <td>申請 28 承認 24</td> <td>申請 13 承認 19</td> </tr> </tbody> </table>		新承認成分		H24年度	H25年度	申請 9 承認 7	申請 11 承認 7	その他薬品		H24年度	H25年度	申請 28 承認 24	申請 13 承認 19						
	新承認成分																				
H24年度	H25年度																				
申請 9 承認 7	申請 11 承認 7																				
その他薬品																					
H24年度	H25年度																				
申請 28 承認 24	申請 13 承認 19																				
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、功能追加申請数20、功能追加承認数19 〈H24年度〉新有効成分申請数9、新有効成分承認数7、功能追加申請数29、功能追加承認数24 〈H25年度〉新有効成分申請数11、新有効成分承認数7、功能追加申請数19、功能追加承認数19																					
B12	指標名: 先進医療技術開始数 (先進医療技術) データ種別: 厚生労働省 対象: 先進医療B 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(がんに関する技術のもの)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2011年～2014年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11件</td> </tr> </tbody> </table>		2011年～2014年	11件																
	2011年～2014年																				
11件																					
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/sensinryo/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品医療機器総合機構を活用するなど、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) データ種別: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構ホームページ 希少疾病用医薬品指定品目一覧表 対象: オープンドラッグに指定された抗がん剤(患者数5万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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1999年～2004年</th> <th>2004～2009年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4/4</td> <td>7/8</td> </tr> </tbody> </table>		1999年～2004年	2004～2009年	4/4	7/8														
	1999年～2004年	2004～2009年																			
4/4	7/8																				
オープンドラッグ指定を受けた日(厚生労働省からの通知文書の日付)から薬事承認された日(厚生労働省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日の間にオープ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205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薬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。

旧研究 5	指標名: 患者が希望した未承認薬・適応外薬の審査の場を整備している拠点病院の割合（未承認薬・適応外薬の承認）	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	77.8%
	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 留意点: 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年以内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年以内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指す。

B1 B1a	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	前年度調査	前年度調査
	データ源: 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 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 留意点: 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1回調査とは、第1回、第2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。	要望 116 開発要請 45 H23承認 19 H24承認 3 H25承認 3	要望 75 開発要請 32 H23承認 -- H24承認 11 H25承認 11

(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: 希少がん患者の診療日から治療開始までの待ち時間（治療待ち時間）	2015年
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	初診日から診断日および治療開始日までの日数
	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 留意点: 希少がんである患者のうち、初診から診断に関しては、「155名中何らかの症状や検査で異常が検出され、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?」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長値を算出。 診断から治療開始に関しては、「159名中がんの説明(確定診断)された後、最初の治療(問)で回答した治療が始まるまで、およそ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/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」(6)、「治療開始後に診断された」(22)であった。確定診断から治療開始までの期間の最長値を算出。 粗算値は、<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。	初診から診断 2週間未満 42% 診断から治療開始 2週間未満 34% (修正値)

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）	2014年
	データ源: 日本医療機能評価機構医療情報データベースMinds、学会、がん情報データベース>診療ガイドラインなどのウェブページ	14冊
	対象: 希少がん患者サンプル(「希少がん」は別定義) 算出法: 診療ガイドラインがある希少がんの割合 留意点: 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、腎臓・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.jchc.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

若手病理診断士の育成をはじめ、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み。

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（病理診断士の不足）	2012年	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	86.6%	87.3%
	対象: 拠点病院 算出法: 全ての拠点日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設(常勤の病理専門医が1人以上いる施設として算出) 留意点: 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) (2012年は344施設/397施設)		