

第2期がん対策推進基本計画進捗管理指標一覧

2015年4月20日作成

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 (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。

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	
	データ源:	人口動態統計	
	対象:	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)	
	算出法:		
		2005年	2013年
		92.4 /人口10万人	80.1 /人口10万人
留意点: 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 2005年(基準年)は人口10万人対92.4			

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	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	80% (補正值)
留意点: 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。回答6729中、無回答538を除外。'1. そう思う'(3707)、『2. ややそう思う'(1158)と回答。			

要素2) 適切な医療の提供

全2a	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 (からだの苦痛)	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	57% (補正值)
留意点: 指標名 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。回答6729中、無回答1597を除外。'4. あまりそう思わない'(1308)、『5. そう思わない'(1610)と回答。			
全2b	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 (痛み)	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	72% (補正值)
留意点: 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。回答6729中、無回答1714を除外。'4. あまりそう思わない'(960)、『5. そう思わない'(2596)と回答。			
全3	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 (気持ちのつらさ)	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	61% (補正值)
留意点: 指標名 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。回答6729中、無回答1697を除外。'4. あまりそう思わない'(1053)、『5. そう思わない'(1961)と回答。			
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)	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	78% (補正值)
留意点: 指標名 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。回答6729中、無回答1636を除外。'1. そう思う'(2519)、『2. ややそう思う'(1425)と回答。			
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)	
	データ源:	患者体験調査の間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	
		2015年	89% (補正值)
留意点: 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。回答6729中、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)と回答。			
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)	
	データ源:	患者体験調査の間19	
	対象:	がん患者	
	算出法:	「問19. これま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	
		2015年	79% (補正值)
留意点: 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。回答6729中、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)と回答。			

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）	
	データ源: 患者体験調査の間36	2015年
	指標: 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	81% (補正値)
留意点: 指標名 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。回答6729中、無回答1631を除外。「1.そう思う」(2836)、「2. ややそう思う」(1255)と回答。		
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）	
	データ源: 患者体験調査の間14	2015年
	指標: 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	73% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1631を除外。「1. そう思う」(1969)、「2. ややそう思う」(580)と回答。		
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）	
	データ源: 患者体験調査の間42	2015年
	指標: 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	88% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1601を除外。「1.納得している」(3381)、「2. やや納得している」(1159)と回答。		
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）	
	データ源: 患者体験調査の間43	2015年
	指標: 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	80% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1632を除外。「1.納得している」(2792)、「2. やや納得している」(1313)と回答。		

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ぶような情報提供がきちんと提供されること	
	データ源: 患者体験調査の間35	2015年
	指標: 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	72% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1671を除外。「1. そう思う」(2025)、「2. ややそう思う」(1568)と回答。		
全13	指標名: 相談できる環境があると感じること	
	データ源: 患者体験調査の間23	2015年
	指標: 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	67% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答186を除外。「9. 相談を必要としなかった、と回答した1666名を除外。11. あった、の回答は(3273)。		

5. 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) 経済的困難への対応

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）	
	データ源: 患者体験調査の間20	2015年
	指標: 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	2.7% (補正値)
留意点: 指標名 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		
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）	
	データ源: 患者体験調査の間22	2015年
	指標: 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、往復でおおよそどのくらいの費用ですか?」において最も多かった回答。	1円～2000円 56% (補正値)
留意点: 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。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問する間い。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。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。回答6729中、無回答224を除外。(3608)が「2. 1円以上～2000円未満」と回答。		

要素5) 家族の介護負担の軽減

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)		
データ源: 患者体験調査の問40		2015年
全16	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
	指標:	42% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1594を除外。「1. よく感じる」(736)、「2. ときどき感じる」(1455)と回答。		
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)		
データ源: 患者体験調査の問41		2015年
全17	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
	指標:	37% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1659を除外。「1.十分あると思う」(215)、「2.十分ではないが、ある程度あると思う」(1646)と回答。		

要素6) がんになっても孤立しない社会の成熟

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)		
データ源: 患者体験調査の問37		2015年
全18a	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
	指標:	31% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1617を除外。「1. よく感じる」(437)、「2. ときどき感じる」(1146)と回答。		
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)		
データ源: 患者体験調査の問38		2015年
全18b	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
	指標:	22% (補正値)
留意点: 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。回答6729中、無回答1600を除外。「1. よく感じる」(184)、「2. ときどき感じる」(1004)と回答。		
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)		
データ源: 患者体験調査の問24, 25		2015年
全18c	対象: 「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が、」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者	算出法: 「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が、」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
	指標:	90% (補正値)
留意点: 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。「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」(18181)と回答。		

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、問字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(およびほかのがん)患者の5年生存率													
	データ源: 院内がん登録	2007年院内がん登録5年粗生存率												
	対象: 拠点病院における5大がん(およびほかのがん)患者 指標: 患者	算出法: 5年生存率	<table> <tr> <td>乳がん</td><td>90%</td> <td>肺がん</td><td>36%</td> </tr> <tr> <td>大腸がん</td><td>69%</td> <td>胃がん</td><td>63%</td> </tr> <tr> <td>肝臓がん</td><td>33%</td> <td>他のがん</td><td>62%</td> </tr> </table>	乳がん	90%	肺がん	36%	大腸がん	69%	胃がん	63%	肝臓がん	33%	他のがん
乳がん	90%	肺がん	36%											
大腸がん	69%	胃がん	63%											
肝臓がん	33%	他のがん	62%											
留意点: 標記は相対生存率ではなく、粗生存率による暫定値。 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)、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 62.3% [62.0, 62.6]														
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	2015年												
	対象: がん患者 指標: 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	85% (補正値)											
留意点: 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がえつて、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「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。6729名の内、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)と回答。														
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	2014年												
	対象: 拠点病院 指標: 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	47.2%											
留意点: 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) 47.2%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	2014年												
	対象: 拠点病院 指標: 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	56.0%											
留意点: 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/409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	2014年												
	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) 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)	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	62.1%											
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1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)。 がんの治療に際する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たと回答した施設(40施設/409施設): 9.8% がんの治療に際する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たと回答した施設(79施設/409施設): 19.3% がんの治療に際する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たと回答した施設(31施設/409施設): 7.6% がんの治療に際する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たと回答した施設(179施設/409施設): 43.8% がんの治療に際する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たと回答した施設(151施設/409施設): 36.9% がんの治療に際する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たと回答した施設(154施設/409施設): 37.7% がんの治療に際する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% がんの治療に際する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1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)														
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	2015年												
	対象: 40歳未満でがんの治療を受けた患者 指標: 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	25% (補正値)											
留意点: 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?」という問いに対し回答した患者735名のうち、問16が無回答の5名を除外、問15で「2. 不妊への影響はない、という説明を受けた」(101名)、問16で「1. 予防・温存の具体的な方法を説明された」(126名)、問16で「2. 予防・温存の具体的な方法はないと言われた」(34名)のいずれかを回答した患者(総計261名)の割合を算出。粗解析値は36%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)													
	データ源: 患者体験調査	2015年												
	対象: がん患者 指標: 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	40% (補正値)											
留意点: 患者体験調査の問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師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、無回答214名と、「9.わからない/覚えていない/了解した」183名を除外、(2255)が「1.説明があった」と回答。														

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)		
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年
	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)	29,485
	留意点: 全国平均72.1 (SD239.5), range 0-3065, median 13, IQR [2, 43], 409施設で合計29485.		

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、標準の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: 標準の治療実施割合 (標準の治療)		
	データ源: 院内がん登録 - DPC実合データ		
	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	算出中
	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組織学的に取扱い規約Stage Ⅰ、Ⅱ (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。 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、肺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、乳房温存後全乳房射線実施率 = 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、乳切除放射線療法実施率 = 乳房切除術が行われ、再発ハイスルク(T3以上、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、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、ICG15分停滯率が治療開始前に測定された患者の割合、ハイリスクケモ予防的制吐剤実施率 = 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。		

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)		
	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エビデンスデータベース		2014年
	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	30
	留意点:		

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)		
	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エビデンスデータベース		2014年
	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	6
	留意点:		

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)		
	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		2014年
	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	22.4%
	留意点: Minds、全原出版、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。検診ガイドライン、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月改定)		

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。

A23	指標名: 拠点病院でカンサーボードで検討された患者の割合 (海外の指標:カンサーボード)		
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年
	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	48.0%
	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、393施設の平均値を算出、Range=[0,100], IQR=[20,75], Median =50, Mean 48.0, SD 29.3.		

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		
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年
	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な実施されている病院の割合	48.2%
	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 (チーム医療)		
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年
	対象: 拠点病院	算出法: 腫瘍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、腫瘍病サポートチーム等)が存在する拠点病院の割合	99.0%
	留意点: 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 と回答した施設 (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 と回答した施設 (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 と回答した施設 (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 と回答した施設 (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 と回答した施設 (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 と回答した施設 (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)		

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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年	
	対象: 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	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	93.6%	
	留意点: 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)			
A40b	指標名: 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			
	データ源: 対象病院への調査(新データ) + 拠点病院現況報告		2014年	
	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: 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	71.3%	
	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。Range=[0,100], IQR=[40,100], Median 100, Mean 71.3, SD 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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年	
	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%	
	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)			
A27	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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年	
	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	57.7%	
	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)			
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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
	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%	89.5%
	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)			
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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年	
	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	85.8%	
	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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014年	
	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	25.3%	
	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)			
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)			
	データ源: 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: 地域医療機関に受診後、2か月以内に別の医療機関で通院開始した人の割合	算出中	
	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			
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)			
	データ源: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
	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%
	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)			

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)				
A5	データ源: 拠点病院現況報告		2012年	2014年
	対象: 拠点病院	算出法: 強度変調放射線治療(IMRT)加算 ¹ をとっている拠点病院の割合	27.2%	34.2%
	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科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	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	算出法: 外来放射線照射診療科 ¹ をとっている拠点病院の割合	48.9%	59.7%
	対象: がん診療連携拠点病院 (以下、拠点病院と表記)	留意点: 外来放射線照射診療科が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	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%	
	対象: 拠点病院	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)		2012年	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	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%
	対象: 拠点病院	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。				
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	2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	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	27.2%	95.1%
	対象: 拠点病院	留意点: 外来化学療法加算1の施設基準が ¹ 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 ¹ 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	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%	
	対象: 拠点病院	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)		
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)		2014年	
	データ源: 拠点病院現況報告	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%	
	対象: 拠点病院	留意点: 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	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%	
	対象: 拠点病院	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。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	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%	
	対象: 拠点病院	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(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を1人以上配置しており、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）		
	データ源:	拠点病院現況報告	2012年	
	対象:	がん	2014年	
	指標:	拠点病院	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	44.6%
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(95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）		
	データ源:	患者アンケート		
	対象:	がん	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)
	指標:	経口抗悪性腫瘍剤を処方されたがん患者	今回は測定困難	
留意点: 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が作成。				
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）		
	データ源:	拠点病院現況報告	2014年	
	対象:	がん	算出法:	化学療法オーダーを電子化している施設の割合
	指標:	拠点病院	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(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		
	データ源:	拠点病院現況報告	2012年	
	対象:	がん	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
	指標:	拠点病院	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、カ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。(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、カ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）		
	データ源:	拠点病院現況報告	2014年	
	対象:	がん	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
	指標:	拠点病院	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）		
	データ源:	拠点病院現況報告	2014年	
	対象:	がん	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
	指標:	拠点病院	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（術死亡率）		
	データ源:	レセプト・DPC+院内がん登録/NCD(外科学会)	2013年	
	対象:	拠点病院において、5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)を初めて診断され腫瘍の切除手術を受けた患者	算出法:	術死亡率(術後30日以内の死亡) (リスク調整なし)
	指標:		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DPCデータ(拠点病院中、77877名、223施設のデータ。国立大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。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アンス分析実施状況（クリティカルパス）		
	データ源:	拠点病院現況報告	2014年	
	対象:	がん	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、バリアンス割合を算定して報告した拠点病院の割合
	指標:	拠点病院	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回以上バリアンス分析を行っている。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指す。				
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割以上薬剤師が担当し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指す。				
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)		
	データ源: 拠点病院現況報告	2014年	
	指標: 対象: 算出法:	39.1%	
	重要点: 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。			
緩和10	指標名: (がん患者のQOL) がん患者のからだのつらさ		
	データ源: 患者体験調査の間44a	2015年	
	指標: 対象: 算出法:	57%	
	重要点: 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。		
緩和11	指標名: (がん患者のQOL) がん患者の疼痛		
	データ源: 患者体験調査の間44b	2015年	
	指標: 対象: 算出法:	72%	
	重要点: 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。		
緩和12	指標名: (がん患者のQOL) がん患者の気持ちのつらさ		
	データ源: 患者体験調査の間44c	2015年	
	指標: 対象: 算出法:	61%	
	重要点: 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。		
緩和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		
	データ源: 遺族調査	2011年	
	指標: 対象: 算出法:	62%	今回は測定困難
	重要点: (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)。がん研究開発費:木下班で調査中。		
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。			
緩和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		
	データ源: 医療施設調査等	2014年	
	指標: 対象: 算出法:	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	
	重要点: 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。		
緩和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		
	データ源: がん診療連携拠点病院(拠点病院の現況報告)	2014年	
	指標: 対象: 算出法:	1,799	
	重要点: 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。			
緩和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		
	データ源: 専門・認定看護師調査(日本看護協会調べ)	2014年	
	指標: 対象: 算出法:	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	
	重要点: 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。		
緩和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		
緩和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スの高い要介護者の受け入れ体制を整備する。				
緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)			
	データ源: 人口動態調査		2013年	2014年
	対象: 全がん 指標: 死亡者	算出法: がん患者の自宅死亡割合	8.9%	9.6%
	留意点:			
緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)			
	データ源: 人口動態調査		2013年	2014年
	対象: 全がん 指標: 死亡者	算出法: がん患者の施設死亡割合	2.0%	2.2%
	留意点: 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いため混在している。			
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			
	データ源: 遺族調査		2011年	
	対象: がん患者家族 指標: 有家族	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
	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「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)」。がん研究開発費:木下班で調査中。			
緩15	指標名: (家族ケア)家族の介護負担感			
	データ源: 人口動態調査		2011年	
	対象: がん患者家族 指標: 有家族	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
	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「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)」。がん研究開発費:木下班で調査中。			
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、精神心理的・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			
	データ源: 厚生労働省		2013年	2014年
	対象: (絶対値) 指標: (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(g/年)	4,913kg	4,915kg
	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、「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。			
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			
	データ源: 厚生労働省		2013年	2014年
	対象: (絶対値) 指標: (絶対値)	算出法: 緩和ケア研修会の修了者数	40,550人	52,254人
	留意点:			
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				
緩和ケアの意義や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7	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		2013年	2014年
	対象: 一般市民 指標:	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
	留意点:			
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		2014年	
	対象: 一般市民 指標: 一般市民	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	52.8%	
	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う」と回答した割合			
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標とする。				
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				
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	
	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 算出法: 診断日から治療開始日までの平均日数	2015年 1ヶ月以上3ヶ月未満 35 % (補正値)
	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?」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。	
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、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	
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 拠点病院 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)	2014年 1.4人 (100床あたり)
	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名以上いる施設は97.8%(400施設/409施設)。Mean 7.9 (SD6.1), median 6, range 0-35, 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。	
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回答した施設の割合 (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) 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	今回は測定困難
	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。	
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: 拠点病院から通院し、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) 算出法: 拠点病院の医師または看護婦と在宅療養を担う医師または看護婦とで通院時合同カンファレンスが行われた割合	算出中
	留意点:	
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・認定看護婦数(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)	
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大がん患者の自国内受療率 (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 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	今回は測定困難
	留意点: 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	
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 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	今回は測定困難
	留意点: 患者もしくは家族(遺族)が回答	
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・認定看護婦数(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: 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 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	今回は測定困難
	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」、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	
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)	
	データ源: 遺族アンケート調査 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	今回は測定困難
	留意点:	
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

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 Ⅲ相およびⅣ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検討 算出法: がんに関する第 Ⅲ相臨床試験(早期探索試験 First-in-human)およびⅣ相の実施件数	2013年 第 Ⅲ相試験 85件 第 Ⅳ相試験 79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 Ⅲ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)	
	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が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ール件数	
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課 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「健康危険情報」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。				
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)		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			
	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、および審査期間の中央値の差	H24年度 <申請ラグ> 32.9ヶ月 <審査ラグ> 1.6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)	H25年度 <申請ラグ> 5.7ヶ月 <審査ラグ> 0ヶ月 国内審査期間は 通常:11.9ヶ月(n=10) 優先:6.8ヶ月(n=16)
	指標:			
	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) 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。 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。(優先審査(通)通常審査) 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		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)	
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。				
B1b	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			
	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	H24年度 53.0ヶ月	H25年度 37.5ヶ月
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) 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				
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)		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			
	対象:	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	H24年度 申請 9 承認 7	H25年度 申請 11 承認 7
	指標:		知覚増加	
			H24年度 申請 28 承認 24	H25年度 申請 13 承認 19
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) <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				
「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。				
B12	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			
	対象: 先進医療B	算出法: 過去3年間で先進医療会館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)	11 件	
	留意点: 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品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: 独立行政法人医薬品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: オープ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	7 / 8
	留意点: オープンドラッグ指定を受けた日(厚生大臣からの通知文書の日付)から薬事承認された日(厚生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。				
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）			
	データ源: 拠点病院現況報告		2014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%
	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指す。				
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）			
B1a	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	
	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		要望 116 開発要請 45 H23承認 19 H24承認 3 H25承認 3
	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: 希少がん患者の診療日から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% 診断から治療開始 2 週間未満 34% (補正値)
	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、「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?」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」(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。			
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エビデンスデータベース		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
	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.jcqh.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: 拠点病院現況報告		2012年	
	対象: 拠点病院	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)		86.6%
	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)			
2014年				
87.3%				

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: DPC/レセプトデータ		2012-2013年		
	指標:	対象: 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	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	19.7%	
	留意点: 2012年院内がん登録Q1参加施設データ 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				
	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				
A41d	データ源: 拠点病院現況報告		2012年		2014年
	指標:	対象: 拠点病院	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	75.8%	79.5%
	留意点: 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)				

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）	
	データ源:	拠点病院現況報告	2015年2月時点
	対象:	二次医療圏	70.4%
	指標:	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	(旧指針を満たす73.0%)
	留意点:	2015年2月の調査結果に基づく結果(平成26年度)。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）	
	データ源:	拠点病院現況報告	2014年
	対象:	拠点病院	100%
	指標:	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	
	留意点:	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。

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）		
データ源:	拠点病院現況報告	2014年
対象:	相談員	
指標:	算出法: 転院や遠隔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	85.1%
留意点:	転院や遠隔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するよう努める。

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）		
データ源:	拠点病院現況報告	2014年
対象:	相談支援センター	
指標:	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	58.7%
留意点:	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。

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		
データ源:	拠点病院現況報告	2014年
対象:	ピアサポーター	
指標:	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	16.9%
留意点:	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い情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

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）		
データ源:	国立がん研究センターがん対策情報センター	2014年
対象:	がん対策情報センター	
指標:	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	88 項目
留意点:	がん情報サービス>がん診療連携拠点病院などを探すで公開している様式4(全般項目)の「(12)患者数・診療件数の状況」の項目数	

指標名: 拠点病院の診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）		
データ源:	国立がん研究センターがん対策情報センター	2014年
対象:	がん情報サービス	
指標:	算出法: 拠点病院での診療実績数が情報提供されている希少がんの数	22 がん
留意点:	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探索>がんの種類から探索で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、喉頭がん、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(膣がん・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指す。

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
対象:	拠点病院のがん相談支援センターの利用者	
指標:	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	81% (補正値)
留意点:	患者体験調査の問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%)で、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
	対象: 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) 指標: 算出法: 「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	87% (補正値)
留意点: 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、無回答は分母より除外。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。		
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
	対象: 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) 指標: 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	90% (補正値)
留意点: 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。6729名より無回答200名と「9.情報を欲しいと思わなかった」66名を除外。「1. 十分提供した」(3464)、「2. ある程度提供した」(2289)と回答。		

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				
	データ源: 国民健康・栄養調査			2010年	2013年
	対象: 満20歳以上の成人	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		19.5% 男性 32.2% 女性 8.4%	19.3% 男性 32.2% 女性 8.2%
	留意点: 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				
	データ源: 未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究			2010年	2012年
	対象: 中学校、高等学校の生徒	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」		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%
	留意点: 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もある。				

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				
	データ源: 国民健康・栄養調査			2011年	2013年
	指標:	対象: 満20歳以上の成人	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	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%
	留意点: 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%とな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				
	データ源: 労働安全衛生調査			2011年	2013年
	指標:	対象: 全国の全ての業種を含む事業所	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	64.0%*	65.5%
	留意点: 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、除菌の有効性について内外の知見をもとに検討する。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指す。

予5	指標名:	B型・C型肝炎ウイルス感染率	
	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:	全国民	算出法: B型・C型肝炎ウイルス感染者
	指標:	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	
	留意点:	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 低い 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、過少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	
	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)	算出法: 肝炎検査を受検した者
	指標:	2011年 HBV受検率 57.4%(推定) HCV受検率 48.0%(推定)	
	留意点:	HBV(B型肝炎ウイルス検査受検率)、HBV(B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	
	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コロナウイルス等新興・再興感染症研究「本邦におけるHTLV-1」	
	対象:	全国民	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
	指標:	2006年-2007年 約108 万人(推定) (男性0.66%、女性1.02%)	
	留意点:	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、「ハイスルスク飲酒者の減少」、「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。

指標名: ハイスルスク飲酒者の割合					
予8	データ源: 国民健康・栄養調査		2010年	2012年	
	指標:	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%
				留意点: 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%以下とされている。ハイスルスク飲酒者は年代によって違いがあり、各年代別にハイスル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。	
指標名: 運動習慣のある者の割合					
予9	データ源: 国民健康・栄養調査		2010年	2013年	
	指標:	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%
				留意点: 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。	
指標名: 野菜と果物の摂取量の増加					
予10	データ源: 国民健康・栄養調査		2010年	2013年	
	指標:	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
				留意点: 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。	
指標名: 食塩摂取量の減少					
予11	データ源: 国民健康・栄養調査		2010年	2013年	
	指標:	対象: 満20歳以上の成人	算出法: 1日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
				留意点: 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。	
指標名: 適正体重を維持している者の割合					
予12	データ源: 国民健康・栄養調査		2010年	2013年	
	指標:	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%
				留意点: 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			
	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」		H21年度実施状況	H24年度実施状況
	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	69.4%	77.3%

留意点: 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。

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			
	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」		H21年度実施状況	H24年度実施状況
	対象: 全国の市区町村	算出法: 指針に基づくがん検診を実施している市区町村	胃がん×線 99.2% 肺がん×線 97.2% 肺がん喀痰 86.9% 大腸便潜血 99.6% 乳がん×線 98.1% 頸がん細胞診 94.2%	胃がん×線 99.1% 肺がん×線 96.0% 肺がん喀痰 85.8% 大腸便潜血 99.9% 乳がん×線 99.0% 頸がん細胞診 90.8%

留意点: 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。

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(技術的・体制的指標)			
	データ源: 厚生労働科学研究の研究班の調査結果		H22年度	H26年度
	対象: 全国の市区町村	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	胃がん 66.5% 肺がん 65.6% 大腸がん 66.6% 乳がん 63.5% 子宮頸がん 63.1%	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%

留意点: 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「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。

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)			
	データ源: 国民健康・栄養調査		H24年度実施	
	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	算出法: 精検受診率 = 精検受診者数/要精検者 × 100 = (要精検者 - 未把握者 - 未受診者)/要精検者 × 100 未把握率 = 精検未把握者数/要精検者数 × 100 精検未受診率 = 精検未受診者数/要精検者数 × 100 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 = (精密検査で)がんであった者/受診者数 × 100 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	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%	

留意点: 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59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			
	データ源: 国立がん研究センター予防・検診センター調査		2010年	2014年
	対象: がん検診を実施している自治体(市区町村)	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	胃がん 8.6% 肺がん 8.3% 大腸がん 8.1% 乳がん 8.3% 子宮頸がん 5.0%	胃がん 5.0% 肺がん 5.1% 大腸がん 5.0% 乳がん 4.3% 子宮頸がん 4.7%

留意点: 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。

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		H22年度	H25年度
	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	胃がん男性 36.6% 胃がん女性 28.3% 肺がん男性 26.4% 肺がん女性 23.0% 大腸男性 28.1% 大腸女性 23.9% 乳がん 30.6% 子宮頸がん 28.7%	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% 大腸男性 41.4% 大腸女性 34.5% 乳がん 34.2% 子宮頸がん 32.7%

留意点: 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一つつけてください」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、回答の記載漏れが漏れた可能性がある。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。

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		
B14e	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
	指標:	<div>2015年</div> <div>< Biobank Japan > 症例数: 血液53,513 論文: 42本</div> <div>< National Center Biobank Network > 症例数: 血液27,743、病理組織17,577 論文: 181本</div> <div>< 東北メディカルメガバンク > 症例数: 血液73,500 論文: 0本</div>
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。		
留意点:		

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	
	データ源: 拠点病院への調査(院内がん登録を組み合わせ)	2014年
	指標: 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	18.6%
留意点: 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)	
	データ源: 院内がん登録+拠点病院への調査(新データ)	2012年
	指標: 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	22.9%
留意点: 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。小児がん拠点病院は、現況報告のデータを 含む。		

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: 院内学級制度がある施設の割合(小児がん患者の教育と自立)	
	データ源: 拠点病院への調査(院内がん登録を組み合わせ)	2014年
	指標: 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	48.2%
留意点: 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	
	データ源: 拠点病院現況報告	2012年
	指標: 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	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
留意点: 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。		

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	
	データ源: 対象病院への調査(新データ)+拠点病院現況報告	2014年
	指標: 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	75.3%
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、「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)	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
	指標: 対象: 全国の小・中・高校		
留意点: 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の認知度		
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	算出法: 「臨床試験に関して、知っている(説明ができるレベル)」と答えた患者の割合	2015年 8% (補正値)
	指標: 対象: 拠点病院のがん患者		
留意点: 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。6729より無回答553を除外。(531)が「1.よく知っている」と回答。			
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)	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
	指標: 対象: 全国小学6年生のサンプル(必要に応じて2も検討)		
留意点: 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)	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
	指標: 対象: 全国小学校6年生サンプル		
留意点: 6年生であれば、一定の知識があり、かつ、率直に回答をするを想定			
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)		
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	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	2015年 11% (補正値)
	指標: 対象: 拠点病院のがん患者		
留意点: 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、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合を算出。無回答は分母より除外。6729名より無回答1612名を除外。「1.よく感じる」(96)、「2.ときどき感じる」(482)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)	
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年
	指標: 対象: がんで休職した人(のうち復職を希望した人)のサンプル 算出法: 治療後に復職した人の割合	84% (補正値)
留意点: 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と回答したと回答した患者3102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	
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年
	指標: 対象: がんで退職した人のサンプル(休職後、退職を含む) 算出法: 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	47% (補正値)
留意点: 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。粗解析地は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変更・断念した患者の割合 (がん診療による経済負担)	
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年
	指標: 対象: がん患者サンプル 算出法: 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	0.7% (補正値)
留意点: 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)が「2. 公的医療保険内の治療」と回答。		

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)	
	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	
	指標: 対象: 中小企業 算出法: 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	今回は測定困難
留意点: 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。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)	
	データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)	2015年
	指標: 対象: がん患者(がんになったときに就労していた者) 算出法: 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	68% (補正値)
留意点: 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と回答した患者3002名の内、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)
全18b	指標名: 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)
全18c	指標名: 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)
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)