

### 3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

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

#### 要素4) 経済的困窮への対応

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

#### 要素5) 家族の介護負担の軽減

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

#### 要素6) がんになっても孤立しない社会の成熟

全18a	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き姿勢をもち、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
	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		30.7% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答154を除外。「1.よく感じる」(430)、「2.ときどき感じる」(1136)との回答を合算。			
全18b	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き姿勢をもち、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
	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		22.3% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答135を除外。「1.よく感じる」(181)、「2.ときどき感じる」(998)との回答を合算。			
全18c	指標名: がん患者自身が主体的にがん向き姿勢をもち、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
	対象: がん患者 算出法: 「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていました」と回答したがん患者 「問25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか。」という問いに対し、1.関係者に広く話した、または2.一部の関係者のみに限定して話した、と回答した患者の割合		90.5% (補正值)
備考: がんと診断されたことはないかと回答した患者、および無回答患者は対象より除外。「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていました」と回答した3002名のうち、問25が無回答であった46名を除外。問25で「1. 関係者に広く話した」(837)、「2. 一部の関係者のみに限定して話した」(1818)との回答を合算。			

# 分野別施策と個別目標

## 1. がん医療

### (1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

#### A. チーム医療とがん医療全般に関すること

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

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

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

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

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

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

A11	指標名:	標準的治療実施割合 (標準的治療)		2012年診断症例
	データ源:	院内がん登録-DPC実合データ		
	指標:	対象: 拠点病院のがん患者	算出法: 定められた標準治療が実施された割合	大腸がん術後化学療法 49.6% 胃がん術後化学療法 68.2% 早期肺がん外科・定位放射線 88.9% 肺がん術後化学療法 45.0% 乳房温存術後全乳房照射 72.1% 乳切後高リスク症例放射線 33.1% 肝切前ICG15 90.9% 予防制吐剤 63.6% 外来麻薬開始時緩下剤 66.0%
備考:	169施設の院内がん登録+DPCデータより解析(2012年1月1日~2013年12月31日) 他院での治療内容が入っていない、臨床判断により標準を行わないなどの限界がある数字であることに注意。もともとここから原因を検討して改善活動を開始するための参考値 大腸がん術後化学療法=大腸がん術後化学療法実施率のことで、組織学的Stage IIIと診断された大腸がん患者のうち、術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合を指す。 胃がん術後化学療法=胃がん術後化学療法実施率のことで、胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取扱い規約Stage II、III (pT1pT3N0を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち、S-1による術後化学療法が施行された患者の割合を指す。 早期肺がん外科・定位放射線=早期肺がんに対する外科・定位放射線治療実施率のことで、臨床Stage I~IIの非小細胞癌と診断された患者のうち、外科治療、または定位放射線治療が行われた患者の割合を指す。 肺術後化学療法実施率=術後Stage II, 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を指す。 乳房温存術後全乳房照射=乳房温存術後全乳房照射実施率のことで、乳房温存術を受けた70歳以下の乳癌患者のうち、術後全乳房照射が行われた患者の割合を指す。 乳切後高リスク症例放射線=乳切後高リスク症例放射線実施率のことで、乳房切除術が行われ、再発ハイリスク(T3以上(N0を除く)、または4個以上リンパ節転移のいずれか)の患者のうち、術後照射がなされた患者の割合を指す。 肝切前ICG15=肝切前ICG15検査実施率のことで、初回の肝切除術を受けた肝細胞がん患者のうち、ICG15分滞率が治療開始前に測定された患者の割合を指す。 予防制吐剤=高リスク催吐化学療法制吐剤処方率のことで、高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤(セロトニン阻害剤+デキサメタゾン+アプレピタント)が使用された患者の割合を指す。 外来麻薬開始時緩下剤=外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率のことで、外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方された患者の割合を指す。			

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

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

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

A23	指標名:	拠点病院でキャンサーボードによって検討された患者の割合 (海外の指標:キャンサーボード)		2013年
	データ源:	拠点病院現況報告		
	指標:	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%
備考:	1,2,3,4,5,...と回答した施設は10,20,30,40,50%...として算出。無回答、不明と回答した16施設は除外し、393施設の平均値を算出。0~100%で分布、IQR=[20,75]、中央値 50、平均値 48.0、標準偏差 29.3。			

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

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

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

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

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

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

## B. 放射線医療の推進

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

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

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

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

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

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

A26d	指標名:	放射線治療専門医が配置されている拠点病院の割合(質の高い安全な放射線療法)		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	拠点病院	算出法: 日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医が常勤で1人以上いる拠点病院の割合	72.0%	77.0%
	備考:	日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医または日本医学放射線学会放射線治療専門医が常勤で1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	2013年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	拠点病院	算出法: 外来化学療法加算1をとっている拠点病院の割合	6.5%	95.1%
	備考:	外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設(397施設/409施設)、件数が1件以上と報告した施設(389施設/409施設)。外来化学療法加算1が1件以上であった施設を算出。(2012年は外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設が385施設/397施設、件数が1件以上と報告した施設が26施設/397施設)			

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

A21a	指標名:	抗がん剤のミキシングを90%以上薬剤師が担っている拠点病院の割合 (医療安全管理)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	95.8%		
	指標:	拠点病院	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		
	備考:	週末を含め、抗がん剤の全てのミキシング作業の90%以上を、薬剤師が行っている。に対し、「はい」と回答した施設(392施設/409施設)			
A22	指標名:	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合 (外科医の負担軽減、化学療法)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	27.4%		
	指標:	拠点病院	5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している施設の割合		
	備考:	5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している。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や留意点に記載されていたが、現況報告において臓器別の情報になっていないため、臓器別には算出できない。			
A26b	指標名:	がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合 (がんの認定薬剤師)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	75.8%		
	指標:	拠点病院	がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師が常勤で1名以上勤務している拠点病院の割合		
	備考:	専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置していると回答した施設(404施設/409施設) 日本医療薬学会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で1名以上いる施設(120施設/409施設) 日本病院薬剤師会が認定を行う専門薬剤師が化学療法専任常勤で11名以上いる施設(58施設/409施設) 日本病院薬剤師会が認定を行う認定薬剤師が化学療法専任常勤で11名以上いる施設(262施設/409施設) 専任の化学療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師を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名以上あったのは330施設/397施設)			
A26e	指標名:	がん薬物療法専門医が配置されている拠点病院の割合 (化学療法の専門医)		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	44.6%	56.0%	
	指標:	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		
	備考:	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) (2013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:	算出法:	今回は測定困難		
	指標:	経口抗悪性腫瘍剤を処方されたがん患者	経口抗悪性腫瘍剤について正しい理解をしている患者の割合および理解度(正しい服用方法、副作用と対処法)		
	備考:	どの経口抗がん剤までを対象とするのかのリストは専門家が作成。			
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)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	88.0%		
	指標:	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		
	備考:	化学療法オーダーが稼働しており、且つ化学療法の薬剤の過量オーダーの入力チェック機能があると回答した拠点病院の割合(360施設/409施設)			
A10a	指標名:	化学療法で院内登録レジメン制度を運用している拠点病院の割合		2013年	2014年
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	99.5%	100%	
	指標:	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		
	備考:	「化学療法のレジメン(治療内容をいう、以下同じ。)を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、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。(2013年は、化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、必要に応じて、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)		2014年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	34.0%		
	指標:	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		
	備考:	化学療法の患者にジェネリックの抗がん剤を使用する選択肢を提示することを原則としている。に対し、「はい」と回答した施設(139施設/409施設)			
A26g	指標名:	病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合 (薬物療法の質)		2013年	
	データ源:	拠点病院現況報告			
	対象:	算出法:	32.0%		
	指標:	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		
	備考:	件数(病棟薬剤業務実施加算)が1件以上の施設(131施設/409施設)			

## D. 手術療法の推進

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

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

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、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。			

A11b	指標名:	拠点病院における手術・化学療法クリティカルパスのバリエーション分析実施状況（クリティカルパス）	
	データ源:	拠点病院現況報告	
	対象:	算出法:	2014年
指標:	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%
備考:	手術・化学療法・放射線クリティカルパスに対し、1年に1回以上バリエーション分析を行っている。に対し、「はい」と回答した施設（242施設/409施設）		

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

A9	指標名:	外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合（外来化学療法の実施状況）	
----	------	------------------------------------	--

A21a	指標名:	抗がん剤のミキシングを9割以上薬剤師が担っている拠点病院の割合（医療安全管理）	
------	------	---	--

A22	指標名:	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院の割合（外科医の負担軽減、化学療法）	
-----	------	---	--

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

全1	指標名:	医療が進歩していることを実感できること	
----	------	---------------------	--

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

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

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

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

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

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

### (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

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

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

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

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

緩12	指標名: (がん患者のQOL)がん患者の気持ちのつらさ	2015年	
	データ源: 患者体験調査の間44c 対象: がん患者 指標: がん患者 算出法: 「問44c.現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合	61.5% (補正值)	
備考: がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答229を除外。「4.あまりそう思わない」(1044)、「5.そう思わない」(1953)と回答を合算。(2015年1~3月)			
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質	2011年	
	データ源: 遺族調査 対象: がん患者遺族 指標: がん患者遺族 算出法: 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合	62%	今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)。			
拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。			
緩4	指標名: (緩和ケア専門サービスの普及)専門的緩和ケアサービスの利用状況	2013年	
	データ源: 医療施設調査等 対象: 全医療機関 指標: 全医療機関 算出法: 過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来(機能強化型)在宅養護支援診療所(機能強化型)訪問看護ステーションを利用したがん患者数(延べ数)	56,655 緩和ケアチーム新規診療症例数 21,109 緩和ケア外来新規診療症例数	
備考: 拠点病院の現況報告の緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要。(平成25年1月1日~12月31日)			
緩9	指標名: (緩和ケアに関する地域連携)地域多職種カンファレンスの開催状況	2014年	
	データ源: がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】 対象: がん診療連携拠点病院 指標: がん診療連携拠点病院 算出法: 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数	1,799	
備考: 注1)自施設が主催したカンファレンスのみの回数。注2)多職種連携カンファレンスとは「地域全体の医療を推進するため地域医療を支える多施設かつ多職種の連携強化と顔の見える関係づくりを目的として、緩和ケアに関わる多職種の医療従事者・医療福祉従事者が一堂に会する場」と定義する。注3)患者の退院支援カンファレンス等、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まない。(平成25年8月1日~平成26年7月31日)			
専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。			
緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置	2014年	
	データ源: 専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】 対象: がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師 指標: がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師 算出法: 緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事している割合	がん看護専門看護師 56.0% 緩和ケア認定看護師 62.4% がん性疼痛看護認定看護師 50.3%	
備考: 専門・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合50%以上と回答した割合。(平成26年8~9月)			
緩9	指標名: (緩和ケアに関する地域連携)地域多職種カンファレンスの開催状況		
緩13	指標名: (終末期がん患者の緩和ケアの質)医療者の対応の質		
拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。			
緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)	2012年	
	データ源: 人口動態調査 対象: 全がん死亡者 指標: 全がん死亡者 算出法: がん患者の自宅死亡割合	8.9%	2013年 9.6%
備考: (平成25年1月1日~平成25年12月31日)			
緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)	2012年	
	データ源: 人口動態調査 対象: 全がん死亡者 指標: 全がん死亡者 算出法: がん患者の施設死亡割合	2.0%	2013年 2.2%
備考: 施設とは、「介護老人保健施設」および「老人ホーム」。グループホームでの死亡が、自宅または施設死亡のどちらに含まれるかについて規定がなかったため混在している。(平成25年1月1日~平成25年12月31日)			
緩14	指標名: (終末期がん患者のQOL)終末期がん患者の療養場所の選択	2011年	
	データ源: 遺族調査 対象: がん患者家族 指標: がん患者家族 算出法: 「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合	54%	今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)。			
緩15	指標名: (家族ケア)家族の介護負担感	2011年	
	データ源: 人口動態調査 対象: がん患者家族 指標: がん患者家族 算出法: 「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合	62%	今回は測定困難
備考: (2011年参考値)出典:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団:遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2(J-HOPE2)。			



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

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

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

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

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

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

緩和ケアの意義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7	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数	2013年	2014年
	指標名: (一般市民への普及)一般市民の緩和ケアの認識 データ源: がん対策に関する世論調査 対象: 一般市民 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
	備考: (平成26年11月)		

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

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

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

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

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

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

#### (4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

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

A16	指標名: 拠点病院の5大がん患者の診断から治療開始までの日数		2015年
	データ源: 患者体験調査	算出法: 対象: 拠点病院(他施設も含める)において、5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)を初めて診断され治療された患者	1ヶ月以上3ヶ月未満 <b>34.5%</b> (補正值)
	備考:	患者体験調査では、日数の選択肢を範囲に分けて質問したため、最頻値を記載する。問29で直近のがんが5大がんのいずれかであると回答した患者の3115名のうち、「問8. 医師からがんの説明(確定診断)されてから、最初の治療(問7で回答した治療)が始まるまで、おおよそのくら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て、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

A30a	指標名: 拠点病院で地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数		2014年
	データ源: 拠点病院現況報告	算出法: 対象: 拠点病院 地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数(病床数あたりに換算)	<b>1.4人</b> (100床あたり)
	備考:	地域連携室に配置されている専従または専任人員数が1名以上いる施設は97.8%(400施設/409施設)。平均値 7.9(標準偏差6.1)、中央値 6、最低 0、最大 35、四分位間距離 IQR[3,11]。一般病床数231462病床数に対して合計3226名の専従または専任の相談員がいるので、全国では71.7床に対して1名、100床あたり1.4人。	

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	算出法: 対象: 地域の医療施設(病院・診療所・訪問看護ステーション)	「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
	備考:	地域としてまわりの病院から、拠点病院を評価してもらうという考えに基づく。地域に拠点病院が複数あつ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いい、評点をつける。回収先も国立がん研究センターや厚生労働省などの調査主体にして、回答しやすい状況に配慮することを検討中。	

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	算出法: 対象: 拠点病院から退院し、訪問診療でフォローを受けたがん患者(在宅療養しつつ外来通院する者を除く)	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
	備考:	レセプト・ナショナルデータベースからの算出が想定されたが、データの入手が間に合わず。	

緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)		
緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)		
緩4	指標名: (緩和ケア専門サービスの普及)専門的緩和ケアサービスの利用状況		
緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置		
緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数		

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

A17	指標名: 5大がん患者の自圏内受療率 (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)	算出法: 対象: 5大がんの患者	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
	備考:	二次保健医療圏内でのがん治療が完結している程度を評価することを想定。今回はレセプトの入手が間に合わない	

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)	算出法: 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	「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
	備考:	患者もしくは家族(遺族)が回答。今回は遺族調査が施行できなかった。	

緩1	指標名: (死亡場所)死亡場所(自宅)		
緩2	指標名: (死亡場所)死亡場所(施設)		
緩5	指標名: (緩和ケア専門人員の配置)専門・認定看護師の専門分野への配置		
緩6	指標名: (一般医療者に対する教育)緩和ケア研修修了者数		

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるような在宅医療・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	算出法: 対象: 介護保険を利用している40～64歳の末期がん患者	「必要な介護サービスを十分に受けている」と答えた割合
	備考:	介護保険から測定するときには「40～64歳の末期がん患者」。遺族調査の場合は(末期がん患者であることは明白なので)年齢制限は撤廃	