

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

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

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

B13a	指標名: がんの第I相およびIII相臨床試験の実施数	2013年	
	データ源: 臨床試験登録データベース(UMIN/JAPIC/日本医師会) 対象: 臨床試験登録データベースを検討 算出法: がんに関する第I相臨床試験(早期探索試験 First-in-human)およびIII相の実施件数	第I相試験 85 件	第III相試験 79 件
備考:	調査対象期間: 平成25年度(2013年4月1日~2014年3月31日)。第I相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が35件、併用療法に関する研究が38件、放射線療法に関する研究が4件、医療機器等に関する研究が8件であった。第III相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が32件、併用療法に関する研究が29件、放射線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)	2012年	2013年
	データ源: 拠点病院現況報告 対象: 当該年度にがん診療連携拠点病院で行われたがんに関わる臨床試験 算出法: がん診療連携拠点病院に設置されている治験審査委員会又は倫理委員会で審査されたがんに関わる臨床試験の総数	15,428 件	19,413 件
備考:	現況報告で報告された、がんに関する臨床試験と治験の総プロトコル件数		
B16	指標名: 医師・研究者主導臨床試験の質	2011-2013年	
	データ源: 厚生労働省厚生科学課 対象: がんに関する厚労科研費を受けている研究者主導臨床試験もしくは先進医療B 算出法: 厚労科研の「健康危険情報」の報告をしている研究の割合	14.6%	
備考:	厚生労働省危機管理基本方針に基づき、過去3年間に実施された臨床試験のうち3年以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) 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、および総審査期間の中央値の差 指標:	新医薬品 <table border="1"> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> <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:11.6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> </table>		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:11.6ヶ月(n=4) 優先:4.9ヶ月(n=27)	国内審査期間は 通常:11.9ヶ月(n=10) 優先:6.8ヶ月(n=16)
	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:11.6ヶ月(n=4) 優先:4.9ヶ月(n=27)	国内審査期間は 通常:11.9ヶ月(n=10) 優先:6.8ヶ月(n=16)										
備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) ①保険適応時期:米国はMedicareの保険適用日の情報は入手困難のため算出不可。 ②日本の審査期間は、新医薬品区分(新有効成分・新機能)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(必要性検討会で要望のあった告知申請品目等は算出から除外。日本で世界に先駆けて承認された物等の米国未承認薬は、審査ラグ・申請ラグは発生していないものとして算出。)した数値の中央値。(優)優先審査 (通)通常審査 ③申請ラグは、新有効成分含有医薬品の日米の申請時期の差の中央値。 1. 新医薬品 〈申請ラグ〉 H23年度 0.6ヶ月(n=6), H24年度 32.9ヶ月(n=7), H25年度 5.7ヶ月(n=7) 〈国内審査期間・審査ラグ〉 H23年度6.4(優 n=16)13.1(通 n=9)ヶ月 審査ラグ 4.5ヶ月(n=13), H24年度4.9(優 n=27)11.6(通 n=4)ヶ月 審査ラグ 1.6ヶ月(n=15), H25年度6.8(優 n=16)11.9(通 n=10)ヶ月 審査ラグ 0.0ヶ月(n=22) 2. 新医療機器 〈申請ラグ〉 H23年度 -, H24年度 -, H25年度 90.1ヶ月(n=4) 〈審査期間・審査ラグ〉 H23年度 -, H24年度 -, H25年度 13.9ヶ月(n=4), 審査ラグ 2.0ヶ月	新医療機器 <table border="1"> <tr> <th>H25年度</th> </tr> <tr> <td>〈申請ラグ〉 90.1ヶ月</td> </tr> <tr> <td>〈審査ラグ〉 2.0ヶ月</td> </tr> <tr> <td>国内審査期間は13.9ヶ月(n=4)</td> </tr> </table>		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)					
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 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 指標:	新医薬品 <table border="1"> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> <tr> <td>53.0ヶ月</td> <td>37.5ヶ月</td> </tr> </table>		H24年度	H25年度	53.0ヶ月	37.5ヶ月
	H24年度	H25年度					
53.0ヶ月	37.5ヶ月						
備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) 新有効成分含有医薬品の審査報告書に記載された海外と国内の同等の開発相の主要評価臨床試験の開始時期を比較。日本を含む国際共同研究については「国際共同治験の開始日」。必要性検討会で要望のあった告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) 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 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 指標:	新有効成分 <table border="1"> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> <tr> <td>申請 9</td> <td>申請 11</td> </tr> <tr> <td>承認 7</td> <td>承認 7</td> </tr> </table>		H24年度	H25年度	申請 9	申請 11	承認 7	承認 7
	H24年度	H25年度							
申請 9	申請 11								
承認 7	承認 7								
備考: 調査期間は、平成23年度(2011年4月1日)～平成25年度(2013年3月31日) <H23年度> 新有効成分申請数4, 新有効成分承認数6, 効能追加申請数20, 効能追加承認数19 <H24年度> 新有効成分申請数9, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数28, 効能追加承認数24 <H25年度> 新有効成分申請数11, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数13, 効能追加承認数19	効能追加 <table border="1"> <tr> <th>H24年度</th> <th>H25年度</th> </tr> <tr> <td>申請 28</td> <td>申請 13</td> </tr> <tr> <td>承認 24</td> <td>承認 19</td> </tr> </table>		H24年度	H25年度	申請 28	申請 13	承認 24	承認 19	
H24年度	H25年度								
申請 28	申請 13								
承認 24	承認 19								

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

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

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

指標名: 希少がんに対する医薬品の開発状況 (新医薬品の開発)			
データ源: 独立行政法人医薬基盤研究所ホームページ 希少疾病用医薬品指定品目一覧表		1999年-2004年	2004-2009年
B10d	対象:	算出法:	
	指標:	指定期間5年以内に承認された数	
備考:		4 / 4	7 / 8
<p>オーファンドラッグ指定を受けた日(厚労大臣からの通知文書の日付)から薬事承認された日(厚労大臣からの通知文書の日付)までの期間が5年以内。希少疾病用医薬品指定品目一覧表2004年(H16)4月1日～2009年(H21)3月31日の間にオーファンドラッグに指定された対象疾患がんである医薬品。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。</p>			

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。

指標名: 患者が希望した適応外薬・未承認薬の審査の場を整備している拠点病院の割合 (適応外薬・未承認薬の承認)			
データ源: 拠点病院現況報告		2013年	
A 旧研 究5	対象:	算出法:	
	指標:	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	
備考:		77.8%	
<p>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)</p>			

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

B1 指標名: ドラッグラグ・デバイスラグ (ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認)				
指標名: アンメットメディカル・ニーズ				
データ源: 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構		第I回要望	第II回要望	
B1a	対象:	算出法:		
	指標:	薬事法上新規の製造販売承認もしくは適応拡大が認められたがん関連薬剤の絶対数		
	備考:		要望 116	要望 75
			開発要請 45	開発要請 32
			H23承認 19	H23承認 --
		H24承認 3	H24承認 11	
		H25承認 3	H25承認 11	
<p>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1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。</p>				

(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。

指標名: 希少がん患者の初診から診断、治療開始までの待ち時間 (治療待ち時間)			
データ源: がん患者アンケート(患者体験調査)		2015年	
A37	対象:	算出法:	
	指標:	初診日から診断日および治療開始日までの日数	
備考:		初診から診断 2週間未満 42.1% (補正值)	診断から治療開始 2週間未満 34.4% (補正值)
<p>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診で異常があつて病院・診療所を受診した日から、医師からがんの説明(確定診断)されるまで、どのくらいの期間がありましたか?」で無回答27名、「わからない」と回答した患者15名を除外した802名を対象とした。「2週間未満」(354)、「2週間以上1ヶ月未満」(220)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(130)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(50)、「6ヶ月以上」(48)であった。初診から確定診断までの期間の最頻値を算出。 診断から治療開始に関しては、「問8医師からがんの説明(確定診断)されてから、最初の治療(問7で回答した治療)が始まるまで、おおよそのどのくらいの期間がありましたか?」で無回答26名、「わからない/治療なし」と回答した患者22名を除外した786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。 粗解折値では、<初診から診断>2週間未満が44%、<診断から治療>2週間未満が38%であった。結果が実感と異なるとの指摘があり、今後精査の予定。初診が「最終治療施設」への初診と捕らえられた可能性もある。詳細は研究班による個別指標の解説を参照。</p>			

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

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		
	対象:	算出法:	2013年	2014年
指標:	拠点病院	全ての勤務日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設の割合(常勤の病理専門医が1人以上いる施設、として算出)	86.6%	87.3%
備考:	一般社団法人日本病理学会病理専門医、または指導医が常勤で1名以上いると回答した施設(357施設/409施設) (2013年は344施設/397施設)			

C. リハビリテーション

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

A41a	指標名:	拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合 (リハビリテーション)		
	データ源:	院内がん登録+DPC/レセプトデータ		
	対象:	算出法:	2012年診断症例	
指標:	拠点病院に過去1年間でがんと初めて診断され、初回治療を受けたがん患者	リハビリテーション(理学療法・作業療法・言語聴覚療法のいずれか)を受けた患者の割合	19.7%	
備考:	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI研究2012年診断症例に参加した232施設におけるデータを解析して算出 理学療法・作業療法・言語聴覚療法、がん患者リハビリテーションのいずれかを診断から1年以内に1回でも受けた患者の割合とした。			
A41d	指標名:	外来でがん患者にリンパ浮腫ケアを実施している拠点病院の割合		
	データ源:	拠点病院現況報告		
	対象:	算出法:	2012年	2013年
指標:	拠点病院	外来にてリンパ浮腫や末期がん患者の浮腫へのケアを実施している病院の割合	75.8%	79.5%
備考:	リンパ浮腫指導管理料を1件以上算定したと回答した施設(325施設/409施設)。2012年は301施設/397施設			

2. がんに関する相談支援と情報提供

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

C1	指標名:	がん相談支援センターが設置されている二次医療圏の割合（相談支援センター）	
	データ源:	研究班独自調査（現況報告+都道府県庁への聞き取り調査）	
	指標:	対象: 二次医療圏	算出法: 国と同等の指定要件を満たすがん相談支援センターが設置されている二次医療圏数
備考:	2015年2月の研究班における独自調査の結果。平成26年のがん診療連携拠点病院の整備に関する指針（がん相談支援センターの設置）と同等の指定要件を満たすがん相談支援センター設置割合を示す（分子242/分母344）。この中で、241医療圏は国指定のがん診療連携拠点病院がある地域であり、1医療圏は県が国と同等の指定要件を設けて設置しているがん相談支援センターである。また、平成20年3月（平成23年3月29日一部改正）の旧指針を満たすがん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がん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。		
			2015年2月時点 70.3% (旧指針を満たす73.0%)

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	
	指標:	対象: 拠点病院	算出法: サポートグループや患者・家族対象の学習会といった情報提供の場をもっている拠点病院の割合
備考:	医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援をしていると回答した施設（408施設/409施設） 市民講演会を1年に1回以上開催している施設（383施設/409施設）。いずれかを実施している拠点病院を算出（409施設/409施設）		
			2014年 100%

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

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

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

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

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

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

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

C2	指標名:	がん対策情報センターで情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数（拠点病院の診療実績）	
	データ源:	国立がん研究センターがん対策情報センター	
	指標:	対象: がん対策情報センター	算出法: がん対策情報センターにて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数
備考:	がん情報サービス>がん診療連携拠点病院などを探す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(2015年5月8日時点)		
			2015年 92項目

C3b	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	
	指標:	対象: がん情報サービス	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
備考:	調査時点では、希少がんの定義が存在しないため、罹患率の低いがん種をカウントする。 がん情報サービス>がん診療連携拠点病院を>探す>がんの種類から探す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、咽頭がん、鼻のがん、喉頭がん、精巣がん、他の男性のがん（陰茎がんなど）、他の女性のがん（膣がん・外陰がんなど）、縦隔腫瘍（胸腺がんなど）、中皮腫、尿管がん（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。		
			2015年 22がん

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

C4d	指標名:	拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度		2015年
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	指標:	対象: 拠点病院のがん相談支援センターの利用者	算出法: センター利用後に、「安心」「満足」「役に立った」の回答をした者の割合	81.4% (補正值)
備考:	患者体験調査の間34aでがん相談支援センターを「利用したことがある」と回答した480名(6267名中:7.7%)から、問34bが無回答であった6名を除外した474名のうち、問34bで「1. とても役に立った」(207)、または「2. やや役に立った」(178)と回答した割合。 参考値:相談支援センターを「利用したことはないが、知っている」(3067/6267: 49%)			
C5	指標名:	拠点病院の初発がん患者のうち必要な治療等の情報が得られた者の割合 (治療中に必要な情報)		
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	指標:	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)	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	87.4% (補正值)
備考:	患者体験調査において、問13「最初の治療をうけて退院する前に、生活上の留意点について(食事の摂取方法や禁止事項の有無、注意すべき症状など)入院していた医療機関から情報を得られましたか?」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した割合を算出。6729名より無回答179名と「9.入院・退院無し/わからない」281名を除外。「1. 十分得られた」(3007)、「2. ある程度得られた」(2455)と回答。今回の調査対象は2012年診断の患者であり、治療開始後1年という条件は分母に適用していない。			
C6	指標名:	拠点病院の初発がん患者のうち受診施設から治療選択に必要な情報が得られた者の割合		
	データ源:	がん患者アンケート(患者体験調査)		
	指標:	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)	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	89.6% (補正值)
備考:	患者体験調査において、問9「がんの治療を決めるまでの間、医師、看護師、他の医療スタッフは、治療について、あなた(患者本人)が欲しいと思った情報を提供しましたか? (「がんの治療」には治療しないという方針も含まれます。)」という問いに対し、「1. 十分提供した」、または「2. ある程度提供した」と回答した割合を算出。回答がん患者6729名より本問への無回答200名と「9.情報を欲しいと思わなかった」66名を除外。「1. 十分提供した」(3464)、「2. ある程度提供した」(2289)との回答を合算視して集計。			

3. がん登録

4. がんの予防

(1) たばこ対策

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

予1	指標名: 成人喫煙率			
	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%
	備考:	平成24年7月の健康日本21(第2次)は、平成34年までに12%以下とすることを目標としている。調査対象者の多い平成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はある。		

予2	指標名: 未成年者の喫煙率			
	データ源: 未成年の喫煙・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%
	備考:	健康日本21(第2次)は、平成34年までに0%とすることを目標としている。平成22年の内閣府が実施した「第4回非行原因に関する総合的研究調査」の結果をみると、「たばこを吸ったことがある」と答えた割合は、一般少年中学生4.8%、高校生13.3%であったのに対し、非行少年では中学生69.6%、高校生73.5%と、対象集団の特性により大きな違いがある点に留意する必要がある。また質問紙による調査であり自己申告のため過小評価の可能性はある。		

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
	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%
	備考:	健康日本21(第2次)は、平成34年までに行政機関・医療機関0%、家庭3%、飲食店15%とすることが目標とされている。自己申告のため過小評価の可能性はある。		

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
	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%
	備考:	平成22年6月には「新成長戦略」として平成32年までに受動喫煙のない職場の実現が目標として掲げられた。事業所規模や業種によってばらつきがある。 *平成23年度値は、職場における受動喫煙防止対策に係る調査より引用。		

(2) 感染症に起因するがんへの対策の現状

感染に起因するがんへの対策のうち、HPVについては、子宮頸がん予防(HPV)ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。HTLV-1については、感染症予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有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標とする。

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

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		2011年
	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	HBV受検率 57.4% (推定) HCV受検率 48.0% (推定)
	備考:	HBV(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		2006年-2007年	
	データ源:	厚生労働科学研究費補助金「本邦におけるHTLV-1感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」*			
	指標:	対象: 国民	算出法: ヒトT細胞白血病ウイルス1 (HTLV-1)に感染している者	約 108 万人(推定) (男性0.66%、女性1.02%)	
備考:	*疾病・障害対策研究分野新型コロナウイルス等新興・再興感染症研究 初回献血者を対象として調査結果のため、HTLV-1関連疾患患者が家族にいる場合や自身がHTLV-1キャリアである場合は献血を行わないこと、献血を行う人は元来健康であるヒトが多い傾向にあることから、過小評価の可能性がある。HTLV-1キャリア数のピークは平成10年の調査では50代であったのに対し、平成18～19年の調査では70代に移行しており、ATLの発症患者の高齢化の一因となっていると考えられる。				

(3) 生活習慣改善に関する進捗管理指標

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

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

予9	指標名:	運動習慣のある者の割合		2010年		2013年	
	データ源:	国民健康・栄養調査					
	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%	<20～64歳> 男性 22.3% 女性 19.4%	<65歳以上> 男性 47.6% 女性 37.6%	<65歳以上> 男性 47.6% 女性 37.8%
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに20～64歳男性36%、女性33%、65歳以上男性47.4%、女性36.2%とすること。平成25年の運動習慣のある者の割合は、男性全体で33.8%、女性全体で27.2%。運動習慣のある者は、年代によって異なる点に留意が必要である。						

予10	指標名:	野菜と果物の摂取量		2010年		2013年	
	データ源:	国民健康・栄養調査					
	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		
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに野菜摂取量が350g、果物摂取量100g未満の者を30%以下とすること。野菜・果物摂取量は、年代によって異なる点に留意が必要である。						

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

予12	指標名:	適正体重を維持している者の割合		2010年		2013年	
	データ源:	国民健康・栄養調査					
	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%	<肥満者> 男性 29.0% 女性 19.6%	<やせ> 女性 24.4%	<やせ> 女性 21.5%
備考:	自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21(第2次)の目標は、平成34年までに肥満者男性28%、女性19%、やせ女性20%とすること。						

5. がんの早期発見

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

早1a	指標名: 市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況: 指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合	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%
備考:	がん検診は診療とは異なり、健康な人を対象としていることからがん検診による早期発見・早期治療による死亡リスクの減少といった利益の他に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益についても考慮する必要がある。指針はこの科学的根拠と利益不利益に基づいて検診を選定しており、基づいていない検診についてはその可否に疑問がある。詳細は個別指標の詳細を参照。			
早1b	指標名: 市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況: 指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合	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X線 99.2% 肺がんX線 97.2% 肺がん喀痰 86.9% 大腸便潜血 99.6% 乳がんX線 98.1% 頸がん細胞診 94.2%	胃がんX線 99.1% 肺がんX線 96.0% 肺がん喀痰 85.8% 大腸便潜血 99.9% 乳がんX線 99.0% 頸がん細胞診 90.8%
備考:	厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されているがん検診の実施率。頸がん検診(子宮頸がん検診)は、細胞診(従来法)の割合を示す。			
早2	指標名: 市区町村におけるがん検診の精度管理: 「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合(技術・体制的指標)	データ源: 厚生労働科学研究の研究生の調査結果	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%
備考:	ここでは、事業評価のためのチェックリストの総合実施割合を示す。総合実施割合には、Q1-3の回答は含まれない。データ源は、厚生労働科学研究の研究生の調査結果「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、発見率を「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年度実績	
	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/要精検者数 × 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%	
備考:	各がん検診に関する事業評価プロセス指標とそれぞれの許容値を達成しているものもある(下線)。市区町村によって達成率にばらつきがある。平成24年のがん対策推進基本計画に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢40歳から69歳(子宮頸がんは20歳から69歳)で算出された値。			
早4	指標名: 市区町村のがん検診実施状況: がん検診コールリコール(個別受診勧奨・再勧奨)を実施している市区町村の割合	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%
備考:	2010年と2014年では、質問の仕方に違いがあり、2014年の聞き方の方がより評価が厳しい聞き方となっているため、2010年と2014年の結果を単純比較することはできない。2010年は、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか?」という問い、及び「勧奨に応じなかった対象者に再度受診勧奨を行っていますか?」という2つの設問のいずれも「行っている」と回答した市区町村の割合。2014年は、「検診対象者の網羅的な名簿を住民台帳に基づいて作成していますか?」、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか?」、「受診勧奨に応じなかった対象者全員へ、年度内に再度の受診勧奨を個人別に行っていますか?」の3つの設問全てに「行っている」と回答した市区町村の割合。			

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。

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