

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？

選択肢	回答者（名）	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 納得している	2,772	54.7%	54.3%
2. やや納得している	1,306	25.8%	26.1%
3. どちらともいえない	477	9.4%	9.7%
4. あまり納得していない	123	2.4%	2.3%
5. 納得していない	68	1.3%	1.3%
9. わからない	321	6.3%	6.3%

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？

選択肢	回答者（名）	%（粗解析値）	%（補正值）
1. う思う	2,506	49.5%	50.7%
2. ややそう思う	1,415	27.9%	27.0%
3. どちらともいえない	493	9.7%	10.0%
4. あまりそう思わない	363	7.2%	6.6%
5. そう思わない	255	5.0%	4.9%
9. わからない	33	0.7%	0.7%

（本人の回答 5,234 名のみ）

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素 3 - 適切な情報提供・相談支援

全 12 - 正確で、患者のつらさに配慮した、生き方を選べるような情報がきちんと提供されること

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果	71.5%	

全 13 - 相談できる環境があると感ずること

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果	67.4%	

質問項目の根拠:

フォーカスグループでは、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」のためには、「適切な情報提供・相談支援」が存在することが重要な要素として挙げられた。何をもち「適切」とされるかについては、「正確で、患者のつらさに配慮した、生き方を選べるような情報」が「きちんと提供される」ことであり、また「相談の場などを利用しながら活用できること」が大事であるという指摘がなされた。がんの経過は非常に長いこともあり、また個々の生活に照らし合わせると非常に多岐にわたる情報が必要とされることになる。その中で、大別して2つの側面の視点、診断時に病気や療養に関する情報が重要であるという視点から、全 13 の指標が策定され、がん罹患する前からの生活を踏まえた日常生活をおくるために必要な情報が重要であるという視点から、全 12 の指標の策定がなされた。

また、情報を提供することではなく、よりよい療養生活を可能にすることが最終目的であり、全体目標につながるものとして整理された。そうした意味で、要素 2 および要素 3 は別々に扱われているものの、要素 3 の「適切な情報提供・相談支援」は、要素 2 で示される「適切な医療提供体制」の一部、あるいは補完するものであり、適切な医療提供体制が充実することにより、全体目標の「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」に影響を及ぼすと考えられた。

データの詳細：

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 6,729 名の回答分布は以下の通りである。項目別の無回答は除外されている。

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？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	2,010	40.0%	39.9%
2. ややそう思う	1,560	31.0%	31.6%
3. どちらともいえない	756	15.0%	15.0%
4. あまりそう思わない	314	6.2%	5.8%
5. そう思わない	125	2.5%	2.2%
9. わからない	263	5.2%	5.5%

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？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. あった	3,273	67.1%	67.4%
2. なかった	1,604	32.9%	32.6%

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素 4 - 経済的困窮への対応

全 14a - 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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果	2.7%	

全 14b - 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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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。
結果	1 円 ~ 2,000 円 56.4%	

質問項目の根拠:

フォーカスグループでは、全体目標の「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」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと」、すなわち、経済的な困窮への対応がなされることが、重要な要素として挙げられた。

ディスカッションの中では、社会の動向から考えて、高負担高福祉にならざるを得ないところはあるものの、がん治療の場合、現役世代の負担は他の疾患 (難病など) に比べて重いと考えられること、そして、経済的な負担を感じている人がどれだけいるかを把握することは、それ自体が大事であるという指摘がなされた。また、社会的に受け入れられる医療の範囲として「標準的治療が受けられる」ことが挙げられ、適切な負担で「標準的治療」を受けているかどうか重要であるという指摘もなされた。このような背景から、まず、治療費の負担が原因で治療を断念する人がどのくらいいるかを把握するために、全 14a の指標が策定された。さらに、経済的な負担については、治療費だけではなく、遠方まで治療に行かなくてはならない場合の通院のための交通費も大きな負担になると考えられる。特に希少がんのように治療実績のある医療機関に限られる場合には、通院にかかる交通費の負担は大きくなる。そうした背景から、通院に要した交通費の負担を尋ねる目的で全 14b の指標が策定された。

他の 5 つの要素との関係においては、経済的な困窮状態は、より基本的なところにあるものと考えられた。すなわち、他の 5 つの要素全てに影響を及ぼし、かつ全体目標の「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」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に影響を及ぼすものとして整理された。

データの詳細：

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 6,729 名の回答分布は以下の通りである。また、項目別の無回答も除外した割合が算出されている。

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？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
1. ある	175	2.6%	2.7%
2. ない	6,431	97.4%	97.3%

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？

選択肢	回答者 (名)	% (粗解析値)	% (補正值)
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）	389	6.0%	5.7%
2. 1 円以上～2,000 円未満	3,608	55.5%	56.4%
3. 2,000 円以上～5,000 円未満	1,355	20.8%	21.3%
4. 5,000 円以上～1 万円未満	496	7.6%	7.4%
5. 1 万円以上～2 万円未満	212	3.3%	3.2%
6. 2 万円以上	183	2.8%	2.6%
9. わからない	262	4.0%	3.4%

留意点：

治療負担が原因での治療変更・断念は、2.7%と割合としては小さい結果となっているものの、拠点病院初回治療患者約 40 万人が母集団であり、それが代表されるとすると、1 万人以上がこのような状態にあると推定される。一方、公的保険の範囲内の治療を断念したという回答者は 0.68%となる（指標 C16 参照）。調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素5 - 家族の介護負担の軽減

全16 - 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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果		42.1%

全17 - 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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果		37.1%

質問項目の根拠:

フォーカスグループでは、全体目標の「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」と「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「がん患者の家族に対する負担が軽減されること」が重要な要素として挙げられた。その意図としては、家族のQOLが保たれていなければ、患者本人が安心して療養生活を送ることができないことに加え、家族に迷惑をかけているという精神的苦痛が療養生活上大きな不安要素になっていることが指摘された。家族に過度な介護負担をかけてしまうという懸念から、自分の療養場所を自由に選択できないという状況がない社会を構築することは、全体目標達成につながる要素であると整理された。

「家族の負担」に、より具体的にはどのような負担が含まれるかについては、主に3つの意見があった。第一は、患者を介護する身体的な負担である。人口の高齢化とともに、わが国におけるがん患者も高齢化しているため、認知症、糖尿病、高血圧などの併存疾患を持っている患者の割合も増加しており、1人で外来通院が困難ながん患者の割合は増えていると考えられる。さらに、介護者自身も高齢化しており、核家族化傾向にある状態で、老老介護を行わなければならないケースや、独居の高齢者に対して遠方の家族が介護を担わなければならないケースは増加していると考えられ、以前より増して家族の在宅療養・通院介護の負担が増えているのではないかと懸念が指摘された。30代、40代の家族においては、介護に加え、育児による負担が重なっているとの指摘もあった。

第二に、就労への負担が指摘された。就労している家族が通院の介助や介護のために仕事を休んだり、入院患者の面会に行くために早く退社したりする際、職場からの理解を得られない場合があることが家族の負担として挙げられた。介護疲労で家族の就労に影響を及ぼすこともある。このように介護者の生活や生き方にも制限がかかることは、患者本人にとって安心できる環境ではないため、就労している家族の負担が軽減されるように介護サポートを受けられる社会になる必要がある。職場が、がん患者の家族の置かれる状況を理解し、寛容になる必要があり、更に社会も、家族以外の者が介護を行うことを受容できるような社会になる必要があるとの意見があった。

第三に、精神的負担が挙げられた。患者本人はがんを診療している医療機関で精神的ケアを受ける機会があるものの、家族は精神的ケアを受けにくい可能性がある。特に介護者が男性である場合、介護の悩みを周囲に打ち

明けることが難しいため、より孤立しやすい傾向にあるのではないかと、などの意見が挙がり、男性を含めた介護者も精神的なサポートを受けられるようになる必要があると指摘された。

このような意見から、がん患者にとって、家族に負担をかけていないと患者本人が感じられることは、家族に必要な支援が差し伸べられた結果到達できる目標であると考えられることから、全 16 の指標が策定された。

さらに、がん患者の家族の介護上や生活上の悩みや、介護の負担を軽減する支援やサービス、場所などがあるとがん患者とその家族が感じられることは、がん対策における取り組みの成果の表れであるという考えから、全 17 の指標が策定された。

データの詳細：

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 6,729 名の回答分布は以下の通りである。問 40 の数値は、否定的な質問であるため「感じる」という数値は低い方が望ましく、問 41 の数値は逆に肯定的な回答が多い方が望ましいという向きに注意する必要がある。現状はいずれの指標においても、負担をかけていると感じている患者は少なからず存在し、また、支援サービスが十分であるという回答は少数派であった。

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？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	730	14.3%	13.8%
2. ときどき感じる	1,442	28.2%	28.4%
3. どちらともいえない	494	9.7%	9.8%
4. あまり感じたことはない	1,349	26.4%	26.7%
5. まったく感じたことはない	969	19.0%	19.1%
9. 該当しない / わからない	129	2.5%	2.3%

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？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 十分あると思う	212	4.2%	4.0%
2. 十分ではないが、ある程度あると思う	1,635	32.4%	33.1%
3. どちらともいえない	1,042	20.7%	21.2%
4. やや不足していると思う	531	10.5%	9.4%
5. 非常に不足していると思う	381	7.6%	7.4%
9. 該当しない / わからない	1,240	24.6%	25.0%

「やや不足していると思う」、「非常に不足していると思う」という意見は、「十分あると思う」「十分ではないが、ある程度あると思う」と回答した割合より少なかったものの、「非常に不足していると思う」と回答した患者の割合が「十分あると思う」と回答した患者の割合より多かった。

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

要素6 - がんになっても孤立しない社会の成熟

全 18a - がん患者自身が主体的にがんに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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「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
結果	30.7%	

全 18b - がん患者自身が主体的にがんに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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者	「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
結果	22.3%	

全 18c - がん患者自身が主体的にがんに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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	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
結果	90.5%	

質問項目の根拠：

フォーカスグループでは、全体目標の「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、「がんになっても社会の一員として感じられる」社会であることを実感できることが、重要な要素として挙げられた。

ディスカッションの中では、社会の中で病や死について見聞きし、語る機会が増えること、がん患者が社会的役割を奪われることなく、社会の一員として位置付けられること、そのための調整に柔軟に応じられることが、「がんになっても安心して暮らせる社会」であるとの指摘がなされた。また、社会のがん患者に対するステレオタイプがなくなること、この全体目標の中に含まれると考えられる。

一方、これらは理想的な社会のあり方であり、実際のがん患者が感じる社会とは何かについても検討が加えられた。その中で、患者自身が、周囲に自分の病気を伝える力や家族と自分の死について話し合う力を身につけること

と、がん患者と家族が、学業や就労を継続し、孤立することなく、普通の日常生活をおくることができることの2点が、全体目標の「がんになっても安心して暮らせる社会」になるためには特に重要であるとされた。当然、家族の存在と家族以外の周囲の人では、立場も関係性も大きく異なるが、ともに重要であることから、家族との関係を対象とした全 18a の指標、周囲の人との関わりを対象とした全 18b の指標を設定した。さらに、職場や仕事上の関係者との関わりは、経済的な生活の維持というだけでなく、社会との関わりという観点からも、生活に多大な影響を及ぼす重要なものであり、職場や仕事上の関係者との関係について問う全 18c の指標も本要素に含められた。

データの詳細：

問 25 に関しては、その前の問 24 で、「がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか」という質問に対して、はいと答えた 3,002 名を対象とした。さらに無回答 46 名は除外している。

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。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 関係者に広く話した	837	28.3%	28.6%
2. 一部の関係者のみに限定して話した	1,818	61.5%	61.9%
3. 話さなかった	301	10.2%	9.5%

問 37、38 は、回答者が本人であるものを対象とした。

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？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	430	8.5%	8.7%
2. ときどき感じる	1,136	22.4%	22.0%
3. どちらともいえない	615	12.1%	11.8%
4. あまり感じたことはない	1,890	37.2%	37.8%
5. まったく感じたことはない	878	17.3%	16.9%
9. 該当しない / わからない	131	2.6%	2.8%

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？

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく感じる	181	3.5%	3.4%
2. ときどき感じる	998	19.6%	18.9%
3. どちらともいえない	670	13.1%	12.9%
4. あまり感じたことはない	1,891	37.1%	37.7%
5. まったく感じたことはない	1,084	21.3%	21.4%
9. 該当しない / わからない	275	5.4%	5.6%

留意点：

調査に回答しなかった患者の多くが、好ましくない体験をした患者である可能性もあり、その場合には、観察された結果が、実態よりも肯定的に出ている可能性もある。

データ源：

平成 27 年患者体験調査

分野別施策

個別指標の詳細

本章では、個々の指標に関して指標の詳細を示す。順番は一覧表とは異なり、作成した指標順に並んでいる。指標の番号は作成過程のデルファイ調査で使った指標番号を一貫して使用しているため、連続していない。

それぞれの指標の解析結果の表の中で、回答者数・粗解析は、重み付けをする前の回答者の数、割合であり、補正值は各回答者が抽出過程で何名を代表しているのかによって重み付けをしている。例えば、各病院で同数の患者を抽出したが、それを反映させて、小さな病院から抽出された患者は小さめの、大きな病院から抽出された患者は大きめの重み付けとなっている。

A. 医療分野

指標 A1

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合
結果	59.7% (分母の数 : 409 分子の数 : 244)	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象 (分母) のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 B001-2-8 の外来放射線照射診療料を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 外来放射線照射診療料 (区分番号 B001-2-8) は、厚生労働大臣が定める次の施設基準を満たしている医療機関において、入院中以外の患者に対して放射線治療を実施した場合に算定できる¹。

- (1) 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医 (放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る) が配置されている。
- (2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ 1 名以上勤務している。
- (3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者 (放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。) が 1 名以上勤務している。
- (4) 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとる。

この基準を満たす施設で、外来放射線照射診療を実施した施設を測定する理由は、専門性が高く安全な外来放射線治療を提供している施設であるとの考えによる。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、外来放射線照射診療料を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 48.9% (194/397 施設) であった。

留意点： 体制整備の有無を検討するため、1 件でも算定した場合分子に数えている。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

指標 A3

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	51.1% （分母の数：409 分子の数：209）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 M001-3 の直線加速器による定位放射線治療加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 直線加速器による定位放射線治療加算（区分番号 M001-3）は、定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについて、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定できる診療報酬である¹。

- (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が 1 名以上配置されていること。
- (2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

日本放射線腫瘍学会の「体幹部定位放射線治療ガイドライン」によると、体幹部定位放射線治療とは、「体幹部の限局した小腫瘍に対して、局所制御の向上と周囲臓器への有害事象の低減を目的に、多方向から照射する技術と照射する放射線を病変に正確に照準する技術の両者を満たすものであり、従来の放射線治療よりも大線量を短期間に照射することを目的とした治療」と記されている²。この新照射技術は治療可能性を著しく拡大する高度専門技術であり、その普及は患者の治療選択の幅をもたらすことから指標とされた。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、直線加速器による定位放射線治療加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 47.4%（188/397 施設）であった。

留意点： 現状では肺癌と肝臓癌においてのみ保険適応とされている¹。正しい方法と理論に基づき実施されなければ障害を起こす治療であるが²、この指標では件数が 1 件以上算定された施設の割合を算出している。放射線治療の内容に関しては質の評価とはなっていない。全施設に当該治療を普及させるべきかは議論を要す。（均てん化 vs 集約化）

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

² 日本放射線腫瘍学会 QA 委員会、厚生労働省平岡班体幹部定位放射線治療ガイドライン作成作業部会「体幹部定位放射線治療ガイドライン」
 <<https://www.jastro.or.jp/guideline/>>（アクセス 2015 年 3 月 9 日）

指標 A5

IMRT加算をとっている拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	34.2% （分母の数：409 分子の数：140）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、医科診療報酬区分番号 M001-4 の強度変調放射線治療（IMRT）加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 強度変調放射線治療 Intensity Modulated Radiation Therapy（IMRT）とは、「多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、3 次元での線量分布を最適なものとする照射療法」¹であり、IMRT 加算（区分番号 M001-4）は以下の施設基準を満たしている医療機関において IMRT を実施した場合に算定できる診療報酬である¹。

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関である。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が 2 名以上配置されており、このうち 1 名は放射線治療の経験を 5 年以上有する者である。（略）
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。）が 1 名以上配置されている。（略）
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が 1 名以上配置されている。（略）
- (5) 強度変調放射線治療（IMRT）を年間 10 例以上実施している。
- (6) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えている。（略）

IMRT により、リスク臓器に近接した複雑な形状をもつターゲットに対して自在に線量を調整投与することができるため、正常組織に対する線量を低減しつつ、より患部に最適な線量分布で照射を行える²。IMRT 加算をとっている施設の割合を測定する理由は、質の高い放射線療法が提供されているとの考えによる。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に、強度変調放射線治療（IMRT）加算を 1 件以上算定したがん診療連携拠点病院は 27.2%（108/397 施設）であった。

留意点： 1 件でも算定した場合でも分子に計上。効果的で安全性の高い IMRT の治療を行うためには高度な技術と専門的知識を要するが²、ここでは IMRT 治療の質を問う指標となっていない。また、IMRT を全施設に普及することが目標かどうかは議論を要する。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

² IMRT ガイドライン 2008 年 日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、高精度外部放射線治療研究会 <<https://www.jastro.or.jp/guideline/>>（アクセス 2015 年 3 月 9 日）

指標 A8

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	化学療法オーダーを電子化している施設の割合
結果	88.0% (分母の数：409 分子の数：360)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 化学療法オーダーの具体的なチェックシステムの内容については尋ねていない。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象 (分母) のうち、「院内で化学療法のオーダーが稼働している」、「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」の 2 問の両方に対しても「ある」と回答した拠点病院の割合を指標とした。

化学療法オーダーの電子化とは、化学療法に必要な薬剤の名称や投与量を、あらかじめ登録された薬品名から電子入力することである。化学療法の薬剤の過量オーダーの入力チェック機能とは、患者の体重、身長、対表面積、検査値などのパラメーターから投与量を自動計算し、医師が入力した投与量がそれらのパラメーターにより計算した値の上限値と比較し、過量投与にならないように、警告が表示されるなどの入力チェック機能が存在している電子システムを指す。

指標の根拠： 化学療法は有害事象が起きる確率が通常の薬剤よりも多く、そのオーダーを電子化することで、管理・確認作業が自動的に確保されることは、安全性と精度の向上において非常に重要であるため、その体制の普及ががん対策の指標の一つとして設定された。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 通常とは異なる投薬スケジュールである場合、看護師に対して警告が表示される機能など、各施設のシステムにより様々なチェック機能が存在するが、ここでは具体的なチェックシステムの内容の詳細 (例えば、警告機能を停止不可能か、など) については尋ねていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A9

外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	外来化学療法加算 1 をとっている拠点病院の割合
結果	95.1% （分母の数：409 分子の数：397）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	1 件以上算定した施設を分子に数えている。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。対象（分母）のうち、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」と回答した施設で、かつ外来化学療法加算 1 を 1 件でも算定したがん診療連携拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 外来化学療法加算とは、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・容量、その他の留意点について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従って加算される点数であり、特に外来化学療法加算 1 は、次の施設基準を満たす医療機関において化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会において承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる加算である¹。

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有している。（略）
- (2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務している。
- (3) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務している。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を 5 年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務している。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されている。
- (6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している。（略）

外来化学療法加算 1 は外来化学療法加算 2 と比較し、より施設基準が厳しくなっているが、ほとんどのがん診療連携拠点病院は外来化学療法加算 2 ではなく外来化学療法加算 1 を算定することができているため、ここでは外来化学療法加算 1 としている。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、平成 24 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日の間に外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」と回答した施設が 385/397 施設、件数が 1 件以上と報告した施設が 26 施設 /397 施設であった（6.5%）。平成 26 年現況報告では外来化学療法加算 1 の施設基準が「ある」としたがん診療連携拠点病院は 394/409 施設であり、1 件以上算定したと報告した施設は 389/409 施設（95.1%）であった。

留意点： 1 件でも算定した場合でも分子に数えている。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社

指標 A10a

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	院内登録レジメン制度を運用している施設の割合
結果	100% (分母の数：409 分子の数：409)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 各施設においてどのような職種・専門医がレジメン審査委員に携わっているのか、全てのレジメンが登録されているのか、定期的な見直しを行っているのかなど、レジメン登録制度の量と質が指標に反映されていないため、測定方法の改善を要する。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「化学療法のレジメン（治療内容）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」という問いに対して「はい」、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」という問いに対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： レジメンとは、化学療法において、抗がん剤や輸液、副作用に対する支持療法薬などの投与量、投与用法、投与期間、投与間隔などの治療スケジュールを時系列に表した治療計画のことである。レジメン登録制度を運用することで、次のような効果があると考えられる。

- ・ 医薬品の取り違えや投与量のミスなどを防止する効果があるとされ、より安全に化学療法を管理することができる。
- ・ 医師だけでなく、看護師、薬剤師などの医療従事者と治療スケジュールを共有しやすくなり、患者にとっても治療計画をわかりやすく説明することができる。
- ・ 既にレジメンが登録されているため、入力作業が軽減され、業務の効率化を図ることができる。
- ・ 化学療法のレジメンをカンサーボードで審査することで、患者はエビデンスに基づく標準化された化学療法を受けることができ、制吐剤などの支持療法もレジメンに含めることで、投与忘れなどを防ぐことができる。

このように、院内登録レジメン制度には医療の質や業務効率化への効果があると考えられるため、その実施率が指標となった。

参考： 前年のがん診療連携拠点病院現況報告では、「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 99.5% であった（395 施設 / 397 施設）。

留意点： 各施設においてどのような職種・専門医がレジメン審査委員に携わっているのか、全てのレジメンが登録されているのか、あるいは一部のレジメンだけなのかなど、レジメン制度の質と量は各施設でばらつきがあると考えられるが、これらの点は考慮されていない。レジメンもエビデンスの変化や改善のために、定期的な見直しが必要であると考えられるが、そのような取り組みを行っているかはこの指標では考慮されていない。100% であることから今後測定方法の改善が求められる。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A10b

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	「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
結果	6.1% (分母の数 : 409 分子の数 : 25)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「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」という問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： レジメンを公開することで、患者はどのような治療計画が存在し、どのような選択肢が存在するのか確認できる。他の病院も自施設のレジメンを見直すことができ、自施設の医療の改善に役立つと考えられる。地域の薬局や家庭医などの開業医へも情報共有がされるため、患者の治療内容を把握しやすくなり、医療管理がしやすくなると考えられる。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。平成 26 年現況報告では 409 施設のうち、次の 25 施設が「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」と回答した。

市立札幌病院	近畿中央病院
栃木県立がんセンター	兵庫医科大学病院
佐野厚生総合病院	鳥取県立厚生病院
自治医科大学附属病院	広島赤十字・原爆病院
公立藤岡総合病院	山口大学医学部附属病院
杏林大学医学部附属病院	香川県立中央病院
諏訪赤十字病院	愛媛大学医学部附属病院
長野赤十字病院	高知県立幡多けんみん病院
長野市民病院	飯塚病院
静岡県立総合病院	佐賀県医療センター好生館
鈴鹿中央総合病院	相良病院
大阪府立成人病センター	沖縄県立中部病院
兵庫県立がんセンター	

留意点： 医療機関による自己申告調査。実際行われている化学療法 (治療) の「質」を反映しているわけではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A10c

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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と回答した拠点病院の割合
結果	34.0% （分母の数：409 分子の数：139）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。 抗がん剤のジェネリック医薬品の種類は少なく、ジェネリック医薬品が存在しても適応疾患が限られている場合があることなどから、わが国において抗がん剤のジェネリック医薬品が普及していないのが現状である。 特に点滴で使用する抗がん剤に関しては施設でどの医薬品を採用するか決定しており、様々な抗がん剤を採用することにより生じる医薬品の取り違いなどを防止するため、成分が同じ先発品と後発品（ジェネリック医薬品）の両方を並列で採用していない場合が多い。	

詳細

指標の定義： 対象（分母）は平成 26 年 8 月 6 日時点で都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のいずれかに指定されていた 409 の医療機関とした。がん診療連携拠点病院現況報告において、「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」という問いに対し、「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 患者にとって化学療法の治療費負担は大きいという観点から、先発品と比べて価格が低いジェネリック医薬品を使う選択肢を提示している施設の割合が指標となった。

参考： 平成 26 年現況報告から追加された新データであり、以前のデータは存在しない。

留意点： 抗がん剤のジェネリック医薬品の種類は少なく、新しい抗がん剤ではジェネリック医薬品が存在しない場合も多い。点滴で使用する抗がん剤に関しては施設によってどの医薬品を採用するか決定するのが通例であるが、同じ成分について複数の抗がん剤を採用することで医薬品の取り違いなどが起こるのを防止するため、成分が同じ先発品と後発品（ジェネリック医薬品）の両方を並列で採用している施設は多くはないとも考えられる¹。この数値の解釈は、医療費負担の軽減の観点と医療安全の観点の比較衡量で解釈する必要がある。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ がん対策推進基本計画分野別施策評価指標策定検討パネルの意見

指標 A11

標準的治療実施割合（標準的治療）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院のがん患者	定められた標準治療が実施された割合
結果	大腸がん術後化学療法実施率 49.6% 胃がん術後化学療法実施率 68.2% 早期肺がん外科・定位放射実施率 88.9% 肺がん術後化学療法実施率 45.0% 乳房温存術後全乳房照射実施率 72.1% 乳切後高リスク症例への放射線実施率 33.1% 肝切前 ICG15 実施率 90.3% 高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率 63.6% 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 66.0%	
期間	平成 24 年診断症例	
注	DPC データを用いた解析であるため、医学的に妥当な理由で標準治療が実施されていない場合や、医療連携などにより他施設で治療が行われた場合は実施に反映されないという限界がある。	

詳細

指標の定義： 各診療の質指標（Quality Indicator：QI）は以下のように定義する。

QI 1. 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。標準的補助化学療法として 5FU+LV、UFT+LV、FOLFOX、Cape、CapeOX をカウント。

QI 2. 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 II、III（pT1、pT3、N0 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。

QI 3. 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。

QI 4. 肺がん術後化学療法実施率

組織学的 Stage II、III A 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（シスプラチン、カルボプラチン、ネダプラチン）を含む術後化学療法が行われた患者の割合。

QI 5. 乳房温存術後全乳房照射実施率

乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者のうち、放射線治療が行われた患者の割合。

QI 6. 乳切後高リスク症例への放射線実施率

乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3以上、N0を除く）の患者のうち、術後放射線治療がなされた患者の割合。

QI 7. 肝切前 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、治療開始前に ICG15 分停滞率が測定された患者の割合。

QI 8. 高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率

高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に標準とされる予防的制吐剤（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。

QI 9. 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率

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。

指標の根拠： ガイドラインに記載されるような標準診療の実施率などは、医療の質を表す Quality Indicator（診療の質指標）としてがん医療の質改善と均てん化を評価するために重要な指標である。測定された QI は、厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班で全国のがんの専門家より構成されたパネルにより算定された 206 の QI の中から、院内がん登録＋DPC データの突合より算定可能な 9 指標を選び解析した¹⁻³。

留意点： データの限界に注意が必要である。大別して、①他院での診療行為、②非標準診療を選択する妥当な臨床判断、が計上されないという2つの問題がある。①については、手術はデータを提出した施設で実施したが、その後の術後化学療法は患者の自宅に近い別の医療機関で受けた場合、化学療法の実施は他院で行われたため DPC データに反映されず、QI の算定時に術後化学療法が実施されたとカウントされない。そのため、地域連携を積極的に実施している施設では QI によっては低く算定されてしまう可能性がある。②については、医学的に妥当な理由、または患者の希望などにより標準診療を実施しなかった場合などの理由が QI の算定に考慮されないため、併存症や全身状態が悪いために体力負担の多い治療が実施されない場合でも、未実施と見なされてしまう。未実施の理由が妥当であれば QI のスコアに反映させる取り組みを始めているが、ここで提示している結果に関してはまだ反映されていない⁴。

データ源： 2012 年院内がん登録-DPC 突合データ
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 Quality Indicator 研究に参加したがん診療連携拠点病院、および地域がん診療病院のうち、調査期間のデータが全て DPC データであった 169 施設の結果。

資料：

- ¹ 厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班：診療の質指標 Quality Indicator .2009. <<http://qi.ncc.go.jp>>（アクセス 2015 年 4 月 24 日）
- ² Higashi T, Nakamura F, Saruki N, Sobue T. Establishing a quality measurement system for cancer care in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2013 Mar;43(3):225-32. doi:10.1093/jco/hyt001. Epub 2013 Feb 6.
- ³ Higashi T, Nakamura F, Shibata A, Emori Y, Nishimoto H. The national database of hospital-based cancer registries: a nationwide infrastructure to support evidence-based cancer care and cancer control policy in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2014 Jan;44(1):2-8. doi: 10.1093/jco/hyt013. Epub 2013 Feb 28.
- ⁴ 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 Quality Indicator 研究 2012 年症例解析結果報告書」（平成 27 年 12 月頃公開予定）