

指標 A11b

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	59.2% （分母の数：409 分子の数：242）	
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、「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」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： クリティカルパスとは、患者にとって最良と考えられたエビデンスや診療ガイドラインなどに基づく標準化された治療計画（治療や検査のスケジュール）のことである。パスを運用することで、効率的で標準的な医療計画が実行され、がん治療の質や安全性が確保されると言われている。しかしながら患者の合併症や医療スタッフの技術、設備や地域の医療環境などの要因により、パスを使用した患者が必ずしもパス通りの経過をたどらないこともあり、この標準化された経過から外れる症例をバリエーションと呼ぶ。それらの症例がパスから外れた理由を見直すことは、医療の質の改善に必須であり、病院全体としてフィードバックシステムが存在しているかの評価となる¹⁻³。バリエーション分析を行っている施設の割合とは、組織として総合的に質の管理向上に取り組む Total Quality Management² が機能しているかを表す指標である。

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。

留意点： 施設間でクリティカルパスの質や、バリエーション分析の質にばらつきがある可能性があるが、その点は考慮されていない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 勝尾 信一「バリエーション分析総論」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）7 巻 3 号 Page395-399（2006.12）

² 勝尾 信一「バリエーション分析によるクリティカルパスの見直し」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）10 巻 3 号 Page495-498（2009.12）

³ 井口 厚司「クリティカルパスの見直しの必要性」日本医療マネジメント学会雑誌（1881-2503）10 巻 3 号 Page483-487（2009.12）

指標 A11c

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	85.8% (分母の数 : 409 分子の数 : 351)	
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。対象 (分母) のうち、「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」という設問に「はい」と回答し、さらに「院内医療安全管理部門等での検討会開催頻度」が 1 年 (平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間) に 6 回以上であったと報告した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん治療は侵襲性の高い治療が多いため、がん医療で生じた安全問題の事例を収集し、再発予防のためにその原因と潜在するリスクを同定し、再発防止・改善へ向けて対策を講じることが安全で質の高いがん医療を提供するために全ての拠点病院で必要である、という考えに基づいて本指標は設定された¹。

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、「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」という問いに対し、「はい」と回答した施設は 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は 359 施設 / 409 施設であった。

留意点： 医療安全管理体制の確保のため医療安全対策加算に関する施設基準が設けられているが、ここでは特にがん治療において生じた問題について定期的な検討と質の管理システムが稼働しているかを評価している。

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 医療安全対策検討会議「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」
平成 14 年 4 月 17 日 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/dl/tp1030-1c.pdf>>
(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A12

診療ガイドラインの数（診療ガイドラインの作成）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	なし	作成されているがん診療ガイドラインの数
結果	30冊	
期間	平成 26 年 12 月 31 日時点	
注	ここでは各種がんに対する診療ガイドラインを対象とし、患者用ガイドラインおよび検診ガイドラインなどは除外している。	

詳細

指標の定義： 平成 26 年 12 月 31 日時点で本邦において発行されている、がん診療ガイドラインの数を指標とした。

指標の根拠： 診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において適切な判断を行えるよう、医療者と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書のことである¹。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）の手法を利用して作成されたガイドラインを利用して医療を行うことで、一定の推奨を得た標準治療の提供につながり、意思決定が容易となり、またがん診療の質の向上および均てん化が可能となるとの考えに基づく。

参考： 平成 26 年 12 月 31 日時点で、医療者用がん診療ガイドラインは、本邦において計 30 種類のがんについて発行されている。

診療ガイドライン名	編集
頭頸部癌診療ガイドライン	日本頭頸部癌学会
科学的根拠に基づく口腔癌診療ガイドライン	日本口腔腫瘍学会・ 日本口腔外科学会
甲状腺腫瘍診療ガイドライン	日本内分泌外科学会・ 日本甲状腺外科学会
EBM の手法による肺癌診療ガイドライン	日本肺癌学会
食道癌診断・治療ガイドライン	日本食道学会
胃癌治療ガイドライン医師用	日本胃癌学会
大腸癌治療ガイドライン医師用	大腸癌研究会
遺伝性大腸癌診療ガイドライン	大腸癌研究会
肝癌診療ガイドライン	日本肝臓学会
科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン	日本膵臓学会
エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン	日本肝胆膵外科学会
科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン	日本乳癌学会
子宮頸癌治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
子宮体がん治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
卵巣がん治療ガイドライン	日本婦人科腫瘍学会
腎癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
腎盂・尿管癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
膀胱癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
前立腺癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
精巣腫瘍診療ガイドライン	日本泌尿器科学会
造血器腫瘍診療ガイドライン	日本血液学会

軟部腫瘍診療ガイドライン	日本整形外科学会
GIST 診療ガイドライン	日本癌治療学会・日本胃癌学会・GIST 研究会
科学的根拠に基づく皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン	日本皮膚科学会・日本皮膚悪性腫瘍学会
皮膚リンパ腫診療ガイドライン	日本皮膚科学会・日本皮膚悪性腫瘍学会
原発不明がん診療ガイドライン	日本臨床腫瘍学会
小児がん診療ガイドライン	日本小児がん学会
小児白血病・リンパ腫の診療ガイドライン	日本小児血液学会
悪性胸膜中皮腫診療ガイドライン	日本肺癌学会
睥・消化管神経内分泌腫瘍 (NET) 診療ガイドライン	日本神経内分泌腫瘍研究会 (JNETS)

留意点： ここでは各種がんに対する診療ガイドラインのみを対象とし、患者用ガイドラインおよび検診ガイドライン、支持療法ガイドラインなどは除外した。また、ガイドラインの発行は EBM の普及環境を検討する指標であり、標準治療の普及や患者アウトカムの向上との関連は検証を要する。

データ源： 日本癌治療学会、金原出版株式会社、Minds ガイドラインセンターのホームページに掲載されているがん診療ガイドラインのリスト²⁻⁴

資料：

- ¹ Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, D.C., National Academy Press, 1992.
- ² 日本癌治療学会「がん診療ガイドライン」
<<http://jsco-cpg.jp/top.html>> (アクセス 2014 年 12 月 31 日)
- ³ 金原出版株式会社「診療ガイドライン」
<<http://mail.kanehara-shuppan.co.jp/series/index.html?code=041>>
(アクセス 2014 年 12 月 31 日)
- ⁴ 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Minds (マインズ) ガイドラインセンター
<<http://minds.jcqh.or.jp>> (アクセス 2014 年 12 月 31 日)

指標 A13

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	なし	作成されている患者用がん診療ガイドラインの数
結果	6冊	
期間	平成 26 年 12 月 31 日時点	
注	「患者用ガイドライン」とは「患者さんのための」と名称のついているものおよび「ガイドライン一般用解説」をカウントしている。	

詳細

指標の定義： 平成 26 年 12 月 31 日時点で本邦において発行されている、患者用がん診療ガイドラインの数を指標とした。「患者用ガイドライン」とは「患者さんのための」と名称のついているもの、および「ガイドライン一般用解説」を含めた。

指標の根拠： 診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において適切な判断を行えるよう、医療者と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書のことである¹。根拠に基づく医療（Evidence-based Medicine：EBM）の手法を利用して作成されたガイドラインを利用しての医療は一定の推奨を得た標準治療の提供につながるが、医療者用であるガイドラインは専門用語や前提となる事項に関する知識が必要で、患者や家族には理解が容易ではないこともある。わかりやすい患者用ガイドラインはがん患者およびその家族がその時点での標準治療を理解し、また現場の医師との相互の意思疎通のさらなる向上が期待される。

参考： 次の 6 冊のガイドラインをカウントした。

患者用ガイドライン名	出版	版	編集
胃がん治療ガイドラインの解説（一般用）	2004	2	日本胃癌学会
患者さんのための乳がん診療ガイドライン	2014	4	日本乳癌学会
患者さんのための乳房温存療法ガイドライン	2005	1	標準的な乳房温存療法の実施要項の研究班
患者さんのための大腸癌治療ガイドライン	2014	3	大腸癌研究会
患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説	2010	1	日本婦人科腫瘍学会
患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド	2014	1	日本緩和医療学会

留意点： ガイドラインの発行は患者への情報提供の出発点であり、効果については検証を要する。

データ源： 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²⁻⁴

資料： ¹ Institute of Medicine. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, D.C., National Academy Press, 1992.

² 日本癌治療学会・がん診療ガイドライン
<http://jsco-cpg.jp/top.html>（アクセス 2014 年 12 月 31 日）

³ 金原出版株式会社・診療ガイドライン
<http://mail.kanehara-shuppan.co.jp/series/index.html?code=041>
 （アクセス 2014 年 12 月 31 日）

⁴ 公益財団法人日本医療機能評価機構 Minds（マインズ）ガイドラインセンター
<http://minds.jcqh.or.jp>（アクセス 2014 年 12 月 31 日）

指標 A14

拠点病院における5大がん患者の術後30日以内の死亡率 (術死率)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
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	術死率（術後30日以内の死亡）（リスク調整なし）
結果	5がん全体0.31% 肺0.38% 胃0.34% 大腸0.43% 肝臓0.68% 乳腺0.01%	
期間	平成24年4月1日～平成25年3月31日の期間に入院が完了した患者	
注	DPC調査の互換データが利用可能な223のがん診療連携拠点病院から算出。	

詳細

指標の定義： 5大がんの集計対象手術（表1）が実施された患者をE/Fファイルから抽出、集計期間内で初回の手術日を起算日とした。起算日から集計期間の終了日までの日数が30日未満の患者を除外し、分母とした。その上で、様式1ファイルを用いて死亡退院日を抽出し、起算日から30日以内の死亡率を算定した。

指標の根拠： 一般に手術後30日以内の死亡は術死として定義される。原疾患が重症であったり併存症の多い高リスクな患者の手術が行われたりすることがあるため、結果としての術死は必ずしも術者の責任であるとは言えないが、適切な患者に手術を行う体制が確保されることも含めて、術死率が医療提供体制の整備を表す指標と考えられる。

参考： 5大がん全体として術死は非常に希であるものの、肝臓でわずかに高く、乳腺で低い傾向にある。各臓器別の計算結果は以下の通り。

臓器	病院数	患者数	追跡患者数	死亡数	死亡率
肺がん	205	14,731	13,955	53	0.38%
胃がん	223	14,839	14,292	48	0.34%
大腸がん	223	23,714	22,760	98	0.43%
肝臓がん	220	5,696	5,453	37	0.68%
乳がん	223	20,752	20,108	2	0.01%
総計	223	77,887	76,568	238	0.31%

留意点： 77,877名、223施設のデータが用いられている。がん診療連携拠点病院のうち、データ利用の許諾が得られなかった国立大学病院や一部の自治体立病院、調査期間中のデータに不備があった施設等は含まれていない。死亡は死亡退院をもって判定し、他院や在宅での死亡は捕捉できていない。また、DPC調査のデータ上での診療行為コードを元に対象患者を同定しており、必ずしも根治の意図が明確ではない場合などが含まれている。

データ源： 国立がん研究センター研究開発費「患者の経時的な診療経過の分析に基づくがん診療コストに関する研究（25-A-20/主任研究者：石川ベンジャミン光一）」にてDPC調査（DPC導入の影響評価にかかる研究）の互換データを用い算出されたものの提供を受けた。

資料：

表 1 対象とした手術コードの一覧

臓器	区分コード	電算コード	名称
40040 (肺)	K5111	150129710	肺切除術 (楔状部分切除)
	K5112	150129810	肺切除術 (区域切除 (1 肺葉に満たない))
	K5113	150129910	肺切除術 (肺葉切除)
	K5114	150130010	肺切除術 (複合切除 (1 肺葉を超える))
	K5115	150130110	肺切除術 (1 側肺全摘)
	K5116	150317110	肺切除術 (気管支形成を伴う肺切除)
	K5131	150266610	胸腔鏡下肺切除術 (肺嚢胞手術 (楔状部分切除))
	K5132	150357710	胸腔鏡下肺切除術 (その他)
	K514-21	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (部分切除)
	K514-22	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除)
	K514-23	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超える)
	K5141	150357810	肺悪性腫瘍手術 (部分切除)
	K5142	150357910	肺悪性腫瘍手術 (区域切除)
	K5143	150358010	肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超える)
	K5144	150358110	肺悪性腫瘍手術 (肺全摘)
	K5145	150358210	肺悪性腫瘍手術 (隣接臓器合併切除を伴う肺切除)
	K5146	150358310	肺悪性腫瘍手術 (気管支形成を伴う肺切除)
	K5147	150358410	肺悪性腫瘍手術 (気管分岐部切除を伴う肺切除)
K5148	150358510	肺悪性腫瘍手術 (気管分岐部再建を伴う肺切除)	
60020 (胃)	K654-2	150323210	胃局所切除術
	K654-3	150323310	腹腔鏡下胃局所切除術
	K655-21	150323410	腹腔鏡下胃切除術 (単純切除術)
	K655-22	150323510	腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術)
	K655-41	150337210	噴門側胃切除術 (単純切除術)
	K655-42	150337310	噴門側胃切除術 (悪性腫瘍切除術)
	K6551	150165210	胃切除術 (単純切除術)
	K6552	150168010	胃切除術 (悪性腫瘍手術)
	K657-21	150323610	腹腔鏡下胃全摘術 (単純全摘術)
	K657-22	150323710	腹腔鏡下胃全摘術 (悪性腫瘍手術)
	K6571	150166110	胃全摘術 (単純全摘術)
	K6572	150168110	胃全摘術 (悪性腫瘍手術)
60035・ 60040 (大腸)	K645	150245310	骨盤内臓全摘術
K719-21	K719-21	150277810	腹腔鏡下結腸切除術 (小範囲切除、結腸半側切除)
	K719-22	150337710	腹腔鏡下結腸切除術 (全切除、亜全切除)
	K719-3	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	K7191	150180750	腸閉塞症手術 (結腸切除術) (小範囲切除)
		150181710	結腸切除術 (小範囲切除)
	K7192	150180850	腸閉塞症手術 (結腸切除術) (半側切除)
		150181810	結腸切除術 (結腸半側切除)
	K7193	150180950	腸閉塞症手術 (結腸切除術) (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)
		150181910	結腸切除術 (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)
	K720	150183110	結腸腫瘍摘出術 (回盲部腫瘍摘出術を含む)

	K739-2	150348610	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍）
	K739-3	150364510	低侵襲経肛門の局所切除術（MITAS）
	K7391	150186810	直腸腫瘍摘出術（経肛門）
	K7392	150186910	直腸腫瘍摘出術（経括約筋）
	K7393	150187010	直腸腫瘍摘出術（経腹及び経肛）
	K740-21	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	K740-22	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	K740-23	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	K7401	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
	K7402	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	K7403	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）（経肛門の結腸囊肛門吻合）
	K7404	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
60050 (肝)	K695-21	150348010	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）
	K695-22	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	K6951	150362610	肝切除術（部分切除）（1歳以上）
	K6952	150362710	肝切除術（亜区域切除）（1歳以上）
	K6953	150362810	肝切除術（外側区域切除）（1歳以上）
	K6954	150362910	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））（1歳以上）
	K6955	150363010	肝切除術（2区域切除）（1歳以上）
	K6956	150363110	肝切除術（3区域切除以上）（1歳以上）
	K6957	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）（1歳以上）
90010 (乳腺)	K474-2	150274610	乳管腺葉区域切除術
	K474-3	150303010	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
	K4741	150121110	乳腺腫瘍摘出術（長径 5 cm 未満）
	K4742	150121210	乳腺腫瘍摘出術（長径 5 cm 以上）
	K475	150121410	乳房切除術
	K476-31	150316610	乳房再建術（乳房切除後）（一期的に行う）
	K4761	150121610	乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術））
	K4762	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	K4763	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	K4764	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	K4765	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	K4766	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	K4767	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
		150122150	乳腺悪性腫瘍手術と両側腋窩リンパ節郭清術

指標 A15a

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院における5大がん（および他のがん）患者	5年生存率
結果	乳がん 89.7% 大腸がん 68.7% 肝臓がん 32.9%	肺がん 36.1% 胃がん 62.8% その他のがん 60.9%
期間	2007年院内がん登録5年粗生存率	
注	粗生存率であり相対生存率でも、死因調整生存率でもない。全体予後判明率は92.7%	

詳細

指標の定義： がん診療連携拠点病院より院内がん登録に登録された乳がん（ICD-O-3 部位コード C50）、大腸がん（C18-C20）、肝臓がん（C22）、肺がん（C33-C34）、胃がん（C16）、その他のがんの患者について、カプランマイヤー法を使い5年粗生存率を算出して指標とした。これらの5がんの部位コードで登録されている症例において、形態コードの上3桁が、悪性リンパ腫（959-972, 974-975）、多発性骨髄腫（973, 976）、白血病（980-994）、その他の造血器腫瘍（995-998）である症例は除外した。上記のいわゆる5大がん以外の悪性腫瘍は「その他のがん」として分類した。下記表の肺がんの内訳で、肺の小細胞がんの形態コードは8041, 8042, 8043, 8044, 8045とし、非小細胞がんはそれらの形態コード以外とした。予後判明率は全体で92.7%であった。

指標の根拠： 5年生存率は、ある特定の治療効果を測定する際に治療開始から5年の生存率を介入群と非介入群と比較するために利用されることが多いが、ここでの5年生存率とは、あるがんと診断された患者のうち、治療開始ではなく、診断日から5年後に生存していた患者の割合を指している。（5年経たずに生死が不明となった患者をカプランマイヤー法と呼ばれる統計手法で調整している。）このように、治療効果判定としてではなく、がん対策の効果を反映する指標として、昔の患者と比べて現在の患者の5年生存率が延長したか短縮したか比較するといった場合、リードタイムバイアスにより、その結果が必ずしもがん医療の進歩を反映しているとは限らないとの指摘が以前よりされている¹。以前の患者と比較して、寿命が延びていなくても、ただより早期に診断されるようになっていて生存率は改善しているように見えるため、このようなバイアスがある場合、生存率の改善は認められても一般人口を分母とした死亡率の改善は認められないという状況が生じる²。そのため、がん対策における最も信頼できる指標としては、生存率ではなく、死亡率を採用するのが原則であるが^{1,2}、その後の研究ではリードタイムバイアスによる影響はあまり大きくはない場合も多く、もちろん生存率単独でがん対策を評価することは不十分であるが、死亡率や、罹患率分の死亡率（mortality over incidence, MOI）などと比較しながら検討することで、がん対策の効果を測定する指標として利用できるとされている³。

参考：

2007 年院内がん登録 5 年予後判明率、生存率は、以下の結果となった。

がん	5 年粗生存率	95% 信頼区間	予後判明率
乳がん	89.7%	[89.3, 90.1]	94.8%
大腸がん	68.7%	[68.2, 69.1]	91.9%
肝臓がん	32.9%	[32.0, 33.8]	93.6%
肺がん	36.1%	[35.5, 36.6]	93.8%
小細胞がん	11.1%	[9.9, 12.4]	94.5%
非小細胞がん	38.6%	[38.0, 39.2]	93.7%
胃がん	62.8%	[62.3, 63.4]	92.4%
その他のがん	60.9%	[60.6, 61.2]	92.3%
全がん	60.8%	[60.6, 61.0]	92.7%

留意点：

本報告では相対生存率や死因調整生存率ではなく、粗生存率を示している。相対生存率、がん種ステージ別生存率などは院内がん登録の集計報告書に詳細が別途報告される予定であるため、ここでは 5 がんの粗生存率のみ表示する。また、2007 年症例に関しては初回のデータ収集であり、追跡データの質の検証・確保に改善の余地がある可能性が高い。他方、生存率一般に関して注意しなければならないのは、予後判明率である。5 年生存率を算出する上で、その時点での予後（生死）が不明の割合が多い中で上記 Kaplan-Meier 法による調整をすると、現実には生存率を真の値よりも高く算出することが多いと知られており⁴、全国がん（成人病）センター協議会の基準⁵によると、不明が 10% を超えると生存率の算出値は留意すべきといわれている。

データ源：

2007 年 院内がん登録

資料：

- ¹ Measurement of progress against cancer. Extramural Committee to Assess Measures of Progress Against Cancer. J Natl Cancer Inst. 1990 May 16;82(10):825-35.
- ² Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? JAMA. 2000 Jun 14;283(22):2975-8.
- ³ Maruvka YE, Tang M, Michor F (2014) On the Validity of Using Increases in 5-Year Survival Rates to Measure Success in the Fight against Cancer. PLoS ONE 9(7): e83100. doi:10.1371/journal.pone.0083100
- ⁴ 木下洋子 他 がん専門施設における生存率計測の標準化. 癌の臨床 46(10), 1197-1203, 2000.
- ⁵ 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設の生存率協同調査公表指針の概略 <<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/sisin.html>> (アクセス平成 27 年 6 月 8 日)

指標 A16

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	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	診断日から治療開始日までの平均日数
結果	1ヶ月以上3ヶ月未満 34.5%	
期間	平成27年1月～平成27年3月	
注	サンプル法を反映した補正值。 患者の希望や、全身状態などの妥当な理由により日数が長くなることもある。また、カンサーボードで十分に症例検討がされずにただ早く治療が開始されるなど、短ければよいというわけではない。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問29. 診断されたがんの種類（原発巣）をお答え下さい。」という問いに対し、{1. 乳がん 2. 大腸（結腸・直腸）がん 3. 胃がん 4. 肺がん 5. 肝臓がん} のいずれかと回答した患者のうち、「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?」という問いで {1. 2週間未満、2. 2週間以上1ヶ月未満、3. 1ヶ月以上3ヶ月未満、4. 3ヶ月以上6ヶ月未満、5. 6ヶ月以上、6. 治療開始後に診断された、9. 治療なし/わからない} のうち、無回答と、「9. 治療なし/わからない」と回答した患者を除外した後、最も多くの患者が回答した選択肢を指標とした。

指標の根拠： 診断から治療開始までの待ち日数は、患者が受ける医療の質の重要な要素であるという考えに基づく。

参考： 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?（○は1つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 2週間未満	789	26.9%	24.8%
2. 2週間以上1ヶ月未満	968	33.0%	33.4%
3. 1ヶ月以上3ヶ月未満	971	33.1%	34.5%
4. 3ヶ月以上6ヶ月未満	107	3.7%	3.8%
5. 6ヶ月以上	53	1.8%	1.8%
6. 治療開始後に診断された	45	1.5%	1.6%

無回答74名、9. 治療なし/わからないと回答した108名は除外。

都道府県別集計において、「2週間未満」が最も頻度の高い回答であった都道府県は、青森県、秋田県、石川県、福井県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、島根県、山口県、徳島県、長崎県、大分県、鹿児島県であった。

参考) 5 がんの患者の初診日から診断日までの期間の結果

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?(○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 2週間未満	1,408	45.2%	47.0%
2. 2週間以上1ヶ月未満	780	25.0%	28.8%
3. 1ヶ月以上3ヶ月未満	502	16.1%	15.5%
4. 3ヶ月以上6ヶ月未満	125	4.0%	3.7%
5. 6ヶ月以上	156	5.0%	5.0%

無回答 72 名、9. わからないと回答した 72 名は除外。

留意点: 患者の希望や、全身状態などの妥当な理由により治療開始が遅れることもある。また、キャンサーボードで十分に症例検討がなされずにただ早く治療が開始されるなど、短ければよいというわけではない。

データ源: 平成 27 年患者体験調査

指標 A18

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	「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
結果	84.5%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	サンプル法を反映した補正值。	

詳細

指標の定義： 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？」という問いで、無回答を除外し、{1. そう思う 2. ややそう思う、3. どちらともいえない、4. あまりそう思わない、5. そう思わない、9. わからない} のうち、「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指標とした。

指標の根拠： がん対策推進基本計画¹に、「安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること」が我が国のがん対策における目標であると記されていることから、がん対策の進捗度合いを患者の評価により測定することを意図したアウトカム指標である。本指標は、実際に患者が自らの治療において納得する選択をできたと感じられているかを問う重要な指標である。

参考： 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り、粗解析値は 82.6%、補正值 84.5%であった。

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？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. そう思う	4,390	66.7%	67.1%
2. ややそう思う	1,171	17.8%	17.4%
3. どちらともいえない	528	8.0%	7.6%
4. あまりそう思わない	156	2.4%	2.6%
5. そう思わない	135	2.1%	2.1%
9. わからない	202	3.1%	3.2%

無回答 147 名を除外。

都道府県別集計においても、最低値 76.7%、最高値 93.5%と、改善の余地はあるものの、いずれの都道府県においても比較的高い結果となった。

留意点： 調査に協力しなかった患者の多くが、納得のいかない治療を受けた患者である可能性は否定できない。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

資料： ¹ 厚生労働省 平成 24 年 6 月「がん対策推進基本計画」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

指標 A18a

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	47.2% （分母の数：409 分子の数：193）	
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、「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」という問いに対して「はい」と回答し、かつ「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」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： 看護師やソーシャルワーカーなどの医師以外の職種がインフォームドコンセントに参加することで、治療の利益と弊害を患者がよりよく理解できるように支援し、患者の希望、価値、意思などが治療選択において尊重されるように促すことができると期待される¹。このことは、単にそのようになっているというだけでなく、制度として常に行われる体制が必要との考えに基づき施設単位の指標とされた。

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。平成 26 年現況報告では、「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」という問いに対し、「はい」と回答した施設は 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」と回答した施設は 195 施設 / 409 施設であった。いずれも「はい」と回答した施設は 193 施設 / 409 施設であった。

留意点： インフォームドコンセントを得ることは医療法第 1 条の 4 第 2 項に法的根拠²があるが、その方法に関して、医師以外の職種が参加することが治療・病状説明の場において義務であるとする法律や学会などによるガイドラインが存在するわけではない。医師以外の職種がインフォームドコンセントに参加することで、患者の理解がより深まった、より患者の意向が治療決定において反映されるようになったとする十分なエビデンスも存在しない^{3,4}。医師以外の職種の医療者がインフォームドコンセントに参加することを希望しない患者も存在することもあり、「必ず」という表現には配慮を要する。

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 公益社団法人日本看護協会 「告知・インフォームドコンセント」
<<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/kokuchi/>> (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ² 医療法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百五号)
<<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi/>> (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ³ Aldoory L, Barrett Ryan KE, and Rouhani AM. Best Practices and New Models of Health Literacy for Informed Consent: Review of the Impact of Informed Consent Regulations on Health Literate Communications. Commissioned Paper for the Institute of Medicine
http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/HealthLiteracy/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Commissioned-Papers/Informed_Consent_HealthLit.pdf (アクセス 2015 年 3 月 12 日)
- ⁴ Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *Lancet Oncol.* 2008 May;9(5):485-93. doi:10.1016/S1470-2045(08)70128-1.

指標 A18b

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

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	56.0% （分母の数：409 分子の数：229）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。告知の質を表す指標ではない。	

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。がん診療連携拠点病院現況報告において、「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」、もしくは「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」のいずれかに対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： がん告知は、医師が主として説明するのが通例であると考えられるが、患者にとっては最も心理的なサポートが必要な事項であり、その後の治療や療養生活において、医療者との信頼関係を維持するためにも、質の高い告知は非常に重要である¹。これは医師のみに任される問題ではなく、医療チームとして、病院として、どのように告知を行うべきかを考えるべきであるという意見からこの指標が設定された。告知を行う際の基本的な心構えはどうあるべきか、どのように事実を伝え、その後誰がどのように患者に対応し援助をしていくのか、などの重要な課題について議論し、各施設の地域性や状況に応じた協力体制を整えることが期待される。この指標は実際の告知の質を表す指標とはなっていないが、マニュアルの整備率 37%、研修実施率 48% の現状では、まずこれらの体制が全てのがん診療連携拠点病院において整備される必要がある。

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、「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」という質問に「はい」と回答した施設は 151/409 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」に対して「はい」と回答した施設は 198/409 施設であった。そのうち、いずれも「はい」と回答した施設は 120/409 施設であり、いずれかに対して「はい」と回答した施設は 229/409 施設であった。

留意点： 告知の質を表す指標ではない。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

資料： ¹ 国立がん研究センター 平成 8 年 9 月（第二版）「がん告知マニュアル」
 <<http://ganjoho.jp/professional/communication/communication01.html>>
 （アクセス 2015 年 4 月 23 日）

指標 A18d

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

	対象（分母）	算出法（分子）
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）	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
結果	62.1% （分母の数：409 分子の数：254）	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日	
注	医療機関による自己申告。 卵巣組織凍結と薬物を用いた卵巣休眠に関しては、現時点では十分なエビデンスが存在しない。	

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、平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間に、次のうち妊孕性温存のための具体的な処置 {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、あるいは行えない場合、他施設を紹介している施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 妊孕性温存は、がん患者およびサバイバーの QOL にとって重要であり、生殖可能年齢にあるがん患者を診察するすべての医師は、がん治療が妊孕性に影響する可能性について説明し、適切な処置をとる必要がある¹。患者の年齢、配偶者の有無、がん種、がん治療の種類（化学療法・放射線療法）、がん治療開始までの時間的制限などにより適応となる妊孕性温存の治療や推奨される治療は異なる²⁻⁴。がん治療を優先させる必要があるために迅速に妊孕性温存治療を行う必要がある場合や、十分な妊孕性温存治療を行うためにがん治療の開始時期とバランスを考慮することができる場合があるなど、患者ごとに緊急性が異なるため、生殖医療の専門家とタイムリーに連携できる体制が整備されることが望ましい。

参考： 妊孕性温存のための具体的な処置として以下の治療について調査した。

- ① 精子保存を 1 件以上行った施設（60 施設 / 409 施設）：14.7%
- ② 未受精卵凍結保存を行うことができる施設（40 施設 / 409 施設）：9.8%
- ③ 未受精卵凍結保存を 1 件以上行った施設（14 施設 / 409 施設）：3.4%
- ④ 受精卵（胚）凍結保存を行うことができる施設（79 施設 / 409 施設）：19.3%
- ⑤ 受精卵（胚）凍結保存を 1 件以上行った施設（36 施設 / 409 施設）：8.8%
- ⑥ 卵巣組織凍結保存を行うことができる施設（31 施設 / 409 施設）：7.6%
- ⑦ 卵巣組織凍結保存を 1 件以上行った施設（4 施設 / 409 施設）：1%
- ⑧ 放射線治療に対する卵巣移動を行うことができる施設（179 施設 / 409 施設）：43.8%
- ⑨ 放射線治療に対する卵巣移動を 1 件以上行った施設（59 施設 / 409 施設）：14.4%
- ⑩ 放射線治療に対する卵巣遮蔽を行うことができる施設（151 施設 / 409 施設）：36.9%
- ⑪ 放射線治療に対する卵巣遮蔽を 1 件以上行った施設（15 施設 / 409 施設）：3.7%
- ⑫ 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施設（154 施設 / 409 施設）：37.7%

- ⑬ 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1件以上行った施設 (66 施設 /409 施設) : 16.1%
 - ⑭ 妊孕性温存治療ができる他の施設を紹介している施設 (188 施設 /409 施設) : 46.0%
 - ⑮ 他の施設へ1件以上紹介した施設 (84 施設 /409 施設) : 20.5%
- 上記いずれか1つでも「できる」もしくは「1件以上実施した」と回答した施設 (159 施設 /409 施設) を指標として測定した。

留意点：

米国生殖医学会 (American Society for Reproductive Medicine) は、卵巣組織凍結、及び卵巣移植に関しては現段階では experimental (検証的であり推奨するにはエビデンスは不十分な段階) としている⁵。薬物を用いて卵巣を休眠させる gonadal suppression もエビデンスは不十分であり⁷⁻⁹、米国生殖医学会は「卵巣機能抑制のための性腺刺激ホルモン放出、ホルモンアナログ使用に関するデータは一貫していない。効果が明確に証明されるまでは、他の妊孕性温存法も選択肢として提示すべきである。」 (“The data on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs (GnRHa) for ovarian suppression have been conflicting; until definitive proof of efficacy is established, other fertility preservation options should be offered in addition to GnRHa treatment”) とコメントしている³。米国生殖医学会^{4,5}、及び米国臨床腫瘍学会⁶の文献、UpToDate の情報や Lancet の文献も参照^{2,3,10}。

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 Stephanie J. Lee, Leslie R. Schover, Ann H. Partridge, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. JCO June 20, 2006;2917-2931;published online on May 1, 2006
- ² De Vos M, Smits J, Woodruff TK. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014 Oct 4;384(9950):1302-10. doi:10.1016/S0140-6736(14)60834-5. Review.
- ³ Anderson RA, Mitchell RT, Kelsey TW, Spears N, Telfer EE, Wallace WH. Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. Lancet Diabetes & Endocrinol. 2015 Apr 7. pii:S2213-8587(15)00039-X. doi:10.1016/S2213-8587(15)00039-X.
- ⁴ Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Nov;100(5):1224-31. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08.041. Epub 2013 Oct 2.
- ⁵ Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.052. Epub 2014 Mar 28. Review.
- ⁶ Loren AW, Mangu PB, Beck LN, Brennan L, Magdalinski AJ, Partridge AH, Quinn G, Wallace WH, Oktay K; American Society of Clinical Oncology. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31(19):2500-10. doi:10.1200/JCO.2013.49.2678. Epub 2013 May 28.
- ⁷ Vitek WS, Shayne M, Hoeger K, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonists for the preservation of ovarian function among women with breast cancer who did not use tamoxifen after chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2014;102:808.
- ⁸ Bedaiwy MA, Abou-Setta AM, Desai N, et al. Gonadotropin-releasing hormone analog cotreatment for preservation of ovarian function during gonadotoxic chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2011;95:906.
- ⁹ Wang C, Chen M, Fu F, Huang M. Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Cotreatment for the Preservation of Ovarian Function during Gonadotoxic Chemotherapy for Breast Cancer: A Meta-Analysis. PLoS One 2013;8:e66360.
- ¹⁰ Sommezer M., Oktay K. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic treatment or gonadal resection. Mar 2015. UpToDate.

指標 A18e

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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	40 歳未満でがんの治療を受けた患者	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
結果	38.1%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月調査	
注	サンプル法を反映した補正值 (粗解析値は 44.3%)、	

詳細

指標の定義： 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「2. 不妊への影響はない、という説明を受けた」、または「問 16. がん治療により不妊になる可能性があることについて、それを予防する、あるいはこどもをつくる機能を温存するための具体的方法を医師から説明されましたか？」という問いに対して「1. 予防・温存の具体的方法を説明された」か「2. 予防・温存の具体的方法はないと言われた」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： 妊孕性温存は、がん患者およびサバイバーの QOL にとって重要であり、生殖可能年齢にあるがん患者を診察するすべての医師は、がん治療が妊孕性に影響する可能性について説明し、適切な処置をとる必要がある¹。患者の年齢、配偶者の有無、がん種、がん治療の種類（化学療法・放射線療法）、がん治療開始までの時間的制限などにより適応となる妊孕性温存の治療や推奨される治療は異なる²⁻⁴。がん治療を優先させる必要があるために迅速に妊孕性温存治療を行う必要がある場合や、十分な妊孕性温存治療を行うためにがん治療の開始時期とバランスを考慮することができる場合があるなど、患者ごとに緊急性が異なるため、生殖医療の専門家とタイムリーに連携できる体制が整備されることが望ましい。医療機関側の体制を問う指標 A18d に対し、実際患者が説明を受けたかを測定するよりアウトカムに近い指標となっている。

参考： 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り、粗解析値は 44.3%、補正值 38.1% であった。

問 15、問 16 に関してはがんと診断されたとき、40 歳未満だった方のみお答えください。

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？ (○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 不妊への影響がある、という説明を受けた	188	30.1%	20.2%
2. 不妊への影響はない、という説明を受けた	88	14.1%	10.0%
3. 説明はなかった	162	26.0%	23.0%
9. わからない	63	10.1%	9.4%
無回答	123	19.7%	37.4%

* 問 3 より年齢が 40 歳以上と推測される患者の回答は除外した。

問 16. 【問 15 で 1 (不妊への影響がある、という説明を受けた) と答えた方のみお答えください】 がん治療により不妊になる可能性があることについて、それを予防する、あるいは子どもをつくる機能を温存するための具体的方法を医師から説明されましたか? (○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 予防・温存の具体的方法を説明された	107	56.9%	55.0%
2. 不妊への影響はない、という説明を受けた	27	14.4%	13.7%
3. 予防・温存の具体的方法については説明を受けなかった	41	21.8%	26.2%
9. わからない	13	6.9%	5.2%
無回答	0	0%	0%

問 15 で 1、2、3、9 と回答した患者 501 名を対象 (分母) とし、問 15 で 2、問 16 で 1 または 2 と回答した患者を分子とした結果、以下の値となった。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
問 15. 2. 不妊への影響はない、という説明を受けた 問 16. 1. 予防・温存の具体的方法を説明された 問 16. 2. 予防・温存の具体的方法はないと言われた	222	44.3%	38.1%
問 15. 3. 説明はなかった 問 15. 9. わからない 問 16. 3. 予防・温存の具体的方法については説明を受けなかった 問 16. 9. わからない	279	55.7%	61.9%

粗解析値は 44.3% であったが、補正值は 38.1% と乖離があった。これは、人口が多い都道府県において、具体的な説明を受けたと回答した患者が少ない傾向にあったため、それらの患者の意見が代表している人口が多いために、より大きい重み付けがされ、全国推計値としては結果が粗解析値より低い結果となったと考えられる。

留意点:

具体的な方法のエビデンスに関しては米国生殖医学会^{4,5}、及び米国臨床腫瘍学会⁶の文献などを参照。

データ源:

平成 27 年患者体験調査

資料:

- ¹ Stephanie J. Lee, Leslie R. Schover, Ann H. Partridge, et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. JCO June 20, 2006;2917-2931;published online on May 1, 2006
- ² De Vos M, Smits J, Woodruff TK. Fertility preservation in women with cancer. Lancet. 2014 Oct 4;384(9950):1302-10. doi:10.1016/S0140-6736(14)60834-5. Review.
- ³ Anderson RA, Mitchell RT, Kelsey TW, Spears N, Telfer EE, Wallace WH. Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. Lancet Diabetes & Endocrinol. 2015 Apr 7. pii:S2213-8587(15)00039-X. doi:10.1016/S2213-8587(15)00039-X.
- ⁴ Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Nov;100(5):1224-31. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08.041. Epub 2013 Oct 2.
- ⁵ Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Ovarian tissue cryopreservation: a committee opinion. Fertil Steril. 2014 May;101(5):1237-43. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.052. Epub 2014 Mar 28. Review.
- ⁶ Loren AW, Mangu PB, et al. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31(19):2500-10. doi:10.1200/JCO.2013.49.2678. Epub 2013 May 28.