

指標 A19

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者	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
結果	40.3%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	他施設より紹介を受けて治療を行うことが多い医療機関や、セカンドオピニオン外来を通して治療を開始する患者が多い医療機関では、セカンドオピニオンを受けられることについての説明が行われないことが多い。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「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?」という問いに対し、{1. 説明があった 2. 説明はなかったが、自分や家族からセカンドオピニオンについて質問をした 3. 説明はなく、自分や家族からもセカンドオピニオンについて質問をしなかった 9. わからない / 覚えていない} のうち、無回答と「9. わからない / 覚えていない」と回答した患者を除外。「1. 説明があった」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： 患者が、セカンドオピニオンを知らない場合や、知っていても患者側からは医師に対してセカンドオピニオンの希望を言い出しにくいのは自然であるため、医師からセカンドオピニオンを受けられることが説明されるべきであるという考えに基づく。

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 42.3%、補正值 40.3% であった。

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 説明があった	2,255	42.3%	40.3%
2. 説明はなかったが、自分や家族からセカンドオピニオンについて質問をした	597	11.2%	11.6%
3. 説明はなく、自分や家族からもセカンドオピニオンについて質問をしなかった	2,480	46.5%	48.1%

無回答 214 名、「9. わからない / 覚えていない」の回答 1,183 名を除外した。

都道府県別集計では 24.5%～58.4% (補正值) とばらつきがみられた。

留意点： 他施設より紹介を受けて治療を行うことが多い医療機関や、セカンドオピニオン外来を通して治療を開始する患者が多い医療機関では、セカンドオピニオンを受けられることについての説明が行われないことが多い。

データ源： 平成 27 年患者体験調査

指標 A19a

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	過去1年間におけるセカンドオピニオン外来件数 (セカンドオピニオンとして自費診療がなされたもの)
結果	29,485件	
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。 セカンドオピニオンを希望する患者が、必ずしもセカンドオピニオン外来を通して受診しているとは限らない (一般外来を通して受診する患者もいる)。	

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。がん診療連携拠点病院現況報告において、過去1年間におけるセカンドオピニオン外来件数（セカンドオピニオンとして自費診療がなされたもの）の総件数を指標とした。

指標の根拠： がん患者が納得のいく治療法を選択するために、自分の病状や次の治療方法の選択等について、現在診療を受けている担当医とは別の違う医療機関の医師の意見を聞くことをセカンドオピニオンと呼ぶ¹。セカンドオピニオンを得ることで、より多角的な検討が可能になり、より偏りの少ない選択ができるようになる。がん診療連携拠点病院におけるセカンドオピニオン外来総件数はそのような活動が盛んに行われているかを表す指標になる。

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、全国平均1施設あたりのセカンドオピニオン外来受診件数は72.1件（標準偏差239.5、範囲0-3,065件、中央値13件）であり、全国409施設での1年間の合計件数が20,485件であった。

留意点： セカンドオピニオンを希望する患者が、必ずしもセカンドオピニオン外来を通して受診しているとは限らず、一般外来を通して受診する患者もありえるため、正確な数値の把握は困難である。

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 国立がん研究センターがん情報サービス「セカンドオピニオンを活用する」
<<http://ganjoho.jp/hikkei/chapter2-1/02-01-07.html>>（アクセス2015年3月20日）

指標 A21a

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	抗がん剤のミキシングについて、90%以上wo薬剤師が担っている拠点病院の割合
結果	95.8% （分母の数：409 分子の数：392）	
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、「週末を含め、抗がん剤のすべてのミキシング作業の90%以上を薬剤師が行っている」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 安全で適正な化学療法の実施には、患者の安全性の確保のため、投与量の確実性および無菌性の確保が必要である。また抗がん剤の混合調製時の直接接触や霧状粒子の吸入があると、皮膚炎や発がんのリスクがあることが知られていることから、安全で適正な抗がん剤の提供と、医療従事者の安全確保のため、調製手順および手技、暴露汚染時の対処法等に精通した薬剤師が抗がん剤をミキシングすることが望ましい¹。緊急時の例外的な処置は仕方がないとしても、単純に労務管理を優先させ勤務体制などの理由から週末に若手の医師や看護師に抗がん剤のミキシングをさせるなどの体制を排除することは非常に重要であることから90%以上という基準を設定した。これは、健全な医療安全管理体制を表す指標の一つと考えられて設定された。

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： 医療機関による自己申告調査である。

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 日本病院薬剤師会「抗悪性腫瘍剤の院内取扱い指針 抗がん薬調製マニュアル第3版」2014年7月

指標 A22

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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	27.4% (分母の数：409 分子の数：112)	
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、「5大がん（胃・肺・肝臓・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」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： がん治療は、質の高い手術と個々の患者にとって最適な化学療法や放射線療法によって成り立つが、全身化学療法は適切な使用量の管理と副作用対策などの全身管理が必要となり、内科的知識と技術が必要とされる。さらに、常にアップデートされる膨大なエビデンス、新薬、臨床試験に対する知識や情報を入手し続ける必要がある。それらの業務を、手術療法を担う外科医が手術外の時間に担うことは困難であろうと考えられる。特に手術療法を伴わない転移・再発がんにおいては、内科医が主となって治療を行うことで、より効果的で安全な化学療法を施行することができ、また外科医の負担軽減から精度の高い手術に集中できるというメリットがあると考えられる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。

留意点： 臓器別の結果を指標として測定する予定であったが、現況報告では臓器別に情報を収集していないため、今回は「5大がん」とまとめて報告した。医療機関による自己申告調査である。

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 第 25 回がん対策推進協議会資料「がんの手術・放射線療法に関する委員からの意見のまとめ」〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q42c-att/2r9852000001q45w.pdf>〉（アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A23

拠点病院でカ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：カンサーボード)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	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	カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合
結果	48.0% (393 施設の平均 16 施設で不明のため除外)	
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であるため、カンサーボードの定義が施設により異なる可能性がある。	

詳細

指標の定義： がん診療連携拠点病院現況報告において、「調査年の前年1年間でがんと初めて診断された患者のうち、カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合」に対する回答の平均値を算出した。

指標の根拠： カンサーボードとは、がんの患者の治療方針を多角的に検討した上で決定することを目的に、様々ながん治療 (手術、抗がん剤治療、放射線治療) の専門家を中心に、必要に応じて画像診断、病理診断などを専門とする医師や、看護師、薬剤師などの職種も加わり、患者にとって最善の治療を話し合う検討会議のことを指す¹。特に初回治療の際には、診断の妥当性、進行度などを含めて多方面から各専門家、各職種の視点から最適な治療計画が話し合われることが望ましいという考えに基づく²。

参考： がん診療連携拠点病院現況報告において、「調査年の前年1年間でがんと初めて診断された患者のうち、カンサーボード (多職種かつ多専門科) によって話し合われた患者の割合」は、回答のあった 393 施設の平均値を算出した。

留意点： 範囲 = [0, 100]、四分位範囲 = [20, 75]、中央値 = 50、平均値 = 48.0、標準偏差 = 29.3 「1、2、3、4」と数字1桁で回答した施設は、それぞれ「10%、20%、30%、40%・・・」として計算した。不明と回答した 16 施設は除外。医療機関による自己申告調査である。

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 国立がん研究センター がん情報サービス「カンサーボード」
 <http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/cancer_board.html>
 (アクセス 2015 年 4 月 30 日)

² Wright F, De Vito C, et al. Special report: Multidisciplinary Cancer Conference Standards. June 1, 2006. Clinical Programs and the Program in Evidence-Based Care, Cancer Care Ontario.

指標 A24

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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	48.2% (分母の数 : 409 分子の数 : 197)	
期間	平成 25 年 10 月 1 日～平成 25 年 11 月 30 日	
注	医療機関による自己申告であるため、カンサーボードの定義が施設により異なる可能性がある。	

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、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、もしくは年 26 回以上開催されている施設の割合を算出した。ここでいう合同カンファレンスとは診断および治療方針の質の向上を目的とした他職種、もしくは多臓器専門医を含めたカンファレンスのことで、ほぼカンサーボードと同義である。

指標の根拠： 様々ながん治療 (手術、抗がん剤治療、放射線治療) の専門家を中心に、必要に応じて画像診断、病理診断などを専門とする医師や、看護師、薬剤師などの職種も加わって治療方針を検討することで、患者にとって最善かつ総合的なケアが可能になると期待される^{1,2}。特に必要に応じてではなく、定期的に開催する体制が重要と考えられる。

参考： 2 診療科以上の合同カンファレンス (カンサーボード) が 2 週間に 1 回以上の頻度で定期的実施されている、もしくは年に 26 回以上開催されていると回答した施設は 48.2% (197/409 施設) であった。

留意点： がん診療連携拠点病院現況報告の別紙「カンサーボードの体制、及び開催頻度」にて 2 診療科以上であり、2 職種以上のカンファレンスを合同カンファレンスとして計上した。「放射線治療科、放射線診断科」、「消化器外科、肝胆膵外科」などは同診療科とした。職種に関しては、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、検査技師などを多職種とした。「医師、初期臨床研修医、後期研修医」の記載は同職種として計上した。開催頻度は 2 週間に 1 回以上ではないものの、がん診療に携わる全ての診療科と職種が集まるカンサーボードを開催している施設がある一方で、2 診療科 2 職種の小さいカンファレンスを頻繁に開催している施設もあり、正確な状況が測定できていない可能性がある。より正確に測定するためには、定期合同カンファレンスのより詳細な定義付けを要する。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告 別紙カンサーボードの体制および開催頻度

資料： ¹ 国立がん研究センター がん情報サービス「カンサーボード」
 <http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/cancer_board.html>
 (アクセス 2015 年 4 月 30 日)

² Wright F, De Vito C, et al. Special report: Multidisciplinary Cancer Conference Standards. June 1, 2006. Clinical Programs and the Program in Evidence-Based Care, Cancer Care Ontario.

指標 A24a

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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	99.0% (分母の数：409 分子の数：405)	
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、緩和ケア以外の専門チーム（糖尿病、感染症、栄養、歯科口腔、褥瘡チーム）が 1 つでもあると回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： 臓器系統ごとの縦割りの診療科では、患者の高齢化および治療の多様化に伴って、合併症管理を含めた全身管理に対応困難である。臓器横断的なサポートチームの関与が、がん治療の質の向上と患者の療養生活の質の向上につながるの考えに基づく。

参考： それぞれの臓器横断的専門チームの設置についての回答状況：

- ① 糖尿病の専門チームを整備し、当該糖尿病チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な血糖コントロールを行っているとは回答した施設の割合 53.1% (217/409 施設)
- ② 感染症制御の専門チームを整備し、当該感染症チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な感染症のコンサルテーションを行っているとは回答した施設の割合 93.4% (382/409 施設)
- ③ 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は回答した施設の割合 95.6% (391/409 施設)
- ④ 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は回答した施設の割合 58.0% (237/409 施設)
- ⑤ 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は回答した施設の割合 99.2% (405/409 施設)
- ⑥ 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は回答した施設の割合 96.6% (395/409 施設)

そのうち、緩和ケアチーム以外のチームが 1 つでもあった施設 (405/409 施設) を指標とした。全てが「はい」であった施設は 35.5% (145/409 施設) であった。

留意点： 体制を見ているだけで、チーム医療の内容について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

指標 A25

臓器横断的ながん臨床教育制度がある都道府県がん診療連携拠点病院の割合（臓器横断的教育体制）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	39.1% （分母の数：409 分子の数：160）	
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、「がん患者を診療する 3 つの診療科以上のローテーションを有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」という設問に「はい」と回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： がん診療は、臓器系統ごとの縦割りの診療科でそれぞれではなく、臓器横断的に診療を行うことで、従来の臓器系統の枠にとらわれない集学的診療や幅広い情報提供が可能となる。臓器横断的ながん臨床教育制度は、抗悪性腫瘍薬の扱いや緩和医療を含めたより高度ながん診療を提供できる医療者の育成が可能になるとの考えによる。

がん対策として、特に大学には「放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める」ことが第 2 期がん対策推進基本計画に記載されている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。大学病院（名称に「大学」が含まれる施設）である 91 のがん診療連携拠点病院においては、「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有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」に対し、「はい」と回答した割合は 53.9%（49 施設 / 91 施設）であった。

参考）「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有する臓器横断的ながん臨床教育制度がある」と回答した大学病院一覧

福井大学医学部附属病院	聖マリアンナ医科大学病院
東邦大学医療センター大森病院	獨協医科大学越谷病院
愛媛大学医学部附属病院	藤田保健衛生大学病院
福島県立医科大学附属病院	埼玉医科大学総合医療センター
神戸大学医学部附属病院	筑波大学附属病院
鹿児島大学病院	産業医科大学病院
熊本大学医学部附属病院	弘前大学医学部附属病院
和歌山県立医科大学附属病院	信州大学医学部附属病院
旭川医科大学病院	岩手医科大学附属病院
東北薬科大学病院	北里大学病院
大阪医科大学附属病院	広島大学病院

鳥取大学医学部附属病院	兵庫医科大学病院
慶應義塾大学病院	東京医科大学病院
香川大学医学部附属病院	川崎医科大学附属病院
富山大学附属病院	東北大学病院
東京女子医科大学病院	自治医科大学附属病院
近畿大学医学部附属病院	大阪市立大学医学部附属病院
東京慈恵会医科大学附属柏病院	名古屋市立大学病院
東京医科歯科大学医学部附属病院	順天堂大学医学部附属浦安病院
九州大学病院	日本医科大学付属病院
帝京大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院
東京歯科大学市川総合病院	順天堂大学医学部附属順天堂医院
東海大学医学部附属病院	昭和大学病院
山形大学医学部附属病院	京都府立医科大学附属病院
山口大学医学部附属病院	

留意点： 教育体制上のローテーションは臓器横断的協力の一側面であるが、3診療科以上のローテーションを行うことが必ずしも確立した臓器横断的な臨床教育制度や診療体制が存在することを示しているわけではないことに注意する必要がある。

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」平成 24 年 6 月
 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf>
 (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A25a

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院 (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)	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
結果	25.3% (分母の数 : 293 分子の数 : 74)	
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。設置の有無を問う設問となっており、その内容の評価は考慮されていない。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 6 日時点で 409 のがん診療拠点病院のうち、国立・県立がんセンター、都道府県がん診療拠点病院、大学の名前がついた病院を除いた 293 施設とした。そのうち、がん診療連携拠点病院現況報告において、「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」という設問に対して「はい」と回答した施設の割合を算出した。

指標の根拠： これまで日本の多くの施設において、がん診療は、臓器系統ごとの縦割りの診療科でそれぞれに行われてきたが、臓器横断的に特に化学療法を専門とする腫瘍内科と中心とした診療を行うことで、従来の臓器系統の枠にとらわれない集学的診療や幅広い情報提供が可能となるとの考えによる。

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： がん診療部、腫瘍センターなどの呼称のつく診療部を設置しても、実際の診療実態は診療科ごとに行われていて、集学的診療や臓器横断的な教育を保証するものではなく、その内容や質を加味する指標ではないことに留意する必要がある。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 A26a

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	89.5% （分母の数：409 分子の数：366）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外	

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、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の割合を指標とした。

指標の根拠： 認定看護師とは、高度専門化する特定の看護分野において、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護実践をし、看護職に対しての指導やコンサルテーションを行う看護師という位置付けであり、看護師免許後に実務研修を積んだ看護師が、認定看護師教育機関（課程）を修了し、認定審査を経て認められる資格である。がん化学療法看護認定看護師は、がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理、副作用症状の緩和およびセルフケア支援に特化した資格であり、がん看護現場において水準の高い看護実践を可能にする¹。

参考： 2013 年がん診療連携拠点病院現況報告では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の割合は 83.6%（332 施設 / 397 施設）であった。

参考）平成 26 年現況報告にて、常勤のがん看護専門看護師¹が 1 名以上いる拠点病院の割合は 57.0%（233 施設 / 409 施設）、常勤のがん性疼痛看護認定看護師¹が 1 名以上いる拠点病院の割合は 52.3%（214 施設 / 409 施設）であった。

留意点： 非常勤は除外した。資格関連の指標全般に言えるが、対象となっている資格の内容の担保体制や、有資格者が資格を生かす配属がなされているかは別問題である。

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 公益社団法人日本看護協会「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
 <<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>>（アクセス 2015 年 4 月 9 日）

指標 A26b

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	75.8% （分母の数：409 分子の数：310）	
期間	平成26年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外	

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、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名以上配置しており、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¹、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²、がん薬物療法認定薬剤師³のいずれかであると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 高度化するがん治療の進歩に伴い、がん薬物療法等について高度な知識・技術と臨床経験を備える薬剤師が、その専門性を生かすことで良質かつ安全な医療を提供することが可能になるとの考えに基づく。

参考： 平成26年がん診療連携拠点病院現況報告では、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名以上配置しており、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と回答した施設の割合は75.8%（310/409施設）であった。内訳は以下の通り。

- ・ 専任（または専従）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名以上配置していると回答した施設（404/409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（120/409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1名以上いる施設（58/409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1名以上いる施設（262/409施設）

以前のがん診療連携拠点病院現況報告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名以上配置しており、かつ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は83.1%（330施設/397施設）であった。

- ・ 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（396/397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は（331/397施設）

留意点： 非常勤は除外する。資格関連の指標全般にいえるが、対象となっている資格の内容の担保体制や、有資格者が資格を生かす配属がなされているかは別問題である。

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 一般社団法人 日本医療薬学会 「がん専門薬剤師認定制度」
<<http://www.jsphcs.jp/senmon-g/01.php>> (アクセス 2015 年 4 月 15 日)
- ² 一般社団法人 日本病院薬剤師会 「がん専門薬剤師認定申請資格」
<<http://www.jshp.or.jp/senmon/senmon1-2.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)
- ³ 一般社団法人 日本病院薬剤師会 「がん薬物療法認定薬剤師認定申請資格」
<<http://www.jshp.or.jp/senmon/contents/gan-01.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A26c

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	96.3% （分母の数：409 分子の数：394）	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。専任または専従とした。非常勤は除外。	

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、「放射線治療部門の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治療施設の割合」を算出した。

指標の根拠： 高度化するがん治療の進歩に伴い、がん放射線療法や病状について高度な知識・技術と臨床経験を備える看護師が、その専門性を生かすことで良質で安全かつ確実な医療を提供することが可能になるとの考えに基づく。具体的には、放射線治療計画から、治療過程に生じる副作用を予測し、適切な症状マネジメントや予防的ケアを行い、また患者家族の心理、社会問題のアセスメントなどを行うことが期待される¹。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、2012 年に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と回答した施設は 55.0%（225/409 施設）、放射線治療室に専従常勤看護師が 1 名以上配置されていると回答した施設は 61.1%（250/409 施設）であり、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と回答した施設は 93.3%（394/409 施設）であった。

参考）平成 26 年がん診療連携拠点病院現況報告にて、常勤のがん放射線療法看護認定看護師¹が 1 名以上いると回答した拠点病院の割合は 31.8%（130 施設 / 409 施設）であった。

留意点： 専従とは、その他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも 8 割以上当該業務に従事している者を指し、専任とは他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも 5 割以上 8 割未満、当該業務に従事している者を指す²。専従は専任より条件が厳しいため、専任または専従とした。非常勤は除外した。

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「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>（アクセス 2015 年 4 月 16 日）

² 厚生労働省 健発 0110 第 7 号「がん診療連携拠点病院等の整備について」
 平成 26 年 1 月 10 日 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf
 （アクセス 2015 年 5 月 1 日）

指標 A26d

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	77.0% (分母の数：409 分子の数：315)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。非常勤は除外。	

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、日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医が常勤で 1 名以上配置されていると回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： 放射線治療専門医とは、放射線科専門医を基盤として、放射線治療の効果、照射術式とその計画、有害事象、治療前中後の管理などについての専門知識と診療技術を駆使して適正な放射線治療を実施する専門医として認定された医師のことである¹。放射線治療専門医を配置することによって、特にがん領域の手術や抗がん化学療法の併用などの集学的治療および放射線の安全管理に関する広い知識を活かして安全で質の高いがん治療を提供することができるとの考えに基づく。

参考： 以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、日本放射線腫瘍学会もしく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は 72.0% (286 施設 / 397 施設) であった。

留意点： 非常勤は除外

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 日本医学放射線学会「放射線治療専門医について」
 <<https://www.jastro.or.jp/aboutdoctor/recognition.php>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A26e

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
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。	

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、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医もしくは指導医が 1 名以上いると回答した拠点病院の割合を指標とした。

指標の根拠： がん薬物療法専門医とは、質の高い臓器横断的ながん薬物療法を安全かつ適切に行うだけでなく、がん薬物療法の質の向上を目指して、がんの基礎医学、臨床薬理学の知識を有し、臨床試験や研究への関与や、緩和治療を含めた支持療法の提供、セカンドオピニオンやコンサルテーションの対応などを行うことを目的とした専門医制度である¹。がん薬物療法専門医が配置されることによって、より質の高い化学療法が施行できるとの考えによる。

参考： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告では、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 220/409 施設、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法指導医が常勤で 1 名以上いると回答した施設は 95/409 施設であった。以前のがん診療連携拠点病院現況報告では、平成 25 年に日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医と指導医のいずれかが常勤 1 名以上いる施設は 44.6% (177/397 施設)、2014 年は 56.0% (229/409 施設) と増加傾向となった。

留意点： この指標では、日本がん治療認定医機構のがん治療認定医² はカウントしていない。

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 特定非営利活動法人 日本臨床腫瘍学会 「日本臨床腫瘍学会が求めるがん薬物療法専門医」 <<http://www.jsmo.or.jp>> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

² 一般社団法人 日本がん治療認定医機構 「がん治療認定医とは」 <http://www.jbct.jp/sys_auth_outline.html> (アクセス 2015 年 4 月 23 日)

指標 A26f

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	37.4% (分母の数 : 409 分子の数 : 153)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。がんのリハビリテーションと限定した指標ではない。	

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、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が 1 名以上いると回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 喉頭切除や四肢の切断など、身体機能に影響を及ぼす侵襲性の高い手術を受ける患者にとってリハビリテーションは術後の回復と身体機能の改善、QOL の向上、そして精神的な苦痛の軽減のために必要とされる治療の重要な側面である¹。このような特殊な治療を受ける患者以外のがん患者においても、手術における呼吸リハビリをはじめ、治療に応じたリハビリテーションを行うことで様々な合併症の予防、倦怠感の軽減、QOL の向上など、身体・精神的に良い効果があると報告されている²⁻⁵。そのため、がん患者の治療を行う医療機関においては、リハビリテーション専門医が配置されていることが望ましいと考えられる。

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。

留意点： がんのリハビリテーションと限定した指標ではない。

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 がん情報サービス「リハビリテーション」
<http://ganjoho.jp/public/dia_tre/rehabilitation/index.html>(アクセス 2015 年 5 月 1 日)
 - 2 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 2013 年 4 月「がんのリハビリテーションガイドライン」
 - 3 Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD006145. doi:10.1002/14651858.CD006145.pub3.
 - 4 Mishra SI, Scherer RW, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD007566. doi:10.1002/14651858.CD007566.pub2.
 - 5 Singh F, Newton RU, Galvão DA, Spry N, Baker MK. A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients. Surg Oncol. 2013 Jun;22(2):92-104. doi:10.1016/j.suronc.2013.01.004. Epub 2013 Feb 19.

指標 A26g

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院	病棟薬剤業務実施加算を算定している拠点病院の割合
結果	32.0% （分母の数：409 分子の数：131）	
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。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。がん診療連携拠点病院現況報告において、病棟薬剤業務実施加算が平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間、1 件以上と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 病棟薬剤業務実施加算は、病棟専任の薬剤師が勤務医の負担軽減に資する病棟薬剤業務を 1 病棟 1 週間につき 20 時間相当以上実施した場合に算定できる加算である¹。病棟薬剤業務とは、患者の医薬品投薬状況・副作用歴の把握、持参薬の確認、医薬品安全性情報の収集と周知、多剤併用時の相互作用の確認、流量や投与量の管理、ハイリスク医薬品の使用時に患者に対する説明などがあり、その他に「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成 22 年 4 月 30 日医政発 0430 第 1 号）で定められた次の業務（③、⑥、⑧以外）の努力義務が算定要件とされている^{1,2}。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオードグについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

これらの業務の具体例は日本病院薬剤師会が事例集を提供している³。
病棟薬剤業務実施加算は、薬剤師が患者の薬剤に関連する状況を把握し、より安全な投与を医師に提案することで病棟の医療従事者の業務を支援し、勤務医の負担を軽減し、チーム医療を推進させるだけでなく、患者に提供される医療の質改善に貢献されると期待されている³。

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。加算件数が 0 であった 278 施設を除外した 131 施設では、加算件数の平均は 15,789.3 件（標準偏差 14,719.8）、中央値 11,963、範囲 [17 ~ 75,899] であった。

留意点：医療機関による自己申告調査である。

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 診療点数早見表 2014 年 4 月版 医学通信社
 - ² 医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」平成 22 年 4 月 30 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)
 - ³ 日本病院薬剤師会 「医政発 0430 第 1 号「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」日本病院薬剤師会による解釈と実践事例 (Ver.2.0)」平成 26 年 4 月 27 日 <<http://www.jshp.or.jp/cont/14/0417-2-1.pdf>> (アクセス 2015 年 5 月 1 日)

指標 A27

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)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	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
結果	55.3% (分母の数 : 409 分子の数 : 226)	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。整備状況を問う指標であり実施状況は考慮されていない。	

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。がん診療連携拠点病院現況報告において「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」、「標準化された口腔ケアを行うためのプロトコルがある」という問いに、それぞれ「はい」と回答した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 化学療法や頭頸部の放射線療法により、口腔粘膜炎、口内炎、潰瘍、口腔内感染症、味覚知覚異常、唾液分泌障害など、がん治療を受ける患者には様々な口腔合併症が発生する。これらの合併症は、激しい疼痛や味覚障害をもたらし、食事摂取や嚥下、会話が困難になるなど、患者の QOL を著しく低下させてしまう。さらに口腔衛生は手術療法を受ける患者にとっても、肺炎などの術後合併症のリスクを低下させる効果がある¹。そのためがん治療の支持療法の一環として口腔内アセスメントと口腔ケアを標準的診療として提供できるように、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整備されることが望まれる^{2,3}。

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、「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」に対して「はい」と回答した施設は 236 施設 / 409 施設 (57.7%)、「標準化された口腔ケアを行うためのプロトコルがある」に対して「はい」と回答した施設は 245 / 409 施設 (59.9%) であった。

留意点： 医療機関による自己申告調査である。プロトコルの整備状況を問う指標であり、実施状況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 国立がん研究センター 「全国共通がん医科歯科連携講習会テキスト」

<http://ganjoho.jp/professional/med_info/koshukai_text.html>

(アクセス 2015 年 5 月 1 日)

² Quinn B, Potting CM, et al. Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. Eur J Cancer. 2008 Jan;44(1):61-72. Epub 2007 Nov 7.

³ MASCC/ISOO Mucositis Guidelines

<http://www.mascc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=166>

(アクセス 2015 年 5 月 1 日)