

指標 C6

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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	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)	「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
結果	89.6%	
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	

詳細

指標の定義： 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。）」という問いで、{1. 十分提供した 2. ある程度提供した 3. どちらともいえない 4. あまり提供しなかった 5. まったく提供しなかった 9. 情報を欲しいと思わなかった}のうち、「1. 十分提供した」または「2. ある程度提供した」と回答した患者の割合を指標とした。

指標の根拠： すべての医療行為にはリスクが伴う。特にがんに対する治療は一つではなく複数選択肢が存在することも多く、利益、不利益を考慮して方針を決定することが重要である。そのためには治療を行う施設において、治療開始前に十分に情報提供がなされることが必要である。しかし、実際には医療者は情報提供したつもりであっても、患者にとっては、専門用語、前提知識などの問題から理解が難しいことも多いと言われる。その実態把握と改善の進捗を知るために本指標が設定された。

参考： 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。）（○は 1 つ）

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 十分提供した	3,464	53.6%	54.3%
2. ある程度提供した	2,289	35.4%	35.3%
3. どちらともいえない	395	6.1%	5.6%
4. あまり提供しなかった	222	3.4%	3.3%
5. まったく提供しなかった	93	1.4%	1.5%

無回答 200 名、「9. 情報を欲しいと思わなかった」66 名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C6b

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）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん診療連携拠点病院の相談支援センター	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
結果	100%	
期間	平成 26 年	
注	医療機関による自己申告。達成率が 100% であるため、内容や効果を評価する指標の開発が望まれる。	

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、「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」、または市民講演会を 1 年に 1 回以上開催していると報告した施設の割合を指標とした。

指標の根拠： 患者とその家族のニーズが多様化する中で、全国のがん診療連携拠点病院が患者と共同して対応していくことが大切であり、医療の提供者・受療者という個別の立場だけではない、広く関連知識を集める場、医療者 / 患者が交流する場を持つことが求められている。本指標はその実態を把握するためのものである。

参考： 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は 408 施設 / 409 施設、市民講演会を 1 年（平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日の間）に 1 回以上開催している施設は 383 施設 / 409 施設であった。

留意点： 達成率が 100% であるため、内容や効果を評価する指標の開発が望まれる。

データ源： 平成 26 年 がん診療連携拠点病院現況報告

指標 C10e

拠点病院のがん患者のうち、治療中に社会からのがんに対する偏見を感じた者の割合（偏見）

	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	「治療中、社会からのがんに対する偏見を感じた」と答えた患者の割合
結果	10.6%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	偏見を感じた患者の割合。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 39: あなたは、周囲（家族、友人、近所の人、職場関係者など）の人からがんに対する偏見を感じますか？」という問いに対し、「1. よく感じる 2. ときどき感じる 3. どちらともいえない 4. あまり感じたことはない 5. まったく感じたことはない 9. 該当しない / わからない」のうち、「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を指標とした。無回答は分母より除外。

指標の根拠： 病気になった者に対して、社会は支援の手をさしのべるべきである。しかし、残念ながら病気を個人の責任とし、さらにはその原因を個人の行動のみに求めてよからぬ評価をしたり、遺伝性・家系のもので差別することもある。そのようなことが根絶された社会が、安心できる社会、成熟した社会である。本指標はがん対策推進基本計画の全体目標「安心して暮らせる社会」に通ずる指標として、フォーカスグループインタビューで挙げられた。なお、社会からの偏見には、家族からの偏見も含まれるため、周囲の定義に家族、友人、近所の人、職場関係者などを含めるとした。

参考： 問 1 で記入者が「1. 患者本人」と回答した 5,234 名の問 39 の分布
問 39. あなたは、周囲（家族、友人、近所の人、職場関係者など）の人からがんに対する偏見を感じますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. よく感じる	95	1.9%	2.2%
2. ときどき感じる	479	9.4%	8.4%
3. どちらともいえない	564	11.1%	10.1%
4. あまり感じたことはない	2,001	39.3%	40.6%
5. まったく感じたことはない	1,743	34.3%	35.0%
6. 該当しない / わからない	206	4.1%	3.7%

無回答 146 名を除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C11a

拠点病院のがん患者の臨床試験への認知度

	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	臨床試験に関して、「よく知っている」と答えた患者の割合
結果	8.5%	
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「問 33.「臨床試験」とは何か知っていますか？」という問いに対し {1. よく知っている 2. ある程度知っている 3. 聞いたことはあるが、あまり知らない 4. 聞いたことがない} のうち、「1. よく知っている」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がんの治療の進歩に臨床試験は欠かせない。臨床試験への参加は患者の意思によるものであり、そのためにはまず出発点として、患者が臨床試験をよく知ることが重要である。指標を設定するパネルの議論では「説明ができるレベル」まで知識がある人が増えることが望ましい、という意見でコンセンサスが得られた。しかし、質問項目のパイロット調査においては、実際に「説明ができるレベル」にあっても、回答者の性格傾向や、謙虚さを美德とする社会傾向 (Social Desirability) によりそのような回答はしづらい、との意見があり、「よく知っている」という表現にとどめた。

参考： 問 33.「臨床試験」とは何か知っていますか？ (○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. よく知っている	531	8.6%	8.5%
2. ある程度知っている	2,103	34.1%	35.7%
3. 聞いたことはあるが、あまり知らない	3,188	51.6%	50.5%
4. 聞いたことがない	354	5.7%	5.3%

無回答 553 名は除外。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。また、質問の方法・表現・選択肢の設定によって「よく知っている」の割合は大きく変化する可能性がある。実際、平成 26 年の内閣府の「がん対策に関する世論調査」は一般人を対象とするもので、臨床試験を「よく知っている」と答えた者の割合は 43.1% である。この調査が対面調査であることや、選択肢が「よく知っている」「言葉だけは知っている」「知らない」のみであったことが影響していると考えられる。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C14

がん休職後の復職率（復職）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がんで休職した人（のうち復職を希望した人）のサンプル	治療後に復職した人の割合
結果	84.5%	
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	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？」という問いに対し、「はい」と回答し、「問 27: がんで初めて治療・療養した時、一定期間仕事を休みましたか？また、その後復職・復帰しましたか？」という問いに対し、「2. 現在まで継続して休んでいる」、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」、「4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した」と回答した患者を対象（分母）とした。このうち、問 27 で「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がん患者の生存率が向上していく中で、就労が可能な患者も増えているとされている。仕事は社会との関わりを保つ意味でも重要であり、また、がん治療に経済的負担が考えられることから、就労を希望する患者が働ける社会を構築することは重要である。本指標はそのような状況が達成されているかを吟味するため、就労希望者のうち実際に復職した者の割合を算定した。

参考： 問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 27 の分布

問 27. がんで初めて治療・療養した時、一定期間仕事を休みましたか？また、その後復職・復帰しましたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. 休まなかった	348	11.8%	12.7%
2. 現在まで継続して休んでいる	68	2.3%	2.1%
3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した	1,904	64.6%	63.2%
4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した	276	9.4%	9.6%
5. 一定期間の休みをとることなく、退職・廃業した	320	10.9%	11.5%
6. その他	32	1.1%	1.0%

無回答 54 名は除外。

指標は、問 24 で「1. はい」かつ問 27 で「2. 現在まで継続して休んでいる」、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」、「4. 一定期間休み、その後、一度も復職・復帰せずに退職・廃業した」と回答した 2,248 名のうち、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した患者 1,904 名の割合を算定。粗解析値 84.7%、補正值 84.5% であった。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

データ源： 平成 27 年 患者体験調査

指標 C15

がん治療のために退職した患者のうち新規就労した者の割合

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がんで退職した人のサンプル (休職後、退職を含む)	治療後に新規就労を希望した人のうち新規就労した人の割合
結果	47.2%	
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、「問 24: がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？」という問いに対し、「はい」と回答し、「問 28. これまでのがん治療・療養を通して、退職・廃業の有無と現在の仕事の状況について、あてはまるものをお答え下さい。」という問いに対し、「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」または「3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない」と回答した患者を対象(分母)とした。このうち、「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」と回答した患者の割合を指標とした。無回答は除外。

指標の根拠： がんの治療のために一度仕事から離れた(退職・廃業)患者が、再度就労を希望した際に、がんの既往があるために採用時、雇用時に差別を受けることがないようにすることは、がん対策推進基本計画¹に記載されている事項となっている。このように、がん対策の目指すべきアウトカムの1つであるという考えに基づいて本指標が設定された。

問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか？ (○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

参考： 問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 28 の分布
問 28. これまでのがん治療・療養を通して、退職・廃業の有無と現在の仕事の状況について、あてはまるものをお答え下さい。(○は1つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 退職・廃業したことはない (休職・休業中で退職・廃業していない場合を含む)	1,810	63.6%	63.9%
2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している	253	8.9%	7.4%
3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない	240	8.4%	8.3%
4. 退職・廃業した。特に希望はないため、現在は再就職・復業・開業していない	403	14.2%	16.0%
5. その他	142	5.0%	4.4%

無回答 154 名を除外。

指標は、問 24 で「1. はい」かつ問 28 で「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」または「3. 退職・廃業した。希望はあるが、現在は再就職・復業・開業していない」と回答した 493 名のうち、問 28 で「2. 退職・廃業したことがあるが、現在は再就職・復業・開業している」と回答した患者 253 名の割合を算定。粗解析値 51.3%、補正值 47.2% であった。

留意点： サンプル法を反映した補正值を表示。

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 5 月 7 日)

指標 C16

治療にかかる費用のために治療を変更・断念した患者の割合 (がん診療による経済負担)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん患者サンプル	経済的な負担のために治療を変更・断念したと返答した患者の割合
結果	0.68%	
期間	平成 27 年 1 月～平成 27 年 3 月	
注	代替医療や民間療法、エビデンスがなく保険適応になっていない治療など、公的医療保険外の治療をあきらめた患者はカウントしていない。	

詳細

指標の定義： 患者体験調査において、「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、かつ「問 21: 治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか？」という問いで {1. 公的医療保険外の治療 (先進医療を含む) 2. 公的医療保険内の治療 9. わからない} のうち、「2. 公的医療保険内の治療」と回答した患者の割合を指標とした。無回答患者、「9. わからない」と回答した患者は分母より除外。

指標の根拠： 経済的負担のために公的医療保険内のがん治療を変更したり、断念したりすることがないようにするのは、がん対策推進基本計画の全体目標である「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」¹ へとつながる重要な要素である。

参考： 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？(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. ある	175	2.65%	2.66%
2. ない	6,431	97.35%	97.34%

無回答 123 名は除外。

問 20 で「1. ある」と回答した 175 名の問 21 の分布

問 21. 治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか？

(○は 1 つ)

選択肢	回答者	% (粗解析値)	% (補正值)
1. 公的医療保険外の治療 (先進医療を含む)	102	66.7%	71.8%
2. 公的医療保険内の治療	51	33.3%	28.2%

無回答 5 名、「9. わからない」17 名を除外。

指標は、問 20 を回答した 6,606 名のうち、問 21 で公的医療保険内の治療と回答した患者 51 名の割合を算定。粗解析値 0.77%、補正值 0.68% であった。

留意点： 調査に回答した患者のうち、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、治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は公的医療保険内の治療であると回答した患者の割合。公的医療保険外の治療 (代替医療や民間療法、エビデンスがなく保険適応になっていない治療など) をあきらめた患者については、その範囲を限定することが困難であるため、本指標においては計上していない。
サンプル法を反映した補正值を表示。

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 5 月 7 日)

指標 C19a

就労とがん治療を両立させるために勤務先から支援が得られたがん患者の割合（企業による就労支援体制）

	対象（分母）	算出法（分子）
指標	がん患者（がんになったときに就労していた者）	治療中、勤務先によるがん治療と就労の両立の支援がなされている、と感じた者の割合
結果	68.3%	
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、「問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？」という問いに対し、「はい」と回答した患者のうち、「問 26: がんの治療中に、治療と仕事を両方続けられるような支援または配慮を職場や仕事上の関係者から受けたと思いますか？」という問いで、{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。無回答は除外。

指標の根拠： がん患者の増加と医療の進歩により、治療をしながら働き続けるがん患者は年々増加している。就労と治療を両立させることは、経済的に困難な状況に陥るのを防ぐだけでなく、患者本人のアイデンティティや生きがいに大きく影響を与え、QOL の向上をもたらす。勤務先での理解と支援を得られることの重要性は、がん対策推進基本計画¹の個別施策にも明記され（「事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい」）、全体目標である「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」にとって重要な要素である。勤務先により時短勤務、在宅勤務、休業補償など様々な制度がある場合と、制度自体はなくても状況に応じて個々の勤務者に臨機応変に対応している場合とがあり、制度自体が存在していても、治療と就労の両立が困難な状況があると考えられる。がん患者が必要とする就労支援は、非常に個別性が高く、時間とともに状況も変化するため²、この指標では、「企業が何らかの制度を設けているか」ではなく、「患者が治療と就労を両立するための支援を受けたと思うか」に焦点をあて、よりアウトカムに近い設問を指標としている。

参考： 問 24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. はい	3,002	45.8%	43.4%
2. いいえ	3,556	54.2%	56.6%

無回答 171 名は除外。

問 24 で「1. はい」と回答した 3,002 名の問 26 の分布

問 26. がんの治療中に、治療と仕事を両方続けられるような支援または配慮を職場や仕事上の関係者から受けたと思いますか？（○は 1 つ）

選択肢	回答者	%（粗解析値）	%（補正值）
1. そう思う	1,457	50.6%	50.5%
2. ややそう思う	495	17.2%	17.8%
3. どちらともいえない	324	11.3%	11.1%
4. あまりそう思わない	101	3.5%	3.3%
5. そう思わない	311	10.8%	10.9%
9. わからない	193	6.7%	6.5%

無回答 121 名を除外。

- 留意点：** サンプル法を反映した補正值を表示。
- 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 5 月 7 日)
 - ² 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 (H22- がん臨床 - 一般 -008) 「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」 班 (主任研究者 高橋都) 「企業 (上司・同僚、人事労務、事業主) のための『がん就労者』支援マニュアル」
<<http://www.cancer-work.jp/tool/index.html>> (アクセス 2015 年 5 月 7 日)

緩. 緩和分野

指標 緩 1

(死亡場所) 死亡場所 (自宅)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全がん死亡者	がん患者の自宅死亡割合
結果	9.6%	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム・介護老人保健施設) に含まれている可能性がある。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は、人口動態調査結果「死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率」より死因「悪性新生物」の総数とし、そのうち死亡場所が「自宅」の割合を指標とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死 (good death) に対する重要な要素である¹。また、がん患者遺族では、88% が療養場所として自宅を希望し、68% が死亡場所として自宅を希望したことが示されている²。在宅療養や在宅看取りを可能とするためには、緩和ケアが地域全体で提供される必要がある³⁻⁸。がん患者にとっての good death と地域緩和ケア提供体制を間接的に把握するための指標とした。

参考： がんによる死亡者の自宅死亡割合は、平成 21 年 7.8%、平成 23 年 8.2%、平成 24 年 8.9%、平成 25 年 9.6% であった。

留意点： グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム) に含まれている可能性がある。

データ源： 平成 25 年 (2013) 人口動態調査

- 資料：**
- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol.* 2007 Jun;18(6):1090-7.
 - Choi JI, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer.* 2010 Nov;18(11):1445-53.
 - Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol.* 2013 Jun;14(7):638-46.
 - Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. *Lancet* 2000, 356:888-893.
 - Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002, 24:53-63.
 - Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001, 19:3884-3894.
 - Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997, 43:1983-1992.
 - Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, Coulson K, Jeffery E, Preston S, Eichholz M, Van Dijk JP, Smith A. Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2009, 38:483-495.

指標 緩 2

(死亡場所) 死亡場所 (施設)

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全がん死亡者	がん患者の施設死亡割合
結果	2.2%	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム・介護老人保健施設) に含まれている可能性がある。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は、人口動態調査「死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率」より死因「悪性新生物」の総数とし、そのうち死亡場所が「介護老人保健施設」および「老人ホーム」の合計割合を指標とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「患者やその家族の意向に応じた在宅医療の提供体制を整備する」という観点から、がん患者の自宅死亡割合と併せて、施設死亡割合が指標となった。希望する療養場所や希望する死亡場所で過ごすことは、望ましい死 (good death) に対する重要な要素である¹。高齢単身世帯の割合が増加していることを踏まえ²、高齢単身者の自宅に代わる療養場所として老人ホームや介護老人保健施設を想定し、自宅死亡割合と併せて施設死亡割合を指標とした。

参考： がんによる死亡者の施設死亡割合は、平成 21 年 1.2%、平成 23 年 1.6%、平成 24 年 2.0%、平成 25 年 2.2% であった。

留意点： グループホームでの死亡が、死亡診断書の記載者によって、自宅ではなく施設 (老人ホーム) に含まれている可能性がある。

データ源： 平成 25 年 (2013) 人口動態調査

資料： ¹ Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol. 2007 Jun;18(6):1090-7.

² 総務省 国勢調査 <<http://www.e-stat.go.jp/>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 3

(医療用麻薬の利用状況) 主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	(絶対値)	主要な医療用麻薬 (経口モルヒネ + 経腸モルヒネ + 経口オキシコドン + 経皮フェンタニル) の消費量 (kg/年)
結果	4,915kg	
期間	平成 25 年 1 月 1 日～平成 25 年 12 月 31 日 (2013)	
注	がん患者の疼痛緩和に用いる医療用麻薬の算出可能データとして、「主要な医療用麻薬 (モルヒネ・オキシコドン・フェンタニルのモルヒネ換算 (g) の全消費量」から「周術期の鎮痛薬として使用されることも多いフェンタニル注射液年間消費量 モルヒネ換算 (g)」を除いた数値を代理指標とする。	

詳細

指標の定義： 医療用麻薬の剤形別の全国消費量を把握することが困難であり、現時点で測定可能な数値として、A) がん患者の疼痛緩和に用いる主要な医療用麻薬 (モルヒネ + オキシコドン + フェンタニル) の年間合計消費量 モルヒネ換算 (g) から、B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算 (g) を引いた数値 A) - B) とした。フェンタニル注射液は、周術期の鎮痛薬として使用されることも多いため、がん疼痛緩和に用いる主要医療用麻薬の全消費量から除いた数値を代理指標とした (表記は kg 単位)。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る」という観点から、医療用麻薬の消費量が指標となった。医療用麻薬の消費量は、国単位の国際比較で用いられる場合はあるが¹、指標としては法規制の指標 (医療用麻薬が使用できるかどうか) と考えられており、国内の同じ法規制下にある状況下で、施設単位、地域単位の国内のがん疼痛管理の指標として用いることができるかどうかは検討課題となっている²。指標となりがたい理由には、患者自身のアウトカム評価ではない、疼痛緩和や緩和ケアの体制のみではなく病院の特性 (疼痛のある進行がん患者をよく診るかどうかが影響する、適切な治療をすれば医療用麻薬の消費量は減少する、オピオイド消費量と鎮痛の質は比例関係にないなどが挙げられている。しかしながら、現時点でがん疼痛治療の客観的な指標としてほかに適切な指標がないため、がん疼痛治療に用いる主要な医療用麻薬の消費量を指標とした。

参考： A) がん患者の疼痛緩和に用いる主要な医療用麻薬 (モルヒネ + オキシコドン + フェンタニル) の年間合計消費量 モルヒネ換算 (g) から、B) フェンタニル注射液 年間消費量 モルヒネ換算 (g) を引いた数値は、平成 22 年 5,057,716g、平成 23 年 4,978,341g、平成 24 年 4,913,283g、平成 25 年 4,914,598g であった。

留意点： がん疼痛緩和の質を評価する方法については、研究班²の研究結果を踏まえて検討していく必要がある。

データ源： 厚生労働省

資料： ¹ 国際麻薬統制委員会 (INCB : International Narcotics Control Board)
Available from: <<https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/index.html>>
(アクセス 2015 年 9 月 1 日)

² 厚生労働省「第 47 回がん対策推進協議会」資料 4 : 「がん診療連携拠点病院におけるがん疼痛緩和に対する取り組みの評価と改善に関する研究」班の成果について
Available from: <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gan-taisakukenkouzoushinka/0000076624.pdf>> (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 4

(緩和ケア専門サービスの普及) 専門的緩和ケアサービスの利用状況

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	全医療機関	過去1年間に緩和ケア病棟・院内緩和ケアチーム・緩和ケア外来・(機能強化型)在宅療養支援診療所・(機能強化型)訪問看護ステーションを利用したがん患者数(延べ数)
結果	<p style="text-align: center;">56,655 緩和ケアチーム新規診療症例数</p> <p style="text-align: center;">21,109 緩和ケア外来新規診療症例数</p>	
期間	平成25年1月1日～平成25年12月31日(2013)	
注	<p>医療機関による自己申告。</p> <p>専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院の現況報告緩和ケアチーム年間新規症例数、緩和ケア外来年間新規症例数で代理指標とする。</p>	

詳細

指標の定義： 専門的緩和ケアサービスについては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを含めて、どのように定義するかが未確立である。測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院現況報告における「緩和ケアチームによる年間新規診療症例数」と「緩和ケア外来の年間新規診療症例数」の各合計を代理指標とした。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。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「拠点病院を中心に緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケア提供体制の整備と質の向上」という観点から、専門的緩和ケアサービスの利用状況が指標となった。標準的疼痛治療法であるWHO方式がん疼痛治療では、鎮痛が得られない患者が1～3割おり、専門的緩和ケアサービスが、患者の疼痛緩和に寄与することが示されている¹⁻⁶。本指標は、専門的緩和ケアサービス機能の稼動状況を把握するため、利用者数を指標とした。海外でも専門的緩和ケアサービスの指標の一つとして、緩和ケアの専門家へのコンサルテーション数が推奨されている⁷。

参考： 政府統計、医療施設調査では、1カ月間（9月）の緩和ケアチームの新規依頼件数は平成20年3,453（612施設）、平成23年5,191（861施設）であった。

医療施設調査：緩和ケアの状況		平成20年	平成23年
緩和ケア病棟	9月中の取扱患者延数	70,542	87,483
緩和ケアチーム	9月中の患者数	16,349	23,374
	（再掲）新規依頼患者数	3,453	5,191

平成26年がん診療連携拠点病院現況報告では、以下のとおりであった（397施設/409施設）。

（平成25年1月1日～平成25年12月31日）	平成25年
緩和ケアチーム：年間新規診療症例数	56,655
緩和ケア外来：年間新規診療症例数	21,109

留意点： 現時点で測定可能な指標として、がん診療連携拠点病院現況報告の「緩和ケアチームによる年間新規診療症例数」と「緩和ケア外来の年間新規診療症例数」を用いた代理指標であり、全医療機関の合計ではない。

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 Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer*. 1999;85(8):1849-58.
- ² Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995;63(1):65-76.
- ³ Azevedo Sao Leao Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1086-93.
- ⁴ Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, Douglas HR, Norman CE. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(2):96-106.
- ⁵ Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*. 1998;12(5):317-32.
- ⁶ Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299(14):1698-709.
- ⁷ Weissman DE, Meier DE, Spragens LH. Center to Advance Palliative Care palliative care consultation service metrics: consensus recommendations. *J Palliat Med*. 2008 Dec;11(10):1294-8.

指標 緩 5

(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

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師	緩和ケア領域の専門分野の仕事に専任および専従として従事している割合
結果	56.0% がん看護専門看護師 62.4% 緩和ケア認定看護師 50.3% がん性疼痛認定看護師	
期間	平成 26 年 8 月～9 月 (2014)	
注	医療機関による自己申告。	
	がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師の中で「業務全体の中で、緩和ケアはどのくらいの割合を占めますか」の問いに 50% 以上と回答した割合。	

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は平成 26 年 8 月 22 日時点で公益社団法人日本看護協会に登録されている、がん看護専門看護師 (514 名)、緩和ケア認定看護師 (1652 名)、がん性疼痛看護認定看護師 (747 名) のうち、緩和ケアを提供することが「ある (間接的に提供する場合も含む)」と回答した看護師のうち、「あなたご自身の業務全体の中で、緩和ケアはどのくらいの割合を占めますか。」という問いに、50% 以上と回答した割合とした。本指標における専任とは、業務全体の中で緩和ケアに関する業務に 50～80% 従事するとし、専従とは、業務全体の中で緩和ケアに関する業務に 80% 以上従事するとした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、がん看護専門看護師・認定看護師等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る」という観点から、専門・認定看護師の専門分野への配置が指標となった。がん診療連携拠点病院の指定要件では、緩和ケア提供体制の整備のため、緩和ケアチームまたは緩和ケアセンターに、公益社団法人日本看護協会が認定するがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師のいずれかを専従として配置することが示されており¹、その配置状況を把握するための指標とした。

参考： 平成 26 年 8～9 月に公益社団法人日本看護協会が実施した調査結果を示す。

業務全体の中で占める緩和ケアの割合	がん看護専門看護師 (n=173)	緩和ケア認定看護師 (n=618)	がん性疼痛認定看護師 (n=249)
1-19%	15.6%	13.4%	18.5%
20-49%	27.2%	23.3%	30.1%
50-79%	25.4%	20.2%	17.7%
80-99%	21.4%	20.2%	16.5%
100%	9.2%	22.0%	16.1%

留意点： 数値は、業務全体に占める緩和ケアの割合であり、緩和ケア領域の専門分野 (緩和ケアチーム、緩和ケアセンター、相談支援センターなど) の業務に限定しない一般的な診療環境で提供されるケアも含まれている。専門人員の状況については、日本緩和医療学会が認定する専門医数についても併せて参考とする。

データ源： 2014 年 公益社団法人日本看護協会調べ

資料： ¹ 平成 26 年 1 月 10 日付健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知
 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf>
 (アクセス 2015 年 9 月 1 日)

指標 緩 6

(一般医療者に対する教育) 緩和ケア研修修了者数

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	(絶対値)	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の修了医師数
結果	57,764人	
期間	平成 27 年 3 月 (2015)	
注	修了者の累計数。	

詳細

指標の定義： 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成 20 年 4 月 1 日付健発第 0401016 号、厚生労働省健康局長通知)に基づき開催された、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修の修了者の累計数とする。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「5 年以内に、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」という観点から、がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修の修了者数が指標となった。緩和ケア提供のバリアの一つとして、医師の緩和ケアに関する知識・技術の不足があることが示されている。これまで医師は、緩和ケアに関する基本的な教育を系統的に受ける機会がなかった。医師の知識の習得を間接的に把握するため、研修の修了者数を指標とした。

参考： 平成 20 年 12 月 1,071 名、平成 22 年 12 月 20,124 名、平成 25 年 3 月 40,550 名、平成 26 年 9 月 52,254 名、平成 27 年 3 月 57,764 名であった。

留意点： 看護師の教育については、「がん医療に携わる看護師研修 (日本看護協会)」の研修プログラム修了者を併せて参考指標とする。

データ源： 厚生労働省

資料： ¹ Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. J Palliat Med. 2007 Apr;10(2):390-9.

指標 緩 7

(一般市民への普及) 一般市民の緩和ケアの認識

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	一般市民	「がん医療における緩和ケアとは、がんに伴う体と心の痛みを和らげるということをよく知っている」、「がんに対する緩和ケアはがんと診断されたときから実施されるべきもの」とそれぞれ回答した割合
結果		40.5% 緩和ケアをよく知っている 57.9% 診断されたときから
期間		平成 26 年 11 月 (2014)
注		

詳細

指標の定義： 対象（分母）は一般市民とし、「がん医療における緩和ケアとはがんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか。」という問いに対し、回答方法は「よく知っている」「言葉だけは知っている」「知らない」のうち、「よく知っている」と回答した割合、および「あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか。この中から1つだけお答えください。」という問いに対し、回答方法は「がんと診断されたときから」「がんの治療が始まったときから」「がんが治る見込みがなくなったときから」のうち、「がんと診断されたときから」と回答した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「緩和ケアの意義や診断されたときからの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する」という観点から、一般市民の緩和ケアの認識が指標となった。患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており¹、わが国においても、一般市民の緩和ケアに関する認識不足が認められている^{2,3}。がん対策の施策として一般民への普及啓発が進められていることから、一般市民への普及啓発の状況を把握するための指標とした。

参考： 平成 25 年 (1,883 名)、平成 26 年 (1,799 名) のがん対策に関する世論調査結果を示す。

設問	選択肢	H 25 年 1 月	H 26 年 11 月
がん医療における緩和ケアとは、がんに対する体と心の痛みを和らげることですが、あなたは、がん医療における緩和ケアについて知っていましたか。	よく知っている	34.3%	40.5%
	言葉だけは知っている	29.0%	26.8%
	知らない	35.7%	31.8%
あなたは、がんに対する緩和ケアはいつから実施されるべきものと思っていますか。	がんと診断されたときから	58.3%	57.9%
	がんの治療が始まったときから	22.6%	21.8%
	がんが治る見込みがなくなったときから	13.1%	13.9%

データ源： 平成 26 年 (2014) がん対策に関する世論調査

資料：

- ¹ Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med.* 2004 Apr;18(3):202-16.
- ² Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, Hirai K, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakashima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Akechi T, Uchitomi Y. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Apr;31(4):306-16.
- ³ Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med.* 2011 Aug;14(8):918-22.

指標 緩 8

(一般市民への普及) 一般市民の医療用麻薬に対する認識

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	一般市民	「がんの痛みに対して使用する医療用麻薬は精神的依存や生命予後に影響せず、安全に使用できる」と回答した割合
結果	52.8%	
期間	平成 26 年 11 月 (2014)	
注		

詳細

指標の定義： 対象 (分母) は一般市民とし、「あなたは、医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか。この中から当てはまるものをいくつでもお答えください。」という問いに対し、「正しく使用すれば安全だと思う」を選択した割合とした。

指標の根拠： がん対策の緩和ケアの目標である「緩和ケアの意義や、診断されたときからの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する」という観点から、一般市民の医療用麻薬に対する認識が指標となった。患者・家族の認識不足が緩和ケア提供のバリアとなることが示されており¹、わが国においても、患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が認められている^{2, 3}。がん対策の施策として一般市民への普及啓発が進められていることから、一般市民の医療用麻薬に対する認識を把握するための指標とした。

参考： 平成 26 年 (1,799 名) のがん対策に関する世論調査結果を示す。

設問	選択肢	回答
医療用麻薬についてどのような印象を持っていますか。(複数回答可)	正しく使用すればがんの痛みにも効果的だと思う	55.7%
	正しく使用すれば安全だと思う	52.8%
	だんだん効かなくなると思う	37.1%
	最後の手段だと思う	32.6%
	いったん使用し始めたらやめられなくなると思う	17.7%
	眠気や便秘などの副作用が強いと思う	15.3%
	寿命を縮めると思う	12.9%
	「麻薬」という言葉が含まれていて、怖いと思う	11.6%
	精神的におかしくなると思う	10.0%
	がんの治療に悪い影響があると思う	2.2%
	使用することは道徳に反することだと思う	1.2%
がんの痛みが生じ、医師から医療用麻薬の使用を提案された場合、医療用麻薬を使用したいと思いませんか。	使いたい	41.3%
	どちらかといえば使いたい	31.0%
	どちらかといえば使いたくない	19.5%
	使いたくない	5.1%

データ源： 平成 26 年 (2014) がん対策に関する世論調査

資料：

- ¹ Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med.* 2004 Apr;18(3):202-16.
- ² Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Concerns of Japanese hospice inpatients about morphine therapy as a factor in pain management: a pilot study. *J Palliat Care.* 2000 Winter;16(4):54-8.
- ³ Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, Hirai K, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakashima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Akechi T, Uchitomi Y. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Apr;31(4):306-16.

指標 緩 9

(緩和ケアに関する地域連携) 地域多職種カンファレンスの開催状況

	対象 (分母)	算出法 (分子)
指標	がん診療連携拠点病院	都道府県内で緩和ケアに関する多職種連携カンファレンスを開催した回数
結果	1,799回	
期間	平成 25 年 8 月 1 日～平成 26 年 7 月 31 日 (2013～2014)	
注	医療機関による自己申告。 緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設の多職種が参加するカンファレンスであり、「退院前カンファレンス」など、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まれない。	

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、「緩和ケアに関する地域連携を推進するための、地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンスを開催した年間回数」の合計とした。数値は、1) 自施設が主催したカンファレンスのみ、2) 多職種カンファレンスとは「地域全体の医療を推進するための地域医療を支える多施設かつ多職種の連携強化と顔の見える関係づくりを目的として、緩和ケアに関わる多職種の医療従事者・医療福祉従事者が一同に会する場」であり、3) 患者の退院支援カンファレンスなど、患者個人の情報共有のために開催したカンファレンスは含まない。

指標の根拠： 地域の緩和ケアに関する連携を促進するためには、多職種カンファレンスなどによる地域内の医療福祉従事者間のコミュニケーションの向上が寄与することが示されている¹⁻⁸。緩和ケアの地域連携の指標として、地域内の医療機関の連携が実際に行われているかを把握するため、地域多職種カンファレンスの開催数を指標とした。

参考： がん診療連携拠点病院の現況報告では、1,799 回 (平成 25 年 8 月 1 日～平成 26 年 7 月 31 日) であった (403 施設 / 409 施設)。

留意点： 平成 26 年現在指定されているがん診療連携拠点病院が自施設で主催した多職種連携カンファレンス数の合計である。

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 Imura C, Morita T, Kato M, Akizuki N, Kinoshita H, Shirahige Y, Suzuki S, Takebayashi T, Yoshihara R, Eguchi K. How and why did a regional palliative care program lead to changes in a region? A qualitative analysis of the Japan OPTIM study. J Pain Symptom Manage. 2014 May;47(5):849-59.
 - 2 Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, Imura C, Kato M, Kizawa Y, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. 2013 Jun;14(7):638-46.
 - 3 Munday D, Mohmood K, Dale J, King N. Facilitating good process in primary palliative care: does the Gold Standards Framework enable quality performance? Fam Pract 2007, 24:486-494.
 - 4 Dale J, Petrova M, Munday D, Koistinen-Harris J, Lall R, Thomas K. A national facilitation project to improve primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework on process and self-ratings of quality. Qual Saf Health Care 2009, 18:174-180.
 - 5 Walsh C, Caress A, Chew-Graham C, Todd C. Implementation and impact of the Gold Standards framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts. Palliat Med 2008, 22:736-743.
 - 6 Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. J Palliat Care 2007, 23:143-153.
 - 7 Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration. Evidence from rural palliative care. Aust J Rural Health 2009, 17:263-267.
 - 8 Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, ten Voorde MA, Pruyn JF. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. J Palliat Med 2005, 8:808-816.