

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）  
（分担）研究報告書

がん診療連携拠点病院等の実態把握とがん医療提供体制検討における統計分析：  
がん診療連携拠点病院現況報告書・実態調査、全国がん登録資料による検討

研究分担者 伊藤 ゆり 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室 室長・准教授  
研究協力者 太田 将仁 大阪医科薬科大学一般・消化器外科 レジデント  
研究協力者 坂根 純奈 大阪医科薬科大学一般・消化器外科 レジデント

研究要旨

がん診療連携拠点病院等の実態把握とがん医療提供体制における均てん化と集約化のバランスに関して、既存の各種統計資料を用いて検討することを目的とし、令和3年度は令和2年度に引き続き、(1)がん診療連携拠点病院現況報告書(2018年)を詳細に分析するとともに、院内がん登録やDPCなど他の外部情報と関連付けて検討を行った。(2)令和3年度に実施したがん診療連携拠点病院実態調査データの苦痛のスクリーニングの実施に関して詳細分析を行った。

拠点病院の指定要件のうち満たしにくい項目は医療安全管理者の研修について、ほとんどが人員配置に関する項目であった。しかし、胃・大腸がんにおいては、術後化学療法の実施のような標準治療実施割合と人員数との関連はあまり見られなかった。また、苦痛のスクリーニングはほとんどの施設で早期から実施できているが、社会的苦痛に関するスクリーニングが漏れる施設があった。今度、拠点病院指定要件のうち地域の特性に応じたがん医療の集約化・均てん化について、全国がん登録資料などとも合わせて、さらなる分析を進める必要がある。

A. 研究目的

本研究課題において、がん診療連携拠点病院等（以下、拠点病院）の実態把握とがん医療提供体制における均てん化と集約化のバランスに関して、既存の各種統計資料を用いて検討することを目的とした。

令和3年度は令和2年度に引き続き、がん診療連携拠点病院現況報告書(2018年)を検討するとともに、令和3年度に実施したがん診療連携拠点病院実態調査データのうち苦痛のスクリーニングに関して詳細分析を行った。また、全国がん登録資料の利用申請を行い、分析を開始した。

B. 研究方法

(1) 2018年がん診療連携拠点病院現況報告書に基づく詳細分析及び院内がん登録やDPC、他外部資料と関連

(ア) 拠点病院指定要件のうち満たしていない項目

2018年がん診療連携拠点病院現況報告書に記載されている指定要件のうち満たしていない項目はフリーテキストでの記載であるため、十分に検討されてこなかった。そこで充足困難な項目として報告されている記載を分析し、病院属性や地域の指標、人員と診療実績の関連などについて検討した。

(イ) 手術件数と院内がん登録と違い

現況報告における悪性腫瘍の手術件数はInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10コードにより対象疾患が定義され、医科診療報酬点数表のKコードにより定義された手術術式の件数の報告値を用いた。各がん種と術式の定義は、肺がん(C34-、D02.2)に対する開胸手術(K511-、K514-、K518-)、胸腔鏡下手術(K514-2-)、胃がん(C16-、D00.2)に対する開腹手術(K654-2、K6552、K655-42、K6572)、腹腔鏡下手術(K654-3、K655-22、K657-22)、内視鏡手術・粘膜切除術(Endoscopic mucosal resection)(K6531)、内視鏡手術・粘膜下層剥離術(Endoscopic submucosal dissection)(K6532)、大腸がん(直腸がん含む)(C18-、C19、C20、D01.0、D01.1、D01.2)に対する開腹手術(K7193、K739-、K740-)、腹腔鏡下手術(K719-3、K740-2-)、内視鏡手術(K721-K721-2-、K721-4、K739-2、K739-3)、乳がん(C50-、D05-)に対する手術(K476-)、乳房再建術(乳房切除後/二期的に行うもの)(K476-32)である。他の公開資料として国立がん研究センターがん情報サービスで公表されている院内がん登録0年集計データ(2018年)3)を用いた。治療方法のうち手術を含む項目(手術のみ、内視鏡のみ、手術+内視鏡、手術または内視鏡+放射線、手術または内視鏡+薬物、手術または内視鏡

+その他の治療、手術または内視鏡+放射線+薬物)の件数を合計し院内がん登録手術件数として算出した。それぞれの件数について平均値、標準偏差、変動係数を算出して比較し、各がん種で施設ごとの院内がん登録手術件数と現況報告手術件数の比を算出した。

#### (ウ) 治療実績に関する情報の公開状況

現況報告における回答状況と、各施設のウェブサイト大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室の非常勤職員(研究補助・一般事務担当)1名が閲覧し、ウェブサイトでの院内がん登録数、がん種別の治療件数、全体の手術件数の公表の有無を確認した。各施設のウェブサイトのトップページにアクセスし、ウェブサイト内で院内がん登録数、各がん種別の治療件数、全体の手術件数を公表しているページを直接探してアクセス、病院年報などの公表資料も確認、該当ページへのアクセスが困難な場合はさらに「院内がん登録」「がん登録」「手術件数」「化学療法件数」「放射線療法件数」などのキーワードでサイト内検索、さらにアクセスできない場合はサイト外検索で病院名を加えた同様の検索を行い、情報にたどり着いた場合を明確に公表がされていたと定義した。これらの公開状況と現況報告に記載されている院内がん登録実務中級認定者数との関連についても検討した。統計学的解析として、群間の比率の比較に $\chi^2$ 検定を用い $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。全ての統計学的解析はStata/MP 17.0を用いて行った。

本研究ではがん拠点病院の属性として特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院に含まれる施設は除外した。

#### (エ) がん診療連携拠点病院における標準治療実施割合

2018年のがん診療連携拠点病院等現況報告、Quality Indicator研究での2017年診断症例の院内がん登録、DPCデータを用いて、プロセス指標として各がんの術後化学療法実施割合を標準治療の指標とし、各種ストラクチャ指標との関連について検討した。

##### 【プロセス指標】

各がん種の術後早期化学療法実施割合を標準治療の指標とした。使用薬剤は2017年時点のガイドラインとした。

**大腸がん**：術後化学療法はpStageⅢの症例を対象に術後8週以内の開始割合、使用薬剤は5-FU,UFT,LV,L-OHP,Cape,TS1とした。

**胃がん**：pStageⅡ、Ⅲの症例を対象に術後6週以内の開始割合を算出した。使用薬剤はTS1,CapeOXとした。

以下の項目について分析した。

- ① 対象ステージ全体の実施割合
- ② 対象ステージで術後に化学療法施行した中の実施割合

#### 【ストラクチャ指標】

- ・ **拠点病院属性**：都道府県拠点、地域がん診療拠点、地域がん診療拠点(高度型)、地域がん診療
- ・ **病院属性**：新入院患者に占めるがん患者の割合に着目し、以下の三つに分類した。
  - ① **がんセンター型**：がん診療に特化した病院として、全がん協加盟施設のうち、新入院患者に占めるがん患者の割合が60%以上の病院
  - ② **大学病院型**：施設名に「大学」の記載
  - ③ **総合病院型**：上記以外の病院
- ・ **都道府県別人口密度**：3分位
- ・ **都道府県別DID比率**：3分位  
\*DID(Density Inhabited District)：人口集中地区
  - 人口密度が4000人/km<sup>2</sup>以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接
  - 隣接した地域の人口が5000人以上
- ・ **がん薬物療法専門医数**：日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医
- ・ **専門薬剤師数**：がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師、がん専門薬剤師

#### (2) がん診療連携拠点病院実態調査による苦痛のスクリーニングの実施状況

##### 【対象と方法】

2021年5月24日から同年7月31日の期間に拠点病院全施設451施設を対象にアンケート調査を行った。このアンケート調査は、厚生労働省の現況報告とは異なり、今後の指定要件等の検討においての基礎資料として、各施設の実態把握および各施設の率直な意見を聴取することを目的として実施された。

施設長宛てにアンケート送付を行い、施設の内訳は都道府県がん診療連携拠点病院及び国立がん研究センター2病院を含む(以下、都道府県拠点)53施設、地域がん診療連携拠点病院(以下、地域拠点)352施設、地域がん診療病院46施設。回答者は施設長を原則としつつ、各部門実務者による回答の分担も可とした。

##### 【アンケート内容】

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会やがん診療提供体制のあり方に関する検討会等で議論が行われた事項、別途医師や患者へのインタビューで必要とされた事項等を設定した。拠点病院で

必要または望ましい項目である 11 分野を対象としたものであるが、今回はその中の患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題のスクリーニングについて主な検討を行うこととした。スクリーニングを行う時期、スクリーニングツールとして使用している質問票、自由記載、またコロナ禍の影響についてのアンケート調査から各施設の実態調査を行った。

解析は Stata17(StataCorp, College Station, TX, USA)を使用した。

## C. 研究結果

### (1) 2018 年がん診療連携拠点病院現況報告書に基づく詳細分析及び院内がん登録や DPC、他外部資料と関連

#### (ア) 指定要件のうち満たしていない項目

がん診療連携拠点病院等の 446 施設を分析対象とし、表 1 にまとめた。指定要件を満たしていない項目を一つ以上報告した施設は 137(30.7%)あり、A 項目を含む施設は 116(26.0%)であった。拠点病院の属性別では都道府県拠点 17(33.3%)、地域拠点 93(31.2%)、地域拠点(高度型)4(8.0%)、地域がん診療 22(50.0%)の施設で満たしていない項目が報告されていた。医療安全管理者の研修受講に関するものが 73(16.4%)で最多であった。その他、放射線治療関連 42(9.4%)、薬物療法関連 14(3.1%)、緩和ケア関連 10(2.2%)、院内がん登録中級認定者関連 11(2.5%)などの項目が報告されていた。これらの人員配置に関する項目は地域拠点、地域がん診療病院の一部で充足困難と報告されていた。

#### (イ) 手術件数と院内がん登録と違い

がん拠点病院から特定領域がん診療連携拠点病院 1 施設、地域がん診療病院 44 施設を除外した計 402 施設を対象とした。表 2 にがん種別の現況報告での報告件数と院内がん登録での手術件数を示す。いずれのがん種においても現況報告手術件数の平均値は院内がん登録手術件数に比べて多く、標準偏差、変動係数も大きくなっていった。また、がん種別の院内がん登録手術件数に対する現況報告手術件数の比と院内がん登録手術件数の関係を図 1 に示し、施設ごとの各がん種の院内がん登録手術件数に対する現況報告手術件数の比を表 3 に示す。各がん種において、院内がん登録手術件数に対して現況報告手術件数が多い施設が多く、特に肺がん、大腸がんとそのばらつきが大きくなっていった。

#### (ウ) 治療実績に関する情報の公開状況

がん拠点病院の指定要件で、“院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている”という項目については全施設が「満たしている」と回答して

いた。しかし本研究における定義ではウェブサイトで公開されていることが確認できたのは全施設ではなかった。院内がん登録数は 334 施設(83.1%)と比較的高い割合で公表されていたが、がん種別治療件数の公表は 169 施設(42.0%)、全体手術件数の公表は 228 施設(56.7%)にとどまっていた(表 4)。

現況報告には施設ごとのがん登録実務中級認定者数は 0 人が 10 施設、1 人が 318 施設、2 人以上が 74 施設と報告されていた。尚、本研究の対象時期はがん登録実務中級認定者数の要件に対する経過措置期間であった。施設ごとのがん登録実務中級認定者数と各施設でのウェブサイト内での情報公開の有無の関連については、院内がん登録中級者の数(1 人以下:82.0%、2 人以上:87.8%、 $p$  値=0.23)、がん種別治療件数(1 人以下:43.0%、2 人以上:37.8%、 $p$ =0.42)、全体手術件数(1 人以下:54.6%、2 人以上:66.2%、 $p$ =0.07)で、がん登録実務中級者数が 1 人以下と 2 人以上で有意差はなかった(表 4)。

#### (エ) がん診療連携拠点病院における標準治療実施割合

拠点病院の中で各データを統合し利用可能な 365 施設を対象とした。施設のストラクチャ指標の分布を図 pStageIII 大腸がんに対する術後 8 週以内の開始割合は、pStageIII 全体で 52.4%、術後化学療法施行症例中で 86.5%であった。病院属性別の中央値は①57.9%、②50.0%、③53.8%、専門医数別では 0 人:53.8%、1 人:53.8%、2-4 人:51.1%、5 人以上:51.6%であった。また pStage II、III 胃がんに対する術後 6 週以内の開始割合は、pStage II、III 全体で 34.0%、術後化学療法施行症例中で 56.7%であった。病院属性別の中央値は①32.9%、②27.3%、③35.8%、専門医数別には 0 人:35.7%、1 人:35.3%、2-4 人:33.3%、5 人以上:33.3%であった。

### (2) がん診療連携拠点病院実態調査による苦痛のスクリーニングの実施状況

拠点病院 451 施設中 253 施設から回答を得た(回収率 56.1%)。その施設内訳は、国立がん研究センターまたは都道府県拠点 47/53 施設(88.7%)、地域拠点 191/352 施設(54.3%)、地域がん診療病院 15 施設/46 施設(32.6%)であった。病院種別ごとではがんセンター型 15/19 施設(79.0%)、大学病院型 68/99 施設(68.7%)、総合病院型 170/333 施設(51.1%)であった。(表 6)

#### (ア) 身体的、精神心理的、社会的な問題のスクリーニングを行っている時期

拠点病院の指定要件では、診断時からのスクリーニングの早期導入をするように義務づけている。今回の検討では診断時(外来・入院を含む)、入院予約時(外来時)、入院時、入院中、退院時、退院後

の外来時、標準的な治療終了（見込み）時、その他（自由記載）の解答項目を、回答結果からさらに診断時、入院時、入院中、退院時、外来、治療中、治療終了時、その他（緩和ケア、定期的、必要に応じて）に分類して行った（図 6）。その結果、入院時点で行っている施設が最も多かった（身体的：83.3%，精神心理的 81.3%，社会的：78.6%）。さらに初期（診断時、入院時）、中期（入院中、退院時）、後期（外来、治療中、治療終了時）、その他（緩和ケア、定期的、必要に応じて）と大きく分類を行うと、多くの施設で早期導入していることが分かった。（身体的：94.6%，精神心理的 94.6%，社会的：91.4%）。

しかし社会的な問題が、身体的、精神心理的と比べて実施率がやや少なかった。（図 7）。

#### (イ)スクリーニングツールとして使用している質問票（表 7）

スクリーニングの手法は、独自ツールを使用している施設（50.2%）が一番多く、次いで「生活のしやすさに関する質問票」（32.7%）であった。病院種別でみると、がんセンター型、大学病院型、総合病院型のいずれにおいても独自ツールが最も多かった（46.7%，52.9%，48.2%）。しかし、2 番目に多かったのはがんセンター型では「こころとからだの質問票」が次いで多く（21.4%）、大学病院型、総合病院型では「生活のしやすさに関する質問票」が多かった（25%，38.6%）。（表 3）拠点病院ごとでみると、全国拠点病院、地域拠点病院では「独自ツール」が一番多かったが（53.2%，50.3%）、地域がん診療病院では「生活のしやすさに関する質問票」が一番多かった。

「生活のしやすさに関する質問票」は厚生労働省研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model: OPTIM プロジェクト)」において作成された簡便な患者用苦痛評価ツールである。いくつかの国際的に標準的に用いられている評価ツールを組み合わせしており、身体的・精神的・社会的問題のすべてが質問内容に含まれている。この質問票を使用したスクリーニングの有用性についての報告もある。

#### (ウ)身体的、精神心理的、社会的な問題のスクリーニングの実施回数

実施回数についてはスクリーニングを行っている時期の回答項目である、診断時（外来・入院を含む）、入院予約時（外来時）、入院時、入院中、退院時、退院後の外来時、標準的な治療終了（見込み）時、その他（自由記載）に回答している個数を回数として検討を行った。ここでは、各施設が回答している項目の個数であるため、すべての項目でスクリー

ングを実施しているとは限らない。身体的、精神心理的、社会的な問題の実施回数はいずれも 2 回が多く、平均はそれぞれ 3 回と実施回数の差は認めなかった。（図 8）

#### (エ)自由記載より

自由記載からの意見では全患者に行くことは困難(n=16)が多く、その理由として、スタッフ不足(特に外来)、外来でのがん患者の選別困難、スクリーニング後対応の困難などが挙げられた。またスクリーニングが必要な患者を選別するサンプリングが必要という意見もあった。診断時から治療開始時までの早期タイミングでの介入が困難(n=3)といった意見もあった。この理由についてもスタッフ不足(特に外来)での対応が困難としている。その他としては精神科専門医の確保が難しく(n=2)、非常勤医師での対応を望む意見もあった。スクリーニングを行うためには、スクリーニング実施に対する診療報酬加算、業務の追加に対するスタッフへの手当といった経済的インセンティブ、またスクリーニングを行い、その後の支援をする看護師、MSW などの専門スタッフの増員が必要といった意見もあった。

#### (オ)コロナ禍の影響

ほとんどの施設(96.9%)では無回答または影響なしであったが、一部の施設(n=8, 3.1%)で以下のような影響があった。コロナ病棟患者のスクリーニングが困難(n=1)、コロナ病棟編成のため、がん患者の把握が困難となり、スクリーニングが不十分な時期があった(n=1)、スクリーニングを行う際に、患者家族との話し合いの機会があったが、同席が難しくなった(n=1)、コロナ対応に追われ、スタッフ不足となりスクリーニングに必要な患者との時間をとれない(n=1)といった施設があった。また入院時のスクリーニングに「新型コロナウイルス感染症スクリーニング項目」を追加した施設もあった(n=1)。

#### (カ)苦痛のスクリーニング結果の把握をどこで行っているか（表 8）

全体では、一部の部署(64.8%)が最も多く、次いで院内全体(33.6%)であった。病院種別で見ると、がんセンター型では 14 施設のうち、9 施設(64.3%)は院内全体で把握を行っている一方、大学病院型、総合病院型はいずれも一部の部署(66.2%，66.7%)での把握が多かった。

## D. 考察

拠点病院の指定要件を満たしていない項目がない病院は全体で 7 割程度とあまり多くなかった。医療安全管理者の研修受講が最も多い充足困難項目となったが、それ以外では人員配置に関する項

目がほとんどであった。しかし、昨年度の報告書や今年度の検討で示したように、人員との関連が見られない項目もあり、今後も詳細の検討が必要である。

また、現況報告で報告される手術件数は院内がん登録から算出される手術件数と比べて多い傾向にあり、ばらつきも大きい傾向にあった。また、各施設でのウェブサイトでの情報提供については、本研究における定義による確認方法では院内がん登録数の公表は比較的高い割合であったが、がん種別治療件数の公表や全体手術件数の公表は半数程度の施設にとどまっていた。

拠点病院の指定要件として治療件数は重要な項目であり、手術に関連する項目の一つとして年間悪性腫瘍手術件数 400 件以上が指定要件となっている。我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する悪性腫瘍の手術件数は治療内容ごとに詳細な件数が報告されているが、同一患者に複数回算出される可能性や施設により算出方法が異なる可能性のある指標である。一方、院内がん登録での定義は原発・転移巣のがん組織に対して行われた治療のうち、当該腫瘍に関する最初の診断に引き続き行われた治療であり、同一患者に 1 件のみで診断から 5 ヶ月以内に自施設で実施された初回治療に限られている。この定義の相違により現況報告手術件数が院内がん登録手術件数に比べ多く報告される傾向につながることを考えられる。この結果は一部想定される範囲であるものの、反対の傾向を示す施設もあることや、各施設間の現況報告手術件数でのばらつきが院内がん登録手術件数のばらつきに比べて大きくなっていることがわかった。現況報告項目の多さや定義の曖昧さからこれらの情報をまとめて報告する実務には大きな負担があると考えられ、院内がん登録の活用により労力の削減にも寄与すると考えられる。

本研究から拠点病院が提供する自施設のがん診療の情報が、その情報を必要とする患者・家族にとってアクセスしづらい可能性があることが示唆された。印刷物による情報公開、がん診療連携協議会として全施設の件数を公開するなど、他の方式で情報公開している施設もあるが、本研究では一般市民が容易に各施設の情報にアクセスできる手法として自施設ウェブサイトでの情報公開の状況をみた。院内がん登録数は多くの施設が院内がん登録実務中級認定者は 1 人の体制の中でも標準化され公表しやすい形のデータといえるが、がん種別の治療件数や全体の手術件数は複数の診療科や部署に及ぶ情報になっており、それぞれで情報源や集計方法が異なる可能性もあり、まとめた情報として公開する障壁となっている可能性がある。情報公開に関する院内がん登録の利用は、各施設における治療実施数などの統一された公表の方法と

して有用であると考えられる。

また現況報告の項目のうち院内がん登録の活用が有用である可能性がある項目を表 5 に示す。現況報告では治療件数として、手術件数の他に報告されている放射線治療、薬物療法などの件数はいずれものべ患者数が計上されており、その定義はやや曖昧で、がん種や進行度によっては治療の実態を反映しないものもあり、院内がん登録の統一された標準的な治療件数を活用することで、本来の治療件数の実態を反映した報告が可能になると考えられる。

ただし、これらの院内がん登録の治療件数は初回治療のものであり、がん種や進行度によっては薬物療法、放射線治療が行われるのが再発、転移に対してのものである場合も多く一概に入れ替えることが困難な可能性もある。また、指定要件として妥当な治療件数については、その地域の患者数や医療機関数の影響も受けるため、全国がん登録データなどを活用した分析を通じて検討する必要がある。定義の相違や件数の調整を踏まえたうえで院内がん登録を活用することが有用であると考えられる。また、院内がん登録数や治療件数などの情報公開の確認は 1 名で全施設のウェブサイトを確認する作業を 1 施設につき約 5 分から 10 分、合計約 60 時間を約 1 カ月間行い、複数名での確認は行っていない。そのため、見落としなどの可能性もあることは本研究の限界である。本研究の結果はあくまで本研究内で定義した確認方法に基づくもののみで評価しており、解釈には注意が必要である。

本研究では現況報告における院内がん登録の活用の課題について検討した。現況報告における院内がん登録の情報の活用は、標準化された報告値を活用でき、現況報告に関する労力の削減にもつながる有用な方法であると考えられる。病院ウェブサイト等での自施設のがん診療情報の公開についても標準化された院内がん登録の情報を用いることで、統一されたわかりやすい情報公開が可能になると考えられる。

## (2) がん診療連携拠点病院実態調査による苦痛のスクリーニングの実施状況

スクリーニングは多くの施設で診断時から入院時の早期導入が行われていた。しかし「外来の人員不足」、「外来におけるすべてのがん患者の把握は困難」、「スクリーニング後の対応に難渋する」施設がみられた。その要因の一つに、看護師業務の負担の増加が考えられる。薬物療法の進歩により外来で行われる治療(化学療法、分子標的薬、免疫療法など)が増え、外来看護師は患者の看護だけでなく、事務的な業務の多い中でのスクリーニング実施を負担に感じている可能性が高い。また大病院や総合病院では、がん以外の患者も多く、全がん患者の把握は困難が生じる。2016 年、スクリ

一ニング導入開始後に、拠点病院を対象に行われた全国調査でも、スクリーニング導入の阻害因子として同様の問題点が挙げられていた[1].

スクリーニングの障壁は、医療者・施設側、患者側のそれぞれに問題点がある可能性がある[2]. 医療者・施設の障壁としては、多くの患者に対するスタッフ不足、スタッフの配置替え、日常業務に加えてスクリーニングを行う時間的負担である。患者の障壁は多数の項目からなる質問表を回答することに対する、ためらいや抵抗感である。自分の苦痛に対処してくれる方法があるのか分からず、またつらさを伝えることを恥ずかしく感じている可能性もある。一般的に苦痛のレベルが高いとされる頭頸部がんの患者を対象とした研究では、スクリーニングで陽性となった患者の50%しか心理社会的介入を受けていないという報告がある[3]. その要因として、そのサービスについて患者が知らないことや、患者自身が苦痛を臨床的レベルであると気づいていないことが挙げられており、医療者側の介入の必要性が浮き彫りとなっている。

医療者側の障壁は、スクリーニングを行う十分な人員確保やスタッフ教育の充実、各施設に合わせたスクリーニング方法の検討を行うことで、改善される可能性がある[4]. またスクリーニングの必要性に対する医療者・施設の理解や支援は、スクリーニングを行う促進因子となる。そして、スクリーニングの教育的プログラム（対面式ワークショップ、教育的資料、他施設や専門家との情報交換など）の導入も重要となる。

2018年に今後のがん対策にむけて行われた「患者体験調査」[5]の結果に基づいた「患者体験調査に基づく提言書」[6]では、調査結果から浮彫となった国として支援の強化が必要と思われる14事項のうち、「緩和ケア」、社会的な問題として「就労支援」、「経済的負担」について提言されている。

「緩和ケア」では、「つらい症状にすみやかに対応してくれた」と回答したのは75.0%であったが、「つらい時にすぐに医療者に相談できる」と回答したのは43.0%であり、苦痛の症状への対処がされていない患者が存在し、緩和ケア体制の不足が示唆された。また「就労支援」では、「がん治療のため、退職・廃業した人」は約20%存在した。さらに「治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人」は40%以下にとどまり、医療者側の患者の就労継続に対する課題意識が低い結果であった。「経済的負担」では、「医療を受けるための金銭的負担が原因で生活に影響があった」人は26.9%であった。今後は医療の進歩により保険診療内でも経済的負担の大きい治療も増えていくため、何らかの対策の必要性が増していると述べている。就労・経済問題についてもスクリーニングを行うことで、相談支援センター等に繋げ、適切な社会サービスの利用ができることが望ましい。

年代別では、40歳以下の若い世代で、治療後のサバイバーシップに関する項目の満足度が有意に低いことも分かった[7]. 身体的、心理社会的にも時間とともに問題点は変化するため、継続的なサポートが必要となる。

またスクリーニング結果の把握において、全体で「一部の部署」が多いことから、医療者側の周知も低いことが示唆された。

これらの結果から、患者のがんと診断されたタイミングから安心して治療を受け、日常生活を継続するためには、早期の介入が望ましい。また患者の苦痛は治療終了後も再発に対する精神的不安、がん患者の就労問題などの苦痛が生じるため、継続的なフォローアップが重要である。

有用なスクリーニングを行うためには、施設ごとの状況に応じたスクリーニング方法の検討し、問題点を明らかにし、改善するといった繰り返し、スクリーニング教育の充実が必要と考える。

#### 研究の限界

今回のアンケート調査は、スクリーニングを主とした調査ではないため、運用状況などの詳細な把握は困難であった。また各施設の独自ツールは原本となる質問票があると考えられるが、その検討できていない。スクリーニング結果の把握(表2)においても、「一部の部署」(緩和ケアチームやスクリーニングを行っている診療科なのか)についてははっきりしなかった。

#### E. 結論

がん診療連携拠点病院の指定要件のうち、充足困難とされる項目を中心にその関連指標について検討を行った。地域の特性に応じたがん医療の集約化・均てん化について、さらなる分析を進める必要がある。

苦痛のスクリーニングはほとんどの施設で早期から導入が行われていた。しかし、スタッフ不足やスクリーニング後のサポート体制などの問題点が明らかとなった。問題点を改善するためにも医療者のスクリーニング教育も重要と考える。また年代別、がん種別でも苦痛の症状や問題点は異なるため、さらなる検討が必要である。

#### 謝辞

各施設のウェブサイトの確認について、大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室の新城安彦氏にご協力いただきました。ここに深謝いたします。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Iwagami M, Kumazawa R, Miyamoto Y, Ito Y, Ishimaru M, Morita K, Hamada S,

Tamiya N, Yasunaga H: Risk of Cancer in Association with Ranitidine and Nizatidine vs Other H2 Blockers: Analysis of the Japan Medical Data Center Claims Database 2005-2018. *Drug Saf* 2021, 44(3):361-371.

2. Kamo KI, Fukui K, Ito Y, Nakayama T, Katanoda K: How much can screening reduce colorectal cancer mortality in Japan? Scenario-based estimation by microsimulation. *Jpn J Clin Oncol* 2022, 52(3):221-226.
3. Katanoda K, Ito Y, Sobue T: International comparison of trends in cancer mortality: Japan has fallen behind in screening-related cancers. *Jpn J Clin Oncol* 2021, 51(11):1680-1686.
4. Kataoka A, Fukui K, Sato T, Kikuchi H, Inoue S, Kondo N, Nakaya T, Ito Y: Geographical socioeconomic inequalities in healthy life expectancy in Japan, 2010-2014: An ecological study. *Lancet Reg Health West Pac* 2021, 14:100204.
5. Yagi A, Ueda Y, Ikeda S, Miyoshi A, Nakagawa S, Hiramatsu K, Kobayashi E, Kimura T, Ito Y, Nakayama T, Nakata K, Morishima T, Miyashiro I, Kimura T: Improved long-term survival of corpus cancer in Japan: A 40-year population-based analysis. *Int J Cancer* 2022, 150(2):232-242.
6. 榑原敦子, 中山健夫, 伊藤ゆり: HPV ワクチンと子宮頸がん HPV1 次検診 日本と世界の子宮頸がんの現状. *医学のあゆみ* 2022, 280(7):745-753.
7. 福井敬祐, 伊藤ゆり, 片野田耕太: 都道府県別にみるがん年齢調整死亡率の推移予測ツールの開発. *厚生*の指標 2022.[印刷中]
8. 片岡葵, 太田将仁, 谷口高平, 小村和正, 福井敬祐, 伊藤ゆり: 単施設における院内がん登録と生体資料をレコードリンクージュした臨床・疫学研究に関するシステムティックレビュー. *癌と化学療法誌* 2021, 48(12). 1469-1474
9. 太田将仁, 伊藤ゆり, 松本吉史, 東尚弘. がん診療連携拠点病院現況報告における院内がん登録の活用に関する検討: 治療件数と情報公開. *JACR モノグラフ* 2021.27 ; 20-5.

## 2. 学会発表

1. 伊藤 ゆり, 住民ベースのがん登録資料を活用した記述疫学研究. In: 第 32 回日本疫学会学術総会: 2022.1 2022; オンライン; 2022: A-01

## 奨励賞受賞者講演

2. 伊藤 ゆり, 堀 芽久美, 福井 敬祐, 太田 将仁, 中田 佳世, 杉山 裕美, 伊藤 秀美, 大木 いずみ, 西野 善一, 宮代 勲, 片野田 耕太, 柴田 亜希子, 智大 松: 20 年間でがん患者の生存率は向上したか?6 府県の住民ベースのがん登録による検討. In: 第 32 回日本疫学会学術総会: 2022; オンライン; 2022: O-05 優秀演題賞候補セッション[口演].
3. 伊藤ゆり: 国内外におけるマイクロシミュレーションモデルを活用したがん対策. In: JACP がん予防学術大会 2021 プログラム・抄録集: 2021; 2021: 31.
4. 伊藤ゆり: 10 年生存率から見えてくること. In: 全国がん患者団体連合会・がん患者学会 2021: 2021.08.21 2021; JACR 後援セッション; 2021. Online [招待講演]
5. 伊藤ゆり: がん登録とは?. In: 第 19 回日本臨床腫瘍学会学術集会 PAP 基礎講座 11 がん登録: 2022.02.18 2022; 京都; 2022: [招待講演].
6. Ito Y, Fukui K, Kondo N, Katanoda K, Nakaya T, Sobue T: Trends in area-level socioeconomic inequalities of lung cancer mortality by age group in Japan: 1995-2014 In: International Epidemiological Association's World Congress of Epidemiology. 2021. Sep. Online [Oral]
7. Ota M, Ito Y, Taniguchi K, Hori M, Katanoda K, Uchiyama K, Matsuda T: Trends in patterns of treatment and survival of colorectal cancer patients using population-based cancer registry data in Japan: 1995-2015. In: 第 80 回日本癌学会学術総会: 2021/10/2 2021; 2021.
8. 太田将仁, 伊藤ゆり, 渡邊ともね, 市瀬雄一, 山元遥子, 力武諒子, 松木明, 新野真理子, 坂根純奈, 東尚弘, 若尾文彦: 院内がん登録・DPC・現況報告からみるがん診療連携拠点病院における標準治療実施の現状. In: 第 32 回日本疫学会学術総会: 2022/1/26-28 2022: 東京/ハイブリット; 2022: OD-074[口演].
9. 片岡葵, 太田将仁, 谷口高平, 小村和正, 伊藤 ゆり: がん登録と生体試料のレコードリンクージュデータによる大腸がんの臨床・疫学研究に関するシステムティックレビュー. In: 日本がん登録協議会第 30 回学術集会: 6 月 2021; オンライン; 2021: (オンライン) [口演].
10. 太田将仁, 新城安彦, 松本吉史, 伊藤ゆり, 東尚弘: がん診療連携拠点病院現況報告におけ

る院内がん登録の活用に関する検討. In: 日本がん登録協議会第 30 回学術集会: 6 月 2021; オンライン; 2021: O2-01[口演].

11. 片岡葵, 福井敬祐, 佐藤倫治, 西岡大輔, 菊池宏幸, 井上茂, 近藤尚己, 中谷友樹, 伊藤ゆり: 人口規模・社会経済状況を考慮した健康寿命の都道府県内格差の計測. In: 第 32 回日本疫学会学術総会: 2022/1 月 2022; オンライン; 2022: O-012[口演].

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

該当なし

### 2. 実用新案登録

該当なし

### 3. その他

該当なし

## 文献

1. 緩和ケアスクリーニングに関する事例集, 平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班
2. Rivest J, Desbeaumes Jodoin V, Fitch M,

Martineau JT, Levenson JA: **Screening for distress in cancer care: How to overcome barriers after unsuccessful implementation?** *Palliat Support Care* 2022, 20(1):1-3.

3. Cohen A, Ianovski LE, Frenkiel S, Hier M, Zeitouni A, Kost K, Mlynarek A, Richardson K, Black M, MacDonald C *et al*: **Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer.** *Psychooncology* 2018, 27(12):2786-2793.
4. Knies AK, Jutagir DR, Ercolano E, Pasacreta N, Lazenby M, McCorkle R: **Barriers and facilitators to implementing the commission on cancer's distress screening program standard.** *Palliat Support Care* 2019, 17(3):253-261.
5. 患者体験調査報告書 [[https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr\\_release/2020/1107/2.H30\\_kanjyataikenteigen\\_syo\\_honbun.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2020/1107/2.H30_kanjyataikenteigen_syo_honbun.pdf)]
6. 平成 30 年度患者体験調査に基づく提言書 [[https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health\\_s/teigen.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/teigen.pdf)]
7. Watanabe T, Ichinose Y, Matsuki M, Wakita T, Toida T, Masuda M, Higashi T: **Experiences of patients with cancer at health care facilities in Japan: results from a nationwide survey.** *BMC Health Serv Res* 2021, 21(1):1180.



表 1. 現況報告で報告されている、「指定要件のうち満たしていない項目について」のまとめ

	全体		拠点病院分類								病院属性分類					
			都道府県		地域連携		高度型		地域診療		がんセンター型		大学病院型		総合病院型	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
満たしていない項目数																
0	309	(69.3)	34	(66.7)	207	(68.8)	46	(92.0)	22	(50.0)	14	(77.8)	79	(82.3)	216	(65.1)
1	90	(20.2)	15	(29.4)	58	(19.3)	4	(8.0)	13	(29.6)	4	(22.2)	16	(16.7)	70	(21.1)
2	29	(6.5)	2	(3.9)	21	(7.0)	0	(0.0)	6	(13.6)	0	(0.0)	1	(1.0)	28	(8.4)
3	15	(3.4)	0	(0.0)	13	(4.3)	0	(0.0)	2	(4.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	15	(4.5)
4	1	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
5	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
9	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
うちA項目数																
0	330	(74.0)	37	(72.6)	223	(74.1)	48	(96.0)	22	(50.0)	15	(83.3)	84	(87.5)	231	(69.6)
1	82	(18.4)	12	(23.5)	55	(18.3)	2	(4.0)	13	(29.6)	3	(16.7)	11	(11.5)	68	(20.5)
2	22	(4.9)	2	(3.9)	14	(4.7)	0	(0.0)	6	(13.6)	0	(0.0)	1	(1.0)	21	(6.3)
3	9	(2.0)	0	(0.0)	7	(2.3)	0	(0.0)	2	(4.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	9	(2.7)
4	1	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
5	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
8	1	(0.2)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
うちB項目数																
0	409	(91.7)	48	(94.1)	269	(89.4)	48	(96.0)	44	(100.0)	17	(94.4)	91	(94.8)	301	(90.7)
1	33	(7.4)	3	(5.9)	28	(9.3)	2	(4.0)	0	(0.0)	1	(5.6)	5	(5.2)	27	(8.1)
2	4	(0.9)	0	(0.0)	4	(1.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(1.2)
放射線治療関連	42	(9.4)	0	(0.0)	39	(13.0)	0	(0.0)	3	(6.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	42	(12.7)
薬物療法関連	14	(3.1)	0	(0.0)	13	(4.3)	0	(0.0)	1	(2.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	14	(4.2)
緩和ケア関連	10	(2.2)	0	(0.0)	7	(2.3)	0	(0.0)	3	(6.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(3.0)
先進医療、免疫療法関連	7	(1.6)	3	(5.9)	2	(0.7)	2	(4.0)	0	(0.0)	1	(5.6)	5	(5.2)	1	(0.3)
集中治療室関連	15	(3.4)	0	(0.0)	15	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	15	(4.5)
安全管理関連	73	(16.4)	4	(7.8)	50	(16.6)	2	(4.0)	17	(38.6)	0	(0.0)	7	(7.3)	66	(19.9)
院内がん登録中級認定	11	(2.5)	0	(0.0)	11	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	11	(3.3)
グループ指定関連	15	(3.4)	12	(23.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(6.8)	3	(16.7)	6	(6.3)	6	(1.8)
その他	8	(1.8)	0	(0.0)	5	(1.7)	0	(0.0)	3	(6.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(2.4)

\* 2018年集計データの現況報告において、「指定要件のうち満たしていない項目について」として報告されているものからテキスト抽出して分類

表 2. がん種別の現況報告件数と院内がん登録件数の比較

がん種		平均値	標準偏差	変動係数
胃がん	現況報告件数	141.4	104.2	0.73
	院内がん登録件数	123.5	84.2	0.68
大腸がん	現況報告件数	304.4	373.1	1.22
	院内がん登録件数	188.4	102.4	0.54
乳がん	現況報告件数	137.7	150.5	1.10
	院内がん登録件数	114.1	108.4	0.95
肺がん	現況報告件数	97.3	85.1	0.87
	院内がん登録件数	85.2	70.0	0.82

表 3. 各施設のがん種別の院内がん登録手術件数に対する現況報告手術件数の比

がん種	中央値	四分位範囲
胃がん	1.12	1.04-1.22
大腸がん	1.09	0.90-1.52
乳がん	1.12	1.02-1.26
肺がん	1.08	0.98-1.21

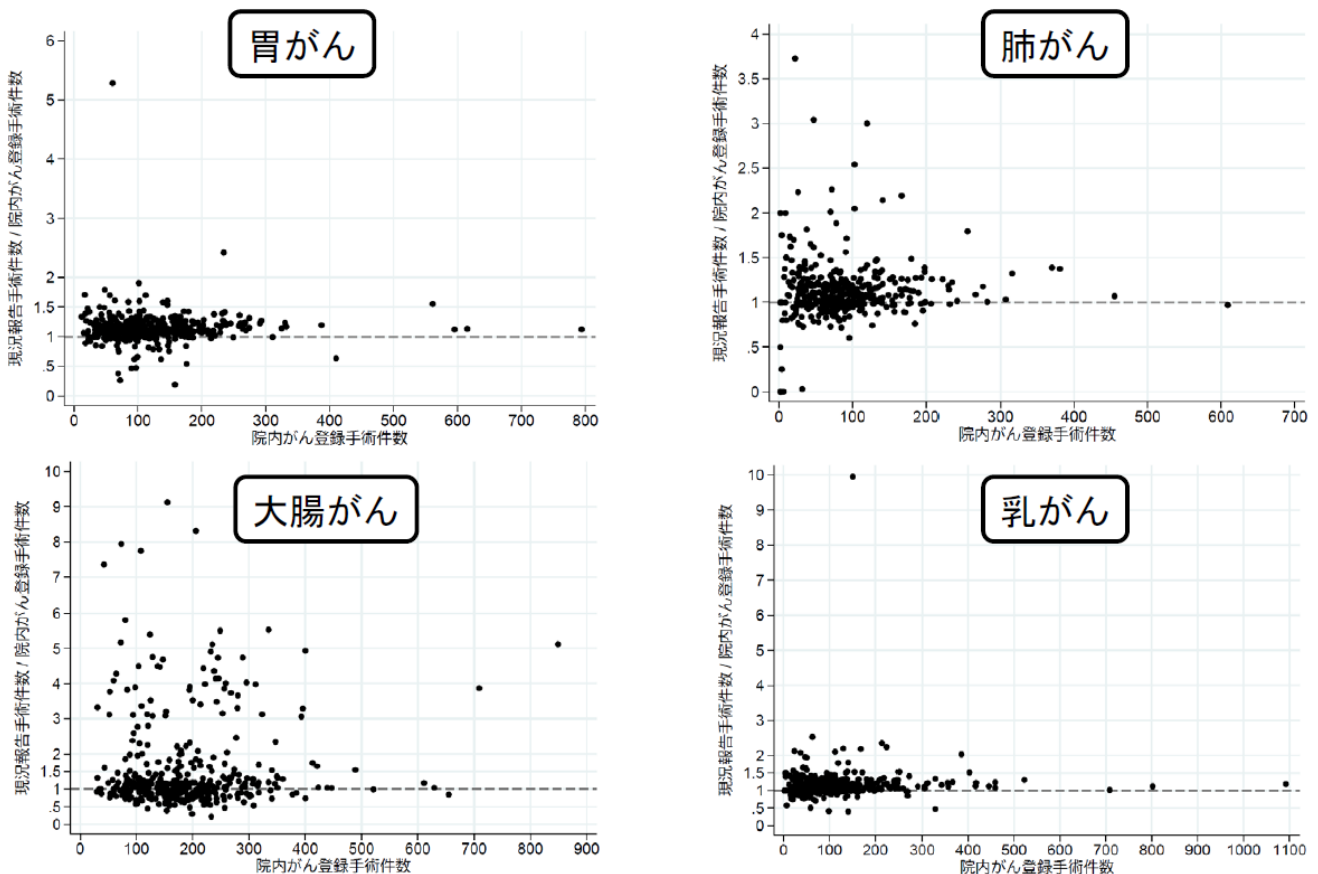


図 1. 各がん種ごとの院内がん登録手術件数と現況報告手術件数の比

表 4. 各施設の院内がん登録実務中級認定者数とウェブサイトでの明らかな情報公開

	院内がん登録実務中級認定者数			
	全体 (n=402) n (%)	0人 (n=10) n (%)	1人 (n=318) n (%)	2人以上 (n=74) n (%)
院内がん登録数	334 (83.1%)	8 (80.0%)	261 (82.1%)	65 (87.8%)
がん種別治療件数	169 (42.0%)	6 (60.0%)	135 (42.5%)	28 (37.8%)
全体手術件数	228 (56.7%)	0 (0.0%)	179 (56.3%)	49 (66.2%)

表 5. 現況報告における院内がん登録活用可能性のある項目例

現況報告項目	院内がん登録関連項目
<p>■肺がん(C34-、D02.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数</li> <li>・手術件数 開胸手術(K511-、K514-、K518-) 胸腔鏡手術(K514-2-)</li> <li>・放射線治療 のべ患者数</li> </ul>	<p>原発部位(局在コード：ICD-O-3、テキスト)</p> <p>院内がん登録数</p> <p>外科的治療</p> <p>鏡視下治療</p> <p>放射線療法</p>
<p>■胃がん(C16-、D00.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数</li> <li>・手術件数 開腹手術(K654-2、K6552、K655-42、K6572) 腹腔鏡下手術(K654-3-、K655-22、K655-52、K657-22) 内視鏡手術-粘膜切除術(EMR) (K6531) 内視鏡手術-粘膜下層剥離術(ESD) (K6532)</li> <li>放射線治療 のべ患者数</li> </ul>	<p>原発部位(局在コード：ICD-O-3、テキスト)</p> <p>院内がん登録数</p> <p>外科的治療</p> <p>鏡視下治療</p> <p>内視鏡的治療</p> <p>内視鏡的治療</p> <p>放射線療法</p>
<p>■大腸がん(C18-、C19、C20、D01.0、D01.1、D01.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数</li> <li>・手術件数 開腹手術(K7193、K739-、K740-) 腹腔鏡下手術(K719-3、K740-2-) 内視鏡手術(K721-、K721-4、K739-2、K739-3)</li> <li>・放射線治療 のべ患者数</li> </ul>	<p>原発部位(局在コード：ICD-O-3、テキスト)</p> <p>院内がん登録数</p> <p>外科的治療</p> <p>鏡視下治療</p> <p>内視鏡的治療</p> <p>放射線療法</p>
<p>■肝臓がん(C22-、D01.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数</li> <li>・手術件数 開腹手術(K695-) 腹腔鏡下手術(K695-2-) マイクロ波凝固法 ラジオ波焼灼療法</li> <li>・放射線治療 のべ患者数</li> </ul>	<p>原発部位(局在コード：ICD-O-3、テキスト)</p> <p>院内がん登録数</p> <p>外科的治療</p> <p>鏡視下治療</p> <p>その他の治療</p> <p>その他の治療</p> <p>放射線療法</p>
<p>■乳がん (C50-、D05-)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者数</li> <li>・手術件数 手術(K476-)</li> <li>・放射線治療 のべ患者数</li> </ul>	<p>原発部位(局在コード：ICD-O-3、テキスト)</p> <p>院内がん登録数</p> <p>外科的治療</p> <p>放射線療法</p>
<p>■全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上</li> <li>・がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上 (経口、静注による全身投与。1レジメンあたりを1人として計上)</li> <li>・放射線治療のべ患者数 年間200人以上 (一連の治療計画を1人として計上)</li> <li>・当該医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度の診療実績</li> <li>分子：各施設の年間新入院がん患者数(現況報告)</li> <li>分母：患者調査の「病院の推計退院患者数(患者住所地、施設住所地)、 2次医療圏×傷病分類別」の当該2次医療圏の悪性新生物の数値の12倍</li> <li>・年間院内死亡がん患者数</li> </ul>	<p>院内がん登録全体</p> <p>外科的治療、鏡視下治療、内視鏡的治療</p> <p>化学療法</p> <p>放射線療法</p>
<p>■情報提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・院内がん登録数や各治療法のがん種別件数のホームページ等での情報公開</li> </ul>	<p>分子：院内がん登録数</p> <p>分母：(全国がん登録)</p> <p>生存状況情報 (死亡日、生存確認調査方法：死亡退院情報)</p> <p>院内がん登録数、各治療法の集計</p>

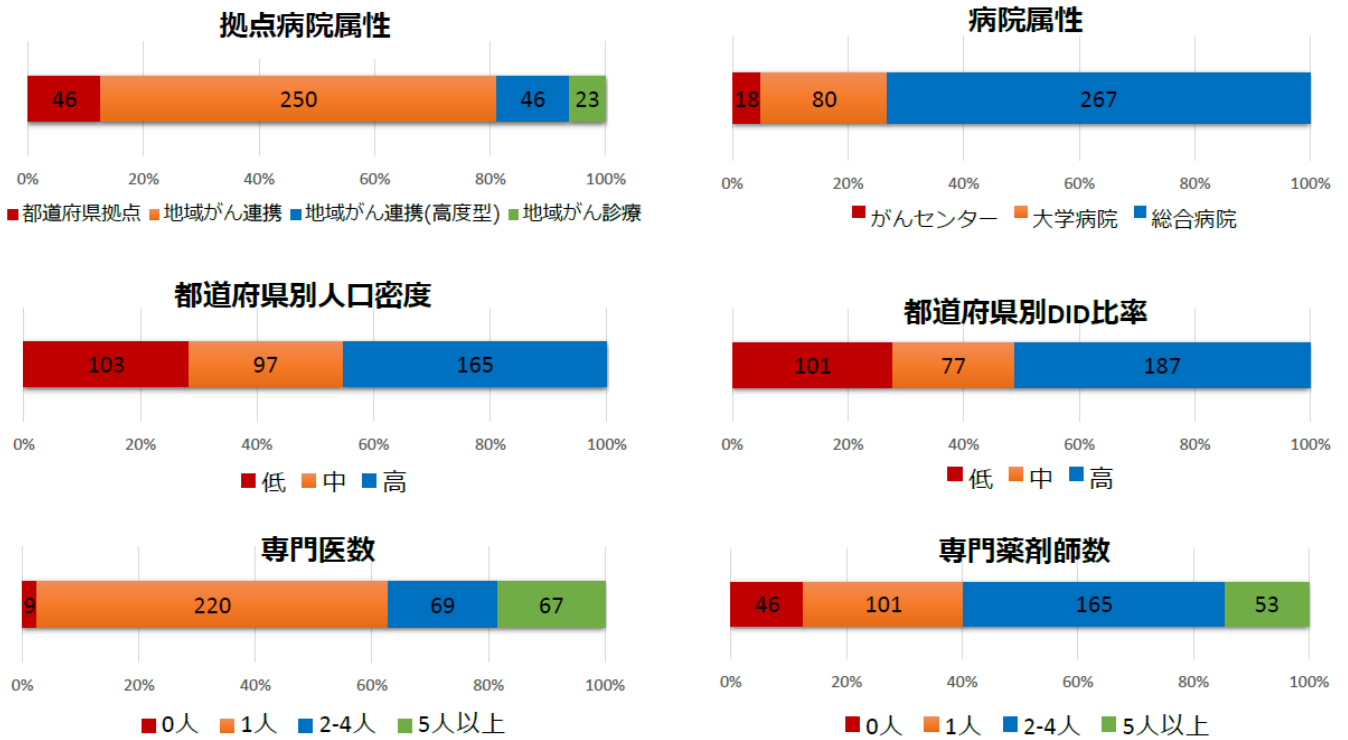


図2. 解析対象のストラクチャ指標の分布

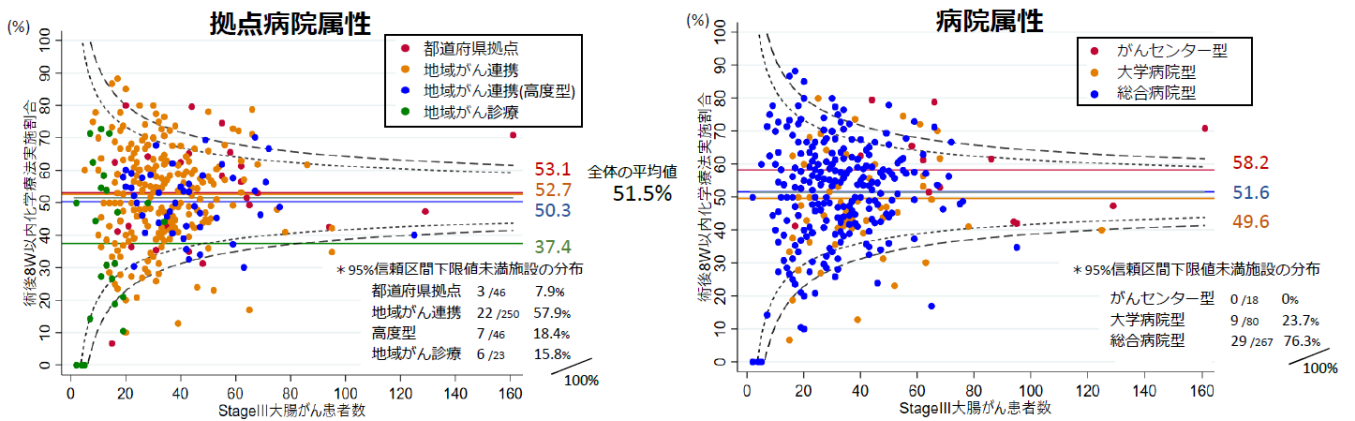


図3. Stage III大腸がんに対する術後8週以内術後化学療法開始割合 (Stage III全体)

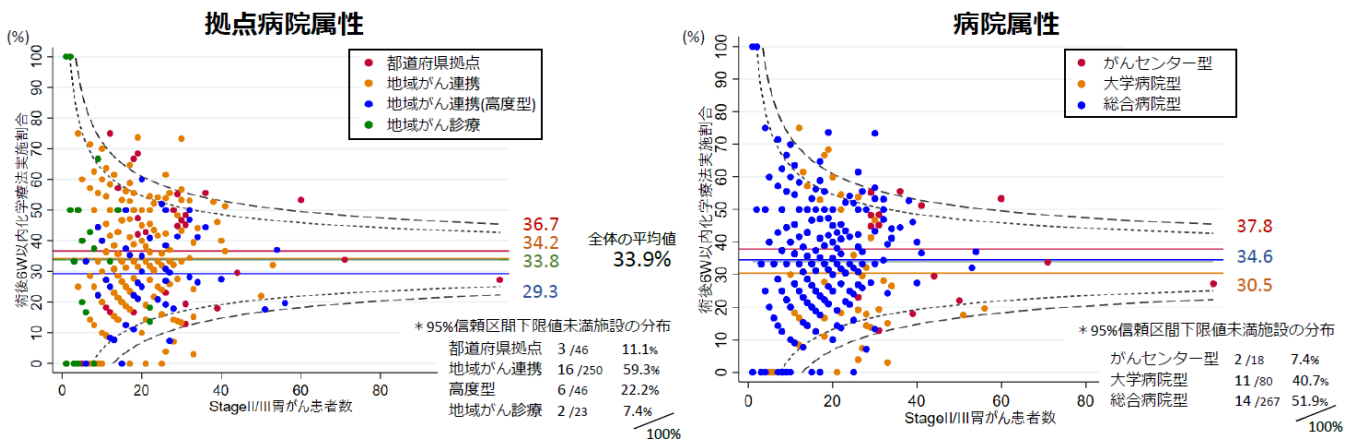
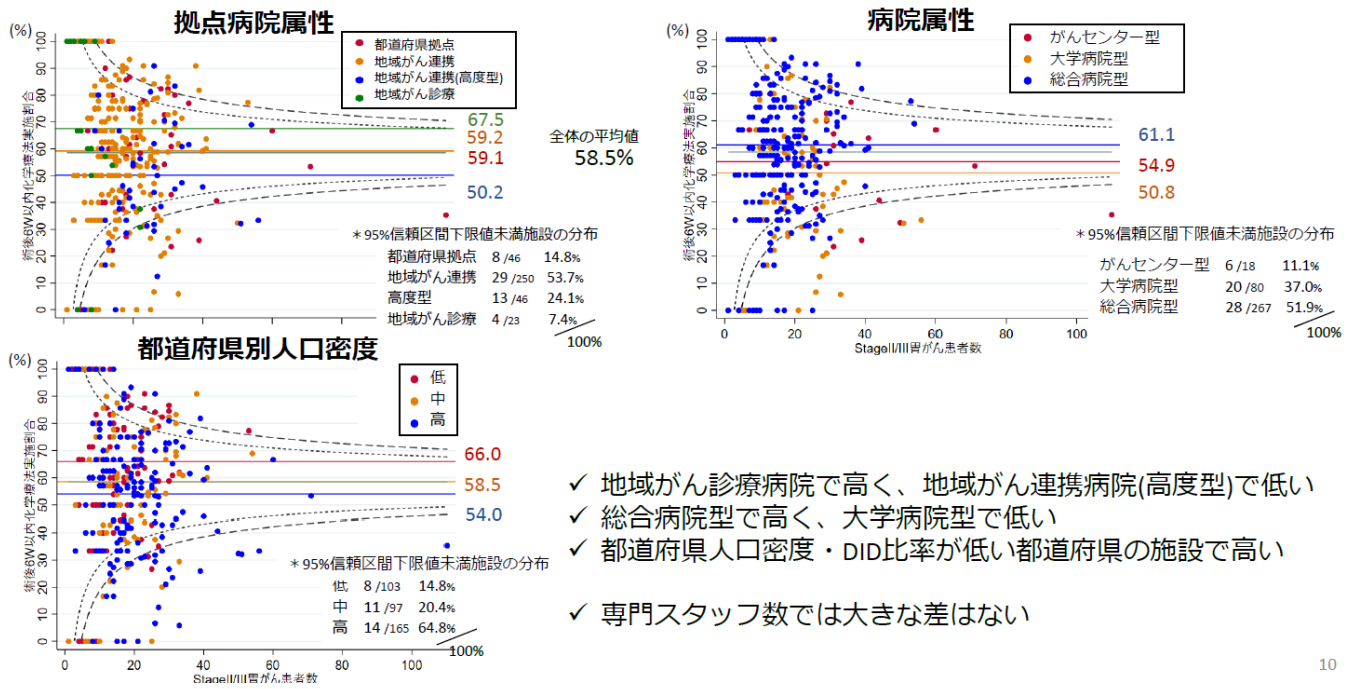


図4. Stage II, III胃がん(T1, T3N0除く)に対する術後6週以内術後化学療法開始割合 (Stage II, III全体)



- ✓ 地域がん診療病院で高く、地域がん連携病院(高度型)で低い
- ✓ 総合病院型で高く、大学病院型で低い
- ✓ 都道府県人口密度・DID比率が低い都道府県の施設で高い
- ✓ 専門スタッフ数では大きな差はない

図5. StageII, III胃がん(T1, T3N0除く)に対する術後6週以内術後化学療法開始割合 (StageII, IIIで術後に化学療法を行った症例中)

表6. 回答施設内訳および苦痛スクリーニングの実施割合

		スクリーニング実施割合 (タイミング問わず)							
		Total		身体的		精神的		社会的	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>全体</b>		253	100	252	99.6	252	99.6	247	97.6
<b>病院種別</b>	<b>がんセンター型</b>	14	5.5	14	100	14	100	14	100
	<b>大学病院型</b>	68	26.9	68	100	68	100	66	97.1
	<b>総合病院型</b>	171	67.6	170	99.4	170	99.4	167	97.7
<b>拠点種別</b>	<b>都道府県拠点</b>	47	18.6	47	100	47	100	46	97.9
	<b>地域拠点</b>	191	75.5	190	99.5	190	99.5	186	97.4
	<b>地域がん診療病院</b>	15	5.9	15	100	15	100	15	100

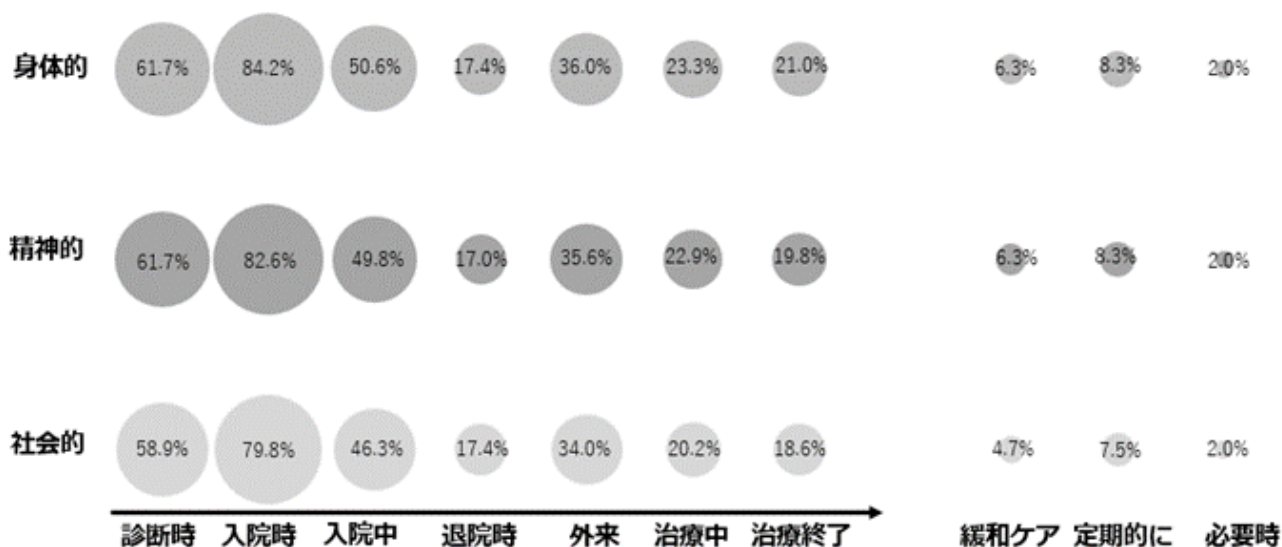


図6. 苦痛のスクリーニングの実施タイミング（詳細）

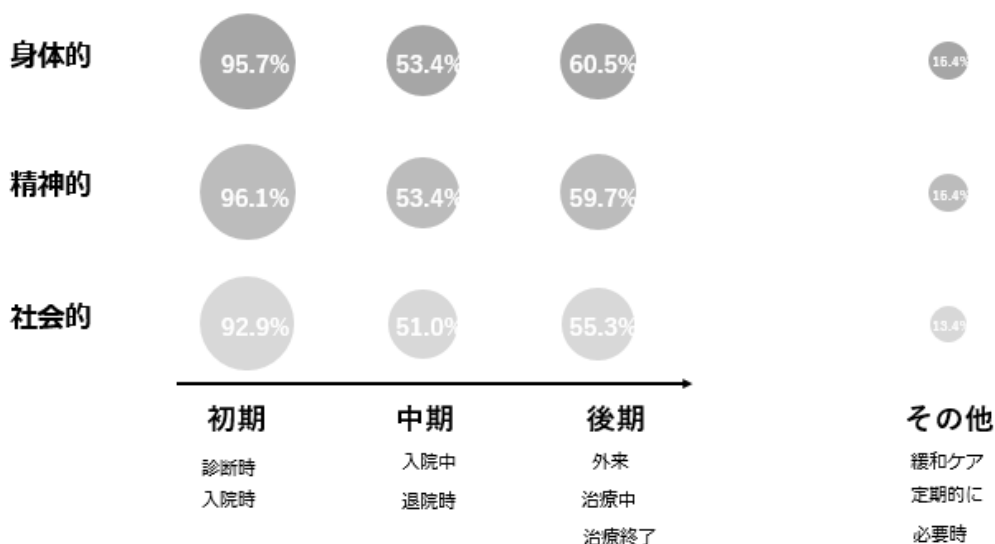


図7. 苦痛のスクリーニングの実施タイミング（まとめ）

表7. スクリーニングに使用した質問票

質問票の内容	病院種別			拠点病院				N=253		
	身体的	精神的	社会的	がんセンター型 N=15	大学病院型 N=68	総合病院型 N=170	都道府県 拠点 N=47		地域拠点 N=191	地域がん 診療病院 N=15
生活のしやすさ	○	○	○	2 (13.3%)	17 (25.0%)	65 (38.2%)	8 (17.0%)	68 (35.6%)	8 (53.3%)	84 (33.2%)
STAS	○	○	×	2 (13.3%)	6 (8.8%)	9 (5.3%)	6 (12.8%)	9 (4.7%)	2 (13.3%)	17 (6.7%)
MDASI	○	○	○	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
IPOS	○	○	○	0 (0.0%)	2 (2.9%)	2 (1.2%)	1 (2.1%)	3 (1.6%)	0 (0.0%)	4 (1.6%)
ESAS	○	○	○	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
G8	○	○	×	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
NRS	○	○	×	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)
こころとからだの質問票	○	×	×	3 (20.0%)	6 (8.8%)	10 (5.9%)	6 (12.8%)	12 (6.3%)	1 (6.7%)	19 (7.5%)
独自ツール	○	○	×	7 (46.7%)	36 (52.9%)	82 (48.2%)	25 (53.2%)	96 (50.3%)	4 (26.7%)	125 (49.4%)

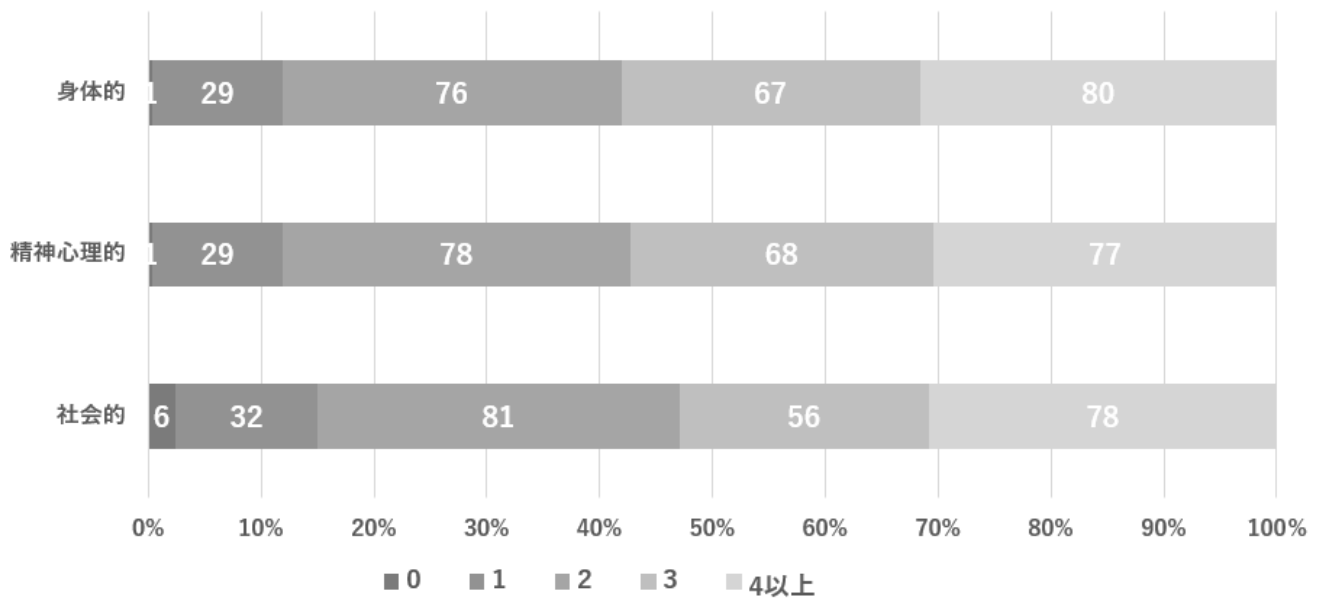


図8. スクリーニング実施回数（施設数）

表8. 苦痛のスクリーニング結果の把握について

		スクリーニング結果の共有部署						
		Total	一部の部署		院内全体		把握せず	
			N	N	%	N	%	N
全体		253	164	64.8	85	33.6	4	1.6
病院種別	がんセンター型	14	5	33	10	66.7	0	0.0
	大学病院型	68	45	66.2	23	33.8	0	0.0
	総合病院型	171	114	67.1	52	30.6	4	2.4
拠点種別	都道府県拠点	47	28	59.6	19	40.4	0	0.0
	地域拠点	191	124	64.9	63	33.0	4	2.1
	地域がん診療病院	15	12	80.0	3	20.0	0	0.0