がん対策推進基本計画
中間評価報告書

平成27年６月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

第１章　がん対策推進基本計画（平成 24 年６月閣議決定）の主旨・・・・・１

第２章　中間評価の主旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

第３章　中間評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
Ⅰ　概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
Ⅱ　全体目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５
１．がんによる死亡者の減少・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５
２．全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
３．がんになっても安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・８
Ⅲ　重点的に取り組むべき課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
Ⅳ　分野別施策の個別目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・９
１．がん医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
（１）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
（２）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成・・・・・・・・１６
（３）がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・１８
（４）地域の医療・介護サービス提供体制の構築・・・・・・・・・２２
（５）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・２３
（６）その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）・・・・２６
２．がんに関する相談支援と情報提供・・・・・・・・・・・・・・・２８
３．がん登録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３１
４．がんの予防・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３３
５．がんの早期発見・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３８
６．がん研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４１
７．小児がん・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４４
８．がんの教育・普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４５
９．がん患者の就労を含めた社会的な問題・・・・・・・・・・・・・４６
Ⅴ　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項・・・・・４９
１．関係者等の連携協力の更なる強化・・・・・・・・・・・・・・・４９
２．都道府県による都道府県計画の策定・・・・・・・・・・・・・・４９
３．関係者等の意見の把握・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４９
４．がん患者を含めた国民等の努力・・・・・・・・・・・・・・・・４９

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化・・・・・・・・・５０
６．目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定・・・・・５０
７．基本計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５０

第４章　おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５１

添付資料１　がん対策推進協議会委員名簿・・・・・・・・・・・・・５２
添付資料２　がん対策推進協議会開催状況・・・・・・・・・・・・・５３
添付資料３　第２期がん対策推進基本計画進捗管理指標一覧（厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」及び「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」研究班により作成）
・・・・・・・・・・・・・・５６
添付資料４　がん医療における緩和ケアに関する医療者調査結果報告書（厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」研究班により作成）・・・８１

第１章　がん対策推進基本計画（平成 24 年６月閣議決定）の主旨

昭和 59 年に策定された「対がん１０カ年総合戦略」、平成６年に策定された「がん克服新１０か年戦略」、平成 16 年に策定された「第３次対がん１０か年総合戦略」等に基づき、厚生労働省をはじめとした政府においてがん対策を実施してきたもののがんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっていることから、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が平成 19 年４月に施行され、基本法に基づき、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成 19 年６月に閣議決定された。

前基本計画の期間中、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られたが、新たに小児がん対策、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなった。

これまで取り組んできた施策をさらに充実させるとともに、新たに浮き彫りとなった課題を改善するために、がん対策推進協議会からの意見を聴きつつ、平成 24 年６月に現行の「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定され、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指して、基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民等が一体となって、がん対策に取り組むこととした。

第２章　中間評価の主旨

基本計画に定める目標等を確実に達成するため、基本計画の進捗状況を把握することが重要であることから、がん対策推進協議会の意見を聴きながら検討し、中間評価を行う。

中間評価にあたっては、厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」及び「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」研究班（以下「指標研究班」という。）が作成した評価指標と調査結果を参考に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映することを検討する。

※なお、個々の取り組むべき施策ごとに指標研究班の指標調査結果の抜粋を付記しているが、指標調査結果の解釈にあたっては、添付資料３「第２期がん対策推進基本計画進捗管理指標一覧」を参照されたい。また、患者体験調査については、調査票回収率が 52.6%であり、一部の調査結果は実情を必ずしも反映していないというがん対策推進協議会委員からの指摘もあるため、患者体験調査を含めて調査の内容や方法について検証を行い、より正確に患者・家族の意向を汲みとりながら、がん対策の進捗状況を把握していく必要がある。

第３章　中間評価

Ⅰ　概要

１　全体目標について

１）がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少

・年齢調整死亡率は減少傾向であるものの、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ている。

・喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要。

２）全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

・身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が３～４割ほどいる。

・引き続き緩和ケア等の提供体制の検証と整備が必要。

３）がんになっても安心して暮らせる社会の構築

・家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が３割ほどいる。

・がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組をより一層推進することが重要。

２　重点的に取り組むべき課題について

１）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

・拠点病院の指定要件の改正やがんプロフェッショナル基盤養成プラン等の取組により、一定の進捗が得られている。

・今後、系統的なデータ収集体制の整備や先進的な放射線治療機器の適正配置についての検討、がん診療に携わる専門医のあり方についての検討等を推進することが重要。

２）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

・拠点病院の指定要件の改正により、診断時から緩和ケアを提供する体制や専門家による診療支援体制の整備が進み、医師・看護師の意識の変化もみられた。

・拠点病院の医師に対して、緩和ケア研修会を受講するよう促すとともに、在宅医等が受講できる体制を構築することが必要。

・拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアを推進していくことが必要。

３）がん登録の推進

・平成 25 年 12 月にがん登録が法制化。

・国民への周知が不十分であり、より一層の普及啓発が必要。

４）働く世代や小児へのがん対策の充実

・関連部局と連携し、がん患者・経験者の就労支援について検討した。

・就労支援に関する既存の仕組み・施策・制度を十分に理解し、活用していくことが重要。

・小児がんについては、「小児がん拠点病院」及び「小児がん中央機関」を指定した。

３　その他、分野別施策について

・地域の医療・介護サービス提供体制の構築や、病理診断、リハビリテーション、がんの相談支援、たばこ対策・感染症に起因するがんへの対策をはじめとするがんの予防に係る施策、がん検診の受診率向上をはじめとするがんの早期発見に係る施策等についても、一定の進捗が得られているが、基本計画で掲げた目標達成に向けて、引き続き推進が必要。

・高齢化が進んでいる我が国の現状を鑑みて、がん患者が住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるよう、拠点病院等との連携を確保しつつ、在宅医療・介護体制の整備等を進めることは喫緊の課題。

・希少がんについては、「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」の検討状況を踏まえ、診療体制や情報提供体制等を整備することが必要。

・がん研究については、平成 26 年度に策定された「健康・医療戦略」（平成 26 年７月閣議決定）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成 26 年７月健康・医療戦略推進本部決定）に基づき、新たに設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構（以下「ＡＭＥＤ」という。）による管理の下、平成 26 年度からの「がん研究１０か年戦略」に基づいて、関係省庁が一体となって推進することが重要。

４　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項について

・がん対策の推進に当たっては、引き続き国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要。

・本中間評価報告書の内容と、別途とりまとめた「今後のがん対策の方向性について」の内容を踏まえて、今後、がん対策推進協議会等で、具体的な数値目標の設定を含めて、次期がん対策推進基本計画の策定に関する検討を行っていく必要がある。

Ⅱ　全体目標についての進捗状況

1　がんによる死亡者の減少

（目標の詳細）

平成 19（2007）年度に掲げた 10 年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」について、年齢調整死亡率の減少が鈍化していることを受けて、平成 24 年度から５年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させることを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

前基本計画策定の際に得られていた平成 17（2005）年のがんの年齢調整死亡率（75 歳未満）である 92.4（人口 10 万対）を 100%とすると、平成 25（2013）年の同死亡率は 80.1 であり、86.7%に相当する。

平成 27（2015）年までに同死亡率を 73.9 とすることが目標であるが、国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）の分析では、1975 年から 2013 年までのデータに基づく平成 27（2015）年の同死亡率の予測値は 76.7 であり、目標達成が難しいと予測されている。平成 19 年に前基本計画を策定するにあたり、目標である同死亡率 20%減少については、喫煙率半減、がん検診受診率 50%、がん医療の均てん化を実現することにより、達成することができるとされていたが、喫煙率及びがん検診受診率がその水準に到達していないことが目標達成が難しい要因として指摘されている。がん医療の均てん化については、現在、同センターでその進捗状況を調査中である。さらにがん種別の死亡率の推移について検討を行ったところ、肝がんについては死亡率の減少が加速傾向にあり、2005 年から 2015 年の間で死亡率が 47.9%減少すると予測されている。胃がんについては死亡率の減少は同程度であるものの、30.8%減少と死亡率が大きく減少すると予測されている。一方、肺がん・大腸がんについては死亡率の減少傾向が鈍化しており、それぞれ 7.5%、9.1%の減少にとどまる見込みである。また、乳がんについては増加していた死亡率が横ばいとなる見込みである。子宮頸がんについては死亡率の増加が加速傾向にあり、2005 年から 2015 年の間で死亡率が 5.9%増加すると予測されている。

		2005 年	2013 年
全 0	がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）	92.4	80.1

		1995 年→2005 年	2005 年→2015 年（推計）
—	がんの年齢調整死亡率の変化（がん種別）	胃がん -31.1% 大腸がん -10.2% 肺がん -9.4% 乳がん +13.7% 子宮頸がん +3.4% 肝がん -32.0%	（以下全て推計値） 胃がん -30.8% 大腸がん -9.1% 肺がん -7.5% 乳がん -0.1% 子宮頸がん +5.9% 肝がん -47.9%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率は減少傾向にあるもののがん対策情報センターの分析では、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ており、喫煙率減少及びがん検診受診率向上に関連する施策に加えて、本中間評価の中で各分野別施策においてさらに推進が必要な事項とした内容を中心に、目標達成に向けて基本計画に基づくがん対策を推進する必要がある。また、平成 17（2005）年から平成 27（2015）年の 10 年間の変化について、全体目標が設定されているが、がん対策推進基本計画によりもたらされた効果をより正確に計測するという観点から、今後、前基本計画が策定された平成 19（2007）年から平成 29（2017）年の年齢調整死亡率の変化を検証する必要がある。

がん種によって、年齢調整死亡率の推移は異なった傾向が見られるため、年齢調整死亡率が増加傾向にあるがん種や減少傾向が緩徐であるがん種について、重点的に施策を推進することが重要である。

2　全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

（目標の詳細）

がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、「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 日付け健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知。以下「拠点病院新指針」という。）を発出し、拠点病院において、がんと診断された時からの緩和ケア及び地域の医療提供体制の構築等を推進した。

指標研究班が実施した患者体験調査（以下「研究班患者調査」という。）では、がん医療が数年前より進歩したと回答したがん患者の割合は 80.1%であった。また、からだの苦痛や気持ちのつらさが制御されているがん患者の割合はそれぞれ約６割であり、自分らしく日常生活をおくることができているがん患者の割合は 77.7%であった。必要な情報提供がされている、病気のことや療養生活について相談できる場所があると回答したがん患者の割合はそれぞれ約７割であった。

		2015 年
全 1	医療が進歩していることを実感できること	80.1%
全 2a	患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること （からだの苦痛）	57.4%
全 3	患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること （気持ちのつらさ）	61.5%
全 4	患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること （自分らしい生活）	77.7%
全 12	正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選べるような情報提供がきちんと提供されること	71.5%
全 13	相談できる環境があると感じること	67.4%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き体制の検証と整備をすすめる必要がある。

3　がんになっても安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、拠点病院新指針の中で、がん相談支援センターの業務に新たに「就労に関する相談」を加え、緩和ケアの提供体制についても要件をより厳格化し、がんと診断された時から患者の抱える精神的苦痛、社会的苦痛を和らげる体制整備を推進した。

平成 26 年 11 月に実施した世論調査の結果では、74.4%の者ががんをこわいと認識しており、その理由は多い順に、「がんで死に至る」、「痛みなどの症状が出る」、「治療費が高額」、「家族や友人などの協力が必要」となっていて、身体的な苦痛面のみならず心理・社会的な苦痛に対して「こわい」と感じていることが明らかになった。また、がんと診断された場合に身近な人にがんのことを自由に話せるかという設問については、87.3%の者が話せると思うと回答したが、年齢が若いほど話せると思わないと回答した者が多い傾向にあった。

研究班患者調査では、経済的理由でがん治療を変更・断念したことがあるがん患者の割合は 2.7%であった。また、家族に負担をかけていると感じているがん患者の割合は 42.1%であり、診断時に職場関係者にがんと診断されたことを話したがん患者の割合は 90.5%であった。

		2015 年
全 14a	経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと （治療の変更・断念）	2.7%
全 16	家族の QOL も保たれていると感じられ、自分も安心できること （家族への負担）	42.1%
全 18c	がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、 社会の一員であることを実感できること（職場での孤立）	90.5%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が３割ほどいることを踏まえて、がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組をより一層推進することにより、社会全体でがん患者・家族を支える体制を整備することが重要である。

Ⅲ　重点的に取り組むべき課題

基本計画において重点的に取り組むべき課題とされた「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成」、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」、「がん登録の推進」及び「働く世代や小児へのがん対策の充実」について、特に積極的に取り組んできたところであるが、各重点課題に係る進捗状況等については、Ⅳの分野別施策の個別目標に対する進捗状況等に記載する。

Ⅳ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

１．がん医療

（１）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

（個別目標）

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、３年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とした。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、拠点病院新指針の中で、拠点病院においては新たに月１回以上のキャンサーボードの開催を義務づけ、また、放射線診断、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の参画を促すことにより、チーム医療体制の整備を推進した。これにより、多職種が参加するキャンサーボードが設置された拠点病院の割合は 99.8%であり、緩和ケアチームに加えて、栄養サポートチームや感染制御チーム等、臓器横断的な専門チームが存在する拠点病院の割合は 99.0%であった。また、患者・家族用の冊子や視聴覚教材を充実させることや診療内容説明時にセカンドオピニオンの活用について説明する体制を整備することを新たに義務づけ、患者とその家族が納得して治療を受けられる環境の整備を推進した。さらに、診断結果や病状を説明する際に、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち、治療プロ

セス全体について十分なインフォームドコンセントに努めることを促した。研究班患者調査では、納得のいく治療が選択できたがん患者の割合は84.5%であった。また、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は38.1%であった。

		2014年
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	99.0%

		2015年
A18	納得のいく治療選択ができたがん患者の割合	84.5%
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	38.1%

平成26年11月に実施した内閣府の世論調査では、セカンドオピニオンの認知度が77.7%と、前回（平成25年1月実施）の72.5%に比べて増加しているが、70歳以上の者では「知らない」と回答した割合が、他の年代と比較して多かった。また、研究班患者調査では、拠点病院において医師からセカンドオピニオンが受けられることの説明を受けたがん患者の割合は40.3%であった。

		2015年
A19	セカンドオピニオンの説明を受けたがん患者の割合	40.3%

関連学会を中心に、がん診療ガイドラインの作成がすすみ、平成26年11月時点で30種類のがん診療ガイドラインが整備された。また、患者向けの診療ガイドラインについては、６種類が作成された。指標研究班の調査によると、大腸がん術後化学療法実施率は49.6%、胃がん術後化学療法実施率は68.2%、高度催吐性リスクのある化学療法実施時の制吐剤処方率は60.5%等の結果であったが、拠点病院等においては、患者の意向や全身状態に留意しつつ、より多くの患者に標準的治療を実施していくことが重要である。また、今回の調査は、連携による他院での治療が含まれない限界のあるデータであり、今後、より精緻な測定体制の構築を推進していくことが求め

られる。

		2012-2013 年
A11	標準的治療実施割合	大腸がん術後化学療法実施率　49.6% 胃がん術後化学療法実施率　68.2% 早期肺がん外科・定位放射線療法実施率　88.9% 肺がん術後化学療法実施率　45.0% 乳房温存術後全乳房照射実施率　72.1% 乳房切除術後高リスク症例放射線療法実施率　33.1% 肝切除術前ＩＣＧ15 分停滞率検査実施率　90.3% 高度催吐性リスク化学療法制吐剤処方率　60.5% 外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率　66.0%

		2014 年
A12	診療ガイドラインの数（診療ガイドラインの作成）	30
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）	6

また、医師・看護師等、教育関係者、市民、法学者等様々な立場の有識者から構成されるチーム医療推進会議において、平成 22 年５月から我が国の実情に即した医師、看護師等の協働・連携の在り方について検討を進めている。その過程で、「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」を取りまとめ、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士等の職種が連携し、各々の専門性を発揮してがん化学療法や緩和ケアに取り組んでいる実践的な事例を盛り込み、ホームページで周知している。計 20 回の議論を経て、同会議で決定された法律改正事項（診療放射線技師の業務範囲拡大など、医療関係職種の業務範囲・業務実施体制の見直し）については、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）により措置されている。

医科歯科連携については、口腔ケアプロトコールが整備されている拠点病院の割合は 55.3%であった。国は、平成 25 年度より公益社団法人日本歯科医師会に委託して医科歯科連携事業を推進し、がん患者の口腔ケアに関する医療従事者育成と連携体制構築に取り組み、平成 26 年 12 月時点で 12,690 名が講習会を受講し、拠点病院との連携登録がされた歯科医師については、

がん対策情報センターが運営するホームページ「がん情報サービス」で公開されている。また、都道府県がん診療連携拠点病院において整備が進んでいる緩和ケアセンターを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携する体制の構築を推進している。

		2014 年
A27	口腔ケアプロトコー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）	55.3%

栄養管理の推進については、特定の疾患別に応じた知識・技術を深めた管理栄養士を育成するため、平成 25 年度より厚生労働省の予算事業として、公益社団法人日本栄養士会において、管理栄養士専門分野別人材育成事業を実施している。また、平成 26 年度より一般社団法人日本病態栄養学会が公益社団法人日本栄養士会と協働して、がんの栄養管理に特化したがん病態栄養専門管理栄養士の認定を開始し、平成 27 年 4 月時点で 165 名を認定した。

がん看護体制については、拠点病院新指針で、緩和ケアチームに公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれかの配置を義務づけ、がん看護体制の整備を推進した。さらに放射線治療室にがん放射線療法看護認定看護師の配置を促し、外来化学療法室にがん看護専門看護師またはがん化学療法看護認定看護師の配置を促した。これを受けて、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は、83.6%（平成24年度）から89.5%（平成26年度）に増加した。また、がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、平成26年度診療報酬改定において、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導の評価を新設した。

		2012 年	2014 年
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）	83.6%	89.5%

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、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拠点病院の割合は 85.8%であった。がん医療の質と安全管理の確保に疑義のある事案が続いていることからも医療安全管理を推進する取組が重要である。

		2014 年
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）	85.8%

腫瘍センターなどの各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築については、拠点病院の中でも総合病院（大学病院を除く）ではがん診療を統括する診療部を設置している施設は 25.3%と推進が不十分であった。

		2014 年
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）	25.3%

地域の医療機関との連携と役割分担については、退院支援に当たり、多職種により構成される退院前カンファレンスの実施を義務づけ、特に緩和ケアに関しては、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できるよう、クリティカルパスやマニュアルの作成を促し、がん医療における病病連携・病診連携の協力体制の構築を推進し、全ての拠点病院で退院前カンファレンスを実施している。

放射線治療については、拠点病院新指針の中で、強度変調放射線治療等を含む放射線治療に関して拠点病院を中心として地域の医療機関と連携し、役割分担を図り、公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん放射線療法看護認定看護師、日本放射線治療専門放射線技師認定機構が認定を行う放射線治療専門放射線技師及び一般財団法人日本医学物理士認定機構が認定を行う医学物理士等の配置を促すとともに、拠点病院新指針において放射線出力線量の第三者機関による評価を義務づけ、質の高い安全な放射線療法が提供される体制の構築を推進した。これらの取組により、放射線治療に関する専門医を配置している拠点病院の割合は 72.0%（平成 24 年度）から 77.0%（平成 26 年度）に増加し、強度変調放射線治療等を含む放射線治療を実施している拠点病院の割合も増加した。また、医学物理士を配置している拠点病院の割合は 49.1%になった。先進的な放射線治療装置開発については、経済産業省の所管する事業において、微小がんの低侵襲治療を可能にする治療機器の開発が進められた。また、国立研究開発法人放射線医学総合研究所においても、重粒子線がん治療について、治療技術及び装置の高度化・小型化等の研究開発を推進するとともに、同研究所を含む多施設共同臨床研究（Ｊ―ＣＲＯＳ）において、質の高い臨床研究に向けた検討を行っている。さらに、

重粒子線治療及び陽子線治療に関しては現在、先進医療の枠組みの中で実施されており、先進医療会議等で議論を行っているところである。

		2012 年	2014 年
A3	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院　（定位放射線治療）	47.4%	51.1%
A5	IMRT 加算をとっている拠点病院の割合（IMRT の実施状況）	27.2%	34.2%
A1	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合（放射線療法の体制整備）	48.9%	59.7%
A26d	放射線治療専門医の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）	72.0%	77.0%

化学療法については、拠点病院新指針の中で、化学療法の急速な進歩と多様性に対応するため、がん薬物療法認定薬剤師やがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師の配置を促して、専門性の高い人材の適正配置を推進し、患者の副作用・合併症やそのほかの苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備した。これらの取組により、がん専門薬剤師また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は 75.8%であり、がん薬物療法専門医を配置している拠点病院の割合は 44.6%（平成 24 年度）から 56.0%（平成 26 年度）に増加し、外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合も 6.5%（平成 24 年度）から 95.1%（平成 26 年度）に増加した。また、前述のように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も増加した。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割以上を内科医が担当している拠点病院の割合は 27.4%であった。

		2012 年	2014 年
A9	外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合 （外来化学療法の実施状況）	6.5%	95.1%
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	―	27.4%
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）	―	75.8%
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）	44.6%	56.0%

手術療法については、拠点病院を中心に、術中迅速病理診断や手術部位感染に関するサーベイランスについて、実施体制の構築を推進している。また、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備については、厚生労働省の研究班で検討を行っている。手術療法の安全性については、拠点病院における５大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は 0.31%であったが、手術療法の質と安全管理の確保に疑義のある事案が続いていることからもがん患者に安全な治療を提供する体制を整備していくことが重要である。

		2013 年
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）	５大がん：0.31% （肺 0.38%、胃 0.34%、大腸 0.43%、 肝臓 0.68%、乳腺 0.01%）

平成 26 年 11 月に実施した世論調査において、治療を受ける病院を選ぶにあたり重視することを調査したところ「専門的な治療を提供する機器や施設の有無」と答えた者が 65.2%と最も多かった。また、「医師や看護師の技術の優秀さ」を重視すると答えた者の割合が 58.9%から 55.0%に減少し、「自宅からの距離」を重視すると答えた者の割合が 47.8%から 49.1%に増加していた。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等の整備を行い、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができる体制を構築しているところであるが、がん治療の実態に関する系統的なデータ収集体制は未整備である。拠点病院をはじめとした医療機関の院内

がん登録等を活用して、診療実態をより詳細に収集し、医学技術の進歩に伴う新しい知見の普及の実態などを継続的に検証し、さらなるがん医療の質の向上と均てん化を図る必要がある。また、拠点病院等から提出される現況報告については、より正確な情報を収集するため、報告する内容や様式を引き続き検証していく必要がある。

セカンドオピニオンに関して、全体として認知度は増加してきているが、70 歳以上の者では認知度が低い。また、医師からセカンドオピニオンが受けられることの説明を受けたがん患者の割合は４割程度にとどまっており、年代等も考慮して、セカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための普及啓発を推進することが重要である。

腫瘍センターなどの各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築については、拠点病院の中でも総合病院（大学病院を除く）ではがん診療を統括する診療部を設置している施設は 25.3%と設置が進んでおらず、一層の推進が必要である。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発は進んでいるが、それらの有効性や安全性についての科学的な検証を進め、国内での計画的かつ適正な配置について、検討する必要がある。

手術療法については、患者の負担軽減や治療効果の向上に資する先進的な手法等を開発していくことが重要であるが、その安全性や倫理的妥当性を十分に確保できる体制を構築する必要がある。

（２）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

（個別目標）

５年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とした。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援するため、文部科学省では、平成 24 年度より「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」を立ち上げ、15 の拠点施設を設置し、合計 100 大学でがん医療者の育成に取り組んできた。平成 26 年 10 月 1 日時点で、のべ 1,700 人以上の大学院生を育成し、臨床腫瘍学講座や緩和医療学講座等、がんに特化した臓器横断的な講座を 42 講座、設置した。また、臓器横断的ながん臨床教育制度がある拠点病院の割合は 39.1%であった。

		2014 年
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）	39.1%

がん診療に携わる専門医については、特定非営利活動法人日本臨床腫瘍学会は平成 27 年４月時点で 1,035 名のがん薬物療法専門医を認定し、特定非営利活動法人緩和医療学会は平成 27 年４月時点で 108 名の専門医を認定し、公益社団法人日本放射線腫瘍学会及び公益社団法人日本医学放射線学会は平成 27 年４月時点で 1,029 名の放射線治療専門医を認定し、一般社団法人日本医療薬学会は平成 27 年１月時点で 437 名のがん専門薬剤師を認定し、公益社団法人日本看護協会は平成 27 年１月時点で 581 名のがん看護専門看護師及び 4,085 名のがん看護領域の認定看護師を認定し、一般社団法人医学物理士認定機構は平成 27 年１月時点で 813 名の医学物理士を認定し、一般社団法人日本病理学会は平成 27 年２月時点で 2,276 名の病理専門医を認定している。また、一般社団法人日本がん治療認定医機構は、基本となる 19 領域の学会※1が認定する専門医（認定医）を対象として、がん治療認定医を平成 26 年８月時点で 13,240 名認定を行うなど、関連学会等の取組が進んでいる。

※１　日本内科学会、日本小児科学会、日本皮膚科学会、日本精神神経学会、日本外科学会、日本整形外科学会、日本産科婦人科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本泌尿器科学会、日本脳神経外科学会、日本医学放射線学会、日本形成外科学会、日本麻酔科学会、日本病理学会、日本臨床検査医学会、日本救急医学会、日本リハビリテーション医学会、日本口腔外科学会

また各学会が独自に行っている専門医の認定等に関しては、平成 26 年５月に設立された一般社団法人日本専門医機構が統一的に行うこととなり、19

の基本領域※2について、平成29年度を目安に新たな専門医の養成を開始する予定である。

※2　内科、小児科、皮膚科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理、臨床検査、救急科、形成外科、リハビリテーション科、総合診療

また、がん対策情報センターでは、がん医療の均てん化の推進を目的に、がん診療で指導的な役割を担う医療従事者等を対象とした研修に取り組んできた。特に、チーム医療を推進していくことを目的に、多職種からなるチーム医療を促進するために緩和ケアと化学療法のチーム研修や拠点病院等のがん相談支援センター相談員、院内がん登録実務者等の育成に取り組んできた。平成24年度から平成26年度にかけてがん対策情報センターの研修を修了した延べ数は16,987人であり、うち、指導的な役割を担うものを対象とした研修の修了者延べ数は3,306人であった。さらに、がん対策情報センターでは、全国の拠点病院について、現況報告に基づく専門医等の配置状況を検索可能な形でがん情報サービスの「病院を探す」のサイトより公開している。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

引き続きがん医療に携わる医療従事者の育成に関わる研修を効率的に実施するとともに、拠点病院等において臓器横断的ながん臨床教育制度を推進し、質の高いがん医療を提供していく必要がある。また、がん診療に携わる専門医のあり方については、日本専門医機構内の委員会における検討を踏まえながら、厚生労働省においても検討を行っていく必要がある。

（３）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（個別目標）

関係機関などと協力し、３年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、５年以内に、がん診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を目標とした。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とした。

また、３年以内に、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の提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とした。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身

体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、がんと診断された時からの緩和ケア及び地域の医療・介護サービス提供体制の構築を推進するため、拠点病院新指針を発出し、拠点病院において、以下の体制整備を推進した。

①がん疼痛等の症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルの整備と共に、これに準じた院内クリティカルパスの整備
②緩和ケアチームの組織上明確な位置づけと適切な緩和ケアの提供
③診断時から外来及び病棟において全人的な苦痛に対する院内で一貫したスクリーニング体制の構築
④スクリーニング結果に基づく迅速かつ適切に症状を緩和する体制の整備
⑤診断結果や病状の説明の際の、看護師や医療心理に携わる者の同席
⑥必要に応じた看護師等によるカウンセリングの実施
⑦緩和ケアチームによる病棟ラウンド、カンファレンス等の実施
⑧外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制
⑨地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制（緩和ケアを提供できる診療所等のマップやリスト、緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスの作成等）
⑩都道府県がん診療連携拠点病院では、緩和ケアセンターの整備を義務化（平成 28 年 3 月までに）

なお、研究班患者調査では、からだの苦痛や気持ちのつらさが制御されているがん患者の割合はそれぞれ約６割であった（指標全 2a、全 3）。

また、平成 20 年度より拠点病院を中心に、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を開催し、医療用麻薬の適正な使用法を含めて、がん診療に携わる医師・歯科医師に対する基本的な緩和ケアに関する知識及び技術の普及を行っている。本研修会については、平成 27 年３月末までに 57,764 名の医師・歯科医師が修了している。「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」については、緩和ケア推進検討会において議論を重ね、がん患者の痛みの緩和に加えて、新たに患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケアや苦痛のスクリーニングに関する内容を研修プログラムに組み込み、がん患者により良い緩和ケアが提供される体制を整備するため、平成

27 年２月に同研修会開催指針の一部改正を行った。また、患者・家族に研修修了者が認識できるよう、平成 26 年度に厚生労働省から特定非営利活動法人日本緩和医療学会に委託し、修了者用バッジを作成し、拠点病院に所属する研修を修了した医師・歯科医師への配布を行った。さらに、平成 26 年度より公益社団法人日本看護協会に委託して、「がん医療に携わる看護研修事業」を実施し、拠点病院に所属するがん看護専門看護師やがん領域の認定看護師を対象とした緩和ケアに関する研修にも取り組んでいる。

		2012 年度末	2014 年度末
緩 6	（一般医療者に対する教育） 緩和ケア研修修了者数	40,550	57,764

指標研究班が実施した医療従事者を対象とした意識調査の結果では、平成 20 年時点と比較して、医師と看護師の緩和ケアに関する知識及び困難感は改善していた。さらに、この３年間で緩和ケア提供体制の整備が進んだと感じている医師・看護師は多く、拠点病院において、緩和ケアチーム等の専門家の配置が進んだことや、緩和ケア研修の機会が増加したこと等による変化と考えられた。しかしながら、地域連携に関する整備が進んだと感じている医師・看護師が少ないことや、拠点病院以外の病院や診療所においては専門家による支援が得づらいことも指摘されており、緩和ケアの地域連携に関する取組については、拠点病院の緩和ケアセンターの整備をすすめるとともに、緩和ケアセンターと各地域の医師会等との連携を図りつつ、より一層の推進が必要である。

一般市民等を対象とした緩和ケアの普及啓発については、平成 20 年度より特定非営利活動法人日本緩和医療学会に委託して、推進しているところであり、平成 26 年 11 月に実施した世論調査において、緩和ケアのことを、「よく知っている」と回答した者は 40.5%であり、基本計画策定時の 34.4%より増加した。一方、緩和ケアを開始すべき時期について聞いたところ、「がんと診断された時から」と回答した者の割合は 57.9%と本基本計画策定時（58.3%）と同程度の結果であった。さらに、新たに医療用麻薬に対する意識調査を行ったところ、「正しく使用すれば安全だと思う」、「正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う」ということを認識していた者は５割から６割程度であり、「だんだん効かなくなると思う」や「最後の手段だと思う」等、誤った認識をしている者が３人に１人程度いることがわかった。ま

た、医師から提案があった場合に使用する意志があると答えた者は 72.3%であった。

		2013 年	2014 年
緩 7	（一般市民への普及） 一般市民の緩和ケアの認識	緩和ケアをよく知っている 34.3% 診断されたときから 58.3%	緩和ケアをよく知っている 40.5% 診断されたときから 57.9%
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	―	正しく使用すれば 安全だと思う 52.8%

医学部での緩和医療に特化した臓器横断的な講座の設置については、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランにおいて、平成 24 年度から平成 25 年度にかけて計 10 講座を新たに設置した。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院の中で、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者のうち、緩和ケア研修会を修了している者の割合は 45.8%（平成 26 年９月末時点）であり、個別目標として掲げた、拠点病院でがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することに向けて、より一層の緩和ケア研修会の受講勧奨を実施する必要がある。

また、拠点病院においては、苦痛のスクリーニング体制や緩和ケアチームの整備、都道府県がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアセンターの整備が進む等、緩和ケア提供体制の構築について、一定の進捗が得られているものの、拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアの提供体制の構築についてそのあり方をさらに検討するとともに、在宅医等も積極的に緩和ケア研修会を受講できる体制を構築していく必要がある。

緩和ケアの開始時期について若年層では理解が進んでいるものの、「がんが治る見込みがなくなったときから」などいまだ誤った認識が見受けられることや医療用麻薬について誤った認識を持っている者も３人に１人程度いることを踏まえ、引き続き緩和ケアの普及啓発を推進する必要がある。また、医療用麻薬については、種類が増加していることや用途が多様化しているこ

と等を踏まえ、医療従事者に適正な使用法を周知するとともに、患者に対しても適切な指導が行われるよう、緩和ケアセンターの活用等を含めた体制の整備を図る必要がある。

また、全体目標の項でも言及したように、身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備をすすめる必要がある。

（４）地域の医療・介護サービス提供体制の構築

（個別目標）

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、３年以内に拠点病院のあり方を検討し、５年以内に検討結果を踏まえてその機能をさらに充実させることを目標とした。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

拠点病院については、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の議論を踏まえて、平成26年１月に指針の改定を行い、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制（緩和ケアを提供できる診療所等のマップやリスト、地域連携クリティカルパスの作成等）の整備等を推進するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会を明確に位置づけ、全国のがん医療のネットワークを構築することにより、質の高いがん医療の均てん化を推進してきた。拠点病院新指針においては、拠点病院の診療機能の強化に加えて、地域がん診療病院及び特定領域がん診療連携拠点病院を新設し、地域におけるがん医療の更なる質の向上と空白の二次医療圏の縮小、特定のがん種に特化した地域完結型医療の推進に取り組んだ。また、がん医療における地域連携や在宅医療・介護サービスについては、緩和ケア推進検討会等でその現状把握と課題解決に向けた議論を進めているところである。

また、平成26年度診療報酬改定において、在宅医療等を充実させるため、機能強化型在宅療養支援診療所等における看取り要件等の強化、看取り等の実績のある在宅療養支援診療所等に対する評価の引き上げ及び看取り等の実績があり24時間対応可能な機能の高い訪問看護ステーションに対する評価の新設を行った。また、緊急時における後方支援病床の確保が重要である

ことから、在宅療養後方支援病院に対する評価の新設を行った。がん患者の自宅死亡割合は8.9%(平成25年)から9.6%（平成26年）に増加した。

		2013 年	2014 年
緩 1	（死亡場所）死亡場所（自宅）	8.9%	9.6%
緩 2	（死亡場所）死亡場所（施設）	2.0%	2.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

在宅医療・介護サービスの提供については、高齢化が進んでいる我が国の現状を考慮し、地域包括ケアシステムの取組状況や緩和ケア推進検討会等の議論内容を踏まえつつ、がん患者の病態や療養の特徴に応じた医療ニーズに柔軟に対応し、がん患者が住み慣れた地域で安心して在宅療養が続けられるよう、引き続き体制整備を推進する必要がある。

さらに、現在のがん診療においては、全身状態が悪化するまで、複数の抗がん剤治療を継続したり、患者やその家族の在宅療養に対する不安が大きく、意思決定ができない場合があるため、かかりつけ医や在宅医、訪問看護ステーションなどの在宅医療サービスに紹介するタイミングが、余命が短い時期となることが多く、患者・家族と在宅医療を行う医療従事者との間に信頼関係を構築するための時間がほとんど残されていない状況がある。がん患者・家族の療養生活の質を向上させるためにも、急速に状態が悪化するがんという疾患の特性を十分に考慮し、地域医師会のネットワーク等を活用しつつ、より早期から退院後の生活を見越した医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅医療・介護との連携体制の構築を推進していくことが極めて重要である。また、在宅医療の現場で質の高いがん医療を提供できるよう、在宅医等ががん疾患に関する知識を習得する機会を設けることも重要である。

（５）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（個別目標）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「ＰＭＤＡ」という。）の充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有効

で安全な医薬品・医療機器を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

厚生労働省では、平成 24 年度より「臨床研究品質確保体制整備事業」を立ち上げ、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験を実施する拠点施設に支援を行ってきた。平成 26 年６月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、これらの研究の中心的役割を担う医療機関として、「臨床研究中核病院」が医療法上位置づけられ、平成 27 年４月から施行することとされた。平成 25 年度に実施されたがんの第Ⅰ相臨床試験は 85 件であり、第Ⅲ相臨床試験は 79 件であった。

		2013 年
B13a	がんの第Ⅰ相および III 相臨床試験の実施数	第Ⅰ相試験 85 件 第Ⅲ相試験 79 件

ＣＲＣ（臨床研究コーディネーター）の育成については、平成23年度より「臨床研究コーディネーター、データマネージャー確保のための研修事業」において、研究の立案からデータのとりまとめまで幅広い知識と経験でサポートできる上級者ＣＲＣ等の育成を推進し、平成25年度に99名、平成26年度に72名の上級者ＣＲＣを養成した。

また、厚生労働大臣が希少疾病用医薬品・医療機器として指定し、助成金交付申請された医薬品・医療機器の開発については、ＰＭＤＡが専門的な助言・指導を実施している。ＰＭＤＡでは、アカデミア・ベンチャー等による優れたシーズを実用化につなげるため、平成 23 年７月から薬事戦略相談を開始しており、平成 25 年 10 月からはＰＭＤＡ関西支部においても本相談の業務を開始し、体制強化を図ってきた。さらに、連携大学院協定に基づく人材交流や厚生労働省の予算事業である「革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品実用化促進事業」に基づく人材交流により、先端的な創薬等に対応できる審査員の育成を推進している。指標研究班が実施した調査では、抗がん剤開発のドラッグラグについて、平成 24 年度は申請ラグが 32.9 か月、審査ラグが 1.6 か月であったが、平成 25 年度には申請ラグが 5.7 か月、審査ラグが０か月に短縮された。

		新医薬品	
		2012 年	2013 年
B1	ドラッグラグ （ドラッグラグ・早期承認）	〈申請ラグ〉 32.9 ヶ月 〈審査ラグ〉 1.6 ヶ月	〈申請ラグ〉 5.7 ヶ月 〈審査ラグ〉 0 ヶ月

未承認薬・適応外薬の開発促進にあたっては、平成 24 年度から平成 26 年度までに計 11 回の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を開催し、平成 23 年９月 30 日までにとりまとめた抗悪性腫瘍剤に関する要望は、医療上の必要性の評価を終えた。このうち、指標研究班の調査では、医療上の必要性が高いと判断されたがん関連薬剤の中で、薬事承認・適応拡大されたものは平成 24 年度に 14 種類、平成 25 年度に 14 種類あった。また、平成 25 年度より抗がん剤の最先端医療迅速評価制度（先進医療ハイウェイ構想）を創設し、上記検討会議において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤について、外部機関による専門評価体制を活用することにより、先進医療の評価の迅速化・効率化を図っている。

		第Ⅰ回要望	第Ⅱ回要望
B1a	アンメットメディカルニーズ （新規に製造販売承認もしくは 適応拡大されたがん関連薬剤）	要望　116 開発要請 45 H23 承認　19 H24 承認　3 H25 承認　3	要望　75 開発要請 32 H23 承認　-- H24 承認　11 H25 承認　11

なお、がんを含め、困難な病気と闘う患者からの申出を起点とし、安全性・有効性を確認しつつ、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用など、先進的な医療を保険外併用療養として迅速に受けられる仕組みとして、「患者申出療養」を創設する予定である。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんに関する医薬品・医療機器の開発については、ＡＭＥＤと連携しつつ、「がん研究１０か年戦略」に基づいて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究や患者に優しい新規医療技術開発に関する研究等を推進していく必要がある。また、ＰＭＤＡの薬事戦略相談を活用するよう、研究者に周知することにより早期承認に向けた効率的な研究開発を推

進していくことが重要である。

（６）その他

①希少がん

（個別目標）

中間評価に向けて、希少がんについて検討する場を設置し、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

希少がん対策の分野では、平成 25 年度に「希少がん対策推進事業」を国立研究開発法人国立がん研究センターに委託して実施し、希少がん診療における問題点等を報告書としてまとめた。また、平成 26 年 11 月に内閣府が実施した世論調査において、88.4%の者が希少がんの診療に当たって、集約化が必要であると考えていることが明らかになった。研究班患者調査では、希少がんの患者のうち、初診から診断までに要した期間が２週間未満であると回答した患者が 42.1%であり、診断から治療に要した期間が２週間未満であると回答した患者が 34.4%であったが、初診から確定診断までに６ヶ月以上かかった患者もいたという結果であった。本項目については、質問対象者が治療を受けた病院への紹介受診時から診断までの時間を回答し、過小評価をしている可能性があることや希少がんのがん種により診療体制等の状況が異なることから、希少がん患者が何らかの症状があって医療機関を受診した時から正確な診断までに要している時間については、引き続き検証する必要がある。

厚生労働省では、平成 27 年３月に「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」を設置し、希少がん患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等も参考にしながら検討を進めているところである。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」の検討状況を踏まえて、希少がん診療体制や情報提供体制等の整備をより一層、推進していく必要がある。

②病理診断

（個別目標）

３年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

拠点病院新指針の中で、専従の病理診断に携わる常勤の医師の配置を義務づけ、さらに術中迅速病理診断が可能な体制を確保することとし、拠点病院で適切な病理診断が実施される体制整備を推進し、全ての拠点病院で術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室が設置された。病理専門医が１名以上いる拠点病院の割合は86.6%（平成24年度）から87.3%（平成26年度）に増加した。また、がん対策情報センターでは、拠点病院等の病理診断の精度を高めるとともに、診療に役立つ情報を提供し、病理診断を通じてがん医療の均てん化を推進することを目的に、拠点病院等の病理医の診断支援として病理診断コンサルテーションを実施し、平成24年度から平成26年度でのコンサルテーション件数は延べ1,353件であった。さらに、教育的な症例について、注意すべき所見や診断のポイントとともに病理画像をホームページで公開し、病理医の支援に取り組んでいる。また、日本病理学会においても、病理診断のコンサルテーションを実施しており、平成25年度及び平成26年度のコンサルテーション件数は延べ738件であった。

		2012年	2014年
A41	病理専門医が１名以上配置されている拠点病院の割合（病理診断医の不足）	86.6%	87.3%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

病理診断医の育成等に対する支援を引き続き実施するとともに、より安全で質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、遠隔病理診断システムを含めた連携体制を整備する必要がある。

③リハビリテーション

（個別目標）

拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組むことを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者に対するリハビリテーションについては、平成 19 年度から平成 25 年度にかけて「がん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに携わる医療従事者（医師、看護師、理学療法士、作業療法士等）を対象に、がん患者に対するリハビリテーションに関する知識及び技術を習得するための実務研修等を実施した。当該研修については、延べ 2,255 名が受講した。リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院の割合は 37.4%であり、拠点病院において理学療法、作業療法、言語聴覚療法のいずれかのリハビリテーションを受けたがん患者の割合は 19.7%であった。

		2014 年
A26f	リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院の割合	37.4%

		2012-2013 年
A41a	拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合（リハビリテーション）	19.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん患者が住み慣れた家庭や地域で質の高い療養生活を送ることができるよう、患者と医療従事者に対してリハビリテーションの必要性を広く周知するとともに、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対する研修の充実等を通じて、引き続きがん患者へのリハビリテーションを推進していく必要がある。

2．がんに関する相談支援と情報提供

（個別目標）

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

拠点病院新指針の中で、がん相談支援センターでは新たに、がん患者の就労に関する相談や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、患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援等の業務を行うこととし、より活用しやすい相談支援体制を構築した。また、他の拠点病院との情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を推進した。がん相談支援センターが設置されている二次医療圏の割合は70.3%であり、拠点病院のがん患者のうち、がん相談支援センターを利用している者は7.7%と少なかったが、その利用者満足度は81.4%であった。

		2015 年
C1	がん相談支援センターが設置されている２次医療圏の割合 （相談支援センター）	70.3%
C4d	拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度	81.4%

ピア・サポート活動の推進については、拠点病院新指針において、がん相談支援センターの業務に患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援を追加した結果、すべての拠点病院でサポートグループや患者・家族を対象とした学習会等が開催されるようになった。また、厚生労働省は平成23年度から平成25年度にかけて、公益財団法人日本対がん協会に委託して「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、がん患者やその家族等が行うピア・サポートに必要な相談員の基本的なスキルを身につけるための研修プログラムを策定した。

		2014 年
C6b	サポートグループや患者・家族を対象とした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）	100%

国立研究開発法人国立がん研究センターの取組としては、がん情報サービスにおいて、一般向けに各種がんを解説した「がんの冊子」は、51種類（平成24年４月時点）から59種類（平成27年６月時点）と増え、既存の冊子についても18種類の更新が行われ、インターネット上の各種がんの情報は40種類のがんで更新が行われた。また、がん情報サービスでは、各拠点病院について、88項目にわたる診療実績を公開している。さらにがん患者・経験者の療養上の不安事項等に着目した「患者必携」と「私もがんでした。がんと共に

生きるための処方箋」が発行された。がん相談支援センター相談員のためのガイドブックも、３冊追加され、計４冊と多岐の領域のものが作成され、がん相談支援センターへの配布とインターネット上での公開が行われた。また、希少がんを含むがん診療の実績に関する系統的かつ有効な情報提供を目的に、院内がん登録のがん登録件数から診療実績のある病院を検索するシステムを開発し、都道府県内の情報提供体制構築や拠点病院内でのがん登録部門と相談支援部門との協力体制構築のためのワークショップを開催した。このシステムを都道府県がん診療連携拠点病院、がん相談支援センター及びがん情報サービスサポートセンターで運用し、がん患者の受診先案内を可能とした。

		2014 年
C2	がん対策情報センターで情報提供している 拠点病院の診療実績等の項目数（拠点病院の診療実績）	92 項目

さらに、がん対策情報センターでは、相談員を対象とした研修を実施しており、基礎研修に加えて、平成23年度からは各都道府県で行う継続教育や研修の充実を図るために、都道府県がん診療連携拠点病院等のがん相談支援センター相談員に対する指導者研修を実施している。指導者研修については、平成24年４月時点で17都道府県が参加し、平成26年12月までに43都道府県が参加している。また、平成27年度からは、基礎研修の一部をe-ラーニング化し、受講しやすくすることとしている。平成24年からはブロック単位等複数の都道府県の相談員が参加する地域相談支援ブロックフォーラムを11か所で開催し（平成27年６月時点）、がん相談支援センター間の連携強化と均てん化を図るとともに、がん相談支援センターのロゴマークの作成、研修修了者に対するバッジの配布を行い、認知度の向上を進めた。

平成26年11月に実施した世論調査において、がんの治療法や病院に関する情報の入手方法について調査したところ、「医療機関の医師や看護師及び相談窓口」や「がん診療連携拠点病院のがん相談支援センター」など直接的サービスの提供の場が多く選択された。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

世論調査の結果等を踏まえて、拠点病院のがん相談支援センター業務のさらなる充実と周知を図り、その利用を促進するとともに、がんと診断された

ときからの緩和ケアやピア・サポート活動等を推進することにより、患者・家族の悩みや不安を汲みとりながら、がんの治療や病院等に関する情報を正しく提供し、きめ細やかに対応できる相談体制及び情報提供体制の構築をより一層推進するとともに、がん情報サービスを幅広く参照できるようにする等、インターネットによる情報提供についても周知を図っていくことが重要である。

また、がん医療に関する多くの情報が公開されている中、科学的根拠に乏しい治療を受けたため、本来受けることができた治療を受ける機会をなくしてしまう患者もいることから、各がん種の診療ガイドラインを一般国民にわかりやすく情報公開するなど、より正確な情報を提供するための取組が必要である。

３．がん登録

（個別目標）

５年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標した。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

地域がん登録は、都道府県ごとに任意で行われていたため、罹患率や生存率について必ずしも正確なデータが得られていなかった。この課題を解決するため、平成25年12月に「がん登録等の推進に関する法律」（平成25年法律第101号。以下「がん登録推進法」という。）が成立し、平成28年１月から開始する全国がん登録により、国内のがんの発症や予後等についてより正確な実態把握を行うことが可能となる。

がん登録推進法においては、秘密漏示の罰則を含めた情報の保護等について規定している。この法律に基づき実施される全国がん登録においては、全ての病院に罹患情報の届出義務が課せられ、国が病院等から届け出されたがん罹患情報及び市町村から提出された死亡情報を収集することにより、国内のがんの罹患、診療、転帰等の状況をできる限り正確に把握することができ

る。さらに、それらの情報をがんに係る調査研究等に活用することにより、正確なデータに基づいたがん対策の実現につなげるとともに、国民のがんに関する正しい理解、がんに関する普及啓発の促進、がん研究の推進によるがんの予防やがん医療の質の向上につなげる。

また、がん登録推進法においては、院内がん登録についても推進を図ることとしている。さらに、拠点病院新指針においては、国立研究開発法人国立がん研究センターで実施されている「院内がん登録実務者研修」を修了した専従の院内がん登録実務者を拠点病院内に配置することを義務づけるとともに、年間500件以上の院内がん登録を実施するよう求めている。

国立研究開発法人国立がん研究センターにおいては、拠点病院等の院内がん登録実務者や都道府県担当者への研修を行っている。また、これまで収集した地域がん登録データを集約して、全国のがん罹患等の推計を行うとともに、平成23年の診断症例からは拠点病院に加えて、都道府県により指定された病院から院内がん登録情報の全国集計を行い、平成26年に集計された平成24年の診断症例では、633施設から766,123症例のデータを集約した。集計結果等は、がん情報サービスより情報提供を行っている。また、全国がん登録のホームページも新たに開設し、全国がん登録についての周知を図っており、平成27年４月には、全国がん登録のさらなる知名度・理解度向上を目指して、ＰＲキャンペーンサイト「サンキューバトン」を公開した。

平成26年11月に実施したがん対策に関する世論調査において、がん登録の認知度は17.1%であった。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん登録については、国民への周知が不十分であり、平成28年１月からの法施行に向けて、さらに周知を図る必要がある。また、厚生科学審議会がん登録部会において、全国がん登録情報の利用及び提供や個人情報保護のための安全管理措置等を含めた検討を行い、実務的な運用については、国立研究開発法人国立がん研究センターと連携しながら、マニュアル等の作成を進めていく。

がん対策の推進にあたっては、従来の地域がん登録等で得られた情報・知見を含めて、がん登録を含めたがん医療に関わる情報を集約した仕組みの構築を推進し、広く情報を利用できるようにすることが重要である。

４．がんの予防

（個別目標）

喫煙率については、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とした。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34（2022）年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を０%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とした。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34（2022）年度までに家庭は３%、飲食店は15%とすることを目標とした。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とした。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

たばこ対策については、「世界禁煙デー記念イベント」の開催などスマート・ライフ・プロジェクトを推進することにより、喫煙が与える健康への悪影響について、普及啓発を行うとともに、禁煙希望者に対しては「禁煙支援マニュアル（第二版）」の公表や拠点病院における「クイットライン」の整備を行い、禁煙に関する支援や情報提供を行ってきた。また、「たばこ対策促進事業」により、都道府県等が実施する禁煙支援や受動喫煙防止、未成年者の喫煙防止に関する施策を支援してきた。クイットラインについては、平成25年度時点で9.8%の都道府県がん診療連携拠点病院に整備された。

さらに、職場における受動喫煙の防止については、平成26年６月に「労働安全衛生法」（昭和47年法律第57号）が改正され、事業者及び事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講じることを事業者の努力義務とした（平成27年６月施行）。また、受動喫煙防止対策に取り組む事業者に対しては、「受動喫煙防止対策助成金」等による支援を行った。同支援や職場の受動喫煙防止に係る周知啓発により、平成25年労働安全衛生調査において、全面禁煙又は空間分煙を講じている事業場の割合は65.5%となり、前年比で4.2ポイント増加し、受動喫煙を受けていると回答した労働者の割

合は47.7%となり、前年比で4.1ポイント減少した。

		2011 年	2013 年
予 3	受動喫煙の機会を有する者の割合	行政機関 7.0% 医療機関 5.9% 家庭 9.3% 飲食店 45.1%	行政機関 9.7% 医療機関 6.5% 家庭 9.3% 飲食店 46.8%
予 4	受動喫煙の無い職場の割合	64.0%	65.5%

平成26年11月に実施した世論調査において、受動喫煙について、その健康影響まで含めて「よく知っている」と回答した者が80.5%であり、基本計画策定時の77.5%より増加傾向にある。厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「未成年者の健康課題および生活習慣に関する実態調査研究」研究班の調査によると、未成年者の喫煙率については、高校３年生男子5.6%、女子2.5%、中学１年生男子1.2%、女子0.8%であり、減少傾向となっている。

		2010 年	2012 年
-	未成年者の喫煙率	中学１年生 男子 1.6%、女子 0.9% 高校３年生 男子 8.6%、女子 3.8%	中学１年生 男子 1.2%、女子 0.8% 高校３年生 男子 5.6%、女子 2.5%

平成25年国民健康・栄養調査において、「現在習慣的に喫煙している者」の割合は19.3%であり、健康増進法（平成14年法律第103号）が施行された平成15年以降、減少傾向にあるが、昨今は減少傾向が鈍化している。また、母集団のより多い国民生活基礎調査のデータでは、「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答した者が平成25年時点で21.6%と、平成22年の21.2%と比べ、若干増加傾向にあった。

		2010 年	2013 年
予 1	成人喫煙率	19.5%	19.3%

ヒトパピローマウイルス（以下「ＨＰＶ」という。）の感染予防については、予防接種法上の定期接種としてＨＰＶワクチンを実施しているところであるが、接種後の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状等が報告されており、積極的勧奨を差し控えた上で、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）等においてワクチンの安全性について検討を行っている。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を進めているところである。肝がんの発症予防という観点では、肝炎ウイルスの感染を早期に発見するため、受検者の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査体制の整備と積極的な受検勧奨を行っている。また、肝炎ウイルス陽性者を早期治療に繋げ、重症化予防を図る観点から、検査後のフォローアップや検査費用の助成や受診勧奨を実施している。さらに、国民が肝炎に関する正しい知識を持てるよう、肝炎総合対策国民運動事業「知って、肝炎プロジェクト」を通じた広報の展開など、積極的な普及啓発を行っている。

特に、Ｂ型肝炎ウイルスの感染予防については、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会における技術的な検討結果を踏まえ、仮に国民に対して広く接種機会を提供する場合、下記の対応とすることとした。今後、ワクチンの供給体制、予防接種を実施する体制の確保、予防接種施策に対する国民の理解の促進など、関係者と必要な調整を進める。

① 予防接種対象年齢は出生後から生後12月までとする。
② 標準的には、生後２ヶ月からのＢ型肝炎ワクチン接種を実施する。
③ 使用するワクチン製剤は遺伝子型Ａ型、Ｃ型どちらのウイルス由来の製剤も選択可能とする。

成人Ｔ細胞白血病と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ―１」という。）については、平成22年に取りまとめられたＨＴＬＶ―１総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、ＨＴＬＶ―１対策推進協議会を年２回程度開催している。また、ＨＴＬＶ―１関連研究については、厚生労働科学研究のＨＴＬＶ―１関連疾患研究領域において、省内関係部局が連携を図り、平成23年度から毎年度、研究費として10億円を計上している。

ヘリコバクター・ピロリについては、発がん予防に関する除菌の有用性等を厚生労働科学研究等を活用し、科学的に検証しているところである。

アルコール対策としては、平成25年度に標準的な健診・保健指導プログラムを改訂し、ＡＵＤＩＴ（アルコール使用障害同定テスト）の判定結果によって、該当者に対して可能であれば保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を実施することとした。

平成24年国民健康・栄養調査によると、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は男性14.7%、女性7.6%であった。また、平成25年国民健康・栄養調査によると、野菜類の摂取量の平均値は283.1ｇ、果実類摂取量の平均値は87.3ｇ、運動習慣のある者の割合は男性33.8%、女性27.2%であり、この10年では横ばいで推移している。成人の１日の食塩摂取量の平均値は男性11.1ｇ、女性9.4ｇであり、男女ともにこの10年間で減少傾向にある。

		2010年	2012年
予8	ハイリスク飲酒者の割合	男性 15.3% 女性 7.5%	男性 14.7% 女性 7.6%

		2010年	2013年
予9	運動習慣のある者の割合	20～64歳 男性 26.3% 女性 22.9% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.6%	20～64歳 男性 22.3% 女性 19.4% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.8%

予10	野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量 281.7g 果物摂取量 100g未満の者 61.4%	野菜摂取量 283.1g 果物摂取量 100g未満の者 56.4%
予11	食塩摂取量の減少	10.6g 男性11.4g 女性9.8g	10.2g 男性11.1g 女性9.4g

「野菜と果物の摂取量の増加」については、食生活指針、食事バランスガイド、スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動を通した普及啓発を行う。スマート・ライフ・プロジェクトの食生活改善の具体的アクションとして、１日に＋１皿（約70ｇ）の野菜をとることを掲げている。

食塩摂取量の減少については、「日本人の食事摂取基準（2015年版）」において、高血圧予防の観点から、ナトリウム（食塩相当量）の目標量は、成人男性9.0ｇから8.0ｇに、成人女性7.5ｇから7.0ｇに変更し、今後、普及啓発を図っていくこととしている。あわせて、スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動を通した普及啓発を推進する。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの年齢調整死亡率減少に関する全体目標の達成が危ぶまれるとともに、成人喫煙率の減少傾向が鈍化していることから、年齢調整死亡率及び成人喫煙率の減少をはじめとする目標を達成するため、諸外国の取組状況を踏まえつつ、引き続きたばこ対策を推進していく必要がある。さらに、禁煙希望割合が平成22年は37.6%であったが、平成25年には24.6%に減少していることから、禁煙希望者の割合を高め、禁煙に導くための環境整備を行う必要がある。また、受動喫煙防止対策では、国レベルでの推進方策の検討に加え、都道府県・市町村レベルでの受動喫煙防止対策の推進が必要であり、全ての医療機関、官公庁に加えて学校においても全面禁煙を達成するための取組が必要である。また、職場における受動喫煙防止対策の推進のほか、飲食店等の多数の者が利用する公共的な空間における受動喫煙防止対策についても地域での対策の推進のためのモニタリング等を強化するべきである。さらに、小児等への受動喫煙防止対策の観点から、家庭での受動喫煙防止を普及啓発する必要がある。

また、国民の生活習慣の改善を促すとともに、感染に起因するがんへの対策も推進することにより、国民全体の発がんリスクをより一層減少させることが重要である。ＨＰＶワクチンについては、副反応についての議論がなされている一方で、若年者の子宮頸がんの罹患率及び子宮頸がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）が増加傾向にあることや、接種しないことによる不利益もある。こうしたことを踏まえた上で、科学的な根拠に基づいた判断をすべきである。

５．がんの早期発見

（個別目標）

５年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とした。

がん検診の受診率については、５年以内に 50%（胃、肺、大腸は当面 40%）を達成することを目標とした。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行うこととした。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）までを対象とした。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率の向上のため、平成 21 年度より、無料クーポン券や検診手帳の配布に取り組んできた。これらの取組は、対象者の受診を促す効果は一定程度あったと考えられるものの、継続的な受診につなげられたかどうかの評価は難しい状況である。

市町村におけるがん検診の精度管理・事業評価体制については、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書（平成20年）で示された「事業評価のためのチェックリスト」による評価で改善が示されている。都道府県の精度管理水準やその中枢である生活習慣病検診等管理指導協議会の実態把握については、国立研究開発法人国立がん研究センターが調査し、その結果については同センターのホームページで公表された。

市町村がん検診については、実施状況調査等により、適宜実態把握と分析を行っており、ほぼ全ての市区町村で「がん予防重点健康教育及びがん検診

実施のための指針」に基づいた検診項目で実施されているものの、本指針で対象としていないがん種について、がん検診を実施している市区町村が77.3%と増加傾向にある。

		2009 年度	2012 年度
早 1a	市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況：指針以外のがん種の検診を実施している市区町村の割合	全体 69.4% 前立腺がん検診 67.6% 肝臓がん検診 3.1% 卵巣がん検診 1.6% 甲状腺がん検診 0.6% 口腔がん検診 1.4%	全体 77.3% 前立腺がん検診 75.4% 肝臓がん検診 8.2% 卵巣がん検診 3.9% 甲状腺がん検診 3.7% 口腔がん検診 2.5%
早 1b	市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合	胃がんＸ線 99.2% 肺がんＸ線 97.2% 肺がん喀痰 86.9% 大腸便潜血 99.6% 乳がんＸ線 98.1% 子宮頸細胞診 94.2%	胃がんＸ線 99.1% 肺がんＸ線 96.0% 肺がん喀痰 85.8% 大腸便潜血 99.9% 乳がんＸ線 99.0% 子宮頸細胞診 90.8%

職域のがん検診においては、厚生労働省の委託事業である「がん対策推進企業アクション」において、科学的根拠に基づくがん検診の実施及び普及啓発に取り組んできた。

がん検診の意義等の普及啓発については、厚生労働省のホームページやがん情報サービスにおいて、がん検診に関する一般向けの情報を公開し、検診方法や検査に伴う合併症等について紹介している。受診者への説明については、平成 25 年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査によると、受診者全員に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益に関する説明を実施している市区町村の割合は 32.1%であった。また、がん対策に関する世論調査（平成 26 年 11 月実施）によれば、がん検診を受けない理由で最も多かったのは、「受ける時間がないから」（48.0%）であり、以下、経済的な負担になる、がんと分かるのが怖い、必要性を感じない、という順になっている。

上記のような取組により、平成 25 年国民生活基礎調査によると、69 歳までを対象としたがん検診の受診率については、胃がん検診が 39.6%、肺がん検診が 42.3%、大腸がん検診が 37.9%となっている。また、子宮頸がん検診および乳がん検診については、２年に１回の受診を推奨しており、過去２年にがん検診を受診した者の割合は子宮頸がん検診が 42.1%、乳がん検診が 43.4%であった。

		2010 年度	2013 年度
早 5	がん検診受診率	胃　M36.6%/F28.3% 肺　M26.4%/F23.0% 大腸 M28.1%/F23.9% 子宮頸　28.7%（単年） 乳 30.6%（単年）	胃 M45.8%/F33.8% 肺 M47.5%/F37.4% 大腸 M41.4%/F34.5% 子宮頸 32.7%（単年） 乳　34.2%（単年）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は上昇傾向にあるが、目標値である 50%を達成するため、精度管理を徹底しつつ、受診率及び精密検査受診率向上を図る施策を推進していく必要がある。なお、受診率を正確に把握するためには、職域で行われているがん検診の受診状況を把握する体制構築の検討が必要である。また、がん検診の項目や方法については、「がん検診のあり方に関する検討会」等で引き続き検討を行うとともに、地域がん登録や平成 28 年１月開始を予定している全国がん登録で収集される情報等を活用し、知見の集積に努め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進していく必要がある。

がん検診の受診率を向上させるための方策については、対象者の網羅的な名簿管理に基づく個別受診勧奨・再勧奨及びかかりつけ医からの受診勧

奨が実施できる体制の整備を図ることが重要である。このような体制の下に、効果的な普及啓発の方法を検討していきながらがん検診の意義や検診内容等についてホームページ等で広く周知を図ることや、「がん対策推進企業アクション」における職域の取組等を推進していく必要がある。

また、都道府県の精度管理水準やその中枢である生活習慣病検診等管理指導協議会をさらに活用し、市町村における「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかないがん検診の実施を減らすべく、都道府県主導による精度管理体制の強化を図ることが重要である。

６．がん研究

（個別目標）

国は、「第３次対がん１０か年総合戦略」が平成 25（2013）年度に終了することから、２年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とした。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立って実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

厚生労働省では、平成 23 年度に「早期・探索的臨床試験拠点」として、ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床研究を、世界に先駆けて行う拠点施設を整備した。また平成 24 年度より「臨床研究品質確保体制整備病院」として国際水準の臨床研究や医師主導治験を実施する拠点施設を整備した。個別の研究課題については、厚生労働科学研究費で支援を行い、ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消のため、体制整備と研究開発支援を実施してきた。

臨床試験グループの基盤整備については、平成 24 年度より「がん臨床試験基盤整備事業」を実施し、がん臨床試験のデータマネジメント業務を行う特定非営利活動法人に対して支援を行い、集学的治療開発のための多施設共

同臨床試験を実施する臨床試験グループの中央機構の基盤整備・強化を行ってきた。また、がん研究開発費「共同研究グループ間およびがん診療連携拠点病院間の連携によるがん治療開発研究の効率化と質的向上のための研究」研究班は、モニタリング、施設訪問調査、有害事象報告についての共通ガイドラインを作成し、臨床試験の質の向上と実施手順の標準化を推進した。

文部科学省では、平成 23 年度より「次世代がん研究シーズ戦略的育成プログラム」を実施し、次世代のがん医療の確立に向けて、基礎研究の有望な成果を厳選し、日本発の革新的な診断・治療薬に資する新規化合物・抗体・核酸医薬品等の「有望シーズ」の開発を戦略的に推進してきた。平成 26 年度からは、免疫機構をターゲットとした創薬や希少がん・小児がん等の分野を拡充したほか、ＤＤＳ（薬剤伝達システム）・分子イメージング技術等との異分野融合を図り、シーズの育成をさらに加速する取組を実施している。

経済産業省では、平成 26 年度より、ロボット・ＩＣＴ（情報通信技術）等の国内の優れた最先端技術を応用した、次世代の革新的医療機器開発を進めている。

研究倫理指針に関しては、「疫学研究に関する倫理指針」（平成 19 年文部科学省・厚生労働省告示第１号）及び「臨床研究に関する倫理指針」（平成 20 年厚生労働省告示第 415 号）により、人を対象とする医学系研究の適正な実施を図ってきたところであるが、近年の研究の多様化に伴い、両指針の適用関係が不明確になってきたことや、研究をめぐる不正事案が発生したこと等を踏まえて見直しの検討を行い、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 26 年文部科学省・厚生労働省告示第３号）として両指針を統合した。

若手研究者の育成に関しては、厚生労働科学研究の推進事業において、戦略的に育成を実施してきた。平成 27 年度以降はＡＭＥＤの研究費の一部を充当して、若手研究者の育成に取り組んでいく。

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づく、介入を伴う研究については、国立大学附属病院長会議、一般財団法人日本医薬情報センターまたは公益社団法人日本医師会が設置している公開データベースに登録することとしており、登録情報はホームページで公開されている。当該データベースに登録されているがんに関する臨床試験については、がん情報サー

ビスで検索が可能である。また、厚生労働科学研究の推進事業において、同研究で支援したがん研究の研究成果等の普及啓発を実施した。

新たながん研究戦略に関しては、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣は基本計画に基づき、がん研究の今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を示した平成 26 年度からの「がん研究１０か年戦略」を策定した。

また、健康・医療戦略推進本部の下、平成 26 年度に「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」が策定され、各省連携プロジェクトの一つとして「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を同本部の下で推進することとし、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が連携し、基礎研究の有望な成果を厳選して、実用化に向けた医薬品・医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究等へ導出するとともに、臨床研究で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品・医療機器開発をはじめとするがん医療の実用化を健康・医療戦略推進本部の定める医療分野の研究開発に関する方針の下、「がん研究１０か年戦略」に基づいて加速することとした。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

新たに策定された「がん研究１０か年戦略」を踏まえて、がんの根治・予防・共生の観点に立ち、患者・社会と協働するがん研究を念頭において総合的かつ計画的にがん研究を推進していく必要がある。また、がんを含めた医療分野の研究開発については、ＡＭＥＤにおいて、各省の枠をこえて基礎から実用化まで切れ目のない研究支援が行われることとなっており、ＡＭＥＤによる一体的な管理の下、がん研究をより一層推進することが重要である。

がん研究を継続的に推進していくためには、幅広い柔軟な発想を持った若手の人材をがん研究領域に取り込み、積極的に育成することが必要である。また、臨床研究を進めるためには患者の参画が不可欠であることから、がん研究に関する正確な情報を国民やがん患者に対して積極的に公開することにより、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する必要がある。

また、日本発の革新的ながん医療機器・医薬品の国際展開や、海外医療機関と連携した国際共同研究等、国際連携を視野に入れた研究開発を推進していくことも重要である。

７．小児がん

（個別目標）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、５年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」での議論を踏まえて、平成 24 年９月に「小児がん拠点病院の整備に関する指針」（平成 24 年９月７日付け健発 0907 第２号厚生労働省健康局長通知）を策定し、平成 25 年２月に 15 か所の「小児がん拠点病院」を指定した。本指針においては小児がん拠点病院に対して、集学的医療の提供、適切な緩和ケアの提供、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに携わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制確保、地域の医療機関との連携体制の構築等を義務づけている。小児がん新規患者のうち、小児がんを年間 50 例以上診ている施設で初回治療を受けた者の割合は 22.9%であった。

		2012 年
A40	小児がん患者の初回治療集積割合（医療の集約化）	22.9%

さらに、小児がん拠点病院を牽引し、全国の小児がん医療の質を向上させていくため、中核的な機関として、平成 26 年２月に国立研究開発法人国立成育医療研究センター及び国立研究開発法人国立がん研究センターを「小児がん中央機関」に指定し、小児がん患者や経験者等の発達段階に応じた長期的な相談支援体制の構築、小児がんに関する各種情報の収集・提供、小児がん登録のあり方の検討等について取り組んでいるところである。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児がんについては、小児がん拠点病院を中心として、地域の医療機関との連携に基づいた質の高いがん医療の提供と新たな治療法の研究開発を引き続き推進するとともに、治療後の成長障害や生殖機能低下、二次がん等の晩期合併症及び小児がん経験者の就学・就労を含めた社会的問題に対応できるよう、長期フォローアップの体制を整備し、教育現場や職域等で小児がんに関する正しい情報を発信することにより、小児がん患者とその

家族が治療中のみならず治療後も安心して暮らせる社会を構築していくことが必要である。

８．がんの教育・普及啓発

（個別目標）

子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、５年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん教育に関しては、文部科学省で有識者から成る検討会を設置し、今後のがん教育の在り方について検討を行うとともに、地域の実情を踏まえたモデル事業を実施しているところであり、平成 28 年度までにがん教育の基本方針や教材等の開発、外部人材の活用方法等についての方向性をとりまとめる予定である。

国民への普及啓発については、「がん対策推進企業アクション」、「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」の中で、がん検診及び緩和ケアの普及啓発を推進してきたが、平成 26 年 11 月に実施した世論調査において、がんの治療法や、たばこががんの最大の原因であるといった項目については、知っていると回答した者が６割を超えていたが、がん全体の５年生存率は 50%を上回っていることや、将来は２人に１人ががんに罹ると推計されていること等について知っていると回答した者は半数以下であり、概ね基本計画策定時と同様の結果となった。また、治療中に社会からのがんに対する偏見を感じたがん患者の割合は 10.6%であった。

		2015 年
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）	10.6%

拠点病院における情報提供については、新指針の中でがん相談支援センターの業務として、新たに就労に関する相談や患者活動に対する支援等を行うことを義務づけており、引き続き現場のニーズを確かめながら、相談支援・情報提供機能を充実させていく。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん教育については、モデル校の取組状況を踏まえつつ、平成 29 年度以降の全国展開を目指して、使用する教材の作成や教育体制の構築を進めていくことが重要である。

成人に対する普及啓発については、がん相談支援センターやがん情報サービス等の機能を活用するとともに、効果的な手法を検証して、がんが身近なものであること、予防によりがんのリスクを軽減できること、早期発見が可能ながんもあること等の普及啓発を推進していく必要がある。

９．がん患者の就労を含めた社会的な問題

（個別目標）

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を３年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

国は、平成 25 年度より拠点病院の機能強化事業の一環として、がん相談支援センターに社会保険労務士等の就労に関する知識を有する専門家の配置を推進し、就労に関する相談対応の充実を図るとともに、拠点病院新指針の中で、がん相談支援センターの業務として、新たに「就労に関する相談」を位置づけ、就労支援体制の整備を推進してきたほか、ハローワークと拠点病院の連携による就職支援モデル事業を実施してきた。

また、「治療と職業生活の両立支援等対策事業」において、平成 25 年度に、アンケート調査等を実施し、長期にわたる治療等が必要な作業関連疾患等の疾病を抱えた労働者の就労継続のあり方に関する検討を行い、就労継続支援に関する留意事項を作成した。また、平成 26 年度は当該留意事項等を踏まえ、就労継続の取組に関する事例集を作成し、医療機関との連携も含め、事業者へ周知した。

さらに、企業に対しては、応募者の基本的人権を尊重し、広く門戸を開き、適性・能力に基づく公正な採用選考を行うよう周知・啓発を行ってきた。

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究—病院における離職予防プログラム開発評価と企業文化づくりの両面から」研究班においては、仕事と治療を両立するためのＱ＆Ａや企業のためのがん就労者の支援マニュアルなどの支援リソースを作成し、一般向けに公表した。また、同研究事業「キャンサーサバイバーシップ　治療と職業生活の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価～働き盛りのがん対策の一助として～」研究班においては、病院における就労支援プログラムの検討が行われた。

研究班患者調査では、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は 68.3%であった。

		2015 年
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）	68.3%

平成 26 年 11 月に実施した世論調査において、「がんの治療や検査のために２週間に一度程度病院に通う必要がある場合働き続けられる環境だと思うか」という設問については、そう思うと回答した者は 28.9%に留まり、基本計画策定時（26.1%）よりも若干増加しているが、依然として治療と仕事の両立が難しい環境であると考えている者が多いという結果であった。しかしながら、実際にがん治療を受けている患者を対象としている、研究班患者調査では、全く休職しなかった者は 12.7%であり、休職したがん患者のうち治療後に復職できた者は 84.5%であった。また、がんの治療・療養を通して退職や廃業をしていない者は 63.9%であり、退職したがん患者のう

ち再就職・復業・開業の希望があり、治療後に新規就労した者は 47.2%であった。

		2015 年
C14	がん休職後の復職率（復職）	84.5%
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	47.2%

上記のような取組に加えて、がん患者・経験者の就労支援については、「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」で、関連部局における横断的な事務局体制のもと、医療従事者や企業及びがん患者等の有識者が、がん患者・経験者の就労支援について検討を行った。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」での検討結果を踏まえて、がん患者・経験者とその家族の就労支援をより一層推進するためには、がん患者・経験者をはじめとした関係者・機関が、拠点病院内のがん相談支援センター等に係る既存の仕組み・施策・制度をそれぞれ十分に活用ないし周知した上で、関係者・機関間の密な連携及び情報共有を行い、地域の実情も踏まえた、働く世代のがん対策を着実に充実させる必要がある。推進にあたっては、国、地方自治体、拠点病院等の医療機関、がん患者・経験者を雇用する企業等による取組に加えて就労支援ニーズの実態を踏まえた支援等が必要である。

外来治療を受けている患者においては、治療と日常生活を支援する施策や患者の病状、配慮事項の共有等、医療機関と雇用・労働関係機関、企業内の産業保健スタッフ、人事労務部門及び産業保健総合支援センター等が連携し、患者を中心とした就労支援を行う施策をさらに充実させることが必要である。

これらの就労支援・相談に関する取組等を通じて、がん患者や家族が抱えている社会的な苦痛や不安の軽減を図り、がんになっても安心して暮らせる社会の構築をより一層推進することが重要である。

Ⅴ　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要であり、がん対策推進協議会等では、がん患者・経験者、関係学会からの推薦者等が参加し、患者及び医療従事者等の有機的連携のもと、施策の推進を検討することができており、引き続きこのような協議体制を構築してがん対策を推進していくべきである。

２．都道府県による都道府県計画の策定

国は、平成24年６月に基本計画を策定すると同時に、各都道府県に対して、「医療計画」、「都道府県健康増進計画」、「都道府県介護保険事業支援計画」等との調和を図るとともに、がん患者及びその家族または遺族の視点も踏まえ、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう求め、すべての都道府県で都道府県計画の見直しが行われた。また、平成25年７月時点で42都道府県において、がん対策推進協議会に患者の立場の委員の参画があった。各都道府県においては、本中間評価報告書の内容を踏まえつつ、地域の特性に配慮して、都道府県計画に基づくがん対策を推進することが求められる。

３．関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくため、国と地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要であり、国、都道府県においては、がん対策推進協議会、がん登録部会、緩和ケア推進検討会、がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会、希少がん医療・支援のあり方に関する検討会等にがん患者・経験者、関係学会からの推薦者等が参加し、意見交換がされているところである。引き続きがん患者・経験者、医療従事者等からの意見を把握し、より良いがん医療提供体制を構築していくことが重要である。

４．がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。がん患者及び患者団体等が、がん対策推進協議会を

はじめとした様々な医療政策の場に、積極的に参加し活動したことは、高く評価される。一方、世論調査の結果等から一般国民のがんに関する知識の認識は十分とはいえず、国民はがんに関する知識を積極的に取得し、がんの予防に必要な注意を払って、がん検診を受診するよう努めることが必要である。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要であり、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。引き続きがん対策推進協議会で関係省庁の取組を定期的に報告すること等により、関係府省間の連携強化と重複排除を図る必要がある。

６．目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画で掲げた目標の達成状況を把握するために、がん対策推進協議会からの意見を踏まえつつ、厚生労働科学研究を活用して評価指標の策定と調査を行うとともに、関係省庁の取組をとりまとめ、その結果を参考に本中間評価報告書としてとりまとめた。がん対策を評価する指標について、調査を安定的に実施するために、必要な予算措置を含めて、引き続き指標内容と調査方法を検討し、施策の進捗状況とその効果を把握していくべきである。

７．基本計画の見直し

基本法第９条第７項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも５年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められている。本中間評価報告書の内容と、別途とりまとめた「今後のがん対策の方向性について」の内容を踏まえて、今後、がん対策推進協議会等で次期がん対策推進基本計画の策定に関する検討を行い、平成29 年６月を目途にとりまとめる予定である。また、次期がん対策推進基本計画の策定においては、政策効果の達成度をより詳細に検証するため、具体的な数値目標を設定することを検討する必要がある。

第４章　おわりに

本中間評価報告書において、各施策の進捗状況及び今後、さらに推進が必要な事項を提示した。基本計画の目標達成に向けて、残された計画期間中に「さらに推進が必要な事項」で掲げた内容を中心に、がん対策をより一層推進していく必要がある。

添付資料1

がん対策推進協議会委員名簿

	氏名	所属・役職
	阿南 里恵（アナミ リエ）	特定非営利活動法人　日本がん・生殖医療研究会　患者ネットワーク担当
	池田 恵一（イケダ ケイイチ）	静岡県立こども病院血液腫瘍科親の会「ほほえみの会」代表
○	上田 龍三（ウエダ リュウゾウ）	愛知医科大学医学部腫瘍免疫寄附講座教授
	大江 裕一郎（オオエ ユウイチロウ）	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院　副院長（研究担当） 呼吸器内科　呼吸器内科長
	緒方 真子（オガタ マサコ）	神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表
	川本 利恵子（カワモト リエコ）	公益社団法人日本看護協会常任理事
	工藤 恵子（クドウ ケイコ）	秋田県がん患者団体連絡協議会「きぼうの虹」事務局長
	佐々木 淳（ササキ アツシ）	宮城県保健福祉部次長
	内藤 いづみ（ナイトウ）	ふじ内科クリニック院長
	中川 恵一（ナカガワ ケイイチ）	東京大学医学部附属病院放射線科准教授
	永山 悦子（ナガヤマ エツコ）	毎日新聞社科学環境部副部長兼医療情報室次長
	西山 正彦（ニシヤマ マサヒコ）	国立大学法人群馬大学医学系研究科医科学専攻病態腫瘍制御学講座 病態腫瘍薬理学分野教授
	濱本 満紀（ハマモト マキ）	特定非営利活動法人がんと共に生きる会副理事長
	細川 豊史（ホソカワ トヨシ）	京都府立医科大学疼痛・緩和医療学講座教授
	堀田 知光（ホッタ トモミツ）	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	堀部 敬三（ホリベ ケイゾウ）	独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター臨床研究センター長
	道永 麻里（ミチナガ マリ）	公益社団法人日本医師会常任理事
	宮園 浩平（ミヤゾノ コウヘイ）	東京大学大学院医学系研究科分子病理学　教授
◎	門田 守人（モンデン モリト）	公益財団法人がん研究会有明病院院長
	湯澤 洋美（ユザワ ヒロミ）	株式会社足利銀行人事部業務役

◎・・・会長　○・・・会長代理　（50音順、敬称略）

添付資料2

がん対策推進協議会開催状況

【第３９回】
日　時：平成２５年６月１９日（水）１５：３０～１７：３０
場　所：全国都市会館　３階　第１会議室
・会長の選任及び会長代理の指名について
・今後のがん研究のあり方について
・がん登録の法制化について
・協議会における今後の検討テーマについて

【第４０回】
日　時：平成２５年９月２０日（金）１１：００～１３：００
場　所：三田共用会議所３階大会議室 A～E
・協議会における検討の進め方について
・今後のがん対策の方向性について
・がん対策に関する施策の進捗について

【第４１回】
日　時：平成２５年１２月１３日（金）１５：００～１７：００
場　所：全国都市会館　３階　第１会議室
・今後の議論の進め方について
・今後のがん対策の方向性について
・がん対策評価指標に関する検討について
・がん登録等の推進に関する法律について
・その他

【第４２回】
日　時：平成２６年２月１４日（金）１５：００～１７：００
場　所：厚生労働省　１７階　第１８～２０会議室
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第４３回】
日　時：平成２６年４月２３日（水）１０：００～１２：００
場　所：厚生労働省　２２階　第１４会議室
・今後のがん対策の方向性について
・がん対策の評価指標について
・これまでのがん対策の進捗について
・その他

【第４４回】
日　時：平成２６年７月２日（水）１７：００～１９：００
場　所：航空会館　７階　７０１～７０３会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価等について
・今後のがん対策の方向性について
・がん対策に関する施策の進捗について

【第４５回】
日　時：平成２６年９月１９日（金）１５：００～１７：００
場　所：三田共用会議所　３階　大会議室
・今後のがん対策の方向性について
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・その他

【第４６回】
日　時：平成２６年１２月１２日（金）１５：００～１７：００
場　所：三田共用会議所　３階　大会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第４７回】
日　時：平成２７年３月５日（木）１５：００～１７：００
場　所：全国都市会館　３階　第２会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第４８回】
日　時：平成２７年3月３０日（月）１６：００～１８：００
場　所：厚生労働省　１２階　専用第１２会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第４９回】
日　時：平成２７年4月２２日（水）１７：００～１９：００
場　所：厚生労働省　１９階　共用第８会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第５０回】
日　時：平成２７年5月２０日（水）１７：００～１９：００
場　所：厚生労働省　６階　専用第２３会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

【第５１回】
日　時：平成２７年6月１０日（水）１７：００～１９：００
場　所：厚生労働省　１２階　専用第１４会議室
・がん対策推進基本計画の中間評価について
・今後のがん対策の方向性について
・その他

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
がん対策における管理評価指標群の策定と計測システムの確立に関する研究

（研究代表者）
国立がん研究センターがん対策情報センターセンター長　若尾　文彦
（分担・協力者）
国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供研究部　高山　智子、八巻　智香子
国立がん研究センターがん対策情報センターがん政策科学研究部　東　尚弘、岩本　桃子
井上　泉、奥山　絢子

調査概要

詳細および解釈における留意点については別に研究班報告書「指標に見るわが国のがん対策」を参照のこと。ここでは概要を示す。

本調査はがん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月）の全体目標・分野別施策について関係者の意見・合意に基づき作成された 145 指標（全体目標 21、分野別 91、緩和 15、予防・早期発見 18）に対して、がん診療連携拠点病院現況報告、患者体験調査をはじめとした各種データ源より算出したものである。緩和ケアの指標は、「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」で作成・測定された指標を使用した。

各指標のデータ源は患者体験調査の他は、他の研究あるいは公的データから由来であるが、患者体験調査は研究班独自に行ったものであるため、以下にその概要を述べる。

（患者体験調査の調査方法）

患者体験調査は当研究において患者の意見を可能な限り公正中立な立場からあきらかにするために、がん診療連携拠点病院で 2012 年に悪性腫瘍と診断され初回治療を受けた患者を母集団として、二段階層別無作為抽出によりサンプルを行い指標に対応する質問紙を送付し調査した。第１段階目の抽出単位は病院であり、都道府県がん診療連携拠点病院は全施設、地域がん診療連携拠点病院は各都道府県で２施設抽出して協力依頼した。（147 施設抽出、ただし 30 施設が辞退のため地域がん診療連携拠点病院については補充して 134 施設に調査）が参加した。第２段階目は各参加病院で患者を抽出した。ここでは希少がん、若年者（19 歳～39 歳）、その他のがんの３つにグループ分けして、それぞれ 15 名、15 名、70 名の患者を無作為抽出する方法を採った。実際にはこれに 5 名の非がん患者を加え 1 施設あたり 105 名に対して質問紙を発送した。（計 14,070 名）

本調査プロトコルは国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得て、また個人情報保護法令に適していることを法律の専門家に確認して実施した。

（患者体験調査の回収結果）

結果 7,404 名の回答を解析対象とした（回収率 52.6%）。回答は、施設名と患者層別（希少がん、若年者、その他）に基づき、抽出確率を反映した補正を行った。さらに、全国値の推定においては不参加となった都道府県拠点病院の欠測を補完するための補正をした上、それぞれの患者が何名を代表しているかで補正した。回答を補正した集団は、平均年齢 67.5 歳、女性 42.2%であり、母集団の平均 66.8 歳、女性 44.3%に比較して、わずかに高齢、男性が多い傾向がみられた。

第2期がん対策推進基本計画進捗管理指標一覧

2015年6月8日作成

全＝全体目標、A＝医療分野指標、B＝研究技術開発分野指標、C=社会分野指標、緩＝緩ケア和分野指標、予＝予防分野指標、早＝早期発見分野指標
（補正値）とは、患者体験調査においてサンプルの確率を補正した値を指す。指標再掲の場合は指標名のみを記す。

全体目標

1. がんによる死亡者の減少

がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少

全0

指標名：がんの年齢調整死亡率

データ源：人口動態統計

指標：
- 対象：
- 算出法：がんの年齢調整死亡率(75歳未満)

データ源の測定年	2005年	2013年
	92.4 /人口10万人	80.1 /人口10万人

備考：人口動態統計を元に算出され、がん情報サービスに掲載されている全がんの75歳未満年齢調整死亡率 http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html#pref_mortality
2005年（基準年）は人口10万人対92.4。

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

要素1） 医療の進歩

全1

指標名：医療が進歩していることを実感できること

データ源：患者体験調査の問32

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問32. 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思いますか？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合

2015年
80.1% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計
本問への無回答538は除外。「1.そう思う」(3707)、「2. ややそう思う」(1158)との回答を合算

要素2） 適切な医療の提供

全2a

指標名：患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（からだの苦痛）

データ源：患者体験調査の問44a

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問44a. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
57.4% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答131は除外。「4.あまりそう思わない」(1302)、「5.そう思わない」(1607)との回答を合算。

全2b

指標名：患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（痛み）

データ源：患者体験調査の問44b

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問44b. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
72.0% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答247を除外。「4.あまりそう思わない」(954)、「5.そう思わない」(2585)と回答を合算。

全3

指標名：患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（気持ちのつらさ）

データ源：患者体験調査の問44c

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問44c. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
61.5% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答229を除外。「4.あまりそう思わない」(1044)、「5.そう思わない」(1953)と回答を合算。

全4

指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（自分らしい生活）

データ源：患者体験調査の問45

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問45. 現在自分らしい日常生活を送れていると感じていますか？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合

2015年
77.7% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答169を除外。「1.そう思う」(2506)、「2. ややそう思う」(1415)との回答を合算。

全5a

指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（治療の見通し）

データ源：患者体験調査の問18

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問18. これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか？」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した患者の割合

2015年
89.1% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計
本問への無回答262を除外。「1. 十分得られた」(3479)、「2. ある程度得られた」(2314)との回答を合算。

全5b

指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（生活の見通し）

データ源：患者体験調査の問19

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：「問19. これまでで入院治療を受けた時、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか？」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した患者の割合

2015年
78.9% (補正値)

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計
本問への無回答210を除外。「1. 十分得られた」(2526)、「2. ある程度得られた」(2633)との回答を合算。

全7

指標名：患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（尊重）

データ源：患者体験調査の問36

指標：
対象：がん患者
算出法：「問36. あなたが医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合

2015年
80.7%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答166を除外。「1.そう思う」(2820)、「2. ややそう思う」(1246)との回答を合算。

全8

指標名：患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（切れ目のない治療）

データ源：患者体験調査の問14

指標：
対象：がん患者
算出法：「問14. 病院から診療所・在宅医療（看護も含む）へ移った際、病院での診療方針が診療所・訪問看護ステーションへ円滑に引き継がれたと思いましたか？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合

2015年
72.7%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計
本問への無回答(464)、「6. 退院後、診療所・在宅医療は利用していない」と回答した2752名を除外。「1. そう思う」(1969)、「2. ややそう思う」(580)との回答を合算。

全9a

指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる治療）

データ源：患者体験調査の問42

指標：
対象：がん患者
算出法：「問42. あなたはこれまで受けた治療に納得していますか？」という問いに対し、1.納得している、または2.ややや納得していると回答した患者の割合

2015年
88.1%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答137を除外。「1.納得している」(3360)、「2.やや納得している」(1150)との回答を合算。

全9b

指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる支援）

データ源：患者体験調査の問43

指標：
対象：がん患者
算出法：「問43. あなたはこれまで受けた支援（医療機関、行政、職場、家族、友人などによる）に納得していますか？」という問いに対し、1.納得している、または2.やや納得していると回答した患者の割合

2015年
80.4%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答167を除外。「1.納得している」(2772)、「2.やや納得している」(1306)との回答を合算。

要素3） 適切な情報提供・相談支援

全12

指標名：正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選べるような情報提供がきちんと提供されること

データ源：患者体験調査の問35

指標：
対象：がん患者
算出法：「問35. あなたは、自分が思うような日常生活を送るのに必要な情報を得られていると思いますか？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合

2015年
71.5%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答206を除外。「1. そう思う」(2010)、「2. ややそう思う」(1560)と回答を合算。

全13

指標名：相談できる環境があると感じること

データ源：患者体験調査の問23

指標：
対象：がん患者
算出法：「問23. がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関する様々な疑問について相談できる場がありましたか？」という問いに対し、1.あった、と回答した患者の割合

2015年
67.4%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。
本問への無回答186を除外。「9. 相談を必要としなかった」、と回答した1666名を除外。「1. あった」の回答は3273名。

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

要素4） 経済的困窮への対応

全14a

指標名：経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと（治療の変更・断念）

データ源：患者体験調査の問20

指標：
対象：がん患者
算出法：「問20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか？」という問いに対し、1.ある、と回答した患者の割合

2015年
2.7%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。
本問への無回答123を除外。(175)が「1.ある」と回答。
この設問では公的医療保険内・外は問わない。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？」の設問を加味した結果は分野別指標C16を参照。

全14b

指標名：経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと（交通費の負担）

データ源：患者体験調査の問22

指標：
対象：がん患者
算出法：「問22. がんの最初の治療（手術、化学療法、放射線療法など、経過観察も含む）のための通院にかかった交通費は、1回、往復でおおよそどのくらいの費用ですか？」において最も多かった回答。

2015年
1円～2000円 56.4%（補正値）

備考：がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答224を除外。
最初の治療を複数の病院で受けられた場合、最も遠方の病院に通院された際の往復の交通費に関する問い。自動車やバイクを利用された場合は駐車代を含めた額を回答。選択肢は1. 0円（徒歩や自転車などのため、交通費はかかっていない）、2. 1円以上～2000円未満、3. 2000円以上～5000円未満、4.5000円以上～1万円未満、5. 1万円以上～2万円未満、6. 2万円以上、9.わからない。
3608名が「2. 1円以上～2000円未満」と回答。

要素5） 家族の介護負担の軽減

全16

指標名： 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること（家族への負担）

データ源： 患者体験調査の問40

指標：	対象：	算出法：	2015年
	がん患者	「問40. あなたは現在、がんになったことで、ご家族に負担をかけていると感じますか？」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じると回答した患者の割合	42.1%（補正値）

備考： がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答129を除外。「1. よく感じる」(730)、「2. ときどき感じる」(1442)との回答を合算。

全17

指標名： 家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること（家族の支援）

データ源： 患者体験調査の問41

指標：	対象：	算出法：	2015年
	がん患者	「問41. 一般的にみて、がん患者の家族の悩みや負担をやわらげてくれる支援・サービス・場所があると思いますか？」という問いに対し、1.十分あると思う、または2.十分ではないが、ある程度あると思うと回答した患者の割合	37.1%（補正値）

備考： がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答193を除外。「1.十分あると思う」(212)、「2.十分ではないが、ある程度あると思う」(1635)との回答を合算。

要素6） がんになっても孤立しない社会の成熟

全18a

指標名： がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（家族からの孤立）

データ源： 患者体験調査の問37

指標：	対象：	算出法：	2015年
	がん患者	「問37. あなたはがんと診断されてから、家族から不必要に気を使われていると感じますか？」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合	30.7%（補正値）

備考： がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答154を除外。「1. よく感じる」(430)、「2. ときどき感じる」(1136)との回答を合算。

全18b

指標名： がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（社会からの孤立）

データ源： 患者体験調査の問38

指標：	対象：	算出法：	2015年
	がん患者	「問38. あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人（友人、近所の人、職場関係者など）から不必要に気を使われていると感じますか？」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合	22.3%（補正値）

備考： がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。
本問への無回答135を除外。「1. よく感じる」(181)、「2. ときどき感じる」(998)との回答を合算。

全18c

指標名： がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（職場での孤立）

データ源： 患者体験調査の問24, 25

指標：	対象：	算出法：	2015年
	「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。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者	「問25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか。」という問いに対し、1.関係者に広く話した、または2.一部の関係者のみに限定して話した、と回答した患者の割合	90.5%（補正値）

備考： がんと診断されたことはないと回答した患者、および無回答患者は対象より除外。
「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。」に対して「1. はい、収入のある仕事をしていた」と回答した3002名のうち、問25が無回答であった46名を除外。問25で「1. 関係者に広く話した」(837)、「2. 一部の関係者のみに限定して話した」(1818)との回答を合算。

分野別施策と個別目標

1. がん医療

（1） 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

A. チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

A15a

指標名： 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

データ源： 院内がん登録

指標： 対象：拠点病院における5大がん（および他のがん）患者　算出法：5年生存率

2007年院内がん登録5年粗生存率	
乳がん 89.7%	肺がん 36.1%
大腸がん 68.7%	胃がん 62.8%
肝臓がん 32.9%	他のがん 60.9%

備考： 標記は相対生存率ではなく、粗生存率による暫定値。2007年症例の予後を提出した234施設のデータを元に算出。予後判明率は全体で92.7%。ただし施設単位で判明率の低い施設を含む。
2007年院内がん登録5年粗生存率。乳（乳がん）、大腸（大腸がん）、肝（肝臓がん）、肺（肺がん）、胃（胃がん）、他（その他のがん）を示す。[ ]は95%信頼区間。
乳がん 89.7% [89.3, 90.1]、大腸がん 68.7% [68.2, 69.1]、肝臓がん 32.9% [32.0, 33.8]、肺がん 36.1% [35.5, 36.6]、胃がん 62.8% [62.3, 63.4]、その他のがん 60.9% [60.6, 61.2]

A18

指標名： 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）

データ源： 患者体験調査

指標： 対象：がん患者　算出法：「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

2015年
84.5%（補正値）

備考： 患者体験調査において、がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。
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？」で本問への無回答147名を除外。
「1.そう思う」（4390）、または「2. ややそう思う」（1171）との回答を合算。

A18a

指標名： 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）

データ源： 拠点病院現況報告

指標： 対象：拠点病院　算出法：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

2014年
47.2%

備考： 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、に対し、「はい」と回答した施設（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（195施設/409施設）
いずれも「はい」と回答した施設（193施設/409施設）を算出。

A18b

指標名： 医療従事者に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

データ源： 拠点病院現況報告

指標： 対象：拠点病院　算出法：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

2014年
56.0%

備考： 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、に対し、「はい」と回答した施設（151施設/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、「はい」と回答した施設は（198施設/409施設）。
いずれも「はい」と回答した施設（120施設/490施設）だったが、ここでは、いずれかに対し、「はい」と回答した施設（229施設/409施設）56.0%を算出している。

A18d

指標名： 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

データ源： 拠点病院現況報告

指標： 対象：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）　算出法：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

2014年
62.1%

備考：
62.1%とは精子保存、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施設への紹介のいずれか1つでも実施できると回答した施設の割合が62.1%（254施設/409施設）。
がんの治療に際する妊孕性温存目的で精子保存を行った患者の数が1件以上の施設（60施設/409施設）： 14.7%
がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために未受精卵子凍結保存を行うことができると回答した施設（40施設/409施設）： 9.8%
がんの治療に際する妊孕性温存目的で未受精卵子凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設（14施設/409施設）： 3.4%
がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために受精卵（胚）凍結保存を行うことができると回答した施設（79施設/409施設）： 19.3%
がんの治療に際する妊孕性温存目的で受精卵（胚）凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設（36施設/409施設）： 8.8%
がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために卵巣組織凍結保存を行うことができると回答した施設（31施設/409施設）： 7.6%
がんの治療に際する妊孕性温存目的で卵巣組織凍結保存を行った患者の数が1件以上の施設（4施設/409施設）： 1%
がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために放射線治療に対する卵巣移動を行うことができると回答した施設（179施設/409施設）： 43.8%
.がんの治療に際する妊孕性温存目的で放射線治療に対する卵巣移動を行った患者の数が1件以上の施設（59施設/409施設）： 14.4%
がんの治療に際して妊孕性温存が必要な患者のために放射線治療に対する卵巣遮蔽を行うことができると回答した施設（151施設/409施設）： 36.9%
がんの治療に際する妊孕性温存目的で放射線治療に対する卵巣遮蔽を行った患者の数が1件以上の施設（15施設/409施設）： 3.7%
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と回答した施設（154施設/409施設）： 37.7%
がんの治療に際する妊孕性温存目的で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った患者の数が1件以上の施設（66施設/409施設）： 16.1%
がんの治療に際して妊孕性温存のための処置が必要な患者のために 妊孕性温存治療ができる他の施設を紹介していると回答した施設（188施設/409施設）： 46.0%
がんの治療に際する妊孕性温存のための処置が必要な患者のために 妊孕性温存治療ができる他の施設へ紹介した患者の数が1件以上の施設（84施設/409施設）： 20.5%
上記いずれか1つでも「できる」と回答した施設（254施設/409施設）、上記いずれか1件でも実施したと回答した施設（159施設/409施設）。
上記の処置すべてに十分なエビデンスがあるわけではないことに注意。

A18e

指標名： 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

データ源： 患者体験調査

指標： 対象：40歳未満でがんの治療を受けた患者　算出法：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

2015年
38.1%（補正値）

備考： 患者体験調査において、診断時40歳未満となるがん患者624人のうち、問15で「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？」という問いに対し回答した患者501名を対象（123人が無回答）、問15で「2. 不妊への影響はない、という説明を受けた」（88名）、問16で「1. 予防・温存の具体的方法を説明された」（107名）、問16で「2. 予防・温存の具体的方法はないと言われた」（27名）のいずれかを回答した患者（総計222名）の割合を算出。粗解析値は44.3%であった。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

A19

指標名： 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）

データ源： 患者体験調査

指標： 対象：がん患者　算出法：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

2015年
40.3%（補正値）

備考： 患者体験調査で、がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。
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？」で、「1.説明があった」と回答した患者の割合を算出。6729名の内、本問への無回答214名と、「9.からない／覚えていない」と解答した1183名を除外。2255名が「1. 説明があった」と回答。粗解析値は42.3%。

A19a

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：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としてお金を徴収したもの）

2014年
29,485

備考：全国平均 72.1（標準偏差239.5），最小 0，最大3065，中央値 13 四分位間距離（IQR）[2, 43]，409施設で合計29485件。

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

A11

指標名：標準的治療実施割合 （標準的治療）

データ源：院内がん登録ーDPC突合データ

指標：
- 対象：拠点病院のがん患者
- 算出法：定められた標準治療が実施された割合

	2012年～2013年
大腸がん術後化学療法実施率	49.6%
胃がん術後化学療法実施率	68.2%
早期肺がん外科・定位放射実施率	88.9%
肺がん術後化学療法実施率	45.0%
乳房温存術後全乳房照射実施率	72.1%
乳切後高リスク症例放射線実施率	33.1%
肝切前ICG15実施率	90.3%
高リスク催吐化学療法時予防制吐剤処方率	60.5%
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率	66.0%

備考：
169施設の院内がん登録＋DPCデータより解析（2012年1月1日～2013年12月31日）
- 他院での治療内容が補足できていない、臨床判断により標準を行わないなどの限界がある数字であることに注意

大腸がん術後化学療法実施率＝組織学的StageⅢと診断された大腸がん患者のうち、術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合。
胃がん術後化学療法実施率＝胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取扱い規約StageⅡ、Ⅲ（pT1,pT3N0を除く）の進行癌と診断され6 週以内に退院した患者のうち、S-1による術後化学療法が施行された患者の割合。
早期肺がん外科・定位放射実施率＝臨床StageⅠ～Ⅱの非小細胞癌と診断された患者のうち、外科治療、または定位放射線治療が行われた患者の割合。
肺術後化学療法実施率＝術後StageⅡ, ⅢAの非小細胞癌で完全切除された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者の割合。
乳房温存後全乳房射線実施率＝乳房温存術を受けた70歳以下の乳癌患者のうち、術後全乳房照射が行われた患者の割合。
乳切後後リス症例への放射線実施率＝乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3以上(N0を除く)、または4個以上リンパ節転移のいずれか）の患者のうち、術後照射がなされた患者の割合。
肝切前ICG15実施率＝初回の肝切除術を受けた肝細胞がん患者のうち、ICG15分停滞率が治療開始前に測定された患者の割合。
高リスク催吐化学療法制吐剤処方率＝高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤(セロトニン阻害剤＋デキサメタゾン＋アプレピタント)が使用された患者の割合。
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率=外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者の割合。

A12

指標名：診療ガイドラインの数 （診療ガイドラインの作成）

データ源：日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス診療ガイドラインなどのエビデンスデータベース

指標：
- 対象：診療ガイドライン
- 算出法：作成されているがん診療ガイドラインの数

2014年
30 冊

備考：平成26年12月31日時点。診療ガイドラインを計数。実際のリストは研究班の個別指標の解説を参照。

A13

指標名：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）

データ源：日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス診療ガイドラインなどのエビデンスデータベース

指標：
- 対象：患者用ガイドライン
- 算出法：作成されている患者用がん診療ガイドラインの数

2014年
6 冊

備考：平成26年12月31日時点。患者用診療ガイドラインを計数。実際のリストは研究班の個別指標の解説を参照。

B17

指標名：ガイドラインの改訂 （予防検診/診療/治療ガイドライン）

データ源：日本医療機能評価機構医療情報サービスMindsや学会への調査

指標：
- 対象：予防検診/診療/治療ガイドライン推奨（個別の推奨）
- 算出法：改訂／遠報を過去1年に発行したガイドライン数

2014年
22.4%

備考：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より、2013.4-2014.3までの間に改訂/速報が出ているガイドラインの数を算出。診療ガイドライン30。検診ガイドライン10、その他分野横断的診療ガイドラインが10で総計49ガイドライン。改訂があったのは11ガイドライン。患者用ガイドラインは除外した。（胃がん検診ガイドラインはこの期間の後2014年12月改訂）

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

A23

指標名：拠点病院でキャンサーボードで検討された患者の割合 （海外の指標：キャンサーボード）

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：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
- 算出法：キャンサーボード（多職種かつ多専門科）によって話し合われた患者の割合

2014年
48.0%

備考：1,2,3,4,5,…,と回答した施設は10,20,30,40,50%,…として算出。無回答、不明と回答した16施設は除外し、393施設の平均値を算出。0～100%で分布, IQR=[20,75], 中央値 50, 平均値 48.0, 標準偏差 29.3。

A24

指標名：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

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：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に実施されている病院の割合

2014年
48.2%

備考：合同カンファレンス：診断および治療方針の質の向上を目的とした多職種、もしくは多臓器専門医を含めたカンファレンス
キャンサーボード開催頻度が2週間に1回以上、あるいは年26回以上の施設（197施設/409施設）

A24a

指標名：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

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：腫瘍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

2014年
99.0%

備考：99%とは、緩和ケア以外の専門チーム（糖尿病、感染症、栄養、歯科口腔、緩和、褥瘡チーム）が1つでもある施設(405施設/409施設)を算出。
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回答した施設（217施設/409施設）：53.1%
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回答した施設（382施設/409施設）：93.4%
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回答した施設（391施設/409施設）：95.6%
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回答した施設（237施設/409施設）：58.0%
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回答した施設（405施設/409施設）：99.2%
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回答した施設（395施設/409施設）：96.6%
全てが「はい」であった施設（145施設/409施設）だが、いずれか1つが「はい」であった施設（406施設/409施設）、緩和チーム以外のチームが1つでもあった施設（405施設/409施設）99.0%であった。

A32b

指標名：がん患者・家族、市民へ講演会を実施した拠点病院の割合 （治療への理解）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：過去1年でがん患者・家族、又は市民を対象にがん治療に関連した講演会や学習会を実施した拠点病院の割合	2014年
			91.2%

備考：市民講演会を1年に1回以上開催している施設（373施設/409施設）

A40b

指標名：小児がん患者のうちキャンサーボードで検討された患者の割合

データ源：対象病院への調査（新データ）＋拠点病院現況報告

指標：	対象：日本小児血液・がん専門医研修施設で入院治療を受けた小児固形腫瘍患者	算出法：キャンサーボード（多職種かつ多専門科）よって話し合われた患者の割合	2014年
			71.3%

備考：2012年08月23日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた89施設の中で、「平成25年1月1日～12月31日の1年の間に、貴施設でがんと初めて診断された小児固形腫瘍患者のうちで、多職種かつ多専門家で構成されたキャンサーボードで症例検討が行われたのは何人ですか？」という問いに対する各施設の回答の平均値。0～100%で分布, IQR=[40,100], 中央値 100, 標準偏差 38.2。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

A26f

指標名：リハビリテーション科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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：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	2014年
			37.4%

備考：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数が1名以上いると回答した施設（153施設/409施設）

A27

指標名：口腔ケアプロトコール整備されている拠点病院の割合 （がん患者の口腔ケア）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：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ールが両方ある施設の割合	2014年
			55.3%

備考：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ールがある、に対し、「はい」と回答した施設（236施設/409施設）
標準化された口腔ケアを行うためのプロトコールがある、に対し、「はい」と回答した施設は（245施設/409施設）
いずれも「はい」と回答した施設は226施設/409施設であった。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

A26a

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：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	2012年	2014年
			83.6%	89.5%

備考：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（366施設/409施設）
（2012年は332施設/397施設）

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきたところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

A11c

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：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	2014年
			85.8%

備考：「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」に対し、「はい」と回答した施設（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（359施設/409施設）
「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」に対し、「はい」と回答し「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（351施設/409施設）

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

A25a

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：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）	算出法：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	2014年
			25.3%

備考：国立・県立がんセンター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学の名前がついた病院を除いた293施設を対象。
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、に対し、「はい」と回答した施設（74施設/293施設）

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

A29

指標名：拠点病院から地域医療機関に紹介された患者で別の医療機関に通院した者の割合（拠点病院地域連携）

データ源：レセプトデータ

指標：	対象：拠点病院から地域の医療機関へ紹介されて受診した患者	算出法：地域医療機関に受診後、2か月以内に別の医療機関で通院開始した人の割合	今回は測定困難

備考：患者の負担は紹介先の選定に問題があることを意味する。再入院や死亡は除外。期間の適切性は調整の必要あり。「通院開始」はレセプト上の定義を予定

B. 放射線医療の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

A3

指標名：直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院 （定位放射線治療）

データ源：拠点病院現況報告

指標：	対象：拠点病院	算出法：直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院の割合	2012年	2014年
			47.4%	51.1%

備考：定位放射線治療の加算が1件以上であった施設（209施設/409施設）
（2012年は188施設/397施設）

A5

指標名：IMRT加算をとっている拠点病院の割合 （IMRTの実施状況）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：強度変調放射線治療(IMRT)加算をとっている拠点病院の割合

2012年	2014年
27.2%	34.2%

備考：強度変調放射線治療の加算が1件以上であった施設（140施設/409施設）
（2012年は108施設/397施設）

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

A1

指標名：外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合（放射線療法の体制整備）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と表記）　算出法：外来放射線照射診療料をとっている拠点病院の割合

2012年	2014年
48.9%	59.7%

備考：外来放射線照射診療料が1件以上であった施設（244施設/409施設）
（2012年は194施設/397施設）

A26c

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：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

2014年
96.3%

備考：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施設（225施設/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施設（250施設/409施設）
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施設（394施設/409施設）

A26d

指標名：放射線治療専門医の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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：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

2012年	2014年
72.0%	77.0%

備考：日本放射線腫瘍学会放射線治療専門医また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（315施設/409施設）
非常勤である場合は除外した。（2012年は286施設/397施設）

C. 化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置する。

A9

指標名：外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合 （外来化学療法の実施状況）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：外来化学療法加算1をとっている拠点病院の割合

2012年	2014年
6.5%	95.1%

備考：外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設（397施設/409施設）、件数が1件以上と報告した施設（389施設/409施設）。外来化学療法加算1が1件以上であった施設を算出。（2012年は外来化学療法加算1の施設基準が「ある」と回答した施設が385施設/397施設、件数が1件以上と報告した施設が26施設/397施設）

A10b

指標名：化学療法レジメンを公開している拠点病院の割合 （がんの治療計画）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：「診療科別の全レジメンをホームページで公開している」と回答した拠点病院の割合

2014年
6.1%

備考：診療科別に、全てのレジメンをホームページで公開している、に対し、「はい」と回答した施設（25施設/409施設）

A21a

指標名：抗がん剤のミキシングを9割以上薬剤師が担っている拠点病院の割合 （医療安全管理）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：抗がん剤のミキシングについて、90%以上で薬剤師が担っている拠点病院の割合

2014年
95.8%

備考：週末を含め、抗がん剤の全てのミキシング作業の90%以上を、薬剤師が行っている、に対し、「はい」と回答した施設（392施設/409施設）

A22

指標名：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 （外科医の負担軽減、化学療法）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：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

2014年
27.4%

備考：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。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、に対し、「はい」と回答した施設（112施設/409施設）
臓器別に結果を出すと留意点に記載されていたが、現況報告において臓器別の情報になっていないため、臓器別には算出できない。

A26b

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院　算出法：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

2014年
75.8%

備考：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人以上配置していると回答した施設（404施設/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施設/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11名以上いる施設（58施設/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11名以上いる施設（262施設/409施設）
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人以上配置しており、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施設（310施設/409施設）
2012年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名以上配置していると回答した施設（396施設/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（331施設/397施設）であった。（いずれも1名以上であったのは330施設/397施設）

A26e 指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2012年	2014年
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	44.6%	56.0%

備考：日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医常勤が1名以上いる施設（220施設/409施設）
日本臨床腫瘍学会がん薬物療法指導医常勤が1名以上いる施設（95施設/409施設）
日本臨床腫瘍学会がん薬物療法常勤専門医と常勤指導医のいずれかが1名以上いる施設（229施設/409施設）
（2012年日本臨床腫瘍学会がん薬物療法常勤専門医と常勤指導医のいずれかが1名以上いる施設は177施設/397施設）

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置する。

A7a 指標名：経口抗悪性腫瘍剤の処方管理状況 （副作用とその対処法の患者教育指導実施割合）

データ源：患者アンケート

指標：対象	指標：算出法	
経口抗悪性腫瘍剤を処方されたがん患者	経口抗悪性腫瘍剤について正しい理解をしている患者の割合および理解度（正しい服用方法、副作用と対処法）	今回は測定困難

備考：どの経口抗がん剤までを対象とするのかのリストは専門家が作成。

A8 指標名：拠点病院で化学療法オーダーを電子化している割合 （化学療法の質と安全）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2014年
拠点病院	化学療法オーダーを電子化している施設の割合	88.0%

備考：化学療法オーダーが稼働しており、且つ化学療法の薬剤の過量オーダの入力チェック機能があると回答した拠点病院の割合（360施設/409施設）

A10a 指標名：化学療法で院内登録レジメン制度を運用している拠点病院の割合

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2012年	2014年
拠点病院	院内登録レジメン制度を運用している施設の割合	99.5%	100%

備考：「化学療法のレジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力している」、または「がん診療連携拠点病院との連携により、化学療法のレジメンを審査するとともに、標準的な化学療法を提供できる体制を整備している。」に対し「はい」と回答した施設（409施設/409施設）。 参考）「グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により化学療法を提供する体制を整備している」に対し、「はい」と回答した施設は31施設であった。（2012年は、化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力している」と回答した施設が395施設/397施設）

A10c 指標名：化学療法患者にジェネリック医薬品を使う選択肢を提示している拠点病院の割合 （後発医薬品の使用）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2014年
拠点病院	化学療法患者に対しジェネリックを使う選択肢を常に患者に提示している回答した拠点病院の割合	34.0%

備考：化学療法の患者にジェネリックの抗がん剤を使用する選択肢を提示することを原則としている、に対し、「はい」と回答した施設（139施設/409施設）

A26g 指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2014年
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	32.0%

備考：件数（病棟薬剤業務実施加算）が1件以上の施設（131施設/409施設）

D. 手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

A14 指標名：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）

データ源：DPCデータ

指標：対象	指標：算出法	2013年
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）	5がん 0.31% 肺 0.38% 胃 0.34% 大腸 0.43% 肝臓 0.68% 乳腺 0.01%

備考：国立がん研究センター研究開発費・石川班の保有する2012年度のDPCデータ（拠点病院中、77877名、223施設のデータ。国立大学病院からデータ利用の許諾がないため含まれていない。）で、30日以内の死亡率を計算した。他院や在宅での死亡は捕捉できていない値。2013年3月1日までに手術を受けた者が対象（30日の観察期間を取るため）

A22 指標名：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 （外科医の負担軽減、化学療法）

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。

A11b 指標名：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アンス分析実施状況 （クリティカルパス）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2014年
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、バリアンス割合を算定して報告した拠点病院の割合	59.2%

備考：手術・化学療法・放射線クリティカルパスに対し、1年に1回以上バリアンス分析を行っている、に対し、「はい」と回答した施設（242施設/409施設）

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

A9 指標名：外来化学療法加算をとっている拠点病院の割合 （外来化学療法の実施状況）

A21a 指標名：抗がん剤のミキシングを9割以上薬剤師が担っている拠点病院の割合 （医療安全管理）

A22 指標名：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 （外科医の負担軽減、化学療法）

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

全1 指標名：医療が進歩していることを実感できること

全5a 指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（治療の見通し）

全5b 指標名：患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（生活の見通し）

全7 指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（尊重）

全8 指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（切れ目のない治療）

全9a 指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる治療）

全9b 指標名: 患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること（納得できる支援）

（2） がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

A18b 指標名: 医療従事者に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

A25 指標名: 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）

データ源: 拠点病院現況報告

指標: 対象: 拠点病院 / 算出法: 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

2014年
39.1%

備考: 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要する臓器横断的ながん臨床教育制度がある、に対し、「はい」と回答した施設（160施設/409施設）

（3） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

緩10 指標名: （がん患者のQOL）がん患者のからだのつらさ

データ源: 患者体験調査の問44a

指標: 対象: がん患者 / 算出法: 「問44a. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
57.4%（補正値）

備考: がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答131は除外。「4.あまりそう思わない」(1302)、「5.そう思わない」(1607)との回答を合算。（2015年1～3月）

緩11 指標名: （がん患者のQOL）がん患者の疼痛

データ源: 患者体験調査の問44b

指標: 対象: がん患者 / 算出法: 「問44b. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
72.0%（補正値）

備考: がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答247を除外。「4.あまりそう思わない」(954)、「5.そう思わない」(2585)と回答を合算。（2015年1～3月）

緩12 指標名: （がん患者のQOL）がん患者の気持ちのつらさ

データ源: 患者体験調査の問44c

指標: 対象: がん患者 / 算出法: 「問44c. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4.あまりそう思わない、または5.そう思わないと回答した患者の割合

2015年
61.5%（補正値）

備考: がんと診断されたことはないと回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答228を除外。「4.あまりそう思わない」(1044)、「5.そう思わない」(1953)と回答を合算。（2015年1～3月）

緩13 指標名: （終末期がん患者の緩和ケアの質）医療者の対応の質

データ源: 遺族調査

指標: 対象: がん患者遺族 / 算出法: 「医療者は、患者のつらい症状にすみやかに対応していた」と回答した割合

2011年	
62%	今回は測定困難

備考: （2011年参考値）出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2（J-HOPE2）。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケアチームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

緩4 指標名: （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

データ源: 医療施設調査等

指標: 対象: 全医療機関 / 算出法: 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）

2013年
56,655 緩和ケアチーム新規診療症例数
21,109 緩和ケア外来新規診療症例数

備考: 拠点病院の現況報告の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。今後、専門的緩和ケアサービスの定義を定めることが必要。（平成25年1月1日～12月31日）

緩9 指標名: （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

データ源: がん診療連携拠点病院【拠点病院の現況報告】

指標: 対象: がん診療連携拠点病院 / 算出法: 都道府県内で緩和ケアに関する地域の多職種連携カンファレンスを開催した回数

2014年
1,799

備考: 注1）自施設が主催したカンファレンスのみの回数。注2）多職種連携カンファレンスとは「地域全体の医療を推進するため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堂に会する場」と定義する。注3）患者の退院支援カンファレンス等、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。（平成25年8月1日～平成26年7月31日）

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士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。

緩5 指標名: （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

データ源: 専門・認定看護師調査【日本看護協会調べ】

指標: 対象: がん看護専門看護師，緩和ケア認定看護師，がん性疼痛看護認定看護師 / 算出法: 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

2014年
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

備考: 専門・認定看護師の業務全体に対する緩和ケアへの従事割合50%以上と回答した割合。（平成26年8～9月）

緩9 指標名: （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

緩13 指標名: （終末期がん患者の緩和ケアの質）医療者の対応の質

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

緩1 指標名：（死亡場所）死亡場所（自宅）

データ源	対象	算出法	2012年	2013年
人口動態調査	全がん死亡者	がん患者の自宅死亡割合	8.9%	9.6%

備考：（平成25年1月1日～平成25年12月31日）

緩2 指標名：（死亡場所）死亡場所（施設）

データ源	対象	算出法	2012年	2013年
人口動態調査	全がん死亡者	がん患者の施設死亡割合	2.0%	2.2%

備考：施設とは、「介護老人保健施設」および「老人ホーム」。グループホームでの死亡が、自宅または施設死亡のどちらに含まれるかについて規定がなかったため混在している。（平成25年1月1日～平成25年12月31日）

緩14 指標名：（終末期がん患者のQOL）終末期がん患者の療養場所の選択

データ源	対象	算出法	2011年	
遺族調査	がん患者家族	「患者は望んだ場所で過ごせた」と回答した割合	54%	今回は測定困難

備考：（2011年参考値）出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2（J-HOPE2）。

緩15 指標名：（家族ケア）家族の介護負担感

データ源	対象	算出法	2011年	
人口動態調査	がん患者家族	「介護をしたことで負担感が大きかった」と回答した割合	62%	今回は測定困難

備考：（2011年参考値）出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2（J-HOPE2）。

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。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

緩3 指標名：（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

データ源	対象	算出法	2012年	2013年
厚生労働省	（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）	4,913kg	4,915kg

備考：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、「療用麻薬の全消費量」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」を除いた数値を代理指標とする。（平成25年1月1日～平成25年12月31日）

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

データ源	対象	算出法	2012年度末時点	2014年度末時点
厚生労働省	（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	40,550人	57,764人

備考：修了者の累計数

学会など度連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む

緩12 指標名：（がん患者のQOL）がん患者の気持ちのつらさ

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、指導内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

緩13 指標名：（終末期がん患者の緩和ケアの質）医療者の対応の質

緩和ケアの意義やがんと診断された時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。

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

緩7 指標名：（一般市民への普及）一般市民の緩和ケアの認識

データ源	対象	算出法	2013年	2014年
がん対策に関する世論調査	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こと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	34.3% 緩和ケアをよく知っている 58.3% 診断されたときから	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

備考：（平成26年11月）

緩8 指標名：（一般市民への普及）一般市民の医療用麻薬に対する認識

データ源	対象	算出法	2014年
がん対策に関する世論調査	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	52.8%

備考：医療用麻薬の印象について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した割合（平成26年11月）

関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、がん診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を目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

また、3年以内に、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の提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

緩4 指標名：（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

緩5 指標名：（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

緩13 指標名：（終末期がん患者の緩和ケアの質）医療者の対応の質

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする

緩10 指標名：（がん患者のQOL）がん患者のからだのつらさ

緩11 指標名：（がん患者のQOL）がん患者の疼痛

緩12 指標名：（がん患者のQOL）がん患者の気持ちのつらさ

緩13 指標名：（終末期がん患者の緩和ケアの質）医療者の対応の質

緩14 指標名：（終末期がん患者のQOL）終末期がん患者の療養場所の選択

緩15 指標名：（家族ケア）家族の介護負担感

（4） 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

A16

指標名：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

データ源：患者体験調査

指標：対象：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

算出法：診断日から治療開始日までの平均日数

2015年：1ヶ月以上3ヶ月未満 34.5%（補正値）

備考：患者体験調査では、日数の選択肢を範囲に分けて質問したため、最頻値を記載する。問29で直近のがんが5大がんのいずれかであると回答した患者の3115名のうち、「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（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？」に対し、無回答74名と「9. 治療なし/わからない」と回答した患者108名を除外した2933名を対象とした。確定診断から治療開始は最頻値を算出。、「2週間未満」(789)、「2週間以上1ヶ月未満」(968)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(971)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(107)、「6ヶ月以上」(53)、「治療開始後に診断された」(45)であった。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

A30a

指標名：拠点病院で地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象：拠点病院

算出法：地域連携室等に専従・専任で配置されている人員数（病床数あたりに換算）

2014年：1.4人（100床あたり）

備考：地域連携室に配置されている専従または専任人員数が1名以上いる施設は97.8%(400施設/409施設)。平均値 7.9 (標準偏差6.1), 中央値 6, 最低 0 最大35,四分位間距離IQR[3,11] 一般病床数231462病床数に対して合計3226名の専従または専任の相談員がいるので、全国では71.7床に対して1名。100床あたり1.4人。

A31

指標名：地域の医療施設のうち拠点病院が適切な連携を行っていると回答した施設の割合 （拠点病院地域連携）

データ源：一般施設アンケート調査

指標：対象：地域の医療施設（病院・診療所・訪問看護ステーション）

算出法：「地域のがん診療連携拠点病院が、適切な連携・サポートを行っている」と回答した施設の割合

今回は測定困難

備考：地域としてまわりの病院から、拠点病院を評価してもらうという考えに基づく。地域に拠点病院が複数あって質のばらつきがある場合の扱いは、それぞれ病院を挙げてもらい、評点をつける。回収先も国立がん研究センターや厚生労働省などの調査主体にして、回答しやすい状況に配慮することを検討中。

A32

指標名：拠点病院医師らと在宅療養担当医師らとの合同カンファレンス実施割合 （在宅療養との連携）

データ源：レセプトデータ

指標：対象：拠点病院から退院し、訪問診療でフォローを受けたがん患者（在宅療養しつつ外来通院する者を除く）

算出法：拠点病院の医師または看護師と在宅療養を担う医師または看護師とで退院時合同カンファレンスが行われた割合

今回は測定困難

備考：レセプト・ナショナルデータベースからの算出が想定されたが、データの入手が間に合わず。

緩1 指標名：（死亡場所）死亡場所（自宅）

緩2 指標名：（死亡場所）死亡場所（施設）

緩4 指標名：（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

緩5 指標名：（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

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

A17

指標名：5大がん患者の自圏内受療率 （地域完結型医療体制）

データ源：レセプト（患者と施設の二次医療圏の両方あるレセプト）

指標：対象：5大がんの患者

算出法：患者の住所と同じ二次保健医療圏内の医療施設でのがん治療（手術・化学・放射線全て）受療率

今回は測定困難

備考：二次保健医療圏内でがん治療が完結している程度を評価することを想定。今回はレセプトの入手が間に合わない

A34

指標名：在宅療養中のがん患者で必要時医療従事者に連絡が取れる者の割合 （がん患者の在宅医療）

データ源：患者アンケート調査 （遺族アンケート）

指標：対象：在宅療養をしている（訪問診療を受けている）がん患者

算出法：「必要な時に自分の病状を知っている医療従事者に連絡を取ることができる」と答えた患者の割合

今回は測定困難

備考：患者もしくは家族（遺族）が回答。今回は遺族調査が施行できなかった。

緩1 指標名：（死亡場所）死亡場所（自宅）

緩2 指標名：（死亡場所）死亡場所（施設）

緩5 指標名：（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

緩6 指標名：（一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

A35
- 指標名: 介護保険を利用している40～64歳のがん患者の介護サービス満足度 （がん患者の介護サービス）
- データ源: 遺族アンケート調査
- 指標: 対象: 介護保険を利用している40～64歳の末期がん患者 / 算出法: 「必要な介護サービスを十分に受けている」と答えた割合
- 今回は測定困難
- 備考: 介護保険から測定するときには「40-64歳の末期がん患者」。遺族調査の場合は（末期がん患者であることは明白なので）年齢制限は撤廃

A36
- 指標名: 在宅療養中のがん患者の医療に対する満足度 （がん患者の在宅医療）
- データ源: 遺族アンケート調査
- 指標: 対象: 在宅療養をしている（訪問診療を受けている）がん患者（拠点病院から訪問診療になった患者） / 算出法: 「必要な医療を十分に受けている」と答えた患者
- 今回は測定困難
- 備考:

緩1 指標名: （死亡場所）死亡場所（自宅）

緩2 指標名: （死亡場所）死亡場所（施設）

緩5 指標名: （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

緩6 指標名: （一般医療者に対する教育）緩和ケア研修修了者数

全8 指標名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること（切れ目のない治療）

（5） 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院（仮称）を整備していくほか、引き続き研究者やCRC（臨床研究コーディネーター）等の人材育成に努める。
PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

B13a
- 指標名: がんの第Ⅰ相およびⅢ相臨床試験の実施数
- データ源: 臨床試験登録データベース（UMIN/JAPIC/日本医師会）
- 指標: 対象: 臨床試験登録データベースを検討 / 算出法: がんに関する第Ⅰ相臨床試験（早期探索試験 First-in-human）およびⅢ相の実施件数

2013年
第Ⅰ相試験 85件 第Ⅲ相試験 79件
＜研究資金源＞ （国内,外資,国際共同の件数） 第Ⅰ相: 59件,26件,0件 第Ⅲ相: 52件,23件,4件 ＜研究実施主体＞ （研究者,製薬会社主体の件数） 第Ⅰ相: 50件, 35件 第Ⅲ相: 42件, 37件

- 備考: 調査対象期間： 平成25年度（2013年4月1日～2014年3月31日）。第Ⅰ相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が35件、併用療法に関する研究が38件、放射線療法に関する研究が4件、医療機器等に関する研究が8件であった。第Ⅲ相臨床試験のうち薬剤単剤の効果研究が32件、併用療法に関する研究が29件、放射線治療に関する研究が1件、医療機器等に関する研究が17件であった。製薬業界では、業界再編が活発であり、国内系製薬会社からの資金を得た研究であっても外資系製薬会社等の影響を少なからず受けている場合がある。

B14b
- 指標名: 審査された臨床試験の数 （拠点病院）
- データ源: 拠点病院現況報告
- 指標: 対象: 当該年度にがん診療連携拠点病院で行われたがんに関わる臨床試験 / 算出法: がん診療連携拠点病院に設置されている治験審査委員会又は倫理委員会で審査されたがんに関わる臨床試験の総数

2011年	2013年
15,428件	19,413件

- 備考: 現況報告で報告された、がんに関する臨床試験と治験の総プロトコール件数

B16
- 指標名: 医師・研究者主導臨床試験の質
- データ源: 厚生労働省厚生科学課
- 指標: 対象: がんに関する厚労科研費を受けている研究者主導臨床試験もしくは先進医療Bの研究 / 算出法: 厚労科研の「健康危険情報」の報告をしている研究の割合

2011-2013年
14.6%

- 備考: 厚生労働省危機管理基本方針に基づき、過去3年間に実施された臨床試験のうち3年以内に健康危機管理情報を報告した研究の割合を算出した。
がん予防に関する研究、がん検診技術に関する研究、患者のQOL改善を目的とした教育プログラム等の介入研究については、対象研究から除外。研究者らが、健康危機情報がなかったから報告していないのか、また健康危機情報があったにも関わらず報告していなかったのかについて断定はできない。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

B1

指標名：ドラッグラグ・デバイスラグ （ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認）

データ源：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

指標：
対象：
当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器

算出法：
米国と我が国での保険適用時期、承認申請時期、および総審査期間の中央値の差

新医薬品		
	H24年度	H25年度
	<申請ラグ> 32.9ヶ月 <審査ラグ> 1.6ヶ月 国内審査期間は 通常：11.6ヶ月(n=4) 優先：4.9ヶ月(n=27)	<申請ラグ> 5.7ヶ月 <審査ラグ> 0ヶ月 国内審査期間は 通常：11.9ヶ月 (n=10) 優先：6.8ヶ月(n=16)

新医療機器
H25年度
<申請ラグ> 90.1ヶ月 <審査ラグ> 2.0ヶ月 国内審査期間は13.9ヶ月(n=4)

備考：
調査期間は、平成23年度（2011年4月1日）～ 平成25年度（2013年3月31日）
①保険適応時期：米国はMedicareの保険適用日の情報は入手困難のため算出不可。
②日本の審査期間は、新医薬品区分（新有効成分・新効能）の総審査期間の中央値。審査ラグは、当該品目の米国FDA公表の総審査期間から算出（必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。日本で世界に先駆けて承認された物等の米国未承認薬は、審査ラグ・申請ラグは発生していないものとして算出。）した数値の中央値。（優）優先審査 （通）通常審査
③申請ラグは、新有効成分含有医薬品の日米の申請時期の差の中央値。
1．新医薬品
<申請ラグ> H23年度 0.6 ヶ月(n=6), H24年度 32.9ヶ月 (n=7), H25年度 5.7 ヶ月 (n=7)
<国内審査期間・審査ラグ> H23年度6.4（優 n=16）13.1（通 n=9） ヶ月 審査ラグ 4.5ヶ月 (n=13), H24年度4.9（優 n=27）11.6（通 n=4） ヶ月 審査ラグ 1.6ヶ月 (n=15), H25年度6.8（優 n=16）11.9（通 n=10）ヶ月 審査ラグ 0.0ヶ月 (n=22)
2．新医療機器
<申請ラグ> H23年度 -, H24年度 -, H25年度 90.1 ヶ月 (n=4)
<審査期間・審査ラグ> H23年度 -, H24年度 -, H25年度 13.9 ヶ月 (n=4), 審査ラグ 2.0ヶ月

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

B1b

指標名：開発着手ラグ

データ源：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

指標：
対象：
当該年度に国内で承認された新しい抗がん剤、及びがん関連の医療機器

算出法：
欧米主要国（のなかでの一番はじめ）と我が国での開発着手時期の差の中央値

新医薬品	
H24年度	H25年度
53.0ヶ月	37.5ヶ月

備考：
調査期間は、平成23年度（2011年4月1日）～ 平成25年度（2013年3月31日）
新有効成分含有医薬品の審査報告書に記載された海外と国内の同等の開発相の主要評価臨床試験の開始時期を比較。日本を含む国際共同研究については「国際共同治験の開始日」。必要性検討会で要望のあった公知申請品目等は算出から除外。
H23年度 33.0ヶ月(n=6), H24年度 53.0ヶ月(n=7), H25年度 37.5ヶ月(n=7)
医療機器については、個別に非開示の開発着手情報は、例数が少ないことから、製品を特定される可能性があるため、中央値でも非開示としている。
治験着手ラグ＝開発着手時期の差の中央値

B8

指標名：未承認薬・適応外薬の申請数 （未承認薬・適応外薬の承認）

データ源：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

指標：
対象：

算出法：
過去3年度間の抗がん剤の新有効成分及び適応拡大の申請数・承認数

新有効成分	
H24年度	H25年度
申請 9 承認 7	申請 11 承認 7

効能追加	
H24年度	H25年度
申請 28 承認 24	申請 13 承認 19

備考：
調査期間は、平成23年度（2011年4月1日）～ 平成25年度（2013年3月31日）
<H23年度> 新有効成分申請数4, 新有効成分承認数6, 効能追加申請数20, 効能追加承認数19
<H24年度> 新有効成分申請数9, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数28, 効能追加承認数24
<H25年度> 新有効成分申請数11, 新有効成分承認数7, 効能追加申請数13, 効能追加承認数19

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

B12

指標名：先進医療技術開始数 （先端医療技術）

データ源：厚生労働省

指標：
対象：
先進医療B

算出法：
過去3年間で先進医療会議で臨床試験の実施が承認された先進医療Bの技術数（がんに関する効能のもの）

2011年～2014年
11 件

備考：
平成23年7月1日～平成26年6月30日までの3年間を対象とする。
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kikan03.htmlより、先進医療Bの番号22、23、24、30、31、34、35、36、39、42、43をカウント。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

B10d

指標名：希少がんに対する医薬品の開発状況 （新医薬品の開発）

データ源：独立行政法人医薬基盤研究所ホームページ 希少疾病用医薬品指定品目一覧表

指標：
対象：
オーファンドラッグに指定された抗がん剤（患者数5万人以下で有効な治療法がない医薬品）

算出法：
指定後5年以内に承認された数

1999年-2004年	2004-2009年
4 / 4	7 / 8

備考：
オーファンドラッグ指定を受けた日（厚労大臣からの通知文書の日付）から薬事承認された日（厚労大臣からの通知文書の日付）までの期間が5年以内。
希少疾病用医薬品指定品目一覧表2004年(H16)4月1日～2009年(H21)3月31日の間にオーファンドラッグに指定された対象疾患ががんである医薬品。抗がん剤。指定取り消しは分母より除外。17薬第176号、17薬第178号、18薬第183号、18薬第188号、19薬第198号、19薬第199号、20薬第206号、20薬第212号をカウント。
1999年(H11)4月1日～2004年(H16)3月31日の間は、11薬第132号、12薬第144号、14第159号、15薬第167号

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

旧研究5

指標名：患者が希望した未承認薬・適応外薬の審査の場を整備している拠点病院の割合 （未承認薬・適応外薬の承認）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2014年
拠点病院	患者が個別に適応外薬や未承認薬の使用を希望した場合に検討を行う場が院内にある拠点病院の割合	77.8%

備考：
適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を開催していると回答した施設は325施設/409施設
適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を1年で1回以上開催している施設（318施設/409施設）
適応外薬や未承認薬の使用を検討する審査委員会を1年で1回以上開催している施設の割合を算出。
（2012年抗がん剤の適応外使用の審議の手続きが、院内で規定されているに「はい」と回答した施設は324施設/397施設）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有効で安全な医薬品・医療機器を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

B1 指標名：ドラッグラグ・デバイスラグ （ドラッグラグ・デバイスラグ・早期承認）

B1a 指標名：アンメットメディカル・ニーズ

データ源：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

指標：対象	指標：算出法	第I回要望	第II回要望
過去3年間の「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で学会などから開発要望され、検討対象となった要望品目（抗がん剤・疼痛緩和薬・がん診断薬）	薬事法上新規の製造販売承認もしくは適応拡大が認められたがん関連薬剤の絶対数	要望 116 開発要請 45 H23承認 19 H24承認 3 H25承認 3	要望 75 開発要請 32 H23承認 -- H24承認 11 H25承認 11

備考：
調査期間は、平成23年度（2011年4月1日）～ 平成25年度（2013年3月31日）
第I回要望とは、第Ⅰ回、第II回未承認薬・適応外薬の開発要望を指す。
学会等からの要望→厚労省からの開発要請→承認の薬剤の件数を示す。
結果のH23, H24, H25とは、それぞれ平成23年度、平成24年度、平成25年度を示す。
抗がん剤のみならず、がん疼痛緩和薬、がん診断薬等のがん関連医薬品を含む。

（6） その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）

A. 希少がん

患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等も参考にしながら検討する。

A37 指標名：希少がん患者の初診から診断、治療開始までの待ち時間 （治療待ち時間）

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

指標：対象	指標：算出法	2015年
希少がん患者サンプル	初診日から診断日および治療開始日までの日数	＜初診から診断＞ 2週間未満 42.1% ＜診断から治療開始＞ 2週間未満 34.4% （補正値）

備考：
希少がんである患者のうち、初診から診断に関しては、「問5なんらかの症状や検診で異常があって病院・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？」で無回答27名、「わからない」、と回答した患者15名を除外した802名を対象とした。「2週間未満」(354)、「2週間以上1ヶ月未満」(220)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(130)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(50)、「6ヶ月以上」(48)であった。初診から確定診断までの期間の最頻値を算出。
診断から治療開始に関しては、「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？」で無回答26名、「わからない/治療なし」と回答した患者22名を除外した796名を対象とした。「2週間未満」(301)、「2週間以上1ヶ月未満」(257)、「1ヶ月以上3ヶ月未満」(181)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」(27)、「6ヶ月以上」(8)、「治療開始後に診断された」(22)あった。確定診断から治療開始までの期間の最頻値を算出。
粗解析値では、＜初診から診断＞2週間未満が44%、＜診断から治療＞2週間未満が38%であった。結果が実感と異なるとの指摘があり、今後精査の予定。初診が「最終治療施設」への初診と捕らえられた可能性もある。詳細は研究班による個別指標の解説を参照。

A38 指標名：希少がんガイドラインがある希少がんの割合 （診療ガイドライン）

データ源：日本医療機能評価機構医療情報サービスMinds、学会、がん情報サービス＞診療ガイドラインなどのエビデンスデータベー

指標：対象	指標：算出法	2014年
希少がん患者サンプル（「希少がん」は別途定義）	診療ガイドラインがある希少がんの割合	14 冊

備考：
希少がんの定義が存在しないため患者数を同定できない。そのため、頻度の低い組織系のがん種に関する章が1章でも含まれている診療ガイドラインの数を、がん種単位ではなく、冊数としてカウントした。
＞口腔癌、頭頸部癌、GIST（消化管間質腫瘍）、小児がん、小児白血病・リンパ腫、腎盂・尿管癌、軟部腫瘍、皮膚悪性腫瘍、皮膚リンパ腫、造血器腫瘍、精巣腫瘍、膵・消化管神経内分泌腫瘍（NET）、悪性胸膜中皮腫、卵巣がんの14冊。
日本癌治療学会のがん診療ガイドラインの「小児がん」などのように、小児がん診療ガイドラインなどの他のガイドラインの内容に則って構成されたガイドラインはカウントせず。
http://minds.jcqhc.or.jp、http://ganjoho.jp/professional/med_info/evidence/all.htmlより情報収集。

B10d 指標名：希少がんに対する医薬品の開発状況 （新医薬品の開発）

B. 病理診断

若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

A41 指標名：病理専門医が1名以上配置されている拠点病院の割合 （病理診断医の不足）

データ源：拠点病院現況報告

指標：対象	指標：算出法	2012年	2014年
拠点病院	全ての勤務日に日本病理学会病理専門医が1名以上いる施設の割合（常勤の病理専門医が1人以上いる施設、として算出）	86.6%	87.3%

備考：一般社団法人日本病理学会病理専門医、または指導医が常勤で1名以上いると回答した施設（357施設/409施設）（2012年は344施設/397施設）

C. リハビリテーション

がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

A41a

指標名：拠点病院に入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合 （リハビリテーション）

データ源：院内がん登録＋DPC/レセプトデータ

	2012-2013年
指標：対象：拠点病院に過去1年間でがんと初めて診断され、初回治療を受けたがん患者　算出法：リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法のいずれか）を受けた患者の割合	19.7%

備考：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI研究2012年診断症例に参加した232施設におけるデータを解析して算出
理学療法・作業療法・言語聴覚療法、がん患者リハビリテーションのいずれかを診断から1年以内に1回でも受けた患者の割合とした。

A41d

指標名：外来でがん患者にリンパ浮腫ケアを実施している拠点病院の割合

データ源：拠点病院現況報告

	2012年	2014年
指標：対象：拠点病院　算出法：外来にてリンパ浮腫や末期がん患者の浮腫へのケアを実施している病院の割合	75.8%	79.5%

備考：リンパ浮腫指導管理料を1件以上算定したと回答した施設（325施設/409施設）
2012年は301施設/397施設

2. がんに関する相談支援と情報提供

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

C1

指標名：がん相談支援センターが設置されている2次医療圏の割合 （相談支援センター）

データ源：研究班独自調査（現況報告＋都道府県庁への聞き取り調査）

指標：
- 対象：二次医療圏
- 算出法：国と同等の指定要件を満たすがん相談支援センターが設置されている二次医療圏数

2015年2月時点：70.3%（旧指針を満たす73.0%）

備考：2015年2月の研究班における独自調査の結果。平成26年のがん診療連携拠点病院の整備に関する指針（がん相談支援センターの設置）と同等の指定要件を満たすがん相談支援センター設置割合を示す（分子242/分母344）。この中で、241医療圏は国指定のがん診療連携拠点病院がある地域であり、1医療圏は県が国と同等の指定要件を設けて設置しているがん相談支援センターである。また、平成20年3月（平成23年3月29日一部改正）の旧指針を満たす相談支援センターを含めると相談支援センター設置割合は、73.0%（分子251/分母344）であった。また、都道府県独自の要件を満たす相談支援センターを合わせると全国の二次医療圏の80.2%（分子276/分母344）にがん相談支援窓口が設置されている。また、本数値には含まれていないが都道府県全体のがん相談窓口を設けて都道府県民の相談に応じる体制をとっているところもある。

C6b

指標名：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）

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：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

2014年：100%

備考：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（408施設/409施設）
市民講演会を1年に1回以上開催している施設（383施設/409施設）。いずれかを実施している拠点病院を算出（409施設/409施設）

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

C1a

指標名：がん相談支援センターに専従の相談員が配置されている拠点病院の割合 （相談支援センターへの人材配置）

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：転院や退院調整の業務担当者とは別に、「がん相談」に専従（業務の80%以上）している相談支援センター専従の相談員がいる施設の割合

2014年：85.1%

備考：転院や退院調整の業務担当者とは別に、がん相談に専従（業務の80%以上）している相談支援センターの相談員数が1名以上いると回答した施設（348施設/409施設）

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

C1c

指標名：医療ソーシャルワーカーおよび看護師が配置されている拠点病院の相談支援センターの割合（臨床心理士・MSW）

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院の相談支援センター
- 算出法：医療ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神福祉士）および看護師が専任/専従で配置されている割合

2014年：58.7%

備考：相談支援センターに専任で社会福祉士が1名以上配置されている施設（222/409施設）
相談支援センターに専従で社会福祉士が1名以上配置されている施設（212/409施設）
相談支援センターに専任で精神福祉士が1名以上配置されている施設（51/409施設）
相談支援センターに専従で精神福祉士が1名以上配置されている施設（31/409施設）
相談支援センターに専任で看護師が1名以上配置されている施設（178/409施設）
相談支援センターに専従で看護師が1名以上配置されている施設（223/409施設）
社会福祉士または精神福祉士が専任/専従で1名以上、且つ看護師が専任/専従で1名以上配置されている施設を算出（240/409施設）。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

C4g

指標名：ピアサポーターによる相談支援を実施している拠点病院の割合

データ源：拠点病院現況報告

指標：
- 対象：拠点病院
- 算出法：国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入していると答えた拠点病院の割合

2014年：16.9%

備考：国の標準プログラムに基づく研修を修了したピアサポーターによる相談支援を導入している、に対し、「はい」と回答した施設（69施設/409施設）

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

C2

指標名：がん対策情報センターで情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数 （拠点病院の診療実績）

データ源：国立がん研究センターがん対策情報センター

指標：
- 対象：がん対策情報センター
- 算出法：がん対策情報センターにて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目数

2015年：92 項目

備考：がん情報サービス>がん診療連携拠点病院などを探すで公開している様式4（全般項目）の「(12)患者数・診療件数の状況」の項目数（2015年5月8日時点）

C3b

指標名：拠点病院の治療実績数を情報提供されている希少がんの数 （希少がんの情報提供）

データ源：国立がん研究センターがん対策情報センター

指標：
- 対象：がん情報サービス
- 算出法：拠点病院での治療実績数が情報提供されている希少がんの数

2014年：22 がん

備考：調査時点では、希少がんの定義が存在しないため、罹患率の低いがん種をカウントする。
がん情報サービス>がん診療連携拠点病院を探す>がんの種類から探すで表示されている罹患率が低いがん種。脳腫瘍、脊髄腫瘍、目のがん、口腔がん・咽頭がん・鼻のがん、喉頭がん、精巣がん、他の男性のがん（陰茎がんなど）、他の女性のがん（膣がん・外陰がんなど）、縦隔腫瘍（胸腺がんなど）、中皮腫、尿路がん（腎盂がん・尿管がんなど）、副腎腫瘍、小児の脳腫瘍、小児の目のがん、小児の骨と軟部組織のがん、他の小児の固形腫瘍（神経芽腫など）、小児の血液・リンパのがん、十二指腸・小腸がん、GIST、骨と軟部組織（筋肉や脂肪など）のがん、後腹膜・腹膜腫瘍、性腺外胚細胞腫瘍の22がん。

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

C4d

指標名：拠点病院のがん相談支援センターの利用者満足度

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

指標：
- 対象：拠点病院のがん相談支援センターの利用者
- 算出法：センター利用後に、「安心」「満足」「役に立った」の回答をした者の割合

2015年：81.4%（補正値）

備考：患者体験調査の問34aでがん相談支援センターを「利用したことがある」と回答した480名（6267名中:7.7%）から、問34bが無回答であった6名を除外した474名のうち、問34bで「1. とても役に立った」（207）、または「2. やや役に立った」（178）と回答した割合。
参考値：相談支援センターを「利用したことはないが、知っている」（3067/6267: 49%）

C5	指標名：	拠点病院の初発がん患者のうち必要な治療等の情報が得られた者の割合 （治療中に必要な情報）		
	データ源：	がん患者アンケート（患者体験調査）		2015年
	指標：	対象： 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）	算出法： 「必要な治療・副作用・合併症とその対処に関する情報が十分得られた」と回答した患者の割合	87.4% （補正値）
	備考：	患者体験調査において、問13「最初の治療をうけて退院する前に、生活上の留意点について（食事の摂取方法や禁止事項の有無、注意すべき症状など）入院していた医療機関から情報を得られましたか？」という問いに対し、1.十分得られた、または2.ある程度得られたと回答した割合を算出。 6729名より無回答179名と「9.入院・退院無し/わからない」281名を除外。「1. 十分得られた」（3007）、「2. ある程度得られた」（2455）と回答。今回の調査対象は2012年診断の患者であり、治療開始後1年という条件は分母に適用していない。		
C6	指標名：	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		
	データ源：	がん患者アンケート（患者体験調査）		2015年
	指標：	対象： 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）	算出法： 「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	89.6% （補正値）
	備考：	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みます。）」という問いに対し、「1. 十分提供した」、または「2. ある程度提供した」と回答した割合を算出。回答がん患者6729名より本問への無回答200名と「9.情報を欲しいと思わなかった」66名を除外。「1. 十分提供した」（3464）、「2. ある程度提供した」（2289）との回答を合算視して集計。		

3. がん登録

4. がんの予防

（1） たばこ対策

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成22(2010)年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

予1

指標名： 成人喫煙率

データ源： 国民健康・栄養調査

指標	2010年	2013年
対象：満20歳以上の成人 算出法：現在習慣的に喫煙している者（これまでにたばこを習慣的に吸っていた者）のうち、この1か月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した者	19.5% 男性 32.2% 女性 8.4%	19.3% 男性 32.2% 女性 8.2%

備考： 平成24年7月の健康日本21（第2次）は、平成34年までに12%以下とすることを目標としている。調査対象者のより多い平成25年度国民生活基礎調査の結果をみると、成人喫煙率21.6%（男性33.7%、女性10.7%）であり、現在習慣的に喫煙している者（20歳以上）のうち禁煙希望者の割合は、24.6%（男性23.4%、女性28.6%）と平成23年度の調査と比較して減少している。自己申告のため過小評価の可能性がある。

予2

指標名： 未成年者の喫煙率

データ源： 未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究

指標	2010年	2012年
対象：中学校、高等学校の生徒 算出法：「この30日に1日でも喫煙経験がある者」及び「毎日喫煙している者」	中学男子 3.2% 中学女子 1.8% 高校男子 10.6% 高校女子 4.9%	中学男子 2.9% 中学女子 1.7% 高校男子 5.9% 高校女子 3.6%

備考： 健康日本21（第2次）は、平成34年までに0%とすることを目標としている。平成22年の内閣府が実施した「第4回非行原因に関する総合的研究調査」の結果をみると、「たばこを吸ったことがある」と答えた割合は、一般少年中学生4.8%、高校生13.3%であったのに対し、非行少年では中学生69.6%、高校生73.5%と、対象集団の特性により大きな違いがある点に留意する必要がある。また質問紙による調査であり自己申告のため過小評価の可能性がある。

さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34（2022）年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34（2022）年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

予3

指標名： 受動喫煙の機会を有する者の割合

データ源： 国民健康・栄養調査

指標	2011年	2013年
対象：満20歳以上の成人 算出法：現在喫煙者以外の者が「この1か月間に自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会があったか」という質問に対して「ほぼ毎日、週に数回程度、週に1回程度、月に1回程度」と回答した者	行政機関 7.0% 医療機関 5.9% 家庭 9.3% 飲食店 45.1%	行政機関 9.7% 医療機関 6.5% 家庭 9.3% 飲食店 46.8%

備考： 健康日本21（第2次）は、平成34年までに行政機関・医療機関0%、家庭3%、飲食店15%とすることが目標とされている。自己申告のため過小評価の可能性がある。

予4

指標名： 受動喫煙の無い職場の割合

データ源： 労働安全衛生調査

指標	2011年	2013年
対象：全国の全ての業種を含む事業所 算出法：受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場	64.0%*	65.5%

備考： 平成22年6月には「新成長戦略」として平成32年までに受動喫煙のない職場の実現が目標として掲げられた。事業所規模や業種によってばらつきがある。
*平成23年度値は、職場における受動喫煙防止対策に係る調査より引用。

（2） 感染症に起因するがんへの対策の現状

感染に起因するがんへの対策のうち、HPVについては、子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。HTLV-1については、感染症予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

予5

指標名： B型・C型肝炎ウイルス感染（キャリア）率

データ源： 肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究

指標	*2010～2012年、**2008～2010年
対象：全国民 算出法：B型・C型肝炎ウイルス感染者	HBV 0.2% HCV 16-19歳 0.13% HCV 20-29歳 0.21% HCV 30-39歳 0.77% HCV 40-49歳 1.28% HCV 50-59歳 1.80% HCV 60-69歳 3.38% 無症候性キャリア2.8 - 3.2万人

備考： 感染率は、初回献血者を対象とした調査であり、HBs抗原陽性者、肝炎患者、手術や輸血歴がある者はあらかじめ献血対象者から除外されるためHBs抗原陽性率がやや低く算出される可能性がある。無症候性キャリアは、診療報酬記録からの推計値であり、調査対象患者が64歳以下となっている。現在、肝硬変や肝がんの患者は65歳以上の年齢層に多いため、過小評価の可能性がある。

予6

指標名： B型・C型肝炎ウイルス抗体検査率

データ源： 平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業

指標	2011年
対象：満20歳以上の成人（20～79歳） 算出法：肝炎検査を受検した者	HBV受検率 57.4%（推定） HCV受検率 48.0%（推定）

備考： HBV（B型肝炎ウイルス検査受検率）、HBV（B型肝炎ウイルス検査受検率）を指す。手術前や検査等から肝炎ウイルス検査を受けたと推定されるが、検査を受けたことを認識していない者が多数存在する。ここで示した値は、手術等で検査を受けたと推定される者を合わせた割合である。毎年定期的に受検するものと考えていた者が約2割う、感染する危険性のある行為がない場合は、短い期間で再検査を行う必要がないことも周知する必要がある。

予7

指標名： ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率

データ源： 厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野新型インフルエンザ等新興・再興感 染症研究「本邦におけるHTLV-

指標	2006年-2007年
対象：全国民 算出法：ヒトT細胞白血病ウイルス1（HTLV-1）に感染している者	約108 万人（推定） （男性0.66%、女性1.02%）

備考： 初回献血者を対象として調査結果のため、HTLV-1関連疾患患者が家族にいる場合や自身がHTLV-1キャリアである場合は献血を行わないこと、献血を行う人は元来健康であるヒトが多い傾向にあること等から、過小評価の可能性がある。HTLV-1キャリア数のピークは平成10年の調査では50代であったのに対し、平成18～19年の調査では70代に移行しており、ATLの発症患者の高齢化の一因となっていると考えられる。

（3） 生活習慣改善に関する進捗管理指標

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

予8

指標名： ハイリスク飲酒者の割合

データ源： 国民健康・栄養調査

指標： 対象：満20歳以上の成人
算出法：1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者

2010年	2012年
男性15.3%	男性14.7%
女性7.5%	女性7.6%

備考： 自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21（第2次）の目標は、平成34年までに男性13%、女性6.4%以下とすることとされている。ハイリスク飲酒者は年代によって違いがあり、各年代別にハイリスク飲酒者の割合の低減が達成できているかを評価していく必要があると考えられる。なお、平成25年国民健康栄養調査の結果によると、生活習慣病のリスクを高める男性の飲酒量（清酒換算で2合以上）を正しく知っている者の割合は、男性29.3%、女性24.9%であり、生活習慣病のリスクを高める女性の飲酒量（清酒換算で1合以上）を正しく知っている者の割合は、男性24.5%、女性27.4%であった。

予9

指標名： 運動習慣のある者の割合

データ源： 国民健康・栄養調査

指標： 対象：満20歳以上の成人
算出法：運動の実施頻度として週2日以上、持続時間として1回30分以上、継続期間として1年以上の運動習慣があると回答した者

2010年	2013年
<20～64歳>	<20～64歳>
男性 26.3%	男性 22.3%
女性 22.9%	女性 19.4%
<65歳以上>	<65歳以上>
男性 47.6%	男性 47.6%
女性 37.6%	女性 37.8%

備考： 自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21（第2次）の目標は、平成34年までに20～64歳男性36%、女性33%、65歳以上男性47.4%、女性36.2%とすること。平成25年の運動習慣のある者の割合は、男性全体で33.8%、女性全体で27.2%。運動習慣のある者は、年代によって異なる点に留意が必要である。

予10

指標名： 野菜と果物の摂取量

データ源： 国民健康・栄養調査

指標： 対象：満20歳以上の成人
算出法：「1人1日当たりに摂取している野菜（緑黄色野菜以外も含む）の量」及び「1日当たりに摂取している果物の量」が100g未満の者

2010年	2013年
281.7g 野菜摂取量	283.1g 野菜摂取量
61.4% 果物摂取量 100g未満の者	56.4% 果物摂取量 100g未満の者

備考： 自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21（第2次）の目標は、平成34年までに野菜摂取量が350g、果物摂取量100g未満の者を30%以下とすること。野菜・果物摂取量は、年代によって異なる点に留意が必要である。

予11

指標名： 食塩摂取量

データ源： 国民健康・栄養調査

指標： 対象：満20歳以上の成人
算出法：1人1日当たりに摂取した食塩の量

2010年	2013年
10.6g	10.2g
男性 11.4g	男性 11.1g
女性 9.8g	女性 9.4g

備考： 自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21（第2次）の目標は、平成34年までに8gとすること。野菜摂取量・果物摂取量と同じく、世帯における摂取量を調査しているため世帯員の摂取量をどれほど正確にとらえているか疑問が残る。食塩摂取量は、男女とも50歳代や60歳代で高い傾向にあり（国民健康栄養調査、平成22）、年齢構成の変化の影響を受けやすいため、年齢階級別の変化も合わせて検討する必要がある。

予12

指標名： 適正体重を維持している者の割合

データ源： 国民健康・栄養調査

指標： 対象：20～60歳男性、40～60歳女性（肥満者）
20歳代女性（やせ）
算出法：肥満者：「BMI値25以上の者」
やせ：「BMI18.5未満の者」

2010年	2013年
<肥満者>	<肥満者>
男性 31.2%	男性 29.0%
女性 22.2%	女性 19.6%
<やせ>	<やせ>
女性 24.4%	女性 21.5%

備考： 自己申告のため過小評価の可能性がある。健康日本21（第2次）の目標は、平成34年までに肥満者男性28%、女性19%、やせ女性20%とすること。

5. がんの早期発見

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

早1a

指標名：市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況：指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合

データ源：厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

指標		H21年度実施状況	H24年度実施状況
対象：全国の市区町村	算出法：指針以外のがん腫の検診を実施している市区町村	69.4%	77.3%

備考：がん検診は診療とは異なり、健康な人を対象としていることからがん検診による早期発見・早期治療による死亡リスクの減少といった利益の他に偽陽性、偽陰性、偶発症等の不利益についても考慮する必要がある。指針はこの科学的根拠と利益不利益に基づいて検診を選定しており、基づいていない検診についてはその可否に疑問がある。詳細は個別指標

早1b

指標名：市区町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施状況：指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合

データ源：厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

指標		H21年度実施状況	H24年度実施状況
対象：全国の市区町村	算出法：指針に基づくがん検診を実施している市区町村	胃がんX線 99.2% 肺がんX線 97.2% 肺がん喀痰 86.9% 大腸便潜血 99.6% 乳がんX線 98.1% 頸がん細胞診94.2%	胃がんX線 99.1% 肺がんX線 96.0% 肺がん喀痰 85.8% 大腸便潜血 99.9% 乳がんX線 99.0% 頸がん細胞診90.8%

備考：厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されているがん検診の実施率。頸がん検診(子宮頸がん検診)は、細胞診(従来法)の割合を示す。

早2

指標名：市区町村におけるがん検診の精度管理：「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合（技術的・体制的指標）

データ源：厚生労働科学研究の研究班の調査結果

指標		H22年度	H26年度
対象：全国の市区町村	算出法：「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村	胃がん 66.5% 肺がん 65.6% 大腸がん 66.6% 乳がん 63.5% 子宮頸がん 63.1%	胃がん 71.8% 肺がん 71.9% 大腸がん 71.3% 乳がん 69.7% 子宮頸がん 67.8%

備考：ここでは、事業評価のためのチェックリストの総合実施割合を示す。総合実施割合には、、Q1—3の回答は含まれない。データ源は、厚生労働科学研究の研究班の調査結果「市区町村におけるがん検診チェックリスト（厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会、平成20年）の使用に関する実態調査結果報告」。受診者数、要精検率、発見率、陽性反応適中度については、「性・年齢階級別」「検診機関別」「受診歴別」に集計している市区町村は年々増加傾向にあった。平成26年の調査結果では、要精検率、精検受診率について「性・年齢階級別」に集計している市区町村は、約7割、発見率を「性・年齢階級別」に集計している市区町村は約6割であった。

早3

指標名：市区町村におけるがん検診の精度管理：精検受診率、精検未把握率、精検未受診率、精検未受診・未把握率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度（がん検診のプロセス指標）

データ源：国民健康・栄養調査

指標		H24年度実績
対象：全国の市区町村で実施される指針に基づくがん検診	算出法： ● 精検受診率 ＝精検受診者数/要精検者×100 ＝(要精検者−未把握者−未受診者)/要精検者×100 ● 未把握率 ＝精検未把握者数/要精検者数×100 ● 精検未受診率 ＝精検未受診者数/要精検者数×100 ● 精検未受診率・未把握率 ＝(未把握者＋未受診者)/要精検者数×100 ● がん発見率 ＝(精密検査で)がんであった者/受診者数×100 ● 陽性反応適中度 ＝(精密検査で)がんであった者/要精検者数×100	● 精検受診率＝胃79.8%、肺78.6%、大腸64.4%、乳84.6%、子宮頸69.6% ● 未把握率＝胃9.9%、肺12.3%、大腸17.8%、乳9.8%、子宮頸17.8% ● 精検未受診率＝胃10.3%、肺9.1%、大腸17.8%、乳5.6%、子宮頸12.6% ● 精検未受診・未把握率＝胃20.2%、肺21.4%、大腸35.6%、乳15.4%、子宮頸30.4% ● 要精検率＝胃8.1%、肺2.0%、大腸6.2%、乳8.7%、子宮頸2.0% ● がん発見率胃＝0.11%、肺0.04%、大腸0.18%、乳0.32%、子宮頸0.08% ● 陽性反応適中度＝胃1.3%、肺1.9%、大腸3.0%、乳3.7%、子宮頸3.8%

備考：各がん検診に関する事業評価プロセス指標とそれぞれの許容値を達成しているものもある(下線)。市区町村によって達成率にばらつきがある。
平成24年のがん対策推進基本計画に基づき、がん検診の受診率の算定対象年齢40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）で算出された値。

早4

指標名：市区町村のがん検診実施状況：がん検診コールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している市区町村の割合

データ源：国立がん研究センター予防・検診センター調査

指標		2010年	2014年
対象：がん検診を実施している自治体（市区町村）	算出法：コールリコール（個別受診勧奨・再勧奨）を実施している市区町村の割合	胃がん 8.6% 肺がん 8.3% 大腸がん 8.1% 乳がん 8.3% 子宮頸がん 5.0%	胃がん 5.0% 肺がん 5.1% 大腸がん 5.0% 乳がん 4.3% 子宮頸がん 4.7%

備考：2010年と2014年では、質問の仕方に違いがあり、2014年の聞き方の方がより評価が厳しい聞き方となっているため、2010年と2014年の結果を単純比較することはできない。
2010年は、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか？」という問い、及び「勧奨に応じなかった対象者に再度受診勧奨を行っていますか？」という2つの設問のいずれも「行っている」と回答した市区町村の割合。
2014年は、「検診対象者の網羅的な名簿を住民台帳に基づいて作成していますか？」、「検診対象者に均等に受診勧奨を行っていますか？」、「受診勧奨に応じなかった対象者全員へ、年度内に再度の受診勧奨を個人別に行っていますか？」の3つの設問全てに「行っている」と回答した市区町村の割合。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ず見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

早5

指標名：がん検診受診率

データ源：国民生活基礎調査

指標		H22年度	H25年度
対象：40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）の国民	算出法：がん検診を受検した者	胃がん男性 36.6% 胃がん女性 28.3% 肺がん男性 26.4% 肺がん女性 23.0% 大腸がん男性 28.1% 大腸がん女性 23.9% 乳がん 30.6% 子宮頸がん 28.7%	胃がん男性 45.8% 胃がん女性 33.8% 肺がん男性 47.5% 肺がん女性 37.4% 大腸がん男性 41.4% 大腸がん女性 34.5% 乳がん 34.2% 子宮頸がん 32.7%

備考：平成25年度の調査結果を見るといずれのがん検診の受診率も増加している。しかしながら、平成22年までの調査では「あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください」といった一括してがん検診の受診の有無を問う質問形式であったのに対し、平成25年度の調査では5つのがん検診別に個々のがん検診の受診を問う形式へと変更されており、回答の記載漏れが減った可能性がある。さらに、平成22年度までの調査では健康票は密封されたものを調査員が回収していたのに対し、平成25年度の調査では高齢者を中心に未記入等による不詳が徐々に増えてきていることから適切な調査票の記入を促すため非密封回収となった。これらの変更点が平成25年度の調査の結果に影響を与えている可能性がある。

6. がん研究

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

B13a 指標名： がんの第Ⅰ相およびⅢ相臨床試験の実施数

B14b 指標名： 審査された臨床試験の数 （拠点病院）

B16 指標名： 医師・研究者主導臨床試験の質

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のがんゲノム解析を推進する。

B14e

指標名： バイオバンクの活動

データ源： 研究費配分組織が収集する業績資料

指標：

対象：	算出法：	2015年
国内の主体が運営あるいは参加するがん関連のバイオバンク	我が国から収集された検体提出者の延べ人数、利用論文数	＜Biobank Japan ＞ 症例数：血液53,513 論文：42本 ＜National Center Biobank Network ＞ 症例数：血液27,743、病理組織17,577 論文：181本 ＜東北メディカルメガバンク＞ 症例数：血液73,500 論文：0本

備考：
我が国において中心となるバイオバンクである、ナショナルセンターバイオバンクネットワーク（National Center Biobank Network, NCBN）、バイオバンクジャパン(Biobank Japan, BBJ)、東北メディカルメガバンク(東北MMB)を対象として指標を算出した。各バイオバンク試料は相互に異なる性質と意義（目的）を有しているため、バイオバンクごとに検体及び利用英語論文数について記載する。論文数は、バイオバンクの試料を使ったがんに関する論文で、専門の英文雑誌に掲載された論文を対象に集計した。
- BBJの第2コホートの12,204名は、DNAのみの収集。
- NCCの27,743症例において、血漿110,214本、DNA54,392本、RNA用lysate27,292本が保管されている。
- 東北メガバンクは、平成23年に立ち上げられ、平成28年までに15万人を目標として試料と情報収集を行っている。

7. 小児がん

小児がん拠点病院(仮称)を指定し、専門家による集学的医療の提供(緩和ケアを含む)、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに携わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

A39a

指標名: 小児がん患者と家族のための宿泊施設を整備している施設の割合

データ源: 拠点病院への調査 (院内がん登録を組み合わせ)

指標:	対象:	算出法:	2014年
	小児がん診療を行っているがん拠点病院、または小児がん拠点病院	病児と家族のための宿泊施設を整備している施設の割合	18.6%

備考: 対象: 2012年院内がん登録データ提出した397のがん診療連携拠点病院のうち、6歳以上16歳未満の小児に対し初回治療を1名にでも実施した施設193施設に加え、都道府県がん診療連携拠点病院または地域がん診療連携拠点病院ではない小児がん拠点病院6施設で合計199施設。
小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内に整備している施設は9.5% (19施設/199施設)。
小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内または院外に整備している施設は18.6% (37施設/199施設)。

A40

指標名: 小児がん患者の初回治療集積割合 (医療の集約化)

データ源: 院内がん登録+小児がん拠点病院の現況報告

指標:	対象:	算出法:	2012年
	拠点病院を受診し初回治療を開始した小児がん患者サンプル	小児がん新規患者のうち、小児がんを年間50例以上診ている施設で初回治療を受けた割合	22.9%

備考: 平成24年度院内がん登録症例のうち、0~18歳までの小児がん患者で初回治療に関する決定・施行がなされた患者(ただし、他施設で診断確定され自施設で初回治療方針に関する決定・施行がなされた患者を含む)のうち、小児がん新規患者を年間50例以上診ている施設で初回治療を受けた者の割合。通常のがん診療連携拠点病院ではなく、小児がん拠点病院となっている施設のデータは、現況報告から集計。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

A39

指標名: 院内学級制度がある施設の割合 (小児がん患者の教育と自立)

データ源: 院内がん登録+拠点病院現況報告

指標:	対象:	算出法:	2014年
	義務教育対象年齢の小児がん患者が初回治療を受けた拠点病院	院内学級体制がある施設の割合	43.0%

備考: 院内学級とは院内に設置された小・中学特別支援学級、特別支援学校を指す
2012年院内がん登録データ提出397施設のうち、6歳以上16歳未満の小児に対し、初回治療を1名でも実施した施設193施設のうち、院内学級を開催している、という問いに対し、「はい」と回答した施設(83施設/193施設)。

A40a

指標名: 小児がん患者への外来化学療法実施件数

データ源: 拠点病院現況報告

指標:	対象:	算出法:	2012年
	がん診療連携拠点病院	小児がん患者に外来化学療法(点滴抗がん剤のみ)を実施した延べ件数	外来化学療法加算1(A) 124,146 件 外来化学療法加算1(B) 36,976 件

備考: 外来化学療法加算1(A)15歳未満を取得している病院が、255施設であった。また、外来化学療法加算1(B)15歳未満を取得している病院は242施設であった。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

A40c

指標名: 小児がん患者の長期フォローアップ外来を開設している施設の割合

データ源: 対象病院への研究班調査+拠点病院現況報告

指標:	対象:	算出法:	2014年
	日本小児血液・がん専門医研修施設	長期フォローアップ外来を開設している施設の割合	75.3%

備考: 2012年08月23日の時点で日本小児血液・がん専門医研修施設の認定を受けていた89施設へ研究班から調査。「小児固形腫瘍患者に対して、二次がん、晩期合併症、妊孕性などに対応するため、貴院では他科(院外でも良い)との連携がとれた長期フォローアップ外来を開設していますか?」という問いに「はい」と回答した施設の割合(67施設/89施設)。

8. がんの教育・普及啓発

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

C7

指標名: 小中学校でのがん教育実施率 （こどもの学校でのがん教育）

データ源: 学校へのアンケート（新データ）

指標: 対象:
全国の小・中・高校

算出法:
「授業時間内でがんを題材にした教育（講演を含む）」を年に1回以上実施した教育機関の割合

今回は測定困難

備考: 教育の内容・質も担保できるように質問の仕方を再考慮する必要がある。

C11a

指標名: 拠点病院のがん患者の臨床試験の認知度

データ源: がん患者アンケート（患者体験調査）

指標: 対象:
がん患者

算出法:
臨床試験に関して、「よく知っている」と答えた患者の割合

2015年
8.5%
（補正値）

備考: 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」と回答した患者の割合を算出。無回答は分母より除外。
回答6729名より無回答553名を除外、531名が「1. よく知っている」、2103名が「2. ある程度知っている」と回答。世論調査と大きく異なることに注意。詳細は個別指標の解説参照。

C12

指標名: 小学6年生のうち「早期発見・治療で治るがんがある」と回答した者の割合 （がん検診）

データ源: 小学生、中学生へのアンケート調査（新データ）

指標: 対象:
全国小学6年生のサンプル（必要に応じて中2も検討）

算出法:
「早く見つければ治るがんがある」と答えた者の割合

今回は測定困難

備考: 早く見つければ治るがんがある＝正解です。

C13

指標名: 学校でならったがんについて家庭で話したことがある小学6年生の割合 （がんに対する意識の変化）

データ源: 小学校6年生へのアンケート調査 （新データ）

指標: 対象:
全国小学校6年生サンプル

算出法:
家庭で学校でならったがんの知識について話したことがある者の割合

今回は測定困難

備考: 6年生であれば、一定の知識があり、かつ、率直に回答をすると想定

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

C10e

指標名: 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）

データ源: がん患者アンケート（患者体験調査）

指標: 対象:
がん患者

算出法:
「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

2015年
10.6%
（補正値）

備考: 患者体験調査において、問1で記入者が「1. 患者本人」と回答した5234名のうち、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、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合を算出。5234名のうち、無回答146名は分母より除外。「1. よく感じる」(95)、「2. ときどき感じる」(479)と回答した割合を算出。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

C14

指標名：がん休職後の復職率 （復職）

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

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

2015年：84.5%（補正値）

備考：患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていたと回答したと回答した患者3002名のうち、問27無回答の54名を除外。問27で「2. 現在まで継続して休んでいる」(68)、「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」(1904)、または「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)と回答した2248名を対象とした。「3. 一定期間休み、その後、一度は復職・復帰した」と回答した割合を算出。

C15

指標名：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

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

指標：
- 対象：がんで退職した人のサンプル（休職後、退職を含む）
- 算出法：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

2015年：47.2%（補正値）

備考：患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていたと回答した患者3002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」(253)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」(240)と回答した493名を調査の対象とした。「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」と回答した割合を算出。粗解析地は51%であった。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

C16

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

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

指標：
- 対象：がん患者
- 算出法：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

2015年：0.68%（補正値）

備考：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？」という問いに対し、「1.ある」と回答し、且つ問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？」で「2.公的医療保険内の治療」と回答した患者の割合を算出。無回答患者は分母より除外。
6729名のうち、問20で無回答であった123名を除外。問21で51名が「2. 公的医療保険内の治療」と回答。粗解析値は0.77%。

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。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

C19

指標名：時短勤務、在宅勤務制度等がん治療と就労の両立を支援している中小企業の割合 （企業による就労支援体制）

データ源：企業アンケート調査 （新データ） 商工会などに問い合わせ

指標：
- 対象：中小企業
- 算出法：休業補償／傷病手当制度とは別に個別相談、時短勤務、在宅勤務制度などの制度を設け、がん治療と就労の両立を支援している企業の割合

今回は測定困難

備考：休業補償制度、在宅勤務制度、疾病による休職制度などの有無を問う→特別にがんに特化した制度には限定しない。がん労災は除く。

C19a

指標名：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）

データ源：がん患者アンケート（患者体験調査）

指標：
- 対象：がん患者（がんになったときに就労していた者）
- 算出法：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

2015年：68.3%（補正値）

備考：患者体験調査において、問24でがんと診断された時、収入のある仕事をしていたと回答した患者3002名の内、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？」という問いに対し、1.そう思う、または2.ややそう思うと回答した患者の割合を算出。「1. そう思う」(1457)、「2. ややそう思う」(495)と回答。

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

- 全17 指標名：家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること（家族の支援）
- 全18a 指標名：がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること（家族からの孤立）
- 全18b 指標名：がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること （社会からの孤立）
- 全18c 指標名：がん患者自身が主体的にがんと向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること （職場での孤立）
- C19a 指標名：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）

がん医療における緩和ケアに関する医療者調査　結果報告書

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業）
「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」班

研究代表者
国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部　加藤雅志

研究分担者
聖隷三方原病院 緩和支持治療科　森田達也
神戸大学大学院医学系研究科 内科系講座・先端緩和医療学分野・緩和医療学　木澤義之
東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野・緩和ケア看護学　宮下光令
国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部　中澤葉宇子

I. 調査結果要旨

本調査は、がん対策の緩和ケアに係る施策の目標達成状況を把握することを目的として、全国の医師・看護師を対象に平成27年1-3月に質問紙調査票を用いた調査を実施した。調査項目は【緩和ケアの知識・困難感】【緩和ケアの変化】である。調査の結果、医師4814名，看護師3850名から回答を得た。

本調査によって、主に以下のことが明らかになった。

- 2008年と比較して医療者の緩和ケアに関する知識は向上した。特に、緩和ケアの理念については医療者内に十分に浸透していた。
- 2008年と比較して医療者の緩和ケアを提供する際に感じる困難感が改善した。特に、専門家の支援は得やすくなったと感じており、拠点病院で顕著であった。
- 拠点病院の医療者は、拠点病院制度とそれに関連した体制が機能していると感じていた。
- 拠点病院と他の施設（拠点病院以外の病院，診療所，訪問看護ステーション）を比較すると、拠点病院の方が緩和ケアに関する知識が高く、困難感が低かった。特に、拠点病院以外の施設では、専門家の支援は得難いと感じていた。
- 他の領域に比べて、地域連携については変化を感じている医療者が全体的に少なく、取り組みが遅れていることが考えられた。

拠点病院については、拠点病院制度に関連した体制は機能しており、特に専門家サービスの充実については一定の目標が達成されたと考えられる。しかしながら、拠点病院以外の病院や診療所、訪問看護ステーションには、その機能が十分に知られていないことが考えられる。今後は、地域単位で専門家サービスへのアクセスを充実することなど、地域の特性に適した地域連携を促進するためのシステムの整備が課題である。

II. 背景

がん対策推進基本計画（以下、基本計画）では、重点課題として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施（第1期：2007-12年）」「がんと診断された時からの緩和ケアの推進（第2期：2012-17年）」が定められ、全てのがん患者とその家族の苦痛軽減と療養生活の質を向上することを目的として緩和ケアに関する様々な施策が実施された。代表的な施策としては、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）の整備指針改定による緩和ケアチームの整備、がん医療に携わる医師に関する研修の実施、一般国民への普及啓発活

動等が挙げられる。しかしながら、これまで実施・推進された緩和ケアの施策が、臨床現場をどのように変化させ、実際にどのように緩和ケアが提供されるようになったのかが十分に検証されていない。

第2期基本計画では、「目標達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定」が目標に掲げられ、2015年に中間評価が行われることを踏まえ、本研究班では、患者・家族・医療従事者等の質的調査結果をもとに、全国の医療従事者からみた緩和ケアの変化について量的調査を実施した。本報告書では、調査によって明らかになった緩和ケアの変化と、緩和ケアの施策に係る問題点や課題を報告する。

III. 方法

1. 調査方法

本調査は、郵送による匿名自記式質問紙調査票を用いた横断調査と、先行研究「がん医療における緩和ケアに関する意識調査（日本医師会2008）」、「緩和ケア普及のための地域介入プロジェクト（OPTIM）研究の介入前調査結果（2008）」との前後比較調査である。

2. 調査期間

2015年1月～3月

3. 対象者と対象の抽出方法

1) 病院医師：11,000名（拠点病院30，拠点以外の病院302）
対象施設に所属する全医師とした。対象施設は、市区町村を都市規模と高齢化率で8区分し、全国病院リストを用いて各区分の対象施設数に応じた層別比例割当で無作為抽出した。

2) 診療所医師：3,000名
日本医師会の会員名簿より、診療所に勤務する70歳未満の医師3,000名を無作為抽出した。

3) 病院看護師：8,000名（拠点病院30，拠点以外の病院22）
対象施設に1年以上勤務する常勤看護師かつ、がん診療に携わる看護師とし、対象施設は病院医師同様に抽出した。

4) 訪問看護ステーション看護師：1000名（250施設）
対象施設に所属する常勤看護師とした。対象施設は病院医師同様に抽出した。

4. 調査項目

調査項目は、質的研究で抽出された17カテゴリーから【緩和ケアの変化】と【緩和ケアに関する施策の有用性】に関する代表的な内容を項目化し、研究班メンバー間で検討のうえ調査項目を決定した。また、先行研究結果との比較のため、医師調査では【緩和ケアに関する知識】【緩和ケアに関する困難感】等を調査項目に含めた。看護師調査では【緩和ケアに関する知識】【緩和ケアに関する態度】【緩和ケアに関する困難感】を調査項目に含めた。

5. 倫理的配慮

本調査は、国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 回答数

調査の結果、表1のとおり回答を得た。

2. 調査結果

1) 前後比較調査 医師

2008 年に実施した調査と比較した結果、医師の緩和ケアに関する知識は上昇していた。正答割合は「拠点病院」、「拠点病院以外の病院」、「診療所」の順に高かった。

緩和ケアを提供するうえでの支障について、知識や技術が十分だと考えている医師は２～４割程度に留まっており、大きな変化はなかった。一方で、専門家の支援は得られやすくなったと考えている医師は増えており、拠点病院でより顕著であった。

2) 前後比較調査　看護師

2008 年に実施した調査と比較した結果、看護師の疼痛管理の知識をはじめとする緩和ケアに関する知識は上昇していた。とくに、拠点病院の看護師の変化が、拠点病院以外の病院、訪問看護ステーションの看護師よりも大きく、正答割合も高かった。

緩和ケアを提供するうえでの困難感は、各領域で減少していた。拠点病院では全体的に他の施設よりも困難感は少なく、特に専門家からの支援が得やすくなったという変化が目立った。一方で、訪問看護ステーションでは専門家からの支援や医療者間のコミュニケーションについて、他の施設に比べて困難を強く感じていた。

3) 横断調査　医師

緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の医師の多くは、相談支援センター、緩和ケアチーム、緩和ケア研修会などの拠点病院制度に関連した体制が機能していると感じていた。一方で、拠点病院の医師に比して、拠点病院以外の病院や診療所の医師は、体制が機能していると感じている者は少なかった。

医師が考える３年間の自身の変化では、診断時からの苦痛への対応の意識、専門家や多職種との連携が増えたと考えている医師が多かった。また、患者・家族の希望の確認や医療用麻薬の使用については、以前から行っていた医師も多かったが、増えたと考えている医師も多かった。これらの変化を感じている医師は、がん診療を行っている医師の方がより多かった。一方で、他の項目に比して、在宅移行を含めた地域連携については、変化を感じている医師は少なかった。

4) 横断調査　看護師

緩和ケアに関連する体制について、拠点病院の看護師では、認定看護師・専門看護師、緩和ケアチーム、相談支援センターなど、がん拠点病院に配置が定められている項目について機能していると感じている者が多かった。一方で、拠点病院の看護師に比して、拠点病院以外の病院や訪問看護ステーションの看護師の多くは、拠点病院制度をはじめとして、多くの体制が機能しているとは感じていなかった。

看護師が考える３年間の自身の変化では、緩和ケアの意識、疼痛等の症状の対応、患者・家族の希望の確認、多職種との連携、退院後の生活の意識など、各項目で変化を感じている看護師が多かった。特に、拠点病院、訪問看護ステーションで、変化を感じている看護師が多かった。一方、地域の医療者との関係構築や多職種・多施設で集まる機会など、直接的な地域連携に関連する項目は、他の項目に比して変化を感じている看護師は少なかった。

表 1. 調査票回答数

		拠点病院	拠点以外の病院	診療所	合計
医師	配布数	6,383	4,876	2,995	14,254
	回答数（回答率）	1,832（29%）	1,468（30%）	1,514（51%）	4,814（34%）
看護師	配布数	6,981	941	955	8,877
	回答数（回答率）	3,018（43%）	306（33%）	526（55%）	3,850（43%）

V. 考察

質的調査結果と量的調査結果を踏まえ、以下考察する。

《A. 社会全体への緩和ケアの浸透，E. 患者・家族の緩和ケアに対する認識の変化》

1) 変化

がん診療に携わる医療者では、患者・家族から緩和ケアについて聞かれることが増えたと感じている人が約 6 割いることが明らかになった。また、がん対策に関する世論調査においても、平成 25 年と 26 年の比較では、緩和ケアの認知度が上がっていることが認められており、「緩和ケア」という言葉の社会全体への普及が進んでいることが考えられる。変化の理由には、拠点病院制度による緩和ケアチームの増加や緩和ケア外来の設置、緩和ケア病棟の増加、普及啓発活動や市民公開講座、院内掲示物による広報やパンフレット等の配布と併せて、インターネットやマスメディア等による緩和ケアに関する情報発信や緩和ケア利用者の増加に伴う患者・家族間の情報共有が影響していることが考えられる。

2) 課題

社会全体に「緩和ケア」という言葉の普及が認められている一方で、緩和ケアの定義が人によって異なることが指摘されている。特に「診断時からの緩和ケア」については、明確な定義付けをした上で、医療者内の意識統一を図ることや、一般国民に対しては、義務教育段階からのがん教育等を活用した長期的観点で普及啓発を進めていく必要がある。

《B. 緩和ケアに関する情報を得る機会の増加》

1) 変化

拠点病院制度による院内掲示物やパンフレット等の広報、相談支援センターの情報提供、院内の患者教育活動、インターネットやマスメディア等による情報発信、がん患者の増加によって、患者・家族・一般市民が緩和ケアに関して情報を得る機会が増加している。また、製薬会社主催の勉強会や医療者同士の会話を通して、医療者の緩和ケアに関する情報を得る機会も増加している。

2) 課題

がん患者の社会的問題に関する情報や、生活支援関連の情報を集約し、患者・家族が情報を得やすくすることが今後の課題である。

《C. 緩和ケアに関する医療従事者の教育機会の増加》

1) 変化

拠点病院の医療者では、約 6 割が緩和ケアに関する研修実施体制が機能していると認識しており、緩和ケアに関する医療者の教育機会は増加している。変化の理由には、拠点病院を中心に実施されてきたがん診療に携わる医師を対象とする緩和ケアの基礎研修や、がんプロフェッショナル養成プランの取り組みに併せて、看護部門の自主的な研修機会の増加や医療者個人の緩和ケアへの関心の高まりがあることが考えられる。

2) 課題

医療者の教育機会は増加している一方で、教育機会には地域格差や施設格差があることや、医師の卒前教育で患者に寄り添う医療モデルが教育されていないこと、緩和ケア専門医が持つべき専門的技術が不明確であることなどが課題である。緩和ケアの基礎教育の機会については、長期的な観点を持って効率的かつ継続的に提供していくことや、医師の卒前教育には、がん患者の生活を共に考え、再発や亡くなる過程に寄り添える姿勢をもった医療者を育成するためのプログラムが必要である。緩和ケア専門医が持つべき技術をより明確化するためには、関連学会による専門医制度に加えて、大学講座の増設が必須である。緩和ケアセンターの教育研修機能と関連学会や大学講座の連携等によって、緩和ケアが専門分野として発展できる体制を整えることが必要である。

《D. 医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化，I. 医療従事者の緩和ケアに取り組む姿勢の変化》

1)　変化

拠点病院の医療者では、約 7 割が緩和ケアについて意識するようになった、約 8 割が患者の苦痛に診断時から対応することを意識するようになったと感じていた。また、2008 年と比較して医療者の緩和ケアに関する知識の向上が認められており、特に、「緩和ケアの理念」についての浸透は、一定の目標が達成されたと考えられる。変化の理由には、拠点病院制度によるがん医療全体の進歩、緩和ケア研修会等の研修機会の増加、緩和ケアチーム等の専門部門の確立や活動実績に併せて、他の医療者の診療の変化や医療者自身の診療経験・実績等が影響していることが考えらえる。

2)　課題

医療者の認識の変化や知識の向上が認められている一方で、医療者が提供する緩和ケアに地域格差や施設格差、個人格差があり、医療用麻薬に対する抵抗感や緩和ケア≒終末期というイメージを抱いている医療者もいる。「診断時からの緩和ケア」については、明確な定義付けをした上で、医療者内の意識統一と、継続的な基礎教育機会の提供が必要である。

《F. 緩和ケアに関する医療資源・人的資源の増加》

1)　変化

拠点病院の医療者では、約 8 割が緩和ケアに関する相談相手の増加を感じていることや、約 6 割が緩和ケアチームや相談支援センターが機能していると認識していた。緩和ケアに関する医療資源や人的資源は明らかに増加している。変化の理由には、拠点病院制度による緩和ケアチームの増加、緩和ケア病棟の増加、認定・専門看護師の増加が挙げられる。その背景には、医療者自身の緩和ケアに対する認識の変化が影響していることが考えられる。また、医療資源については、医療用麻薬の剤形や投与方法の増加、化学療法の進歩による副作用対策の発展などが影響していると考えらえる。

2)　課題

医療資源や人的資源には地域格差・施設格差があることや、緩和ケア専門医が少ないこと、患者の療養生活の全過程をサポートできる機能がないために緩和ケアに繋がるタイミングが遅れることが課題となっている。限られた資源を有効に活用するためには、拠点病院の緩和ケアチームや地域内の緩和ケア病棟の専門家にアウトリーチが可能な機能を付加すること、大学講座や関連学会と緩和ケアセンターの教育機能との連携により、緩和ケア病床の実践を通して専門医を恒常的に育成できる体制を整備することが必要である。また、看護師等による患者の治療・療養生活の全過程をサポートする医療サービス機能などの整備も検討の必要がある。

《G. 都道府県内の緩和ケア提供体制の整備，H. 拠点病院の緩和ケア提供体制に整備》

1)　変化

拠点病院の整備が進み、拠点病院では、院内全体で緩和ケアに取り組むようになったことや、院内で統一した方法で疼痛管理が行えるようになったことが明らかになった。また、拠点病院の医療者では、約 7 割が苦痛を和らげるための専門的な治療を行う医療機関が整備されたと認識していた。

2)　課題

拠点病院が整備された一方で、がん患者のカウンセリング体制の整備や緩和ケア外来の整備が不十分であることも明らかになった。特に人的資源が乏しい地域においては、都市部と同様の緩和ケア提供体制を整備することは難しいことが考えられる。今後は、地域の状況に合せて工夫された緩和ケア提供体制が整備できるような幅のある制度についても検討する必要がある。

《J. 緩和ケアの専門家が活動する場の確立，N. 緩和ケアチームの利用の増加》

1)　変化

がん診療に携わる医療者は、2008年と比較して専門家の支援が得やすくなったと感じていた。特に拠点病院の医療者は、約6割が症状緩和で困った時に相談できる専門家がいる、8割以上が苦痛のある患者について緩和ケアチームに相談するようになったと認識していた。変化の理由には拠点病院制度や、認定・専門看護師の増加などが考えられ、その背景には、社会全体の緩和ケアの浸透や医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化が影響していることが考えられる。拠点病院の専門家サービスの充実については、一定の目標が達成されていると考えられる。

2) 課題

緩和ケアチームの役割が医療者に十分認識されていないこと、特に、拠点病院以外の病院や診療所・訪問看護ステーションでは、専門家の相談先を知られていないことが課題である。また、緩和ケアチームが十分に機能していないことも課題である。今後は、地域単位で専門家サービスへのアクセスについて充実を図っていくことが必要である。また、十分に機能できていない緩和ケアチームには、専門家の不足がその要因となっていることも考えられ、地域単位で専門家がアウトリーチできるシステムの構築が必要である。

《K.医療従事者が提供する緩和ケアの変化》

1) 変化

拠点病院の医療者では、約8割ががん疼痛に対して、医療用麻薬を使用するようになったことや医療用麻薬の速放性製剤を用意するようになったと感じており、疼痛管理については、一定の変化があることが認められた。変化の理由には、緩和ケアの基礎教育機会の増加や医学部での卒前教育の充実、緩和ケアチームの活動実績等があり、その背景には、医療者の緩和ケアに対する認識の変化が影響していることが考えられる。

2) 課題

医療者の疼痛管理に変化が認められている一方で、医療用麻薬の使用に施設格差があること、医療用麻薬の服薬指導や患者の悩みや不安に対するサポートが不十分であることも明らかになった。医師だけではなく、看護師・薬剤師・MSW等の多職種が協同し、患者・家族の生活をイメージした支援を行い、より質の高いケアを提供していくことが今後の課題である。

《L.医療従事者のコミュニケーションと意思決定支援の向上》

1) 変化

がん診療に携わる医療者では、約8割が患者・家族の希望を確認するようになった、診断結果や病状に関する患者・家族の認識についても約7割が確認するようになったことが明らかになった。変化の理由には、意思決定支援に対する医療者の認識の変化や、身体的・精神的症状のコントロールが向上したこと、医学部での卒前教育の充実などが考えられる。

2) 課題

コミュニケーションや意思決定支援の向上が認められた一方で、治療抵抗性のある患者に対する療養場の選択や意思決定支援、臨死期にある患者についての家族への説明不足などのコミュニケーションが不十分であることが課題となっている。今後は、看取りの研修プログラムやコミュニケーションスキル研修プログラム等を活用した意思決定支援の充実も必要である。

《M.多職種・多診療科によるチーム医療アプローチの充実》

1) 変化

がん診療に携わる医療者では、約7割が多職種チームでの対応を意識するようになったことが明らかになった。特に拠点病院では、緩和ケアチームの設置により精神科の診療が利用しやすくなったことや、がん患者へのリハビリテーション介入、薬剤師による服薬指導が行われるようになった。変化の理由に

は、拠点病院制度によるキャンサーボードの実施やがん患者へのリハビリテーションの概念の広がり、緩和薬物療法認定薬剤師の育成などが考えられる。

2) 課題

多職種チーム医療が充実してきた一方で、十分に浸透していないことも課題である。医師だけでなく看護師・薬剤師などの多職種が、各職種の専門性を活かして活躍できるような制度の充実が必要である。特に臨床心理士が医療分野で活躍できる体制の整備が必要である。

《O. 患者・家族の相談支援体制の充実》

1) 変化

拠点病院の医療者では、約7割が相談窓口として相談支援センターが機能していると認識していた。がん相談員による相談窓口の設置や、がん患者によるピアサポート機能の整備により、患者・家族の相談支援体制は充実してきた。変化の理由には、拠点病院制度としてがん相談支援センターの整備やがん相談員研修の実施、患者サロンなどの患者が集まる機会の増加が考えられる。

2) 課題

がん相談支援センターの整備が進んだ一方で、がん相談機能には、施設格差や個人格差があることが課題となっている。これまでの相談内容の情報を集約し、マニュアル等の整備を検討することが必要である。また、妊孕性の問題や結婚・就労・育児に関する支援体制の整備が今後の課題である。

《P. 地域連携機能の強化》

1) 変化

拠点病院の医療者では、約4割が地域内の緩和ケアに関わる医療者の顔が見える人が増えた、約7割ががん患者でも在宅看取りが可能だと思えるようになったと感じており、地域連携が進みつつあることが明らかになった。変化の理由には、緩和ケアチームや退院支援部門の設置や緩和ケア研修による研修機会の増加、情報提供や相談支援機能の充実と併せて、在宅療養患者が増加したことや、医療従事者の在宅療養に対する理解の深まりが影響していると考えられる。

2) 課題

在宅緩和ケアに関する医療資源には地域格差があること、療養病床や介護施設が医療用麻薬服用患者の受け入れが難しいこと、患者の希望の変化に応じた療養場所の提供が難しいことが課題となっている。また、他のカテゴリーに比べると、地域連携に関する変化を感じている医療者は少数である。今後整備が進められる地域包括ケアという概念も踏まえて、がん患者の療養生活をどのように支えることができるか、各地域の特性に合った地域連携を促進するための方法を模索していくことが今後の課題である。

《Q. 緩和ケア利用者への影響》

1) 変化

上記の医療者等の変化の影響により、緩和ケアを希望する患者や実際に利用する患者は増加していることが考えられる。また、症状管理が進んだことで、がん患者自身が対処できる心理社会的な問題の範囲が拡大していることが考えられる。

2) 課題

患者体験調査では、からだの苦痛がない57%、痛みがない72%、気持ちのつらさがない62%と報告された。今後の推移を追跡することが課題である。

VI. まとめ

2008年と比較して、医療者の緩和ケアに関する知識・困難感は改善していた。さらに、この3年間での自身の緩和ケアに関する変化を感じている医療者は多かった。特に、緩和ケアは拠点病院の医師・看護

師により浸透していた。その要因は、質的調査によって、がん拠点病院制度の整備やそれに基づく緩和ケアチーム等の専門家の配置、緩和ケアに関する研修の機会の増加による、医療従事者の緩和ケアに対する認識の変化によるものと考えられた。また、拠点病院の医療者では、拠点病院制度とそれに関連した体制が機能していると感じている者が多く、特に専門家サービスの充実については一定の目標が達成されたと考えられる。

一方で、拠点病院と他の施設で比較すると、拠点病院の方が緩和ケアに関する知識が高く、困難感が低いという状況があった。特に、拠点病院以外では、専門家からの支援が得がたいことが明らかになった。その要因としては、拠点病院の機能や専門家の相談先を知らないことなどが考えられる。また、地域連携について変化を感じている医療者が全体的に少ないことからも、他の領域に比べて地域連携の取り組みが遅れていることが考えられる。今後は、地域単位で専門家サービスへのアクセスを充実することや、地域の特性に適した地域連携を促進するためのシステムの整備が課題である。

VII. 参考資料

1. 第 2 期がん対策推進基本計画
   http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html
2. がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査（日本医師会 2008）
3. http://www.med.or.jp/people/cancer/000005.html
4. 緩和ケア普及のための地域介入プロジェクト（OPTIM）研究の介入前調査結果（2008）」
   - 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.
   - Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, Harada K, Miyashita M, Sakuma Y, Oki J, Yoshihara R, Eguchi K. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative carepractices among nurses. Jpn J Clin Oncol. 2014 Aug;44(8):718-28.
   - Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, Suzuki S, Kinoshita H, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K.Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. J Pain Symptom Manage. 2015 Apr 3. pii: S0885-3924(15)00165-7.
5. がん対策に関する世論調査
   http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/index.html