

第9回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

更新日: 2016年07月08日 [[更新履歴](#)]

概要 資料

概要

平成28年7月1日、国立がん研究センターが主催する第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会が国立がん研究センター国際研究交流会館で開催された([議事次第](#))。全国48の都道府県がん診療連携拠点病院の施設の代表者と、各都道府県のがん対策関連部署の職員等が参加した。

開会にあたり、議長の国立がん研究センター中釜斉理事長より「医療現場には様々な問題があるが、本協議会や各地域のがん診療連携拠点病院を通して、我々が積極的に提案とその問題点の解決に向かって努力すべきであり、皆様とともに議論していきたい」とのあいさつがあった。来賓として、厚生労働省健康局がん・疾病対策課丹藤昌治がん対策推進官より、第3期がん対策推進基本計画の見直しに向け、様々な協議会や検討会で検討しているところであり、今後一層の尽力のお願いとあいさつをいただいた。



議事について、まず、がん登録部会([資料1](#))、情報提供・相談支援部会([資料2](#))、緩和ケア部会([資料3](#))、臨床研究部会([資料4](#))より、それぞれ活動報告があった。



続いて、各都道府県におけるがん診療連携拠点病院連絡協議会の取り組みに関する事前アンケート結果([資料5](#)、[参考資料1](#)、[2](#))についての説明があり、第3期がん対策推進基本計画の策定に向け、今後、がん診療連携拠点病院においては、がん診療連携拠点病院を中心としたネットワークの構築等による連携の強化、適切な人材の育成及び人材の確保、客観的な指標の選択・決定と継続的なモニタリングによる質の担保等、がん診療連携拠点病院に求められる機能等について、意見交換がなされた。また、がん診療連携拠点病院の整備状況の評価についても、ストラクチャーを重視したものから、診療の質を重視したものに移行していくことが必要ではないかという提案もなされた。

さらに、事前アンケート結果を基に、がん診療連携拠点病院現況報告の改善に向けて、必要データの中央集計、インターネット入力、エクセル・CSVでの公開等について意見交換([資料6-1](#)、[6-2](#))が行われた。また、がん診療連携拠点病院のたばこ対策に関する意見交換([資料7](#))と情報提供([添付資料1](#)、[2](#))も行われた。



総合討議において、患者の立場で参加しているオブザーバーの方々からは、がん診療連携拠点病院における施設別の診療実績や災害時の診療連携体制に関する情報公開等について、ご意見とご要望をいただいた。

これらを踏まえ、今後のがん診療の質の向上のため、本会より厚生労働省へ、第3期がん対策推進基本計画の策定に向け、都道府県がん診療連携拠点病院としての意見を取りまとめた提案書を作成することについて議論がなされ、承認された。

最後に、中釜議長より本議会からの提案については委員の最終確認を得ることとして、本会の幕を閉じた。

資料

第9回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 次第

日時 平成28年7月1日(金)13:00-16:00

於 国立がん研究センター国際交流会館3階

主催 国立がん研究センター

- I. 開会挨拶 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会議長
国立がん研究センター理事長 中釜 斉
- II. 来賓挨拶 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 丹藤 昌治 がん対策推進官
- III. 議事
1. がん登録部会からの報告 [資料1\(PDF\)](#)
 2. 情報提供・相談支援部会からの報告 [資料2\(PDF\)](#)
 3. 緩和ケア部会からの報告 [資料3\(PDF\)](#)
 4. 臨床研究部会からの報告 [資料4\(PDF\)](#)
 5. 「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けた討議 [資料5\(PDF\)](#)
 6. がん診療連携拠点病院現況報告の改善に向けた討議 [資料6-1\(PDF\)](#)
[資料6-2\(PDF\)](#)
 7. がん診療連携拠点病院のたばこ対策に関する討議 [資料7\(PDF\)](#)
[添付資料1\(PDF\)](#)
[添付資料2\(PDF\)](#)
 8. 総合討議、その他
 9. 事務連絡
- IV. 閉会
- 【参考資料】
- ・ 事前アンケート結果 [参考資料1\(PDF\)](#)
 - ・ 事前アンケート結果【追加分】 [参考資料2\(PDF\)](#)

[このサイトについて](#) | [このサイトの使い方](#) | [サイトマップ](#) | [プライバシーポリシー](#) | [リンク・著作物使用手続き・著作権など](#) | [お問い合わせ](#)

© 2016 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

第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 次第

日時 平成28年7月1日(金) 13:00-16:00

於 国立がん研究センター国際交流会館3階

主催 国立がん研究センター

- I. 開会挨拶 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会議長
国立がん研究センター理事長 中釜 齊
- II. 来賓挨拶 厚生労働省 健康局がん・疾病対策課 丹藤 昌治 がん対策推進官
- III. 議事
1. がん登録部会からの報告
 2. 情報提供・相談支援部会からの報告
 3. 緩和ケア部会からの報告
 4. 臨床研究部会からの報告
- (休憩)
5. 「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けた討議
 6. がん診療連携拠点病院現況報告の改善に向けた討議
 7. がん診療拠点病院のたばこ対策に関する討議
 8. 総合討議、その他
 9. 事務連絡
- IV. 閉会

がん診療連携拠点病院連絡協議会

がん登録部会 報告

拠点病院 全国集計

がん診療連携拠点病院等 院内がん登録の全国集計

2

- **2007年診断症例** (2009年3月収集:2009年11月公表)
 - **初の都道府県別集計** **約32万件:305施設**
- **2008年症例** (2010年2月収集:2011年6月公表)
 - **初の施設別集計** **約43万件:362施設**
- **2009年症例** (2011/1収集:2012/3公表) **約49万件:377施設**
- **2010年症例** (2011/12収集:2012/11公表) **約55万件:387施設**
- **2011年症例** (2012/12収集:2013/8公表) **約58万件:397施設**
 - **拠点病院外(県推薦病院)も集計** **+約9万件:156施設**
- **2012年症例** (2013/12収集:2014/8公表) **約62万件:397施設**
 - **UICC TNM分類第7版を採用** **+約15万件:236施設**
- **2013年症例** (2014/10収集:2015/7公表) **約66万件:409施設**
 - **小児拠点病院(一部施設)も集計** **+約17万件:285施設**
- **2014年症例** (2015/9収集:2016/7公表予定) **約67万件:421施設**
 - **全小児拠点病院も集計** **+約21万件:313施設**

2014年全国集計 報告書結果抜粋(拠点病院等)

3

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
拠点病院数(調査時)	288	351	377	388	397	397	409	422
集計対象施設数	287	359	370	387	395	397	409	421
全登録数	327,889	428,195	487,441	548,979	584,120	613,377	656,272	670,205
男性	188,216	243,300	277,350	310,265	330,597	345,570	367,761	375,606
女性	139,673	184,895	210,091	238,714	253,523	267,807	288,511	294,599
上皮内癌等を含まない	-	-	442,060	494,261	523,383	545,726	579,908	590,916
1施設当たりの全登録数								
中央値		1,038	1,150	1,251	1,313	1,363	1,398	1,402
最小値		136	155	168	162	175	158	119
最大値		8,600	8,866	8,620	8,174	8,617	9,339	9,147
症例区分8を除く集計件数			471,827	530,363	563,422	590,856	629,491	643,480
(全登録数に占める割合)			(96.8)	(96.6)	(96.5)	(96.3)	(95.9)	(96.0)
症例区分2/3の集計件数			403,996	451,058	475,924	497,725	527,117	539,064
(全登録数に占める割合)			(85.6)	(85.0)	(84.5)	(84.2)	(80.3)	(80.4)
(参考)								
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除く全登録数	-	-	-	-	-	-	654,745	661,322
中央値							1,413	1,447
最小値							158	169
最大値							9,339	9,147

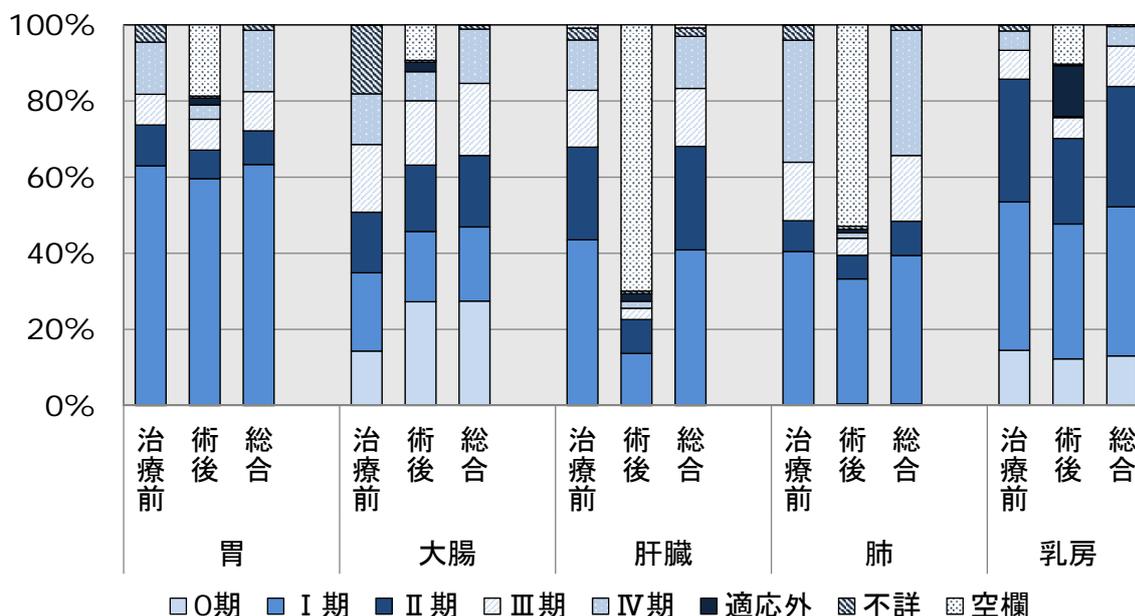
● 臨床病期関連集計

- **集計部位の追加** (院内がん登録実務中級認定者在籍施設)
食道、膵臓、前立腺、子宮頸部、子宮内膜、膀胱、甲状腺
- **病期集計対象の組織形態コード範囲の変更**
肺、膵臓: 従来の定義に加え、8240-8245、8248、8249を追加
前立腺: 8120-8131除外

● UICC TNM分類

- **総合ステージの追加**
治療開始時点でのがんの状態を示す指標
術後病理学的ステージを優先し、不詳(適応外)の場合は治療前ステージ

UICC TNM分類ステージ分布(症例区分2, 3、癌腫)



2014年全国集計 報告書結果抜粋(県推薦病院)

6

	県推薦病院				拠点病院	合計
	2011年	2012年	2013年	2014年	2014年	2014年
施設数(調査依頼)	-	298	309	335	422	-
集計対象施設数	155	236	284	306	421	727
全登録件数	89,085	152,746	174,123	207,841	670,205	878,046
中央値(1施設当たり)	501	585	586	623	1,402	2,025
最小値(1施設当たり)	46	41	20	16	119	135
最大値(1施設当たり)	2,427	2,722	1,765	4,113	9,147	13,260
症例区分8を除く集計件数	88,060	150,173	171,337	203,547	643,480	847,027
(全登録数に占める割合)		(98.3)	(98.4)	(97.9)	(96.0)	(96.5)
症例区分2/3の登録件数	73,296	124,299	140,775	164,786	539,064	703,850
(全登録数に占める割合)		(81.4)	(80.8)	(79.3)	(80.4)	(80.2)

院内がん登録 全国集計の公表方法等

7

1. 集計値10以下の「-」表示
 - 関係部局と調整した上、集計値の多寡を問わず、公表
2. コピー可のpdfファイルでの公開
 - 印刷 並びに テキスト・画像その他の内容のコピーも可に EXCEL等の数値ファイルの提供
 - 公開数表については、施設名入り数表も含めて、MS EXCEL形式での提供を検討する
3. 個票データの連番を固有番号化(**C_ID**) 拠点病院 連絡協議会に諮る
4. 県推薦病院の扱い
 - 2016年全国集計以降、拠点病院以外の全国集計について、県推薦病院に加え、手上げ方式で参加を募る

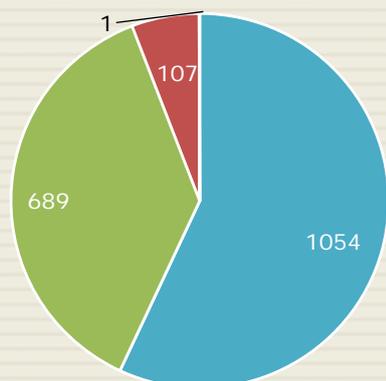
予後調査支援事業

平成27年度予後調査支援事業

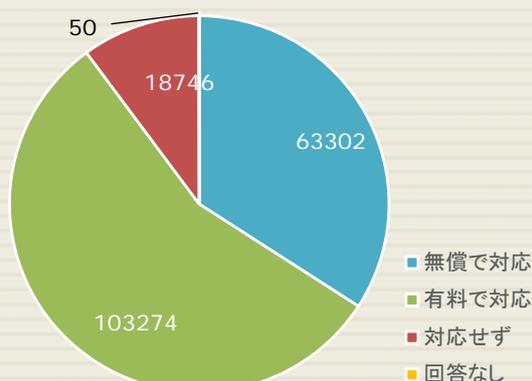
9

- **2009年5年**および**2011年3年**予後調査を住民票照会の形で支援
 - 平成27(2015)年8月に**189,008例(254施設)**を対象リストとして収集
 - 平成27(2015)年11月に**1851**市区町村に照会

調査結果(市区町村数)



調査結果(症例数)



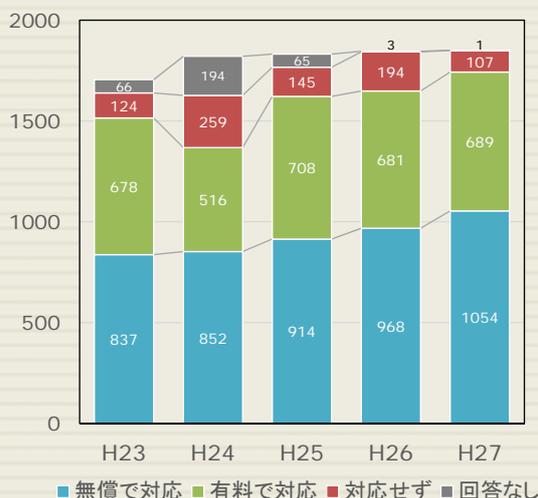
■ 無償で対応
■ 有料で対応
■ 対応せず
■ 回答なし

予後調査支援事業の推移

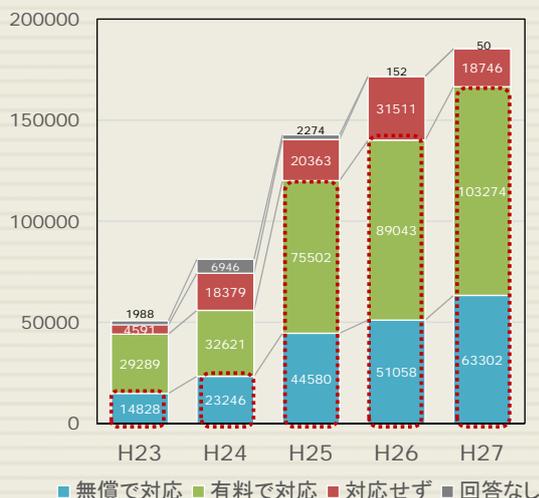
10

- 有料対応に支払っての調査は、平成25年以降
- 平成27年度は、本人通知制度適用例も調査

調査結果(市区町村数)



調査結果(症例数)



予後調査支援事業について

11

1. 県推薦病院の参加

- 来年度から(2011年5年の対象となる)
県推薦病院からの参加についても許容

2. データ保持期間の延長

拠点病院
連絡協議会に諮る

- 十分なセキュリティを確保した上で、
NCCで10年程度の保管も可能にする
(委託業務の形で契約を交わす形とする)
- 施設によって、
従来通りの調査終了後「破棄」と
「10年保管」を選択できる形とする

拠点病院 生存率集計

2008年生存率集計 集計対象の概要

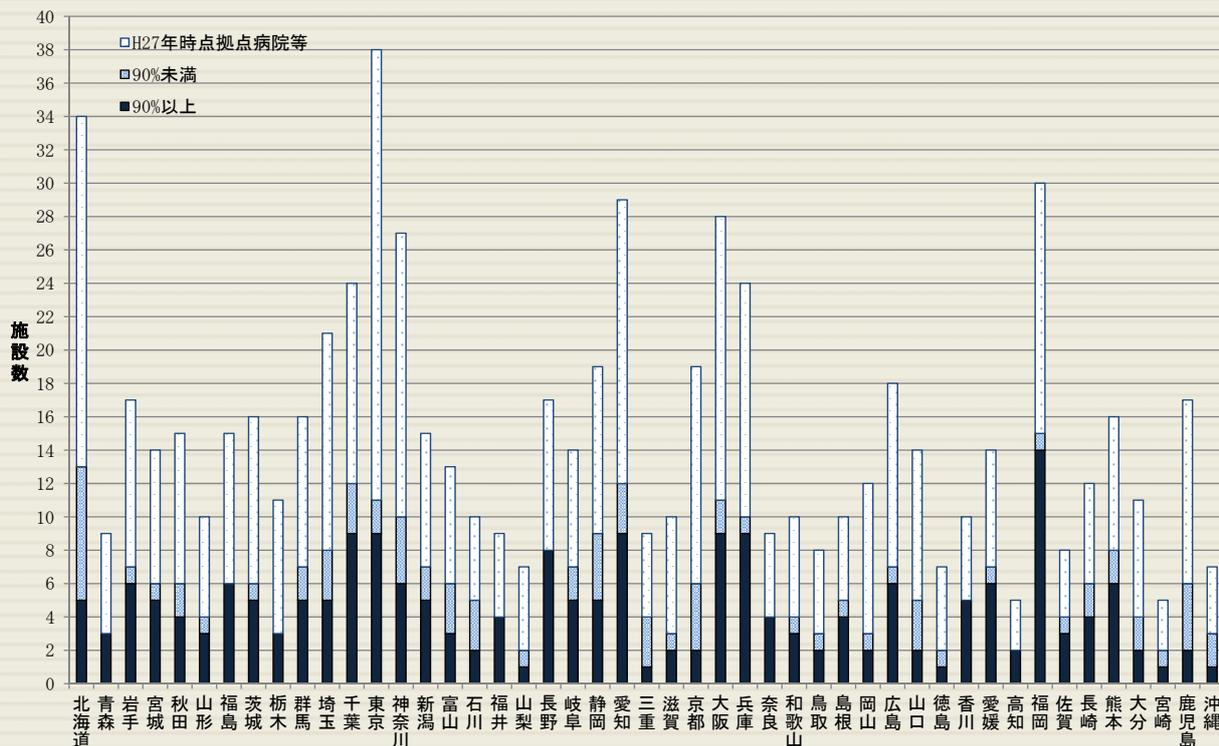
13

- 291施設から37万件のデータの提供
集計の対象は、**21万件**

	集計対象外施設		集計対象施設		全体	
	82施設	(%)	209施設	(%)	291施設	(%)
全登録数	91,102	100.0	283,102	100.0	374,204	100.0
症例区分(2, 3)	76,842	84.3	233,983	82.6	310,825	83.1
症例区分2, 3のうち						
良性	1,122	1.5	2,683	1.1	3,805	1.2
良性又は悪性の別不詳	192	0.2	510	0.2	702	0.2
上皮内癌	6,064	7.9	19,455	8.3	25,519	8.2
悪性新生物<腫瘍>	69,464	90.4	211,335	90.3	280,799	90.3
集計対象腫瘍*	70,778	92.1	214,528	91.7	285,306	91.8
症例区分2,3、集計対象腫瘍のうち						
年齢 0~99歳	70,764	100.0	214,494	100.0	285,258	100.0
除外対象	54	0.1	25	0.0	79	0.0
性別不詳	0	0.0	-	-	-	-
追跡終了日不明	-	-	-	-	-	-
総合ステージ0期	49	20.4	21	2.5	70	6.5
集計対象例	0	-	214,469	-	214,469	-

2008年生存率集計 調査参加/集計対象施設

14

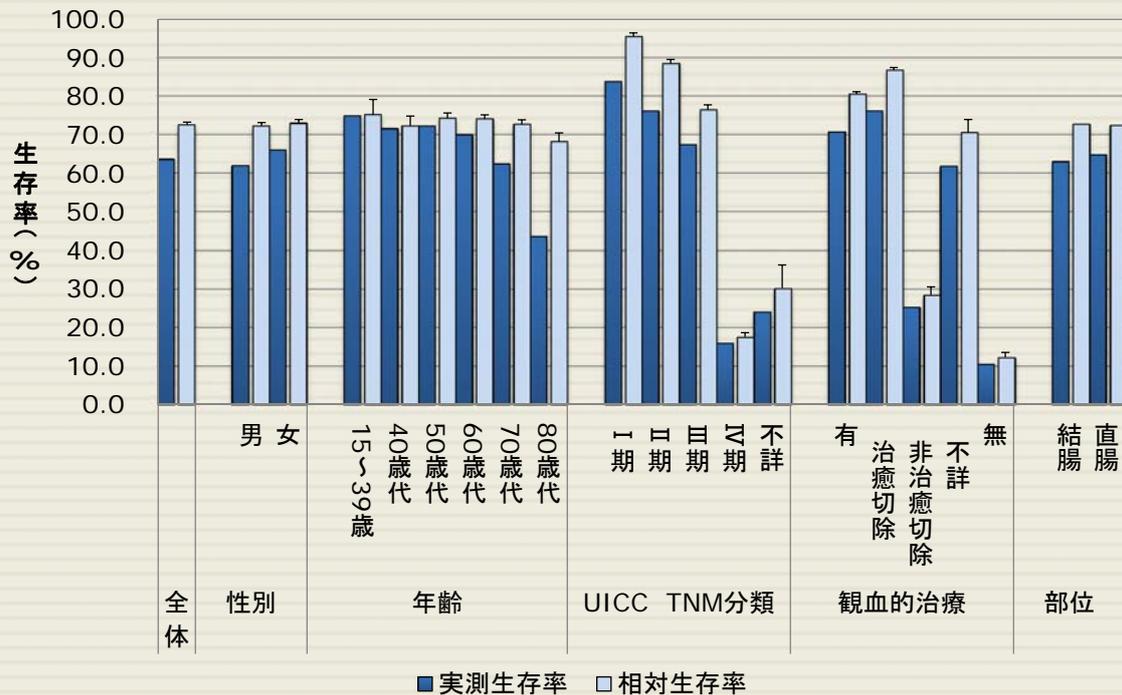


2008年生存率集計 報告書(案)

15

- 相対生存率に加え、実測生存率を追加
- 集計対象部位
全がん、主要5部位、食道、膵臓、前立腺、子宮頸部、子宮体部、膀胱
- 集計単位別の集計値算出方針
 - 【院内がん登録集計対象施設全体】
性別、年齢階級別、観血的治療実施別(原発巣・治癒、非治癒、別不詳)、
UICC TNM分類 **総合ステージ別**(但し、全がん*を除く)
 - 【都道府県】
全がん、主要5部位、食道、膵臓、前立腺、子宮頸部、子宮体部、膀胱
対象例の属性:性別、年齢階級別、観血的治療実施別、総合ステージ分布
 - 【施設】
全がん、主要5部位
対象例の属性:性別、年齢階級別、観血的治療実施別、総合ステージ分布

大腸 (N=26,219)



生存率集計の公表について

1. 施設別公表の形について

- 集計参加施設の生存状況把握割合と件数を公表
- 生存率他の数値については、
集計対象の生存状況把握割合90%以上の**209施設**を公表
- 相対生存率と実測生存率を公表
- 主要5部位を公表(全がんについては背景情報のみ?)
- 各区分50例以上の場合にのみ、公表

2. コメントの収集・付記について

- 事前に生存率集計協力施設に、報告書原案配布
→ 県全体と施設からのコメントを収集して掲載する

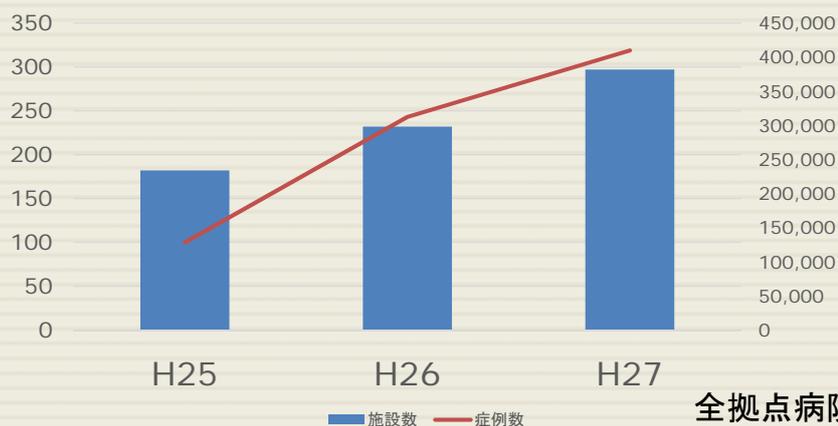
がん登録部会 QI研究

がん登録部会QI研究 データ収集状況

19

- 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
がん登録部会を通じて参加募集(QI研究を主体)
- 基本的に自施設治療例の診断前年10月～翌年末までの
DPCデータを収集(2013年症例は2012年10月～2014年末)

参加施設数・症例数



全拠点病院の68%が参加

がん登録部会QI研究 結果の報告

20

2012年症例



http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/06health_s_01.html

過去～2013年症例

<https://www.cis-ncc.jp/qifedback/>



がん登録部会QI研究 二次解析

●がん対策のため

肉腫の担当診療科分布の検証

子宮頸癌の治療前画像頻度の検証

●臨床上的実態調査

高齢者と若年者の医療の違い

治療前検査の実態調査(画像検査)

ガイドライン上の低い推奨度の診療に関する実態調査

データ提出時に二次解析の承諾はされているが、

解析方法等について、明確な規程が必要なため、規程を策定中

検討事項

院内がん登録 全国集計の公表方法等

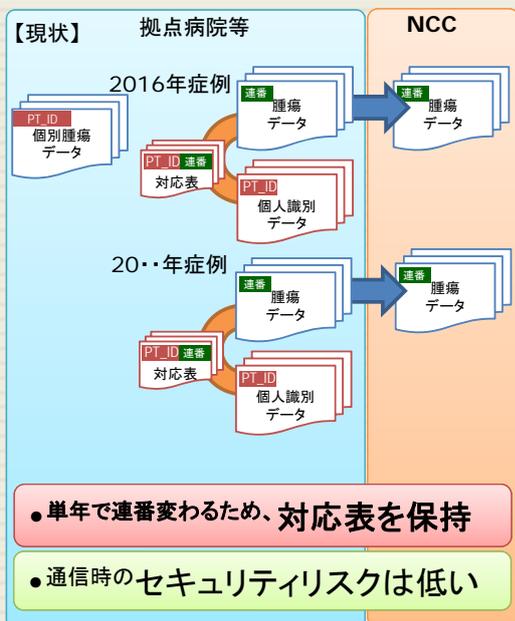
23

1. 集計値10以下の「－」表示
 - 関係部局と調整した上、集計値の多寡を問わず、公表
2. コピー可のpdfファイルでの公開
 - 印刷 並びに テキスト・画像その他の内容のコピーも可に EXCEL等の数値ファイルの提供
 - 公開数表については、施設名入り数表も含めて、MS EXCEL形式での提供を検討する
3. 個票データの連番を固有番号化(**C_ID**) 拠点病院
連絡協議会に諮る
4. 県推薦病院の扱い
 - 2016年全国集計以降、拠点病院以外の全国集計について、県推薦病院に加え、手上げ方式で参加を募る

C_ID付与によるデータの複数年解析

24

- 現状は、単年データの集積
- 毎年、同一患者でも異なる連番が付与される



施設は、患者IDと連番の対応表を毎年保持する必要
対応表の管理はかなり煩雑
院内がん登録のシステム内で管理をしているものはほとんどない

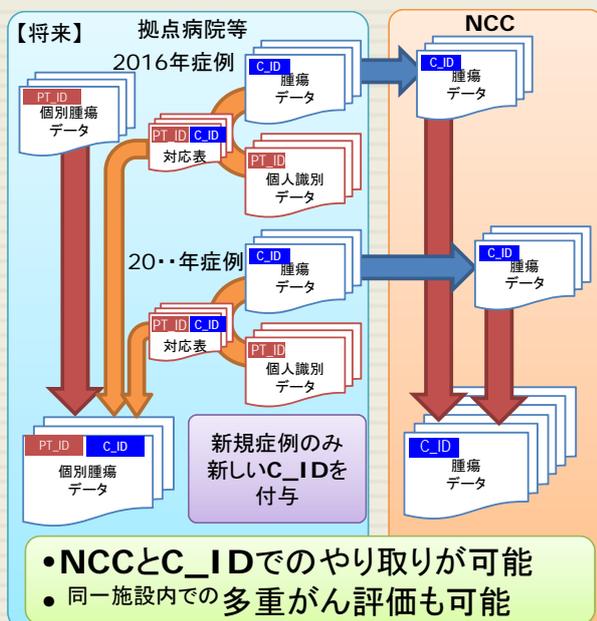
生存率解析の際には、現状は、施設での第1がんに対して解析
複数のがんに罹患する患者の増大により解析方法にも工夫が必要となる

Common ID (C_ID)を全国集計0年時にNCCが発行。
施設側は、システム内にC_IDを患者IDと共に保持して保管。

C_ID付与によるデータの複数年解析

25

- C_IDにより、複数年データによる多重がん解析
- NCCとのデータのやり取りでの共通IDとしての利用



いわゆる0年集計において多重がんの状況解析を行うことができる
(施設をまたがった解析は不可能)

生存率解析において、多重がんの解析がNCC側で可能
← データ還元の際して、多重がん要素も含んだ集計値を還元

システムの対応状況によっては、毎年の対応表から、PT_IDとC_IDを

院内がん登録システムで対応できる施設に対応してもらう

予後調査支援事業について

26

1. 県推薦病院の参加

- 来年度から(2011年5年の対象となる)
県推薦病院からの参加についても許容

2. データ保持期間の延長

拠点病院
連絡協議会に諮る

- 十分なセキュリティを確保した上で、
NCCで10年程度の保管も可能にする
(委託業務の形で契約を交わす形とする)
- 施設によって、
従来通りの調査終了後「破棄」と
「10年保管」を選択できる形とする

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会 報告

平成28年7月1日(金) 13:00～16:00
国立がん研究センター国際研究交流会館 3階

参考 : H28年5月19日 情報提供・相談支援部会報告 http://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo7.html

がん相談支援センターの活動におけるPDCAサイクル、活動の見える化に関するこれまでの経緯

- **第1～3回部会まで** (H24/11/27～H26/6/12)
 - がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (平成26年1月10日) や、がん診療連携拠点病院機能強化事業におけるがん相談支援事業の相談件数による評価 (現行7,800件以上) について議論があったが、コンセンサスを得た評価指標は定まらず継続検討課題となっていた。より本質的な評価の提案に向けて、相談対応業務 (対象とする範囲や件数の数え方等) や相談対応以外の幅広い活動内容の評価方法について検討を行うことが課題とされていた。
- **第4回部会** (H26/12/1)
 - まずは、がん相談支援センターの活動の“見える化”から検討をはじめ
 - がん相談支援センターの活動のPDCAサイクル確保 (活動の見える化) 等を検討する部会委員によるWGの発足 (H26年12月)
- **第5回部会** (H27/6/10)
 - **WGでの検討結果を報告**
 - **各都道府県拠点病院でできるところから、また、一部研究班の協力を得て、継続的に取り得る手法等について検討をはじめ**
- **第6回部会** (H27/12/8)
- **第7回部会** (H28/5/19 今年度1回目)

今後の具体的な進め方について（提案）

■ 活動の見える化と相談件数のカウントについて

- 1) 「利用者調査」 → 研究班の協力を得て検討を開始する
- 2) 「相談件数」 → 研究班の協力を得て検討を開始する
- 3) 「相談件数以外の項目」 → 現況報告で
- 4) 「実施状況」 → 各県で決めた活動内容を測定、見える化

■ 各都道府県での検討：県内で進める活動・取り組みを議論し、決める

- 検討や実施が可能な県でスタートする
- 各県の検討・実施状況について、部会事務局よりアンケート（2016年2～3月頃）
↓ 2016年度 第1回部会において
- 各県の検討・実施状況の報告と共有
 - ①各県の取り組み状況について、「アンケート結果」を共有
 - ②「具体的な検討を開始した県からの報告」による共有
 - 互いの県の取り組みを参考にするなど

研究班によるパイロット調査 2015年11月～

平成27年度 厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業（がん政策～指定）

<研究課題名>

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

<代表研究者>

国立がん研究センター がん対策情報センター 若尾 文彦

●参加施設 8都道県・16施設

北海道	北海道がんセンター／旭川医科大学病院
東京	東京都立駒込病院／がん研究会 有明病院
神奈川	神奈川県立がんセンター／藤沢市民病院
長野	信州大学医学部附属病院／長野市民病院
岡山	岡山大学病院／岡山赤十字病院
香川	香川大学医学部附属病院／高松赤十字病院
福岡	九州がんセンター／九州大学病院
長崎	長崎大学病院／長崎医療センター

1) 「利用者調査」 概要

調査項目：追加項目等について、部会委員から意見を募り決定

調査票の配布：調査期間中のすべての面談による相談者に配布（100名/施設）

- 期間：2016年1月18日～4月15日 平均44日間、最小18～最大64日間
- 配布総数：1090名（平均68名、最小19名、最大100名/施設）
- 配布率*：約38% *件数カウント調査連続稼働日20日間の結果より

調査票の回収：がん対策情報センター宛に郵送により返送

- 回収総数 683名分 + α（2016年5月13日までの仮集計）

結果のフィードバック：都道府県ごと、ならびに施設ごとに結果をフィードバック

2) 「相談件数カウント調査」 概要

入力項目：追加項目等について、部会委員から意見を募り決定

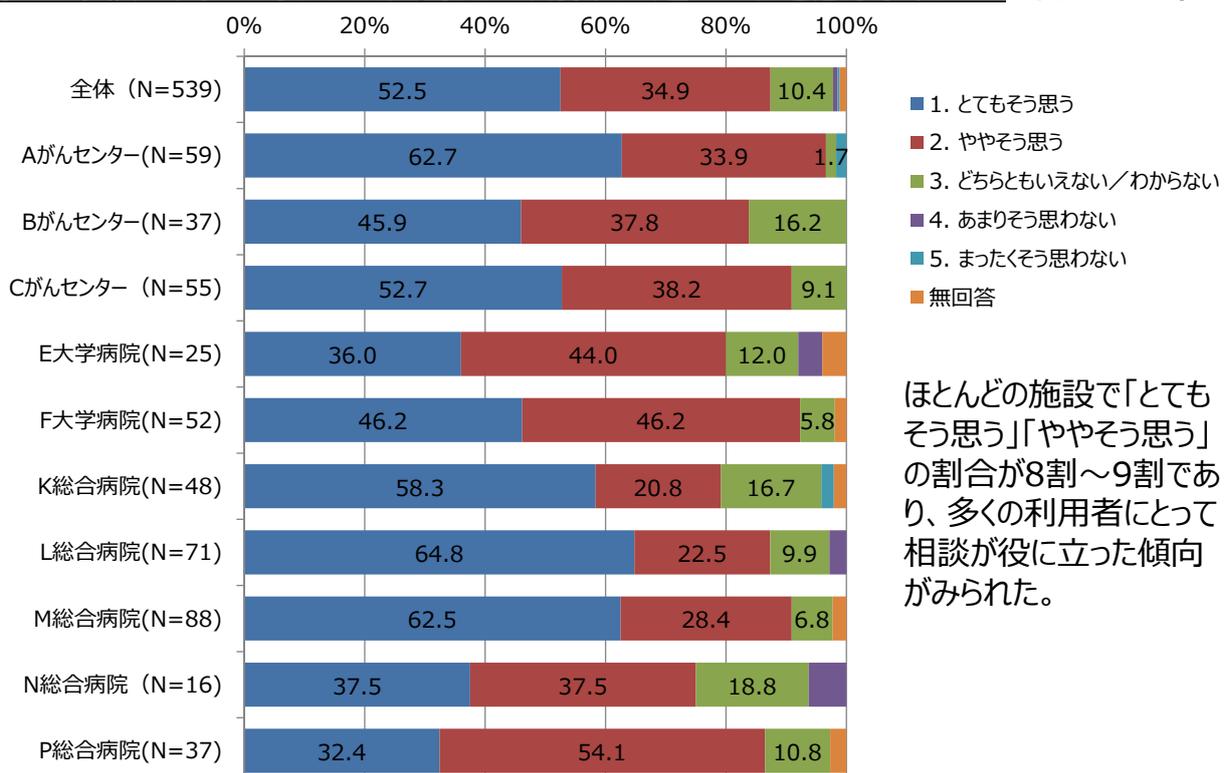
入力期間：2016年1月18日～3月23日 連続稼働日20日間

※利用者調査と同日に開始

相談件数：総数 3077件（施設平均197件、最小21件、最大672件）
施設1日平均 12.8件

「利用者調査」パイロット調査結果（1）（中間集計）

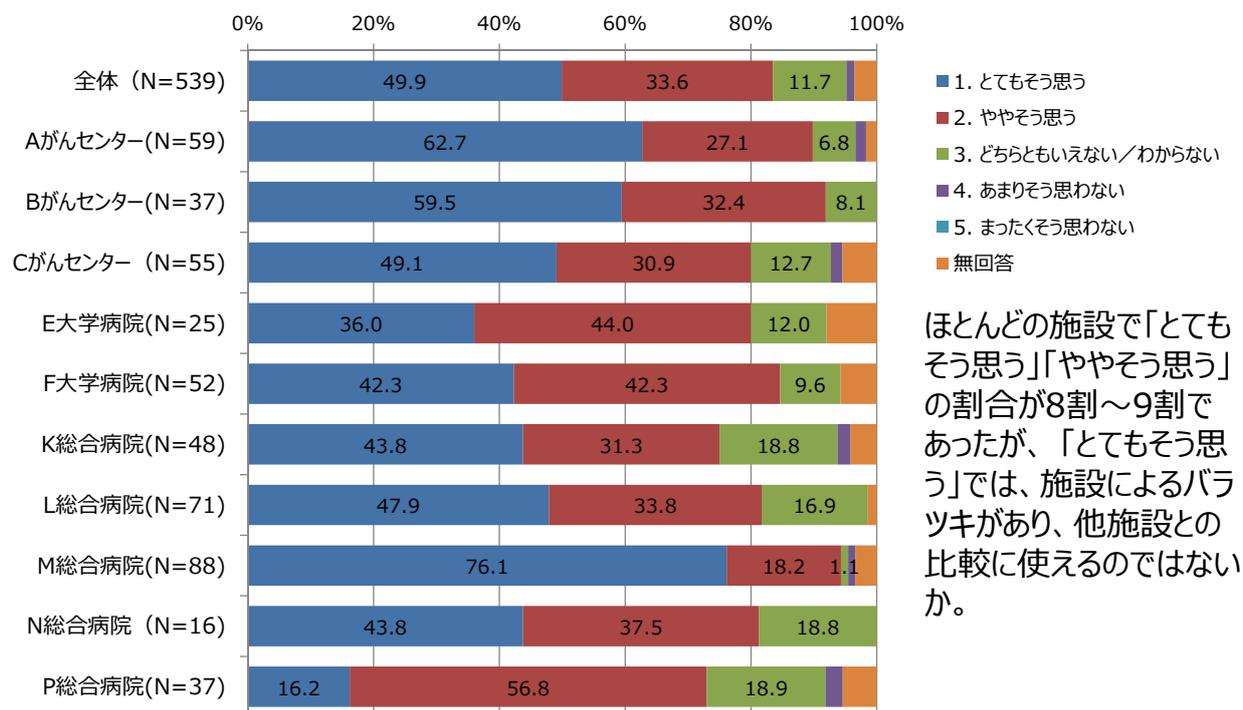
問8. あなたの相談したかった問題は、解決へ近づいたと感じますか？（○は1つ）



ほとんどの施設で「とてもそう思う」「ややそう思う」の割合が8割～9割であり、多くの利用者にとって相談が役に立った傾向がみられた。

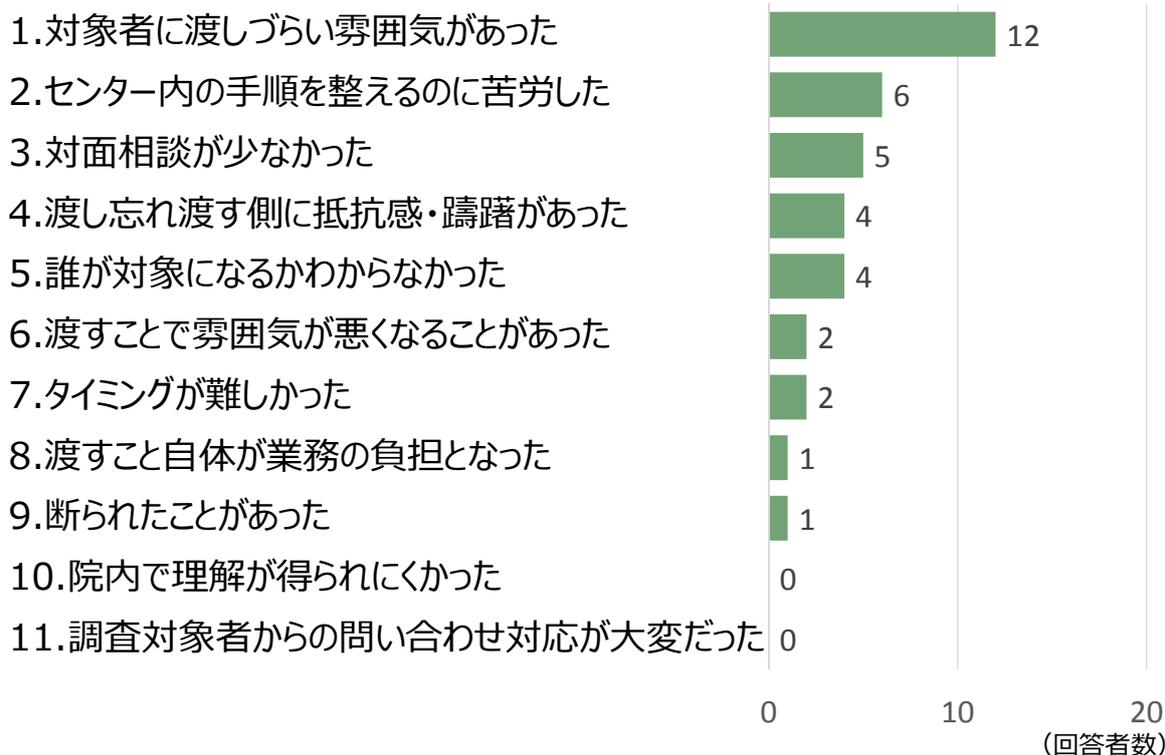
「利用者調査」パイロット調査結果 (2) (中間集計)

問10. がん相談支援センターを利用したことで、安心して治療を受けたり、療養生活を送ったりできるようになりましたか？ (○は1つ)



「利用者調査」 実施アンケート 結果 (1)

利用者調査の実施において苦労したことは？

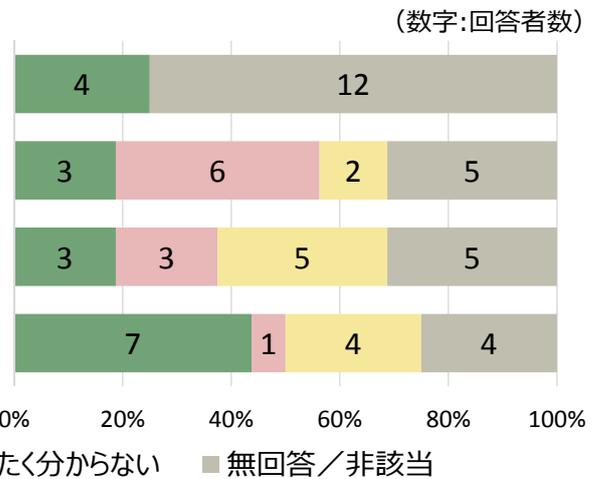


「利用者調査」 実施アンケート 結果 (3)

各病院の事業として実施することになった場合、

次の方法での実施が可能か？

- a. 国立がん研究センターに郵送で、実施施設が各4万円程度を負担
(国立がん研究センターのスタッフによる支援を除く)
- b. 実施施設内で回収し、3万5千円程度を負担
- c. 実施施設ごとに実務(印刷・入力・集計など)を行い、経費をかけない
- d. その他

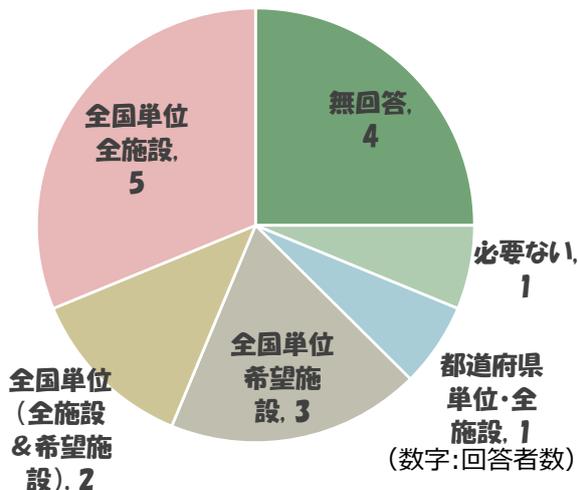


その他の方法

- 本研究の方法がよい。調査実施施設ではなく、国立がん研究センターに郵送する方法がよかった。利用者は、利用しているがん相談支援センターではなく中立的な機関に送付することでより参加しやすかったり、意見を記載しやすかったと推測する。
- 指定要件にもり込まれれば、病院負担で実施可能だと思う
- 県が把握する。拠点病院の予算から負担する。
- その他方法も見当たらないが、上記でいうと、aが現実的かもしれない。

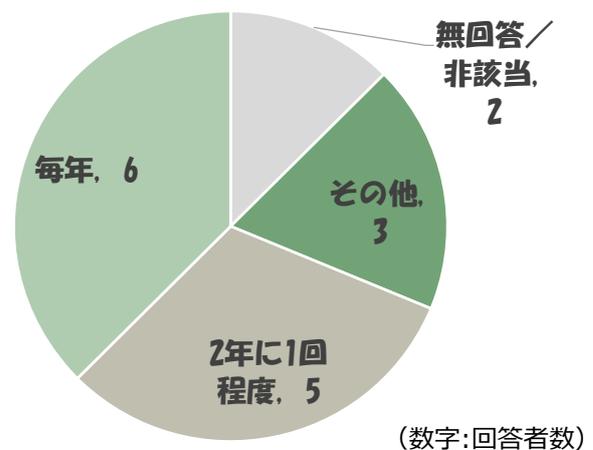
「利用者調査」 実施アンケート 結果 (4)

多施設で展開していくべきか？



必要ない理由：
相談記入シートと同時に行うのは煩雑で現実的でない

多施設で展開する場合の調査の頻度は？



その他：
 • 予算がつけば業務に組み込むことが望ましい
 • 今回の結果と業務量との兼ね合いによる
 • 3～5年程度

全国的に展開し、1～2年毎に行うことが望ましいとした割合が高かった。

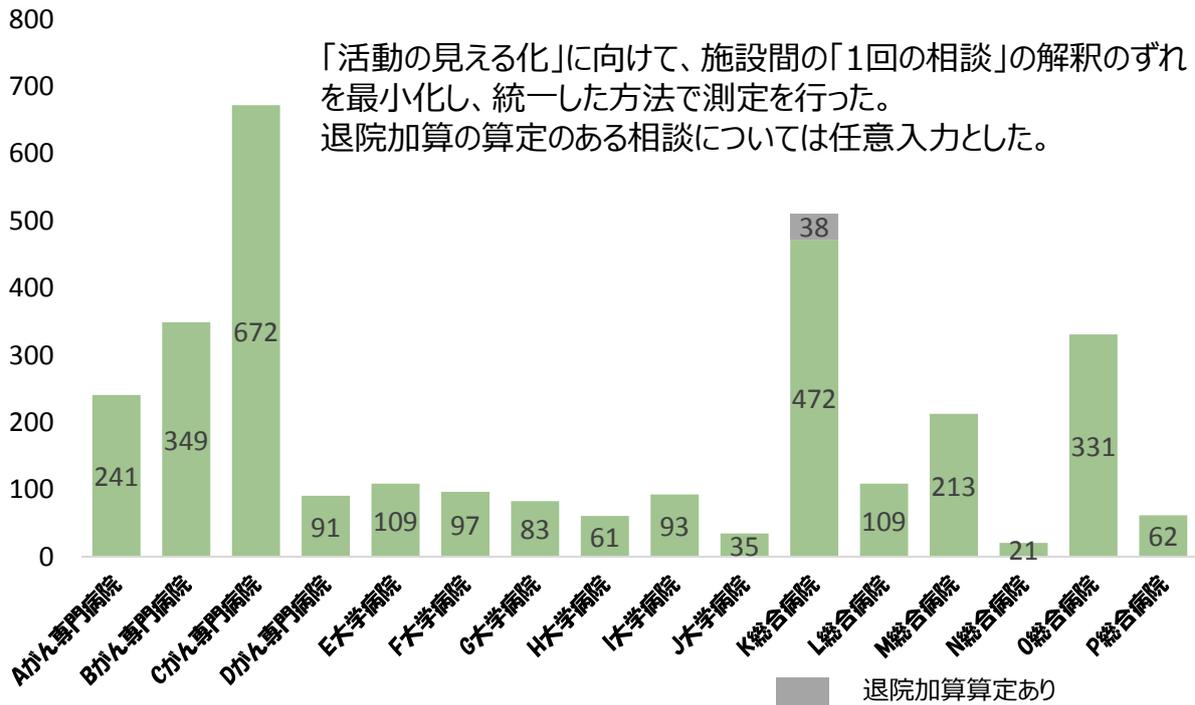
「相談件数カウント調査」パイロット調査結果 (1)

総相談件数

連続稼働日20日間 n=3077

→ 比較可能な件数の測定

相談件数 (件)



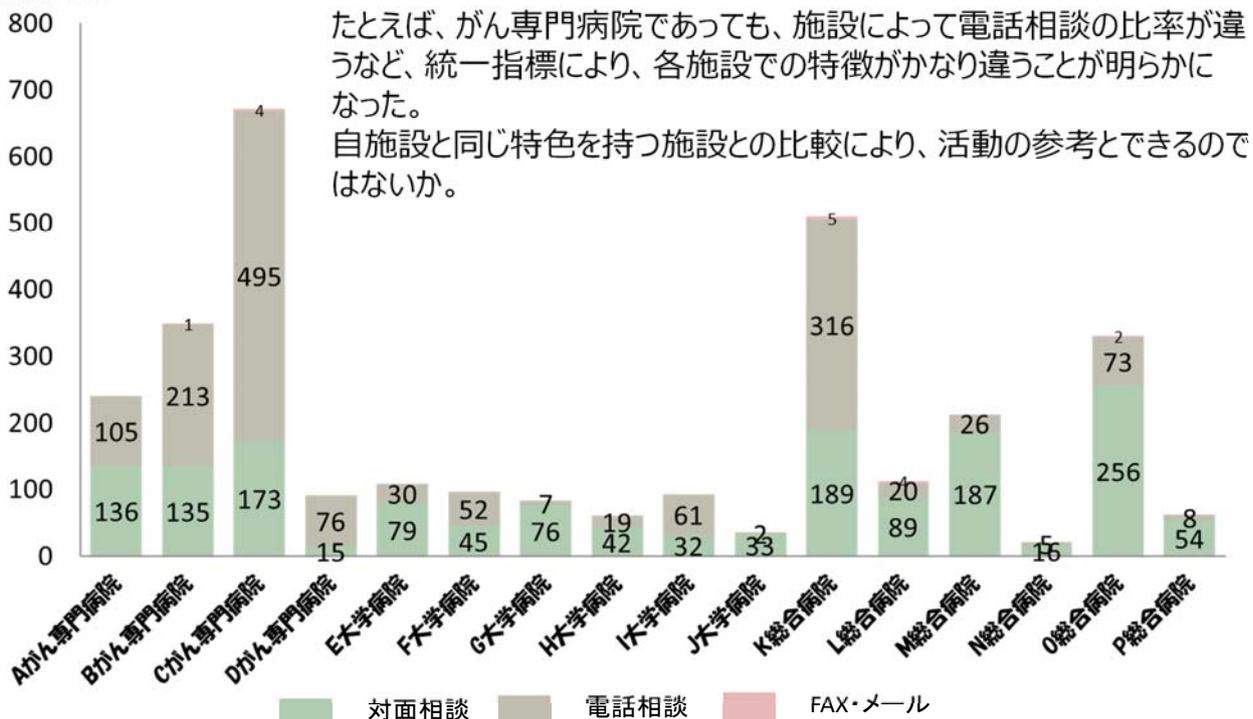
「相談件数カウント調査」パイロット調査結果 (2)

総相談件数

連続稼働日20日間 n=3077

対面相談/電話相談の件数 → 他施設との特徴比較

相談件数 (件)



がん相談支援センター指標骨子

<目標の整理と対応する指標について>

アウトカム			プロセス		測定指標		構造	施策
患者・家族・市民			がん相談支援センター		測定関連指標	調査関連	体制	整備指針の内容
最終目標	準最終目標	必要な条件	必要な条件・状態	実施状況の例示				
困っている患者・家族が減る	頼りにできる人・相談の場がある	相談の場があると感じる人が増える 相談支援センターの役割を知っている人が増える 患者が孤立しない	その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある 多様な相談先がある 複数の相談場所がある 情報や助けを求めている人に気づく人が増える	<ul style="list-style-type: none"> センターの窓口をわかりやすく提示した センター外で出張がん相談を行った ピアサポートの場をつくった ... 案内を個別に配布している 	院内・院外での相談対応件数	【住民調査】 【患者体験調査】「相談の場がある」の回答割合	相談ブース数 プライバシーの保てる部屋数 電話回線数 直通電話の有無	必ず「がん相談支援センター」と表記する 相談支援センターについて積極的に周知
					担当医から紹介された相談件数	【医療者調査】相談支援センター認知度、有用度	(拠点病院であることの広報)	④主治医等から、がん患者及びその家族に対し、周知が図られる体制を整備する

〇〇県 がん相談支援センター
PDCA実施状況チェックリスト
(例) 資料4-3参照

がん相談支援センターの活動実施状況チェックリストおよびその他の取り組み状況アンケート結果

実施時期：2016年2月～4月
回収：43/47都道府県

N=47

チェックリスト設定・実績把握の状況	件数	チェックリスト以外の取り組み状況	件数
設定あり 実績把握の実施あり	14	①あり ②なし	7 7
設定あり 実績把握は未実施	5	①あり ②なし	0 5
まだ決まっていない ・検討中	24	①あり ②なし ③未回答	11 12 1
未回答	4	—	—
合計	47		47

組織間での支援の大切さ

■当院のがんセンター・地域医療連携センターのつながり

- 災害時に各センター代表の話し合いの場がすぐ設けられた。
- 朝の15分という短い時間での話し合いだったが、それぞれの立場からの助言がタイムリーな行動につながった。

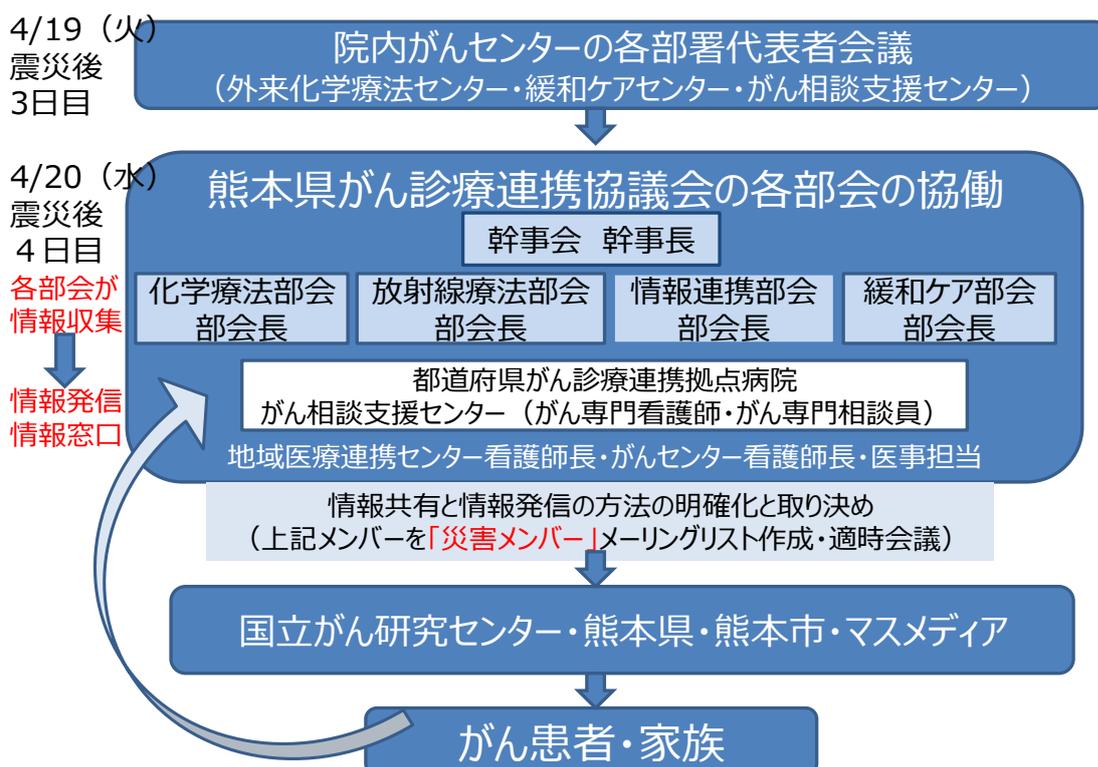
■国立がん研究センターからの支援

- 一目瞭然の情報シート作成。
- 近隣県の情報収集、発信。
- 当院からの情報を随時アップ。
- 患者会への情報の拡散。
- 困ったときにいつでも相談してよいという体制。



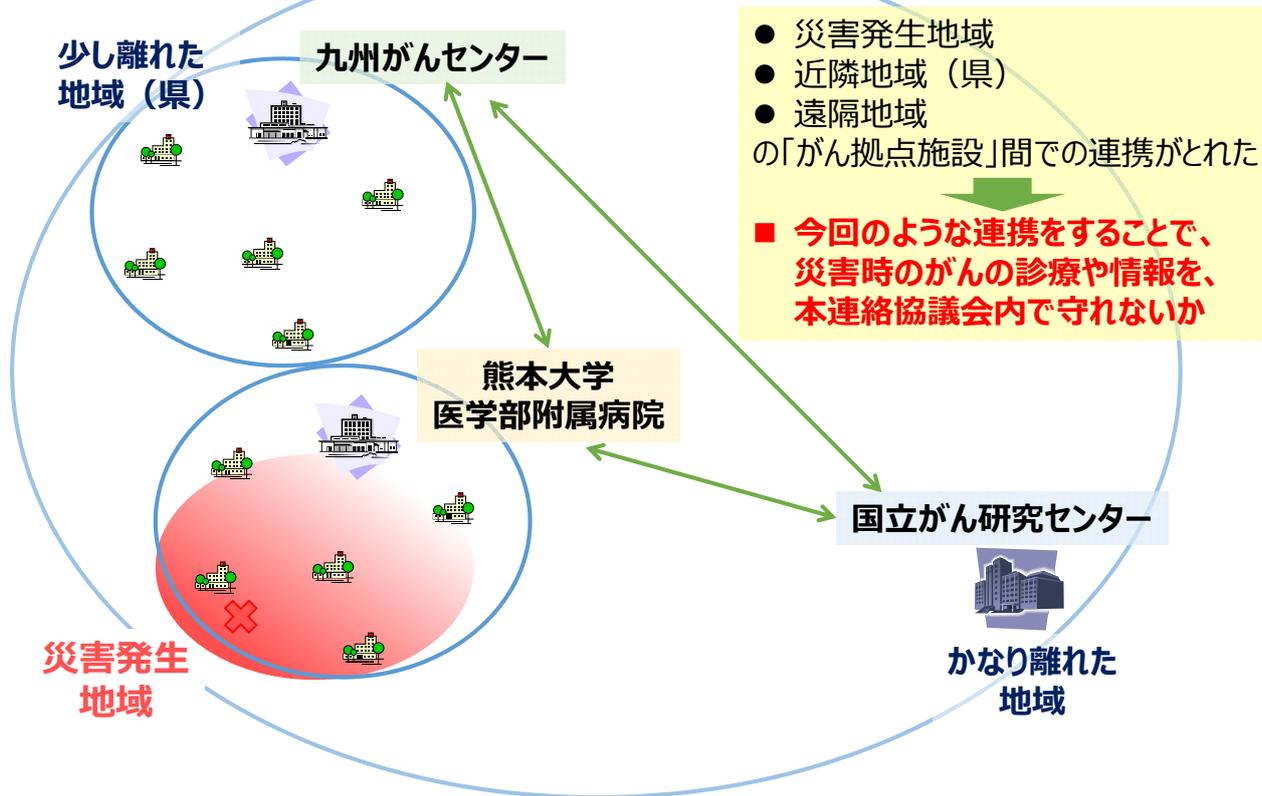
がん診療連携拠点病院連絡協議会-情報提供・相談支援部会報告「熊本大学医学部附属病院 安達様 資料」より

組織間での支援の大切さ



がん診療連携拠点病院連絡協議会-情報提供・相談支援部会報告資料より

今回の災害時の主な情報共有と連携



災害時のがん関連情報の支援について

■ 第7回情報提供・相談支援部会にて出された意見

「震災の時には何が起きるのかわからない。中央からのきちんとした指示があると非常に助かる」
 「首都圏直下型地震で、国立がん研究センターおよび周辺地域の施設・サーバーダウン時にはどうするのか？」

■ 首都圏以外での災害時	■ 首都圏での災害時 (検討中)	■ 各施設での対応準備
1. 情報支援の指示系統 <ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会議長より 2. 情報の収集 <ul style="list-style-type: none"> ● 情報収集用フォーマット (共有できるようにする) 3. 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ● 全国版の連絡用として Kyoten-CISCメーリングリスト (がん相談支援センター実務担当者用) 	1. 情報支援の指示系統 <ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会議長より 2. 情報の収集 <ul style="list-style-type: none"> ● 情報収集用フォーマット (共有できるようにする) 3. 情報共有 <ul style="list-style-type: none"> ● 全国版の連絡用として Kyoten-CISCメーリングリスト (がん相談支援センター実務担当者用) 4. データ保管/別サーバー確保 <ul style="list-style-type: none"> ● 物理的に離れた地域1,2箇所に確保？ 	1. 直通の電話番号の整備 <ul style="list-style-type: none"> ● 直通電話が、がん相談支援センターにある <ul style="list-style-type: none"> ➢ がん診療連携拠点病院 427施設中 225件 (52.7%) ➢ そのうち都道府県拠点 49 施設中 41件 (83.7%) 2. 情報収集・共有の過程のシミュレーション <ul style="list-style-type: none"> ● フォーマットの共有Tel, FAX, email別に必要) ● 院内受け入れ状況の把握ルート、病院長への確認ルートの確認

情報提供・相談支援部会WGの設置

- これまで行ってきたがん相談支援センターの活動および評価、災害時のがん相談支援センターの対応、第3期がん対策推進基本計画に向けて、部会としての提案を行うためのワーキンググループを発足する。
- 7月～9月の間に2～3回程度のワーキンググループを実施し、**部会としての意見をまとめ**、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会から提案を行う。
- 部会委員より自薦・他薦により候補者を募り、以下のメンバーに決定しました。

【委員長】

奈良県 奈良県立医科大学附属病院 長谷川 正俊様 (MD)

【委員】

北海道	北海道がんセンター	木川 幸一様 (SW)
岩手県	岩手医科大学附属病院	青木 慎也様 (SW)
東京都	がん研究会有明病院	花出 正美様 (NS)
神奈川県	神奈川県立がんセンター	清水 奈緒美様 (NS)
大阪府	大阪府立成人病センター	藤井 照代様 (NS)
富山県	富山県立中央病院	加治 正英様 (MD)
島根県	島根大学医学部附属病院	楨原 貴子様 (SW)
岡山県	岡山大学病院	石橋 京子様 (SW)
福岡県	九州がんセンター	古川 正幸様 (MD)

平成27年度

「地域相談支援フォーラム in 近畿」開催報告

大阪府がん診療連携協議会 相談支援センター部会長
(大阪府立成人病センター副院長・相談支援センター長)
東山 聖彦



テーマ「がん患者団体との連携と協働」

地域や各施設における相談支援センターの立ち位置の違い等を越え、「連携」と「協働」というテーマで、近畿各府県から集ったがん相談に携わる仲間たちと共に考えてみたい。

- 対象： 近畿6府県がん拠点病院（国指定・府・県指定）がん専門相談員および医療関係者
 - 参加者数：166名（相談員 135名、実行委員、国がんなど関係者 31名）（大阪67、兵庫16、京都16、滋賀7、和歌山13、奈良11 近畿外5、計135）
- 平成28年1月23日(土) 10 - 16:30/大阪TKPガーデンシティ大阪梅田

基調講演

- ・がん診療連携協議会長の立場から
- ・患者支援団体COML理事長の立場から

パネルディスカッション

「がん患者団体が、がん相談支援センターに期待する連携と協働とは？」

午後 6府県からの報告

『テーマ：地域におけるがん患者団体等との連携と協働の現状について』

グループワーク

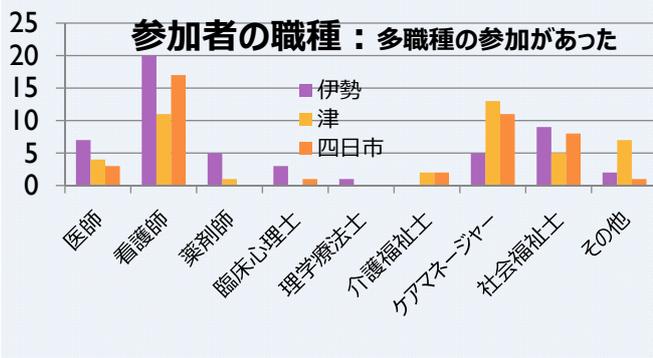
『府・県内のがん相談支援センターががん患者団体と「連携」「協働」する際にすべきことは何か？』



平成27年度
がん相談支援センターを地域の支援の輪につなげる新企画 in 三重
みのりカフェ@三重 開催報告
 三重県がん診療連携協議会 がん相談支援部会
 三重大学医学部附属病院 がん相談支援センター 鈴木志保子

- ▶ **目的**： がん相談支援センターの周知
 がん患者・家族への支援体制の輪の構築
- ▶ **対象者**： がん患者と家族のケアに関わる人
 (医療・介護・福祉・行政の関係者等)
- ▶ **内容**：

第1部 **がん相談支援センターに関する紹介**
 がん患者・家族に関わるスタッフへ情報提供することで、
 患者・家族ががん相談支援センターを活用できる**第2部**
テーマに添った話し合い ワールドカフェ)
テーマ「支援の輪」： 施設間、職種間の垣根を超え、
 気軽に意見を出し合い、話し合いができる場を提供する



みのりの収穫 (抜粋)

- 病院と在宅スタッフが**同じ方向を向いて**サポートすることが必要
- ...
- 各専門職のできることは限られている。だから**支援の輪を広げることが重要**

▶ 三重県がん相談支援部会の団結力が強まった。
 ⇒ **みのりカフェの継続を検討していく**

地域相談支援フォーラム・地域につなげる新企画 平成29年度企画募集

がん情報サービス ganjoho.jp 医療関係者向けサイト

診療支援 研修・セミナー 多地点テレビカンファ **がん相談支援** 予防・検診 拠点病院連絡協議会

HOME > がん相談支援 > 地域相談支援フォーラム > 平成29年度 > 地域相談支援フォーラムならびに「がん相談支援センターを地域の支援の輪につなげる新企画」共催団体募集について

平成29年度
地域相談支援フォーラムならびに「がん相談支援センターを地域の支援の輪につなげる新企画」共催団体募集について

更新日: 2016年06月06日【更新履歴】

【募集するプログラム】**【募集情報】**

【共催団体募集】
 国立がん研究センターがん対策情報センターでは、既に各都道府県において周知されている新たな整備指針(平成26年1月10日付健康0110第7号)の通知内容を踏まえ、より地域のニーズに合致し、また系統的・継続的な研修の実施やより効果的な広報・周知活動を支援するため、「地域相談支援フォーラムならびに「がん相談支援センターを地域の支援の輪につなげる新企画」を公開します。
 下記(1) (2) あわせて2件程度を採用予定です。

【募集するプログラム】

1) 「地域相談支援フォーラム」の相談員研修
【応募の条件】

- ・「都道府県がん診療連携協議会」あるいはその傘下の「相談支援専門部会」(あるいはこれに該当する担当者連絡会議等)を応募主体とし、部会長名義で応募すること。
- ・プログラムの開催時期: 2017年4月～2018年2月
- ・企画の選考にあたっては書類審査の上、ヒアリングを行う。
- ・対象者: 県境を超えたネットワーク構築をひとつの狙いであるため、開催県以外に隣接3都道府県以上の「がん専門」相談員を対象とすること。ただし、医療施設数が極めて多数の地域や、

企画の実施時期：

2017年4月1日～
 2018年2月28日

応募期限：

2016年8月31日(水)正午
 (必着)

選考ヒアリング：

2016年9月16日(金)予定

採否の連絡(予定)：

2016年9月末日ごろ

http://ganjoho.jp/med_pro/consultation/forum/h29/h29.html

平成27年度 第3回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会からの報告

国立がん研究センター がん対策情報センター
がん医療支援部 加藤雅志

1

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 (平成26年1月10日)

IV 都道府県がん診療連携病院の指定要件について

3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件

(3) 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。なお、当該緩和ケアセンターは平成28年3月までに整備すること。

2

緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)



第3回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会緩和ケア部会「国のがん対策について 厚生労働省 濱卓至」資料

第3回 緩和ケア部会からの意見①

- 都道府県がん診療連携拠点病院には、緩和ケアセンターの機能として、緩和ケア提供における院内機能の強化のみならず、地域緩和ケア連携拠点機能の強化を含めた多面的な機能整備が求められている。
- しかしながら、担当者の業務量増大による疲弊や、人員確保のための予算不足により、求められた機能を十分に維持できない問題が生じている。特に、新しい職種であるジェネラルマネージャーの業務量の過多や、事務業務を担う人員確保に困難がある。

緩和ケアセンターの人員に対する財政的支援が必要である。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 (平成26年1月10日)

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制 - (1) 診療機能 - ⑤緩和ケアの提供体制

- イ. 緩和ケアががんと診断されたときから提供されるよう、**がん診療に携わるすべての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。**
 - i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等の**スクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。**
 - ii アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされた疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和ケアする体制を整備すること。

5

苦痛のスクリーニングに関する全国調査結果

- ・ 対象 がん診療連携拠点病院 422施設 (2015年6月時点)
- ・ 回答者 緩和ケアチーム責任者

現在の緩和ケアスクリーニング導入状況	外来		入院	
	施設数	%	施設数	%
導入状況				
導入している	284	75	302	80
導入していない	95	25	77	20
導入範囲	施設数 (n=284)	%	施設数 (n=302)	%
限られた少数 (25%以下) の部署で実施	164	43	91	30
半数以下 (26~50%) の部署で実施	28	7	29	10
半数以上 (51~75%) の部署で実施	23	6	31	10
大多数 (76~99%) の部署で実施	32	8	71	24
すべて (100%) の部署で実施	36	10	78	26

スクリーニング導入の阻害要因	全体% (N=379)	非導入 良好% (n=275)	導入 良好% (n=104)	P値
● スクリーニングのための人員が不足している	54	62	40	<0.01
● スクリーニング対象者を選ぶことが難しい	45	51	33	<0.01
● スクリーニングについて、院内で周知することが難しい	36	42	24	<0.01
● 円滑かつ効果的な実施方法の知識がない	29	35	17	<0.01
● スクリーニングの有用性に関する我が国独自のエビデンスが乏しい	24	25	23	0.69
● スクリーニングについて、IT技術を活用できない	23	25	21	0.49
● スクリーニングについて、院内の多職種で話し合う機会がない	22	26	11	<0.01
● スクリーニング陽性者への対応について院内でコンセンサスを得られない	21	25	13	0.02
● スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がない	21	24	13	0.02

入院・外来双方のセッティングで25%以上の部署でスクリーニングを行っている場合を「導入良好群」、それ以外を「非導入良好群」と定義した

平成27年度厚労科研：汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究班「緩和ケアスクリーニングに関する事例集」

第3回 緩和ケア部会からの意見②

- 苦痛のスクリーニングは、緩和ケアチーム等の緩和ケア担当者の業務として位置づけられていることが多く、組織内での普及がスムーズに進まない問題がある。
- 本来は、がん診療に携わるすべての診療従事者が、日常診療の中で、患者の痛みや気持ちのつらさを十分に汲み取るために、苦痛のスクリーニングを行うことが必要である。



苦痛のスクリーニングは、緩和ケアチームや緩和ケア部会だけの課題ではなく、拠点病院全体の課題として、親会等で検討していくことが必要である。

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業

都道府県内の緩和ケアの医療水準の向上を目指した施設訪問によるピアレビュー

【目的】

- 都道府県全体で、医療水準を向上させていくためのPDCAサイクル確保の標準的方法は未整備である
- 特に、緩和ケアに関しては、画一的な書面のみで評価することは困難である
- 本事業では、拠点病院の緩和ケアの向上を目指し、**同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問を行う。そして、現場で困っていることを中心とした課題の解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善を目指す。**
- 国立がん研究センターは、緩和ケアの質の向上を目指したPDCAサイクル確保に向けた一つの方法として、全国の都道府県が参考にできるよう、本年度の取り組みを整理しモデルとして提示していく。

本件に関するお問合せは、事務局 pcc-office@ml.res.ncc.go.jp 迄お願いします。9

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業 (国立がん研究センターが、都道府県がん拠点を支援)

【スケジュール例】	180'	概要
事前		<ul style="list-style-type: none">● 現況報告等を用いた施設の状況の共有
I. 導入	20'	<ul style="list-style-type: none">● スケジュール概要とレビュー方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介	30'	<ul style="list-style-type: none">● 施設紹介フォームを用いた課題・問題を含む施設の紹介● 質疑応答
III. 施設内見学ヒアリング	60' (80')	<ul style="list-style-type: none">● 該当施設内の見学 (20')● 一般医師・一般看護師へのヒアリングで基本的緩和ケアの確認● 緩和ケアチームへのヒアリングで施設の問題や専門的緩和ケアの確認
IV. 質疑応答意見交換	60'	<ul style="list-style-type: none">● 問題点・課題, 良い取り組みのフィードバック● 対象施設の課題に関する具体的な改善策の検討
V. まとめ	10'	<ul style="list-style-type: none">● 実地調査のまとめ
事後		<ul style="list-style-type: none">● ピアレビュー結果の報告と共有

緩和ケアセンターに関するアンケート

N=49

緩和ケアセンター整備からの期間	施設数	割合(%)
～3カ月	10	20.4
4カ月～1年	5	10.2
1年～2年	22	44.9
2年～	12	24.5

緩和ケアセンターの意義	施設数	割合(%)
各意義を感じていると回答した施設数 (%)		
○苦痛のスクリーニングによって、緩和ケアの早期介入が促進できる	35	71.4
○外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	33	67.4
○がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	33	67.4
○院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	28	57.1
○緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	28	57.1
○多職種によるチーム医療が充実する	25	51.0

1

緩和ケアセンターに関するアンケート

緩和ケアセンターの機能	施設数	割合(%)
各機能について、「4.機能している」または「5.よく機能している」と回答した施設数 (%)		
○ 緩和ケアチームによるチーム医療の提供	46	93.9
○ 緩和ケア外来における専門的緩和ケアの提供	41	83.7
○ 専門看護師や認定看護師によるがん看護外来	35	71.4
○ 外来や病棟等の看護師の連携	37	75.5
○ 緊急緩和ケア病床での症状緩和治療の実施	26	53.1
○ 地域の緩和ケアの提供体制の実情把握	27	55.1
○ 地域の診療従事者との定期的カンファレンスの開催	31	63.3
○ 地域の医療機関を対象にした、相談連絡窓口の設置	37	75.5
○ がん患者とその家族に対する、緩和ケアに関する高次の相談支援	42	85.7
○ がん診療に携わる医療従事者に対する院内研修会等の運営	43	87.8
○ 緩和ケアセンターの運営に関する構成員カンファレンスの開催	43	87.8
○ 緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価【参考】	30	61.2
○ ホームページ等を用いた地域への緩和ケアセンターの広報【参考】	27	55.1

回答方法は「1.全く機能していないと思う」～「5.よく機能していると思う」から選択。

2

緩和ケアセンターに関するアンケート

緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制の取り組み例

- 緩和ケアセンターと相談支援センターを近くに設置し、緊密な連携を図っている（多数施設）。
- 緩和ケアセンタースタッフと相談支援センタースタッフを兼任にし、円滑な情報共有と対応体制を作っている（多数施設）。
- 相談支援部門に専門看護師・認定看護師を配置し、専門的な相談対応を行う（多数施設）。
- 相談内容に応じたトリアージのためのフロー図や担当表を作成（都駒込、高知）。
- 緩和ケアセンターと相談支援センターが協同し、患者支援のための活動企画や開催を行っている（秋田、千葉、九がん、大分）。

3

緩和ケアセンターに関するアンケート

緩和ケアセンターの機能に関する課題

- センターの役割の明確化と院内周知。
- 緊急緩和ケア病床の円滑な運用。
- 緩和ケアセンターを十分に機能させるためのマンパワーが不足。
- 地域の現状把握や連携体制の構築。
- 相談支援センターとの連携が不十分。
- 緩和ケア外来の拡充。
- がん看護外来のアクティビティの向上。
- 外来・病棟・チームの有機的な統合。
- 院内の緩和ケアの質の評価。

4

緩和ケアセンターに関するアンケート

緩和ケアセンターの整備に関する意見

- 求められる機能に対応するためには、人員配置数が不足している。（特に、専従医師・看護師・事務作業を担当する者）
- 人員配置や組織上の位置づけは整備されたが、実際に提供している緩和ケアの質の評価が担保されていないため、患者のQOL向上に寄与しているのか不明である。
- 求められる機能を十分に維持させるためのインセンティブがあるとよい。
- 緩和ケアセンターの整備要件が、病院全体でとらえるとバランスを欠いている状況が懸念される。

5

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

N=49

ジェネラルマネージャーの背景	人数	割合(%)	平均経験年数* (SD)
○ 緩和ケア病棟以外の部門の管理者（師長・副師長）の経験がある	46	93.9	8.1(5.4)
○ 緩和ケアチームの専従看護師の経験がある	17	34.7	3.4(2.0)
○ 緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験がある	14	28.6	4.5(3.2)
○ 緩和ケア病棟の管理者（師長・副師長）の経験がある	9	18.4	4.4(2.8)
○ 緩和ケア病棟のスタッフ（主任・副主任も含む）の経験がある	4	8.2	3.5(2.4)

*経験があると回答した人の平均経験年数

ジェネラルマネージャーの役割の中で重要だと思うことTOP3	人数	割合(%)
○ 他部門との交渉・連携	24	49.0
○ センター関係スタッフ間の調整・連携強化	18	36.7
○ 院内の緩和ケア提供体制の現状把握と評価	18	36.7
○ 人材育成, 教育啓発	16	32.7
○ 院内外への緩和ケアセンターに関する周知活動	14	28.6
○ 苦痛のスクリーニング体制の構築	12	24.5
○ 地域の医療従事者との連携	11	22.4
○ がん看護外来の運営	9	18.4
○ 院内の緩和ケア提供体制の構築	8	16.3
○ スタッフ間のコミュニケーションの円滑化	5	10.2
○ その他	5	10.2

6

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーとして担う役割	人数	割合(%)
7割以上が担っていると回答した人数(%)		
【組織づくり】		
○ 緩和ケアセンターのメンバーとともに目標や目的の明確化	44	89.8
○ 緩和ケアセンターのメンバー間の役割分担の明確化	43	87.8
【院内関係部門との調整】		
○ 苦痛のスクリーニングの実施体制の構築	44	89.8
○ 緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動	42	85.7
○ 関係する外来や病棟との直接の交渉や調整	40	81.6
○ 院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営	37	75.5
○ がん看護外来の設置や運営	35	71.4
【緩和ケアに関する情報の収集・評価】		
○ 緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握	42	85.7
○ 緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計	36	73.5

7

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

GM以外の看護師が緩和ケアセンターで担う役割

- 緩和ケアチーム活動
- がん看護外来, 緩和ケア外来担当
- 外来初診時やIC時の同席やがん患者指導管理の実施
- 困難事例の対応や、患者・家族・市民の相談対応
- スクリーニングの運営やスクリーニング後の看護介入
- 研修会の運営や講師、リンクナースやスタッフの教育
- 診療科・外来病棟のカンファレンスやカンサーボードの参加
- 関係部署との交渉や調整
- 緩和ケアの提供体制に関する院内・地域の現状把握
- 緩和ケアセンター活動の活動実績の集計
- 地域の医療福祉従事者の相談窓口やカンファレンスの企画運営
- 県内拠点病院緩和ケア部会の事務運営

8

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

相談員が緩和ケアセンターで担う役割

- 緩和ケアチームへのトリアージ業務や情報共有
- 相談支援センターとの連携
- 社会資源の活用や就労支援等社会的問題への対応
- 在宅療養や転院に関する支援
- 在宅療養支援機関の情報収集や連携体制の構築
- 地域の医療福祉従事者の相談窓口の運営
- 地域の患者や市民への普及啓発活動
- 県内の相談支援部会の企画運営
- 患者教室、がんサロン・サポートグループの運営
- 緩和ケア研修会の事務業務

9

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

緩和ケアセンターの看護師や相談支援のメンバーとの役割分担で配慮していること

- スタッフ間で重なる役割を整理し、より専門性が尊重される役割分担になるよう配慮している。
- 年度末に次年度の活動計画を立案する際、役割分担を決定し、責任をもって活動してもらう。
- 他部署と兼任のスタッフが多いので、各役割をどの立場で担うのかを明確にしている。
- 各対応で困難や不安がある場合は、相談や協力体制をとること。
- スタッフ間で業務量に偏りが無いように調整をする。
- 専門職として干渉しすぎないようにする。

10

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

ジェネラルマネージャー（GM）の活動を妨げる要因	人数	割合(%)
各要因について、「3.少しそう思う」「4.そう思う」「5.とてもそう思う」と回答した人数（%）		
○ 院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	41	85.4
○ GMの役割が不明瞭である	34	69.4
○ GMの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	31	63.3
○ 自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	31	63.3
○ 緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	24	49.0
○ 院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	24	51.1
○ GMの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	23	46.9
○ 緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	9	18.4

回答方法は、「1.そう思わない」～「5.とてもそう思う」から選択。

11

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題

- 役割の明確化と周知活動。
- がん看護外来の充実や外来看護業務の支援・強化。
- 外来・病棟等、関連部署との連携強化のシステム構築。
- 院内外の緩和ケア提供体制の現状把握と、目標設定。
- 地域の医療機関とのネットワークづくりや連携強化。
- 後継者等の人材育成，人材確保。
- 緩和ケアセンターの活動の可視化と関連部署へのアピール。
- 交渉力・調整力・推進力・情報収集や処理能力の向上。
- 管理業務と実務の両立。
- GM間の情報共有や意見交換。

12

ジェネラルマネージャーに関するアンケート

ジェネラルマネージャーの意義

- 緩和ケアに関する窓口が一本化したことで、院内の課題が把握しやすくなった。
- 緩和ケアセンターの活動全体を管理できるようになり、院内各部署での緩和ケアの推進や部署間の連携が促進された。
- 組織への交渉や他部門との調整などをセンター長と連携して担うことで、院内の緩和ケアシステムが構築しやすくなる。
- がん看護専門看護師として、専門的なケアを提供できる体制を整備しやすくなる。
- 医師以上の権限を持つことで、管理業務を十分に担うことができる。
- 地域連携や在宅支援部門を集約することで、地域の緩和ケア提供体制を把握しやすくなる。

緩和ケアセンターに関するアンケート

N=49

緩和ケアセンター整備からの期間

施設数 割合(%)

	施設数	割合(%)
～3カ月	10	20.4
4カ月～1年	5	10.2
1年～2年	22	44.9
2年～	12	24.5

緩和ケアセンターの機能

施設数 割合(%)

各機能について、「4.機能している」または「5.よく機能している」と回答した施設数 (%)	施設数	割合(%)
○ 緩和ケアチームによるチーム医療の提供	46	93.9
○ 緩和ケア外来における専門的緩和ケアの提供	41	83.7
○ 専門看護師や認定看護師によるがん看護外来	35	71.4
○ 外来や病棟等の看護師の連携	37	75.5
○ 緊急緩和ケア病床での症状緩和治療の実施	26	53.1
○ 地域の緩和ケアの提供体制の実情把握	27	55.1
○ 地域の診療従事者との定期的カンファレンスの開催	31	63.3
○ 地域の医療機関を対象にした、相談連絡窓口の設置	37	75.5
○ がん患者とその家族に対する、緩和ケアに関する高次の相談支援	42	85.7
○ がん診療に携わる医療従事者に対する院内研修会等の運営	43	87.8
○ 緩和ケアセンターの運営に関する構成員カンファレンスの開催	43	87.8
○ 緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価【参考】	30	61.2
○ ホームページ等を用いた地域への緩和ケアセンターの広報【参考】	27	55.1

回答方法は「1.全く機能していないと思う」～「5.よく機能していると思う」から選択。

緩和ケアセンターの意義

施設数 割合(%)

各意義を感じていると回答した施設数 (%)	施設数	割合(%)
○ 苦痛のスクリーニングによって、緩和ケアの早期介入が促進できる	35	71.4
○ 外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	33	67.4
○ がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	33	67.4
○ 院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	28	57.1
○ 緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	28	57.1
○ 多職種によるチーム医療が充実する	25	51.0
○ 緩和ケアに関する院外向けの教育啓発活動がしやすくなる	24	49.0
○ 地域の医療機関との連携の円滑化する	23	46.9
○ 緩和ケアに関する業務の効率化が図れる	19	38.8
○ その他	3	6.1

緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

N=49

ジェネラルマネージャーの背景	人数	割合(%)	平均 経験年数*	(SD)
○ 緩和ケア病棟以外の部門の管理者（師長・副師長）の経験がある	46	93.9	8.1	(5.4)
○ 緩和ケアチームの専従看護師の経験がある	17	34.7	3.4	(2.0)
○ 緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験がある	14	28.6	4.5	(3.2)
○ 緩和ケア病棟の管理者（師長・副師長）の経験がある	9	18.4	4.4	(2.8)
○ 緩和ケア病棟のスタッフ（主任・副主任も含む）の経験がある	4	8.2	3.5	(2.4)

*経験があると回答した人の平均経験年数

緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーとして担う役割	人数	割合(%)
各役割を担っていると回答した人数 (%)		
【組織づくり】		
○ 緩和ケアセンターのメンバーとともに目標や目的の明確化	44	89.8
○ 緩和ケアセンターのメンバー間の役割分担の明確化	43	87.8
○ 緩和ケアセンターを組織上の機能として位置づけ、規約の作成	14	28.6
○ 緩和ケアセンターのメンバーの選定と人員の確保	11	22.5
○ 緩和ケアセンターの設置場所の確保	6	12.2
○ 緩和ケアセンター整備のための準備委員会の立ち上げ	4	8.2
【院内関係部門との調整】		
○ 苦痛のスクリーニングの実施体制の構築	44	89.8
○ 緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動	42	85.7
○ 関係する外来や病棟との直接の交渉や調整	40	81.6
○ 院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営	37	75.5
○ がん看護外来の設置や運営	35	71.4
○ 外来や病棟看護師との看護カンファレンスの企画・運営	34	69.4
○ 関係する診療科との直接の交渉や調整	25	51.0
○ 病院長など病院執行部との直接の交渉や調整	17	34.7
【地域との連携システムの構築】		
○ 地域の医療福祉従事者とのカンファレンスや研修等の企画・運営	30	61.2
○ 緊急緩和ケア病床の確保や運営	22	44.9
○ 緩和ケアセンターに関する地域の医療福祉従事者への周知活動	18	36.7
○ 地域の患者や市民への緩和ケアに関する普及啓発・広報活動	18	36.7
○ 地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営	12	24.5
【緩和ケアに関する情報の収集・評価】		
○ 緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握	42	85.7
○ 緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計	36	73.5
○ 緩和ケアの提供体制に関する地域の現状把握	17	34.7
【困難なケースの対応】		
○ 緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応	28	57.1

ジェネラルマネージャーの役割の中で重要だと思うことTOP3	人数	割合(%)
○ 他部門との交渉・連携	24	49.0
○ センター関係スタッフ間の調整・連携強化	18	36.7
○ 院内の緩和ケア提供体制の現状把握と評価	18	36.7
○ 人材育成, 教育啓発	16	32.7
○ 院内外への緩和ケアセンターに関する周知活動	14	28.6
○ 苦痛のスクリーニング体制の構築	12	24.5
○ 地域の医療従事者との連携	11	22.4
○ がん看護外来の運営	9	18.4
○ 院内の緩和ケア提供体制の構築	8	16.3
○ スタッフ間のコミュニケーションの円滑化	5	10.2
○ その他	5	10.2

ジェネラルマネージャー（GM）の活動を妨げる要因	人数	割合(%)
各要因について、「3.少しそう思う」「4.そう思う」「5.とてもそう思う」と回答した人数（%）		
○ 院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	41	85.4
○ GMの役割が不明瞭である	34	69.4
○ GMの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	31	63.3
○ 自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	31	63.3
○ 緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	24	49.0
○ 院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	24	51.1
○ GMの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	23	46.9
○ 緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	9	18.4

回答方法は、「1.そう思わない」～「5.とてもそう思う」から選択。

臨床研究部会からの報告

国立がん研究センター研究支援センター
/中央病院臨床研究支援部門
福田治彦

活動報告

1. 部会開催：2015年度、2016年度 — なし
 - 2014年度の部会において、CRCの育成・教育の推進に資する活動に取り組むことが決定
2. CRC教育ワーキンググループ

CRC教育ワーキンググループ

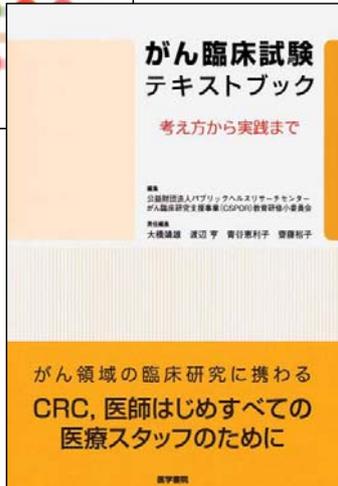
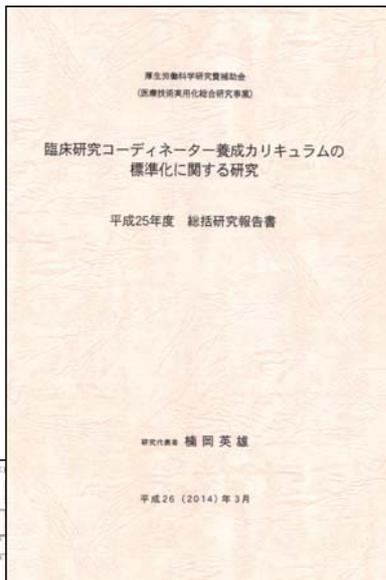
■ CRC教育WGのミッション&スコープ

- **がん臨床試験に携わるCRCを対象とした標準カリキュラムを策定する**
 - 既存の教材は最大限活用して無駄な重複を避ける
 - 治験に関する教育ではなく**研究者主導臨床試験**の支援に資するものとする
 - 医薬品の臨床試験だけでなく**外科治療や放射線治療**の臨床試験にも対応する
 - CRC が習得すべき知識・スキルの全体像の見える化を図る

■ WGメンバー

- **臨床研究支援部門の管理者＋CRCの計2名ずつ**
 - 東北大学病院、茨城県地域がんセンター、がん研究会有明病院、
 - 新潟県立がんセンター新潟病院、金沢大学附属病院、静岡がんセンター、
 - 愛知県がんセンター中央病院、京都大学医学部附属病院、
 - 島根大学医学部附属病院、山口大学医学部附属病院、四国がんセンター、
 - 九州がんセンター、九州大学病院、国立がん研究センター中央病院 14病院
- **グループリーダー：静岡がんセンター 安井博史 先生**
- **グループサブリーダー：山口大学 古川裕之 先生**
- **2015.8.31、2016.2.9、2016.5.16 計3回開催**

既存の教材



項目	内容	担当
1. がん臨床試験の概要	がん臨床試験の種類、目的、実施の流れ	安井博史
2. 臨床研究コーディネーターの役割	臨床研究コーディネーターの役割、必要なスキル	古川裕之
3. 治験の倫理と法規制	治験の倫理、IRBの審査、GCPの遵守	安井博史
4. 治験の計画と実施	治験の計画、実施のモニタリング	古川裕之
5. 治験の終了と評価	治験の終了、結果の評価	安井博史

がん領域の臨床研究に携わる
CRC, 医師はじめすべての
医療スタッフのために

カリキュラム案

■ がん臨床研究に携わるCRC教育カリキュラム素案（一部）

	初級 CRC 養成カリキュラム	上級 CRC 養成カリキュラム 勤務経歴 5 年以上、CRC として 3 年以上	WG 事務局案(初級) 青字	WG 事務局案(上級) 青字
7	Project management プロジェクトマネジメント	Project management プロジェクトマネジメント	Project management プロジェクトマネジメント	Project management プロジェクトマネジメント
スキル	臨床研究の実施に必要な組織・人を説明できる 治験依頼者や研究の中央支援機構(セントラル)の役割を説明できる	臨床研究の多様性を理解し、それに対応するための実施体制を説明できる	WG スコープ外	
講義	・企業治験における治験依頼者の役割 ・医師主導の臨床研究の実施体制	・臨床研究におけるプロジェクトマネジメントの本質と実施施設への適用		
8	Quality management 品質管理	Quality management 品質管理 (非該当)	Quality management 品質管理	Quality management 品質管理
スキル	治験・臨床研究の成績の信頼性を確保するための品質管理・品質保証、および実地調査の目的・方法を説明できる		多施設共同臨床研究における品質管理・品質保証について説明できる	多施設共同臨床研究における品質管理・品質保証について説明できる
講義	・モニタリング・監査、規制当局による GCP 実地調査の目的と方法		・多施設共同臨床研究におけるモニタリング ・多施設共同臨床研究における監査	・JCTN-モニタリングガイドラインの活用 ・JCTN-監査ガイドラインの活用
9	Data management データマネジメント	Data management データマネジメント	Data management データマネジメント	Data management データマネジメント
スキル	データの質が結果に与える影響を理解し、原資料のあり方、適切な記入・入力要領を説明できる	データ完全性 data integrity の概念を理解し、データマネジメントの質が研究結果に与える影響を説明できる	がん臨床試験に特徴的なデータの質を理解する	がん臨床試験に特徴的なデータの質と、研究結果に与える影響について説明できる
講義	・臨床研究におけるデータマネジメントの目的と方法	・データの完全性の概念と、データマネジメントが研究結果に与える影響	・CRF 記入 ・がん臨床試験に特徴的なデータ	・がん臨床試験に特徴的なデータの概念と、データマネジメントが研究結果に与える影響

楠岡班のカリキュラム
初級CRC/上級CRC

がんの研究者主導臨床試験に必要なものをWGで補完

シラバス案

8 Quality management 品質管理

8	Quality management 品質管理	
授業科目の目標	治験・臨床研究の成績の信頼性を確保するための品質管理・品質保証、および実地調査の目的・方法を説明できる	
テーマ	品質管理・品質保証	
サブテーマ	モニタリング・監査、 規制当局による GCP 実地調査の目的と方法	多施設共同臨床研究における モニタリングと監査 多施設共同臨床研究における 有害事象報告
概要		
1. 治験、臨床試験データの品質管理、品質保証の重要性	JCTN ガイドラインの紹介	
2. 治験依頼者のモニタリング・監査の目的、位置づけ、違いについて	モニタリング	
3. モニタリング・監査の実際	監査	
4. PMDA による GCP 実地調査の実際	有害事象報告	

9 Data management データマネジメント

9	Data management データマネジメント	
授業科目の目標	データの質が結果に与える影響を理解し、原資料のあり方、適切な記入・入力要領を説明できる	
テーマ	データマネジメント	
サブテーマ	臨床研究におけるデータマネジメントの目的と方法	がん臨床試験におけるデータマネジメントの目的と方法
概要		
1. 臨床研究におけるデータマネジメントの目的	1.がん臨床試験におけるデータマネジメントの目的	
2. 原資料の信頼性	2.CRF 記入	
3. データマネジメントの実施体制	3.原資料の保管	
4. 実施施設におけるデータマネジメントの役割	4.RECIST による効果判定	
5. データ収集の方法	5.QOL 調査とその後のフォロー	
6. 原資料の管理		
7. 症例報告書作成のプロセス		

楠岡班のシラバス

がんの研究者主導臨床試験に必要なものをWGで補完

ポータルサイト案（イメージ）

がん情報サービス ganjoho.jp 医療関係者向けサイト

検索

診療支援

研修・セミナー

多地点テレビカンファ

がん相談支援

予防・検診

拠点病院連絡協議会

臨床研究部会

CRC教育ポータルサイト

■CRC教育ツール ■研修会・セミナー ■Q&A・質問コーナー ■相互施設訪問支援

■CRC教育ツール

- ・CRC教育カリキュラム
- ・シラバス

■がん臨床研究のための研修会・セミナー

- ・研修会・セミナー一覧

■がん臨床試験に関するQ&A・質問コーナー

- ・Q&A集
- ・質問窓口

■相互施設訪問支援コーナー

- ・相互施設訪問を希望する方はこちら

都道府県がん診療連携拠点
病院連絡協議会

開催記録

活動報告

臨床研究部会

セミナー名	主催
CRCと臨床試験のあり方を考える会議	臨床試験支援財団 http://www.ctpf.or.jp/
上級者臨床研究コーディネーター（CRC）養成研修	日本医療研究開発機構 http://www.amed.go.jp/program/list/05/02/054.html
データマネージャー養成研修	日本医療研究開発機構 http://www.amed.go.jp/program/list/05/02/054.html
国公私立大学病院医療技術関係職員研修	東京大学医学部附属病院 http://www.h.u-tokyo.ac.jp/oshirase/
日本癌治療学会アップデート教育コース	日本癌治療学会 http://www.jsco.or.jp/jpn/
教育セミナー	日本臨床試験学会 http://www.j-sctr.org/
CRCアドバンスト研修会	日本臨床薬理学会 https://www.jscpt.jp/
CRC養成研修会	日本病院薬剤師会 http://www.jshp.or.jp/
開催イベント（セミナー、シンポジウム）	ARO協議会 http://www.aro.or.jp/_events/

情報提供・相談支援部会

緩和ケア部会

連絡担当者情報様式

CRC教育WGの課題

- カリキュラム案とシラバス案の確定
 - 項目ごとに ICR-web講義や推薦図書へのナビゲーション（何を見に行けばよいか・・・のインストラクション）
 - 部会内での review
- ポータルサイトの設計
 - 「がん情報サービス」内に設置予定
 - がん対策情報センターより支援いただく
- CRCキャリアラダーの作成
 - 静岡がん/がん研有明/国がん中央のチームで素案作成中
 - WGで検討
 - 部会内外への広報

がん対策の課題と その解決策に関するアンケート

①医療関係（放射線療法，化学療法，手術療法，緩和ケア，在宅医療，希少がん，病理診断，医療機関の整備，医科歯科連携 等について）

課題

拠点病院のあり方と医療の質の均てん化

- 大都市圏では、都府県を越えた拠点病院のあり方の検討が必要
- 都道府県内の拠点病院間での連携が不十分
- 標準的治療や診療の質の担保における病院間の格差
- 各都道府県での拠点病院の均てん化の調査やチェック体制がない

放射線治療の体制

- 高精度放射線治療体制の整備が遅れている地域がある
- 放射線治療における品質管理

拠点病院と在宅医療との連携、多職種連携

- 在宅での治療や療養生活へ移行する際のサポート体制が不十分
- 医科歯科連携（特に院外の歯科医療機関との連携）の体制が不十分

人材育成

- 医療従事者の業務量過多と業務の煩雑化
- 専門医療従事者（特に、放射線治療医、医学物理士、病理診断医、緩和ケア担当者）の確保が困難
- 専門事務担当者の確保が困難

①医療関係（放射線療法，化学療法，手術療法，緩和ケア，在宅医療，希少がん，病理診断，医療機関の整備，医科歯科連携 等について）

課題の解決策

拠点病院のあり方と医療の質の均てん化

- 都府県を越えた拠点病院間の協議会を設置する（がん研有明）
- 定期連絡会議や共同カンファレンスなどで連携を密にする（岐阜）
- 診療機能による集約化（複数施設）
- 拠点病院の評価指標の開発や外部調査の実施（同上）

放射線治療の体制

- 高精度放射線治療を行う施設の集約化（複数施設）
- 品質管理担当部門の設置や品質管理体制の充実（同上）

拠点病院と在宅医療との連携、多職種連携

- 地域の在宅療養を支える医療資源の確保と人材育成を図る（茨城）
- 地域歯科医師会との関係強化や連携体制の整備（複数施設）

人材育成

- 学会等と協力して専門医等の養成を推進する（東北大）
- 拠点となる施設での教育・研修体制の整備（複数施設）
- 拠点病院における一定期間の教育のプログラム化（新潟）

①医療関係（放射線療法，化学療法，手術療法，緩和ケア，在宅医療，希少がん，病理診断，医療機関の整備，医科歯科連携 等について）

拠点病院として取り組むべきこと

- ①－1 がん医療の質の均てん化
- ①－2 放射線治療の品質管理及び治療体制の整備
- ①－3 化学療法における連携の強化
- ①－4 地域の在宅医療との連携強化
- ①－5 人材育成

①－1 がん医療の質の均てん化

現在、拠点病院に求められていること

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件には、以下のように記載されている。

【地域がん診療連携拠点病院】

Ⅱ-6. PDCAサイクルの確保- (2)

都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

【都道府県がん診療連携拠点病院】

Ⅳ-1. 都道府県における診療機能強化に向けた要件- (3)

地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対し、診療機能や診療実績等の情報提供を求め、必要に応じ、実地調査を行うこと等により、当該都道府県内のがん診療等の状況に関する情報を収集、分析、評価し、改善を図ること。

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（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）より抜粋

①－1 がん医療の質の均てん化

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

質の評価

- 拠点病院に見合う評価指標の開発と普及を急ぐ必要がある。都道府県拠点病院の事務局機能の充実、がん診療連携協議会での情報交換・共有の改善が必要（四国）。
- レジメンの適応や支援療法が適切になされているかなどの現状把握をする必要がある（宮崎）。
- 外部調査が求められる（鹿児島）。

適切な診療の実施

- 高齢者に対する薬物療法の診療指針を策定する（静岡）。

【これまでの国での取り組み】

- ・PDCAフォーラムの開催（国立がん研究センター、平成28年2月13日開催）
- ・QIの指標設定（国立がん研究センター、基本計画の中間評価等に活用）
- ・緩和ケアのピアレビューの実施（国立がん研究センター）

- ・拠点病院で提供されるがん医療の質を評価する指標を確立し計測していくこと、アウトカムである患者調査等を継続的に実施していくことが必要。
- ・また、これらの客観的な指標を活用しながら、がん医療の質を向上させていくためのPDCAサイクルを確保していくことにより、全国のがん医療の質の均てん化をより一層推進していくことが必要。
- ・さらに、拠点病院の整備状況の評価についても、ストラクチャーを重視したものから、診療の質を重視したものに移行していくことについて議論していくべきではないか。

①－２ 放射線治療の品質管理及び治療体制の整備

現在、拠点病院に求められていること

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件には、以下のように記載されている。

【地域がん診療連携拠点病院】

Ⅱ-1-(1) ③放射線治療の提供体制-イ

第三者機関による出力線量測定を行う等、放射線治療の品質管理を行うこと。

また、「がん対策推進基本計画」には、以下のように記載されている。

第4 分野別施策と個別目標

1 (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

○放射線治療の推進

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、（以下省略）

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。

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（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）、
「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）より抜粋

①－２ 放射線治療の品質管理及び治療体制の整備

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

品質管理

- 品質管理担当部門の設置をがん診療拠点病院の必須条件とする（岐阜）。
- 精度の高い安全な治療を行うため、品質管理体制を充実するとともに、教育・研究体制を強化する（静岡）。
- 病院において日常照射業務を施行せず、機器の質的管理、治療計画の検証を行う医学物理士職を職制として確立することが必要（国がん中央）。

集約化

- 治療体制整備の遅れている地域では、国・県が主導して、高精度放射線治療を行う施設の集約化を目指す（秋田）。
- 各種がんに関してある程度の集約化が必要。それぞれのがんの種類により推奨すべき治療施設を選定し、症例を集約化することで治療成績の向上につなげる（琉球）。

【これまでの国での取り組み】

- 放射線治療の品質管理に対する支援の実施（国立がん研究センター）

- 今後、放射線治療の品質管理体制をより一層強化していく取り組みが必要。
- また、放射線治療の集約化に関する議論を行っていくべきではないか。

①－3 化学療法における連携の強化

現在、拠点病院に求められていること

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件には、以下のように記載されている。

【地域がん診療連携拠点病院】

Ⅱ-1診療体制

(1) 診療機能

④ 化学療法の提供体制

ウ 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すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、カンサーボードと連携協力すること。

⑥ 病病連携・病診連携の協力体制

イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、放射線療法、化学療法又は緩和ケアの提供体制に関する相談など、地域の医療機関の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（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）より抜粋

①－3 化学療法における連携の強化

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

- a. 標準的治療や効率的な診療体制の確立のために、化学療法チームのネットワークを活用する（神奈川）。
- b. カンサーボードの活用による院内の連携強化と、テレビ会議システムを活用した多施設でのカンサーボードの実施や臨床研究の地域内での活性化をはかり、県民に国際水準の標準治療を提供し、がん治療の均てん化を進める組織の構築ならびに、運用を実施する（島根）。
- c. 薬物療法を施行する病院と、ホスピスなどの緩和ケアを担う病院とのシームレスな連携が必要。その他の病院で発生した有害事象に対する、医療機関からの相談窓口や、当該病院では、対応できない重篤な化学療法関連有害事象を受け入れる部門が必要（大阪）。

【これまでの国での取り組み】

・ 地域におけるがん化学療法研修実施にかかる指導者養成研修を実施し、がん診療連携拠点病院と地域のがん化学療法の医療レベルの向上及びがん医療の均てん化を図っている（国立がん研究センター）

拠点病院と地域の医療機関等との化学療法における連携を、より一層強化していくことが必要。

①－４ 地域の在宅医療との連携強化

現在、拠点病院に求められていること

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件には、以下のように記載されている。

【地域がん診療連携拠点病院】

Ⅱ-1-(1) ⑥病病連携・病診連携の協力体制-ア

地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、2次医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

また、「がん対策推進基本計画」には、以下のように記載されている。

第4 分野別施策と個別目標

1-(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

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。

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（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）、
「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）より抜粋

①－４ 地域の在宅医療との連携強化

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

- a. 地域において在宅療養を支える医療資源の確保と人材の育成を図っていくための施策を講じることが必要（茨城）。
- b. 早期退院後の受け入れ施設整備、通院治療の支援、在宅療養と入院看取りとの連携を図る（静岡）。
- c. 人口規模で必要な緩和ケア病床数、在宅医療機関数を策定し、がん拠点病院で治療を受けた患者が適切に緩和ケア病床や在宅医療に移行していることを調査し、全国的に情報公開する（鳥取）。

【これまでの国での取り組み】

- ・平成28年診療報酬改定において、外来で治療を受けるがん患者を、適切な時期に、外来から在宅へ連携した場合に評価されることとなった（厚生労働省）
- ・がん医療における地域連携を促進する「地域緩和ケア連携調整員」の育成（国立がん研究センター）

拠点病院が積極的に地域の関係者とネットワークを構築し、急性期病院と在宅医療機関との連携を、より一層推進していくことが必要。

①－5 人材育成

現在、拠点病院に求められていること

「がん対策推進基本計画」には、以下のように記載されている。

第4 分野別施策と個別目標

1 がん医療

(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。

「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）より抜粋

①－5 人材育成

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

拠点病院での人材の育成

- 人材育成についてもセンター病院での研修体制を整備するなど、地域病院間で役割分担することで、相補的な体制を構築する（栃木）。
- 新専門医制度の中でがん診療連携拠点病院での一定時間の教育をプログラム化していただきたい。がん診療連携拠点病院の要件を、先進的な診療内容を加味し、ある程度、集約化された施設での人材育成を行う（新潟）。
- 都道府県がん診療連携拠点病院が中心となりがん医療の専門医、看護師、技師等の人材育成に積極的に取り組む必要がある（岐阜）。

拠点病院での人材の配置

- がん拠点病院の規模に応じた専門職の人数を規定し、それに適合する医療者育成支援の実施により、専門職が専門の部門で勤務できるような仕組みを作る（鳥取）。
- がん診療連携拠点病院の専従担当事務の配置を必須とする（岡山）。

【これまでの国での取り組み】

- 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」による人材育成（文部科学省）
- 拠点病院の各医療従事者に対する研修の実施（国立がん研究センター）

拠点病院での人材の育成及び人材の確保を着実に推進していくことが必要。

今後、全国のがん医療の質の向上及び均てん化を図るため、がん診療連携拠点病院においては、

- ・ 拠点病院を中心としたネットワークの構築等による連携の強化
- ・ 専門家等を含めた適切な人材の育成及び人材の確保
- ・ 客観的な指標の選択・決定と継続的なモニタリングによる質の担保

により、これらの施策を着実に実現することが求められる。

また、がん診療連携拠点病院の整備状況の評価についても、ストラクチャーを重視したものから、診療の質を重視したものに移行していくことが必要ではないか。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

総論

これまで均てん化を目指してがん診療提供体制の整備を進めてきたが、今後、がん診療提供体制はどうあるべきか。

各論

- ・ がんゲノム医療
- ・ がん医療に関する情報提供
- ・ がん診療連携拠点病院等における医療安全
- ・ がんの放射線治療
- ・ 「がん診療連携拠点病院等の指定の検討会」における

論点

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース等を踏まえた特定機能病院の承認要件の見直しについて
平成28年2月17日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000112714.html>

		経過措置について				
		H28.4	H28.10	H29.4	H30.4	
		経過措置期間		適用期間		
1.	(1) ①	医療安全管理責任者の配置	■	■	■	■
		医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への専従	■	■	■	■
	(1) ②	医療安全に資する診療内容のモニタリング等	■	■	■	■
		インシデント・アクシデント等の報告	■	■	■	■
	(1) ③	内部通報窓口の設置	■	■	■	■
		医薬品情報の周知、適応外、禁忌等の処方確認、指導	■	■	■	■
	(1) ④	管理者における医療安全管理経験の要件化マネジメント層向け研修の受講	■	■	■	■
		① 監査委員会による外部監査	■	■	■	■
	(1) ②	② 病院間相互のピアレビュー	■	■	■	■
		③ 取組に応じた評価・公表の仕組み、診療報酬上の対応の検討	引き続き検討を実施			
2.	(1)	ICの適切な実施の確認等の責任者の配置、実施状況の確認	■	■	■	■
	(2)	診療録の確認等の責任者の配置及び診療録の内容の確認等	■	■	■	■
3.		高難度新規医療技術の実施に係る承認部門の設置、規程の作成の遵守状況の確認等	■	■	■	■
4.		職員研修の必須項目の追加等	■	■	■	■

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会

次期基本計画策定に向け議論すべき項目のうち、「緩和ケア」については、本検討会において課題や対応案を議論し、平成28年8月目途に提言をがん対策推進協議会へ報告し、協議会は提言を踏まえて次期基本計画に盛り込むべき事項を議論する（平成28年9月以降）。

本検討会においては、がん等における緩和ケアの提供体制について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討する。

(1) 下記ア～ウに関する具体的な対策

- ア. がん診療を担う医療機関における緩和ケア提供体制のあり方
- イ. すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策
- ウ. 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方

(2) 緩和ケアの充実に向けたその他の具体的な対策

第1回 平成28年5月30日

第2回 平成28年6月27日

②相談支援，情報提供，就労支援について

課題

人員の不足

- 相談員の確保が困難
- 情報提供に係る専門の部署がない

周知不足、認知度の低さ

- 相談支援センターの存在や業務内容があまり知られていない
- 就労支援の取り組み内容があまり知られていない

相談支援の評価

- がん相談の定義が曖昧なため、相談件数としての計上が困難
- 相談支援の質の維持や評価が困難

就労支援

- 拠点病院だけの取り組みには限界がある
- 企業側の理解不足

情報提供

- 災害時の対応が不十分

②相談支援，情報提供，就労支援について

課題の解決策

人材育成と予算の確保

- 人員配置の基準や役割の明確化（複数施設）
- 研修の機会の増加（同上）
- 国の予算措置や診療報酬の改定（同上）

周知、普及啓発

- 行政や学会等と連携した周知、広報を図る（複数施設）

相談支援の評価

- 「がん相談」の定義の明確化やカウント方法の統一（鳥取、山口）
- より専門的な職種の配置や研修受講などの要件の見直し（複数施設）

就労支援

- 関係機関、行政機関等との連携強化（複数施設）
- 企業側への周知・働きかけ（同上）
- 経済的負担の軽減や雇用のための制度の充実（同上）

情報提供

- 災害時の情報の集約と連携に係る体制の整備（大分、鹿児島）

③がん登録について

課題

人員や財源の不足

- 登録実務者の確保が困難
- 体制整備のための予算が減り、職員の雇用や研修参加の負担が大きい

精度管理

- 拠点病院間で登録精度にばらつきがある
- 登録の精度管理が不十分

データの利用

- データを研究に利用しにくい

データ公表のあり方

- データ公表の仕方の検討

周知

- 必要性があまり認識されていない

③がん登録について

課題の解決策

人員・予算の確保や人材育成

- 登録実務者の位置づけ、指定要件の見直し（複数施設）
- 登録実務者が研修会に参加しやすい環境整備（同上）
- 財政支援（同上）
- 登録業務の効率化（京大）

精度管理

- 精度指標の提示と公開（岩手）
- 間違った登録のフィードバック（鳥取）
- 実務者同士での情報共有（複数施設）

データの利用

- データを利用しやすい体制の整備（複数施設）
- 他のデータとの連携（同上）

データの公表・周知

- 正確で分かりやすい形での公表（複数施設）
- 国民に情報を還元し、がん登録の必要性・重要性を周知する（同上）

④その他（がん予防，がん検診，がん研究，がん教育 等について）

課題

がん予防

- たばこ対策にもっと取り組むべき
- がんのリスクや予防に関する普及啓発が不十分

がん検診

- 受診率、精密検査受診率が低い
- 精度管理が不十分
- 職域検診の実態（正確な受診率）が把握できていない
- データベースの構築を進めるべき

がん研究

- 拠点病院間で臨床試験・臨床研究等の実績にばらつきがある
- 臨床試験・臨床研究に携わる人材（専門医、CRCなど）の不足

がん教育

- 学校教育で用いる共通の教材、ガイドラインなどの不足
- 外部講師の人材確保が困難

④その他（がん予防，がん検診，がん研究，がん教育 等について）

課題の解決策

がん予防

- 拠点病院におけるたばこ対策の強化（複数施設）
- 拠点病院におけるがん予防に関する普及啓発（滋賀、鳥取）

がん検診

- 国民、患者への普及啓発（複数施設）
- 拠点病院の検診機能の充実及び積極的な関与（大阪、四国）
- 受診率向上及び精度管理を行う専門機関の設置（がん研有明、新潟）
- 健保組合と協働した調査による職域検診の実態把握（三重）
- 行政やがん検診事業者と拠点病院との連携の強化（奈良、四国）
- 拠点病院を中心としたがん検診のデータベース化及びがん登録等を活用した評価により、適切ながん検診を提供する体制の整備（国がん中央）

がん研究

- 臨床研究中核病院を中心としたネットワークの構築（東北大）
- 拠点病院の特性を生かしたシームレスな連携体制の構築（国がん東）
- 実施施設やデータの集約化（複数施設）
- 人材確保及び環境整備のための財政支援（同上）

④ その他（がん予防，がん検診，がん研究，がん教育 等について）

課題の解決策

がん教育

- 国による共通の教材、ガイドラインの作成（複数施設）
- 文部科学省や各都道府県、拠点病院との連携の強化（同上）
- 講師の人材育成（同上）

④－1 がん検診

現在、拠点病院に求められていること

「がん対策推進基本計画」には、以下のように記載されている。

第4 分野別施策と個別目標

5 がんの早期発見

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。

④－1 がん検診

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

がん検診への協力、関係機関との連携

- a. 拠点病院の内視鏡専門医は、対策型胃内視鏡検診の二次読影や、各医療圏での内視鏡医の研修・育成等に積極的な関与を行う（大阪）。
- b. これまで以上に拠点病院が市町村と連携して推進できる体制を構築する（奈良）。
- c. がん検診事業者とがん拠点病院の情報交換・連携及びがん拠点病院の検診機能の充実が必要（四国）。

拠点病院における普及啓発等

- d. 定期的な啓発集会を開き、積極的な広報活動、マスコミ利用を行う（兵庫）。
- e. がん征圧月間に、がん予防やがん検診のパンフレットを受診するすべての患者に提供し、がん検診の受診率等をアンケート調査で測定し、地域のがん対策の状況を把握する（鳥取）。

↓

拠点病院においても、がん検診により一層協力していくべきではないか。

④－2 がん教育

現在、拠点病院に求められていること

「がん対策推進基本計画」には、以下のように記載されている。

【基本計画】

第4 分野別施策と個別目標

8 がん教育・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。

「外部講師を用いたがん教育ガイドライン」には、以下のように記載されている。

第2章 外部講師を活用したがん教育の進め方

1 がん教育の進め方の基本方針

外部講師を活用したがん教育の進め方の基本方針

①講師の専門性が十分に生かされるよう工夫する。

地域や学校の実情に応じて、学校医、がん専門医（がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン、がん診療連携拠点病院の活用を考慮）、がん患者、がん経験者など、それぞれの専門性が十分に生かせるような指導の工夫を行い、教員と十分な連携のもと外部講師を活用したがん教育を実施する。

④-2 がん教育

拠点病院として取り組むべきこと（主な意見）

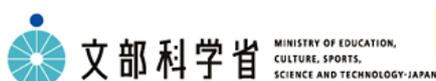
拠点病院としての役割、がん教育への協力

- 中高生へのがん教育事業を各地域がん診療連携拠点病院の業務として各2次医療圏内で実施する（秋田）。
- がん拠点病院は年数回のセミナーを開催して、担当する教師が最新のがん情報を入手したり誤った知識を修正する機会を提供する（鳥取）。
- がん教育などのワークショップなどを開催する（島根）。
- 小・中・高校生を対象とした「出前講座」の実施によるがん教育の実施と、更なる知識の普及を目指した継続的な事業の実施が必要不可欠（徳島）。

関係機関との連携

- 地域がん診療連携拠点病院との連携を促進する（静岡）。
- 各都道府県との連携のもと、がん診療連携拠点病院としての役割を具体的に提示し、サポートする（山口）。
- 具体的な講師派遣頻度、教育内容などを明確化し、文部科学省で施行されている「がんの教育総合支援事業」の成果を共有し、がん教育施行の最適化を目指す（岡山）。

拠点病院においても、がん教育により一層協力していくべきではないか。



文部科学省

MINISTRY OF EDUCATION,
CULTURE, SPORTS,
SCIENCE AND TECHNOLOGY-JAPAN

http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1370005.htm

文字サイズの

会見・報道・お知らせ 政策・審議会 白書・統計・出版物 申請・手続き 文部
トップ > 教育 > 学校保健、学校安全、食育 > 学校保健の推進 > がん教育

がん教育

- 学校におけるがん教育の在り方について(報告)
- がん教育推進のための教材
- 外部講師を用いたがん教育ガイドライン

お問合せ先

初等中等教育局健康教育・食育課

(健康教育・食育課)

がん教育推進のための教材

平成28年4月
文部科学省

がん教育推進のための教材もくじ

- 1 がんとはどのような病気でしょうか？
 - 2 我が国におけるがんの現状
 - 3 がんの経過と様々ながんの種類
 - 4 がんの予防
 - 5 がんの早期発見とがん検診
 - 6 がんの治療法
 - 7 がんの治療における緩和ケア
 - 8 がん患者の「生活の質」
 - 9 がん患者への理解と共生
- ◎小学生用教材案

外部講師を用いたがん教育ガイドライン

- ・がん教育の実施に当たり、がんそのものの理解やがん患者に対する正しい認識を深めるためには、がんの専門家(外部講師)の活用が重要である。
- ・外部講師としては、医療従事者、がん経験者等が考えられるが、学校においてこれらの外部講師が実際がん教育を実施するに当たり、最低限留意すべき事項等を示すものとしてガイドラインを作成した。

第1章 外部講師を活用したがん教育の必要性

- 1 がん教育の背景
- 2 がん教育の位置付け
- 3 普及啓発への教育委員会の役割

第2章 外部講師を活用したがん教育の進め方

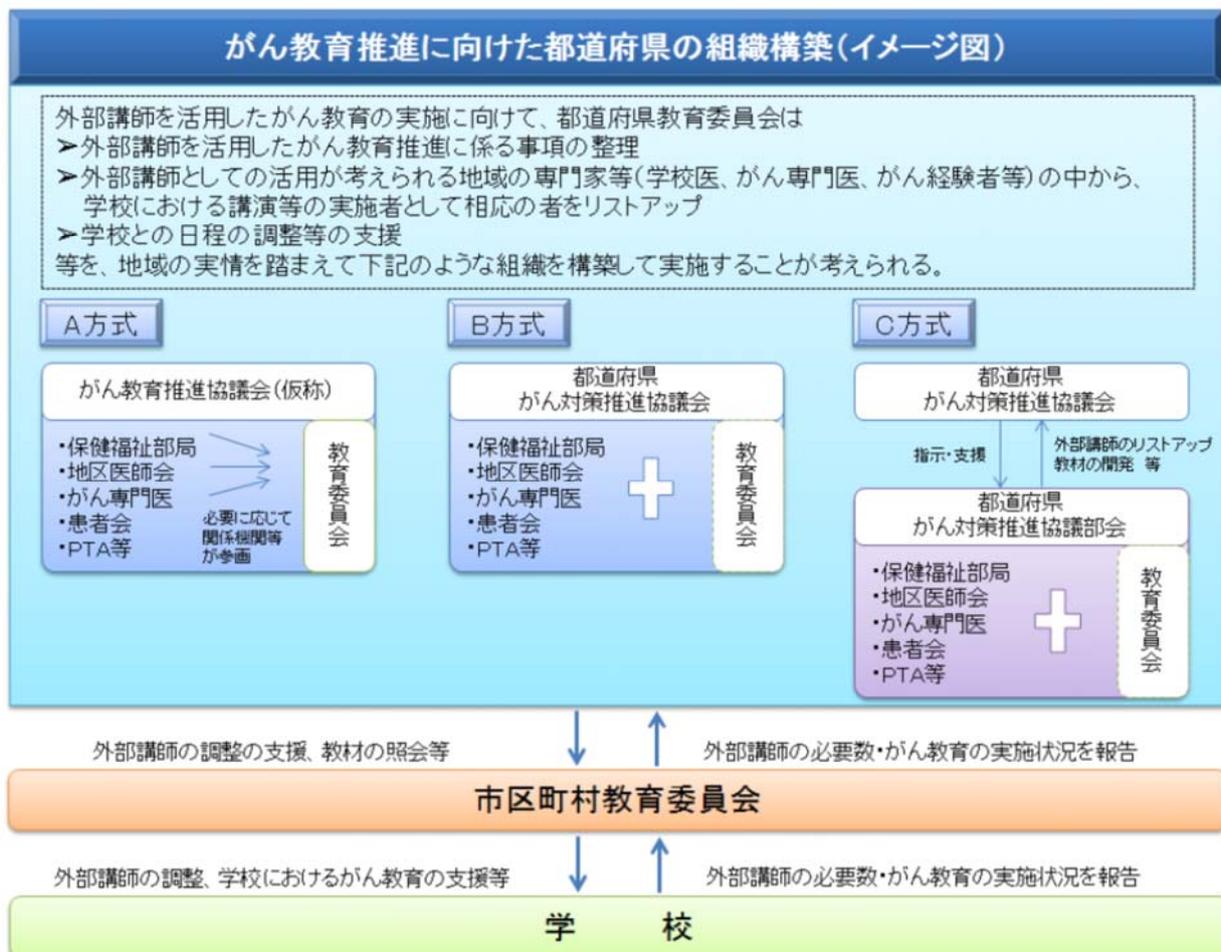
- 1 がん教育の進め方の基本方針
- 2 がん教育実施上の手順(例)
- 3 がん教育実施上の留意点

- (1)指導形態
- (2)外部講師
- (3)配慮が必要な事項

4 依頼された外部講師のために

- (1)内容の取扱い
- (2)外部講師を活用したがん教育において配慮が必要な情報
- (3)がん教育に必要な内容
- (4)その他

がんに関する科学的根拠に基づいた理解をねらいとした場合は、専門的な内容を含むため、学校医、がん専門医(がん診療連携拠点病院の活用を考慮)など医療従事者による指導が効果的と考えられる。



がん診療連携拠点病院 現況報告アンケート結果の概要

平成27年7月1日
国立がん研究センター
がん対策情報センターがん臨床情報部
東 尚弘

現況報告の目的

- がん診療連携拠点病院指定要件の確認
- がん対策の進捗評価
- 患者への情報公開

現状の問題

- ① 記入負担が大きい（48/53施設）
- ② 担当部署が院内で分散
- ③ 書き直し、差し替えが多い
- ④ 毎回同じ内容が異なる形式で収集
- ⑤ データ集計の統一が困難（正確性）
- ⑥ データの活用が不十分

考えられる対策

- 必要データの中央集計
 - 院内がん登録、DPC、レセプト
- インターネット入力（Web）
 - 院内での複数部署でも入力可能
 - 差し替えも簡略化
 - 前回データは参照
- エクセル、CSVによる公開
 - 各施設一覧となり、データ活用を促す

中央集計への回答 (II-2②)

賛成：47 反対：1 わからない：5

個別意見（懸念）

- 使用されるデータは本当に正しいのか？
→ 施設で確認（？）

国がん側での懸念

- データの取得手続き
- 手間・人員

Web入力への回答 (II-5)

賛成：25 反対：15 わからない：13

個別意見（懸念）

- Webページの作成ができるのか → . . .
- 院内でのデータ保管が必要 → 対応可
- 確認が難しい → ??
- セキュリティ → 公開情報
- ネット環境が遅い
- 印刷がしづらい
- エクセルの方が集計しやすい

エクセル・CSVの公開への回答 (II-5)

賛成：30 反対：2 わからない：20

個別意見

- 施設間で集計法がばらばらでは誤解を生む
- 他と比較をしたい
- 施設で載せるか選択制にしたらどうか

追加項目・削除項目

- 個別の項目は資料参照
- 共通意見
 - 項目が多すぎる。趣旨が不明
 - 事前に内容を教えてほしい
 - 回答期間が短い
 - 項目によって対象期間が違うのでやりづらい
 - 数年に1回にしてほしい
 - 常勤換算は非常に労力がかかる

現況報告アンケートの個別コメント一覧

目次

問 2. 現況報告の「全般事項」について	: 1 ページ
【中央一括集計という方針を採ることについての意見】	: 5 ページ
問 3. 現況報告の「機能別」について	: 6 ページ
問 4. 機能別の項目に関連した別紙について	: 9 ページ
問 5. 現況報告のデータの活用方法について	: 11 ページ
【データの公開、活用方法についての意見】	: 11 ページ
【インターネット上の編集についての意見】	: 11 ページ

2. 現況報告の「全般事項」について

【今後追加すべきと思われる項目】

診療体制や診療実績に直接関与しませんが、病院内の専門資格取得者のなか放射性同位元素や放射線発生装置の取扱があり放射線障害防止法に定める放射線取扱主任者の選任届出についての項目があってもよいと考えます。選択内容としては医師または歯科医師が選任されている、原子力規制委員会の国家資格による第 1 種取扱主任者を選任している、となります。（北海道）

職員数の「④その他の従事者」に、院内がん登録実務認定者数（初級者ならびに中級認定者）を項目に入れる。全国がん登録の法制化により、中級認定者の在籍の有無によって全がん種の施設別集計と公表の対象外となるために要件を満たす人員が確保されているかを明示する必要がある。（岩手県）

緩和ケア病棟の有無及び病床数。緩和ケアセンターの職員数及び職種。（茨城県）

医療介護に関する有資格者数（栃木県）

【今後削除・修正した方がよいと思われる項目】

④がんに係る化学療法・・・抗がん剤の定義が不明。内服と点滴併用の化学療法が多く、内服のみを抽出することに難渋する。

健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」に記載の無い「日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師」の項目があるのはなぜか。入れるなら、なぜ日病薬の生涯研修認定薬剤師は項目に入っていないのか。

放射線治療を開始した患者数について、5 大がんのみとするのではなく、他部位の統計も必要。

「バーチャルスライド装置の台数」はなくてもよい。

（茨城県）

395 行目・悪性腫瘍の手術件数の総数、431 行目・放射線治療体外照射人数、479・480 行目・がんに係る化学療法の患者数については、「機能別」331～336 行目にもカウント期間は異なるが同様の質問項目があるため、削除した方がよい。（栃木県）

項目によって、定義が曖昧なことがあるので、定義をしっかりと示していただきたい。化学療法の件数や手術件数の定義方法など。（東京都）

国、国ががんが本当に知りたいと思うデータを現況報告として欲しい。集めて集計して終わりというデータが多いのではないかな。数字がおかしくてもそのままである病院がある。使用していないから指摘がないのではないかな。母数が一致しない分子、または集計する範囲が一致しないデータを集めて何になるのか。（三重県）

何のために毎年これだけの数値データを確認する必要があるのか疑問に思う項目が多々ある。42 行目・面積，165 行目・職員数の非常勤の常勤換算（小児がん拠点病院の現況報告では常勤換算なし），394 行目・全身麻酔の件数 等々。別紙 2 の記載があれば，69～74 行目は不要ではないか。（広島県）

・ 集学的治療件数 ・ 院内クリティカルパス ・ レジメン毎の集計 ・ 別紙 36 診療実績
集計等に作業時間を要するため、負担を少なくしたほうがよい。（徳島県）

がんに係る化学療法にかかる患者数、処方件数は複雑なため、項目を単純化してほしい。今の項目だとシステムから抽出し、そこから多くの計算を要するため時間がかかる。（沖縄県）

緩和ケアチームに対する新規診療症例について、診療依頼者、開始日、終了日は無くても良いのでは。また、診療内容はプルダウン方式のほうが良い。（千葉県）

項目によって調査対象期間が異なるので統一されたい。報告時期にもよるが、原則として「前年度実績」とすれば分かりやすい。

「(12)患者数・診療実績の状況」が、機能別の「2 診療実績」と重複しており、どちらか一方を削除すべき。同じような項目を期間・切り口を変えて調査する意図が不明。

（和歌山県）

【フォーマットの課題や改善すべき点】

Web 入力を希望する。（北海道 石川県 長野県 岐阜県 長崎県 千葉県）

現在のエクセルシートの提出は、行や列の挿入や削除、シートのコピー・移動・挿入・削除が禁じられ、同一ファイルでの入力が求められているため、作業効率が非常に悪い（同時入力や分割作業ができずに不便）（長野県）

Web 入力にはしない方がよいです。調査内容が複数の部署にわたる為、こちらでとりまとめをして一括で入力をしたほうが手間が少ないと思います。（福岡県）

Web 入力は通信不調等によりデータがクリアされるおそれがあるので、現行の Excel のままで良いと考える。（和歌山県）

病床機能報告とできるだけ統一してほしい。（青森県 山形県 福井県 東京都）

前年度のデータ引継ぎが出来ると良いと思う。（宮崎県）

機能別と重複する項目はどちらかを無くして欲しい。もしくはこちらで入力なくて良い工夫をして欲しい。(宮崎県)
質問項目(シートの数)を少なくして厳選したほうがよい。(徳島県)

現況報告全般で、質問の対象期間や〇月〇日時点など、統一してほしい。(大阪府)

患者数のカウントについて、暦年か年度どちらかに統一してほしい。(4月1日から7月31日までの実績数も含めて)
(福井県)

放射線治療を開始した患者数について、外来と入院に分けられている理由を教えてください。また照射回数の定義を明確にしてもらいたい。(茨城県)

正式な依頼の前に「調査項目」だけでも教えてほしい(作業分担、診療科・部門等への照会に手間を要するため)。
(長野県)

重たすぎて開くのにかかる時間が過ぎる。もう少し分割して欲しい。(三重県)

専門医・認定医をもっと記入しやすいフォーマットにしてもらいたい。(島根県)

パスワード保護をやめてほしい。するのであれば、依頼のメールと同時にパスワードを教えてください。依頼と同時に作業に取り掛かれず困る。(広島県)

院内での調査依頼と作業効率化のために、様式4(全般事項)様式4(機能別)の様式に、縦に2枠フリーセルを設けてほしい。作業上シート保護は設定しないでほしい。(鹿児島県)

今のエクセルで良いが、セキュリティを解除しないと院内照会用として使用できないため、セキュリティを持ちつつ、ある程度自由度を持ったものとしていただきたい。右側の2-3のセルは全て自由記載にできるなど。
(沖縄県)

【作成についての意見】

がんに関わる化学療法ののべ患者数、のべ処方件数、のべ処方人数を算定するのが大変だった(宮城県)

(12)④がんに係る化学療法について、レジメンを基準にした件数のカウントが難しい。(新潟県)

調査対象の専門医・認定医をあまり変動させないで欲しい。(群馬県)

医療者の配置状況について、専従/専任/兼任、常勤/非常勤の定義や人数の数が項目により異なっているため、全体的に統一していただきたい(千葉県)

専門医・認定医の数を調べるのが大変(栃木県 京都府 岡山県 徳島県 佐賀県 鹿児島県)

(医師の出入りが激しいので)専門医及び認定医の人数を確認するまでに時間がかかる。(石川県)

専門医や認定医を各診療科(医局)に照会しなければいけないため、調査に時間がかかる。(徳島県)

医師の専門医、認定医の調査が非常に負担である。独自の入力・集計システムで算出した値を回答シートに転記して

いるが、大学病院は医師数及び異動者が多く、限られた日数での作業となるため、精度の担保に苦慮する。（長野県）

学会専門医・認定医のうち、非常勤職員について常勤換算をしないといけないが、個別に勤務時間が異なるため非常に労力を要する。（和歌山県）

研修会の調査に時間を要する。（徳島県）

専門医や認定医の名称で、指定要件に書かれているものと100%一致しない場合、大変迷う。（宮城県）

専門医や認定医の名称が微妙に違うことがあり、そういう名称のまた違うものがあるのか？を探す手間が無駄。専門の先生に質問すると、きっと一緒、この「きっと」で回答していいレベルの調書なのか？と自問自答することが。（三重県）

全医師に照会した専門医・認定医についての回答をすべて載せても良いか判断ができない（語尾が専門医や認定医ではない資格保持者など）場合のためプルダウンで選べるようにしてあると記載しやすい。（島根県）

抽出期間が項目によってばらばらなので統一出来るものは統一して欲しい。（宮崎県）

都道府県拠点病院と小児がん拠点病院を兼ねている施設は現況報告が2つあるが、重複している項目にも関わらず報告する対象期間がずれている年は、件数等に関して関連部署に短い期間に2度も照会をかけることとなり大変迷惑をかけることとなった。昨年は対象期間が同じだったため良かったが、今後も期間は同じにしていきたい。（広島県）

現況報告で報告した情報が、「がん情報サービス」に掲載されているが、そのほかにデータがどのように利用されているのが不明である。利用目的のないデータについては、現況報告の項目から削除していただきたい。（栃木県）

厚生労働省へすでに提出している内容（施設基準の届出状況、病床数、医師数等）について、現況報告での調査は不要であると思われる。（鳥取県）

現況報告の回答を作成するために、全科に連絡をとり、データを収集しなければなりません。各科への回答用紙を作成するため、前年度と同様の質問部については前年度の回答を事前に記入し、回答箇所も概ね指定しなければならず、その作業が重労働となっています。毎年これだけのデータを調査する必要があるのでしょうか。（香川県）

質問項目が多く、数多くの部署に振り分けて回答を依頼しなくてははいけないため、その振り分け作業及び取りまとめが大変だった。（愛媛県）

年間外来がん患者数について、外来においてがんの治療目的で来院していることを判断するのは非常に難しく苦労した。（入院であれば、DPCで判断可能）

【中央一括集計という方針を採ることについての意見】

調査項目のスリム化に繋がるため、ぜひお願いしたい。(宮城県)

どこの病院でも人材に限りがあるため、事務の省力化となる中央一括集計については、賛成である。(栃木県)
業務の簡素化と集計の均てん化からも一括集計がよいと思います。(福岡県)

提出済みのデータについては、公表データを使って頂いた方が良い。

同じような調査が何回もあり、回答するのが大変なので、中央一括集計は効率的だと思う。(島根県)

既存のデータが利用できるのであれば、極力その方向で検討をすすめていただき、各施設の作業の負担を少しでも軽減できればよい。ただし、院内がん登録のデータについて、各施設で件数を算出する場合、算出を担当する職員の解釈の違いにより、算出したデータに差異が生じることがある。基本的には中央一括算出に賛成ではあるが、院内がん登録データ等の算出については、院内がん登録実務者の役割として、正確なデータ算出も重要な業務であるとする。(広島県)

別件で収集しているデータで利用できるものは使用していただいて負担を減らして欲しい。(宮崎県)

がん対策情報センターで報告しているもので良いかと思われる。(千葉県)

集計方法を公表していただきたい。(茨城県)

作業の軽減にはなり良いとは考えられるが、集計の定義を示したほうが良い。(東京都)

どのデータを用いるかを検討するとともに、精度管理を行う。(静岡県)

その数は本当に正しいのか？もし一括集計をとるのであれば、元データの根拠性の確認を定期的に行う必要があると考える。(三重県)

合理化することは賛成だが、既存のデータベースの情報取扱として適切かどうかは、事務担当者レベルでは分からないので、協議会で検討して欲しい。(沖縄県)

3. 現況報告の「機能別」について

【今後追加した方が良くと思われる項目】

様式 4（機能別）480 行目 がんに関する教育、普及啓発活動についての設問で、活動内容の記述を別紙等で追加してはどうか。（京都府）

【今後削除・修正した方が良くと思われる項目】

前年の調査内容に変更のない項目や別紙等を省略できないか。（宮城県）

別紙 7（各病院が専門とするがんに対する診療機能）の記載項目を簡素化してもらいたい。（茨城県）

調査期間が短いため、拠点病院の要件のみの項目等、回答数を厳選してほしい。（徳島県）

国の動きに合わせて、増があると思うが、減もしっかり対応いただければと願う。（三重県）

項目の表現を明確にした方が良い。混同する場合がある。（東京都）

（2）診療従事者での「専任」「専従」（石川県）

Ⅱ-4-（3）③に関する項目は県等が主体となって実施していくべきものだと考える。（宮城県では県保健福祉部が既に活動している）（宮城県）

1 診療体制・（2）診療従事者の人数のカウント方法で毎年悩むため、質問項目を簡潔明瞭な表現にしてもらいたい。（栃木県）

（2）診療従事者① 専門的な知識および技能を有する医師の配置の「ア当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識および技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を 1 人以上配置している。」の質問は、「はい」が当然の回答なので質問の必要はないと思います。別紙記入の項目については関連する質問全てを別紙で完結するようにしては如何でしょうか。（香川県）

・診療従事者の人数に関する項目（〇〇に携わる者の専任の人数、常勤の人数、常勤かつ専任の人数など）を簡略化してほしい。（福岡県）

32 行目・(別紙 11・H 欄も含め)がんボードの活動状況に関して、このような数値を求める意図がよくわからない。（広島県）

174 行目以降・（2）診療従事者は「1 名以上配置」等の要件を満たしていれば個別の人数はいらないのでは。仮に必要だとしても別紙でほぼ確認できる。393 行目①（相談支援に携わる者）も同様。（広島県）

176 行 1. （2）①ア手術療法に携わる医師数を求められているが、どの程度携わっていればカウントが必要なのか具体的な基準が無いため、各医療機関で求めた数字にどの程度意味があるのかわかりかねる。（群馬県）

176 行 3. （1）緩和ケア研修会 ア・イ・ウ」で受講率を求めているが、具体的な例が無く、各医療機関で求めた数

字の分母にばらつきがあると考えられます。(群馬県)

342 行目 3(1)①・ア・エの必要性はわかるが、イ(主治医・担当医にならない医師)・ウ(患者と対面しない医師)の数値は不要では。(広島県)

451 行目・(院内がん登録の5年後)フォローアップ率の把握となっているが、「登録している全ての生存確認調査を行っている率」を指しているのか?(生存率を算定するのに必要なのは、〈登録項目〉症例区分2、3のみの症例となっているが…)

455 行目・「治療関連死亡患者数」の定義がわからない。(福島県)

様式4 緩和ケア研修の対象者について、指針ではがんに携わる医師となっているのに、本調査では、施設に所属する医師(非常勤務医師も1人としてカウント)のうち、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者となっているので、統一してほしい。(福井県 岡山県)

緩和ケア研修会の受講率について、大学病院では人事異動により毎年4月1日になる度に受講率が大きく低下する(特に臨床研修医)。日程によっては、当該年度の研修会を実施できない又は極めて回数が少ない状態で受講率を回答することになるので、3月31日時点での受講率で調査してほしい。(和歌山県)

別紙6,7「当該疾患の診療を担当している医師数」…基準があいまいで回答し辛い。原発不明癌の担当医人数等、回答に困ることがある。(京都府)

機能別と重複する項目はどちらかを無くしてほしい。もしくはこちらで入力しなくて良い工夫をしてほしい。抽出期間が項目によってばらばらなので統一出来るものは統一してほしい。(宮崎県)

【情報収集が難しかった項目】

がんに係る化学療法(のべ患者数)をレジメ数で数えるのは多くの時間と手間がかかり大変である。(宮城県)

(医師の出入りが激しいので)緩和ケア研修会の修了者の人数等の把握が困難。(石川県)
・専門医等の資格取得状況の把握が困難。(茨城県)

データ収集の期間が複数あるため統一(年間・四半期・一ヶ月)できないか(岐阜県)

診療実績のカウント定義が曖昧なであり、(全般事項)と揃えるべきであればその旨明示してほしい(東京都)

(例:診療従事者の配置はいつの時点かがわからない)

診療機能①ーキ(カンサーボードの構成)→診療科別か病院全体か一部でOKか回答しにくい。

④ーオ→8割の根拠が不明。

情報の収集提供体制(3)その他ー②ーク 全てのレジメの公開は現実的でなく不要。(神奈川県)

・がん患者に対し、がん患者リハビリテーション料以外のリハビリテーションが提供された件数
・のべ処方人数(内服のみのレジメで実施した化学療法1レジメを1人として数える。)

- ・のべ処方件数（内服のみのレジメンで抗がん剤が処方された件数に、それぞれの処方日数を掛けた数とする。）
- ・別紙 36（当該二次医療圏または隣接する医療圏に居住するがん患者における診療実績）
（岐阜県）

・悪性腫瘍の手術件数、がんに係る化学療法延べ患者数、放射線治療延べ患者数について、どの数字をカウントするのか不明確である。（静岡県）

機能別は基本、依頼してしまうので、あまり悩んだことがないが、いつ時点の記載がないことで回答がずれている可能性はある。（三重県）

施設内の各部署に様式をメールで配布して意見を取りまとめているが、データが大きすぎてメールで配布しづらい。ファイルはガードがかかっており修正できない。出来れば、1つのファイルのワークシート数を減らして頂ければ、もっと簡単に各部署に照会できる。（現状では、ファイルを開くだけで数十秒を要する）（兵庫県）

- ・緩和ケア研修会の実施体制について、研修会修了者数、受講率は、いつの時点のものを出すのかを明記して欲しい。
 - ・緩和ケア研修会の実施体制について、研修会受講対象者の算出基準が分かりにくい。
 - ・年間外来がん患者のべ数について、がんを主たる病名としているが、他の病院が他疾患で受診した日を含めているのかが分からない。
- （山口県）

診療科等、多岐にわたるため、それぞれに照会をするものについては情報収集が難しい。（徳島県）

周術期管理についてはE R A Sの理念に基づいたプログラムを用いて管理を行っている。（沖縄県）

4. 機能別の項目に関連した別紙について

【今後別紙を追加して詳しく聞いたほうがよいと思われる項目】

特になし

【課題や改善すべき点】

別紙 8「特に専門として積極的に受け入れている希少がん」については、がん登録のデータから取得可能なデータですので、できれば国立がん研究センター等で一括していただきたい。

別紙 28「セカンドオピニオンを提示する体制」で医師 5 名分までの専門分野を記載する必要があるのですが、具体的な医師を当てはめて記載することが難しい。可能であれば、各がん種別に専門分野を記載する、若しくは診療科名の記載のみとしていただけると、非常に対応しやすい。

(群馬県)

調査期間について、様々で調査がやりづらいのと、一年間トータルでやっている事業のキャンサーボード等は月によって開催回数が違うが 2 ヶ月間だけの評価になる (島根県)

別紙 52 (PDCA サイクル) の回答内容は施設ごとに差があるように思われる。質問の意図が十分理解されていないのでは。

別紙 33 (緩和 T 医師) と別紙 60 (PCC 医師) , 別紙 34 (緩和 T 医師以外) と別紙 61 (PCC コメディ) の内容はほとんど重複すると思われる。2 度手間にならないような方法をご検討いただきたい。

(広島県)

解釈が曖昧な項目や、件数の算出方法など、詳細な説明が欲しいところは別途解説がほしい。(徳島県)

【記入基本様式や項目などについての意見】

現況報告 (全般事項) でも記入したが、機能別 (様式 4) についても web 入力化を希望。別紙も可能な限り web 入力とし、図や画像の伴うものは web へのアップロードによる提出を検討されたい。

同じく、正式な依頼の前に「調査項目」だけでも教えてほしい (作業分担、診療科・部門等への照会に手間を要するため)。(長野県)

回答の際、何を基準とするのかで困ることがある。参考として統一の基準を示してあるとよい。(岐阜県)

事務局で全ての回答データを収集することは不可能であり、各医局や中央部門の協力により作成しているが、本来業務もあるため業務量増加の一因となっている。そのためか、回答作成時期において、各医局や中央部門から事務局へ「この項目は何故応えないといけないのか?」といった苦情が年々増加し、指定要件及び望ましい要件以外の項目については回答作成への理解を求めるのに苦慮している。指定要件及び望ましい要件以外の項目はなるべく削除・整理すべきと考える。削除・整理しない場合に於いては、指定要件・望ましい要件以外の項目については、何故調査するのか、調査結果についてどのように活かしていくのかを具体的かつ明確な説明をして欲しい。(和歌山県)

指定様式の質問内容が毎年同じではないので、当該年度の報告様式が届くまで、関連部署に作業依頼ができない。調査項目によっては回答作成に多くの手間や時間を要するものもあるため、現状のボリュームを今後も課せられるのであ

れば、もう少し時間的に余裕を持った通知をお願いしたい。(広島県)

全体的に質問項目が多いので、各部署に振り分けるだけで大変なため、質問数を減らして欲しい。(山口県)

入力が不便な箇所がある。(キャンサーボードの症例のドロップダウンリストが少ない等) (徳島県)

エクセルファイルが重たく、入力しているうちにフリーズしたり、停止して入力できなくなるのでファイルの改良を希望します。また、質問量が多すぎるので揺るぎの無い質問事項などは複数年に1度にする等で質問数の減少を検討していただきたいです。(香川県)

現況報告は、毎年ではなく数年に1回等にはできないものでしょうか。他業務と重なるためなかなか難しい。とりまとめしか行っていない非常勤職員にとっては、医師から質問があっても答えられない。(長崎県)

前年度のデータ引継ぎが出来ると思う。

がん診療連携拠点病院等の区分ごとに様式を分けて欲しい。ただでさえ量が多いのにどの部分を入力すれば良いのかわかりづらい。(宮崎県)

5. 現況報告のデータの活用方法について

【データの公開、活用方法についての意見】

診療実績等にある数値の数え方等が、各施設同じ定義で統一されるまでは公開しない方がよいと思う。（宮城県）

相談員研修等において、データの活用事例を示していただきたい。（栃木県）

以前より、各施設の個別ページから情報を得て比較する事があります。現在の形式では、個々のページを開く必要があり時間を要しておりました。CSV ファイルとして、各施設の回答値をまとめて得られるのであれば、施設間のデータ比較の活用が容易になり、PDCA サイクルを回す上で有益と考えます。（群馬県）

他大学との比較を容易に出来るようにしてほしい。（山口県）

他病院と比較できるデータ等（徳島県）

一般市民が誤解をもつような内容の公開はさけていただきたい。研究の対象とする場合、提供した施設への報告は必須とすべきと考えます。（山梨県）

公開されたデータを製薬会社等の企業が営業活動等に利用しており、本来の目的と異なる利用がされている。（愛知県）

CSV ファイル等をダウンロードを可能とすると、ファイルが編集され、誤った情報が拡散する恐れがあるため、画面上での参照のみとされたい。（和歌山県）

CSV データを公開するかしないかを該当施設が選択できるようにしてはどうか。（岐阜県）

蓄積だけから、活用へ、少し意識があがってきているこの時にもっと協力を得られたい。（三重県）

【インターネット上の編集についての意見】

データの保管が必要であるため、エクセル入力の方がよい。（青森県）

集計や検索時にはエクセルの方が作業がしやすいのではないか。（宮城県）

編集作業が難しくなる恐れがあると懸念します。（秋田県）

エクセルファイルを加工し、回答すべき部署をわかるように記載したものを配布し、とりまとめているので、今後ともエクセルファイルという手段は残してほしい。（福島県）

インターネット上の編集の場合、院内各部署に現況確認を行う際、様式にアクセスするためのパスワードを教えることになるか、または紙で様式を印刷し配布することになると思います。現状のエクセルファイルの場合のほうが、電子データでのやりとりがしやすいと思います。（茨城県）

院内の情報を収集するため、各部門にはエクセルファイルに記載してもらっており、とりまとめたものを再度インターネット上に入力していくとなると二度手間となる。(栃木県)

Web 入力は通信不調等によりデータがクリアされるおそれがあるので現行の Excel のままで良いと考える。(和歌山県)

エクセルファイルでの配布・回収の方法がよいと思います。一括でとりまとめをしやすいからです。インターネット入力は各部署に入力方法の説明など手続きが煩雑になると思います。(福岡県)

すべて web 上で入力するのは大変手間がかかるのではないかと(コピー & ペーストが使用できないため)。また、関係各部署に担当を割り振るための作業が困難になると思われる。(福岡県)

設問が多い、関係する担当部門も多く、診療科等をとりまとめ回答する箇所や添付資料もあり、Web 入力の場合はその確認等に支障があると思われる。(大分県)

インターネットでの記載自体に反対ではないが、現状では関連部署に記載を依頼し、それを集約して提出しているため、Excel の方が融通が利くため反対と回答する。Excel データもいただけるのであれば、インターネットでの回答に問題はない。ただ、これだけの量をインターネット入力出来るのか疑問(宮崎県)

インターネット上の編集が可能であったとしても、それを各部署に照会・確認するためのファイルなどが必要(沖縄県)

エクセルファイルを頂戴した後、項目ごとに院内の各部署、各担当者に割振り回答を頂いています。

1 施設多数の同時アクセスが可能であれば、割振られた担当者の取りまとめの手間が減ると思いますが、同時アクセスが出来ない場合は逆にエクセルファイルの方が使い勝手が良いです。

また、同時アクセスができない場合には、各担当者へ印刷して配布することになりますので、回答欄の選択肢が表示されるようにする事、取りまとめ後に担当者が全て手入力となる事、ファイルが多いので、容易に該当する項目へたどり着ける事等についての仕組みづくりが必要と考えます。(群馬県)

現在でも煩雑となっている入力作業が、Web 入力でどう改善されるのかが不明。(千葉県)

アクセスが遅かったりと思うと正直計り知れないストレスとなりそうで怖い。(三重県)

入力方法の詳細が不明であるが、入力内容のチェック体制が不十分になる。(アンケートの再確認が受けにくい)(兵庫県)

入力の手間は大きく変わらないように思う。インターネット上で編集することのメリットは？(広島県)

職場のインターネット環境は閲覧制限がかかっており、インターネット上での編集ができない可能性があるため。当然のことながら、セキュリティ対策をお願いしたい。(東京都)

多数の職員が分担して作成、その際に前年度データを利活用している。取りまとめ方法がより簡易になるのであればインターネット上の編集も反対しない。(新潟県)

現況報告をインターネットで記入することでも問題ないとする。ただし、データの公開時期は全病院で統一することが望ましいとする。（愛知県）

セキュリティ対策を十二分に行ってほしい。（福井県）

各担当者（医師）が直接入力できるように PW 等を設けてほしい。（長崎県）

- ・入力受付期間にできる限り余裕を設け、土日祝日の入力も可としていただきたい。
- ・セキュリティ対策はもちろん、締切直前になると駆け込み入力、サーバーダウン等のトラブルが懸念されるため重々留意されたい。

（長野県）

様々な部署や担当が関わるため、複数の人間が編集できる簡便なシステム構築をお願いしたい。別紙・別添についても、負担の少ない提出方法について検討いただきたい。また、Web 入力の場合は紙媒体での提出をなくしてほしい。（岐阜県）

全様式を各担当部署へ配布・回収するため、複数名が入力できるような方法にしてほしい。（京都府）

すべて新規入力ではなく、前年度より引き継げるデータに関しては引き継ぎできるとよい。また、引き継げなくとも昨年度の数値を参照できるとよい。（大阪府）

入力しやすく、見やすい様式にしてほしい。（鳥取県）

入力後、次へ進み、修正のために前のページに戻ったら、現在入力した内容が消えていたということがないようにしてほしい。（山口県）

【その他、現況報告の収集方法についての意見】

当院では、各診療科、部署へ項目ごとに記入をお願いする為、エクセルファイルでいただいた方が入力しやすい。なお、提出期限が短く、期日までの提出が難しい。（宮城県）

国からの提出依頼が遅く、また、提出までの期間が短すぎると思う。報告項目を変更及び追加する場合は、提出するまでの期間を長くしていただきたい。（山形県）

現況報告の作成依頼から提出までの期間をもう少し延ばしてほしい。（福井県）

理想としては、各部署、各担当者から回答が集まった後、院内のがん医療を担う医療従事者が集まる会議等で現況報告の内容を確認し、回答を送付したいのですが、現実には、エクセルファイルが届いてから回答締切までの時間が短く（都道府県を通した場合は都道府県で確認するためにより締切が早まる）、各部署、各担当者から回答が集まった段階で、早急に回答しなくてはならない状況です。1ヶ月程度早くフォームを送付いただくと、余裕をもって、確認ができると思いますので、ご検討いただきたい。（群馬県）

提出期限までもっと余裕を持たせてほしい。（県への提出期限が9月下旬に設定されるため、作業期間が2～3週間しかない。）（福岡県）

提出時期を統一してほしい。期限に間に合わせるために前もって準備をしているが、時期がずれるとそれが無駄になってしまう。（福岡県）

期間が短すぎるため、提出期限を延ばして欲しい。
現況報告提出から期間が空き過ぎているため、アンケートの回答が難しかった。
（宮崎県）

医療機関での作業期間が少々短いと思われるので、通知を早く出して頂きたい。（岐阜県）

情報を収集するために院内の様々な部門や担当者に依頼する必要があり、依頼するだけでも時間と労力を要する。
（栃木県）

紙媒体の提出を無くしてほしい。（東京都）

エクセルの様式について、セルの結合位置等なるべく変更しないようにしてほしい。（入力しなおすだけでかなりの時間を要するため）（福井県）

集めた結果、一覧で見やすくや、検索できるなど、活用をして欲しいと思う。集めて終わりとしか思えない現状もつたいないと感じる。
経年比較も検討いただけるのであれば、微妙なセルの移動・列・幅の変更を最小限にしていきたい。
（三重県）

現況報告の項目について、既存の調書、各施設の web サイト等から収集できるデータは、できる限りそれらを活用して項目を減らしていただきたい。（長野県）

「人数」や「件数」のカウントに多大な時間と労力がかかる。必要最小限のデータ収集にしていきたい。（広島県）

項目や重要度に応じて年に 1 回の質問、数年に 1 回の質問にわかる等、負担の軽減につなげてほしい（徳島県）

報告書は、県に提出しチェック後厚生労働省へ提出されているものと思うが、インターネット上の編集となる場合、県のチェックはどのように行うのか、その点についても未検討であるなら検討していただきたい。（沖縄県）

拠点病院は PDCA サイクルを確立することが指定要件とされているが、現況報告の作成を PDCA サイクルと位置付けることを検討して欲しい。現況報告は国がん HP で一般公表されており、情報公開という面においても役割を果たしていると考え。

同じような調査や公表を 2 回、3 回と重複して行うメリットはなく、不合理である。（和歌山県）

がん診療連携拠点病院と たばこ対策

相談支援センターでの
禁煙支援や情報提供の
状況について

国立がん研究センター がん対策情報センター たばこ政策支援部
http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/tobacco_policy/index.html

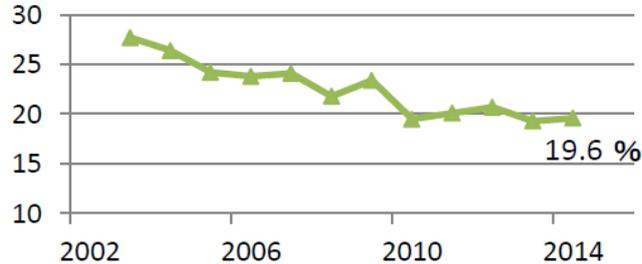
背景：がん対策の推進とたばこ対策①

- がん対策基本計画中間報告（がんの予防）
 - 今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見①
 - 発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策についてより強力に推進する必要があるが、**まずは国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識することが重要**である。国民健康・栄養調査によると、すでに高い割合の国民が喫煙の健康影響について認識しているが、さらに認識を深めるために、たばこの包装への害の説明をより説得力のあるものにすることを提言すべきである。
- がん対策加速化プラン（予防）②たばこ対策
 - **たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）**や、海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
 - ※**FCTC**では需要の減少方策として、**第12条（教育、情報の伝達、訓練及び啓発）**、**第14条（たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の減少に関する措置）**などが位置づけられている。

背景：がん対策の推進とたばこ対策②

たばこ対策

【課題1 喫煙率は近年下げ止まり】



出典：国民健康・栄養調査

【課題2 受動喫煙の機会を有する者の割合は未だ高い】

場所	受動喫煙者の割合
飲食店	46.8%
遊技場	35.8%
職場	33.1%

出典：平成25年国民健康・栄養調査

具体策

- ◆ FCTC※や海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
※Framework Convention on Tobacco Control (たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約)
- ◆ 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
- ◆ ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化等

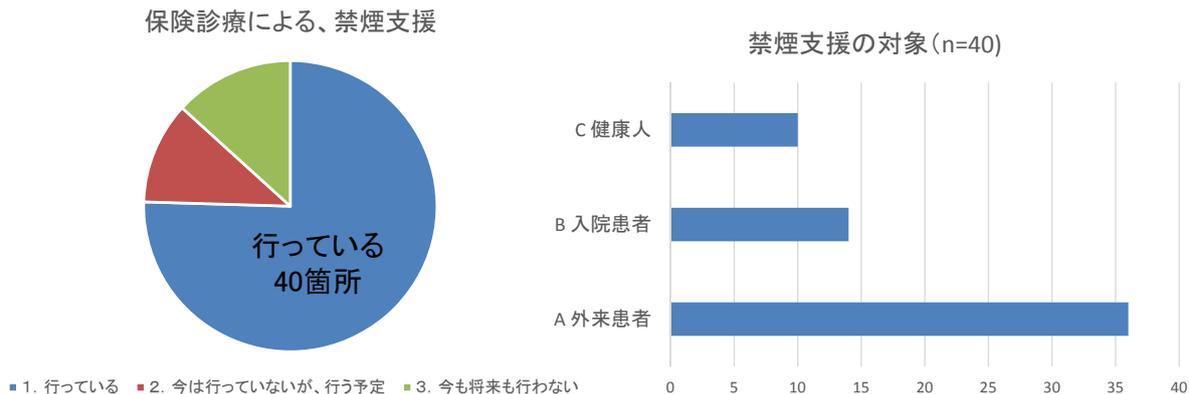
「がん対策加速化プラン」について（概要中より抜粋）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000107743.html>

背景：FCTC：12条、14条

- 12条（教育、情報の伝達、訓練及び啓発）
 - － 「・・・たばこの規制に関する問題についての啓発を促進し及び強化する。」
 - この実施のためのガイドラインがCOP4で採択された。
 - － **保健医療従事者の役割や保健医療施設での研修等**にも言及
- 14条（たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の減少に関する措置）
 - － 「・・・たばこの使用の中止及びたばこへの依存の適切な治療を促進するため、（中略）効果的な措置をとる。」
 - この実施のためのガイドラインがCOP4で採択された。
 - － **禁煙支援を効果的に広め、適切な治療を提供する環境整備**に言及

2. 保険診療による禁煙支援は3/4の病院で行われている（2015年の報告より）

- 53病院中、40病院で保険診療による禁煙支援が行われている。
- 36病院（90%）が、外来患者を対象としている。



2

がん診療連携拠点病院とたばこ対策①

- 「情報提供」の中の予防のひとつ（最大）
 - 「受診者やその家族向けの禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供をしている」：**36施設（68%）**
- 「相談」の内容のひとつ
 - 「相談支援センターの来所者に、対面による禁煙相談を行うことがある」：**26施設（49%）**
 - 「相談支援センターで、電話等による（対面によらない）禁煙相談を行うことがある」：**20施設（38%）**
- 「がん診療・療養」での1要素（3次予防的）
 - 「入院患者への禁煙支援や情報提供を診療部門と連携して行うことがある」：**21施設（40%）**
 - 「禁煙支援への誘導・流れを、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけている」：**21施設（40%）**
- その他（病院の特性に応じて様々ありうる）
 - 循環器や呼吸器疾患、HIV・結核等の総合的中核機関

がん診療連携拠点病院とたばこ対策②

- 活用されている情報提供・相談用の小冊子等
 - がんの冊子301「科学的根拠に基づくがん予防」
 - 都道府県で作成しているもの
 - 財団等で作成しているもの
 - 製薬企業が作成しているもの
 - 外部の禁煙外来の所在情報リストも活用
 - など
- 参考：がん情報サービス「たばこ政策情報」
 - <http://gdb.ganjoho.jp/tobacco/>
 - 都道府県の対策や禁煙支援などの情報へのリンクがあります

がん診療連携拠点病院とたばこ対策③

- クリニカルパスと禁煙支援（明記されたもの）
 - 全身麻酔を伴うクリニカルパスには禁煙に関する説明、支援が盛り込まれている（外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、泌尿器科、頭頸部・耳鼻咽喉科）
 - 診療各科での手術や検査等のクリニカルパスに位置づけられている
 - 呼吸器外科部のクリニカルパスで禁煙を位置づけている
 - 患者用パス(手術・呼吸器) には、オリエンテーションとして組み込まれている
 - 他、禁煙外来でパスを活用しているところもある

がん診療連携拠点病院とたばこ対策④

- 他禁煙支援のシステムの流れ（パス明示無）
 - － 診療科のテンプレートでの状態、状況確認（富山）
 - － 入退院支援室で、電子カルテに記載の注意事項その他を確認している（診療科により様々）（長野）
 - － 術前管理センターがあり手術予定の患者にはチェックされ対応するシステムとなっている（岐阜）
 - － 術前看護外来において、喫煙者に対して指導をし、必要に応じ診療科等での処方または禁煙外来の紹介をしている（岡山）
 - － 食道外科では、周術期外来が組み込まれており、全例に禁煙支援が提供されている（国がん東）

がん診療連携拠点病院とたばこ対策⑤

- その他：たばこ対策に関して
 - － 社会全体の問題（病院だけの問題ではない）
 - － 入院中の禁煙支援のあり方が課題
 - 「ニコチン依存症管理料」は外来
 - － 禁煙外来の設置、活用
 - 「総合診療科・喫煙問題対策センター」
 - － 情報提供や院内連携に取り組みたい
 - － 禁煙デーなどPR活動もつづける
 - － 中高生などへの啓発も重要
 - － 参考
 - 病院の方針の明確化、広報等でも啓発

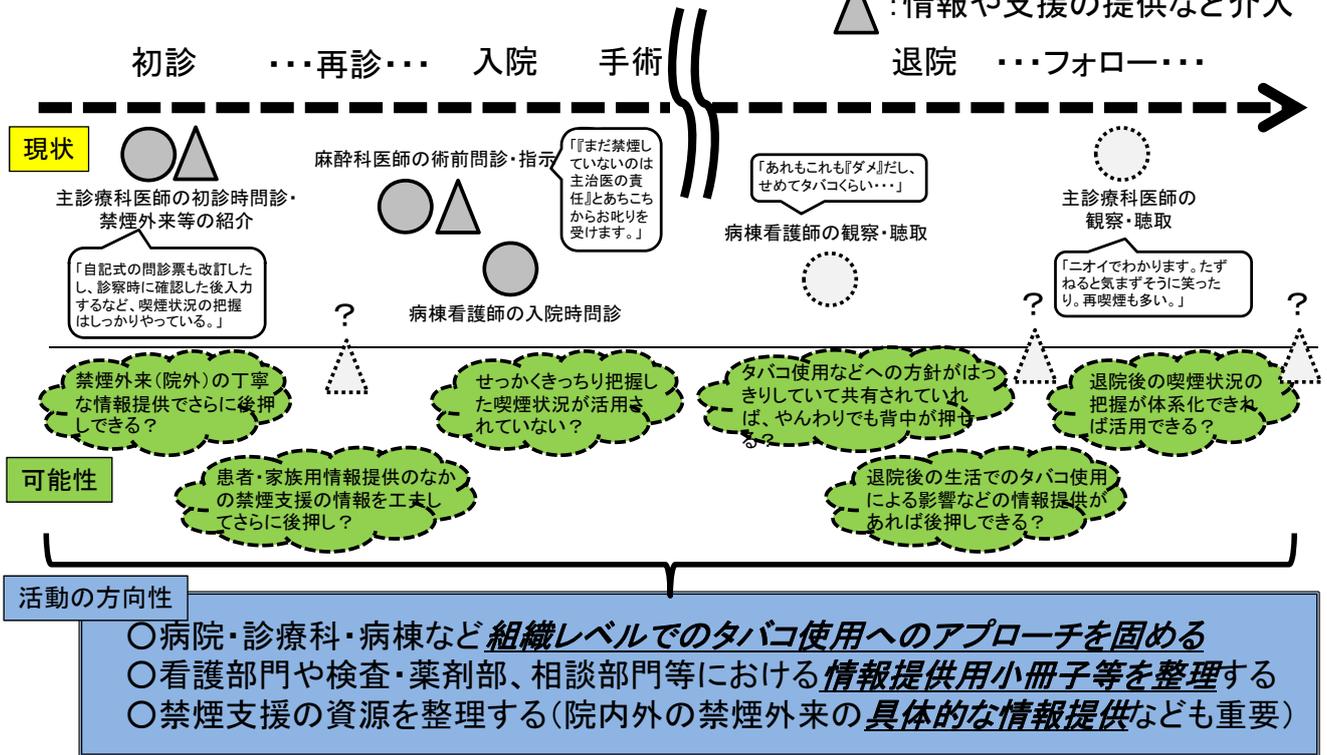
参考：がん診療におけるたばこ対策の現状と可能性、活動の方向性のイメージ

例：紹介等で予定入院から手術、退院への流れ

※吹き出しのセリフは、見聞きしたことなどから創作したイメージです。

●：タバコの使用状況の把握

▲：情報や支援の提供など介入



～身体にも地球にも優しい生活～



ありがとうございました

- 1) 患者・家族へのたばこに関する情報提供
- 2) パスを含めたシステム的な対応の体制構築

これからも「現場」をよろしくお願いします

禁煙について

[トップページ](#) > 禁煙について

東北大学病院の喫煙に対する姿勢について

東北大学病院は、全敷地内を禁煙としています。
道路などの病院周辺地域におきましても、喫煙は一切ご遠慮ください。

東北大学病院は、喫煙の甚大な害を重く受け止めています。喫煙を個人の嗜好として尊重するよりも、その悲惨な害を知るものとして喫煙に対する厳しい姿勢を示し、積極的に禁煙を呼びかけ、健康を守る学問の府としての役割を果たしていこうと考えています。

1. すべての人の受動喫煙を防ぎます

どのような喫煙所を作っても、その周囲に有害な煙やガスが漏出します。どのような分煙装置をもってしても、受動喫煙を完全に防ぐことは不可能です。

喫煙者から吐く息の中には喫煙終了後しばらくは有毒な成分が含まれています。特に喫煙直後が高濃度ですので、喫煙する場所が近くにあれば、喫煙者の吐いた息に含まれる有毒ガスで院内空気環境は汚染されます。

喫煙すると、煙の中の発がん物質などの有毒化学物質が体や衣服などに付着します。これも病院に持ち込まれて、院内環境を汚染します(三次受動喫煙)。

東北大学病院は、病気を治療する場所です。環境被害を受ける場所ではありません。受動喫煙および3次受動喫煙による被害があつてはいけません。喫煙によって生じる有害物質が持ち込まれたり、これらが院内で発生したりすることを防ぎます。

2. 喫煙者の健康を守ります

現在の日本では、実に年間に約15万人の死亡が喫煙と関係しています。肺がんをはじめとする悪性疾患を筆頭に、心筋梗塞や脳卒中などの血管の病気、COPDなどの呼吸器病気、などが主な死亡原因です。喫煙者は、非喫煙者に比べて平均で10年寿命が短いことがわかっています。

たばこは決してストレスを減らしたり、国家の財政を助けたりする嗜好品ではありません。かえって、ストレスを増やし、国家の莫大な経済損失を生んでいます。その上、喫煙による健康被害は科学的に明らかであり、その重大さは想像以上です。知っていながら、喫煙者が悲惨な健康被害に陥っていくのを漫然と放置するわけにはいきません。病院およびその周辺の敷地における喫煙を全面的に禁止し、あらゆる職種が、あらゆる場面での啓発活動および禁煙指導を行うことによって、禁煙について考え始める機会を積極的に喫煙者に提供していきます。

東北大学病院 病院長

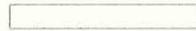
ご案内

診療受付
8:30~11:00
(再診受付機 8:00~11:00)

診療時間
平日8:30~17:15

休診日
土・日・祝・
年末年始(12/29~1/3)

TEL
022-717-7000
(時間外・休診日
022-717-7024)



刊行物

[トップページ](#) > [病院について](#) > [刊行物](#)

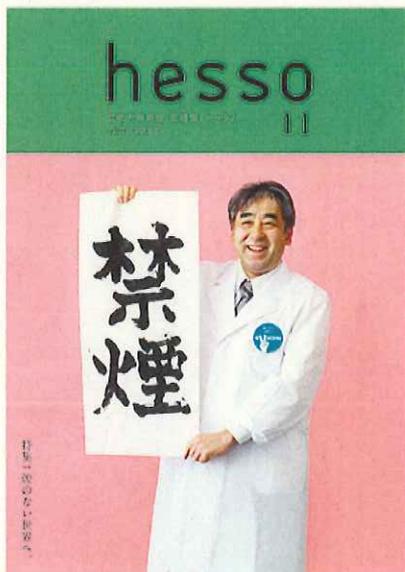
広報誌「hesso」	地域医療連携センター 通信「With」	病院概要	診療のご案内
------------	------------------------	------	--------

広報誌「hesso」

hesso(へっそ)は当院の広報誌です。
 当院の取り組みやスタッフの紹介、ニュース、地域医療情報など様々な情報を地域のみなさまに発信していきます。

院内で配布しております。無くなり次第、配布終了となります。ご了承ください。

最新号



11号[PDF]

11号 2016.5.13 発行

特集: 煙のない世界へ。

Webマガジンhessoも、あわせてご覧ください。

カラダと医療の
情報サイト



東北大学
病院 発

Webマガジン hesso

バックナンバー

ご案内
診療受付 8:30~11:00 (再診受付機 8:00~11:00)
診療時間 平日8:30~17:15
休診日 土・日・祝・ 年末年始(12/29~1/3)
TEL 022-717-7000 (時間外・休診日 022-717-7024)

hesso

東北大学病院 広報誌「へっそ」

TAKE FREE

11



特集..煙のない世界へ。

純粹な子ども心

幼い頃、祖父の吸いかげのタバコの火が赤くてきれいで、思わず素手で握ってしまいました。もちろん、やけどで大きな水ぶくれに。大泣きしたのを覚えています。

やめるって 言ったじゃない

超ヘビースモーカーの方とお付き合いしていた時、「禁煙するから結婚してくれ」と言われ少しその気になっていたから、一向に禁煙する気配がなく…。後から分かったのですが、禁煙する気はさらさらなく、そのセリフを発した自分に酔っていたようです(怒)

肺の音

子どもの頃、ヘビースモーカーだった祖母が入院しました。お医者さんが聴診器で肺の音を聞かせてくれました。ゴゴー、ゴゴッと低い音が鳴っていて、タバコの恐さを知りました。

シヨックが大きいこと

お掃除中に灰皿をぶちまけちゃった時のシヨックといったら、言葉では言い表せません。どうして灰皿いっぱいまで吸い殻をためるの？もう本当に心が折れちゃった。

燻された我が家

我が家のカレンダーは、ずっと同じ位置で同じサイズ。なぜなら、外すとそこだけ白いのです。タバコの煙はお部屋を燻します。こんなになるまで買ったタバコ代で、壁紙が何枚張り替えられるのでしょう。

お店を探して三千里

「どこかタバコが吸えるところでお茶でも」って言われても…最近はなかなかございません。お店選びに困ります。

仕事を止めないで!

相談しようと思ったときに限って、上司がいるのは喫煙所。仕事が進まないんですけど…。

漂う臭い

歩きタバコをしている人の後ろを歩くだけで、私にまで臭いが移っちゃう。せつかくの爽やかな朝の通勤時間、これじゃ気分が台無しです。外だからって、どこでも吸っていい訳じゃないのになあ。

増え続けるライター

夫が喫煙者ですが、コンビニでライターを手軽に買えるからか、家の中や洋服のポケットにいくつものライターがあります。見つけるたびにカ所に集めるので、ライターの山ができ処分に困っています。

なぜ!?

父はかつて喫煙者でしたが、弟が産まれたときに禁煙しました。なぜ私が産まれたときには禁煙してくれなかったのか…大人になった今でも根に持っています。

困ってます! 私たち、喫煙者に

タバコ・禁煙に
まつわるストーリーを
集めました



やめたいのにやめられない、タバコ。吸い続けてしまう原因を「ニコチン依存症」という病気ととらえ、禁煙をすすめる動きが世界中で広がっています。東北大学病院ももちろん、敷地内全面禁煙。タバコはもはや個人の問題ではありません。喫煙による害を改めて考え、煙のない世界をつくりましょう!

特集

煙のない世界へ。

NO SMOKING



東北大学病院オリジナル禁煙マーク

タバコケースの フィルム

タバコの箱を開けるときに取り外すフィルムの一部がゴミになって床に落ちていたりすることがあります。掃除機で吸うと詰まることがあります。やっかいです。

どっちが勝つか!?

わが家の空気清浄機vs喫煙者2人。サッカー1試合分吸われたら、空気清浄機のフィルターが詰まりました。

中古自動車

車の中に付着したタバコの有害物質は掃除してもほとんど落ちないと聞き、中古を買うときは喫煙者オーナーの車は絶対に買わないようにしています。

タバコで折り紙

義理の父親が、タバコの銀紙をつかって娘に鶴を折ってあげています。娘の健康に悪い影響がないか心配です。

奪われた時間

喫煙者の友人と出かけると、喫煙所を探す時間、タバコを吸う時間、それを待っている私の時間はとてももったいない時間に思えます。

子どもを 抱けない!?

1日15本吸ってしまいました。子どもが産まれてから、妻に、タバコを吸ってから2時間は抱っこしちゃうダメと言われ、それに耐えられず禁煙に成功しました。スキンシップが取れるのも子どもが小さいうちだけですから!

あと一人

全社員に禁煙を促し、残すところあと一人になりました。肩身の狭い思いをしています。徹夜も多い忙しい業種ですが、禁煙外来に通う時間をとってあげたいと思います。全員禁煙に成功したらみんなでお祝いをする予定です。

それでもまだ
吸いますか？

タバコの100害

ほんとに100個も
害があるんだね！



ほんとには
もつとあるよ！

- ① いつも周囲を気にして喫煙する
- ② 寿命が平均で10年縮む
- ③ 強い発がん性があり、肺がん、喉頭がん、乳がんなど、多くのがんのリスクが上がる
- ④ 動脈硬化を進行させる
- ⑤ 喫煙者には肥満が多い
- ⑥ 悪玉(LDL)コレステロールが増え、全体のコレステロールが増える
- ⑦ ビタミンC不足となる
- ⑧ 老化を促進する
- ⑨ 体臭、口臭など悪臭を発するが、自分では気がつきにくい
- ⑩ 禁煙すると精神衛生的利益が大きい但实际上に禁煙するまで自覚できない
- ⑪ 受動喫煙により配偶者が肺がん、乳がんなどの重大な病気になるリスクを高める
- ⑫ 未成年で喫煙するとがんや心疾患などの重い病気にかかりやすくなる
- ⑬ 未成年で喫煙すると禁煙がより難しくなる
- ⑭ 病気の予後を悪くする
- ⑮ 病気の治療効果を悪くする
- ⑯ 疲れやすいと感じることが多い

- ⑰ 数本吸っただけで、強い精神的、身体的依存が成立する
- ⑱ 認知症のリスクを高める
- ⑲ 未成年が喫煙すると思考力が低下し学力も下がる
- ⑳ うつ病などの精神疾患のリスクを高める
- ㉑ 暴力など短絡的な行動に走りやすくなる
- ㉒ ストレス緩和にタバコが必要だと錯覚してしまう
- ㉓ タバコが切れると集中力が低下し、イライラする
- ㉔ 他の依存症を起しやすくなる

②⑤ ストレスが高まる

- ⑲ 煙は典型的なPM2.5。呼吸器の末梢まで到達して炎症を引き起こす
- ㉑ 煙に刺激作用がある
- ㉒ 煙にタイオキシシヤヒ素などの毒物が含まれている

- ⑲ のどの違和感や目のかゆみ、しゃっくりなど、急性のタバコ煙刺激症状が現われる
- ⑳ 空気を有害刺激物質で汚染する
- ㉑ 急激な視力低下や失明を引き起こす

- ⑳ 味覚が低下しやすい
- ㉑ 口臭が発生する
- ㉒ 睡眠の質が低下したり、不眠になる
- ㉓ 歯周病を引き起こす
- ㉔ 薄毛の原因となる
- ㉕ 虫歯を引き起こす
- ㉖ くすみや黒ずみなど肌トラブルを引き起こす

- ㉗ 糖尿病などにより手足を切断せざるを得ない状況になるリスクを高める
- ㉘ 関節リウマチの発症、悪化など免疫機能へ悪影響を及ぼす
- ㉙ 女性は骨折を起しやすくなる

- ⑳ 胃炎、十二指腸炎、潰瘍など、胃の障害リスクを高める
- ㉑ 生活習慣病・メタボリック症候群を促進する
- ㉒ 女性の肥満タイプが内臓肥満型になる
- ㉓ インスリンの働きを妨げ、糖尿病が悪化する
- ㉔ 椎間板に障害が生じ、腰痛や頸部痛を起す
- ㉕ 膀胱炎、勃起不全(ED)などの泌尿器科疾患を引き起こす
- ㉖ 副流煙で白血病を起しやすくなる
- ㉗ 早産・死産ならびに奇形児・先天性障害児のリスクを高める
- ㉘ 授乳中の喫煙で母乳にニコチンが分泌される

- ㉑ 妊婦の喫煙は胎児の発達不良、子宮内発育遅延を引き起こす
- ㉒ 生理不順・不妊を引き起こす、閉経を早める
- ㉓ 子宮外妊娠のリスクを高める
- ㉔ 肺炎(おりもの、悪臭)になりやすい
- ㉕ 明らかに血圧や心拍数が上がる
- ㉖ インフルエンザ、肺結核などの感染症にかかりやすく、重症化しやすい
- ㉗ 血栓ができやすく、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞を誘発する
- ㉘ 喘息など、急性の呼吸器疾患を誘発する

- ㉑ 解離性大動脈瘤などの重大な動脈疾患のリスクを高める
- ㉒ 喫煙者の肺はタールがたまり黒変している
- ㉓ 呼吸器を傷害して破壊し、慢性閉塞肺疾患(COPD)などを引き起こす

- ㉑ 子どもがタバコを誤飲して死亡している
- ㉒ 親が喫煙している家庭の子どもは肥満が多い
- ㉓ 親が喫煙すると子どもが受動喫煙被害を受ける
- ㉔ 受動喫煙は子どもに明らかな健康被害を及ぼす
- ㉕ 受動喫煙で子どもの脳機能低下する傾向がある
- ㉖ 受動喫煙で子どもの虫歯ができやすくなる
- ㉗ 受動喫煙で乳幼児突然死症候群が起りやすい
- ㉘ 火遊びで子どもの死亡事故が起こる
- ㉙ 子どもや歩行弱者に対して恐怖感を与える

- ㉑ 同居のペットも病気になるリスクがある
- ㉒ コンピューターなどの電子機器を故障させる
- ㉓ 親が喫煙者だと、子供が未成年のうちから喫煙しやすい
- ㉔ タバコが吸えなくなることに常に恐怖感を感じて暮らしている
- ㉕ 長時間、交通機関を利用するのが大変になる
- ㉖ 生活の中で喫煙の優先度が高くなる
- ㉗ タバコに関する道徳意識が甘くなる
- ㉘ 仕事の効率が低い、同僚に迷惑、会社に損害
- ㉙ 捨てられたタバコのフィルターは自然界で分解されずに長期間残り、環境を汚染する
- ㉚ タバコ由来の有害物質が自然界に蓄積される
- ㉛ タバコがポイ捨てされるとゴミになって環境を汚染し、掃除費用や人的労力がかかる
- ㉜ 便器に捨てられたタバコでトイレが詰まる
- ㉝ タバコを作るために森林破壊が起こる
- ㉞ タバコを栽培するために大量の農薬が散布され土壌が汚染される
- ㉟ 低所得や失業中などの人の喫煙率が高く、世界の貧困問題と関連している
- ㊱ 国家経済の大きな損失
- ㊲ 密輸など非合法行為の温床になりやすい
- ㊳ タバコ代で家計に負担がかかる
- ㊴ 生命保険料が高くなる
- ㊵ 禁じられた場所で喫煙すると懲罰を受ける
- ㊶ 根性焼きなど、非行のタネになりやすい
- ㊷ 生徒の非行と関連している
- ㊸ 職場で受動喫煙があつた場合、被害社員からの訴訟リスクがある
- ㊹ 他人に健康被害が出た場合の訴訟リスクがある
- ㊺ 法改正で義務化になり、分煙を選択した場合、大きな予算が必要となる
- ㊻ 分煙装置を措置しても、煙が漏れるため完全な分煙は難しい
- ㊼ 喫煙者は労働災害リスクが高い
- ㊽ 火の不始末で火事を起す
- ㊾ 歩きタバコで歩行者にやけどの危害が生じる
- ㊿ 自殺のリスクを高める



禁煙対談

大丈夫、きつとやめられます。

医師の指導のもとで禁煙に取り組むことができる禁煙外来が注目されています。当院で喫煙対策をすすめる出江委員長が、禁煙治療の専門家、山本先生に禁煙外来について聞きました。



禁煙外来医師
山本 蒔子 (右)

やまもと まきこ / 1940年生まれ、秋田県出身。1965年東北大学医学部卒業。同附属病院第二内科に入局。JRS仙台病院健康増進センターセンター長を経て、当院やいくつかの医療機関にて禁煙治療に従事。日本禁煙学会理事、NPO法人禁煙みやぎ理事長などを務める。

喫煙対策委員会委員長
出江 紳一 (左)

いげみ しんいち / 1958年生まれ、神奈川県出身。1983年慶応義塾大学医学部卒業。慶応義塾大学病院リハビリテーション科医長、東海大学医学部リハビリテーション学助教授を経て、2002年より東北大学大学院医学系研究科より東北大学自由分野教授、当院液体不自由リハビリテーション科科長、2008年に同医工学研究科リハビリテーション工学教授に就任。

出江 保険制度も変わって、禁煙しやすくなりましたね。

山本 この4月から緩和されました。以前は、簡単に言えば、1日1箱吸って、喫煙年数が10年を経過しなければ対象にならなかったんです。もともと若い世代の禁煙をサポートする必要のあることを私たちも働きかけて、ようやく、今回の診療報酬改定で保険適用が拡大されました。今は、34歳以下であれば喫煙本数や年数は関係なく対象になります。未成年であっても、家族の承諾があれば大丈夫です。

苦しいというイメージは大間違い

出江 禁煙治療を受けやすくなった訳ですから、私たち医療従事者も患者さんにもっと禁煙を強く勧めるべきですね。一方で、禁煙はハードルが高いという印象があり、強く言い切れない場合も多いと思います。分かりやすい例えとしてお聞きしたいのですが、空腹を我慢することと比べると、禁煙はどのくらい苦しいものなのでしょうか。

山本 それは禁煙の方が楽ですよ。禁煙は簡単なんです。成功した方は皆さん、こんなに楽ならもっと早く来れば良かったと言う方が

ほとんどです。苦しいというイメージが強いのは、独自のやり方で禁煙しようとして失敗される方が多いからなんです。市販されているガムやパッチを使って禁煙を試みる方もいるのですが、タバコを吸いながらガムやパッチを使っているのは成功しません。一方で、何十年も喫煙している方でも、治療が順調に進めば、吸いたいという気持ちはわずか3カ月で消えていきます。もちろん苦しい時もありますが、それを薬で和らげるので、皆さんが考えていらっしゃるより楽にやめられます。

出江 私は筋肉や神経の活動を専門としていますが、それらも臨床的に変化がおこるのは3カ月です。人の体が変わる、一つのスパンなのかもしれないですね。

山本 他の薬物でもその3カ月が一番失敗しやすいと聞きます。3カ月の関わりかたが大切なんです。

出江 3カ月の間で気をつけていらっしゃることは何でしょうか。

山本 禁煙を始めた直後は、どうしても、吸いたいという気持ちが出てきますので、その時の対処法を具体的に決めます。例えば、水を飲む、深呼吸をする、歯を磨く、散歩をするなどです。1カ月、2カ月とクリ

アしていけば、3カ月経つと、体の中で変化が起こり、それ以上吸いたいというところまでいなくなります。万が一吸ってしまったとしても、次の外来で原因と対応を考えます。友達につられて吸ってしまった場合は、協力を求めたり、一緒に禁煙することを提案します。

出江 煙の無い環境づくりには、周囲の協力は欠かせません。

禁煙の姿勢を社会に示す

山本 東北大学病院の禁煙に対する取り組みは大変素晴らしいと思います。病院で始めたことが、今では東北大学全キャンパスでの禁煙宣言につながりました。一方で、ルールを守れない方も必ず出てきます。地道に声を掛けて協力を促すことが大切ですね。

出江 病院の中に喫煙室をつくれれば良いという患者さんからのご意見もあります。病院は禁煙そのものを推進する立場ですので、敷地内に喫煙室をつくるのは認めないという方針です。患者さんの健康を本当に思えば、禁煙は徹底すべきですね。

山本 喫煙室を作れば解決する問題ではありません。吸える場所が多ければ多い程、喫煙は増加し

若い世代も禁煙を

出江 山本先生は、さまざまな医療機関で禁煙外来をされていますが、当院の患者さんはどのような方が多いですか？

山本 大学病院ですから、他の診療科からの紹介が中心です。例えば、当院の呼吸器外科は禁煙しないと手術しないという強い方針がありますので、肺がんの患者さんであれば、主治医から勧められて受診するという流れです。最近では歯科も非常に熱心で、インプラントセンターなどからの紹介も増えてきました。色々な病気を抱えている患者さんが多いのが当院禁煙外来の特徴ですが、引き受けられないという患者さんはいないように頑張っています。

出江 何割の方が成功するのでしょうか？

山本 大体、7割くらいでしょうか。3カ月の治療の間に外来が5回あるのですが、全て受診された患者さんはほとんど成功します。自分だけで禁煙しようと思って成功するのはわずか1割と言われていいますから、成功率は高いと言ってよいでしょう。

敷地内で喫煙している治療中の患者さんも見かけることがありますが、医師や看護師も決して許してはいけません。嗜好品だから仕方がないという意見もありますが、タバコを吸うのはニコチン依存症という病気であることを、医療従事者、もちろん本人も認識しなければいけません。がんだけでなく、脳梗塞や他のあらゆる病気の再発予防に禁煙は必須です。

出江 大学病院としても、その考えを社会に対して示し、浸透させて行く役割があると考えています。

山本 禁煙治療は確立した医療で、今や禁煙できないという時代ではありません。最先端の医療を実践し、地域の見本になるべき大学病院が喫煙に対する考えを示すことには非常に大きな意味があると考えています。何よりも市民の健康のために、委員会の取り組みもぜひ続けていただきたいです。

出江 今後も気を引き締めて一丸となって禁煙活動を推進して行きます。ありがとうございました。





「禁煙川柳」募集します！

禁煙にまつわる川柳を募集しています。ご応募いただいた中から、優秀作品に選ばれた川柳は、院内にてポスター掲示いたします。たくさんのご応募、お待ちしております！

応募方法

- ① 応募用紙に必要事項を記入のうえ、専用の募集箱に投函ください。
- ② 応募フォーム 指定のフォームよりご応募ください。

<https://secure.hosp.tohoku.ac.jp/pr/kinen-senryu/>



ケータイスマホの方は
こちらからアクセス！

医師が禁煙をサポートします

禁煙外来



喫煙者の多くは、ニコチン依存症。タバコをやめられなれないのは、意志の弱さが原因ではなく、治療が必要な病気だからです。当院の禁煙外来では医師や看護師が指導・支援しながら、年間約50人の患者さんを禁煙へと導いています。

気になる！治療費のこと

健康保険適用者の条件

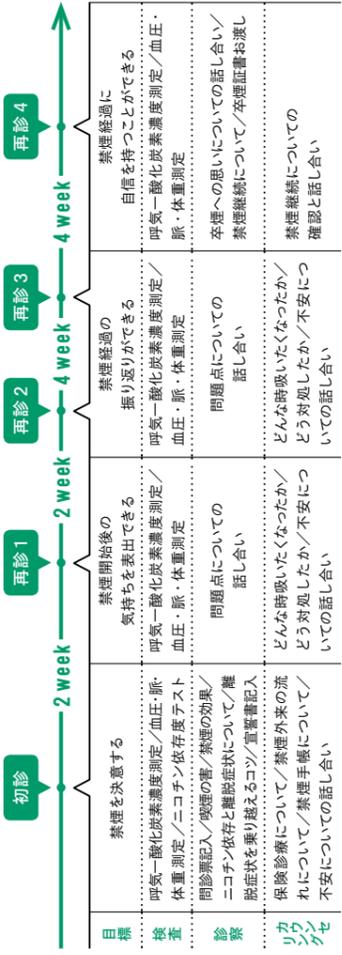
- 1 診断テストで「ニコチン依存症」と診断された方
- 2 プリンクマン指数※が200以上の方
- 3 禁煙治療を受けることに文書で同意すること

プリンクマン指数

35歳以上の方：1日の平均喫煙本数×喫煙年数=200以上の場合
35歳未満の方：2016年4月1日よりこの条件はなくなりました

気になる！禁煙治療のながれ

標準治療期間は12週間(約3か月)で5回の診察を行います。毎回、検査結果を基に専門の医師と目標を立て、禁煙補助薬を使用しながら禁煙達成を目指します。



※保険診療の適用には、原則3か月以内に5回の通院が必要ですが、過去に禁煙治療の保険診療を受けた方で、前回の初診日から1年経過していない場合は保険診療適用外となります。当院での診察は、原則として完全予約制です。医療機関からご予約ください。

世界中、日本中で広がる禁煙の輪

世界禁煙デー、禁煙週間

世界保健機関 (WHO) は毎年5月31日を「世界禁煙デー」とし、世界各国でさまざまなキャンペーンを行っています。日本では、厚生労働省が毎年5月31日・6月6日を「禁煙週間」とし、記念イベントなどが開催されます。



ケータイスマホの方は
こちらからアクセス！

WHO世界禁煙デーホームページ

www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/en/

毎月22日は「禁煙の日」

禁煙推進学術ネットワークでは、「スロウスロウ（吸わん吸わん）で禁煙を！」をスローガンに、毎月22日を「禁煙の日」と制定しています。喫煙の害や禁煙への理解を深め、受動喫煙防止を推進しています。



ケータイスマホの方は
こちらからアクセス！

禁煙の日ホームページ

www.kinenohi.jp/index.html

第22回「世界禁煙デー・宮城フォーラム」開催のお知らせ 「日本のタバコの常識は世界の非常識」

日時：2016年5月29日(日)
13時30分～16時30分(会場12時30分)
場所：エルパーク仙台セミナーホール
内容：基調講演、シンポジウム、体験(肺年齢測定)



ケータイスマホの方は
こちらからアクセス！

禁煙みやぎホームページ

kinenmiyagi.org/kinenday22/kinen_day22.html

みなさんの健康を私たちが守ります！

東北大学病院

喫煙対策委員会

がんばれ！
喫煙対策委員会！



喫煙対策委員会メンバー (左から) 産業看護師 荒木 和子/臨床工学士 菊地 昭二/東北大学統計産業医 黒澤 一/看護師 岩田 真澄/総務課 吉田 靖生

取り組み② 巡視



タバコ“ゼロ”を目指して

毎月2回、巡視を行っています。禁煙マークの入ったジャンパーを着たスタッフが、当院敷地内はもちろん、周辺道路を含めたエリアを見まわり、吸い殻を拾ったり、喫煙者に禁煙の協力を呼びかけています。

取り組み① 健康講座



タバコと病気を知る

毎年3回、ホスピタルモジュール健康講座を開催しています。泌尿器の病気や声のかすれ、心筋梗塞など、さまざまな診療科の医師が、タバコが体に与える影響や病気の関係について医学的に説明し、最新の情報をお話ししています。申込不要・参加無料で、どなたでも気軽に参加できます。※開催情報は当院ホームページでご確認ください。

医師や看護師、技師、事務職員など多職種からなる17名で構成する「喫煙対策委員会」。禁煙への理解を深め、敷地内全面禁煙を実現するため、さまざまな活動を行っています。

歯科医師の指示のもとで入れ歯やインプラントなどを作り、歯の形や機能を回復するのが歯科技工士の仕事です。大学病院では、それに加えて、事故や病気で欠損した顔面の一部や指をシリコンで作ったり、手術のシミュレーションに使う顎の骨の模型を製作することもあります。歯科技工所や歯科医院では経験できない仕事にやりがいを感じる毎日です。

私は主に、詰め物やかぶせ物、入れ歯を必要とする患者さんを担当しています。口の中は、髪の毛が一本入っただけでも違和感を感じるとても繊細な場所です。形成するときは、顕微鏡をのぞきながら、寸分の狂いもないように神経を研ぎ澄まします。顔の一部ですから、見た目も大事。女性の歯は丸みをおびていて、男性は角張っている、また年齢とともに色も変わり、形もすり減ってきます。患者さんの情報や希望をよく聞いて、その方に



合った美しい歯を製作します。苦労して作ったものがびつたりはまって、患者さんや担当の歯科医師から「いいものを作ってくれてありがとうございます」と言ってもらえたときが一番嬉しいです。

歯科技工士になって4年が経ちました。目指すのは、しっかりと噛める歯、長持ちする歯、美しい歯。熟練した先輩にはまだまだかないませんが、もつと技術を磨いて、より多くの患者さんの助けになりたいです。

取材者レポ

東北大学歯学部附属歯科技工士学校卒業後、鶴見大学歯学部歯科技工研修科での研修を経て、2013年に当院歯科技工室に入職。ものづくりで人の役に立ちたいと歯科技工士になると決意。学生の頃は白衣を着て廊下を歩く当院のスタッフに憧れていたを。尊敬できる先輩達に囲まれて、私は本当にラッキーガールなんです！とキラキラした表情で語っていたのが印象的でした。お休みの日は、お友達とショッピングしたり、美味しいものを食べに行ったりフレッシュしているのだそう。

夏の食材 「レタス」



レタスは、玉レタスや葉レタスなど種類が多く、サラダなどに使いやすい野菜です。新鮮なレタスは、葉茎を切る際に白い乳状の液体「ラクチニコピクリン」（鎮静効果と鎮痛効果のある苦味物質）が出ますが、乾燥すると赤く変色します。なるべく切り口が白いものを選ぶと良いでしょう。

便利な
下ごしらえ術

芯を取ると鮮度が落ちやすいので、外側から使う分だけをはがします。サラダに使うときは米水につけ、盛り付ける直前に引き上げるとパリッとみずみずしくなります。通常、主菜に添えてあるレタスは15g程度。添えるだけではない、レタスの食べ方をご紹介します！

東北大学病院栄養管理室の 野菜を食べる 副菜レシピ



岡本智子 栄養監修

栄養とうまみが豊富に含まれる旬の野菜を使った美味しい副菜レシピをご紹介します。あらかじめ料理の時間を短縮する下ごしらえをしておくことで、手軽に無理なく野菜を食べましょう。



栄養バランスのとれた食事と、毎食主食（ごはん、パン、麺）、主菜、副菜、汁物、野菜、芋、海藻、きのこなどを揃え、1日1回、果物や乳製品を適量食べることで1日に必要な栄養素を偏りなくとることができます。

洋

のりサラダ

レタスも海苔も手でちぎって簡単、水溶性食物繊維たっぷりサラダ！



レシピ (2人分)

レタス1/2玉 ①を食べやすい大きさにちぎり、かいわれ大根1/2パック ②は根を切り洗って水気をきる。調味料（オリーブオイル 大1・しょうゆ小2弱・黒こしょう少々）をよく混ぜ合わせ、①、②を加えてからめる。薄切りにした黒オリーブ10gと焼きのり全形2枚を軽くあぶって大ききちぎりに混ぜ合わせる。

中

レタスとメンマの和え物

十分な水切りで調味料となじませるのが、美味しく仕上げるコツ！



レシピ (2人分)

レタス1/2玉は1cm幅に切り、春雨20gはゆでて冷ましたら、食べやすい長さに切り水気をしっかりきる。調味料（しょうゆ小1・酢小1・ごま油小1/2）に春雨を混ぜ、少しおいてなじませる。味付き惣先メンマ60gとレタスを加えて混ぜ合わせる。

洋

ピリツとスープ

スパイスで暑さを吹き飛ばし、冷房で冷えた体を芯から温める一品に！



レシピ (2人分)

レタス1/2玉弱（150g）は3cm角に、セロリ50g（約1/3本）は2mm幅に繊維を断つように切る。5mm程度の厚さのペーパー8cm程度（24g）は5mm幅の角切りにし、鍋で炒め、そこに水400ccとコンソメ1個を加え沸騰したら、セロリ、カレー粉小1/2、最後にレタスを加える。味を整え、お好みでこしょうをふる。

つぶやき イリヨウレー

つながっていく医療のことば。

喫煙は、多くのがんでその要因のひとつであることは皆さんもご存知と思います。それだけでなく、がんの治療法のひとつである放射線治療において、治療開始時点で喫煙をやめるかやめないかでも治療に伴う副作用の重症度や治療成績が大きく変わってくると言われています。心当たりのある方は今すぐにも禁煙をお勧めします。

放射線治療科
神宮啓一先生



乳腺内分泌外科
多田寛先生

最近乳がんの患者さんが増えていて、日本では一生のうちで12人に1人の方が乳がんになっています。増えている原因は欧米化した食生活や少子化などがありますが、タバコもほぼ確実な原因です。乳がん検診を受けることが大事ですが、乳がんにならないために禁煙や受動喫煙を避けることをお勧めします。

今回は、産科・婦人科の豊島将文先生です！

ススム！ Vol.8 復興医療

地域医療復興センターが取り組む、医療復興への活動を報告していきます。

東日本大震災から 5年が経ちました

2011年3月11日、当院は大きな揺れに襲われました。幸いなことに患者さんや職員の人的被害はなく、多くの職員が献身的に活躍し、48時間後には一通りの機能が復旧しました。あれから5年、震災当時、当院が果たした役割を振り返ります。

震災直後から、被災地の医療機関は緊急医療に追われていました。当院は、被害が生じた市内の医療施設や沿岸部の医療機関の入院患者を「紹介状無し」で「無制限」に受け入れ、後方支援に徹しました。運ばれた患者数は、約1ヶ月で石巻・気仙沼を中心に約570名。また、透析を受けられなくなった患者約80名を気仙沼地区から受け入れ、当院で計画透析を行った後、自衛隊の協力を得て、北海道の医療機関に空路で広域搬送しました。

同時に、医師、看護師、薬剤師など200



避難所での歯科診療



ヘリポートでの患者受け入れの様子

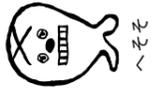
名以上が、震災3日後から、避難所診療に赴きました。急性期が過ぎた後も、皮膚科、眼科、耳鼻科、感染症科など、専門性を持つ診療科が全国の組織と協力して被災地を巡回し、診療や医薬品の提供に努めました。

歯科は検視活動で大きな貢献をしました。宮城県警から宮城県歯科医師会を通じて本学歯学研究所に、ご遺体の検視を行う歯科医師の応援要請があり、当院歯科診療部門が協力し一日に約40名の歯科医師を安置所や検案所に派遣しました。派遣人数は延べ322名、139会場にのぼり、検視活動の大部分を担いました。さらに避難所へ歯科医療チームを派遣し、延べ1371名の誤嚥性肺炎の予防や義歯の修理を行い、被災者の口腔ケアに尽力しました。

当院は、東日本大震災で学んだ多くのことを次の災害に生かすとともに、引き続き東北地区の医療復興へ歩を進めてまいります。

医療ソーシャルワーカー なぜなに 医療制度

福祉の専門家として医療の現場で患者さんを支える医療ソーシャルワーカーが、医療制度について分かりやすく解説します。



よく聞く「介護保険」ってどんな制度ですか？サービス内容や費用についても教えてください。



介護保険制度は、介護が必要になった高齢者やその家族を支える制度です。市町村に申請し、

医師意見書と訪問調査の内容をもとに審査され、7段階で判定を受けます。65歳以上の方（第1号被保険者）が申請できますが、40〜64歳の方（第2号被保険者）でも、16種類の特定疾病により介護が必要な方は申請が可能な場合があります。ホームヘルパーや訪問看護、デイサービス、住宅改修などの在宅サービスと、特別養護老人ホームなどに入居する施設サービスがあり、自己負担額は原則1割ですが、所得額によっては2割になります。詳しいご相談は、市区町村介護保険担当課、またはお住まいの地域包括支援センターへお問い合わせください。

医療ソーシャルワーカーは
ここにいます！
医療そうだん窓口
（外来診療棟4階）
受付時間／8時30分〜16時



未病・予防おしえて！

漢方先生

漢方内科 高山真先生

テーマ「禁煙のための耳鍼治療」

漢方診療では禁煙の治療に耳鍼を用います。1980年代から世界中で臨床研究が行われ、偽薬と比べて効果があるなどの報告がされています。一般的には耳にある肺・口・神門といわれるツボを鍼で刺激します。禁煙によるイライラ、集中力の低下、頭痛、便秘、睡眠障害、食欲増加などの離脱症状に合わせて、適宜ツボを加えていきます。



お口のお悩み、解決します。

デントタル先生

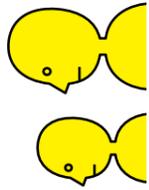
顎口腔機能治療部 五十嵐薫先生

テーマ「口唇裂・口蓋裂」

口唇裂・口蓋裂は500〜600人に1人が発症する比較的多い先天性的疾患です。当院では専門施設として顎顎口蓋裂センターを設けており、その中で当部は矯正歯科治療と言語療法を担当しています。最近では技術の進歩により治療結果が格段に向上しています。実は、この疾患の環境要因の一つが喫煙と言われています。喫煙は歯周組織にも悪影響を与えることがわかっており、歯周病の方は、禁煙によって治療効果の改善が期待できます。

フレッシュマンの
あの頃と今

FRESH VISION



総合歯科診療部 研修歯科医
佐藤 由加

チーム医療の一員として



医療に携わる家族に囲まれて育ち、人のために何ができるのかを考える機会が多くありました。歯科医師を目指し、今学んだ大学でぶらち、同じ道を歩んだ両親を

より尊敬するようになり、またいくつもの試練を乗り越えて、立派な歯科医師になりたいという決意が固まりました。アメリカへの留学などを経て学んだのは、戦陣の壁を越えた「チーム医療」の大切さです。地元東北で、それを実践し、さらに成長できる場所を求めて志望したのが、東北大学病院です。探究心が強く、お互いの意見を尊重できる素晴らしい同僚に恵まれたことに感謝しています。今は、まずは患者さんをお待たせしないように、適切な治療計画を円滑に立てられるように頑張っています。いずれは、口腔の状態と全身疾患

患の関係について知識を深めながら、患者さんのQOLを向上させる治療ができる歯科医師になりたいです。



子どもの頃の夢は「医療従事者」

9歳の頃、祖父の他界に悲しむ祖母の姿を見て、「守りたい」と強く思ったから。

小さな頃の自分にアドバイス
これから出会う人に感謝して、困っていたらいつでも助けてあげられるように連絡を取りつけてね。そして、家族との時間も大切に。

第1駐車場をオープンしました

4月1日より、第1駐車場をオープンしました。正面の第2駐車場もこれまで通りご利用いただけますが、渋滞緩和のため、お越しになる経路によってそれぞれの駐車場を利用いただけますよう、ご協力をお願いいたします。



各駐車場までの経路



入出講ルート

※院外の提携駐車場もこれまで通りご利用いただけます。利用料金、提携駐車場について、詳しくは当院ホームページをご覧ください。
 ※駐車場は大変混雑しております。来院の際は、なるべく公共交通機関（電車・バス・地下鉄・タクシー）をご利用いただけますよう、ご協力をお願いいたします。
 外来駐車場は外来患者さんの利用を優先しております。当院にご用の無い方、また入院患者さんご本人の駐車場の利用はご遠慮ください。



ケータイスマホのQRコード
 055-646-6767

第14回 東北大学病院 市民公開講座 いつまでも楽しく食べるために ～摂食嚥下障害への取り組み～

日時/2016年6月25日(土) 13:00～
 場所/仙台国際センター(仙台市青葉区青葉山)
 お申し込み方法は、当院ホームページや、ポスター掲示などでお知らせいたします。ぜひご参加ください。

新入職員オリエンテーションを行いました

4月1日・4日・5日の3日間、本年度新規採用の医療職員を対象としたオリエンテーションを実施しました。このオリエンテーションは、当院での勤務に必要な基礎的知識だけでなく、大学病院職員としての役割・心構えを理解し適切な行動を身につけることを目的としています。初日は八重樫病院長による訓示・辞令交付の後、各部門についての概要を説明しました。また、初期臨床研修医を含む223名での合同グループワークでは、コミュニケーションの基礎トレーニングやグループダイスカッションを通して、「チーム医療」の基礎を学びました。



第7回 東北大学病院 からだの教室 やってみよう!アウトドアファーストエイド

今回の「からだの教室」では、当院救急専門医とアウトドアのプロである自転車冒険家が、アウトドアでのケガや病気の応急処置法、予防の工夫や心構えについてお話するほか、ファーストエイド(応急手当)の実技体験を行います。本格的なレジャーゾーンに向けて、ファーストエイドスキルを身につけてみませんか?



講師/高度救命救急センター 吉田 良太郎
 ゲスト/自転車冒険家 西川 昌徳氏
 日時/2016年5月29日(日) 10:00～11:30(9:30開場)
 場所/FUT MESSE 仙台長町
 (仙台市太白区あすと長町1-4-30 SRGスポーツパーク内)
 対象/安全にアウトドアを楽しむたい方
 定員/30名 参加費/無料(1ドリンク付き)
 申し込み/事前の申し込みが必要です。

詳しくは「からだの教室」ホームページへ
www.hosp.tohoku.ac.jp/karada/



ケータイスマホのQRコード
 055-646-6767

ささの たかし/1954年生まれ、福島県出身。1979年東北大学歯学部卒業。1998年東北大学大学院歯学研究科口腔診断学分野教授、当院口腔診断科科長に就任。東北大学歯学部附属病院院長、同大学院歯学研究科長・歯学部部長、当院総括副院長などを歴任。

「昆布だし」でお口の潤い

日本人の4人に1人はドライマウスと言われていいます。主な症状は、口の中がヒリヒリ痛い、ベタベタする、口臭がひどい、味が分からないなどです。ひどくなると、会話や嚥下など日常生活にも支障をきたします。

梅干しやレモンなどの酸味刺激が唾液を出すこと(味覚/唾液反射)はよく知られていますが、ドライマウスで乾いた口腔粘膜に対して、酸味は刺激が強すぎて痛みを引き起こすことさえあります。そこで、私たちは、昆布だしの「うま味」をドライマウスの治療に用いています。「うま味」は甘味・酸味・塩味・苦味に加えて、日本人が発見した第5の味覚として、今や世界中に知られる存在になりました。臨床研究の結果、うま味は酸味とは異なり、唾液分泌を長時間促進することが分かりました。うま味の後味によるものと私は考えています。

病気を治療して健康であるためには、自分のために手間をかけること、つまり、自分で治したいという意欲が大切です。そこで患者さんの身近にあるものを探した結果、辿り着いたのが昆布だしでした。患者さんご自身でだしを取り、お口に含んで唾液が出ることを実感し、唾液分泌を促す訓練を自ら毎日行うことが治療のポイントです。最近、和食が世界文化遺産として注目されている最中、私たちの「昆布だし治療法」は学術雑誌「ネイチャー」など世界中のメディアに取り上げて頂きました。日本の食文化である「昆布だし」はお口に潤いを与える安心で安全な「大切なもの」なのです。



表紙のはなし

八重樫 伸生 病院長

タバコが体に及ぼす影響は深刻です。東北大学病院は、2006年から敷地内全面を禁煙としています。病気を治療する場所として、患者さんや市民の健康を守るために始めました。喫煙者の害だけでなく、受動喫煙の危険性も重く受け止めています。目指すのは煙のない世界。東北大学病院は、ここに改めて「禁煙」を宣言します。



hesso

東北大学病院広報誌「へっそ」
第11号 2016年5月13日発行

hesso(へっそ)は東北大学病院の広報誌です。人のカラダを中心に、いまの医療を中心に、地域の皆さまにわかりやすく当院の活動を紹介します。hessoを中心に人の輪ができる、まさに地域の「おへそ」のような存在を目指します。

Publisher : 東北大学病院 / Plan & Edit : 東北大学病院広報室
Design & Photo : akaoni

ご意見募集

hessoへのご意見・ご感想を募集しております。住所、氏名、年齢、性別、ご意見・ご感想をご記入の上、下記宛先までおハガキ、E-mail、またはフォームでお送りください。抽選で当院オリジナルグッズをプレゼントいたします。

宛先 仙台市青葉区星陵町1-1 東北大学病院 広報室

E-Mail hesso@pr.hosp.tohoku.ac.jp

ご意見・ご感想 <https://secure.hosp.tohoku.ac.jp/hesso/contact>



へっそ絆創膏



おててテトテト DVD

ケータイスマホの方は
こちらからもアクセス!



編集後記

今号は表紙からコラムまで(可能な限り)タバコにまつわる話題でまとめました。さらには禁煙川柳も募集し、優秀な作品はホームページなどで発表していく予定です。患者さんや市民と大学病院をつなぐ広報誌hesso、これからも皆さんの健康のお役に立てる情報をお届けして参ります。(広報室)



オリジナルキャラクター
へそそ

Webマガジン hesso
www.hosp.tohoku.ac.jp/hesso

Facebook hesso 公式ページ
www.facebook.com/hosp.tohoku.hesso



Facebook 東北大学病院 公式ページ
www.facebook.com/hosp.tohoku



Twitter 東北大学病院 公式アカウント
[@hosp_tohoku](https://twitter.com/hosp_tohoku)

I がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

1. 医療関係(放射線療法, 化学療法, 手術療法, 緩和ケア, 在宅医療, 希少がん, 病理診断, 医療機関の整備, 医科歯科連携 等)について

No	施設	課題	課題の解決策
1	北海道がんセンター	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(健発第0401016号)5(1)②に、「研修会企画責任者は、患者会をはじめとする患者やその家族の意向を十分に反映するため、合同検討会議等を開催し、患者の声を積極的に取り入れ、地域のニーズを研修課の運用に役立てること。」という文言が平成27年2月01日改正時に追加されているが、患者会との検討会議を拠点病院が個々に開くことは、病院によって研修会の質にバラつきが出る可能性がある。また、患者会側にとっても医療者側にとっても非常に効率が悪い。	都道府県等の単位でこうした検討会議を開催することで、問題の解決が図れる。行政や都道府県がん診療連携拠点病院が取りまとめ役となつて、進めていただくことで解決が図られるのではないかと。
2	青森県立中央病院	①地域連携拠点病院の活性化について 現在、地域連携拠点病院の認定要件は、診療実績や人員配置等を主体としているが、それだけでは実際の地域連携へのactivityを促進する力となっていない。 ②放射線治療機器の高額化 放射線治療機器は重粒子線に限らずリニアック装置においてもIMRTに対応するため、コンピュータ技術を駆使している関係上高額化している。 ③がん関連新薬(分子標的薬等)の高額化 オプシーボをはじめとするがん関連新薬の高額化が社会問題化しているが、オプシーボの場合、超高齢者への適応など、その使われ方にも問題がある。 ④メディカルスタッフの活用(保険診療の算定) 今日の保険収載の方向性として、メディカルスタッフの医療提供に対する点数化(加算を含めて)があるが、一層の展開をめざす必要があると思われる。 ⑤病理診断の標準化と病理医の不足 地方における病理診断医の不足は深刻の度を増している。	①例えば、PEACEプロジェクトの開催に加え、全がん患者の5%以上のがんパス発行率、あるいは年数回にわたる在宅紹介患者の症例検討会の開催など、具体的な活動実績を評価に加えるべきである。 ②保険点数のアップもさることながら、一定以上の年間症例数をこなしている施設に対しては、リースあるいは補助金等による助成制度が必要ではないかと思われる。 ③適正使用に係る何らかのメッセージなり勧告が必要と思われる。国の政策を履行する公的な協議会として、リーダーシップを発揮して学際的な取り組みを展開すべきと思われる。 ④がんに特化した諸サービス(例えば看護相談外来の点数化、認定薬剤師による指導料の算定等々)の点数化をめぐすべきと思われる。 ⑤Telepathology導入への補助金制度、autopsy imagingの標準化と点数化等を考えるべき時に来ているように思われる。
3	岩手医科大学附属病院	地域それぞれのニーズにあったがん医療が、各施設および地域連携の中で円滑に遂行されているのが不明である。	地域のニーズを拾い上げ、県独自のPDCAサイクルを利用した包括的がん医療計画を立案し、地域のがん医療の質の向上を図る。
4	宮城県立がんセンター	がん診療連携拠点病院の指定要件に、様々な分野においてPDCAサイクルを用いた質の向上への活動が義務づけられている。このPDCAサイクルの運用法として、中央から様々な指標・方法が提案されてもいる。しかし、拠点病院間の相互評価もこの手法で行うとなると、評価に用いる指標も含めPDCAサイクルの手法をどのように選択し実行していくのか県単位で決定することが難しい状況にある。昨年は宮城県では、各部会に一任したが、その手法は様々で全体をまとめるまでに至っていない。	国立がん研究センターが中心になり、PDCAサイクルの実施状況の発表会は開催されているが、これを用いたほうが良いという推薦はない。この際、国としてのいくつかのPDCAサイクルモデルを取り決め推薦することの可否を、拠点病院に問うことを行ってもよいと考える。
5	東北大学病院	1. 標準治療の均てん化とその向上に関して: 多くのがん診療連携拠点病院は地域のがん診療の均てん化に役立っていると考えられるが、拠点病院ごとに専門医等のがん専門医療従事者の配置の有無やその数により医療の専門領域(ここで言う医療関係)に依然として格差し、臨床研究中核病院や特定機能病院からの非常勤専門医の支援を必要としている拠点病院が少なからず存在する。2. 今後のがん医療の向上には新しい治療薬や治療法の開発が欠かせないが、臨床試験や治験等のがんの特定臨床研究への参加の有無や患者登録数はがん診療連携拠点病院間に大きな格差がある。上記1とも関連するが、特定臨床研究への参加を活性化するには専門性の向上、標準医療の徹底、CRC配置等の研究支援体制の拡充が必要であるが、人員不足や予算の関係で中々改善が進まない。	1. 上記課題を解決するには、学会等と協力して専門医等の養成をさらに推進する必要があるが、加えて、がん診療連携拠点病院の指定にあたっては、専門医等の配置を専門医等の名称を特定して必須とするほか、病院としての指定の際に、指定された病院のどの診療機能が不十分であるか明記する必要がある。2. 特定臨床研究に参加するためには日常診療がより標準化されている必要があるため、特定臨床研究の推進はがん医療の向上のみならずその均てん化に重要である。平成27年度に新たに医療法上の臨床研究中核病院が設置され、特定機能病院の中から国立がん研究センター2病院や一部の大学病院(いずれもがん診療連携拠点病院)が指定を受けているが、がん診療連携拠点病院の特定臨床研究への参加を推進するため、地域ごとあるいは専門領域ごとに臨床研究中核病院を中心としたネットワークを構築するのが良いと考える。その際に、臨床試験グループの協力が欠かせないと考える。
6	秋田大学医学部附属病院	【放射線療法について】高精度放射線治療体制の整備が遅れている地域がある。 【緩和ケアについて】在宅がん医療体制の整備が遅れている。	【放射線療法について】高齢化社会に突入した我が国のがん医療を推進するためには低侵襲がん治療である放射線治療の充実が欠かせない。治療体制整備の遅れている地域では、国・県が主導して、高精度放射線治療を行う施設の集約化(例:複数の2次医療圏に1カ所のX線高精度放射線治療施設を整備する)を目指す。 【緩和ケアについて】在宅がん医療の整備が必要であるが、急性期医療を主とするがん診療連携拠点病院が主導するには無理がある。在宅がん医療は介護と直結しており、包括的な医療・介護を推進する、がん対策推進協議会とは別の組織が主体になって進めてゆくべきと考える。また、2次医療圏内で完結する病院、診療所、在宅専門医のネットワーク化が必要である。社会に見えるような上記モデル地域を選定し、全国に広く啓発してゆく方法を提案する。
7	山形県立中央病院	①手術療法:麻酔科医不足による手術待機期間の延長、②腫瘍内科医不足による化学療法の格差、③放射線治療医、関連スタッフの不足による放射線治療の格差、④がん患者の在宅医療を行える住診可能な医師が少ない	①～④いずれも地域性の要因が大きく、有効な解決策は思い当たりません

No	施設	課題	課題の解決策
8	福島県立医科大学附属病院	<p>(脳神経外科)化学療法における分子標的薬の適応は希少疾患にも拡大はされてきている。しかし、現状は米国または欧州での保険認可が無い場合は事実上国内での治験を行うことが出来ない。このため日本人、東洋人に多い特殊な疾患での分子標的薬の承認試験に大きな弊害となっている。</p> <p>(病理診断科)(1)～コンパニオン診断のための検体処理についての周知～がん治療の個別化、奏効性を知るためにコンパニオン診断が用いられるが、その手法、免疫染色FISH:Parafin包埋切片からのDNA(RNA)-PCRについての周知、提供される検体の状態によって得られる結果が異なることへの周知が足りない。そのためコンパニオン診断の精度管理がホルマリン固定後の病理例でのみしか行われていない実態がある。検体抽出から固定までの検体処理(検体の精度管理)の重要性を周知させる。</p> <p>(2)福島県内病理医不足解消のため増加のために…一般、医学生、研修医に対して、病理医の業務について周知徹底が必要。福島県内では昨年より、少数ながら病理専攻医が研修を始めているが、今後も病理を希望する研修医が増加しないと県内がん治療が立ち行かなくなる恐れがある。県内病理専門医の1/3が65歳以上であり(内がん拠点病院勤務7名)、若い研修医の指導にも人手が十分でなくなる可能性があり、県内病理医のnetworkが必要となる。そのためのvertical system telepathology systemの充実が必須となる。</p> <p>(臨床腫瘍センター) A)地方においては、未だに各治療モダリティの専門医不足(腫瘍内科、腫瘍放射線治療、緩和ケアなど)は続いており、完全に充足することは難しい。</p>	<p>(脳神経外科)日本独自の臨床治験、保険審査を前例主義にとらわれずに行うべきである。</p> <p>(病理診断科) 記載なし</p> <p>(臨床腫瘍センター)A) 均てん化を目ざせる部分と集約化をすすめるべき部分の明確な区分けをきめていく</p>
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	<p>在宅での治療や療養生活へ移行する際のサポート体制が不十分であり、近隣に紹介できる病院や診療所等が少ない。患者や家族のニーズに答えられるような体制の整備が課題である。</p>	<p>がんでも在宅で療養できるような制度・仕組みを充実させていくために、地域において在宅療養を支える医療資源の確保と人材の育成を図っていくための施策を講じる必要がある。</p>
10	栃木県立がんセンター	<p>平成24年度以降、老朽化に伴う放射線治療装置の更新が、県内4割の放射線治療施設で行われた。放射線治療装置の品質管理には、専門性の高い人材および教育が必要であることは、がん対策推進基本計画の中で謳われている。当院では、平成25年度から医療技術の均てん化および専門家の育成を図るために、医療の現場で実機を用いた研修会の開催、資格取得および新装置の導入支援活動を実施している。活動を通して、中小規模病院の状況としては、業務担当者が少ない中で、装置導入時から長期的な装置の品質維持や院内スタッフの教育、業務の質の向上および最新技術の導入等が労力不足で難しい状況である。</p>	<p>地域病院と連携し、拠点病院等をセンター化して、最新技術および高精度な治療法が必要な患者はセンター病院に集約する診療体制を整備する。人材育成についてもセンター病院での研修体制を整備するなど、地域病院間で役割分担することで、相補的な体制を構築する。その他、拠点病院から地域病院へ訪問支援も行い、実際の現場にて、問題解決の支援活動を行える関係性も必要である。当院では、今年度から、県内の放射線治療における訪問線量測定を実施予定している。学会のガイドラインの許容値内で放射線の出力がされているかを、第3者的立場から支援活動をしていく。</p>
11	群馬大学医学部附属病院	なし	なし
12	埼玉県立がんセンター	<p>医科歯科連携事業について。当院においても周術期や放射線・化学療法等をうける患者様に対して、口腔ケアを目的に地域歯科医院への連携を奨めています。しかし、骨転移に対するビスフォスフォネート製剤(BP、ゾメタ等)やデノスマブ(ランマーク)に対する顎骨壊死(ONJ)症例への対応については、地域歯科医院へ一任するにはリスクがあります。また、不用意な抜歯等の外科処置により、顎骨壊死の病状が増悪することが懸念されます。</p>	<p>知識のある口腔外科医が同薬剤の処方医と連携をとり、情報供給する必要があると考えます。</p> <p>顎骨壊死の状態により、同薬剤の休薬が必要か否かについての判断は、地域歯科医院では困難と思われます。したがって、ONJ症例については、知識のある口腔外科医が継続的に地域歯科医院と連絡を取り合いながら、口腔ケアを勧めるべきであると思います。</p>
13	千葉県がんセンター	なし	なし
14	東京都立駒込病院	なし	なし
15	がん研究会有明病院	<p>・医療介護総合確保推進法(医政局・老健局)では都道府県単位での患者の流出入に配慮した計画策定がなされているが、がん対策基本法(健康局)ではなされていない。都府県を越えたがん医療が大都市圏では数多くなされているにもかかわらず、都府県を越えたがん診療連携拠点病院間の協議等がなされていない。がん研究会有明病院は、東京都の都道府県がん診療連携拠点病院であるが、患者は、都内だけでなく、千葉県、埼玉県、神奈川県から多く通院しており、さらに北海道から沖縄までの全国から患者が集まっている。そこで、がんパスを含め、都道府県別の議論には限界がある。</p> <p>・都内には多数の大学病院を含め、高度ながん医療を担う病院が数多くある。そこが、他の地域との違いであり、特別な工夫・配慮が求められている</p>	<p>・大都市圏では都府県を越えたがん診療連携拠点病院間の協議会を設置の希望</p> <p>・医療連携。地域連携の枠組みの見直し など</p>

No	施設	課題	課題の解決策
16	神奈川県立がんセンター	<p>【化学療法】① 県内にはがん治療を行っている多数の医療施設が存在するため、県内全域の化学療法の質の均てん化にむけた取り組みを都道府県がん診療連携拠点病院のみで担うことは難しい。各病院にはそれぞれ事情(医師の配置等)があり、一律には均てん化を進められない。② 各病院の化学療法チームのネットワークを利用した情報共有が望ましいが、ネットワークの構築、運営にはマンパワー、原資等、解決すべき課題がある。</p> <p>【緩和ケア】① がん診療拠点病院だけの問題ではないかもしれないが、都心のブランド力のある病院で施行された後に、いきなり緩和ケア内科に手紙(診療情報提供書)とともに患者さんがやってくる事態を首都圏近郊では経験します。切れ目のない医療を提供するには、拠点病院間での連携がまだまだ十分ではありません。② 緩和ケア病棟では症状の重症の問題以上に介護手の不足あるいは面倒がみられない家族が入院理由になることがしばしばです。入院し続けてもらった方が本人・家族関係者双方はコストパフォーマンスが良いのが実態です(特に後期高齢者)。自宅療養を選んだ方が明らかにお得と感じる政策が必要と思います。</p> <p>【病理診断】治療ガイドラインに病理学的な項目が含まれているが、その詳細について精通している病理医は少ないと思われる。例)子宮頸部筋層浸潤の深さについて子宮頸がんガイドラインでは治療に関わる因子として記載され、臨床医も重視しているが、取り扱い規約にはない項目であり、病理医が把握していない項目である。</p>	<p>【化学療法】がん登録データを活用して、各病院の特徴を把握し、それに係る化学療法の必要度を定量的に評価する。特に外来化学療法に係る医師・看護師・薬剤師の状況や診療体制の把握が必要。標準的治療や効率的な診療体制の確立のために、化学療法チームのネットワークを活用する。</p> <p>【緩和ケア】① 一定以上の医療圏をまわって診療が必要な場合には、紹介先の病院にインセンティブを付けてはいかがでしょうか。がん対策推進計画によって、同一医療圏内で一次治療から緩和ケアまで行えるような医療体制は構築されつつあるので、患者・家族への指導・教育が必要と考えます。また、紹介状なしの場合の負担と同様に、医療圏を超えて診療を受ける場合には一定の患者負担を検討してはいかがでしょうか。② 自宅療養をした場合の主たる介護者に、社会的サポート(介護休暇を充実させる等)すること、金銭的なメリット(介護に相当する金銭の家族への直接給付、あるいは将来介護者自身が自分のために使える介護サービス引換権利・パウチャー等)を感じられることです。また緩和ケア病棟の自己負担分を年齢で差をつけず、一律3割負担とすることで、がんは後期高齢者の病気ではありませんので、若年者のがんサポートを手厚くする方向にいくと思います。</p> <p>【病理診断】治療ガイドラインにおける病理学的項目を周知させるためにも、日本病理学会、日本臨床細胞学会とガイドライン作成に携わる各臨床の学会と共同して、病理医に対してセミナーや広報活動を行う。</p>
17	新潟県立がんセンター新潟病院	<p>「がん対策推進協議会」の調査では、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、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。また加算算定からみて外来化学療法も拠点病院の95%に及ぶ。しかし、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%にとどまると報告されている。がん診療提供体制の均てん化の表れであると同時に、診療報酬上でカバーされないセカンドオピニオンの説明などのソフト面での対応が遅れていることの表れとも言える。医師の診療に関する説明などは医師の研修、教育と密接につながる。また、大きな課題である新専門医制度ではサブスペシャリティーとしての腫瘍内科医が認められおらず、今後のがん診療に関わる医療者の育成が大きな課題である。人材育成は放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケア、在宅医療、希少がん、病理診断等、のすべての領域の鍵となり、とくに、今度力を注ぐべき緩和ケア、在宅医療、希少がん、病理診断等の領域ではその人材不足が深刻である。</p>	<p>新専門医制度におけるサブスペシャリティー領域としての腫瘍専門医の育成ができるような措置を要求したい。都道府県がん診療連携拠点病院としては、がんセンターの場合、がん診療の専門性を高めるほど、初期研修医には遠い存在となるジレンマがあり、新専門医制度の中でとくに総合診療科などにおいてがん診療連携拠点病院での一定時間の教育をプログラム化していただきたい。がん診療が均てん化されたところで、がん診療連携拠点病院の要件を、先進的な診療内容を加味し、ある程度、集約化された施設での人材育成は一つの解決策であろう。</p>
18	富山県立中央病院	なし	なし
19	金沢大学附属病院	診断時からの緩和ケアと早期からの緩和ケアが混乱している。	診断時からの緩和ケアは、がん治療に関わる対応とし、主治医、外来・病棟看護師が担当し、早期からの緩和ケアは、最終段階に関わる対応とし、緩和ケアチームが担当する。両者の連携、協力を院内研修会等を開催し、推進していく。
20	福井県立病院	<p>(放射線療法) 平成26年の高齢者人口は過去最高の3,300万人、総人口に占める高齢化率は26.0%(前年25.1%)で、この先、総人口が減少すると考えられる日本では、高齢化率はさらに上昇すると内閣府より発表された。 一方、悪性新生物(がん)の患者数は全国では162.6万人で、がんは高齢者に発生しやすい傾向があるため、これから先の高齢化社会においては、高齢者のがん患者がさらに増えるものと考えられる。 このため「がん診療連携拠点病院」においては、体にやさしい負担の少ないがん治療が重要となり、放射線治療のがん治療に占める重要性が増すものと考えられる。 (化学療法) 化学療法を受ける患者さんのDPCコーディングが現実的でない部分が存在する。</p>	<p>(放射線療法) 高齢者のがん患者へのがん治療に伴う長期入院による影響(体力の低下や認知症など)を考慮すると、社会生活を送りながら、がん治療を行える外来治療のシステム作りが必要となる。 「外来リハビリと組み合わせた放射線治療」や「栄養食(病院食)の食事と組み合わせた放射線治療」など、がん患者のQOLを重視した診療体系整備もまた有用と考えられる。 (化学療法) 地域・患者年齢も加味したコーディングが望まれる。</p>
21	山梨県立中央病院	なし	なし
22	信州大学医学部附属病院	<p>拠点病院として要求されてくる診療体制の整備、研修および実績数をこなすために、実臨床の患者を診る業務以外の仕事が増えています。相対的にマンパワー不足になっています。特に放射線治療医、緩和医療担当者のover workおよびextra workが目立ちます。 要求項目およびそのハードルを年度ごとに急げないようにはいただきたい。特にPDCAサイクルの導入などは診療の現場には不適と思われるし、むしろ現場では混乱させています。事務的な書類整備等の仕事も多く、大変です。 このようなアンケート調査も意見の吸い上げには有効ですが、この意見を以て国からの病院の診療体制の制度設計の見直しや新たな規程づくりに利用されることは困ります。 院内がん登録のデータを見れば、各拠点病院の診療の特徴があることが判明しているので、一律的に各病院へ指定要項を押し付けたい調査にしていきたい。</p>	国の年度ごとの要求項目とハードルを緩和すること。

No	施設	課題	課題の解決策
23	岐阜大学医学部附属病院	<p>1. 「がん医療の均てん化」という当初の目的はある程度達成されているものと考え、①拠点病院としての高度な診療を維持するのに必要ながん医療の専門医、看護師、技師は慢性的に不足している。②また拠点病院としての機能を維持するための補助金などの額も決して十分とは言えない。③連絡会議等も開催されているが、地域がん診療連携拠点病院間での連携が必ずしも十分とは言えない。</p> <p>2. 放射線治療における品質管理担当部門の設置。</p> <p>3. がんの病理診断においては形態学的診断のみならず、遺伝子変異の同定や、分子標的薬による治療適応のためのコンパニオン診断が欠かせないものとなっている。これらの業務を行うためには、施設・設備・機器の整備も必要であるが、それいじょうにマンパワー（検査を施行する臨床検査技師、結果を解析する病理医、はやりの言葉で言うと分子病理医）の拡充が不可欠である。現在のマンパワーのまま上記の事柄までルーチンで要求されることになれば、必然的に破綻を来す。</p>	<p>1. ①都道府県がん診療連携拠点病院が中心となりがん医療の専門医、看護師、技師等の人材育成に積極的に取り組む必要がある。現状においてもセミナー、研修等を実施し、人事育成に取り組んでいるところではあるが、さらに病院として積極的に取り組まなければならない。②医療現場の声として拠点病院の必要性と有用性、さらにその機能を維持に必要な補助金が不足していることを広く訴える。市民公開講座等の開催により、拠点病院の必要性と有用性を広く市民にアピールする。③定期連絡会議、共同カンファレンス、テレビ会議等を開催することにより地域がん診療連携拠点病院間の連携をより密とする。</p> <p>2. 品質管理担当部門の設置をがん診療連携拠点病院の必須条件とする。</p> <p>3. がん診療連携拠点病院に、施設・設備・機器整備のための予算措置を執るとともに、病理検体をを用いた遺伝子診断、コンパニオン診断にかかわる人材育成を促進する施策が必要と思われる。特に臨床検査技師、病理医定員の大幅増員、技師および若手医師の分子病理学的解析にかかわる訓練・研修の充実が必要不可欠である。これらの業務に関しては、おそらく連携病院からも受託して行う必要が出てくると思われ、そのための制度の整備もとうぜん必要である。</p>
24	静岡県立静岡がんセンター	<p>○低侵襲性手術</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会が進展する中で、低侵襲で効率的な治療が求められている。 ・小児を含む若年者に対しては、長期間の良好なQOLの維持が必要である。 <p>○放射線治療・陽子線治療の一体化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会が進展する中で、低侵襲で効率的な治療が求められている。 ・小児を含む若年者に対しては、長期間の良好なQOLの維持が必要である。 <p>○がん薬物療法・情報処方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族がまとまった知識を得る適当な情報源（冊子等）がない。 <p>○再発転移・原発不明病変治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集学的アプローチが十分に実施されていない。 ・原発不明がんは希少がんも含まれる特殊分野であり、確定診断が困難である。 <p>また、分子標的薬等の個別化治療のためには、遺伝子診断を含めた病理診断が一層重要となる。</p> <p>○支持療法・緩和ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんに対する治療方法が多様化している。特に化学療法は抗がん剤の種類が増加、分子標的薬の登場により副作用も多様化しており、薬物療法に関する患者の苦痛が増加している。 ・緩和的支持療法においては早期介入が重要であり、患者の病態等に応じたきめ細やかな対応が必要である。 ・在宅治療の患者のニーズに応じていくため、地域連携の仕組みを構築する必要がある。 <p>○AYA世代の診療・ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この世代のがんは、多くが希少がんであり、多臓器にわたる。また、社会復帰・晩期合併症については、世代特有の問題点・制約がある。 ・公的補助制度や保険の問題で医療費の負担が重い。 ・就学、就職、恋愛・結婚などの問題を抱える患者を支援する人材が不足している。 <p>○高齢者がん治療・ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬物療法を実施するに当たり、臨床試験の対象年齢を外れる高齢患者の治療方針が確立していない。 ・高額薬品の適応・中止基準については、費用対効果も踏まえ社会的コンセンサスが必要である。 ・老老介護、独居など在宅療養環境の悪化により、治療後のがん難民の増加が危惧される。 	<p>○低侵襲性手術</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡やダヴィンチ等の機器を活用して、患者の負担が少ない手術を行う。 <p>○放射線治療・陽子線治療の一体化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精度の高い安全な治療を行うため、品質管理体制を充実するとともに、教育・研究体制を強化する。 ・陽子線・IMRT・小線源を用いた個別化医療を推進するとともに、併用療法の拡大や新たな治療関連技術の開発を図る。 ・小児がん患者の受け入れ態勢の整備や照射技術の改良等、小児がん患者への陽子線治療を推進する。 <p>○がん薬物療法・情報処方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん治療で用いられることが多い処方について、処方別の説明書を作成し、患者等への説明などに活用する。さらに、副作用チェックシートを活用して、患者評価に基づく副作用状況の情報を提供する。 <p>○再発転移・原発不明病変治療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域がんセンターボードを開催して、標準的治療に関するコンセンサス形成を図るとともに、治療効果に関する評価法を標準化する。 ・原発不明診療がんセンターボードを設置するなど、生検、病理診断、外科的治療のチーム体制を構築するとともに、試薬等の開発に向けた研究を行う。 <p>○支持療法・緩和ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用頻度の高いレジメに対する情報処方を作成し、患者への説明、教育に活用する。 ・副作用の出やすい患者の予想やリスク因子の研究を進める。 ・緩和和支持療法をマニュアル化し、地域内で共有する体制を整備する。 <p>○AYA世代の診療・ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的治療を確立するため、臓器横断的診療チームを整備するとともに、データの集約化や分子標的薬等の研究開発を進める。また、患者間の交流やネットワークづくりを通じて、問題点・制約を集約する。 ・公的医療費補助制度の検討と支援人材の育成を進める。 <p>○高齢者がん治療・ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対する薬物療法の診療指針を策定する。 ・高額医薬品の適応を厳格にするため、指標探索研究を推進する。 ・支持療法、せん妄予防のための薬物療法、ケア・リハビリ技術、栄養管理等多職種チーム医療の体制を整備する。 ・早期退院後の受け入れ施設整備、通院治療の支援、在宅療養と入院看取りとの連携を図る。
25	愛知県がんセンター中央病院	<p>・がん診療連携拠点病院として、外来患者の内服治療の適正な実施を進めるため、近隣の保険薬局との定期的な会合を開催しているが、当院を利用される患者の住まいは広域にわたっている（名古屋市内全域他、愛知・岐阜・三重・静岡・長野）。これら広範囲の関わりのある薬局との連携会議を開催できるような支援策があるとよい。（薬剤部）</p> <p>・苦痛スクリーニングに関する記載が緩和ケアの項目にあるため、緩和ケアの専門チームが実施する業務と勘違いされやすい。（緩和ケアチーム）</p>	<p>・地区を超えた薬剤師会を巻き込んだ活動が必要と考えられる。（薬剤部）</p> <p>・全ての医療者が患者の苦痛を把握し、基本的緩和ケアとして対応することが求められており、がん医療全般の項目として記載していただきたい。また苦痛スクリーニングは、苦痛の程度を把握し、程度に応じた対応をすることを目的としているが、「スクリーニング」という名称のため、専門チームに繋ぐためのツールととらえられやすい。「モニタリング」などの名称を検討してはどうか。（緩和ケアチーム）</p>
26	三重大学医学部附属病院	なし	なし

No	施設	課題	課題の解決策
27	滋賀県立成人病センター	がん診療連携拠点病院等の指定要件が全国一律で決められているため、地域によっては診療従事者の配置に関する要件等、充足が厳しくなる項目がある。	指定要件について、地域の実態や独自性を反映させるために、全国一律の必須項目を増やしていくのではなく、必須項目は最低限必要なものに絞り込み、その他の項目については柔軟に対応できる措置が必要。
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし
29	京都大学医学部附属病院	1)がん診療連携拠点病院等機能強化事業による財政支援が単年度計画に基づくため、人的資源の長期的な確保が難しいことがある。 2)緩和ケア医の数が絶対的に不足しており、がん診療連携拠点病院、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅ケアなど現体制を維持することが困難である。	1)一定額が永続的に支給されるような財政支援制度の構築。 2)全国の拠点となる大学(7地域程度)に緩和ケア医を養成できる講座を設置して教育や研修の充実をはかることが解決策として考えられる。
30	大阪府立成人病センター	(放射線治療) 放射線療法に関して都道府県拠点病院は全国の800の放射線治療施設のうち、特定機能病院とともに規模が大きい。均霑化とともにもっと集約化もはかるべきである。 (化学療法) 1)近年は、納得できるまで薬物療法を継続される患者が増加している。また、治療の副作用も軽くなってきたり、終末期までの治療の継続も可能となってきた。このため、薬物療法を終了し、緩和に専念する際の病院の移行に支障が出てきている。 2)新規分子標的薬剤、免疫治療薬剤の登場により、これまでの抗がん剤では経験されなかった重篤な副作用が出現。これにより、新規薬剤の普及の障害となっている。 (手術療法) 1)膀胱や食道癌など高難度手術を要する難治癌の手術成績の向上 2)骨軟部腫瘍などの希少癌の手術成績の向上 (緩和ケア) 緩和ケア研修の重要性は誰もが認めるどころだと思いが、異動の多い医師全員を対象とした長時間の研修は、受講者、実施側(講師ばかりではなく事務方も)ともに大きな負担となっているように思える。 (希少がん) ・肉腫は希少癌の代表格であるが、四肢は整形外科、後腹膜は泌尿器や外科、子宮は婦人科、血管腫は皮膚科等々、外科的治療を行う科が多岐に渡る。しかし、化学療法については現在は殆ど整形外科で行われ、臨床腫瘍内科に少し参画のムーブメントが出てきた所である。 ・このような現状に対して、患者さんはどこに行けば良いのかわからず、また外科的治療後の再発に対しては後治療を提示されなかったりして難民化し、実際には臨床治療を行っていない医師が変にコーディネートしているような状況である。 ・これに対して、国はやっと国立がんセンターにて希少がんセンターを立ち上げた。今後の活動が課題である。 (病理診断) 拠点病院間の病理診断の質のばらつきが大きい。現状では少数の病理医がすべての領域のがんを診断しており、本来持っている専門性が発揮されていない。 (医科歯科連携) 1)がん地域連携パスによるがん診療体制を評価するための機構がない:全国レベルの情報がかく得られない。 2)医科歯科連携についても、国レベルの評価委員会がないため、その実態や現況が分からないし、今後の方向性が不明である。	(放射線治療) そのために従来の施設基準をこれらの施設ではワンランク上げる。それが優れた治療成績に裏付けられたものか、否かを検証可能とするために、以下を行う。 1)診療実績を患者目線(stage)に沿ったきめ細かい治療成績、有害事象の情報として公開を義務付ける。 2)公開情報の内容に関しては本会議あるいはワーキンググループが標準フォーマットを策定して各施設の各診療科に課す。 3)さらに学会では症例登録事業を行っているので、その全国の全体データとの比較分析も行い、開示する。 (化学療法) 1)薬物療法を施行する病院と、ホスピスなどの緩和ケアを担う病院とのシームレスな連携が必要。現状は、医療制度を含めた緩和ケア病院の体制の不備が障害と思われる。 2)これまでは、化学療法に伴う有害事象は、投与病院の責任とされたが、当該病院のみでは、対応できない事態もある。がん拠点病院では、その他の病院で発生した有害事象にたいする、医療機関からの相談窓口や、当該病院では、対応できない重篤な化学療法関連有害事象をうけいれる部門が必要である。 (手術療法) 1)治療施設の集約化 2)医師派遣や見学など教育研修システムの構築 3)施設内でのセンター設立(膀胱センター、肉腫センターなど) (緩和ケア) 実臨床を経験しなければ理解しにくい面もあるが、医学部卒業前に全員を対象とした教育を行うのを基本にしてはどうかと思う。 (希少がん) ・国立がんセンターの希少がんセンターを中心とした治療センターの集約化、そして肉腫を治療する外科系各科と臨床腫瘍内科を取りまとめる協力的なリーダーシップが解決に繋がる。 ・具体的には現在の国立がんセンター希少がんセンターを中心とした学会設立、その中での治療施設体系化の議論が急務である。 ・その上でがん診療連携拠点病院の中での治療施設集約化が望ましい。 (病理診断) 病理診断を担当する医療職者のマンパワーを増やすことが必須で、治療の前の的確な診断が必要であることを認識すべきである。病理医の専門性を発揮するためには病院間の連携を進めて、相互チェック・コンサルトをしやすい環境を作ることが必要である。 (医科歯科連携) 1、2)国レベルでの評価委員会などを設けて、全国に模範となる指導や方向性を示して欲しい。都道府県がん診療連携連絡協議会に、その分科会でも設けてはどうか？
31	兵庫県立がんセンター	1)がん診療連携拠点病院として、治療において標準治療を原則として良好な診療成績を提供してきた。整備指針で求められた「放射線療法・化学療法・手術療法の更なる充実」等の実現には、臨床試験等による新規治療法(薬物、術式など)の開発が不可欠である。 2)正確な情報発信:民間出版社が不十分なアンケートに基づきランク付けをした病院紹介が氾濫しているのが現状で、誤った情報が蔓延している。	1)特に希少がんにおいては喫緊の課題であるが、診療の効率化等も含め、適切な施設への患者集約を行う。また、人員配置等による良質医療提供の均てん化に、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の、なお一層のバックアップは必要不可欠である。 2)各拠点病院の治療情報を集約公開し、医療者向け、患者向け、一般人向けに統一した情報を発信する。
32	奈良県立医科大学附属病院	いずれもがん診療において重要な分野であり、充実させることが望ましいことは言うまでもないが、多くの項目を拠点病院の必須要件としてどんどん増やしていくことは、現場においてはかなりの業務負担となっていることが多く、質の低下の原因になっている可能性も危惧される。だからと言って、単に質を確保する為のチェック項目を増やすのでは、業務負担が更に増加することになり、結果的に本来の診療業務等に悪影響を及ぼす可能性も否定できない。現状では医療現場がますます疲弊して医療事故等の誘因にもなりかねない。	各分野における取り組みを、診療業務等に悪影響を及ぼすことなく、質、量ともに向上させるためには、やはり、体制の充実(人員、資金の確保等を含む)が必要条件と思われる。

No	施設	課題	課題の解決策
33	和歌山県立医科大学附属病院	なし	なし
34	鳥取大学医学部附属病院	①専門的医療者の育成:がん拠点病院においても放射線治療専門医、理学物理士などの人数が十分でない。また、薬物療法専門医や緩和ケアを担う医師、がん専門看護師やがん関連認定看護師の人数も十分ではない。②在宅医療担当者の育成:がん患者の在宅医療を担う医療者は基本的ながん治療や緩和ケアの知識をもっていることが望ましいが、緩和ケアの研修すら受けていない医療者が多い。③がん治療水準の検証:患者の希望に沿って、必要な患者に標準的ながん治療が安全かつ確実に行われ、患者・家族の満足が得られていることが検証されていない。④療養場所の選定:がん患者と家族の希望にもとづいて療養場所が選択されることが望ましいが、十分な社会資源が整わず、医療者の意識も不十分で、緩和ケア病棟や在宅医療の利用が進んでいない。⑤希少がんの診療ネットワーク:希少がんは全国的レベルのセンター方式で診療が行われるべきだが、十分なネットワークが構築されておらず、遠方のセンターで診療を受ける体制も整備されていない。	①専門的医療者の育成:がん拠点病院の規模に応じて必要な専門職の人数を規定し、それに適合するための医療者育成支援を実施し、専門職が専門の部門で勤務できるような仕組みを作る。②在宅医療担当者の育成:がん拠点病院に担当地域でがん患者の在宅医療担当者を育成するための研修会を義務づけ、研修を受けた医療者との間でがん診療連携パスの活用を促進するような仕組みを作る。③がん治療水準の検証:がん拠点病院の治療において患者の希望に沿った治療が行われていること、標準的ながん治療が適切な適応で安全に行われていること、患者・家族の満足が得られる治療であることを調査する仕組みを作り、それを全国的に情報公開する。④療養場所の選定:人口規模で必要な緩和ケア病床数、在宅医療機関数を策定し、がん拠点病院で治療を受けた患者が適切に緩和ケア病床や在宅医療に移行していることを調査し、全国的に情報公開する。⑤希少がんの診療ネットワーク:希少がんは必ずがん拠点病院に紹介され、がん拠点病院からセンター病院に紹介されて治療するネットワークを構築するとともに、遠方のセンターで診療を受ける場合の経済的負担等を緩和する体制を整備する。
35	島根大学医学部附属病院	<化学療法> 今後のがん拠点病院のあり方:化学療法に関して多施設連携抗がん薬治療のレジメン審査・管理に関しては毎月実施される審査小委員会においてきちんとなされ、また臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医数の増加に伴い、若手のがん薬物療法の理解度も確実に上がり、腫瘍センター病棟と外来化学療法室という入院と外来における抗がん薬治療の集中管理がされることで、標準治療は問題なく提供できるようになっている。また、がんセンターの役割の重要性も次第に認知されてきているが、診療科による温度差がある。また県内がん拠点病院間の連携が不十分である。 <緩和ケア> 緩和ケアを専門としていますのでこの領域での課題について記載をします。がん診療連携拠点病院の提供体制としての必須事項が厳しいと考えます。具体的には「苦痛のスクリーニング」の対応が難しく、困惑しています。診療連携拠点病院の必須事項とされたため病院側はかなり無理をお願いして交渉し、スクリーニングの実践を行いました。このための院内体制整備、スクリーニングシートの配布、回収に相当の手間がかかっています。そのため、緩和ケアセンターとして最も重要な、担当スタッフが患者・家族の診療業務に支障をきたすリスクが生じています。無理をして行っているスクリーニングですが、今後同じような必須事項の通達が続くのではないかと、との不安が強いです。どこの病院も少ないスタッフで診療活動をしているのが実情です。現場の状況を踏まえた上での提供体制整備についてご配慮をいただきたいのが希望課題です。	<化学療法> がん診療連携拠点病院の活用による院内の連携強化と、テレビ会議システムを活用した多施設でのがん診療の実施や臨床研究の地域内での活性化をはかり、県民に国際水準の標準治療を提供し、がん治療のきんてん化を進める組織の構築ならびに、運用を実施する。 <緩和ケア> がん診療連携拠点病院の必須事項については、厚労省が決定して全国に通達を出す前に、現場の実情を踏まえて(意見を聞いて)いただくことをお願いします。これから必須事項に予定されている内容を事前に各施設に通知して、その内容について現場医療スタッフの意見が届けられるようなシステムをお願いできればと思います。
36	岡山大学病院	求められる都道府県がん診療連携拠点病院の機能として、いわゆる「がん拠点」としての臨床機能に加えて膨大かつ専門性を必要とする事務作業が必要です。しかし、がん診療連携拠点病院認可要件には、事務担当の配置が必須とされておらず、定員削減を課題とする国立大学法人では、担当者の新規採用は非常に困難な状況です。担当事務の疲弊は当然ながら、医療職の疲弊も常態化しているのが現状です。	がん診療連携拠点病院機能強化事業費にて人の雇用、特に一般事務に限らずがん地域連携コーディネーターとしての看護師等の雇用など、専門職の雇用が可能として頂きたいと存じます。また、がん診療連携拠点病院へは(複数)の専従担当事務の配置を必須として頂きたいと存じます。
37	広島大学病院	多くの抗がん薬、特に分子標的薬の上市により副作用がさらに多種、多彩になっている。特に免疫チェックポイント阻害薬の登場で、すべての臓器に対する副作用への十分な対応が急務、必須となっている。	都道府県がん診療連携拠点病院への対応要件として、少なくとも内分泌代謝内科医、神経内科医、眼科医、循環器内科医の常勤、または週8時間以上の診察を必須とする。
38	山口大学医学部附属病院	これまでの取り組みにより放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなどの各部門の機能は強化されてきたが、各診療科の横断的な診療体制の構築はまだ不十分である。第2期がん対策推進基本計画には「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。」と記載されているが、具体的な腫瘍センターの機能、業務に関しては明記されていない。がん診療部やチーム医療を含めた診療科横断的な診療体制をさらに強化して行くためには、腫瘍センターなどのがん診療部を充実させる必要がある。	放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなどの各部門の機能を横断的に統括する腫瘍センターなどのがん診療部の設置要件等を明確化するとともに、その機能、業務を具体化する。
39	徳島大学病院	当院におけるがん診療の課題として、入院患者の緩和ケアを含めた在宅医療への移行が困難である点が挙げられる。このような現状を踏まえて、当院では本年度より「地域の病院・在宅療養支援診療所等とのカンファレンス」を開催している。このカンファレンスにより、地域で在宅医療に携わる医師およびメディカルスタッフと情報をお互いに共有し、意見交換することで、双方の顔の見える関係づくりとがん診療連携体制の構築・強化を目指している。また、徳島市医師会在宅医療ネットワーク(TIZI-NET)とも連携し、全てのがん患者さんにシームレスながん医療を提供できる体制の構築を推進している。	課題および考えられる解決策は上述の通り。

No	施設	課題	課題の解決策
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし
41	四国がんセンター	拠点病院の指定は進んだが、がん診療の質の担保が問題となっている。 1)都道府県拠点病院のリーダー機能、がん診療の質の担保 2)地域がん拠点病院のがん診療の質の担保 3)拠点病院以外のがん診療の質の担保	質の担保を優先すべき段階であり、拠点病院の数は今よりむしろ絞り込むべきである。拠点病院に見合う評価指標の開発と普及を急ぐ必要がある。 1)都道府県拠点病院のリーダーシップの発揮に関しては都道府県間の差が大きいのではないかと。都道府県拠点病院が事務局機能を充実させ(担当事務官の専従配置等)、がん診療連携協議会での情報交換・共有を改善する必要がある。 2)専門的がん診療は拠点病院への集約を加速すべきであり、質の担保を図るのがよいと考える。 3)拠点病院以外にはかかりつけ医機能と緩和医療の充実を図るべきである。専門的治療(抗がん剤治療導入等)は拠点病院と連携して行うことが望ましい。
42	高知大学医学部附属病院	がん診療連携拠点病院要件における緩和ケア領域の要件に取り組むことは、現在の人員配置・予算では十分行うことが出来ない。様々なデータの管理など、医療職の職務以外の仕事に時間を割かざるをえない。 希少がんに対する対策が遅れている。	自施設の長をはじめ各診療科・診療部門に現状課題の理解と緩和ケア担当者への協力を促すとともに、緩和ケア担当者が各々その職務を少しでも多く遂行できるよう自己研鑽をつむことが必要であると考え。しかし、その努力のみでは、絶対的な職務量と人員・予算とのミスマッチを解決することは不可能と考える。
43	九州がんセンター	(副院長) 県の拠点病院として地域拠点病院をみていると、病院間における格差が治療行為ならず医療全体においても大きすぎると思う。これでは、がんになった患者の立場でがん医療の均てん化がなされているとはとても思えない。 (臨床研究センター) 化学療法について、現在のがん拠点病院指定要件では、診療従事者の専門性の担保について、薬剤師、看護師は特定の資格をもっていることが望ましいという記載となっています。しかし、医師に関しては専門的な知識および技能を有する医師1人以上配置 という記載にとどまっています。昨今のがん薬物療法の著しい進歩と複雑化を考えると、この記載では不十分といわざるを得ません。	(副院長) 各拠点病院それぞれ得意・不得意な治療行為があると思うので、それぞれの分野の拠点病院みたいなものを患者さんに明示して、各病院が患者さんに応じた治療行為に合致する病院を紹介する等、連携実績をもって認可するシステムをとってはどうかと思う。つまり、複数病院でがん治療を行う実績を評価する様にしては如何でしょうか。 (臨床研究センター) 化学療法に携わる医師の要件として、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本血液学会血液専門医などの資格を持つ医師2人以上を必須とすることを望みます。
44	九州大学病院	なし	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	なし	なし
46	長崎大学病院	(放射線療法) 放射線治療の分野は日進月歩で、定位放射線照射(STI)や強度変調放射線治療(IMRT)、粒子線治療の導入により高い局所制御率の達成と合併症の低減が可能となってきている。一方で、これらの治療を行うにあたって、STIは1名の常勤放射線治療医、IMRTは2名の常勤放射線治療医が必要である。長崎県においては放射線治療専門医の数が少ないうえにカバーすべき医療圏が多く、前述の条件を満たせないために、STIやIMRTといった高精度放射線治療の恩恵を受けられない患者が数多く存在する。 そのため、放射線治療においては「集約化」が望ましいという意見もあるが、地方において居住地と異なる医療圏で治療を積極的に受ける方は少なく、結局は高精度放射線治療を受けられないということに変わりはない。 (化学療法) 1. 外来化学療法室においては医師がルート確保を行っている。ルート確保用の医師がなかなかつかまらず患者さんが待たされる。最終的に終了が遅くなり、看護師の時間外勤務が増える。 2. 外来化学療法室に常に留守番をする医師を配置することが難しい。1人の医師をそこにずっと配置するとやりがいもなく辞めてしまう (研修研究) がん検診の受診率が低い。 (病理診断) 個別化医療への病理学的対策。	(放射線療法) もともと、高精度放射線治療を推進していくにあたって、安全性を担保するための常勤医の縛りであったと理解しているが、放射線治療医が充足できていない現状を考えれば、例えばIMRTを導入するにあたっては、常勤医1名+医学物理士1名を許容するなどの緩和策が検討されてもよいのではないかと考える。 (化学療法) 1. 国主導で看護師による抗がん剤ルート確保を推進する。 2. 外来化学療法室は医師は連絡すればすぐかけつける体制で、必ずしもその場にずっと待機する必要はないこととする (研修研究) 地域での検診受診方法を再検討することや、市民、県民公開講座をもう少し広く行き渡るように努力する必要があると思われる。 (病理診断) クリニカルシーケンスセンターおよびFISHセンターなどの導入。
47	熊本大学医学部附属病院	【放射線療法について】 放射線治療装置を所有していないがん診療連携拠点病院(A)において放射線治療が必要とされる患者が発生した場合、装置を有する病院(B)への円滑な患者紹介が行われるべきであるが、特に適応に迷うような症例では(B)への紹介が(患者アクセスなどの理由で)躊躇され、結果的に放射線治療の機会が失われている可能性がある。 【病理専門医の不足と高齢化】 【医療体制について】	【放射線療法について】 すべてのがん診療連携拠点病院に放射線治療装置があることが理想であるが、そうでない場合でも、(A)病院に「放射線治療適応検討外来」の設置を義務づけ、各関連診療科医師からのコンサルト、患者の診察機会を確保することが望ましい。この外来は、(B)病院所属の放射線治療専門医の週1回程度の非常勤派遣で対応可能と思われる。 【病理専門医の不足と高齢化】 病理専門医及び専門医を目指す後期研修医の獲得のため、国、地方自治体からも長期的・継続的な財政支援が必要と思われる。 【医療体制について】 都道府県内において、拠点病院の指定区分はそれぞれがあるが、各拠点病院の持つ特徴ある診療実績を伸ばしていくこと、また、その情報を都道府県拠点病院を中心に広く共有していく体制が必要と思われる。

No	施設	課題	課題の解決策
48	大分大学医学部附属病院	がんプロ第二期の終わりが近づいている中、継続の予定は立っていないと聞きます。がん関連専門医師が不足している現状は、本「がん対策推進基本計画」の根幹を揺るがすものであり、大学など教育機関からの若手の継続的創出の重要性は論を待たないところです。	がんプロの代わりになるような「若手が専門医師育成」のための事業を本「拠点病院のあり方」の中に盛り込んで頂きたい。(予算も含めて)
49	宮崎大学医学部附属病院	化学療法:近年がん医療の均てん化が全国的になされてきたが、地方では必ずしも化学療法の均てん化や標準治療の施行は進んでいない。レジメンの適応や支援療法が適切になされているかなどの現状把握をする必要がある。	1)施設間の協議を行う。 2)現状把握を行う。
50	鹿児島大学病院	1)今後の地域包括ケアをにらみ、どのように「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」と連携を図るのか。現時点では、がん治療後も拠点病院で経過観察し、また外来化学療法なども拠点病院内でという体制が大きくは変化していない。 2)各都道府県における拠点病院間の均てん化の調査やチェック体制がない。	1)緩和ケアとくに終末期医療に関しては、県内の一部では連携が進んでいる。これを各拠点病院を中心に全県下の取組とする。とくに化学療法に関しては、病診連携よりは病薬連携、薬薬連携の方が上手くいっていないように思われる。多剤注射薬を中心とした化学療法は拠点病院が主に行うべきであろうが、例えば単剤の分子標的治療などを経過の良い症例を中心に病診連携を図るべきであろう。しかしながら、この際の病薬、薬薬連携を図る方策は今後のモデル形成が必要である。 2)全県下の研修会等を設け、各拠点病院下の均てん化を図っているが、各病院の実態調査は行われていない。書式での提出や口頭のみであり、外部調査(指定に携わる行政、都道府県拠点病院、国立がんセンター指導者など)も求められるのではないかと考えられる。
51	琉球大学医学部附属病院	がんを適切に治療するためには、集学的治療が必要である。特に放射線治療の設備が重要となる。ただし沖縄県の宮古、八重山、北部、南部、中部医療圏の中で、宮古、八重山、および北部には放射線治療の設備がなく、このことが集学的治療を妨げる要因となっています。また中部、および南部医療圏においても、放射線治療の設備を有さない施設が独自でがん診療を実施している現状があり、このことが治療成績の向上を妨げている可能性がある。がんの種類によって治療の集約化を図るべきであると考え。診断についても同様であり、がんの放射線診断、および病理診断には、高度な診断技術が求められる。これらの診断技術の精度管理も重要な課題であると考え。	がんの治療成績の向上のためには、各種がんに関してある程度の集約化が必要である。それぞれのがんの種類により推奨すべき治療施設を選定し、症例を集約化することで治療成績の向上につなげていけると考える。放射線診断、および病理診断についても同様であり、放射線診断、および病理診断の精度管理(集約化を図ることも含め)をする必要がある。
52	国立がんセンター中央病院	〈放射線療法〉 強度変調放射線治療、定位的放射線治療、高線量率小線源治療などは、高精度放射線治療で非常に重要な放射線治療手段となっているが、それらを安全に遂行するためには医学物理士は欠かせないものとなってきている。名前はどうあろうと、日常の照射にはタッチせず、機器の正確な動作と放射線治療計画の正確性を担保するためには医学物理士、またはそれに相当する技術職は必須である。しかし病院においては医学物理士の地位が非常に不安定で多くの病院では診療放射線技師が日常業務の傍らに物理士業務を兼務している状態である。このような状態は、安全で高精度な照射を保証するものではなく、医学物理士、またはそれに相当する職種を確立すべきであろう。 〈希少がん〉 ①希少がんの病理診断の精度や内容のばらつきが多い、②患者さんがどの医療機関、どの診療科を受診したら良いかの情報が不足している、③地理的な問題によるセカンドオピニオンの障壁、④診療に関する教育・研修 〈医科歯科連携〉 がん治療時の口腔有害事象対策、経口摂取支援として、その有効性・認知は広がってきているが、実際に医科歯科連携が円滑に進んでいる施設は、まだ決して多くない現状がある。連携のactivityは、トリガーとなるがん治療医の認識に左右される面が大きい。現在のがん診療拠点病院の6割は院内に歯科医療従事者が在籍しておらず、医科歯科連携を外部の歯科医療機関に頼らざるを得ない状況だが、連携の手間が煩雑など医師の負担になり、地域連携も進んではいるものの、まだまだ十分とは言えない。	〈放射線療法〉 病院において日常照射業務を施行せず、機器の質的管理、治療計画の検証を行う医学物理士職を職制として確立することが必要である。 〈希少がん〉 ①病理コンサルテーションを行うことに対する経済的支援を行い促す、②地方別の受け入れ医療機関に関する情報共有、③通信による遠隔セカンドオピニオンシステムの構築、④希少がんセンターのある国立がんセンター中央病院の診療科でのレジデント・がん専門研修医、派遣研修医師の受け入れ 〈医科歯科連携〉 ・医科歯科連携の意義や重要性などを、医師・看護師にさらに認知して頂くことが必要 →医科歯科連携に関する定期的な講習会の開催など、研修活動のさらなる推奨(義務化) ・地域歯科との連携を円滑にするため、地域歯科医師会との関係強化を図る →病院一地域歯科医師会との医科歯科連携事業締結の推奨 ・地域医科歯科連携の手続きの医師負担の軽減 →相談支援室、地域連携室など事務職にも医科歯科連携の意義を理解いただき、連携の事務手続きを対応いただくシステムの構築 ・院内での医科歯科連携の拡充 →院内の口腔管理、地域歯科との橋渡しなどを担う、院内の歯科医療従事者の拡充を推奨

No	施設	課題	課題の解決策
53	国立がんセンター東病院	<p>1)放射線療法の高精度化に伴う安全確保には、品質管理士や医学物理士の常駐が欠かせないが、職種に見合ったポストや人数が十分とは言えず、施設に格差が認められる。</p> <p>2)施設により実施可能な放射線治療のレベルが異なるが、施設間の連携や情報開示が必ずしも十分でなく、疾患や病態に適した治療を受けるための連携が確立していない面がある。</p> <p>3)放射線治療専門医がまだ不足しており、がん診療拠点病院でも常勤の専門医がいない施設が依然としてある。</p> <p>4)がん診療における口腔ケアは、保険収載などの後押しもありその必要性が認識されているが、がん診療連携拠点病院に歯科医師・歯科衛生士の人員枠が十分確保されているとは言えず、連携の弊害となっている。</p> <p>5)がん診療連携拠点病院に歯科設置されていない場合、各診療科の医師がそれぞれ院外歯科へ紹介連携を行うため、紹介が進みにくい。連携の歯科医療機関を医療補助者・医師・看護師が容易に選定できるよう、病院として医科歯科連携窓口の整備を広げる必要がある。</p> <p>6)がん診療は年々変化しており、歯科連携に登録されている一般歯科医師へも、今後定期的な情報提供は必要だと考える。また歯科連携講習を受講することにより診療点数加算が可能など、受講した歯科医師への区別を明確化できると、更なる医科歯科連携の裾野が広がると期待される。</p> <p>7)各施設のがん治療にかんする専門医の所在についての情報が必ずしも十分でなく連携が機能していない面がある。</p>	なし

I がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

2. 相談支援, 情報提供, 就労支援

No	施設	課題	課題の解決策
1	北海道がんセンター	なし	なし
2	青森県立中央病院	なし	なし
3	岩手医科大学附属病院	がんの分野について、拠点病院や部会、指針を作成することで相談支援や情報提供のあり方など様々な問題が前進してきているように思う。しかし、がんセンター以外の多くの拠点病院は、がん以外の患者相談も行って、疾患によって就労支援のやり方が違っていたり、同じようなことを別な疾患の拠点病院が始めたりと非常に現場が混乱している。ハローワークの出張相談と社会保険労務士の拠点病院への派遣、MSWの日々の業務との連携をどのように行っていくのが課題と思う。	国の担当部署や各拠点病院の中心的な役割を担う機関等が連携を図りつつ、疾患の特性も踏まえた支援を行うことで解決が図られていくのではないと思う。
4	宮城県立がんセンター	・就労支援 ハローワークからの出張相談を月3回実施しているが、相談者が少ない。	・就労支援 がん患者・家族だけでなく企業側への周知、場合によっては協力体制に関して、国の指導的な働きかけが必要と考える。 当センターでは、緩和ケアセンターの取り組みにある、苦痛のスクリーニングを活用し、そのチェック項目に就労問題がないかどうかのチェック項目を入れた。仕事に関する悩みも、苦痛の一つとしスクリーニングをかける試みをスタートさせた。
5	東北大学病院	(就労支援について) 当院では2013年から、積極的に本支援活動を行ってきており、数名の再就職を支援することができた。しかしながら、まだ一部のがん患者の支援にしか至っていない。その原因としては、拠点病院の相談支援センターががん患者の就労支援活動を行っていることが一般市民に知られていないことがあげられる。また、企業側の問題として、まだ多くの企業ががん患者の雇用について否定的な印象を持っていることも問題である。 (相談支援・情報提供について) 1) がんについて正しい知識がなく、未だ がん=死 という固定観念があり、必要以上の恐怖、孤独感がある。 2) 医療の変化に伴い、医師から治療方法の選択を求められるが、情報が少ないため困惑してしまうことも多い。 3) 宮城県は「がん条例」がなく、行政と医療が協働しての患者支援が行われていない。	(就労支援について) がん患者の就労支援活動について、各拠点病院相談支援センターが行っている活動をより広く広報する必要がある。また、域内の企業の意識を変革する必要がある。市民(企業経営者を含む)を対象とした公開講座などを開催していく必要がある。 (相談支援・情報提供について) 1) がん相談支援センターの広報と一般市民に向けたがん教育が必要と考える。 2) 国の政策として、自治体が、がん検診受診の向上にとどまらず、積極的にがん患者支援に取り組むように具体的な方針を示して欲しい。
6	秋田大学医学部附属病院	在宅がん医療を含めた地域包括ケアシステムに関する医療関係者の理解と認識が未だ不十分である。また、二次医療圏内、あるいは都道府県全体の施設間連携が不十分である。相談支援対応者のスキル向上と質の確保、就労支援体制の整備も課題である。	各区域域がん診療連携拠点病院が中心となって2次医療圏内で在宅がん医療を含めた地域包括ケアシステムについてのFD等を行い、各地域で理解を深められるようにする。就労支援に関しては地域のハローワークとの連携強化を計る。
7	山形県立中央病院	就労支援: がん治療中の離職率が高い(30-50%)	医療機関の取り組みだけでは限界があり、政策面での雇用主側への対策が必須
8	福島県立医科大学附属病院	なし	なし
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	相談支援センターの存在自体があまり認知されておらず、就労支援等を行っていることなどが十分知られていない。啓蒙普及が課題である。	行政の各種広報媒体を利用して広報を行うほか、マスコミを利用しての積極的なPRや、インターネットでのがん情報サービスの提供の強化を図っていく。
10	栃木県立がんセンター	就労支援施策としては、拠点病院等での就労相談、ハローワークでの就職支援、事業場での就労継続支援等々取り組まれてはいるが、まだまだ周知不足であり支援を希望する人達が気軽に利用できる状況には至っていない。また、関係機関や関係者間の有機的な連携が図られていない現状がある。地域や病院の特性により、行う就労支援にも違いが出てくるため、今後関係機関や関係者、行政機関等との連携を促進していく必要がある。	当センターでは今年度「長期にわたる治療が必要な疾病をもつ求職者に対する就職支援事業」について、ハローワーク宇都宮と協働し事業に取り組むこととなった。求職者のニーズに合わせた支援や個々の状況に応じた個別の求人開拓に期待している。また、相談支援部会のネットワークを活かして事業の周知や支援の拡大を図っていく計画である。 県では、がん患者の就労に関する意見交換会(仮)を開催し、今後のがん患者等の仕事と治療の両立、就労継続等の支援に向けた具体的な検討につなげていく予定である。
11	群馬大学医学部附属病院	1.相談支援: 緩和ケアセンターとがん相談支援センターが別々に存在し、業務が重複してしまう 2.就労にたいする悩み事や困りごとに対して、MSW/看護師が対応しているが十分な支援ができていない	1.に対して 効率よく運用している病院の取り組みを紹介していただく 2.に対して 病院ごとに社労士を配置する。 ・相談員対象とした研修会の開催

No	施設	課題	課題の解決策
12	埼玉県立がんセンター	1. 相談員の人員確保 2. 相談員の質向上 3. 相談員による相談が診療報酬につながらない 4. 就労支援としてすべての拠点病院で専門の相談が受けられるような体制	1について: タイムリーに情報提供できるように人員配置の基準を設ける(がん患者相談 ○名に対し○人) 事務局機能の充実、専従的にかかわる人員配置 2について: 相談支援センターを一つの組織として位置づけ、職員の異動を減らすことで質の担保ができる。H28年度～指導者研修が隔年になったが、指導者の育成と相談員の質向上のためには研修の機会を増やす。各県に地域統括相談支援センターを設置して、病院外でも相談でき、相談員が助言を仰げる環境や相談員の質の評価を行う体制が必要。がん予防に関する一般市民向けの講演会を増やす。病院間で同じように情報提供できる資料作成(相談支援作業 部会で地域医療機関情報を作成しているが、県でも作成している、部会と県が協力することが必要である。) 3について: がん認定相談員の相談に算定料をつける。
13	千葉県がんセンター	緩和ケアの相談体制が十分ではない。また、緩和ケアセンターとの住み分けが不明瞭になりつつある。	緩和ケアにおける、がん相談センターの役割を明確にする。
14	東京都立駒込病院	なし	なし
15	がん研究会有明病院	●がん相談支援センターの業務に関する表現の検討 「がん診療連携拠点病院等の整備について」(H26/1/10)におけるがん相談支援センターの業務について、ア～シで示されているが、表現が現実と即していないため、現実的な表現に改訂する必要があるのではないかと たとえば、「イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び診療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び診療従事者に関する情報の収集、提供」とあるが、他施設の入院・外来の待ち時間の情報収集・提供や医療従事者の経歴の情報収集・提供は現実的なのでしょうか？ また「ウ. セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介」について、セカンドオピニオンが可能な医療機関の情報提供は現実的だと考えますが、医師の紹介は現実的ではないと感じています。 ●緩和ケアセンターとがん相談支援センターの役割分担の明確化 がん相談支援センターについてと緩和ケアセンターについては、別々の場で議論され設置された印象が否めず、利用者も医療従事者からも違いがわかりにくいと、両者の違いや補完的役割について議論の機会が必要ではないかと	●がん相談支援センターの業務に関する表現の検討 患者の立場の方の思いは理解できますが、医療機関として対応すべき現実的な範囲を考慮した表現として、業務範囲を明確化することも重要であると考えます。 ●緩和ケアセンターとがん相談支援センターの役割分担の明確化 議論の場の設置
16	神奈川県立がんセンター	がん相談支援センターの周知や就労支援が病院で受けられることの周知が課題になっている。	がん相談支援センターの広報について、相談支援センター自身の努力はむろん必要ですが、行政の役割として、広報活動に関与していただくことを積極的にご検討いただきたいと思います。 また、医師ががん相談支援センターの機能をご理解いただくことは重要です。がん治療に関連した学会の認定制度などに絡めて、がん相談支援センターを知る機会を学会から医師対象にご提供いただくことはいかがかと考えます。
17	新潟県立がんセンター新潟病院	1)情報提供 インターネットでの情報入手が簡単に行われる中、地域の住民の方や医療スタッフ及び患者・家族に対して、いかに正しい情報の提供を行うか相談業務の重要な一つである。都道府県拠点病院である当院は、国立がんセンターからの情報提供により、必要とする情報を多少なりとの得ている。当院および他の拠点病院が正しい譲渡情報を速やかに入手できる必要がある。 2)就労支援 ハローワークとの連携で28年5月12日より週2回の相談が行われている。医療側は患者に対して、職場への復帰や就労を勧めているが、メリットの無い企業側は消極的である。	1)の解決策 国立がんセンターよりの情報入手をどの拠点病院も得られるようなシステムづくりが必要。 2)の解決策 企業向けのセミナーの開催 企業が不利益にならないような施策が必要(身体障害の方を雇用した場合には、企業に対して助成金が配布されている) がんになっても就労が継続できる風土づくり
18	富山県立中央病院	なし	なし
19	金沢大学附属病院	なし	なし
20	福井県立病院	就労関連の不安を持つ患者が増加しているが、ハローワークの担当者や連携し、連絡先等を聞き、必要時に患者につないでいる病院とハローワークの担当者を招いて相談会を開いている病院とがあり、病院間で取り組みに差があるように感じる。 また、相談員間の新しい情報の共有不足がみられる。	就労支援にテーマを絞った勉強会を開き、就労支援に関する知識を補てんし、病院間で相談の質に差が出ないようにするとともに、その勉強会等にハローワーク担当者を招き、密接な連携を図り、同じような催しをどの病院でも行えるようにする。 また、長期療養者の方向けに専門相談員の試験的配置や社会保険労務士との連携についても検討を行う。

No	施設	課題	課題の解決策
21	山梨県立中央病院	1)相談員の相談業務の質の担保について、どのように取り組むか 2)就労支援について、労務士、就職支援ナビゲーターと協働した相談支援業務の実施	1) ・認定がん相談支援員の取得、および認定がん相談支援センターの取得 ・相談員の評価表を使用したフィードバック体制と相談内容の共有のため、相談員チェックシート、相談に関するアンケート用紙の活用。 ・定期的な事例検討の実施。 2) ・ハローワークと協働した、就労支援業務の展開。就労支援のニーズの把握と就労支援相談についてのインフォメーションの実施。
22	信州大学医学部附属病院	①相談支援については、相談窓口につながらない患者さんが多い。 ②情報提供について、一病院での情報収集には限界があり、県内のがん相談員を巻き込んだ情報収集と集約が必要であるが、中心となる都道府県拠点病院に、統括タイムラグなしに情報を提供するための専門の職員、事務局がなくマンパワー不足である。人材確保を各病院に任せることは無理がある(今年度の診療報酬改定で各病院も収支予想が厳しい中、雇用増は困難)。希少がんに関して、院内がん登録の情報が現実的には活用できていない。 ③就労支援については、長野県からの支援もあり、産業保健分野の専門家(社会保険労務士)の就労支援相談会が実現した。医療機関側の努力だけでは連携が難しい部分がある。病院で仕事の相談をするということに、患者さんも遠慮がある。	①医療機関でがん相談支援センターの広報を行っているが、全国的なメディアを活用した広報などを行ってほしい。 ②都道府県がん診療連携拠点に事務局を置き、専属の職員を置いて欲しい。院内がん登録の情報がもっと活用でき、公開できればよい。 ③医療機関が専門家とつながるためには、公の支援が必要と感じる。国や県からの後押しをお願いしたい。
23	岐阜大学医学部附属病院	1. 当院の就労相談利用者は前年度28名であった。実際にはがん患者がどの程度がんり患したことにより就労できなくなったか、そのうちの程度患者が就職を希望しているのかなどが現状が不明である。 2. ハローワークに専門相談員を配置し、がん診療連携拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援モデル事業が終了し、平成28年度からがん患者等の就職支援について、全国で実施場所を拡大することになった。がんになっても安心して働きながら暮らせる更なる政策が必要である。	1. 就労支援希望の有無も不明であるが、まずは広く多くの方に知っていただけるように、国、県、施設が共同して就労支援が行われていることを周知していく必要がある。 2. がん患者等労働者は治療に対して長期に休業することがあり、企業に負担がかかる。国策として、企業が雇用し続けられるような補助制度等を講ずる必要がある。
24	静岡県立静岡がんセンター	○相談支援 ・患者・家族のニーズが多様化し相談件数が増加する中で、人員の確保や専門性の維持が必要である。 ○情報提供 ・患者・家族のニーズが多様化する中で、患者の状況に応じた情報を提供する必要がある。 ○就労支援 ・当センターが実施した2003年と2013年との調査において、離職者の割合が変化が見られず、約35%に上っており、就労支援の効果が上がっていない。 ・就労支援の取組について、相談支援センター間でバラツキがみられる。	○相談支援 ・研修の充実により、資質の向上を図る。 ○情報提供 ・情報処方(患者の状況に応じたきめ細かな情報提供)の考え方に基づく、的確な情報を患者に提供する。 ○就労支援 ・モデル事業の成果や各相談支援センターにおける取組の情報を共有する。 ・地域がん診療連携拠点病院と地域のハローワークの連携を促進する。
25	愛知県がんセンター中央病院	・がん相談・支援活動が、がん診療連携拠点病院を中心に 行われているが、一般にはまだ知られておらず、更なる普及 啓発が望まれる。	・がん相談・支援活動を総合的に把握し、活動できる組織体制の構築を行う。
26	三重大学医学部附属病院	1. がん相談を担当する人材の充実(確保がむずかしい現状がある) 2. 就労支援に携わる各関係機関(病院、労働局、事業所等)との連携	1. がん相談員の雇用形態の整備。病院幹部に必要性を理解していただく活動 2. 各関係機関との情報共有、一体となった研修会の開催
27	滋賀県立成人病センター	1.がん相談支援センターの広報について。現在、「がんと診断された時に主治医等よりがん相談支援センターの案内をする」「がん相談支援センター業務の一つに広報・周知活動」などの取り組みをしているが、まだまだ必要な方に必要な時に相談支援を利用いただけているとは言い難い。 2.40歳未満のがん患者が利用できる社会資源が少ない。働く世代のがん患者の家族が利用できる社会資源が少ない。小児がん患者が利用できる社会資源が少ない、小児がん患者の家族(両親、きょうだい児)が利用できる社会資源が少ない。	1.必要な方に必要な時にがん相談支援センターを利用いただくためにはがんと診断される前から相談ができることを市民に知っていただく必要がある。マスメディア等と協働し広く市民に存在を知っていただく活動についてご記載いただければ考える。 2.各世代(小児、就労世代、介護保険対象にならない等)がん患者および家族が利用できる社会資源の開発が必要と考える。

No	施設	課題	課題の解決策
28	京都府立医科大学附属病院	<p>1.就労世代(20代~50代)のがん患者の、経済的な問題が深刻と考える。特に若い世代は、貯蓄が少ないにも関わらず、子育てや家のローンなど、計画的な出費が長期に続く場合が多く、一家の大黒柱を失うことで、家族全員が人生設計の大きな変更を迫られることがある。また非正規雇用や、一人世帯の場合は、生活のため治療中も働き続けなければならない。本人と家族を含めた就業・就学等の生活支援が必要とされている。</p> <p>2.希少がんは症例が少ないことから、患者本人や家族が正確な情報を得にくく、不安を抱きやすいという現状がある。希少がんに関する相談支援の充実と、正確な情報提供のあり方を検討していく必要がある。</p> <p>3.がん患者の病期・病状に対するきめ細かい就労支援。(診断時、治療期、終末期など生活や心身の状況や本人の就労に対する価値観などが異なるため。)また、患者本人を支えるがん患者家族の生活にも大きく影響するため、就労継続のための支援が必要。</p> <p>4.がん患者・家族のみならず地域住民に向けたがんに関する正確な情報提供の機会がまだまだ少ない。そのため、身近な人、自身ががんになった場合、知り合いの例など偏った情報に惑わされることとなる場合があり、がん相談支援センターの周知不足を感じている。</p>	<p>1.経済的負担の軽減と生活支援のための制度の充実が望まれる。</p> <p>2.相談支援の充実・質の向上を図るため、がん専門相談員に向けた希少がんに関する学習の機会の充実。</p> <p>情報提供の際に必要な希少がんの正確な情報の集約。</p> <p>3.がん治療に対する正確な情報提供を行うために、医療従事者による企業向けのセミナーの開催。がん患者家族の介護休暇取得に対するサポート。就労継続のための柔軟な就業形態へのサポート。</p> <p>4.がん相談支援センターが患者家族のみならず、地域住民にとってより身近な存在となるよう情報提供の機会を設ける。(出張相談や地域イベントへの参加による周知活動など)</p>
29	京都大学医学部附属病院	<p>1)就労支援のあり方について</p> <p>2)希少がんの情報が少ないこと</p>	<p>1)京都府内の都道府県がん拠点病院2施設では、2年間のがん患者就労支援モデル事業を実施したが、就労支援を希望する相談件数は案外少なく、実際の就労に繋がったケースも少なかった。</p> <p>就労支援が必要な患者さんは都道府県がん拠点病院よりも、むしろ地域の診療連携病院の方が多いのではないだろうか。がんと診断された時に就労支援のニーズが出てくる。実際、診断時に仕事を退職されるケースも少なくない。対策として</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の病院でもこの事業が実施できないか検討する ・行政の側で、がん患者さんを受け入れてくれる企業の開拓に力を入れていただく <p>が挙げられるが、国としてもがん患者を積極的に雇用する企業に対して何かインセンティブを与えるなどの方策があれば、有効に作用すると考える。</p> <p>2)現在の希少がん検索システムでは、症例数の少ない医療機関が表示されない仕組みになっているためか、検索してもデータを得られないことがあり、利用頻度が減少傾向にある。分かりやすい検索システムを検討いただきたい。</p>
30	大阪府立成人病センター	<p>1)相談支援センターに対する人的・金銭的支援の改善:業務量が増える一方、人的・金銭的支援が未だ不十分である。</p> <p>2)患者会や患者サロンなどの運営に対する金銭的補助制度の導入:どの施設も運営に関わる人的・金銭的不足が、問題である。</p> <p>3)患者会や患者サロンに関わる人材の体系的育成や資格の必要性:相談支援センターが協働していく患者会やサロンの担当者の質レベルの向上が必要</p>	<p>1, 2)とも、支援体制を設けるしかない。PDCAを叫ばれる中、実行性を持つためには、やはり人と予算の改善は必須。</p> <p>3)医療者側だけのレベルアップ・質的改善のみを叫んでも、患者会等との協働作業は実現しない。患者にとって、患者会等のレベルアップ・質的向上も同時に必要で有り、そのためには、一定の基準・レベルが設けるべきである。また、その中核となるピア・サバイバーにも体系化した育成基準を設けるべきである。認定がん相談支援センターなど認定制を設けるならば、両輪となる一方の患者会などにも、一定のレベル基準を設けるべきである。</p>
31	兵庫県立がんセンター	<p>①相談員の人材育成について 基礎研修以外は任意の研修になっているので、なかなか受講を勧めても他の施設から参加者が集まらない。特に、指導者研修については、今後、各都道府県での研修開催に移行すると人材育成が急務になる。</p> <p>②就労支援 病院・施設では、離職防止の支援の重要であるため、社労士などとの連携が必要となる場合があるが、それを各施設の自助努力で行っている現状がある。</p>	<p>①指導者研修の受講などについて、指定要件に含めてほしい。</p> <p>②就労支援については、病院での対応には限界がある。障害者の雇用を各企業に義務づけているように、制度的なしくみを行政で構築する必要があると感じている。</p>
32	奈良県立医科大学附属病院	<p>相談支援・情報提供:がん相談支援センターとして窓口や相談室の整備できている。 相談員も毎年研修に参加、または自施設でも研修を行い、人員の確保と育成を行ってきた。 事前通告がない人事異動で相談員の確保が困難になってきている。 治療等に関する専門的な内容に関する対応が困難である。 就労相談:現在月1回 社会保険労務士による相談を実施2名程度の相談者(要望があれば臨時で実施)ただし早急な相談には対応できない場合もある。</p>	<p>拠点病院においては、自院での相談業務と周辺業務(事務業務・会議参加)に加え、相談に関する院外業務が多い。相談員2名の配置では、それぞれの業務は十分できない。 人員の配置増。専従2名 専任1名 事務1名(必ず、がんに関する他の業務兼任) 院内の他部門との連携(緩和ケアセンター、看護師 地域医療連携室、相談員など)する。</p>
33	和歌山県立医科大学附属病院	なし	なし

No	施設	課題	課題の解決策
34	鳥取大学医学部附属病院	・「がん相談」の定義が曖昧であるため、相談件数を報告する際にいつも混乱が生じる。特に当院では患者・家族の相談窓口が複数独立してあるが(がん相談支援センター、医療福祉支援センター、医療相談、看護外来など)、各相談窓口によって相談時に必要とする情報や対応が異なるのでどの範囲までをがん相談として報告するのか迷う。中央の評価が「数」であるため、がんに関する相談をすべてカウントしてもよいのかもしれないが、相談に対応する者の知識やスキルの差が大きく、一定レベルの質を担保することが難しいため一律にカウントすることには抵抗がある。	・「がん相談」の定義を明確にする。 ・院内でがん相談の窓口を一本化する。 ・院内でがん相談をする可能性のある相談支援者は全てががん専門相談員の研修に参加する。
35	島根大学医学部附属病院	相談支援、情報提供、就労支援どのテーマをとっても重要な業務となっている。しかし、多様な業務が相談支援センターに求められており、その業務の実施に伴う企画運営にマンパワーが不足してきているのが課題である。	がん相談員増員にむけての予算措置。
36	岡山大学病院	①がん相談支援センターの院内および院外への周知 ②病院で取り組む就労支援の周知と支援件数の低迷 ③若年者の在宅療養への支援	①院内に関しては職員研修・医局訪問での広報活動を行う。 院外へは出張相談会、イベントなどで広報を行う。 中央からの更なる情報の発信をお願いしたい。 ②ちらしなどで就労に関する相談もがん相談支援センターでうけられることを広報する。 ハローワークや社会保険労務士との協働で支援を行うことが可能な体制を整え、広報する。 がんだけでなく、他疾患でも就労支援を必要とする患者さんがおられるため、横断的なシステムを検討していただきたい ③制度の拡大、地域でのサポート体制の確立について検討していただきたい
37	広島大学病院	若年発症がん(※)の患者・家族への支援(AYA世代を含む) ※ 乳がん以外の肺がん、胃がん、大腸がん、婦人科がん、皮膚がん、脳腫瘍、頭頸部がん、精巣腫瘍など	・専門的相談窓口 ・希少がんの定義拡大
38	山口大学医学部附属病院	がんセンターや大学病院など、拠点病院ごとに設置主体が異なることから、相談支援センターそのものの体制に差がある。そのような状況の中で、相談支援件数のカウント方法や、患者に提供すべき情報の量、就労支援の提供体制が拠点病院で違う為、統一されることによって均一な相談支援が行われるような体制づくりが必要と考える。	相談支援センターにおいて、核となる専従職員の配置を義務化することによって、診療報酬上の基準を設ける等により相談支援体制の強化を図る。
39	徳島大学病院	(1)がん相談支援センターの周知に伴い、患者・家族から幅広い、より専門的知識が必要な相談が寄せられるようになり、相談員内では対応困難な事例や、対応する相談員によって対応内容にばらつきがでたりすることがある。 (2)県内の医療機関の最新情報収集と情報交換についてどのように行うか。 (3)ハローワーク、社会保険労務士における就労支援の周知と連携についてどのように行うか。	(1)より専門的な職種(情報提供や対応が可能な医師、がん看護専門看護師等)の配置を必須とすることにより、質の高い相談支援、相談者の満足度向上につながると考えられる。 (2)患者及び家族がかりつけ医を決定する際に案内ができるよう、県内の医療機関と情報交換を行い、最新情報を提示できるようにする。 (3)がん患者の方から就労相談はあるが、相談件数は少なく、主に福祉制度についてである。がん患者の方が、就労継続しながら治療もできるようにハローワークと社会保険労務士による相談窓口も開設されていることを広報し、具体的な就労につながる連携を強化する。
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし
41	四国がんセンター	1.「がん」という、病気の知識の普及がされていない。がん相談についても、認知度は低く、地域差がある。 2. 就労支援も、企業や社会の病気に対する知識の低さから、誤解を受ける(治らない)ことや、治療の副作用で周りに迷惑をかける、外見の問題などで退職を余儀なくされる。	1.病気の知識については、治療や診断技術の進歩が早く広く地域(県下)に、公民館活動やフォーラムなど開催しているが広報するには限界がある。行政のかかわりをもっと必要と思われる。例えば、行政の人たちの勉強会をおこなう、行政が主となり、地域に向けて勉強会をする、など。
42	高知大学医学部附属病院	なし	なし
43	九州がんセンター	①マンパワー不足、しかしきりがなく業務量は増えていく。 ②就労支援に関して拠点病院だけでは限界がある。	①この部門の仕事内容は膨れ上がるばかりなので、情報なども県や九州などのブロックごとに集約していけばいいのではないだろうか。 ②行政がもっとやる気を出し、企業と拠点病院とをつなぐような働きかけをしてほしい。
44	九州大学病院	がん相談支援センターの周知	福岡県がん専門相談員ワーキンググループにおいて現在検討中
45	佐賀大学医学部附属病院	相談者へのPR不足。院内全体のニーズ把握が不十分。人材不足と業務量負担が大きい。相談支援などの対人援助と研究企画など事務業務の両立が特に負担が大きい。	がん相談支援センター専従の事務職員配置が必要。

No	施設	課題	課題の解決策
46	長崎大学病院	1)基礎研修等を受けた相談員が、拠点病院に1名しかいない場合、その相談員が退職、転職したとすると、拠点病院の要件を満たさないばかりか、相談業務の質が低下することが懸念される。 2)就労支援について、大都市と地方で患者のニーズも違って来ることや企業の規模も違うため、本年度からハローワークと共同で就労支援を行っているが、ニーズ把握が難しい。	1)拠点病院の複数の相談員が基礎研修1～3を受講するという規定を設けるべきかもしれない。 2)日常業務に追われていることもあり、病院単位や相談支援WGでの実施や県の協力が得られにくいいため、国主導で地方の中小零細企業や患者家族の意見を集約できるようなアンケートを実施してほしい。各県や病院で実施しなければならない場合は、それに関する予算などをつけてほしい。
47	熊本大学医学部附属病院	なし	なし
48	大分大学医学部附属病院	1.各拠点病院が行っている先進医療等各治療の種類、内容、範囲が分かりにくい。 2.震災時のがん患者受け入れ態勢等のガイドライン作成が必要。	1.国立がん研究センター(がん情報センター)で集約し、各治療每一覧表にしてもらえると助かる。 2.各県内、又は近隣県との協力体制、連絡網のガイドライン作成をお願いしたい。
49	宮崎大学医学部附属病院	1)本県ではがん相談支援センターの認知度が低く患者対応窓口が複数存在するため、集約する必要があると考える。 2)がん相談担当者のスキルアップのための講習会が少ない。	①患者対応の窓口
50	鹿児島大学病院	①がん相談支援部会でも議題に上がった熊本地震について、災害に対し情報の集約と連携をいかに迅速に対応すべきかということ。 ②がん診療連携クリティカルパスの取り組みが全国的に普及していないこと。 ③就労支援は社会全体として積極的に企業も巻き込むべきであること。	①地震等災害時に的確に指示を出してくれる窓口の必要。 ②がん診療連携クリティカルパスは基本計画に掲げられているが、どこが主体的に取り組むべきか不明確である。 ③就労支援は、患者やハローワーク、病院(がん相談支援)が頑張っても限界を感じるため、企業等雇用側の理解と協力が必要である。
51	琉球大学医学部附属病院	「地域のがん情報」として、全国で36県がホームページや冊子で公開されています。沖縄県では「がんサポートハンドブック」が昨年度までに6版を重ねています。今年度も改訂発行の予定ですが、必要な人(がん患者さん・ご家族)の手元に届いているのか、発行を続けるための根拠を把握することが困難です。	次期基本計画の中に、「地域のがん情報」発行の有用性の検証方法について検討し、付け加えて欲しい。
52	国立がんセンター中央病院	〈相談支援・情報提供〉 病院内の活動のみではなく、地域の医療や介護を担う機関との関係性を構築しながら、地域が正しい情報発信をできるよう、患者支援について共に考えていけるような仕組み作りができるとうい。 また、病院外での活動が保証されるような仕組みになるとさらに良い。 〈就労支援〉 相談支援部門のみではなく、他職種(医師や看護師など)への意識づけや情報共有をした上で、病院全体で就労支援に取り組める仕組み作りができるとうい。	〈相談支援・情報提供〉 ・地域の医療や介護の機関との定期的な検討会などの開催 ・病院側から地域へ出向していく機会を持つ一カンファレンスや挨拶含め ・病院内部でも、院外活動の有用性について提案できる機会を検討する 〈就労支援〉 ・それぞれの職種の就労に関する関わりの実態を把握する(アンケートやインタビューなど) ・他職種(医師や看護師など)との就労についての勉強会や検討会の開催 →それぞれの役割分担や院内での相談の流れについて共有を図る。 具体的な相談につなげる方法を周知する。
53	国立がんセンター東病院	なし	なし

I がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

3. がん登録

No	施設	課題	課題の解決策
1	北海道がんセンター	なし	なし
2	青森県立中央病院	なし	なし
3	岩手医科大学附属病院	がん登録において重要なことは精度管理と考える。精度については、2006年標準様式に従った登録データは2007年から順次収集が行われているが、予後調査までを含めてデータ分析が行えるかの精度指標を提示する時期にきていると考える。	厚生労働省から委託を受けている国立がん研究センターによる収集データの精度についての精度指標の提示と公開が必要と考える。それによって、過去のデータを含めたがん登録データの精度の向上に対して取り組むPDCAサイクルを構築することができる。さらに、今後とも精度向上を目指すのであれば、十分な予算措置も必要と思われる。
4	宮城県立がんセンター	<p>●実務者の継続的な雇用が困難</p> <p>「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、がん診療連携拠点病院(地域がん診療病院)の指定要件として、「専従の院内がん登録の事務を担う者を1人以上配置すること」となっている。</p> <p>しかし、実際には、より多くの人出が必要であり、しかも、配置することによる診療報酬等でのメリットが十分ではないため、継続的な雇用が難しい状況にある。全国がん登録が開始されたことに伴い、今後、診療報酬上での位置付けもまったくなくなる見込みとなっている。このままでは、一定の質を保ちながら安定的に登録業務を行うことが極めて困難である。</p> <p>一方では、「院内がん登録の実施に係る指針」では、全国がん登録の開始に伴い、院内がん登録情報を活用した実態把握と評価、他病院との比較、結果の公表が求められている。今後、ますます担当者の活躍が期待されているにも関わらず、それに見合うだけの政策的な措置や財源の裏付けもない状況にある。</p>	<p>1 指針の改正</p> <p>常勤職員の1人以上配置し、登録数に応じて必要な人員を配置するよう指針を改正してはどうか？</p> <p>(前)専従の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。</p> <p>(後)専従の院内がん登録の実務を担う常勤職員を1人以上配置することとし、登録数に応じて、必要な人員を配置すること。</p> <p>2 診療報酬上での再評価</p> <p>財源の裏付けなしでは、人員の配置を担保できないので、配置の基準に見合うだけの診療報酬上での再評価を行う。補助金は、通常、補助事業の実施主体の予算の都合で減額等があり得るため、財源としては不安定である。診療報酬での適切に位置付けることで、人員の配置が病院の経営上も不可欠であることが明白となるようにすべき。</p>
5	東北大学病院	なし	なし
6	秋田大学医学部附属病院	がん主要部位の施設別5年生存率を、承諾を得られた全がん診療連携拠点病院で、2008年症例から公表することについて、公表は当然のことながら、病期別ではなく全体で公表することによって社会に混乱が生じる。医療の萎縮化につながる恐れがある。	施設別5年生存率を病期別で公表すべきである。それができないのであれば可能となるまで公表を延期すべきと考える。
7	山形県立中央病院	<p>①院内がん登録実務者研修については、認定制度が導入され、あわせて研修費用が有償化されたが、経費や労力(時間的)の負担が大きい。</p> <p>②院内がん登録実務指導者研修について、国立がん研究センターの研修計画では、今年度をもって終了とされているが、都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件として指導者研修修了者の配置は「望ましい要件」とされており、指定要件の見直しの有無等、方向性を示して欲しい。</p> <p>③院内がん登録について、全国がん登録との標準化が進み、病院での活用や統計での活用、患者・家族、行政による活用など情報の利活用の推進が今後の課題と考える。利活用にかかる業務作業の増大や精度管理の向上に対応する人員体制(専門の研究者の配置等)の整備が必要だが、予算や人材確保の面で厳しい。</p>	<p>①がん登録実務者研修に限らず、国立がん研究センターで行われる研修や会議について、可能なものについては、がんネットを活用した開催を検討していただきたい、有償化についても再度検討願いたい。</p> <p>③財政的支援の充実</p>
8	福島県立医科大学附属病院	<p>○生存率を算定したいと考えているが、現在の実務者ではかなりハードルが高い。</p> <p>○院内がん登録実務者の養成の場として、指導者研修修了者を中心とした勉強会を県単位で行っているが、指導者研修が今年度で終了となり、今後の開催の運用方法をどうすべきか懸念している。</p> <p>○当院では登録実務者が固定しているため問題ないが、他施設からは登録実務者が固定せず、登録データの質が安定しないと聞いている。</p>	なし
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	生存率集計には地域がん登録、全がん協、院内がん登録が示す生存率が公開されており、各々のデータが違うため国民にとっては違いがわかりにくい。院内がん登録全国集計による5年生存率の公表にあたり、国民にわかりやすく、誤解のないよう説明していくのが課題である。	がん情報サービスのホームページで国民によりわかりやすく説明していくことが必要である。また、マスコミへの説明も慎重かつ丁寧にわかりやすく説明していくことも必要と考える。
10	栃木県立がんセンター	なし	なし

No	施設	課題	課題の解決策
11	群馬大学医学部附属病院	<p>1)がん診療連携拠点病院の院内がん登録について、全国がん登録の事業化により、院内がん登録の体制整備の補助金が削減された。今後、全国がん登録へのデータ提出、院内がん登録のデータ分析、データ公表等、様々な業務が発生する。是非、院内がん登録の体制整備、維持のための補助金の復活を要望する。</p> <p>2)拠点病院の院内がん登録については「がん診療連携拠点病院院内がん登録全国データ利用規約」が制定され、拠点病院に所属する職員であれば、学会との共同研究も可能な仕組みになっている。しかし、がん登録推進法第21条3項四では、「当該提供の求めを受けた全国がん登録情報に係るがんに罹患した者が生存している場合にあっては、当該がんに係る調査研究を行う者が、当該がんに罹患した者から当該がんに係る調査研究のために当該全国がん登録情報が提供されることについて同意を得ていること。」とされ、このままでは、登録患者が生存している場合、国立がん研究センターが行う予後調査結果を反映した当該病院の患者一覧を得ようと思っても難しいので、学会等でも全国がん登録データを利用した研究が進められるように希望する。</p>	<p>1)拠点病院における院内がん登録体制整備・維持のための補助金復活</p> <p>2)拠点病院院内がん登録では、国立がん研究センターに提出したデータの患者対応表は各病院で持っており、国立がん研究センターに個人情報はない。そのため、研究に際しては、データ利用審査委員会に研究計画書を提出して審査を受け、許可された場合、抽出症例の患者対応表の番号を各施設にお知らせして、それ以降の調査は、各施設の責任で行われる。しかし、全国がん登録では国立がん研究センターで個人情報を持っており、登録患者さんが生存している場合は、データ提供前に、「全国がん登録情報が提供されることについて同意を得ていること」とされているため、実質的に全国がん登録情報の予後調査結果を反映した情報を得ることは難しい。学会等の研究においては、全国がん登録の項目では足りずに、追加項目の調査を行うことになるので、全国がん登録から生死の情報提供を受けた後、患者さんの同意を得た後に、追加項目の情報収集を行うことにより研究を進められるように、通知等を出す方向で検討していただきたい。</p>
12	埼玉県立がんセンター	平成28年1月のがんの症例については、がん登録が義務化されており、都道府県がん診療拠点病院の役割としては、県内の医療機関等が円滑に「がん登録」を推進するサポートをすることが課題です。	なし
13	千葉県がんセンター	なし	なし
14	東京都立駒込病院	なし	なし
15	がん研究会有明病院	<p>・院内がん登録を行うには、登録件数に応じた適正な人員配置が必要であり、人件費がかかるため病院に負荷がかかっている。</p> <p>・がん登録等の推進に関する法律が施行されたが、患者さんや医療従事者の中でも、全国がん登録・院内がん登録について、必要性等あまり知られていない。</p>	<p>・診療報酬上の点数で評価する事で、病院の人件費の負担を軽減する。がん診療連携拠点病院加算は入院のみの加算で、外来だけで治療される方もいるので、このような加算点数に含めるのではなく、前年度の院内がん登録提出件数により評価した点数項目を設ける。</p> <p>・院内がん登録データの二次利用等、何らかの方法で必要性を広めていく。</p>
16	神奈川県立がんセンター	なし	なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院	<p>1. 全国がん登録がスタートし、がん登録の重要性がますます高まっている中、がん登録に携わる診療情報管理士の雇用条件が決して恵まれていない。当院ではがん登録室職員は全面委託となっている。病院雇用でないため、後進の育成も進みにくい。</p> <p>2. 年間3,000例を超える登録を行い、登録後20年間の予後調査を毎年行っている。ほぼ100%の予後把握を含めた貴重な疫学データを構築しているが、臨床研究としてのフィードバックがほとんど行われていない。研究部門を持たない施設のため、疫学研究に携わる専任の研究者がいない。</p>	<p>1. 他の県立の拠点病院でも同様の状況であり、県立病院全体でがん登録実務者の育成を考えていかなければならない。</p> <p>2. 疫学を含めた研究部門を設立し、専任の研究者を配置する。</p>
18	富山県立中央病院	なし	なし
19	金沢大学附属病院	なし	なし
20	福井県立病院	なし	なし
21	山梨県立中央病院	患者に還元できる情報が少ないこと。	がん登録以外の情報と連携し、患者にとって有用な情報を補える仕組みをつくること。(たとえばDPCデータから治療情報を得るなど。)医療者向けの情報だけでなく患者の求めにも応じられるようにすることで、がん登録の知名度や理解度も上がり、自施設の実績把握と施設間比較だけでなくアピールにもつながる。
22	信州大学医学部附属病院	着実に実績が上がっていると思われる。データ公表にも積極的賛成であるが、くれぐれも慎重にお願いしたい。	<p>・院内がん登録の精度は確実に上がり、経時的な年度ごとの情報蓄積もあるが、公表する情報の項目は、ある程度の精度が担保されている情報から徐々に範囲を広げる方向でお願いしたい。</p> <p>・全国がん登録との連携強化は制度の問題。</p>
23	岐阜大学医学部附属病院	がんの罹患・診療・転帰等の状況把握及び分析するための元データとなるがん登録を行う実務者が一定レベルに達するまで、相当な期間が必要であるが、異動等で十分なスキルを持った者以外が担当となった場合、登録データの精度低下が懸念される。	指定要件に人員の配置及び育成について、詳細を記載する。(例:常勤の実務者1名以上配置、複数人で登録を行うことが望ましい等)「がん登録の推進等に関する法律」第三章院内がん登録等の推進第44条2および第五章雑則第49条を踏まえて検討していただき、拠点病院へ補助金をつけるなど配慮をお願いしたい。
24	静岡県立静岡がんセンター	・進展度は、上皮内、限局、リンパ節転移、遠隔転移となっているが、限局の中にT1~T4が含まれてしまう。	・TNMIに変更する。

No	施設	課題	課題の解決策
25	愛知県がんセンター中央病院	なし	なし
26	三重大学医学部附属病院	なし	なし
27	滋賀県立成人病センター	<ul style="list-style-type: none"> ●がん登録情報の活用 ・院内がん登録情報の活用 ・院内がん登録情報とDPCデータ等の総合的活用 ・地域がん登録情報の活用 ⇒ がん対策推進計画の評価・立案 ・がん登録情報の公開 	<ul style="list-style-type: none"> ●がん登録情報を活用する人材の育成 ・がん登録実務者が、統計スキルを習得する（今年度開始予定の国立がん研究センター主催の「院内がん登録データ集計・分析研修」に期待） ●がん登録情報の活用を検討し推進する仕組みの整備 ・臨床医師・がん診療に関わる医療専門職・がん登録実務者・行政のがん対策担当者などで構成するチーム（県内のがん拠点病院協議会のがん登録部会がこれにあたるべきかもしれない） ●がん登録情報とDPCデータなどのビッグデータを安全に統合して利用できるシステム（ソフトウェア）の開発と提供 ・個々の医療機関が個人情報に配慮して安全にシステム構築することは難しい ・がん登録情報もDPCデータも全国標準のデータであり、これらを統合し安全に活用できるシステムが提供されれば活用も標準化される。（すでに研究者により開発されている？） ・情報公開に際しても、情報の質が担保される。 ・地域がん登録情報もこのシステムに統合すれば、がん対策の評価・立案への活用が容易になる。
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし
29	京都大学医学部附属病院	登録業務の効率化	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCやレセプトなど既存のデータベースとの連携 ・各種がん登録の統合（全国がん・院内がん、臓器がん） ・院内がん登録「標準登録様式」の速やかな公表および、簡略化
30	大阪府立成人病センター	<p>1) 全がん協生存率協同調査(5年予後)は、昨年より院内がん登録生存率集計と対象年が重なるようになったが、別途収集のうえ公表も別になっている。全がん協施設における重複作業の原因となり、なにより、一般のひとにとっては、似たようなデータが別途示されることになりわかりにくい。</p> <p>2) 院内がん登録担当の診療情報管理士から次のような指摘があった。院内がん登録(初級・中級)認定者が更新試験を受けるには国立がん研究センターで行われる認定者研修を受講しなければならぬが、研修参加費は無料であるものの、施設によっては交通費が出ない等の問題があり、受講希望者が受講を断念する場合がある。</p>	<p>1) 院内がん登録全国集計における全がん協のサブセット解析を行い、全がん協施設については、全がん協調査に準じた公表を行うことで、一般のひとにわかり易く、提出作業者の負担軽減も行える。現況報告書についてもいえることであるが、解釈がぶれないようにルールを設定したうえで重複作業を減らし、より効率よく、比較可能な単一のデータとなるよう配慮が必要だと考える。</p> <p>2) 院内がん登録担当の診療情報管理士の提案は次の通り。サテライト会場を設けて、東京会場からライブ配信する。</p>
31	兵庫県立がんセンター	なし	なし
32	奈良県立医科大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・初級、中級者の認定者研修の会場を東京以外でも行ってほしい。 	なし
33	和歌山県立医科大学附属病院	院内がん、全国がん共に手間と時間がかかる業務であるが診療報酬上メリットがあるようなものではないので(特に全国がん登録に関しては義務化されたので)、病院として従事する人員を割くことに抵抗がある。	診療報酬上の何らかのメリットを検討されたい。

No	施設	課題	課題の解決策
34	鳥取大学医学部附属病院	<p>1. 院内がん登録の精度を量的(登録数)・質的(内容の正確さ、時間の短縮)向上させること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経験年数による能力の差を埋める必要がある ・他病院との情報交換が必要。研修会を増やす必要がある ・間違っただ登録のフィードバックがほしい ・ケースファインディングは、がん登録実務者以外が行うことも多い ・がん登録実務者が一人の場合、精度チェックができない <p>2. すべてのがん診療連携拠点(指定)病院において、院内がん登録集計報告書を作成すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん登録の報告書の作成には、病院間で差がある ・がん登録と診療科のデータには差がある ・院内がん登録データの還元は必ずしもできていない <p>3. 地域がん登録(全国がん登録)との連携を模索していくこと:院内がん登録とは別物の印象がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全国がん登録の登録制度を量的・質的に向上させていくために、ソースデータを提供する院内がん登録の役割は必要不可欠なものである。地域がん登録と連携した登録データの利活用(還元)は避けて通れない 	<p>1. 院内がん登録の精度を量的(登録数)・質的(内容の正確さ、時間の短縮)向上させること</p> <ul style="list-style-type: none"> 量的には、ケースファインディングの取りすぎと見落としがないかどうかの標準的なチェックマニュアルを作成するとともに、提出登録データの不備に関するわかりやすい説明を提示していくこと。 また、質的には、判断を要する項目のスキルアップを図り、施設間のレベル格差を是正していくこと ➡ すべてのがん診療連携拠点(指定)病院において、院内がん登録の実務を担う者が必要な研修を継続して受講できるように国立がん研究センターおよび都道府県単位での研修会・セミナーへの参加と参加しやすい環境づくりをサポートする ➡ 施設間の実務者の情報交換や相互チェックを実施し、情報の共有と統一を図る そのための、テレビ会議システムなどのインフラ整備の充実を図る ➡ 恒常的に一定程度のレベルが期待できる実務者を養成・確保・配給できるための腫瘍登録士制度の創設を提案する <p>2. すべてのがん診療連携(指定)病院において、院内がん登録集計報告書を作成すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ 全国統一の標準的な報告書作成マニュアルを作成する <p>3. 地域がん登録(全国がん登録)との連携を模索していくこと:院内がん登録とは別物の印象がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ それぞれの特性と役割を生かしながら、全国がん登録の相互の利活用について協議を重ねる
35	島根大学医学部附属病院	なし	なし
36	岡山大学病院	<p>1院内がん登録の精度を向上させること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他施設との情報交換が必要である。研修会等を増やすこと。 ・誤った登録のフィードバックをしてほしい。 <p>2がん診療連携拠点病院(推進病院含む)院内がん登録の集計報告書を作成すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県・施設間で報告書にバラつきがある。 ・提出済みデータは各県に還元されているが、拠点病院が使用できるか(県内のデータ作成等)各県で対応に差がある。 	<p>1がん診療連携拠点病院・推進病院において、院内がん登録を担う実務者が継続して国立がんセンターおよび都道府県単位での研修会・セミナーへの参加しやすい体制をサポートする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設間の登録実務者の情報交換を実施し、情報の統一を図る。(テレビ会議システムなどの充実をはかる) 2・標準的な報告書作成マニュアルを作成する。 ・還元データの使用目的が適切であれば、データの使用を認める。
37	広島大学病院	<p>院内がん登録事務者の人材育成</p> <p>院内がん登録が開始され約10年となり、院内がん登録の次期を見据えた人材育成を希望。</p>	<p>今年度から開始予定の、院内がん登録実務データ集計・分析研修の開催を今後も是非お願いしたい。</p>
38	山口大学医学部附属病院	なし	なし
39	徳島大学病院	<p>がん登録推進法の施行に伴い、がん登録制度が注目されている。理解と賛同を得るために、手軽に入手ができ、分かりやすいデータとして還元していくことで、より身近なものとして受け入れられるのではないかと。</p>	<p>予後情報の収集もされており、今後の活用に期待しているが、生存・死亡率の他にも、発見経緯+ステージ+予後情報など、複合要因を組み合わせたデータを可視化し、がん検診による早期発見等、生存率の向上につながることを望ましい。</p>
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし

No	施設	課題	課題の解決策
41	四国がんセンター	<p>がん登録の課題は2つに分けられると思う。 がん登録を『作る側の課題』と『利用する側の課題』である。</p> <p>『がん登録を作る側の課題』を3つあげる。 まず、院内がん登録を行う腫瘍登録士の職分の明確化と教育への補助が必要であろう。現在腫瘍登録に要求される知識の範囲(全臓器TNMやコード、COCの判断、その他)は広い。中級修了者の勤務が今後院内データの質を担保する基準として用いられることになる。少なくとも拠点病院においては「中級修了者は専門的知識を有する者である」として職分の明確化をする必要がある。</p> <p>また、院内がん登録の研修に関して地域差がある現状を解消するため、「院内がん登録の研修が行われるよう手配することや資金援助することが県や都道府県協議会の義務である」と拠点病院や協議会の使命として明記される必要がある。</p> <p>さらに、がん登録推進法が施行によりこれからがん登録をはじめ多くの病院の登録票の質を改善する対策が必要である。これはかならずしも全ての都道府県がん診療連携協議会には関係がないが、対応する人材は拠点病院にしかないことを指摘しておく。</p> <p>『利用する側の課題』は実際に利用する側が利用していないことである。</p> <p>愛媛県を例に挙げると、地域がん登録のデータを検診の精度管理に利用することは、地域がん登録室の側からは提案したが進んでいない。また、地域医療ビジョンに用いるに充分ながん診療のデータがあるにもかかわらず、愛媛県の地域医療ビジョンには利用されていない。前者は地域がん登録、後者は院内がん登録のデータの話である。考えるに、これはがん情報の利用に関して、十分な人材が折らず、利用を考える余裕もないことが原因となっている。このような行政寄りの話だけではなく、院内がん登録を用いた診断の精度管理や候補症例の抽出なども利用が少ない。利用されるよう、がん登録側からの積極的な働きかけが必要であろうが、そのような働きかけには厚労省や都道府県連携協議会からの力が必要であると思う。</p>	なし
42	高知大学医学部附属病院	なし	なし
43	九州がんセンター	<p>1、院内がん登録実務者の認定試験(4年に1度、受験料あり) 2、院内がん登録提出期限の前倒し(2015年症例は2016年8月提出予定、2016年症例以降は7月予定) 3、死亡情報に関して 全国がん登録を行っていただければ死亡情報はもらえる。しかし、貰ってから3年～5年後その情報は廃棄しなければならない(システムに入れたら、その情報も消去しなければならない) 院内でも、がん登録情報を先生方に渡したら、消去したかの確認をしなければならない。 最低でも、「利用終了後にデータを消去します」という書類にサインが必要</p>	<p>1、認定試験事業開始により、試験に落ちた者また、受験料がかかるため頻繁に受験できない等により、院内がん登録実務者の減少が考えられる。年々、受験料も上がるのであればポイント制の導入を考慮して頂きたい。 2、提出期限は早まるも、2016年症例対応の標準登録様式も正式に出ない、Hos-Can-Rも出ない、予後調査の書類も来ない…実務担当者の負担となるため、対応を急いでほしい。 3、院内がん登録に関しては法律の中に運用規程があるため、例外として取り扱ってもらえるよう働きかけて頂きたい</p>
44	九州大学病院	<p>現在の院内がん登録の要件として「国立がん研究センターによる研修を修了した専従の院内がん登録の実務を担う者を1名以上配置すること」とあるが、2016年登録症例より用いる新標準登録様式(案)をみると、現行の様式と比べ、登録対象の拡大や項目数の増加(60項目→71項目)などにより人員確保・精度維持が厳しくなりつつある。</p>	<p>提出症例数に応じ、「1,000件につき1名」等の要件を設けることにより施設での人員配置の調整や継続的雇用の確保により精度維持が保てると思われる。</p>
45	佐賀大学医学部附属病院	<p>現在、がん診療連携拠点病院の院内がん登録に関する集計情報は、国立がん研究センターのサイトで、主に主要5部位を中心にPDF形式で、施設別、値のみの公開となっている。</p> <p>PDF形式であるため、各資料に記載されている情報を参照するだけの利用にとどまっている。</p> <p>掲載されたデータ(個々にばらばらにはなく、複数の種類)を行政担当者、医療従事者等が専門的な視点で、多面的に検討できると現在提供されている情報だけでも十分な価値を含んでいるにもかかわらず、PDF形式でのデータ提供であるため、そのような利用には必ず人間が目視で行う必要があり、有効活用されていない。</p>	<p>1. 政府、自治体、公共機関などが保有する大量の情報(PSI:Public Sector Information)を自由に活用できるようにいわゆるオープンデータ化が進められている。がん登録関連情報も、PDF形式での提供に限定せず、機械可読フォーマットでも提供されれば、行政担当者、医療従事者等が専門的な視点でのデータ活用が進むことが期待できる。</p> <p>さらに、公開するデータの共通項目化や算出方法の統一を進めていくことによって、その分析結果が(open linked dataのしくみ等)によってある程度自動的に行えるようになることも(含め)わかりやすく可視化されることによって市民のがん医療への興味も深まる。</p> <p>ただし、データだけが一人歩きをし、誤った解釈等へつながるといった懸念があることも事実であるため、機械可読フォーマットでのデータ公開を実現することを目指しつつ、現状の課題解決に向けた検討もあわせて行うべきと考ええる。</p> <p>2. がん診療連携拠点病院機能強化事業補助金で、都道府県がん診療連携拠点病院としてのがん登録業務を行う実務者の人件費を認めていただきたい。</p>

No	施設	課題	課題の解決策
46	長崎大学病院	<p>1. 研修体制の不十分さ 今後ますます、がん登録の精度向上のためには実務担当者の定期的な勉強会や研修受講が必要であるが、充分な財源が確保されておらず、困難である。</p> <p>2. がん登録情報の分析体制の不備 がん拠点病院としての院内がん登録が始まって9年が経過し5大がんの5年生存率も3年分のデータが蓄積してきた。今後蓄積したがん登録データを分析し、がん診療の現状を示しこれからのがん診療の発展に役立てる必要がある。しかしながら現状では、各拠点病院での分析が始まっているものの、県全体でのデータ分析ができていない。早急に分析体制と結果の迅速な公表体制を構築する必要がある。</p>	<p>1. 研修体制の不十分さ 長崎県ではがん登録研修のための充分な予算が確保されておらず、今年度より定期的な研修が難しくなっている。これに対し、長崎県が全国に先駆け構築した地域医療ICTネットワークである「あじさいネット」の機能の一つであるTV会議を利用した「カンファレンス中継システム」を利用して定期的な研修を実施する予定であり、今年度運用開始に向け準備中である。「あじさいネット」のTV会議を利用することで、極めて低コストに県下対象のがん登録研修の実施が可能である。これはがん登録法に基づく拠点病院意外の地域がん登録施設に対する研修にも発展が可能である。さらにこれが軌道に乗ればその他の分野の研修においても同システムを利用し長崎県全体のがん診療に関する研修の質を向上させることが可能と思われる。</p> <p>2. がん登録情報の分析体制の不備 都道府県がん拠点病院は都道府県全体の院内がん登録情報を分析する義務があるにもかかわらず、いまだ、都道府県がん拠点病院が県全体のがん登録情報を利用することができない。これがこの原因である。この解決には、都道府県がん拠点が病院が迅速に分析可能なよう、県全体のがん登録情報の取得手段を明確化し、安全かつ容易に取得できる仕組みづくりの整備が必要である。全データの都道府県がん拠点病院における保管が可能であれば、さらに分析効率は向上し、がん登録法により全医療機関に広がった地域がん登録情報も同時に保管できれば、より効果的に分析可能となるものと思われる。</p>
47	熊本大学医学部附属病院	なし	なし
48	大分大学医学部附属病院	なし	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	がん登録実務者に対する研修会の場が持ちにくい。	がん登録の研修会等の実施条件の緩和。がん登録指導者の資格を持っていないと中級者の資格でも行えるようにするなど、条件を緩和していただきたい。
50	鹿児島大学病院	データの活用について、県と国との比較ができる環境が十分ではない。	県や国立がんセンターと相談しながら、データ活用について検討していく。
51	琉球大学医学部附属病院	がん登録を実施するためには、特有の専門知識が必要です。しかし、がん登録実務者は、非常勤職員が多く、専門知識をもった専門職員の継続雇用が難しい。そのこともあり、がん登録データの質の担保が難しい。	次期基本計画の中に、継続した専門職員の確保、がん登録データの質の向上について加えて欲しい。
52	国立がんセンター中央病院	なし	なし
53	国立がんセンター東病院	<p>がん登録実務者が指導者となり県単位での研修会などが開催されているが、拠点病院における実務者同士のがん登録指導技能(がん登録知識)の公式なすり合わせの場を設けていない。</p> <p>改めて拠点病院におけるがん登録指導技能やがん登録知識の標準化をはかるための情報共有をする場も必要ではないかと考える。今後ネットワークを密にし、いち医療従事者として、質の向上をはかりたいと考える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院における院内がん登録指導技能(がん登録知識)の標準化をはかるための場を設ける。 ・実務者同士のメーリングリストなどをつくり、情報を共有する。

I がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

4. その他(がん予防, がん検診, がん研究, がん教育 等について)

No	施設	課題	課題の解決策
1	北海道がんセンター	がん教育: 次回学習指導要綱に「がん教育」が明示されるとのことだが、学校で教える立場の人の教育はいつからするのか地域の拠点病院との関係はどうか	保健体育の先生方が行うようだが、早くからの指導が必要
2	青森県立中央病院	なし	なし
3	岩手医科大学附属病院	これまでの推進計画で実施されてきた、がん予防や検診の進捗状況がわかりにくい。そのため国民の認識がまだ十分とは言えないと感じる。	推進計画で達成された予防や検診の実態と効果、課題をメディアなどを用いて広く国民にわかりやすく情報発信する。
4	宮城県立がんセンター	<p>・がん検診 がん検診の受診率がなかなか改善されない現状がある。</p> <p>・がん研究 臨床研究担当CRCへのサポートが出されたが、過去の実績で申請可能かどうか決まっている。これから実績を積みもっている施設には配分されない。過去の実績があっても、医師の移動等あれば今後どうなるか未定であり、そのような施設への配分は効果が薄いことも考えられる。</p> <p>・がん教育 宮城県では、既に小学校・中学校の生徒向けのがんに関する説明用の教材(スライド形式)が出来ており試行されている。教育用の教材が全国それぞれでよいのかは疑問がある。また、試行に関わった先生の話では、「死」を入れて説明することは、特に小学生にとって近親者に同様の家族を持っていた場合など、その家族の死を連想させ情緒的に不安を掻き立てることもあり、問題があるといった意見も出されている。しかし、死を意識させないがん教育も問題があり、難しい問題となっている。</p>	<p>・がん検診 市町村長が実施するがん検診(乳癌や子宮癌など)については、例えば事業主に該当職員の検診結果を市町村へ報告する義務を負わせる。その際、正規・非正規を問わず該当職員全員を目標に報告するよう指導する。 極端な意見であるが、そのくらいの強制力が働かないと現状の打破は当面はないように感じる。小中学生へのがん教育が進めばこのようなことは避けられる状況になってもいいかもしれない。</p> <p>・がん研究 CRCへのサポートは、過去の実績だけでなく、推進しようとする意欲のある施設に1度はサポートすべきと考える。サポート後は数年の実績で継続の可否を判断すればよい。 さらに、臨床研究及び治験に関わる人材を確保することは、特に公的病院では難しい。また、なり手も少ない。地方では、やっとの思いで行政側を説得しCRCを募集しても応募が無く、支障が出ている。もって国として臨床研究に携わる人材育成に力を入れるべきと考える。</p> <p>・がん教育 使用教材について、そしてどの程度までの説明にするのかは、教育関係者だけでなく一般人も含め、相当の議論が必要と考えられる。その結果を踏まえ、国としてある程度の共通性を持った教材作成が必要に感じる。</p>
5	東北大学病院	今後のがん医療の向上には新しい治療薬や治療法の開発が欠かせないが、臨床試験や治験等のがんの特定臨床研究への参加の有無や患者登録数はがん診療連携拠点病院間に大きな格差がある。特定臨床研究への参加を活性化するには専門性の向上、標準医療の徹底、CRC配置等の研究支援体制の拡充が必要であるが、人員不足や予算の関係で中々改善が進まない。(「1. 医療関係」から再掲)	2. 特定臨床研究に参加するためには日常診療がより標準化されている必要がある。特定臨床研究の推進はがん医療の向上のみならずその均てん化に重要である。平成27年度に新たに医療法上の臨床研究中核病院が設置され、特定機能病院の中から国立がん研究センター2病院や一部の大学病院(いずれもがん診療連携拠点病院)が指定を受けているが、がん診療連携拠点病院の特定臨床研究への参加を推進するために、地域ごとあるいは専門領域ごとに臨床研究中核病院を中心としたネットワークを構築するのが良いと考える。その際に、臨床試験グループの協力が欠かせないと考える。(「1. 医療関係」から再掲)
6	秋田大学医学部附属病院	【がん検診について】消化管のがんに対する内視鏡を用いた質の高い検診体制を整備する必要がある。 【がん予防について】中高生へのがん教育により将来のがん罹患を防止することの有効性は広く認識されているが、がん教育には地域差があり徹底されていない。	【がん検診について】消化管内視鏡を用いた質の高い検診体制を構築するために市町村が主体となって、内視鏡検診クーポンなどの補助事業を実施する。財源に限りがあり、罹患頻度の高い地域、年齢層にターゲットを絞って実施する。 【がん予防について】中高生へのがん教育事業を各地域がん診療連携拠点病院の業務として各2次医療圏内で実施する。
7	山形県立中央病院	臨床研究の対象となる症例があっても、情報不足、臨床研究への不慣れ、多忙等の理由で参加しないことが多い	①がん診療連携拠点病院単位での臨床研究に対する教育、啓蒙、②CRC、DM等の環境整備
8	福島県立医科大学附属病院	臨床現場で正しい臨床研究・臨床試験に携われる医療者の不足。専門職(専門看護師などを含む)・専門医指向のなか、研究という点に関して力をつけるステップが衰えている。	小規模施設の若手医師が、短期間でもハイボリュームセンターや大学研究機関に所属して、研究に携わるような経験をつめる社会的システム
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	本県においては、県総合がん対策推進計画に定めるがん検診受診率の目標達成が困難な状況にあり、県民への啓発や、がんに対する理解を促すことが求められる。	予防や検診に関する情報提供のほか、がんの症状や検査・診断、治療方法を具体的に知るためのがん教育が重要である。長期的視野から、特に若年層に対する学校でのがん教育の取組を促進していく。
10	栃木県立がんセンター	喫煙率の低下と受動喫煙防止	①公共の場の全面禁煙化、②タバコ代の値上げ、③禁煙治療の保険適応拡大、④薬局・薬店での適切な禁煙支援、⑤医科・歯科連携で禁煙治療、⑥子供の喫煙防止教育の充実、⑦がんを広く生活習慣病ととらえた健康保健教育の充実、⑧電子タバコ使用規制

No	施設	課題	課題の解決策
11	群馬大学医学部附属病院	臨床試験、特に医師主導の臨床試験の場合、患者の来院調整、検査オーダー、CRF記入等すべて医師が行っている。臨床現場は多忙であり、医師の負担が増加している。	・医師主導の臨床試験を積極的に行っている施設には、CRC雇用のための補助金を出す。 ・そのためには、臨床試験実施施設をある程度集約化する必要があるかもしれない。
12	埼玉県立がんセンター	なし	なし
13	千葉県がんセンター	なし	なし
14	東京都立駒込病院	なし	なし
15	がん研究会有明病院	・がん検診の受診率、精密検査受診率がまだまだ低い。	・受診率向上には国民への啓蒙、職場での健診に対するバックアップ、対策型健診の充実。 ・精度統一には、専門部門での管理が必要、そのための組織が必要
16	神奈川県立がんセンター	がん臨床研究の推進が必要	臨床医がリサーチマインドを持って研究を行うための支援が各病院に必要。特に、臨床研究における臨床疫学や生物統計の専門家といつでもコンタクトがとれる体制を整備することが必要。 具体的には、大学との連携強化や、e-learningやテレビ電話などのICTの活用などで専門教育や専門家へのアクセサビリティの向上へのとり組みが必要。
17	新潟県立がんセンター新潟病院	がん予防への啓蒙活動のための人的、物的な医療資源が非常に乏しい。 ①がん研究一さらなるがん治療の個別化のためのprecision medicine、がんのゲノム医療が研究レベルでは盛んに行われているが、これを実地臨床で行うには、その財源の確保が困難である。 ②がん検診一受診率は未だに低迷している。また、職域検診は受診率は低くないが検診の精度管理が十分ではない。 ③がん教育について一中学生に対してがん予防に関する授業を行った。内容は、がん予防のための禁煙、食生活などの生活習慣の改善、がん検診である。がん教育については中学生の世代が理解度、関心、また、親、両親など家族などの周りへの普及の面からがん教育の対象として望しいと考えられる。	①がん研究一さらなるがん治療の個別化のためのprecision medicine、がんのゲノム医療への取組には大学病院などの研究機関と共同研究として、がん関連遺伝子の網羅的解析を行ってもらい、臨床データと併せて検討してデータを集積していくシステムを導入する。 ②がん検診一職域検診の現状を把握する。その上で、受診率の向上と精度管理を進めるために、公的ながん検診機関の設置を検討する。 ③がん教育について一がん検診の受診率向上については中学生の世代が理解することで、両親、兄弟などの周りへのがん検診の受診を勧奨することが期待できることから、中学生に対するがん教育を授業の中に積極的に取り入れ推進する。
18	富山県立中央病院	なし	なし
19	金沢大学附属病院	がん教育について:大学以外(小学、中学、高校)を対象にしたがん教育までは行う余裕がない。また、行うのであれば、小学、中学、高校に対しがん教育を行うアプローチがスムーズに受け入れられる体制作りが必要。	小学、中学、高校を対象にしたがん教育をおこなうのであれば、文部科学省と連携してがん教育の講義の時間の必須化などを行う必要があると思われる。
20	福井県立病院	・福井県では総合的ながん対策の協議を行う場として附属機関の「福井県がん委員会」を設置 ・がん対策が多様化し、市町検診だけでなく、職域検診の受診率向上、治療体制のレベルアップ、がん患者の就労支援等の必要性が高まっているが、当該委員会では、部位ごと(胃、肺、大腸、乳、子宮およびがん登録)の部会において、市町のがん検診の実施方法や精度管理等を中心に議論	・昨年12月に国が策定した「がん対策加速化プラン」を受け、がん委員会においても、市町検診の精度管理センターの検討から、予防、治療・研究、がんとの共生について検討するための部会の再編を検討
21	山梨県立中央病院	なし	なし
22	信州大学医学部附属病院	なし	なし
23	岐阜大学医学部附属病院	なし	なし
24	静岡県立静岡がんセンター	○発症前診断・予防的外科手術 ・発症前の遺伝子検査やリスク軽減治療が自己負担となっている。 ・遺伝性がんについて、詳細な家族歴調査が行われておらず、検診やカウンセリング体制が未整備である。 ○がん検診 ・受診率が低い状況にあり、市町によって検診内容等にばらつきが見られる。 ○がん研究 ・倫理指針の改正により、モニタリングや監査、データ管理等の研究を適切に行う仕組みは整えられたが、それらの業務を担う人材や費用が不足している。 ・効率的・効果的に診断・治療、予防を行う、「個の医療」を提供する。 ○がん教育 ・小・中学校、高校の段階に応じた教育内容を検討するとともに、全県に展開する。	○発症前診断・予防的外科手術 ・検査費用等に対する公的補助制度を検討するとともに、カウンセリング等を行う人材を育成する。 ○がん研究 ・人材確保のための補助制度の創設を検討するとともに、IRBやモニタリング等のデータセンターを中央化する。 ・「プロジェクトHOPE」などにより、遺伝子解析を推進するとともに、創薬と治療技術の開発を進める。 ○がん検診 ・がんの病態等に関する情報提供を積極的に行い、普及啓発に努めるとともに、検診の精度向上や胃内視鏡検査等の導入促進を図る。 ○がん教育 ・地域がん診療連携拠点病院との連携を促進する。

No	施設	課題	課題の解決策
25	愛知県がんセンター中央病院	・正しいがん知識・行動について子供のころからの教育は、がん罹患率の低減、早期治療率の向上に重要であり、小中高等学校それぞれの成長段階に合わせた継続的な教育活動の推進が必要である。	・学校現場で取り組むべき教育課題は多岐にわたっているが、がん教育に係る内容についてがん治療の臨床や、疫学研究に携わっている者を交えて、効果的な教育が勧められるよう検討されたい。また、文部科学省の理解・協力が得られるよう、予算措置も含めた働きかけが必要である。
26	三重大学医学部附属病院	<がん検診について> ①県内の精検受診率は乳がんを除いて許容値以下と非常に悪い。 ②職域検診の精度管理向上。	<がん検診について> ①県健康福祉部と協働した、平成28年度がん検診受診促進・精度管理事業における最重要課題とし、県内市町がん対策担当者に市町別の指標を公表し、精検受診把握および精検受診率向上に取り組む。 ②県内職域検診の実態把握においては、健保組合と協働した調査を行い、検診内容を含めた実態把握を行うことが重要であるが、一部でしかできていない。現在、県として受診者数の把握も出来ておらず、今後職域を含めた分母による受診率算出に問題が生じている。県内職域検診の精度管理向上は、個別検診の精度管理向上とほぼ同義であると考えられる。4年前に発足した三重県がん検診精度管理検討委員会において、個別検診の精度管理向上に取り組んでいる。現在、県医師会常任理事を委員に迎え、がん検診精密検査結果依頼書兼報告書の統一書式を作成し、郡市医師会にも通達を行い、統一書式の使用徹底をお願いしているところである。職域検診においては、検診内容も国が推奨する内容とほど遠いことも多く、健保組合と協働した検診内容の啓発にも尽力することも重要と考える。職域検診の実態を把握し、がん登録データを用いた県内がん罹患状況との比較、さらなる検診精度向上に向けた対策を講じられることが期待される。
27	滋賀県立成人病センター	「がん対策加速化プラン」においても第一に「避けられるがんを防ぐ」があげられている。予防は行政・保健所、診断・治療は病院・診療所で取り組まれている。予防を効率的に達成するには両者の連携が必須である。つまり、医師会がさらに積極的に予防に取り組む必要がある。	がん拠点病院はがん診療のエキスパートであり、診療とともに、地域におけるがん予防策にさらに積極的に指導的立場で参画するべきである。 ・早期発見への指導(がん検診勧奨・啓発) ・禁煙への誘導 ・医療従事者へのがん知識の教育、予防啓発 ・学校教育での早期からの知識の啓蒙および地域での予防啓発
28	京都府立医科大学附属病院	がんに対する正しい理解の普及やがん患者に対する偏見をなくすため、がんに関するよりいっそうの教育・普及啓発の必要性がある。	がん教育イベントの開催など、子どものうちからがんに対する理解を深める教育機会を設ける。
29	京都大学医学部附属病院	指定要件においては、「政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究への強力体制を整備すること」と謳われているが、これらに対する支援が不足しているように感じられる。	がん診療連携拠点病院等機能強化事業での財政支援等
30	大阪府立成人病センター	(がん予防)日本の男性のがんの30%-35%、女性のがんの6%-8%は喫煙が原因で、がんになっても禁煙は困難である。喫煙は二次がんの原因にもなっている。日本では診療の場面において禁煙を助言する割合が他国と比べて低いことが指摘されている。 (がん検診)がん加速化プランでは、胃内視鏡検診の実施体制の整備が位置づけられたが、内視鏡専門医が市町村の検診を行っていない拠点病院に集中するため、スクリーニングや二次読影のマンパワー不足につながっている。 (がん研究)がん治療法は着実に改善され続けており、大きな成果をあげているが、完成にはまだかなりの距離を残している。がんの制圧に向け、より良いあるいは新規のがん診断法と治療法などが求められている。 (がん教育)がん教育の推進にはがん医療の現場の教育に必要な人材が不足している。	(がん予防)がん診療拠点病院の医師はもっと積極的に禁煙支援に取り組むべきである。 (がん検診)拠点病院の内視鏡専門医は、対策型胃内視鏡検診の二次読影や、各医療圏での内視鏡医の研修・育成等に積極的な関与を行うこと。 (がん研究)患者由来のがん細胞を培養する独自の培養法の利用を通じ、また癌治療への応用を念頭に細胞死機構を解析することで、また糖鎖に注目したがんマーカーの探索やがん免疫の解析などを通じ、新規のがん診断法と治療法の確立への貢献を目指す。 (がん教育)がん診療拠点病院から講師を派遣するのは、がん医療の現状を考慮すると困難である。がんプロフェッショナル養成基盤推進プランなどの人材養成を実践している教育機関が中心になるべきである。
31	兵庫県立がんセンター	1)がん研究 他施設共同研究の推進 2)がん予防、がん検診 散発的な啓蒙活動、低い受診率、患者会との連携不十分	1)小回りの利く組織と実臨床に直結したテーマ設定する。 2)定期的な啓蒙集会を開き、積極的な広報活動、マスコミ利用を行う。資金面の援助を含め、これらの会をバックアップする。
32	奈良県立医科大学附属病院	重要なテーマであるが、診療が主体の病院においては、これらを重視することが通常の診療にとって負担になる可能性がある。	がん予防、がん検診は、行政との連携が重要であり、これまでに以上に拠点病院が市町村と連携して推進できる体制を構築していくことが必要と思われる。がん研究、がん教育は、大学病院、がんセンター等が主体となって、他の事業等とも連携しながらすすめていくことが現実的と思われる。特にがん教育では、誰を対象として、どのレベルで行っていくかを慎重に検討する必要がある。(単に公開講座を開催するだけでは、その効果は限定的と言わざるを得ない。)

No	施設	課題	課題の解決策
33	和歌山県立医科大学附属病院	がん診療連携拠点病院は、臨床研究の分野においても中心的な役割を担っており、指針が整備されたことにより質も高いものとなってきているが、病院による体制整備がまだまだ不十分である。	臨床研究のスタッフに対する財政的支援(がん診療連携拠点病院機能強化事業等の活用)を行うことにより、病院として臨床研究の体制強化を図る環境を整備されたい。
34	鳥取大学医学部附属病院	①がん予防、がん検診:この分野は行政の仕事であり、がん拠点病院の業務とは異なるが、喫煙率、がん検診受診率は満足できる水準ではないので、がん拠点病院も一般的ながん知識の啓発活動としては協力すべきである。②がん研究:がん治療成績の向上をめざすことはがん拠点病院の責務であるが、その役割を十分に果たしているとはいえない。③がん教育:小中高校生に対するがん教育は学校現場の仕事であるが、そのノウハウは完成していないのでがん拠点病院もその整備に協力すべきである。	①がん予防、がん検診:がん征圧月間には、がん予防やがん検診のパンフレットをがん拠点病院を受診するすべての患者に提供し、がん予防項目の施行率、がん検診の受診率をアンケート調査で測定し、地域のがん対策の状況を把握する。②がん研究:がん拠点病院では治療成績調査を義務づけ、適応症例に対する標準治療の施行率。有害事象の発生率を公表する。また、必ず臨床試験への参画を義務づけるとともに、CRCを配置する経済的支援を行って治療成績の向上をはかる。③がん教育:小中高校生へのがん教育の内容は中央できちんとした内容を整備し、それを教師が教育する仕組みを確立するが、がん拠点病院は年数回のセミナーを開催して担当する教師が最新のがん情報を入力したり誤った知識を修正する機会を提供する。
35	鳥根大学医学部附属病院	がん対策の司令塔の欠如 がん対策の司令塔として、都道府県がん拠点病院と鳥根県がん対策室があり、連携は取れてはいるが、がん対策全体をマネジメントするには人員が不足している。組織としてがん対策推進協議会がおかれているので、対策協議会が司令塔の役をするのが良いと考えられるが、専従スタッフが不在のため常時対応は不可能である。また、鳥根県は対策推進協議会とは別に、がん拠点病院を中心としたネットワーク協議会という別組織が設置されている。この二つの組織の関係は明確ではなく、半数以上の委員は重複している。緩和ケア、がん検診はがん対策推進協議会には含まれているが、独自の活動を行っている。がん検診、がん登録、緩和ケア、臨床研究、がん教育などそれぞれが部会、各種委員会を組織し、がん対策協議会もしくはがん診療ネットワーク協議会のどちらかに属しており、個別では機能してはいるが、統一的な活動は難しく、また他の領域との連携は弱い。	国の進める点から面へ、各拠点病院から県全体に統一感をもったがん対策には、司令塔の一本化、組織の改組などが必要と考えられる。それには各がん拠点病院の院長の理解と協力が必須であり、院内関係各所との院内での意思統一ならびに、各病院間での情報、意識の共有化のためのカンファレンス・会議などを通しての人的交流、がん研究センターの支援による多数のがん診療拠点病院共同のワークショップの開催などが必要と考える。 例として、県単位の臨床研究、がん教育などのワークショップなどの開催
36	岡山大学病院	がん教育について、厚生労働省より書面にて、「学校におけるがん教育への協力」について、今後教育委員会からの要請に応じ、各がん診療連携拠点病院でがん教育の推進に協力する旨の依頼がありました。講師派遣の頻度、その他に関する情報がなく、実際の対応が困難なことが予想されます。当院におきましても現時点で岡山県、岡山市の両方から講師依頼がすでに複数あり、頻回の講師派遣により診療に支障を来すことが危惧されます。医療機関側から小中学校へのアクセスは非常に困難です。県・市等の行政担当者の熱意も温度差もあります。	具体的な講師派遣頻度、教育内容などを明確化し、文部科学省で施行されている「がんの教育総合支援事業」の成果を共有し、がん教育施行の最適化を目指すことを望みます。 この度のがん加速化プランでは、拠点病院とハローワークの連携が具体的に進んでいます。がん教育に関して、文科省から教育機関へがん診療連携拠点病院との連携を指示して頂けると、がん教育も加速化されるのではないかと期待します。
37	広島大学病院	禁煙対策への抜本的な取り組みが急務である	密閉空間を含めた公共スペースでの完全禁煙を推進する、喫煙スペースは人通りのない、かつ屋根のないスペースとする、長時間移動が必要な公共(的)輸送機関では非喫煙者用の便と喫煙者用の便を明確に区別する、などのさらに踏み込んだ施策が必要である。このためには都道府県単位の条例ではなく、国としての法整備が必要である。都道府県がん診療連携拠点病院の決意表明として、FCTC 5.3条ガイドラインのなかで、特に (1)たばこ製品の常習性と有害性、及び締結国のたばこ規制政策に対するたばこ産業の干渉について関心を高める。 (7)たばこ会社に特権的処遇を与えない。 の2項目について、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会は推進していく宣言を出してはどうだろうか。
38	山口大学医学部附属病院	小中学校におけるがん教育が、平成29年度から学習指導要領に盛り込まれると聞いている。がん教育を学校教諭に任せるとは困難な状況にあるため、がん診療連携拠点病院が中心となってサポートしていく必要がある。	小中学校におけるがん教育に関して、各都道府県との連携のもと、がん診療連携拠点病院としての役割を具体的に提示し、サポートする。

No	施設	課題	課題の解決策
39	徳島大学病院	徳島県のがん検診受診率は近年上昇傾向ではあるが、依然として全国平均と比較して低いことが問題点であり、行政とも連携の上、がん検診受診率向上のための啓発・施策を積極的に推進していく必要がある。メディアを利用したキャンペーン広告などの実施も解決策としての検討項目であると考えている(費用面が課題であるが・・・)。 当院では徳島県や県内の各自治体とも連携し、市民公開講座の開催によるがんの原因やがん予防法についての知識の啓発や、小・中・高校生を対象とした「出前講座」の実施によるがん教育を行っている。今後もさらなる知識の普及を目指した継続的な事業の実施が必要不可欠であるが、「出前講座」については医療従事者のマンパワー不足などによりごく一部の小・中・高校で実施されたのみである。医療従事者からだけでなく各学校の教員からの小・中・高校生へのがん知識の教育・啓発も考慮すべきと考えられる。	課題および考えられる解決策は上述の通り。
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし
41	四国がんセンター	1)がん予防について:たばこ対策に偏りすぎていないか。 2)がん検診について:保険診療との境界が難しく、がん検診の実態把握が困難である。 3)がん研究について:治験・臨床試験の体制整備が諸外国に比べて遅れている。 4)がん教育について:がん医療の社会的な位置づけの変化やがん医療の進歩が著しい。がん経験者が社会的な偏見を受けないよう配慮が必要である。学校教職員に対するがん教育と一緒に進める必要がある。他方、医療関係者ががん教育に慣れていないことも問題である。	1)がん予防について:生活習慣の改善、ワクチン普及等もバランスよく政策展開することを望みます。 2)がん検診について:がん検診事業者とがん拠点病院の情報交換・連携が必要ではないか。がん拠点病院の検診機能の充実が必要ではないか。 3)がん研究について:都道府県拠点病院に集約化する方向で、治験・臨床試験の充実を図ってはどうか。拠点病院におけるCRCの配置を補助金として支援してはどうか。 4)がん教育について:標準テキストの開発をお願いします。
42	高知大学医学部附属病院	【若年層へのがん教育について】中高生へのがん教育の実施について、出前教育など実施する際、教育委員会等の調整が難しい。	なし
43	九州がんセンター	①昨年、国立がん研究センターから発表された各がん種の10年生存率を見ると、大きな差がある。例えば、前立腺がんv.s.肺がん等2人に1人が、がんになる時代、全てのがんについて国が取り組むのは効率が良くないと思う。また、超高価ながんの薬剤の出現が相次いでいる。 ②一向に喫煙対策が進まない。	①難治がんの研究に国は投資し、日本でできるだけ安価な薬剤の開発を行うべきと考える。 ②職員が90%以上、非喫煙でない限り拠点病院として認めないというのはどうでしょうか。
44	九州大学病院	なし	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	なし	なし
46	長崎大学病院	なし	なし
47	熊本大学医学部附属病院	【がん研究について】	都道府県ごとに血液、組織などのバイオバンク、がん登録に応じた臨床データが収集可能なセンターの設立に向けた検討を視野に入れる。
48	大分大学医学部附属病院	なし	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	なし	なし
50	鹿児島大学病院	なし	なし
51	琉球大学医学部附属病院	がんを適切に治療するためには、その原因を正確に把握する必要がある。沖縄県におけるがんは日本本土と異なり原因が特殊なものも多く(たとえばヒト白血球ウイルスなど)、その予防は病態を十分把握した上で実施する必要がある。多くのがんは遺伝子異常によることは言うまでもないが、その遺伝子異常をもたらす要因として、慢性感染症の存在が重要視されつつある。沖縄県で検出される病原体は日本本土のものとは異なることが多く、病原体に関する詳細な解析が求められる。また生活習慣病としてのがんも多く存在するので、これらの病態を理解した上での啓蒙活動が求められる。 【がん教育】 「がん教育」を実施するために、平成28年度3月に「外部講師を用いたがん教育ガイドライン」が作成されています。しかし、外部講師と考えられている「医療従事者」「がん体験者」からも不安の声があるため、実際に講義をするにあたり、配慮する講義資料や話す内容の中で配慮する事項について、具体的なアドバイス集のようなものができないか。	がんの原因となる様々なウイルス、および細菌に対するゲノム解析を広く実施し、日本本土の病原体との比較解析を実施する。がんの原因となる病原体の病原性を十分理解するとともに、適切な予防方法を確立する。ワクチン、および病原体の除去に努めることで慢性炎症を終焉に向かわせる。がんの原因となる生活習慣を理解し、それぞれの生活習慣(脂肪食、タバコ、アルコール、低線維食)に応じた啓蒙活動を実施する。また沖縄固有のがんについてはその原因の発見に努める。 次期基本計画の「がん教育」の中に、「外部講師を用いたがん教育ガイドライン補足(配慮が必要な具体例集)」の作成等を加えて欲しい。

No	施設	課題	課題の解決策
52	国立がんセンター中央病院	<p>日本における年間がん罹患者数および死亡者数は、各々100万人、38万人に迫る勢いである。医療経済的側面からも「がん予防・検診（一次・二次予防）の重要性」が唱えられるなか、日本のがん検診は、検診結果のデータを国レベルで管理する制度が整備されておらず、全国がん検診データを十分に管理・活用できていないという大きな問題を抱えている。</p> <p>具体的に言えば、国民の個々の検診受診状況を十分に把握出来ていないため、ターゲットを絞り込んだ再受診勧告（リコール）すら出来ない状況にある。そのため、がん検診のさらなる有効性評価と精度管理の点において今後も困難を伴うことが予想される。「75歳未満の年齢調整死亡率」を加速度的に低下させるためには、がん検診受診率の劇的な向上と国を挙げての検診データベース化を目標としたアクションが急務である。</p>	<p>今後、がん登録データベースや医療におけるマイナンバー制度が整備されていく状況において、がん検診についても「都道府県がん診療連携拠点病院」がその中心的役割を果たしながら、各自治体（都道府県、各市区町村）と連携して受診率向上のための積極的な啓発活動とがん検診データベース化を実現させ、がん登録やマイナンバー制度と連結可能な形で全国レベルで管理することで、その結果の評価をもとに、より良いがん検診体系を国民に提供できるシステム作りを行っていくべきである。</p> <p>現在、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会にある4つの部会（臨床研究部会、がん登録部会、情報提供・相談支援部会、緩和ケア部会）に「がん検診部会」を設置して、がん対策情報センター（事務局）と一体になって「早期発見・早期治療」については「75歳未満の年齢調整死亡率減少」の実現に向けた積極的な行動に転ずるべきである。がん検診体制の充実が、大きな医療経済効果に結びつくことは明白であり、この仮称「がん検診部会」には検診のプロだけではなく、医療経済に関する専門家と臨床の現場を知る（地域住民と近い）人材を参画させることが肝要と考える。さらに、がん検診データベース化が実現出来れば、今後「介護関連のデータベース」への応用が可能となる。</p>
53	国立がんセンター東病院	<p>1) がん教育について:新専門医制度の施行にあたり、がん診療連携拠点病院におけるレジデントや専攻生の受け入れ体制に大きく影響をすることが予想されます。総合的な医学教育体制とがんの臨床や研究の教育の両者を、大学を中心とする教育システムで対応するのは難しいと考えられる。そのため、後期研修医や専門医やサブスペシャリティーの高度な専門医取得を希望する医師の教育を、有機的にかつ段階的に連携する体制を構築することが重要と考えます。</p> <p>2) がん研究について:ゲノム医療を中心とするトランスレーショナルリサーチの重要性が益々高くなっている。ゲノム情報に基づいた個別医療の確立に向けた体制構築がなされつつあるが、大学を中心とする基礎研究で得られるシーズとその有用性・有効性を臨床で検証する臨床試験実施を有機的に実施し、国際的な競争に負けないようにするには、high volumeセンターを多く有する大学以外のがん診療連携拠点病院と大学などの研究機関との連携は重要である。そのため、がん研究の分野でも大学以外のがん診療連携拠点病院の特性を活かしたシームレスな連携体制構築は重要な課題と考えられる。</p>	なし

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

1. 現況報告全体について

No	施設	現況報告に関する業務量			現況報告の提出時期(期間)について			
		かなり業務負担に なっている	それほど負担でもな い	どちらとも言えない	時期が早すぎる	ちょうどよい	時期が遅すぎる	適切な時期
1	北海道がんセンター		○			○		
2	青森県立中央病院	○				○		
3	岩手医科大学附属病院	○					○	6~7月頃
4	宮城県立がんセンター	○			○			12月頃
5	東北大学病院	○				○		
6	秋田大学医学部附属病院	○				○		
7	山形県立中央病院	○				○		
8	福島県立医科大学附属病院	○				○		
9	茨城県立中央病院・ 茨城県立がんセンター	○				○		
10	栃木県立がんセンター	○			○			11~12月頃
11	群馬大学医学部附属病院	○				○		
12	埼玉県立がんセンター	○				○		
13	千葉県がんセンター	○				○		
14	東京都立駒込病院	○				○		
15	がん研究会有明病院	○			○			11~12月
16	神奈川県立がんセンター	○			○			12月頃
17	新潟県立がんセンター新潟病院	○				○		
18	富山県立中央病院			○		○		
19	金沢大学附属病院	○				○		
20	福井県立病院	○				○		
21	山梨県立中央病院	○				○		
22	信州大学医学部附属病院	○			○			11~12月頃
23	岐阜大学医学部附属病院	○				○		
24	静岡県立静岡がんセンター	○						わからない
25	愛知県がんセンター中央病院			○		○		
26	三重大学医学部附属病院	○				○		

No	施設	現況報告に関する業務量			現況報告の提出時期(期間)について			
		かなり業務負担に なっている	それほど負担でもな い	どちらとも言えない	時期が早すぎる	ちょうどよい	時期が遅すぎる	適切な時期
27	滋賀県立成人病センター	○				○		
28	京都府立医科大学附属病院	○			○			11月頃
29	京都大学医学部附属病院	○				○		
30	大阪府立成人病センター	○				○		
31	兵庫県立がんセンター	○				○		
32	奈良県立医科大学附属病院	○				○		
33	和歌山県立医科大学附属病院	○				○		
34	鳥取大学医学部附属病院	○				○		
35	島根大学医学部附属病院	○				○		
36	岡山大学病院	○			○			1月頃
37	広島大学病院	○						
38	山口大学医学部附属病院	○				○		
39	徳島大学病院	○				○		
40	香川大学医学部附属病院	○				○		
41	四国がんセンター	○				○		
42	高知大学医学部附属病院	○				○		
43	九州がんセンター			○		○		
44	九州大学病院	○				○		
45	佐賀大学医学部附属病院	○			○			9~11月
46	長崎大学病院	○				○		
47	熊本大学医学部附属病院	○				○		
48	大分大学医学部附属病院	○				○		
49	宮崎大学医学部附属病院	○				○		
50	鹿児島大学病院	○				○		
51	琉球大学医学部附属病院	○					○	8月頃
52	国立がんセンター中央病院	○			○			12月頃
53	国立がんセンター東病院		○			○		

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

2. 現況報告の「全般事項」について

No	施設	今後追加すべきと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	フォーマットの課題や改善すべき点	作成についての意見
1	北海道がんセンター	診療体制や診療実績に直接関係しませんが、病院内の専門資格取得者のなか放射性同位元素や放射線発生装置の取扱があり放射線障害防止法に定める放射線取扱主任者の選任届出についての項目があってもよいと考えます。選択内容としては医師または歯科医師が選任されている、原子力規制委員会の国家資格による第1種取扱主任者を選任している、となります。	なし	Web入力を希望する	なし
2	青森県立中央病院	なし	なし	調査対象期間等、病床機能報告とできるだけ統一してほしい	なし
3	岩手医科大学附属病院	職員数の「④その他の従事者」に、院内がん登録実務認定者数(初級者ならびに中級認定者)を項目に入れる。全国がん登録の法制化により、中級認定者の在籍の有無によって全がん種の施設別集計と公表の対象外となるために要件を満たす人員が確保されているかを明示する必要がある。	なし	なし	なし
4	宮城県立がんセンター	なし	なし	なし	専門医や認定医の名称で、指定要件に書かれているものと100%一致しない場合、大変迷う。
5	東北大学病院	なし	なし	なし	がんに関わる化学療法ののべ患者数、のべ処方件数、のべ処方人数を算定するのが大変だった
6	秋田大学医学部附属病院	なし	なし	なし	なし
7	山形県立中央病院	なし	なし	報告項目は、可能な限り病床機能報告と統一してほしい。	なし
8	福島県立医科大学附属病院	なし	なし	なし	なし
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	緩和ケア病棟の有無及び病床数。緩和ケアセンターの職員数及び職種。	・④がんに係る化学療法…抗がん剤の定義が不明。内服と点滴併用の化学療法が多く、内服のみを抽出することに難渋する。 ・健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」に記載の無い「日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師」の項目があるのはなぜか。入れるなら、なぜ日病薬の生涯研修認定薬剤師は項目に入っていないのか。 ・放射線治療を開始した患者数について、5大がんのみとするのではなく、他部位の統計も必要。 ・「パーチャルスライド装置の台数」はなくてもよい。	・放射線治療を開始した患者数について、外来と入院に分けられている理由を教えてください。また照射回数定義を明確にしてください。	なし
10	栃木県立がんセンター	医療介護に関する有資格者数	395行目・悪性腫瘍の手術件数の総数、431行目・放射線治療体外照射人数、479・480行目・がんに係る化学療法のべ患者数については、「機能別」331～336行目にもカウント期間は異なるが同様の質問項目があるため、削除した方がよい。	なし	専門医や指導医等のカウントに苦労する。現況報告で報告した情報が、「がん情報サービス」に掲載されているが、そのほかにデータがどのように利用されているのかが不明である。利用目的のないデータについては、現況報告の項目から削除していただきたい。
11	群馬大学医学部附属病院	なし	なし	なし	調査対象の専門医・認定医をあまり変動させないで欲しい。
12	埼玉県立がんセンター	なし	なし	なし	なし
13	千葉県がんセンター	なし	なし	なし	医療者の配置状況について、専従／専任／兼任、常勤／非常勤の定義や人数の数え方が項目により異なっているため、全体的に統一していただきたい
14	東京都立駒込病院	なし	なし	なし	なし

No	施設	今後追加すべきと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	フォーマットの課題や改善すべき点	作成についての意見
15	がん研究会有明病院	特になし	項目によって、定義が曖昧なことがあるので、定義をしっかりと示していただきたい。 化学療法の件数や手術件数の定義方法など。	病床機能報告、特定機能病院現況報告などと可能な部分は統一してほしい	特になし
16	神奈川県立がんセンター	なし	なし	なし	なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院	なし	なし	なし	(12)④がんに係る化学療法について、レジメンを基準にした件数のカウントが難しい。
18	富山県立中央病院	なし	なし	なし	なし
19	金沢大学附属病院	なし	なし	Web入力にした方がよい。	(医師の出入りが激しいので)専門医及び認定医の人数を確認するまでに時間がかかる。
20	福井県立病院	なし	なし	・病床機能報告とできるだけ統一してほしい。 ・患者数のカウントについて、暦年か年度どちらかに統一してほしい。 (4月1日から7月31日までの実績数も含めて)	なし
21	山梨県立中央病院	なし	なし	なし	なし
22	信州大学医学部附属病院	なし	なし	・web入力化を希望。現在のエクセルシートの提出は、行や列の挿入や削除、シートのコピー・移動・挿入・削除が禁じられ、同一ファイルでの入力が求められているため、作業効率が非常に悪い(同時入力や分割作業ができませんに不便)。 ・正式な依頼の前に「調査項目」だけでも教えてほしい(作業分担、診療科・部門等への照会に手間を要するため)。	・医師の専門医、認定医の調査が非常に負担である。独自の入力・集計システムで算出した値を回答シートに転記しているが、大学病院は医師数及び異動者が多く、限られた日数での作業となるため、精度の担保に苦慮する。
23	岐阜大学医学部附属病院	なし	なし	Web入力にしたほうがよい。	なし
24	静岡県立静岡がんセンター	特になし	特になし	特になし	特になし
25	愛知県がんセンター中央病院	なし	なし	なし	なし
26	三重大学医学部附属病院	なし	国、国がんが本当に知りたいと思うデータを現況報告として欲しい。集めて集計して終わりというデータが多いのではないかと。数字がおかしくてもそのままである病院がある。使用していないから指摘がないのではないかと。母数が一致しない分子、または集計する範囲が一致しないデータを集めて何になるのか。	重たすぎて開くのに時間がかかりすぎる。もう少し分割して欲しい。	専門医や認定医の名称が微妙に違うことがあり、そういう名称のまた違うものがあるのか？を探す手間が無駄。 専門の先生に質問すると、きっと一緒、この「きっと」で回答していいレベルの調書なのか？と自問自答することがある。
27	滋賀県立成人病センター	なし	なし	なし	なし
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし	なし	規模の大きい病院なので、専門医の人数や、部門ごとの従事者情報を探るのが大変だった。
29	京都大学医学部附属病院	特にございません	特にございません	特にございません	特にございません
30	大阪府立成人病センター	特になし	特になし	現況報告全般で、質問の対象期間や〇月〇日時点など、統一してほしい。	例のとおり
31	兵庫県立がんセンター	特になし	特になし	特になし	特になし
32	奈良県立医科大学附属病院	なし	なし	なし	なし
33	和歌山県立医科大学附属病院	特になし	・項目によって調査対象期間が異なるので統一されたい。報告時期にもよるが、原則として「前年度実績」とすれば分かりやすい。 ・「(12)患者数・診療実績の状況」が、機能別の「2診療実績」と重複しており、どちらか一方を削除すべき。同じような項目を期間・切り口を変えて調査する意図が不明。	Web入力は通信不調等によりデータがクリアされるおそれがあるので、現行のExcelのままで良いと考える。	・学会専門医・認定医のうち、非常勤職員について常勤換算をしないといけないが、個別に勤務時間が異なるため非常に労力を要する。
34	鳥取大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし	厚生労働省へすでに提出している内容(施設基準の届出状況、病床数、医師数等)について、現況報告での調査は不要であると思われる。

No	施設	今後追加すべきと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	フォーマットの課題や改善すべき点	作成についての意見
35	島根大学医学部附属病院	なし	なし	・専門医・認定医をもっと記入しやすいフォーマットにしたい。	・全医師に照会した専門医・認定医についての回答をすべて載せても良いか判断ができない(語尾が専門医や認定医ではない資格保持者など)場合のためプルダウンで選べるようにしていると記載しやすい。
36	岡山大学病院	なし	なし	なし	専門医・認定医の数を調べるのが大変
37	広島大学病院	なし	何のために毎年これだけの数値データを確認する必要があるのか疑問に思う項目が多々ある。42行目・面積、165行目・職員数の非常勤の常勤換算(小児がん拠点病院の現況報告では常勤換算なし)、394行目・全身麻酔の件数等々。別紙2の記載があれば、69～74行目は不要ではないか。	パスワード保護をやめてほしい。するのであれば、依頼のメールと同時にパスワードを教えてください。依頼と同時に作業に取り掛かれず困る。	都道府県拠点病院と小児がん拠点病院を兼ねている施設は現況報告が2つあるが、重複している項目にも関わらず報告する対象期間がずれている年は、件数等に関して関連部署に短い期間に2度も照会をかけることとなり大変迷惑をかけることとなった。昨年は対象期間が同じだったため良かったが、今後も期間は同じにしていだきたい。
38	山口大学医学部附属病院	なし	なし	なし	なし
39	徳島大学病院	特になし	・集学的治療件数 ・院内クリティカルパス ・レジメン毎の集計 ・別紙36診療実績集計等に作業時間を要するため、負担を少なくしたほうがよい	質問項目(シートの数)を少なくして厳選したほうがよい	・専門医や認定医を各診療科(医局)に照会しなければいけないため、調査に時間がかかる。 ・医師数の把握が難しい ・研修会の調査に時間を要する。
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし	なし	現況報告の回答を作成するために、全科に連絡をとり、データを収集しなければなりません。各科への回答用紙を作成するため、前年度と同様の質問部については前年度の回答を事前に記入し、回答箇所も概ね指定しなければならず、その作業が重労働となっています。毎年これだけのデータを調査する必要があるのでしょうか。
41	四国がんセンター	特になし	特になし	特になし	質問項目が多く、数多くの部署に振り分けて回答を依頼しなくてはならないため、その振り分け作業及び取りまとめが大変だった。
42	高知大学医学部附属病院	なし	なし	特になし	特になし
43	九州がんセンター	なし	なし	Web入力にはしない方がよいです。調査内容が複数の部署にわたる為、こちらでとりまとめをして一括で入力したほうが手間が少ないと思います。	なし
44	九州大学病院	なし	なし	なし	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	なし	なし	なし	専門医や認定医数は大変
46	長崎大学病院	なし	なし	是非、Web入力にしていだきたい。非常にやりにくい。	なし
47	熊本大学医学部附属病院	なし	なし	なし	なし
48	大分大学医学部附属病院	なし	なし	なし	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	なし	なし	前年度のデータ引継ぎが出来るとうれしいと思う。機能別と重複する項目はどちらかを無くして欲しい。もしくはこちらで入力しなくて良い工夫をして欲しい。	年間外来がん患者数について、外来においてがんの治療目的で来院していることを判断するのは非常に難しく苦労した。(入院であれば、DPCで判断可能) 抽出期間が項目によってばらばらなので統一出来るものは統一して欲しい。
50	鹿児島大学病院	なし	なし	院内での調査依頼と作業効率化のために、様式4(全般事項)様式4(機能別)の様式に、縦に2枠フリーセルを設けて頂きたい。作業上シート保護は設定しないで頂きたい。	専門医や認定医の数を探るのが大変だった。
51	琉球大学医学部附属病院	特になし	がんに係る化学療法にかかる患者数、処方件数は複雑なため、項目を単純化してほしい。今の項目だとシステムから抽出し、そこから多くの計算を要するため時間がかかる。	今のエクセルで良いが、セキュリティを解除しないと院内照会用として使用できないため、セキュリティを持ちつつ、ある程度自由度を持ったものとしていただきたい。右側の2-3のセルは全て自由記載にできるなど。	特になし

No	施設	今後追加すべきと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	フォーマットの課題や改善すべき点	作成についての意見
52	国立がんセンター中央病院	なし	なし	なし	なし
53	国立がんセンター東病院	なし	緩和ケアチームに対する新規診療症例について、診療依頼者、開始日、終了日は無くても良いのでは。また、診療内容はブルダウン方式のほうが良い。	Webのほうが良い。	なし

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

2. 現況報告の「全般事項」について(続き)

No	施設	中央一括集計について			中央一括集計という方針を取ることにについての意見
		賛成	反対	わからない	
1	北海道がんセンター	○			なし
2	青森県立中央病院	○			なし
3	岩手医科大学附属病院			○	なし
4	宮城県立がんセンター	○			なし
5	東北大学病院	○			調査項目のスリム化に繋がるため、ぜひお願いしたい。
6	秋田大学医学部附属病院	○			なし
7	山形県立中央病院	○			なし
8	福島県立医科大学附属病院	○			特になし
9	茨城県立中央病院・ 茨城県立がんセンター	○			集計方法を公表していただきたい。
10	栃木県立がんセンター	○			どこの病院でも人材に限りがあるため、事務の省力化となる中央一括集計については、賛成である。
11	群馬大学医学部附属病院	○			なし
12	埼玉県立がんセンター	○			なし
13	千葉県がんセンター	○			なし
14	東京都立駒込病院	○			なし
15	がん研究会有明病院	○			作業の軽減にはなり良いとは考えられるが、集計の定義を示したほうが良い。
16	神奈川県立がんセンター	○			なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院			○	なし
18	富山県立中央病院	○			なし
19	金沢大学附属病院	○			なし
20	福井県立病院	○			なし
21	山梨県立中央病院	○			なし
22	信州大学医学部附属病院	○			なし
23	岐阜大学医学部附属病院	○			なし
24	静岡県立静岡がんセンター	○			どのデータを用いるかを検討するとともに、精度管理を行う。
25	愛知県がんセンター中央病院			○	なし
26	三重大学医学部附属病院		○		その数は本当に正しいのか？もし一括集計をとるのであれば、元データの根拠性の確認を定期的に行う必要があると考える。
27	滋賀県立成人病センター	○			なし
28	京都府立医科大学附属病院	○			なし
29	京都大学医学部附属病院	○			特にございませぬ
30	大阪府立成人病センター	○			特になし
31	兵庫県立がんセンター	○			特になし
32	奈良県立医科大学附属病院	○			なし

No	施設	中央一括集計について			中央一括集計という方針を取ることにについての意見
		賛成	反対	わからない	
33	和歌山県立医科大学附属病院	○			特になし
34	鳥取大学医学部附属病院	○			特になし
35	島根大学医学部附属病院	○			提出済みのデータについては、公表データを使って頂いた方が良い。 同じような調査が何回もあり、回答するのが大変なので、中央一括集計は効率的だと思う。
36	岡山大学病院	○			なし
37	広島大学病院	○			既存のデータが利用できるのであれば、極力その方向で検討をすすめていただき、各施設の作業の負担を少しでも軽減できればよい。 ただし、院内がん登録のデータについて、各施設で件数を算出する場合、算出を担当する職員の解釈の違いにより、算出したデータに差異が生じることがある。基本的には中央一括算出に賛成ではあるが、院内がん登録データ等の算出については、院内がん登録実務者の役割として、正確なデータ算出も重要な業務であるとする。
38	山口大学医学部附属病院	○			なし
39	徳島大学病院	○			特になし
40	香川大学医学部附属病院	○			なし
41	四国がんセンター	○			特になし
42	高知大学医学部附属病院	○			特になし
43	九州がんセンター	○			業務の簡素化と集計の均てん化からも一括集計がよいと思います。
44	九州大学病院	○			なし
45	佐賀大学医学部附属病院	○			なし
46	長崎大学病院	○			なし
47	熊本大学医学部附属病院	○			なし
48	大分大学医学部附属病院	○			なし
49	宮崎大学医学部附属病院	○			別件で収集しているデータで使用できるものは使用していただいて負担を減らして欲しい。
50	鹿児島大学病院	○			なし
51	琉球大学医学部附属病院			○	合理化することは賛成だが、既存のデータベースの情報取扱として適切かどうかは、事務担当者レベルでは分からないので、協議会で検討して欲しい。
52	国立がんセンター中央病院	○			なし
53	国立がんセンター東病院			○	がん対策情報センターで報告しているもので良いかと思われる。

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

3. 現況報告の「機能別」について

No	施設	今後追加した方がよいと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	情報収集が難しかった項目
1	北海道がんセンター	なし	なし	なし
2	青森県立中央病院	なし	なし	なし
3	岩手医科大学附属病院	なし	なし	なし
4	宮城県立がんセンター	なし	前年の調査内容に変更のない項目や別紙等を省略できないか。 II-4-(3)③に関する項目は県等が主体となって実施していくべきものだと考える。(宮城県では県保健福祉部が既に活動している)	がんに係る化学療法(のべ患者数)をレジム数で数えるのは多くの時間と手間がかかり大変である。
5	東北大学病院	なし	なし	なし
6	秋田大学医学部附属病院	なし	なし	なし
7	山形県立中央病院	なし	なし	なし
8	福島県立医科大学附属病院	なし	451行目・フォローアップ率の把握となっているが、「登録している全ての生存確認調査を行っている率」を指しているのか?(生存率を算定するのに必要なは、(登録項目)症例区分2、3のみの症例となっているが…) 455行目「治療関連死亡患者数」の定義がわからない。	なし
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	なし	・別紙7の記載項目を簡素化してもらいたい。	・専門医等の資格取得状況の把握が困難。
10	栃木県立がんセンター	なし	1診療体制・(2)診療従事者の人数のカウント方法で毎年悩むため、質問項目を簡潔明瞭な表現にってもらいたい。	なし
11	群馬大学医学部附属病院	なし	「176行1.(2)①手術療法に携わる医師数」を求められているが、どの程度携わっていればカウントが必要なのか具体的な基準が無いため、各医療機関で求めた数字にどの程度意味があるのかわかりかねます。 「176行3.(1)緩和ケア研修会 ア・イ・ウ」で受講率を求めているが、具体的な例が無く、各医療機関で求めた数字の分母にばらつきがあると考えられます。	なし
12	埼玉県立がんセンター	なし	なし	なし
13	千葉県がんセンター	なし	なし	なし
14	東京都立駒込病院	なし	なし	なし
15	がん研究会有明病院	特になし	項目の表現を明確にした方がよい。混同する場面がある。	診療実績のカウント定義が曖昧なであり、(全般事項)と揃えるべきであればその旨明示して欲しい
16	神奈川県立がんセンター	なし	なし	診療機能①ーキー診療科別か病院全体か一部でOKか回答しにくい。 ④ーオー8割の根拠が不明。 情報の収集提供体制(3)その他ー②ーク 全てのレジメンの公開は現実的でなく不要。
17	新潟県立がんセンター新潟病院	なし	なし	なし
18	富山県立中央病院	なし	なし	なし
19	金沢大学附属病院	なし	(2)診療従事者での「専任」「専従」	(医師の出入りが激しいので)緩和ケア研修会の修了者の人数等の把握が困難。
20	福井県立病院	なし	・緩和ケア研修の対象者について、指針ではがんに関わる医師となっているのに、本調査では、施設に所属する医師(非常勤務医師も1人としてカウント)のうち、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者となっているので、統一してほしい。	なし
21	山梨県立中央病院	なし	なし	なし
22	信州大学医学部附属病院	なし	なし	なし

No	施設	今後追加した方がよいと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	情報収集が難しかった項目
23	岐阜大学医学部附属病院	なし	なし	・データ収集の期間が複数あるため統一(年間・四半期・一ヶ月)できないか ・がん患者に対し、がん患者リハビリテーション料以外のリハビリテーションが提供された件数 ・のべ処方人数 (内服のみのレジメンで実施した化学療法1レジメンを1人として数える。) ・のべ処方件数 (内服のみのレジメンで抗がん剤が処方された件数に、それぞれの処方日数を掛けた数とする。) ・別紙36(当該二次医療圏または隣接する医療圏に居住するがん患者における診療実績)
24	静岡県立静岡がんセンター	特になし	特になし	・悪性腫瘍の手術件数、がんに係る化学療法延べ患者数、放射線治療延べ患者数について、どの数字をカウントするのか不明確である。
25	愛知県がんセンター中央病院	なし	なし	なし
26	三重大学医学部附属病院	なし	国の動きに合わせて、増があると思うが、減もしっかり対応いただければと思う。	機能別は基本、依頼してしまうので、あまり悩んだことがないが、いつ時点の記載がないことで回答がずれている可能性はある。
27	滋賀県立成人病センター	なし	なし	なし
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし	なし
29	京都大学医学部附属病院	様式4(機能別)480行目 がんに関する教育、普及啓発活動についての設問で、活動内容の記述を別紙等で追加してはどうか。	別紙6.7「当該疾患の診療を担当している医師数」・・・基準があいまいで回答し辛い。原発不明癌の担当医人数等、回答に困ることがある。	特にございませ
30	大阪府立成人病センター	特になし	特になし	例の通り (例:診療従事者の配置はいつの時点かがわからない)
31	兵庫県立がんセンター	特になし	特になし	施設内の各部署に様式をメールで配布して意見をとりまとめているが、データが大きすぎてメールで配布しづらい。ファイルはガードがかかっており修正できない。出来れば、1つのファイルのワークシートの数を減らして頂ければ、もっと簡単に各部署に照会できる。(現状では、ファイルを開くだけで数十秒を要する)
32	奈良県立医科大学附属病院	なし	なし	なし
33	和歌山県立医科大学附属病院	特になし	・緩和ケア研修会の受講率について、大学病院では人事異動により毎年4月1日になる度に受講率が大きく低下する(特に臨床研修医)。日程によっては、当該年度の研修会を実施できない又は極めて回数が少ない状態で受講率を回答することになるので、3月31日時点での受講率で調査して欲しい。 ・緩和ケア研修会について、研修会の趣旨及びカリキュラムから患者と対面しない医師の受講率を調査するメリットが無く、削除すべき(349行目)。	なし
34	鳥取大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし
35	島根大学医学部附属病院	なし	なし	なし
36	岡山大学病院	なし	様式4 緩和ケア研修会に関する項目は、「主治医や担当医」と「診療を行うことがある者」で分けずに、「がん診療に携わる医師・歯科医師」に統一すれば良いと思う。	なし
37	広島大学病院	なし	32行目・(別紙11・H欄も含め)がんセンターボードの活動状況に関して、このような数値を求める意図がよくわからない。 174行目以降・診療従事者は「1名以上配置」等の要件を満たしていれば個別の人数はいらないのでは。仮に必要だとしても別紙でほぼ確認できる。393行目①も同様。 342行目3(1)①・ア・エの必要性はわかるが、イ・ウの数値は不要では。	なし
38	山口大学医学部附属病院	なし	なし	・緩和ケア研修会の実施体制について、研修会修了者数、受講率は、いつの時点のものを出すのかを明記して欲しい。 ・緩和ケア研修会の実施体制について、研修会受講対象者の算出基準が分かりにくい。 ・年間外来がん患者のべ数について、がんを主たる病名としているが、他の病院が他疾患で受診した日を含めているのが分からない。
39	徳島大学病院	特になし	調査期間が短いため、拠点病院の要件のみの項目等、回答数を厳選してほしい。	診療科等、多岐にわたるため、それぞれに照会をするものについては情報収集が難しい。

No	施設	今後追加した方がよいと思われる項目	今後削除・修正した方がよいと思われる項目	情報収集が難しかった項目
40	香川大学医学部附属病院	なし	(2)診療従事者① 専門的な知識および技能を有する医師の配置の「ア当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識および技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を1人以上配置している。」の質問は、「はい」が当然の回答なので質問の必要はないと思います。別紙記入の項目については関連する質問全てを別紙で完結するようには如何でしょうか。	なし
41	四国がんセンター	特になし	特になし	特になし
42	高知大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし
43	九州がんセンター	なし	なし	なし
44	九州大学病院	なし	・診療従事者の人数に関する項目(〇〇に携わる者の専任の人数、常勤の人数、常勤かつ専任の人数など)を簡略化してほしい。	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	なし	なし	なし
46	長崎大学病院	なし	なし	なし
47	熊本大学医学部附属病院	なし	なし	なし
48	大分大学医学部附属病院	なし	なし	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	なし	機能別と重複する項目はどちらかを無くして欲しい。もしくはこちらで入力しなくて良い工夫をして欲しい。抽出期間が項目によってばらばらなので統一出来るものは統一して欲しい。	なし
50	鹿児島大学病院	なし	なし	なし
51	琉球大学医学部附属病院	特になし	特になし	周術期管理についてはERASの理念に基づいたプログラムを用いて管理を行っている。
52	国立がんセンター中央病院	なし	なし	なし
53	国立がんセンター東病院	なし	なし	なし

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

4. 機能別の項目に関連した別紙について

No	施設	今後別紙を追加して 詳しく聞いたほうがよいと思われる項目	課題や改善すべき点	記入基本様式や項目などについての意見
1	北海道がんセンター	なし	なし	なし
2	青森県立中央病院	なし	なし	なし
3	岩手医科大学附属病院	なし	なし	なし
4	宮城県立がんセンター	なし	なし	なし
5	東北大学病院	なし	なし	なし
6	秋田大学医学部附属病院	なし	なし	なし
7	山形県立中央病院	なし	なし	なし
8	福島県立医科大学附属病院	なし	なし	なし
9	茨城県立中央病院・ 茨城県立がんセンター	なし	なし	なし
10	栃木県立がんセンター	なし	なし	なし
11	群馬大学医学部附属病院	なし	別紙8「特に専門として積極的に受け入れている希少がん」については、がん登録のデータから取得可能なデータですので、できれば国立がん研究センター等で一括していただきたい。 別紙28「セカンドオピニオンを提示する体制」で医師5名分までの専門分野を記載する必要があるのですが、具体的な医師を当てはめて記載することが難しい。可能であれば、各がん種別に専門分野を記載する、若しくは診療科名の記載のみとしていただけると、非常に対応しやすい。	なし
12	埼玉県立がんセンター	なし	なし	なし
13	千葉県がんセンター	なし	なし	なし
14	東京都立駒込病院	なし	なし	なし
15	がん研究会有明病院	特になし	特になし	特になし
16	神奈川県立がんセンター	なし	なし	なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院	なし	なし	なし
18	富山県立中央病院	なし	なし	なし
19	金沢大学附属病院	なし	なし	なし
20	福井県立病院	なし	なし	なし
21	山梨県立中央病院	なし	なし	なし
22	信州大学医学部附属病院	なし	なし	・現況報告(全般事項)でも記入したが、機能別(様式4)についてもweb入力化を希望。別紙も可能な限りweb入力とし、図や画像の伴うものはwebへのアップロードによる提出を検討されたい。 ・同じく、正式な依頼の前に「調査項目」だけでも教えてほしい(作業分担、診療科・部門等への照会に手間を要するため)。
23	岐阜大学医学部附属病院	なし	なし	回答の際、何を基準とするのかで困ることがある。参考として統一の基準を示してあるとよい。
24	静岡県立静岡がんセンター	特になし	特になし	特になし
25	愛知県がんセンター中央病院	なし	なし	なし
26	三重大学医学部附属病院	なし	なし	なし
27	滋賀県立成人病センター	なし	なし	なし
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし	なし
29	京都大学医学部附属病院	特にございません	特にございません	特にございません
30	大阪府立成人病センター	特になし	特になし	特になし
31	兵庫県立がんセンター	特になし	特になし	特になし
32	奈良県立医科大学附属病院	なし	なし	なし
33	和歌山県立医科大学附属病院	特になし	なし	・事務局で全ての回答データを収集することは不可能であり、各医局や中央部門の協力により作成しているが、本来業務もあるため業務量増加の一因となっている。そのためか、回答作成時期において、各医局や中央部門から事務局へ「この項目は何故応えないといけないのか?」といった苦情が年々増加し、指定要件及び望ましい要件以外の項目については回答作成への理解を求めるのに苦慮している。指定要件及び望ましい要件以外の項目はなるべく削除・整理すべきと考える。削除・整理しない場合に於いては、指定要件・望ましい要件以外の項目については、何故調査するのか、調査結果についてどのように活かしていくのかを具体的に明確な説明をして欲しい。
34	鳥取大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし

No	施設	今後別紙を追加して 詳しく聞いたほうがよいと思われる項目	課題や改善すべき点	記入基本様式や項目などについての意見
35	島根大学医学部附属病院	なし	調査期間について、様々で調査がやりづらいため、一年間トータルでやっている事業のキャンサーボード等は月によって開催回数が違うが2ヶ月間だけの評価になる	なし
36	岡山大学病院	なし	なし	なし
37	広島大学病院	なし	別紙52の回答内容は施設ごとに差があるように思われる。質問の意図が十分理解されていないのでは。 別紙33と別紙60、別紙34と別紙61の内容はほとんど重複すると思われる。2度手間にならないような方法をご検討いただきたい。	指定様式の質問内容が毎年同じではないので、当該年度の報告様式が届くまで、関連部署に作業依頼ができない。調査項目によっては回答作成に多くの手間や時間を要するものもあるため、現状のボリュームを今後も課せられるのであれば、もう少し時間的に余裕を持った通知をお願いしたい。
38	山口大学医学部附属病院	なし		・全体的に質問項目が多いので、各部署に振り分けるだけで大変なため、質問数を減らして欲しい。
39	徳島大学病院	特になし	解釈が曖昧な項目や、件数の算出方法など、詳細な説明が欲しいところは別途解説がほしい。	入力が不便な箇所がある。(キャンサーボードの症例のドロップダウンリストが少ない等)
40	香川大学医学部附属病院	なし	なし	エクセルファイルが重たく、入力しているうちにフリーズしたり、停止して入力できなくなるのでファイルの改良を希望します。また、質問量が多すぎるので揺るぎの無い質問事項などは複数年に1度にする等で質問数の減少を検討していただきたいです。
41	四国がんセンター	特になし	特になし	特になし
42	高知大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし
43	九州がんセンター	なし	なし	なし
44	九州大学病院	なし	なし	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	なし	なし	なし
46	長崎大学病院	なし	なし	現況報告は、毎年ではなく数年に1回等にはできないものでしょうか。他業務と重なるためなかなか難しい。 とりまとめしか行っていない非常勤職員にとっては、医師から質問があっても答えられない。
47	熊本大学医学部附属病院	なし	なし	なし
48	大分大学医学部附属病院	なし	なし	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	なし	なし	前年度のデータ引継ぎが出来ると良いと思う。がん診療連携拠点病院等の区分ごとに様式を分けて欲しい。ただでさえ量が多いのにこの部分を入力すれば良いのかわかりづらい。
50	鹿児島大学病院	なし	なし	なし
51	琉球大学医学部附属病院	特になし	特になし	特になし
52	国立がんセンター中央病院	なし	なし	なし
53	国立がんセンター東病院	なし	なし	なし

II がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

5. 現況報告のデータの活用方法について

No	施設	データ一覧をCSVファイルとしてダウンロード可能とすることについて			データの公開、活用方法についての意見	基本様式をインターネット上で記入することについて			インターネット上の編集についての意見	その他、現況報告の収集方法についての意見
		賛成	反対	わからない		賛成	反対	わからない		
1	北海道がんセンター	○			なし	○			なし	なし
2	青森県立中央病院			○	なし		○		データの保管が必要であるため、エクセル入力の方がよい。	なし
3	岩手医科大学附属病院	○			なし		○		なし	なし
4	宮城県立がんセンター		○		診療実績等にある数値の教え方等が、各施設同じ定義で統一されるまでは公開しない方がよいと思う。	○			なし	なし
5	東北大学病院	○						○	集計や検索時にはエクセルの方が作業がしやすいのではないかと。	当院では、各診療科、部署へ項目ごとに記入をお願いする為、エクセルファイルでいただいた方が入力しやすい。なお、提出期限が短く、期日までの提出が難しい。
6	秋田大学医学部附属病院	○			なし		○		編集作業が難しくなる恐れがあると懸念します。	なし
7	山形県立中央病院			○	なし			○	なし	国からの提出依頼が遅く、また、提出までの期間が短すぎると思う。報告項目を変更及び追加する場合は、提出するまでの期間を長くしていただきたい。
8	福島県立医科大学附属病院			○	なし	○			エクセルファイルを加工し、回答すべき部署をわかるように記載したものを配布し、とりまとめているので、今後ともエクセルファイルという手段は残してほしい。	なし
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	○			なし			○	インターネット上の編集の場合、院内各部署に現況確認を行う際、様式にアクセスするためのパスワードを教えることになるか、または紙で様式を印刷し配布することになると思います。現状のエクセルファイルの場合のほうが、電子データでのやりとりがしやすいと思います。	なし
10	栃木県立がんセンター			○	相談員研修等において、データの活用事例を示していただきたい。			○	院内の情報を収集するため、各部門にはエクセルファイルに記載してもらっており、とりまとめたものを再度インターネット上に入力していくとなると二度手間となる。	情報を収集するために院内の様々な部門や担当者に依頼する必要があり、依頼するだけでも時間と労力を要する。

No	施設	データ一覧をCSVファイルとしてダウンロード可能とすることについて			データの公開、活用方法についての意見	基本様式をインターネット上で記入することについて			インターネット上の編集についての意見	その他、現況報告の収集方法についての意見
		賛成	反対	わからない		賛成	反対	わからない		
11	群馬大学医学部附属病院	○			以前より、各施設の個別ページから情報を得て比較する事があります。現在の形式では、個々のページを開く必要があり時間を要しておりました。CSVファイルとして、各施設の回答値をまとめて得られるのであれば、施設間のデータ比較の活用が容易になり、PDCAサイクルを回す上で有益と考えます。			○	エクセルファイルを頂戴した後、項目ごとに院内の各部署、各担当者に割振り回答を頂いています。1施設多数の同時アクセスが可能であれば、割振られた担当者の取りまとめの時間が減ると思いますが、同時アクセスが出来ない場合は逆にエクセルファイルの方が使い勝手が良いです。また、同時アクセスができない場合には、各担当者へ印刷して配布することになりますので、回答欄の選択肢が表示されるようにする事、取りまとめ後に担当者が全て手入力となる事、ファイルが多いので、容易に該当する項目へたどり着ける事等についての仕組みづくりが必要と考えます。	理想としては、各部署、各担当者から回答が集まった後、院内のがん医療を担う医療従事者が集まる会議等で現況報告の内容を確認し、回答を送付したいのですが、現実には、エクセルファイルが届いてから回答締切までの時間が短く(都道府県を通した場合は都道府県で確認するためにより締切が早まる)、各部署、各担当者から回答が集まった段階で、早急に回答しなくてはならない状況です。1ヶ月程度早くフォームを送付いただけると、余裕をもって、確認ができると思っていますので、ご検討いただけます。
12	埼玉県立がんセンター	○			なし	○			なし	なし
13	千葉県がんセンター	○			都道府県全体のPDCAサイクルの確保において活用したい。			○	現在でも煩雑となっている入力作業が、Web入力ですぐ改善されるのが不明。	なし
14	東京都立駒込病院			○	なし			○	職場のインターネット環境は閲覧制限がかかっており、インターネット上での編集ができない可能性があるため。	なし
15	がん研究会有明病院	○			なし	○			当然のことながら、セキュリティ対策をお願いしたい。	紙媒体の提出を無くしてほしい。
16	神奈川県立がんセンター			○	なし	○			なし	なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院			○	なし			○	多数の職員が分担して作成、その際に前年度データを利活用している。取りまとめ方法がより簡易になるのであればインターネット上の編集も反対しない。	なし
18	富山県立中央病院	○			なし	○			なし	なし
19	金沢大学附属病院			○	なし	○			なし	なし
20	福井県立病院	○			なし	○			・セキュリティ対策を十二分に行ってほしい。	・現況報告の作成依頼から提出までの期間をもう少し延ばしてほしい。 ・エクセルの様式について、セルの結合位置等なるべく変更しないようにしてほしい。(入力しなおすだけでかなりの時間を要するため)
21	山梨県立中央病院	○			一般市民が誤解をもつような内容の公開はさけていただきたい。研究の対象とする場合、提供した施設への報告は必須とすべきと考えます。	○			なし	なし

No	施設	データ一覧をCSVファイルとしてダウンロード可能とすることについて			データの公開、活用方法についての意見	基本様式をインターネット上で記入することについて			インターネット上の編集についての意見	その他、現況報告の収集方法についての意見
		賛成	反対	わからない		賛成	反対	わからない		
22	信州大学医学部附属病院	○			なし	○			・入力受付期間にできる限り余裕を設け、土日祝日の入力も可としていただきたい。 ・セキュリティ対策はもちろん、締切直前になると駆け込み入力、サーバーダウン等のトラブルが懸念されるため重々留意されたい。	・現況報告の項目について、既存の調書、各施設のwebサイト等から収集できるデータは、できる限りそれらを活用して項目を減らしていただきたい。
23	岐阜大学医学部附属病院	○			CSVデータを公開するかしないかを該当施設が選択できるようにしてほしい。	○			様々な部署や担当が関わるため、複数の人間が編集できる簡便なシステム構築をお願いしたい。別紙・別添についても、負担の少ない提出方法について検討いただきたい。また、Web入力の場合は紙媒体での提出をなくしてほしい。	医療機関での作業期間が少々短いと思われるので、通知を早く出していきたい。
24	静岡県立静岡がんセンター	○			特になし	○			特になし	特になし
25	愛知県がんセンター中央病院	○			・公開されたデータを製薬会社等の企業が営業活動等に利用しており、本来の目的と異なる利用がされている。 ・現状でも施設横断的に検索できるシステムになっているが、CSVファイルがダウンロードできれば詳細な分析等に活用できるようになる。なお、データの適切な利活用を図る観点から、CSVファイルの公開先は限定することも考えられる。	○			現況報告をインターネットで記入することでも問題ないと考える。ただし、データの公開時期は全病院で統一することが望ましいと考える。	
26	三重大学医学部附属病院	○			蓄積だけから、活用へ、少し意識があがってきているこの時にもっと協力を得られたい。			○	アクセスが遅かったりと思うと正直計り知れないストレスとなりそうで怖い。	集めた結果、一覧で見やすくや、検索できるなど、活用をして欲しいと思う。集めて終わりとしか思えない現状がもったいないと感じる。経年比較も検討いただけるのであれば、微妙なセルの移動・列・幅の変更を最小限にしていきたい。
27	滋賀県立成人病センター	○			なし			○		なし
28	京都府立医科大学附属病院			○	なし			○	全様式を各担当部署へ配布・回収するため、複数名が入力できるような方法にしてほしい。	なし
29	京都大学医学部附属病院			○	特にございません			○	特にございません	特にございません
30	大阪府立成人病センター			○	特になし	○			すべて新規入力ではなく、前年度より引き継げるデータに関しては引き継ぎできるとよい。 また、引き継げなくとも昨年度の数値を参照できるとよい。	
31	兵庫県立がんセンター			○	特になし			○	・入力方法の詳細が不明であるが、入力内容のチェック体制が不十分になる。(アンケートの再確認が受けにくい)	特になし
32	奈良県立医科大学附属病院	○			なし	○			なし	なし

No	施設	データ一覧をCSVファイルとしてダウンロード可能とすることについて			データの公開、活用方法についての意見	基本様式をインターネット上で記入することについて			インターネット上の編集についての意見	その他、現況報告の収集方法についての意見
		賛成	反対	わからない		賛成	反対	わからない		
33	和歌山県立医科大学附属病院		○		CSVファイル等をダウンロードを可能とすると、ファイルが編集され、誤った情報が拡散する恐れがあるため、画面上での参照のみとされたい。				Web入力は通信不調等によりデータがクリアされるおそれがあるので、現行のExcelのままが良いと考える。	拠点病院はPDCAサイクルを確立することが指定要件とされているが、現況報告の作成をPDCAサイクルと位置付けることを検討して欲しい。現況報告は国がんHPで一般公表されており、情報公開という面においても役割を果たしていると考え。同じような調査や公表を2回、3回と重複して行うメリットはなく、不合理である。
34	鳥取大学医学部附属病院	○			特になし	○			入力しやすく、見やすい様式にしてほしい。	特になし
35	島根大学医学部附属病院			○	なし			○	なし	なし
36	岡山大学病院			○	なし			○	なし	なし
37	広島大学病院	○			なし			○	入力の手間は大きく変わらないように思う。インターネット上で編集することのメリットは？	「人数」や「件数」のカウントに多大な時間と労力がかかる。必要最小限のデータ収集にしたい。
38	山口大学医学部附属病院	○			・他大学との比較を容易に出来るようにして欲しい。			○	・入力後、次へ進む、修正のために前のページに戻ったら、現在入力した内容が消えていたということがないようにして欲しい。	なし
39	徳島大学病院	○			他病院と比較できるデータ等	○			特になし	項目や重要度に応じて年に1回の質問、数年に1回の質問にわかる等、負担の軽減につなげてほしい
40	香川大学医学部附属病院	○			なし	○			なし	なし
41	四国がんセンター	○			特になし	○			特になし	特になし
42	高知大学医学部附属病院	○			特になし	○			特になし	特になし
43	九州がんセンター	○			なし			○	エクセルファイルでの配布・回収の方法がよいと思います。一括でとりまとめをしやすいからです。インターネット入力は各部署に入力方法の説明など手続きが煩雑になると思います。	なし
44	九州大学病院			○	なし			○	すべてweb上で入力するのは大変手間がかかるのではないかと(コピー&ペーストが使用できないため)。また、関係各部署に担当を割り振るための作業が困難になるとされる。	・提出期限までもっと余裕を持たせてほしい。(県への提出期限が9月下旬に設定されるため、作業期間が2~3週間しかない。) ・提出時期を統一してほしい。期限に間に合わせるために前もって準備をしているが、時期がずれるとそれが無駄になってしまう。
45	佐賀大学医学部附属病院	○			なし			○	なし	なし
46	長崎大学病院			○	なし	○			各担当者(医師)が直接入力できるようにPW等を設けてほしい。	なし
47	熊本大学医学部附属病院	○			なし	○				なし

No	施設	データ一覧をCSVファイルとしてダウンロード可能とすることについて			データの公開、活用方法についての意見	基本様式をインターネット上で記入することについて			インターネット上の編集についての意見	その他、現況報告の収集方法についての意見
		賛成	反対	わからない		賛成	反対	わからない		
48	大分大学医学部附属病院	○			なし			○	設問が多い、関係する担当部門も多く、診療科等をとりまとめ回答する箇所や添付資料もあり、Web入力の場合はその確認等に支障があると思われる。	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	○			なし			○	インターネットでの記載自体に反対ではないが、現状では関連部署に記載を依頼し、それを集約して提出しているため、Excelの方が融通が利くため反対と回答する。Excelデータもいただけるのであれば、インターネットでの回答に問題はない。ただ、これだけの量をインターネット入力出来るのか疑問	期間が短すぎるため、提出期限を延ばして欲しい。現況報告提出から期間が空き過ぎているため、アンケートの回答が難しかった。
50	鹿児島大学病院			○	なし	○			なし	なし
51	琉球大学医学部附属病院			○	なし			○	インターネット上の編集が可能であったとしても、それを各部署に照会・確認するためのファイルなどが必要	報告書は、県に提出しチェック後厚生労働省へ提出されているものと思うが、インターネット上の編集となる場合、県のチェックはどのように行うのか、その点についても未検討であるなら検討していただきたい。
52	国立がんセンター中央病院	○			なし	○			なし	なし
53	国立がんセンター東病院			○	なし	○			なし	なし

Ⅱ-1. 緩和ケアセンターの整備に関するアンケート

2. 緩和ケアセンターについて

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題			
			専門的緩和ケアの提供	がん看護等によるがん看護外来(がん看護力ワンセリング)	外来(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病床へ入院による症状緩和治療の実施	地域の緩和ケア提供体制の実情把握(患者や連携協力リストの作成)	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の診断連絡窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援	がん診療に関する院内研修等の運営	緩和ケアセンターの運営に関する構成員のカンファレンスの開催		【参考】緩和ケアに関する診療情報の集約・分析・評価	【参考】緩和ケアセンターについてホームページ等による地域への広報	
1	北海道がんセンター	平成27年4月	4	3	3	2	3	3	2	4	4	4	1	1	<p>緩和ケアセンターと緩和ケアセンターの窓口が別に設けられていることもあり連携が十分図れていない。</p> <p>設置場所が分かれていることもあり役割分担も明確になっていない。</p>	<p>緩和ケアセンターの役割の明確化と院内周知が不十分な点が課題。</p> <p>患者・家族への緩和ケアに関する相談支援をおこなったり、地域の医療機関との連携を図ることが緩和ケアセンターとして求められているが、緩和ケアセンター、相談支援センター、地域連携室の3部門がそれぞれに動いているため連携が取れていないこと課題。</p>
2	青森県立中央病院	平成26年4月	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	<p>外来スクリーニングでは、経済的なことや療養の場に関することなどについて、相談支援センターと連携して対応しています。</p> <p>また、院外の患者についても要望があれば対応しています。</p> <p>その他、カンファレンスを週に1回行い、入院・外来患者の情報を共有しています。</p>	<p>当センターでは、スクリーニングの対応と地域連携の強化に力を入れており、そのひとつとして、緊急緩和ケア病床を2床設置しています。しかし、利用実績があまりない状況であり、地域の方々に活用していただくための運用法が課題となっています。</p> <p>また、スクリーニングの対応について、患者のニーズに対してマンパワーが不足していることが課題となっています。</p>
3	岩手医科大学附属病院	平成27年4月	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	3	<p>緩和ケアセンター開設後1年を経過した現在、専従看護師が3名に増えた結果、患者、家族の精神的苦痛に対するサポート依頼をはじめ、センターに紹介される患者が急増し、常時30名を超える患者・家族の支援に当たっている状況であり、マンパワーが不足している。外来、入院における主治医や、看護スタッフによる1次緩和ケアの提供を促進し、緩和ケアセンターとしては、より専門的緩和ケアの提供に集点を当てたものに変化させる必要性を感じている。</p>	<p>当院の緩和ケアセンターは、相談支援機能を有する医療相談室と良好な連携を図っており、相互に患者情報を共有し、がん治療に関する意思決定支援、在宅療養に関する地域連携などにおいて、互いに役割を分担しつつ、患者・家族のQOLの向上に当たっている。具体的には、医療相談室のメンバー2人が緩和ケアセンターのメンバーを兼任しており、週一回のミーティングへの参加はもちろんだが、必要に応じて情報交換、患者、家族対応を行っている。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題				
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護等によるがん看護外来(看護力ワンセリング外来)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施による	地域(患者や連携協力リストの作成)握	地域の緩和ケアに関わる診療従事者との定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次相談支援		緩和ケアに関する院内研修会等の運営	がん診療に携わる医療従事者に対する院内研修等の開催	構成メンバーの運営に関する	【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価
4	宮城県立がんセンター	平成28年4月	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	がん患者とその家族に対する高次相談支援体制を確保することについての自施設の取り組み
5	東北大学病院	平成27年7月	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	緩和ケアセンターの中核となるのが緩和ケアチームであるが、緩和ケア内科医師が不足しており、十分な対応(直接診療・迅速な対応等)が難しいこと。 ・常勤の精神科医がいないこと、抑うつ・不眠・せん妄への対応が十分とは言えないこと。同時に、その分を緩和ケア内科医が担うため負担が大きいか。
6	秋田大学医学部附属病院	平成27年4月	4	4	4	2	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	・医師不足 ・緩和ケアセンターが、中央診療部門というサービスマン部門で有り、診療科で無いため、入院病棟を持たず、外来担当している患者の入院判断や病状説明を直接担当することが出来ず、十分な緩和ケアの提供が出来ない。
7	山形県立中央病院	平成28年1月	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	・院内での認知度が低い。 ・電子カルテから苦痛のある人やがんの人を導き出すことができない。病棟や外来から連絡がないと早期からの緩和ケアを提供できない。 ・緩和ケアセンターを設置して間もないこと、また、院外への周知が十分でないため、地域連携の活動に難しさを感じている。 ・緩和ケア認定看護師が2名いるが、がん専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれもいない。最低限の人員で何とか運営しているため、活動範囲が広がられない。

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	(1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない									緩和ケアセンターの機能について	緩和ケアセンターに関する課題			
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護師等によるがん看護外来(がん看護力アップセンター等)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)の整備	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置			緩和ケアに関する高次の相談支援	がん患者とその家族に対する院内研修等	がん診療に関する院内研究等の運営
8	福島県立医科大学附属病院	平成28年3月	3	3	2	1	2	3	2	1	2	3	1	2	現在相談員が欠員で雇用に向け準備中、相談支援センターのソーシャルワーカーが兼任で相談業務を行っています	センタースタッフが不足している。緩和ケアセンターが立ち上げられたばかりでセンターに必要な人員のみでの運用となっている。今後病院に働きかけ人員増を要望する センター設置場所・病院が構築中でのセンター設置となつたため、他部署との共用で運用しておりスペースが不足している。来春解消予定。
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	平成27年9月	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	緩和ケアセンターと相談支援室が同じフロアになったため、タイムリーに情報交換ができ、お互いの専門性を活かしながら患者支援できる関係性が構築されています。在宅療養支援については、PCT介入患者の退院前カンファレンスにも参加させていたが、退院後の在宅同行訪問を見据えた情報交換もできるようになってきています。	外来患者の苦痛のスクリーニングに基づいた対応や介入が難しく、介入件数が少ない。 スクリーニング結果の集計に時間を要するし、評価するために再びスクリーニング実施するためにはマンパワー不足であり、実施するタイミングも問題となる。
10	栃木県立がんセンター	平成28年1月	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	2	緩和ケア外来の初診時には、緩和ケアセンター専任看護師が同席し、患者とその家族の緩和ケアに対する思いや質問に対し、時間をかけ詳細に返答するほか、緩和ケア病棟入院に関する手続きや医学などを掌握し、緩和ケアに関する理解を得てもらっている。その中で、緩和ケア入院まで在宅療養を希望される際の社会的資源についての質問に関しては、より専門的な立場からの説明が必要と判断した場合、相談支援センターへ依頼し在宅支援をサポートできる体制を検討している。	苦痛のスクリーニングの徹底として、診断時から患者の苦痛の拾い上げと適切な緩和ケアの提供 緩和ケアリンクナースによる基本的緩和ケアの充実と専門的緩和ケアへのアクセス 地域との連携として緩和ケアを要する患者の退院後のサポートの充実

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題			
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護力アップによるがん看護外来(がん看護力アップによるがん看護外来)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)の把握	地域の緩和ケアに関わる診療従事者との定期的なカンファレンスの開催	患者の診療情報に依る相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援		緩和ケアに関する院内の集約・分析・評価	緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンスの開催	緩和ケアに関する院内の集約・分析・評価
11	群馬大学医学部附属病院	平成26年4月	3	3	3	2	1	2	2	4	2	4	2	4	4	<p>がん患者とその家族に対する高次の相談支援に関する高次の相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み</p> <p>・当院のがん相談支援センターは、がん相談支援センターの相談員と院内のがん看護専門看護師、保健学科教員が曜日担当制で行っています。そのため、緩和ケアセンターの看護師もがん相談を担当しています。より専門的な相談対応を希望するケースでは、緩和ケアセンターの看護師が対応するようにしています。(がん看護専門看護師だからという点があるかもしれませんが)。緩和ケアセンターの看護師が関わり、その後の退院調整など、具体的な調整部分は、相談員に連携又は協働する形をとっています。</p>
12	埼玉県立がんセンター	平成28年3月	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	<p>なし</p>
13	千葉県がんセンター	平成27年4月	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	<p>当初想定していた緩和ケアセンターの機能は達成できていると考える。今後の課題として、相談支援センターとの連携の深化、がん看護外来のアクティビティの向上、緩和ケア提供の質の評価などを考えている。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題			
			専門的緩和ケアの提供 （専門的緩和ケアの提供）	専門的緩和ケアの提供 （がん看護師等によるがん看護外来 看護力アップ・ワンストップ）	外来や病棟等の看護師の連携 （看護カンファレンスの開催）	緊急緩和ケア病床への入院による 症状緩和治療の実施	（患者や連携協力リストの作成） 地域の緩和ケア提供体制の実現把握	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置 患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援 緩和ケアに関する高次の相談支援	がん患者とその家族に対する 高次の相談支援	がん患者とその家族に対する 高次の相談支援を提供する体制を確保する ことについての自施設の取り組み				
14	東京都立駒込病院	平成27年4月	4	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4	3	<p>当院では相談支援センターと緩和ケアセンターの場所が離れており、患者相談の窓口は相談支援センターとなっている。相談支援センターより高次の相談支援に関しては緩和ケアセンターに依頼がくることとなっている。相談支援センターとの連携と担当者を1回/月実施しており、対応が迷ったケースなどは今後の対応方法などを検討している。相談内容によっては緩和ケアセンターが直接受け持つことあり、スタッフがどこに依頼すればよいかかわかるよう、現在フロー図を作成中である。</p>	<p>苦痛スクリーニングの実施は定着されているが、外来での症状緩和への対応では、タイムリーな緩和ケア提供体制が確立されているとはいえない。また、外来でのスクリーニング利用者の低下もみられ、外来患者の体制の整備が課題となっている。高次の相談支援を提供する上での相談支援センターとの連携基準が明確でないため、スムーズな連携体制の確立が課題。地域に対して緩和ケアセンターの存在や当院での緩和ケアの提供体制が周知されていない問題がある。地域連携力アップを推進し、地域医療機関の緩和ケアに関する問題やがん診療拠点病院に対するニーズを確認し、連携の手順を確立していきたいと考える。</p>
15	がん研究会有明病院	平成26年4月	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	<p>組織図上、相談支援センターは緩和ケアセンターの中に位置づけられていますので、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制は確保されていると思えます。</p>	<p>緩和ケアに関する、緩和ケアセンター以外の診療科との連携、役割分担 ・地域の医療施設との連携</p>
16	神奈川県立がんセンター	平成26年4月	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	<p>緩和ケアセンターと相談支援との定期的な会議（他部門も参加）により、情報の共有がなされ、病院長等に報告されるしくみがある。相談支援部内は緩和ケアに関する情報を熟知している。相談支援と緩和ケアセンターが同一の部屋に居り、情報共有をすることができる。相談支援と地域連携部門が定期的な情報を共有している。</p>	<p>地域の医療機関との定期的な会議の実施が緩和ケアセンターの指定要件としてうたわれているが、実際は、地域との連携は地域連携の部門が担当している。地域との連携をもつこと自体が課題が見出しにくいと思われる。</p>
17	新潟県立がんセンター新潟病院	平成27年4月	4	4	4	3	2	2	2	3	4	4	4	2	<p>緩和ケアセンターと相談支援センターは同じフロアに所属しているため、一人の患者に対して情報交換がスムーズであるため、調整しやすい。 ・在宅、転院（緩和ケア病床）の場合、新着情報を常にやりとりできる。</p>	<p>緩和ケアセンターは何をしているところか、院内全体に周知できていない状況がある。 ・機能を明確にし、可視化することで、緩和ケアを必要とする患者・家族の対応がよりスムーズにつながることを期待している。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターに関する課題			
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護力アップセンター	外来や病棟等の看護師の連携 (看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による 症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)の 把握	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援	がん診療に携わる院内研修会等の運営		緩和ケアセンターの運営に関する カンファレンスの開催	【参考】緩和ケアに関する院内の 診療情報の集約・分析・評価	【参考】緩和ケアセンターについて ホームページによる地域への広報
18	富山県立中央病院	平成28年3月	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	がん患者とその家族に対する高次の相談支援に関する高次の相談支援を提供することについての自施設の取り組み	外来部門でのからだのつらさのスクリーニングなどの実施について、忙しい業務の中でスクリーニングシートをどのように患者に渡すかが課題である。
19	金沢大学附属病院	平成26年10月	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	緩和ケアセンターでは、がん看護専門看護師・乳がん看護認定看護師・がん放射線療法認定看護師によるがん療養相談(がん看護外来)を行っている。がん相談支援センターのソーシャルワーカーが緩和ケアセンターの専任職員として兼務しており、相談支援センターからの相談をトリアージし、がん療養相談(がん看護外来)につないでいる。	・苦痛スクリーニングの更なる普及 ・緩和ケア研修会の受講者の増加 ・地域連携の更なる推進	
20	福井県立病院	平成28年4月	2	3	4	3	3	3	5	2	4	2	3	緩和ケア専門医による緩和ケア外来、がん関連の認定看護師、専門看護師によるがん看護外来の設置はできたが、院内にもまだ周知不十分で有効活用ができていない。	専属の医師が定着しないため、緩和ケアのスキルアップが図れない。 緩和ケア医、主治医のカンファレンスがもてず、緩和治療が充実していかない。	
21	山梨県立中央病院	平成27年4月	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	がん相談で、緩和ケアによる支援が必要と判断された際には、緩和ケアセンター看護師に引き継ぎ、がん看護外来などでフォローしている。	・緩和ケアセンターの業務、実績は増加しているが、今後、質の評価が必要と考える。 ・緩和ケアセンター看護師の業務が多岐化し、役割分担が難しい。 ・苦痛のスクリーニングの集計が緩和ケアセンター看護師の業務と重なって、負担が大きい。	

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	(1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない										緩和ケアセンターの機能に関する課題				
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護等によるがん看護外来(がん看護力ワンセリング)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)提供	地域の緩和ケアに関わる診療従事者との定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援	がん診療に携わる医療従事者に対する院内研修等会の運営		構成員のカンファレンスの開催	【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価	【参考】緩和ケアによる地域への広報	
22	信州大学医学部附属病院	平成26年4月	3	2	2	1	2	2	3	3	3	4	2	2	2	<p>緩和ケアセンターにMSWが配属されており、相談支援センターと連携ができている。</p> <p>緩和ケアチームと関わった患者の情報を共有し、相談窓口として、外来でもサポートを行っている。</p> <p>患者サロンを共同で運営しており、相談窓口の確保と患者情報の共有を行っている。</p>	<p>看護師はセンターが中心となっており院内向けの教育啓発活動を行っているが、医師はあまりできていない。</p> <p>地域の医療機関との連携はもう少し始まった感じである。今後地域の医療機関と密に連携する必要がある。</p> <p>多職種によるチーム医療が良くてきているとは感じられない。</p>
23	岐阜大学医学部附属病院	平成26年2月	3	2	3	1	3	2	3	3	4	3	3	4	3	<p>緩和ケアセンター員と相談支援センター員は日々情報交換を行い、互いに連携が可能な患者に対して検討できる場を設け、緩和ケア、相談支援それぞれ必要な患者に情報提供を行っている。</p> <p>患者に情報提供を強行し、相談できるように調整している。</p>	<p>以下の3点についてPDCA活動することを計画した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療機関との事例検討会の開催が1回～2回/年と十分に実施できていない。 ⇒今年度は地域医療従事者との意見交換会、事例検討会を計画的に複数回実施する。 ・スクリーニングの定義と分析 ⇒当院は入院全患者を対象としているが、対象基準を明確にし業務の負担感を改善する。 ・外来患者のスクリーニングの導入 ・医師に対する緩和ケア研修会の受講率が低い ⇒今年度より2回/年開催する。また、県内7拠点病院の開催予定をがんセンター運営委員会で適宜周知する。
24	静岡県立静岡がんセンター	平成28年3月	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	<p>当院の受診の有無にかかわらず患者および家族に対し、電話や対面による相談支援をよらず相談(相談支援センター)が行なっている。地域の保健・医療・福祉・介護等の関係機関からの緩和ケアについての相談はよらず相談(相談支援センター)が受けている。特に専門的な緩和の対応が必要な患者および家族については緩和ケアセンターが連絡を受け支援している。</p>	<p>・地域医療機関との連携を推進するため、今年度から定期的な1回/月のカンファレンスを開催している。顔の見える関係づくりを深めていくことが課題である。</p> <p>・地域医療機関に対して、地域連携カンファレンスの開催などをHPに掲載しているが、広報に関しては今後の課題である。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題		
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護等によるがん看護外来(がん看護力ワンセリング)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)の把握	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援	がん診療に院内研修会等の運営		緩和ケアセンターの運営に関する構成員のカンファレンスの開催	【参考】診療情報の集約・分析・評価
25	愛知県がんセンター中央病院	平成26年4月	4	4	4	2	2	3	3	4	3	4	3	4	<p>がん患者とその家族に対する高次の相談支援を確保することについての自施設の取り組み</p> <p>緩和ケアセンターと相談支援センターが同室にあり、情報共有・連携しながら緩和ケアに関する相談に対応している。</p> <p>緩和ケアセンターで救急機能が無いため、時間外や休日の検査等が稼働しておらず、緊急緩和ケア病棟として患者を受け入れた際、痛み等の原因検索のための検査に対応できない可能性がある。 ・かかりつけ患者の居住地域が県外など広域にわたるため、連携・協力の必要な医療機関が多い。</p>
26	三重大学医学部附属病院	平成26年4月	4	3	3	2	2	1	2	3	4	5	3	2	<p>緩和ケアセンターの専従看護師のうち1名が、相談支援センターでがん相談に有機的に協力する体制をとっている。緩和ケアセンターにおける緩和ケア提供の医療者チームメンバーのうち専従の医師1名・看護師3名のほかは、MSW3名・臨床心理士2名は相談支援センターの所属となっており、情報と活動の共有に繋がっている。入り口(がん相談・緩和ケア依頼・がん看護外来・心理支援依頼・地域連携依頼と様々である)での対応者の誰もが患者・家族のニーズの把握に努め、トータルペインの評価につながるように関わり、他の専門職への連携につながるよう共有・協働を行っている。</p> <p>緩和ケアセンターの専従看護師が十分ではなく、スタッフの負担が多くなっている。相談支援センターと離れており、緊急な連携を取りにくい。地域連携についても、定期的にカンファレンスを開催しているが、地域の診療所の医師の参加率が低い。</p>
27	滋賀県立成人病センター	平成27年4月	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	<p>緩和ケアセンターと相談支援センターが離れた場所に配置されているが、新病棟完成後は隣接して配置されることになり、より緊密な連携が図れるようになると期待される。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	(1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)									緩和ケアセンターの機能に関する課題			
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアセンターによるがん看護外来(がん看護師等によるがん看護外来)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの作成)の整備	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次相談支援	がん診療に院内研修等運営に		緩和ケアセンターの運営に関する	【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価	【参考】緩和ケアセンターについて
28	京都府立医科大学附属病院	平成26年12月	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	なし	<p>がん患者とその家族に対する高次相談支援を確保することについての自施設の取り組み</p> <p>月1回ではあるが、がん相談支援員、緩和ケアセンター看護師、化学療法室看護師、地域連携看護師で、前月で相談された方の対応で、困ったことややりずらかったことに関して、共有し対応できるように情報共有している。また、患者の承諾が得られた場合は、各部署の関与の専門看護師や認定看護師が対応するように依頼していくプロセスも含めて、相談支援員の相談のスキルや情報提供に関して、質の向上を図っている。</p>
29	京都大学医学部附属病院	平成26年7月	4	3	3	2	3	3	3	4	4	4	3	<p>緩和ケアセンターのスタッフとがん相談支援センターのスタッフは、毎週定期的な話し合いの時間をもち、情報の共有化と連携を進めている。</p>	<p>昨年度の当院の新規依頼件数456件と非常に多く、現人員での緩和ケア外来の拡充と緊急緩和ケア病床の円滑な運用が課題である。</p>
30	大阪府立成人病センター	平成26年4月	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	<p>当センターでは、大多数の患者が、がん患者であり、相談支援センターの職員が緩和ケアに関する高度な知識を有しており、緩和ケアセンターと兼務の社会福祉士2名が、主として相談支援センターにて、緩和ケアに関する高次相談支援業務にあつています。また、必要な場合にはいつでも、緩和ケアセンターの各メンバーに社会福祉士から相談できる体制が整っています。</p>	<p>都道府県拠点病院として、大阪府がん診療連携協議会緩和ケア部会における、府内の拠点病院の緩和ケア領域の活動に関する取りまとめの役割を担ってきましたが、これに今後緩和ケアセンターとして多職種で関与することが課題だと考えています。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1) 全く機能していないと思う、2 あまじ機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題		
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	がん看護師等によるがん看護外来(がん看護力ワンセリング)	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	地域(患者や連携協力リストの実態把握)	地域の定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次の相談支援	がん診療に携わる院内研修等運営		緩和ケアセンターの運営に関する	【参考】診療情報の集約・分析・評価
31	兵庫県立がんセンター	平成26年4月	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	<p>がん患者とその家族に対する、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み</p> <p>初診時にスクリーニングとその対応を行っている。その中で、外来担当ナースが困難と感じた患者に対しては、緩和ケアセンターが対応している。相談支援センターは初診時スクリーニングから漏れた人、初診時以降に苦痛を感じた人への対応を担うようになっている。相談支援センターをセーフティーネットとして機能させている。相談支援センターでの対応が困難となった時に緩和ケアチームが対応することもあるが、取って代われない。対応できないという観点ではない。</p> <p>教育: 身体的苦痛に対する対応は殆どの医師ができるようになってきた。このころの辛さ、意思決定において不十分と思われるが、緩和ケアセンターが直接介入する業務ではない。今後、コミュニケーションスキルを如何に広めるかがポイントである。Ask-Tell-Askを普及させることが急務となっている。</p> <p>周知: 緩和ケアという言葉が初診時から使われるようになった。初診時から緩和ケアと言われたくない患者が多く(患者会、病院職員の見解)つらさへの対応をいままゝと表示しているが、ポスターには緩和ケアという言葉をつけていない。</p> <p>2重の組織構造: 看護師は看護部と緩和ケアセンター所属とならざるを得ず、人事、指示系統が複雑で活動しにくい。</p>
32	奈良県立医科大学附属病院	平成27年8月	3	4	2	3	2	3	3	3	4	2	3	3	<p>がん相談支援センターには現在相談員研修③を終了した看護師の資格を有する専任の相談員1名とMSWの資格を有する専任の相談員1名と相談員研修①②のみの兼任のMSW1名、研修を受講していない兼任のMSWが3名の体制となっている。主に相談員研修③を終了した看護師の資格を有する専任の相談員1名が相談を受け持っているが、専門的な知識やセメンツが必要な場合などは緩和ケアセンターGMのがん看護CNSがオンコールで対応。相談員が継続的な関わりが必要と判断したケースや相談者が希望した場合などががん看護外来(看護力ワンセリング)に紹介する体制となっている。</p> <p>がん相談支援センターには現在相談員研修③を終了した看護師の資格を有する専任の相談員1名とMSWの資格を有する専任の相談員1名と相談員研修①②のみの兼任のMSW1名、研修を受講していない兼任のMSWが3名の体制となっている。主に相談員研修③を終了した看護師の資格を有する専任の相談員1名が相談を受け持っているが、専門的な知識やセメンツが必要な場合などは緩和ケアセンターGMのがん看護CNSがオンコールで対応。相談員が継続的な関わりが必要と判断したケースや相談者が希望した場合などががん看護外来(看護力ワンセリング)に紹介する体制となっている。</p> <p>所属や現場にいるスタッフによって、緩和ケアセンターへの紹介に消極的な場合がある。ポスターやパンフレットによる広報、がん相談支援センターから患者への情報提供、緩和ケアチームからの患者への情報提供、緩和ケアチームからの緩和ケアの推奨はしているが、所属のスタッフとの意識の差は少なく、まだ非がんの患者の紹介は少なく年に数件程度。現場での基本的緩和ケアの実践の充実につながるきめ細やかな教育(ソッドニュースを伝える際のコミュニケーションスキル、伝え方のフォローアップ、症状緩和、包括的アセスメント能力など)</p>
33	和歌山県立医科大学附属病院	平成27年4月	4	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	<p>外来・病棟・緩和ケアチームの有機的な統合(特に外来患者のサポート体制についての検討が必要)</p> <p>・地域の連携</p> <p>相談支援センタースタッフとの情報共有はおこなっているが、十分な連携は図れていない。</p>

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1) 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題	
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み	がん患者とその家族に対する、緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み		
37	広島大学病院	平成26年9月	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	3	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み
38	山口大学医学部附属病院	平成28年3月	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	2	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み
39	徳島大学病院	平成28年3月	3	2	2	2	2	2	2	3	4	3	3	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み
40	香川大学医学部附属病院	平成27年3月	3	3	2	2	2	2	2	3	4	2	2	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み
41	四国がんセンター	平成27年4月	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	緩和ケアに関する高次相談支援を提供する体制を確保することについての自施設の取り組み

No	施設	緩和ケアセンターの整備時期	緩和ケアセンターの機能について (1 全く機能していないと思う、2 あまり機能していないと思う、3 機能していると思う、4 よく機能していると思う、5 わからない)										自施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題		
			専門的緩和ケアの提供	専門的緩和ケアの提供に関する専門的緩和ケアの提供	がん看護力向上によるがん看護外来	外来や病棟等の看護師の連携(看護カンファレンスの開催)	緊急緩和ケア病棟への入院による症状緩和治療の実施	(患者や連携施設体制の実現把握)	地域の緩和ケアに関わる診療従事者との定期的なカンファレンスの開催	患者の相談連携窓口の設置	緩和ケアに関する高次相談支援	がん患者とその家族に対する院内研修等運営者の連携		がん診療に携わる医療従事者の構成メンバーの運営に関する	【参考】緩和ケアに関する院内の集約・分析・評価
42	高知大学医学部附属病院	平成25年12月	2	2	2	1	2	1	3	3	3	1	1	1	<p>がん患者とその家族に対する高次の相談支援を確保することについての自施設の取り組み</p> <p>緩和ケアセンターと相談支援センターで定期的(月1回)に、相談対応に関する情報共有を行っている</p> <p>相談内容によって、がん相談と、がん看護外来、緩和ケア外来が役割分担できるように、各担当者を示した患者用リーフレットを作成したりしている</p>
43	九州がんセンター	平成27年4月	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	<p>がん相談支援センターとともに緩和ケアセンター、がんサロン、患者図書室、ピアアランスケア室などを集約した区画を設け、「がん患者・家族支援センター」として連携しがん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を整備している。また、がん相談支援センターとともに緩和ケアに関する市民公開講座を企画し、緩和ケアの啓発に努めている。</p> <p>がん相談支援センターが一次対応を行い、より高次の対応が必要な場合、電話一本で緩和ケアチームにつなぐ体制をとっている。</p> <p>がん相談支援センターと緩和ケアセンターで、定期的な情報共有のカンファレンスを行っている。</p>
44	九州大学病院	平成27年4月	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	マンパワー不足、資金不足
45	佐賀大学医学部附属病院	平成28年4月	4	4	2	3	1	4	3	2	3	4	2	3	<p>緩和ケアセンターを設置したばかりで、院内と院外への周知。・苦痛症状スクリーニング、緊急緩和ケア病棟、がん看護外来の体制整備。</p>
46	長崎大学病院	平成27年4月	4	3	3	2	3	3	4	2	4	4	4	3	緊急緩和ケア病床の運営 人材育成(医師、看護師)

Ⅲ-1. 緩和ケアセンターの整備に関するアンケート

2. 緩和ケアセンターについて(続き)

No	施設	現時点で感じている緩和ケアセンターの意義(複数選択可)										その他、緩和ケアセンターの整備についての意見	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		苦痛のケアの早期介入が促進できる	外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する院外向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する業務の効率化が図れる	地域の医療機関との連携の円滑化する	がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	多職種によるチーム医療が充実する	その他		
1	北海道がんセンター	○	○						○				なし
2	青森県立中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○			現在、看護師の配置要件となっている2名体制では、センターに求められている対応ができません。要件に定められている配置人数について、増員を求めたいと思います。
3	岩手医科大学附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○		最も重要なことは、どのような組織(緩和ケアセンターなど)にするかではなく、誰が担当するかです。他科や他部署、他の医療機関との良好なコミュニケーションを図れないメンバーが何人いても、おそらく期待される機能は果たせない。	なし
4	宮城県立がんセンター	○	○	○	○	○	○	○	○				・指定要件に基づいて整備していくことは、正直、容易ではありませんが、緩和ケアの普及・質向上の機会となっていることは確かだと思いますので、好機ととらえ、取り組んでいきたいと考えています。 ・事務作業(資料作成・データ処理等)が非常に多いため、事務作業担当の人員の有無は整備の進捗・質に大きく関わると思っています。 ※当センターでは、H27年10月～事務担当者が1名配置されており、前述の作業を担当してもらうことで医師・看護師は各自の実践に充てる時間の確保につながり、大変助かっております。
5	東北大学病院	○	○		○				○				病院全体での理解が得られないと担当者だけが疲弊する
6	秋田大学医学部附属病院	○			○				○	○			・人的構成や組織の中での立場は整備されたが、その緩和ケア提供にかかわる質の評価が行われていない。質が担保されていない状況で、これがきちんと患者QOL向上に還元されているか疑問である。 ・医師以外の職種には、緩和ケアに関わる研修歴(認定看護師や専門看護師資格)が要求されているが、緩和ケア担当医師の資格(例えば、がん治療認定医とか緩和医療専門医、暫定指導医)要求がされていない。ここも、最初は努力目標でも構わないと思うが明記すべきと思う。 ・緩和ケアセンター要件に関して、経済的メリットが無いため、病院組織と交渉するときにメリットを提示しにくい。
7	山形県立中央病院	○							○	○			当院は、緩和ケア認定看護師の資格を持った人が都道府県拠点病院で最低限である。電子カルテによる緩和ケアに関するシステムが十分整っていない中、最低限の人数で、地道に努力している。 緩和ケアセンターの業務は、拠点病院だけではなく、県においても、がんと診断された時からの治療、在宅医療までの患者に対して切れ目ない緩和ケアを提供できるよう、積極的に関わり、取り組んでみたい。
8	福島県立医科大学附属病院	○		○	○	○							緊急緩和ケア病床の運営方法など、緩和ケアセンターのあり方がいまだ明らかでなく、センターが設置されたが、運営が不十分な状況です。
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	○	○	○					○	○			なし
10	栃木県立がんセンター	○	○	○	○	○	○	○	○	○			なし

No	施設	現時点で感じている緩和ケアセンターの意義(複数選択可)										その他、緩和ケアセンターの整備についての意見	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		苦痛のスクリーニングの早期介入が促進できる	外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する院外向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する業務の効率化が図れる	地域の医療機関との連携の円滑化する	がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	多職種によるチーム医療が充実する	その他		
11	群馬大学医学部附属病院	○		○					○				・相談支援センターと重なる役割が、院内の医療者からはわかりずらいかと思えます。また、設置当初から指定要件全ての役割を担うことは難しいですが、年数をかけ実績をだしながら、体制整備をしてゆくのがよいのでしょうか。
12	埼玉県立がんセンター						○	○					緩和ケアチームも普及してくると、身体症状担当の医師1名ではまかなえなくなっています。たとえば、都道府県がん診療連携病院で、かつ、緩和ケアチームの依頼件数が入院外来を含めて年間400件を超えるようなら(10%未満と思われず、日本緩和医療学会のデータから)、身体症状の専任医師は、2人以上など、条件を付けて頂けると助かります。病院側は、厚労省の出す条件以下でしか、人員を確保はしません。そうすると、緩和ケアセンターの様々な新規事業に加え、緩和ケアチーム診療もこのまま増加傾向では、現場の疲弊、継続困難につながっていくように感じています。
13	千葉県がんセンター		○	○					○				特にありません。
14	東京都立駒込病院	○		○	○				○	○			緩和ケアセンターが整備がされ、スクリーニングシートの使用定着も進んでいるが、特に外来においては必要な支援(緩和ケア外来や看護外来)にすぐにつなげることが難しく、タイムリーに実施するためには外来における看護師のマンパワーがないと難しい現状もある。緩和ケアセンターに専門看護師、認定看護師が専従していることは看護外来や患者カウンセリングでの対応もできやすいために効率的な患者支援につながっていると考えます。緩和ケアセンターの活動が円滑、効果的に実施されるためには組織中の緩和ケアセンターの位置づけを明確にすることが必要であり、インフォメーションには院全体での取り組みが必要と考える。緩和ケアセンターの意義としては、診療加算上のデータのみでなく、患者・家族への医療の質の向上をあらわされるものと考えていくことも必要。
15	がん研究会有明病院	○	○					○		○			・苦痛スクリーニングをするための予算 タブレット端末または人件費の確保 ・外来での緩和ケアを充実させるための人の確保
16	神奈川県立がんセンター	○	○	○	○	○	○		○	○			なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院	○	○						○	○			定期的に緩和ケアセンターの情報を流してほしい。他病院の取り組みなど。
18	富山県立中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○			なし
19	金沢大学附属病院		○	○	○				○	○			なし
20	福井県立病院	○	○						○				なし
21	山梨県立中央病院	○	○	○					○				なし
22	信州大学医学部附属病院		○						○	○			・厚生労働省は、緩和ケアセンターを作って何を指そうとしているのかが解りません。全国的に統一した緩和ケアの体制構築を目指しているのでしょうか？ ・緩和ケアの体制は、地域性や病院の規模で変わります。 ・「このような規模の病院の場合、緩和ケアセンターはこの様になれば良い」というモデルケースを示していただけると、自院の目標が明確になると思っています。
23	岐阜大学医学部附属病院		○						○				・緩和ケアセンターに関する指定要件は膨らむ一方であるが、実施する医療は限られている。業務が増えることにより事務業務も増加するため、ぜひ人員に関するうえで事務委員も提示していただきたい。 ・スクリーニングに取り組むことに対する、患者会の意見を中央で集約し実施する意義を患者目線で評価していただきたい。
24	静岡県立静岡がんセンター	○	○						○	○	○		3・4・5・6・9・10についてはセンターの設置以前からすでに実施できていた。

No	施設	現時点で感じている緩和ケアセンターの意義(複数選択可)										その他、緩和ケアセンターの整備についての意見
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		苦痛のスクリーニングの早期介入が促進できる、緩和ケアの早期介入が促進できる	外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる	院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる	緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する院外向けの教育啓発活動がしやすくなる	緩和ケアに関する業務の効率化が図れる	地域の医療機関との連携の円滑化する	がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する	多職種によるチーム医療が充実する	その他	
25	愛知県がんセンター中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○		なし
26	三重大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○		なし
27	滋賀県立成人病センター	○	○		○	○	○		○			整備要件がかなり厳しいが、それに見合う診療報酬等のバックアップが少ないと感じる。
28	京都府立医科大学附属病院		○									なし
29	京都大学医学部附属病院		○	○	○	○	○			○		特にございません。
30	大阪府立成人病センター	○			○			○				緩和ケアセンターとして増えたスタッフは、ジェネラルマネージャーを含む2名の専従看護師のみですが、緩和ケア担当医師の人員は拡充されないうまま、医師にとっては負担だけが増えていると感じます。緩和ケア担当医のマンパワーも充実する方向に支援する制度が整備されるとありがたいです。
31	兵庫県立がんセンター	○		○								医療者が初診時から患者のつらさに対応しなくてはならないという意識を持つようになった。 緩和ケアセンターが何をやるか、メンバーが何をやるかが明確でない。従来の入院における緩和ケアチームが外来にも地域にもあるのだというメッセージにしてほしい。 相談支援センターは情報提供の場とし、意思決定支援などは緩和ケアセンター(緩和ケアチーム)の所掌事項としたほうが、明確となる。緩和ケア教育についても緩和ケア研修会以外の必修項目等をかかげていただくと活動しやすい。
32	奈良県立医科大学附属病院			○	○	○		○	○			病院によって担っている役割・機能、体制が異なっており、地域の中核病院となるとあらゆる機能が集中している。緩和ケアセンターの整備要件が病院全体でとらえた時にバランスを欠いている状況が懸念されます。また「オピオイドの適正使用に関してクリティカルパスを整備する」という要件は病院の体制や背景などによりクリティカルパスが効果的かどうかは一概に言えないように感じました。
33	和歌山県立医科大学附属病院	○	○	○	○	○			○			なし
34	鳥取大学医学部附属病院										なし	緩和ケアの提供を行うにあたり、全国レベルで一律の水準の高いケアの提供を意図して緩和ケアセンターの設置基準などが明確になった経緯は理解できるが、質を担保できる基準がないので人を充てればセンターを名乗れる状況に陥っている。そのため、質の悪い緩和ケアの提供がなされる現状にジレンマを感じている者もあり、本当に現在指定されている研修等の参加・修了で専門的緩和ケアの提供が可能なのか検討してもらいたい。
35	島根大学医学部附属病院		○	○	○	○		○		○		「苦痛のスクリーニング」の対応が難しく、困惑しています。がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制の必須事項とされたため病院側にかなり無理をお願いして交渉し、スクリーニングの実践を行いました。このための院内体制整備、スクリーニングシートの配布、回収に相当の手間がかかっています。そのため、緩和ケアセンターとして最も重要な、担当スタッフが行う患者・家族の診療業務に支障をきたすリスクが生じています。
36	岡山大学病院	○	○	○	○	○				○		なし
37	広島大学病院					○		○		○		管理業務の行えるジェネラルマネージャーは必要である。
38	山口大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○					なし
39	徳島大学病院	○	○	○	○	○	○	○		○		なし
40	香川大学医学部附属病院	○	○	○	○	○			○	○		なし
41	四国がんセンター	○	○	○	○	○		○	○	○		なし
42	高知大学医学部附属病院										がん診療連携拠点病院の要件の全体像がみえる	なし

Ⅲ-2. 緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

2. 1)ジェネラルマネージャーの職務経験について

No	施設	緩和ケアチームの専従看護師の経験		緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験		緩和ケア病棟の管理者(師長・副師長)の経験		緩和ケア病棟のスタッフ(主任・副主任も含む)の経験		緩和ケア病棟以外の部門の管理者(師長・副師長)の経験	
		なし	あり(経験年数)	なし	あり(経験年数)	なし	あり(経験年数)	なし	あり(経験年数)	なし	あり(経験年数)
1	北海道がんセンター		5年		4年	○		○			5年
2	青森県立中央病院	○		○		○		○			9年
3	岩手医科大学附属病院		1年		1年	○		○			1年
4	宮城県立がんセンター	○		○		○		○			10年
5	東北大学病院	○		○			4年	○			18年
6	秋田大学医学部附属病院	○		○		○		○			9年
7	山形県立中央病院	○		○		○			5年		11年
8	福島県立医科大学附属病院	○		○		○		○			8年
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	○			9年	○		○			10年
10	栃木県立がんセンター	○		○			9年	○			5年
11	群馬大学医学部附属病院	○			4年	○		○			9年
12	埼玉県立がんセンター	○		○			2年	○			2年
13	千葉県がんセンター	○		○			2年	○			18年
14	東京都立駒込病院		3年	○			2年	○			3年
15	がん研究会有明病院		1年	○		○		○			4年
16	神奈川県立がんセンター	○		○		○		○			4年
17	新潟県立がんセンター新潟病院	○			2年	○		○			2年
18	富山県立中央病院	○			2年	○			6.5年		8年
19	金沢大学附属病院	○		○		○		○			7年
20	福井県立病院		3年	○		○		○			4年
21	山梨県立中央病院		1年	○			6年		1年		2年
22	信州大学医学部附属病院	○		○		○		○			13年
23	岐阜大学医学部附属病院	○		○		○		○			18年
24	静岡県立静岡がんセンター	○		○			8年		2年		2年
25	愛知県がんセンター中央病院		3年		5年	○		○			6年
26	三重大学医学部附属病院	○		○		○		○			5年
27	滋賀県立成人病センター	○			5年	○		○		○	
28	京都府立医科大学附属病院	○		○		○		○			11年
29	京都大学医学部附属病院	○		○		○		○			16年
30	大阪府立成人病センター	○			10年	○		○			6年
31	兵庫県立がんセンター		3年		1年	○		○			2年
32	奈良県立医科大学附属病院	○		○		○		○			4年
33	和歌山県立医科大学附属病院	○		○			3年	○			6年
34	鳥取大学医学部附属病院		5年	○		○		○			8年
35	島根大学医学部附属病院		3年	○			1年	○			6年
36	岡山大学病院	○			3年	○		○		○	

No	施設	緩和ケアチームの専従看護師の経験		緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験		緩和ケア病棟の管理者(師長・副師長)の経験		緩和ケア病棟のスタッフ(主任・副主任も含む)の経験		緩和ケア病棟以外の部門の管理者(師長・副師長)の経験	
		なし	あり (経験年数)	なし	あり (経験年数)	なし	あり (経験年数)	なし	あり (経験年数)	なし	あり (経験年数)
37	広島大学病院	○		○		○		○			13年
38	山口大学医学部附属病院	○		○		○		○			6年
39	徳島大学病院	○		○		○		○			3年
40	香川大学医学部附属病院		6年	○		○		○			12年
41	四国がんセンター		4年		6年		5年	○			4年
42	高知大学医学部附属病院		5年		1年	○		○		○	
43	九州がんセンター	○			2年	○		○			12年
44	九州大学病院	○		○		○		○			2年
45	佐賀大学医学部附属病院		6年	○		○		○			12年
46	長崎大学病院	○		○		○		○			10年
47	熊本大学医学部附属病院		1年		3年	○		○			13年
48	大分大学医学部附属病院	○		○		○		○			22年
49	宮崎大学医学部附属病院	○		○		○		○			20年
50	鹿児島大学病院		7年	○		○		○			12年
51	琉球大学医学部附属病院		1年	○		○		○			2年

Ⅲ-2. 緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

2. 3)ジェネラルマネージャーの役割で重要だと思うこと

No	施設	①	②	③
1	北海道がんセンター	苦痛のスクリーニング実施体制の構築	院内連携	
2	青森県立中央病院	緩和ケアチームの業務の調整	各部門との連携・調整、地域連携、サポート	人材育成のための研修会開催、会議
3	岩手医科大学附属病院	緩和ケア提供体制に関する院内・地域の現状把握	緩和ケアセンター機能に関する院内の周知活動	苦痛のスクリーニング、緩和ケア提供体制の構築
4	宮城県立がんセンター	がん看護外来の設置や運営	苦痛のスクリーニングの現状分析と緩和ケア提供の改善取り組み	緊急緩和ケア病床の運用の最適化
5	東北大学病院	緩和ケアセンターの業務の周知活動	苦痛のスクリーニングの定着化を図る	地域の医療者との協同
6	秋田大学医学部附属病院	交渉力	調整力	情報の収集や評価する能力
7	山形県立中央病院	人材育成	成功体験による院内・院外の緩和ケアに対する理解の広がり(広報や周知だけでは理解も深まらない)	都道府県がん診療連携拠点病院という立場を理解し、地域に貢献する組織を醸成する
8	福島県立医科大学附属病院	院内の看護師へのがん看護・緩和ケアに関する教育を充実すること	看護部も含めて病院の管理者幹部が緩和ケアについて理解をすること	急性期の病院で緩和ケアについて啓蒙することが重要。特に意識の低い医師を教育することが重要
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	緩和ケアセンター内でのコミュニケーションの促進とチームワーク・笑顔	がん相談支援センター/相談支援室のスタッフとの連携と情報共有・風通しの良い環境調整	早い時期から意思決定支援のプロセスに介入していくこと
10	栃木県立がんセンター	苦痛のスクリーニングと緩和ケアチームとの連携(緩和ケアチームへのアクセスなど医師以外の診療従事者からの依頼の増加)	各部署のリンクネースの育成と活用	患者、家族への情報提供や地域連携による緩和ケアの充実
11	群馬大学医学部附属病院	緩和ケアセンターとしての組織における役割機能や院内への周知・徹底。	関連する部署や診療科との調整や交渉(院内におけるがんに関することのトータル的な窓口になっている)。	緩和ケアセンターとしての実績を積み重ね、院内の医療者により活用して頂くこと。
12	埼玉県立がんセンター	緩和ケアに関する正確な情報を患者、家族に伝えていくこと	緩和ケアに関する正しい知識を院内の医療従事者に伝えていくこと	他職種との連携、よいコミュニケーションを図り緩和ケアを推進していくこと
13	千葉県がんセンター	緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動	苦痛のスクリーニングの実施体制の構築	緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握
14	東京都立駒込病院	緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応	がん看護外来の設置や運営	緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動
15	がん研究会有明病院	緩和ケアにかかわる診療科・部門と病棟・外来・管理部門間の調整	緩和ケアに関する院内の現状・問題点の把握と解決にむけての調整	
16	神奈川県立がんセンター	院内の緩和ケア提供体制に関する情報収集および関連部署との情報共有	緩和ケア提供体制についての利用者への広報(院内医療従事者と患者・家族)	地域の実績に合った緩和ケア研修の企画・実施
17	新潟県立がんセンター新潟病院	他部門との調整のため、円滑なコミュニケーション。	緩和ケア科、緩和ケアチーム、緩和ケア病床運営の全体把握。	「がん看護外来」「苦痛のスクリーニング」の実施体制の構築。
18	富山県立中央病院	緩和ケアセンターの役割機能について院内外への周知を行うための広報活動	緩和ケアセンターの活動実績等の情報集計(日々行わないと後で大変である)	緩和ケアセンター整備のための各部署との交渉や調整
19	金沢大学附属病院	緩和ケアセンターの看護職員の管理(専門看護師・認定看護師・多職種との人間関係の調整、勤務時間の調整等)	緩和ケアセンターの機能に関する周知活動、特にがん療養相談を昨年開設し、患者に利用してもらえるようにすること	苦痛スクリーニングの実施体制を固め、普及させること
20	福井県立病院	がん看護外来のスタッフのマネジメント、介入データの整理	院内緩和ケアコアネースの活動・教育計画の立案、実施	外来患者の苦痛のスクリーニングを行い、早期に対応する。
21	山梨県立中央病院	優先順位を付けて関わられるよう、スタッフ調整をする	外来・病棟看護師の支援ができる体制づくり(苦痛のスクリーニング・がん看護外来の活用推進)	他部署との連携
22	信州大学医学部附属病院	チーム内のコミュニケーションの円滑化	他職種との連携 主治医とのコンタクト	院内スタッフの支援、育成
23	岐阜大学医学部附属病院	院内医療従事者に対して、当院の緩和ケアを必要とする患者の可視化と情報提供	スクリーニング開始した結果を分析し、必要な患者へ適切な緩和ケア提供が実施できているかのモニタリング	緩和ケアを適切に提供できていない場合、該当部署の現状確認と啓発
24	静岡県立静岡がんセンター	院内関係部署との交渉・調整	緩和ケア提供体制に関する院内外の現状把握	地域との連携システムの構築
25	愛知県がんセンター中央病院	院内の緩和ケアの質向上	院内の関係部署との連携・調整	地域医療福祉従事者との連携
26	三重大学医学部附属病院	メンバー間で共有することを意識し、お互いの考えにズレがないことを確認し合うこと	組織体制を把握して、報告を怠らないこと	
27	滋賀県立成人病センター	緩和ケアセンターの存在の周知活動	緩和ケアセンター専従職員の業務調整	緩和ケアセンターの活動内容の確認と確実な推進
28	京都府立医科大学附属病院	緩和ケアセンターの機能の把握	緩和ケアセンターの機能遂行のための調整	緩和ケアセンターの機能に関する周知の調整
29	京都大学医学部附属病院	緩和ケアチーム業務:センター長と運営体制について相談 チームの看護師間の業務調整	緩和ケア提供体制の整備:病棟・外来・地域ネットワーク医療部・がん相談支援室等、他部門との連携	院内スタッフへの緩和ケアに関する知識・技術を深めるための研修会の開催

No	施設	①	②	③
30	大阪府立成人病センター	院内他部署との調整	体制整備とPDCAサイクルに則った評価	地域連携、地域への発信
31	兵庫県立がんセンター	苦痛のスクリーニングにより、患者の苦痛に確実に対応する体制づくり	関連診療科はじめ他部門との調整	メンバーのサポートと教育支援
32	奈良県立医科大学附属病院	院内の基本的緩和ケアの実践の促進と必要なケースが緩和ケアチームにつながる体制づくり	地域の医療機関(特に訪問看護ステーション)の緩和ケアに関する相談機能	緩和ケアセンター(緩和ケアチームを含む)配属の看護師の効果的な活用
33	和歌山県立医科大学附属病院	各病棟・外来・他部門との連絡・調整	緩和ケア提供体制に関する現状把握(院内ラウンド)	メンバー間の連絡・調整(情報共有)
34	鳥取大学医学部附属病院	院内のがん診療・緩和ケアの実態を把握すること	院内における緩和ケアセンターの実践状況(スタッフの実践を含め)を把握すること	がん患者・ご家族に対応すること(実践)
35	島根大学医学部附属病院	目標を達成していくために、関連部署、組織の管理者の相手と向き合って、交渉し、話しあう場の組織作りをする。また元々ある基準の見直しを行う。	交渉、調整において、どう行動をしないとよいのか、組織のそれぞれの特徴、役割を考える。	
36	岡山大学病院	関係する診療科との直接の交渉や調整に責任を持つ	体制整備や企画・運営に協力する	周知できるよう広報をおこなう
37	広島大学病院	緩和ケア提供体制整備：スクリーニングに対する診療科医師の協力不足	調整 効率化 チーム医療(他職種との連携)の実現	データの収集と開示
38	山口大学医学部附属病院	緩和ケアチームが行っている介入の評価、早期提供への体制構築	緩和ケアセンター活動の院内への周知	地域(院内も含め)の医療福祉従事者とのカンファレンス(事例検討会)や研修の企画運営
39	徳島大学病院	医師や他部門との連携	緩和ケアセンターの役割の明確化	緩和ケアに関する制度、国や地方の方針の把握
40	香川大学医学部附属病院	緩和ケアセンター看護師の相談・支援	院内の他部門、多職種との調整・相談しやすい仕組み作り	院内、院外、地域とのネットワーク作り(顔の見える関係作り)
41	四国がんセンター	交渉能力	良好なコミュニケーション	気づき
42	高知大学医学部附属病院	症状マネジメントや緩和ケア提供体制をモニタリングし、課題を抽出すること	関係者との調整を行いつつ、症状緩和や適切な緩和ケア提供に向けた活動を行うこと	院内・県内への報告・周知を行い、症状マネジメントや緩和ケア提供体制を根づかせていくこと
43	九州がんセンター	緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握。	苦痛スクリーニングの実施体制の構築および推進。また、体制の見直し等の調整。	緩和ケアセンターの機能に関する院内、院外との調整、連携。
44	九州大学病院	がん看護外来マネジメント、実践、調整	スクリーニング実施部署拡大	がん看護教育
45	佐賀大学医学部附属病院	がんセンター長や看護部長などへの緩和ケアセンター業務の理解のためのマネジメント	緩和ケアセンター業務の体制構築	緩和ケアに関する教育
46	長崎大学病院	がん看護外来の設置や運営	緩和ケアセンターメンバーによる円滑な業務遂行管理	地域の医療福祉従事者とのカンファレンスや研修の企画・運営
47	熊本大学医学部附属病院	緩和ケアチームが効果的な活動をするためのチームメンバーのサポートとメンバー間の調整の役割	院内の他部門および県内の他施設との効果的な連携、協働のためのコーディネーションの役割	早期からの緩和ケア推進のための体制の構築および教育・周知活動の役割
48	大分大学医学部附属病院	緩和ケアセンターメンバー全員で役割や業務を明確にし、定期的に進捗状況を確認、課題の検討を行うこと。	要件をクリアしていく段階ごとに、関連部署や関連組織との連絡調整	スクリーニングの導入の推進と評価
49	宮崎大学医学部附属病院	緩和ケアセンターの機能に関する院内外の周知活動	がん看護外来(がんカウンセリング)の設置	院内外スタッフを対象とする研修等の企画・運営
50	鹿児島大学病院	緩和ケアセンターのメンバーとともに目標や目的を共有し、お互いの専門性を発揮しながら活動していくこと	診療科や看護スタッフ、多職種等、それぞれの意見を尊重しながら協働していくこと	緩和ケアセンターが行っていることを可視化していくこと
51	琉球大学医学部附属病院	メンバーが円滑に活動できるよう調整、マネジメント	センター活動の評価	フィードバック

Ⅲ-2. 緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

3. ジェネラルマネージャーと緩和ケアセンターの他のメンバーとの役割分担について

No	施設	1)ジェネラルマネージャー以外の看護師が緩和ケアセンターで担っている役割	2)相談員が緩和ケアセンターで担っている役割	3)緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していること
1	北海道がんセンター	・緩和ケアチームの専従看護師 ・がん看護外来、病棟患者の意思決定支援、困難事例に対する対応	・緩和ケア研修会の参加受付・登録業務	・チームの看護師と外来とがん看護外来を主にする役割をわけ、ジェネラルマネージャーが集約、調整を行っている。
2	青森県立中央病院	・外来・入院患者の症状スクリーニングを受けての看護介入 ・研修会等の講師や研修会運営参加	・緩和ケアの役割に関するレクチャー ・がん患者の相談を受け、緩和ケアチームに相談する橋渡し ・緩和ケアチームとの情報共有、協力支援	・相談員からの情報を受けて、看護介入ができるようにメンバーに橋渡しを行う。 ・相談員と話し合い、業務運営の調整を図る。
3	岩手医科大学附属病院	・緩和ケアリンクナース、スタッフの院内教育 ・緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応	・緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応 ・地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営	・相談対応、地域連携など、看護師・相談員と役割が重なり役割分担を明確にできないことが多い カンファレンスや意見交換を多く行い、互いに相談しやすい雰囲気・場作りを行っている。
4	宮城県立がんセンター	・緩和ケアチーム活動・苦痛のスクリーニングの管理運営 ・がん看護外来担当 ・緩和ケア外来担当 ・緩和ケアリンクナース会のオブザーバー	・就労に関する相談 ・精神的サポート	緩和ケアセンターの職員の中には、部門に所属しながらその役割を担っている者もいる。専門的緩和ケアの相談を、緩和ケアセンターのメンバーとして担うのか、あるいは部門の立場で担うのか、また職員間で重なり合う相談内容を整理して、専門性が尊重される役割分担に配慮している。
5	東北大学病院	がん看護外来の活動。 緩和ケアチームの活動。 緩和医療科外来の患者のケア。 関係する診療科とのカンファレンスの参加。	相談員は別の所属	なし
6	秋田大学医学部附属病院	・緩和ケアチーム活動・緩和ケア外来担当 ・がん看護外来担当 ・病棟カンファレンスへの参加 ・緩和ケア研修会ファシリテーター ・院内外研修会講師等	がん看護専門看護師が相談員研修を終了していますが、相談員としての活動はしていません。	メンバーとよく話し合いをしています。その中で、役割を決定しています。例えば年度末に次年度の活動計画を立案し、その中で役割を決定し、責任を持ってもらっています。
7	山形県立中央病院	がん看護外来・緩和ケアリンクナースの育成・院内の教育・緩和ケアチーム活動・病棟看護師の相談(苦痛のスクリーニング陽性患者への対応)・病棟外来看護師との患者カンファレンス	緩和ケアチームとしての活動	役割分担が難しいので、患者家族からの相談があった場合に、相談内容が担当する内容ではないと思うことでも必ず相談にのるようにして、相談できないということがないように協力する。
8	福島県立医科大学附属病院	①がん看護外来 ②緩和ケアラウンドをして患者への直接ケア、あるいはスタッフへ助言やコンサルテーション ③各種カンファレンス(退院調整・看取り・倫理)に参加してアドバイスすること、コンサルテーションすること	①患者・家族の直接相談や電話相談 ②専門的看護師や医師への連携 ③緩和ケア研修等各種研修開催の連絡調整、運営 ④相談支援部会の企画運営	①相談員と看護師の役割を明確化すること、協力することを話し合いながらやっている
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	苦痛のスクリーニングの活用(症状緩和、意思決定支援) 外来やがん相談支援センター、病棟との院内連携強化 院内外の研修会の企画運営 実践全般も担い、GMも現場に出向き実践しています。	基本的な緩和ケア相談 医療費相談(限度額申請など) 社会資源活用について 療養環境や療養の場について セカンドオピニオンについて	相談内容の中で様々な問題が見え隠れするケースが多いので、個々の問題について専門家が対応できるよう相談したり連携したりしている。
10	栃木県立がんセンター	・緩和ケアチームカンファレンス及び回診 ・病棟及び外来カンファレンスの参加 ・入院患者に対する苦痛のスクリーニングの支援と専門的緩和ケアの提供 ・初診患者の面談同席および緩和ケア病棟の見学対応 ・研修会の講師・緩和ケア病棟判定会議の参加 ・緩和ケアセンター運営カンファレンスの参加	・地域連携カンファレンスの企画と開催 ・がん患者と家族に対し診療情報にかかわる相談(在宅療養支援など) ・緩和ケアセンター運営カンファレンスの参加	・情報の提供と共有(相談し対応) ・業務量の調整
11	群馬大学医学部附属病院	・緩和ケアチームの運営 ・苦痛のスクリーニングの施行 ・がん相談 ・がん患者指導管理料①②のIC同席やその後のサポート ・部署のカンファレンスへの参加 ・キャンサーボードへの参加	(退院調整の具体的な先方との調整)	・当院のがん相談支援センターは、がん相談支援センターの相談員と院内のがん看護専門看護師、保健学科教員が曜日担当制で行っています。そのため、緩和ケアセンターの看護師もがん相談を担当しています。より専門的な相談対応を希望するケースでは、緩和ケアセンターの看護師が対応するようにしています。(がん看護専門看護師だからという点があるかもしれませんが)。IC同席や意思決定においては、その後の退院調整など、具体的な調整部分は、相談員に連携又は協働する形をとっています。
12	埼玉県立がんセンター	入院担当:一般病棟にいる緩和ケアチーム担当患者のラウンド・転科調整、看護カンファレンス参加、 看護師教育(スクリーニング他) 外来担当:緩和ケアチーム患者の外来(主に初診)の同席、がん看護外来(準備中)、 看護師教育(スクリーニング他)	医療機関からの問い合わせの対応・GMへの報告や相談、地域カンファレンス等の準備の協力、 委員会を通しての情報共有	役割分担が明確でない場合は、業務量に応じてGMがフォローに回る。 GMはCNやCNSではないため加算に関与しない業務を担うように配慮している。

No	施設	1)ジェネラルマネージャー以外の看護師が緩和ケアセンターで担っている役割	2)相談員が緩和ケアセンターで担っている役割	3)緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していること
13	千葉県がんセンター	①緩和ケアチーム活動(がん疼痛認定看護師) ②緩和リンクナースの教育と人材育成(がん看護専門看護師・疼痛認定看護師) ③がん看護外来(がん専門看護師によるカウンセリング) ④在宅療養支援(専従看護師)	①患者教室の企画・運営サポート ②がん相談支援センターとの連携	①それぞれの役割を理解し、情報の共有や連携を密にしておくこと ②それぞれの対応で困難を感じたり不安な場合は、相談支援や協力体制を得ること
14	東京都立駒込病院	緩和ケアセンターと相談支援センターは分かれており、連携をしている中での緩和ケアセンター専従看護師の役割・緩和ケアに関する困難ケースへの直接対応 ・院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営 ・外来や病棟看護師との情報共有のための看護カンファレンスの企画・運営 ・緩和ケアセンターの活動実績等の情報集計	緩和ケアセンターと相談支援センターが分かれているため、緩和ケアセンターに相談員はいない	緩和ケアセンターと相談支援センターが分かれているため、緩和ケアセンターに相談員はいない
15	がん研究会有明病院	・患者・家族・一般市民への相談対応・がん看護相談外来と医療・地域連携構築 ・院内の医療者へのコンサルテーションと看護師教育 ・外来・病棟カンファレンスへの参加と支援 ・緩和ケア外来対応	・患者・家族・一般市民への相談対応・がん看護相談外来 ・地域連携・医療連携 ・サポートグループの運営 ・緩和ケア病棟の入退院調整会議参加 他	・GM以外のメンバーで対応できることを増やせるように、GMは直接的なケアよりスタッフ支援や調整役割を意識して行う
16	神奈川県立がんセンター	・がん看護外来(専従看護師) ・緩和ケアチーム(専従看護師) ・リエゾン精神看護専門看護師外来	院内外からの全人的苦痛への電話および対面相談 相談内容に応じて診療科やリソース部門へつなぐ	それぞれの役割分担を明確にしている。 ○状況に応じて緩和ケアチーム、がん看護外来のサポート ○マネジメント(1日の業務配分の調整)
17	新潟県立がんセンター新潟病院	・緩和ケア科初診患者の診察同席。 ・院内外広報に関すること。 ・PDCAサイクルに関すること。 ・CNS実習指導。 ・インフォームドコンセントの同席。 ・緩和ケアチームのカンファレンス運営。 ・緩和ケア科、緩和ケアチームで関わっている患者・家族の訪問面談。	相談員としては、事務担当の職員がいるので、書類関係全般の作業をしてもらっている。 ・ポスターの作製・緩和ケア研修会の資料準備 ・スクリーニングシートの作製と配布など	・お互いの意見や考えが自由に話せる雰囲気作り。 ・メンバーの業務量に片寄がないように、調整していく。
18	富山県立中央病院	・苦痛のスクリーニングを含め、患者面談を行い、早期から関わることによってがん患者の苦痛緩和に努める ・院内外スタッフへの役割について周知活動	・緩和ケアについての相談について対応する ・高度な相談に対しては緩和ケアスタッフにつなぎ連携をはかる	相談員メンバーがひとりでは抱え込まないよう、相談内容により対応を分担している
19	金沢大学附属病院	・緩和ケアチームの活動 ・がん療養相談(がん看護外来) ・病棟、外来における困難事例の相談、対応 ・院内スタッフの教育、相談	・相談センターとの橋渡し ・患者の社会的アセスメントをする際の指標についてアドバイスする	それぞれの専門領域にあわせて役割を分担している。
20	福井県立病院	・がん性疼痛看護認定看護師…院内患者の苦痛緩和 ・がん看護専門看護師…外来・入院患者において問題解決が難しい症例の対応	なし	一人で抱え込まず、専門職への介入依頼をしたり、カンファレンスをもつ。
21	山梨県立中央病院	・緩和ケア外来(診療補助、症状マネジメントとケア、療養環境調整、家族ケア)・がん看護外来(ICや告知時の同席、がんカウンセリング)・緩和ケアチームによる病棟ラウンドとダイレクトケア・遺伝カウンセリングの同席・各科カンファレンス参加・苦痛のスクリーニング陽性患者対応・データ処理・入力・スタッフからのコンサルテーション対応・スタッフケア ※基本的にジェネラルマネージャーも同内容の業務をしている	相談員は不在。 がん相談支援センター専従看護師(緩和ケア認定看護師)が、外部からの相談、セカンドオピニオン、就労支援等々を担っているが、がんカウンセリング・スタッフからのコンサルテーション・入院患者のダイレクトケアやスタッフ支援も重複して行っている。	・緩和ケア外来患者担当、病棟患者担当、苦痛のスクリーニングを含む院内からのコンサルテーション担当 と、大きく3つに役割を分けているが、当日の業務量のバランスをみながら適宜調整をしている。 ・ジェネラルマネージャーは、他のスタッフより若干担当患者数を減らし、管理業務にあてている。
22	信州大学医学部附属病院	1. 院内スタッフの相談対応、支援 2. 院内外のスタッフの育成	1. 患者の在宅支援	情報の共有
23	岐阜大学医学部附属病院	・直接ケア ・院内ラウンド・カンファレンス ・地域連携 ・研修開催	・緩和ケアに関する相談について、専門チームにつなぐ ・地域連携時の協働	・ジェネラルマネージャーは情報の収集・分析・問題の明確化を行う ・チームメンバーは緩和ケアに対する実働
24	静岡県立静岡がんセンター	・外来での緩和ケアの支援が必要なケースへの対応(がん患者指導管理の実施) ・データ集計(共同で実施) ・緩和ケアチーム専従看護師	・緩和ケアに関する情報提供を行う ・患者および家族からの様々な相談支援を行う ・院内の多職種カンファレンスに参加し、相談支援の必要な患者および家族に早期に介入する ・在宅療養の支援が必要な患者について、医療機関や各支援機関と連携を図り、支援体制を構築する ・地域の緩和ケア提供機関について情報収集し、連携体制を構築する	・基本の役割分担をきめているが、情報共有や連絡を密にとり、その時々でのお互いの役割について確認しあう ・報・連・相を大切に「○○のつもり」と曖昧にならない

No	施設	1)ジェネラルマネージャー以外の看護師が緩和ケアセンターで担っている役割	2)相談員が緩和ケアセンターで担っている役割	3)緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していること
25	愛知県がんセンター中央病院	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛スクリーニングでピックアップされ、基本的緩和ケアで対応困難な症例への介入 ・看護外来での患者・家族への支援 ・ペインクリニック外来の診察介助 ・緩和ケアチームとしてのコンサルテーション活動 ・病棟でのカンファレンス参加 ・がん患者サロンの運営 ・緩和ケアチーム介入リストの整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的な緩和ケアの相談 ・緩和ケア病棟への転院調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・少ない人数のため、負担が偏らないように業務調整をする。 ・相談員メンバーは相談支援センターとの兼務のため、相談支援センターとの連携・調整を図る。
26	三重大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチーム活動 ・緩和ケア外来活動 ・苦痛のスクリーニング推進 ・緩和ケアリンクナース育成、研修企画・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談 	事例の内容や取り扱う問題により話し合って決定する
27	滋賀県立成人病センター	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームの専従看護師として入院患者への専門的緩和ケアの実践と緩和ケア提供システムの推進 ・緩和ケアセンター専従看護師として、外来部門における早期からの緩和ケアの実践(病状説明時の同席、不安の軽減への直接介入) 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、家族からの高次の緩和ケアに関する相談対応 ・地域の医療関係者からの相談対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・各々のメンバーが各々の業務遂行で困っていることの有無の確認や困り事に対する具体的な解決策や方向性の提示などを言語化して伝える。
28	京都府立医科大学附属病院	外来・入院患者、家族への緩和ケア支援を行う。	院内外のがん患者及び家族並びに地域の住民及び医療機関などに対して医療資源・社会福祉に係るサービスの受給についての情報や診療連携を行っている地域の医療機関の情報を提供し相談に応じる。	活動の報告により現状把握を充分にすること、必要時、適切なアドバイスを心がけ、看護師が役割遂行できるよう調整・管理する。
29	京都大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームの専従 ・がん患者カウンセリングの実施 ・緩和ケア研修の実施 	患者・家族から以下の相談を受けている ①がんの治療 ②症状・副作用・後遺症 ③医療費・生活費・社会保障制度 ④受診方法・入院 ⑤がんの検査 ⑥社会生活(仕事・就労・学業) ⑦食事・服薬・入浴・運動・外出など	患者、家族への直接的な介入はセンターの看護師、相談員メンバーに任せている。関係する病棟や外来との調整や交渉、システムや環境の整備、院内執行部への報告等をジェネラルマネージャーが行っている。
30	大阪府立成人病センター	緩和ケアチームにおける専従看護師としての役割	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の緩和ケアの情報提供(患者・医療者)と連携 ・緩和ケアの情報提供 ・緩和ケア・社会資源等に関する相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族への直接介入は主にジェネラルマネージャー以外の看護師が対応し、ジェネラルマネージャーは管理業務や他部署・他施設との連携・調整などの環境整備を主に行う。
31	兵庫県立がんセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・外来看護師が、患者対応に困ったとき相談できる窓口対応。・外来カンファレンスの参加・外来ラウンド・看護外来(サポートケア外来)・病棟のスクリーニングラウンド(週1回)・緩和ケアチーム介入 	相談員は現在はおりません。	相談員は現在はおりません。
32	奈良県立医科大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームの専従看護師として他のチームメンバーとともに、もしくは単独で病棟回診を行う ・緩和ケアチームの専従看護師として緩和ケア外来の診療にかかわる・チームの専従以外の看護師が病棟で潜在している緩和ケアニーズの把握、基本的緩和ケアの実践へのサポートを行う(一部の病棟で) ・IC同席の依頼への対応 ・がん看護外来でのカウンセリング 	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の臨床心理士がその役割を担っているの、緩和ケアセンタースタッフからの依頼により必要に応じて心理アセスメントや心理カウンセリングを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床心理士とは、正常な心理反応を逸脱し専門的な介入が必要となるケースかそうでないかで住み分け ・がん相談支援センターの相談員は、患者・家族が窓口に来られた際の一次的な相談や緩和ケアセンターやがん看護外来、がん看護分野のCN、CNSIにつなぐケースかどうかを判断しつつ役割 ・情報提供や医療者間の調整など比較的短期間で終結できそうな相談を担う。
33	和歌山県立医科大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームの活動(直接ケア) ・がん患者やご家族の相談と支援(がん看護相談外来を含む) ・カンファレンス参加(病棟・退院前) ・病状説明の同席とその後の支援 	退院支援(転院・在宅支援) 経済面での相談	連絡・調整役として院内ラウンドを行い全体の情報把握を心がけ、メンバー間での情報共有を行っている。
34	鳥取大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・がん看護外来 ・がん相談支援 ・患者スクリーニングの院内整備(スタッフ等への指導および相談窓口) ・がん看護リンクナース会の運営、リンクナースの育成および支援 ・スタッフに対する研修会の企画運営、講師 	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチーム員として患者・家族のカウンセリング ・他部署との連携・調整(退院支援) ・緩和カンファレンスおよび回診の参加(情報提供・情報共有) 	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼内容に応じて業務を分担すること(業務量に応じた振り分けと内容に応じた振り分け) ・緩和ケア介入であっても相談員が対応すべき事例には相談員を割り当てる ・各役割の明確化
35	島根大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチーム専従看護師1名(緩和ケア認定看護師) ・がん看護外来、緩和ケア病棟業務 1名(がん看護専門看護師) 	緩和ケアチームメンバー 心理社会面の問題があった時の相談・連携 緩和ケアチームカンファレンスの参加	挨拶、声をかけ合うこと、話しあうこと、お互いを認めあうこと、情報共有を行うこと

No	施設	1)ジェネラルマネージャー以外の看護師が緩和ケアセンターで担っている役割	2)相談員が緩和ケアセンターで担っている役割	3)緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していること
36	岡山大学病院	関係する外来や病棟との直接の交渉や調整 緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動 苦痛のスクリーニングの実施体制の構築 がん看護外来の設置や運営 外来や病棟看護師との情報共有のための看護カンファレンスの企画・運営 院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営 地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営 地域の医療福祉従事者とのカンファレンスや研修等の企画・運営 地域の患者や市民への緩和ケアに関する普及啓発・広報活動 緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握 緩和ケアの提供体制に関する地域の現状把握 緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計	地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営 地域の患者や市民への緩和ケアに関する普及啓発・広報活動	相談を受けたら可能な限り協力する。
37	広島大学病院	1.緩和ケア提供と調整 入院患者診療 がん看護外来実施 2.職員研修(当院・他院) 3.退院時カンファレンス参加 4.診療日誌の日々の記録	情報共有(カンファレンスに参加)	相談メンバーには専門看護師がいるため、がん看護カウンセリング(指導料算定)と相談との違いを自ら意識して対応できるようにする。内容、場所、患者の状況などスペシャリな指導管理とは・・・を問いかける。
38	山口大学医学部附属病院	・「苦痛」のスクリーニング ・緩和ケアチーム患者への看護介入 ・がん看護外来での介入 ・緩和ケアチーム患者の転院、退院調整、他施設との連携 ・症状緩和外来患者の対応 ・事例検討会、研修会の企画運営 ・活動実績の集計 ・困難なケースの対応	・他の診療連携依頼患者と同様、チームで対応している患者の診療連携依頼を病棟看護師依頼で受付 ・(目的に応じて)転院先との日時調整 ・在宅支援(診療所、訪問看護、介護用品準備) ・介護保険、更生医療の説明準備 ・医療費の相談	・基本的には、入院患者は診療連携室で、外来患者は緩和ケアセンターで転院調整を行っている。相談員への相談や報告等に問題が起こらないよう、日頃からGMと連携室看護師長が連絡を密にとっており、緩和ケアセンターメンバーにも連携を意識させている。
39	徳島大学病院	・緩和ケア目的で介入以来があった症例のコンサルテーション ・相談依頼があった事例について情報提供	なし	ICの同席や意思決定を要する場合は、専門・認定看護師が担当している。
40	香川大学医学部附属病院	・緩和ケアチーム活動 ・がん看護外来	・がん相談支援センターでのがん相談 ・がん相談支援センターで相談を受けた患者に対し、必要時がん専門外来への紹介 ・緩和ケアセンター看護師にがん相談支援センターで相談を受けた患者の情報共有	・緩和ケアセンター看護師、相談員自身の(GNS・CNとしての)課題を考慮して、自主性を尊重しながら役割分担をしている
41	四国がんセンター	・苦痛スクリーニングシートの運用 ・緩和ケアセンターマニュアル作成 ・看護カンファレンスの実施 ・院内外の研修の企画・運営	・地域の医療機関との連携や相談窓口 ・患者・家族に対する社会保障制度の活用	相談員メンバーには主に地域医療機関との連携や社会保障の活用についての相談、緩和ケアセンターの看護師には、症状マネジメントや意思決定支援を行ってもらい、互いに連携している。
42	高知大学医学部附属病院	・緩和ケアチーム介入依頼対応 ・緩和ケア外来、がん看護外来での患者対応 ・緩和ケアリンクナース会企画運営	・がん相談 ・がんサロン運営	なし
43	九州がんセンター	院内外スタッフおよび患者家族を対象とした研修、勉強会等の企画・運営。 緩和ケアチーム専従看護師として緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応。 外来および病棟看護師との情報共有のための看護カンファレンス。 がん看護外来におけるカウンセリング業務。 苦痛スクリーニングの実施体制の構築、推進、体制見直し等。	地域の医療福祉事業者との連携等。 ※相談支援センターとの併任である	緩和ケアセンターメンバーの強み(得意とする部分)を生かし、業務分担、範囲をある程度明確にし、活動しやすいように、メンバー間での話し合い、コミュニケーションを取るように心掛けている。
44	九州大学病院	・がん看護外来 ・緩和ケア教育	一次相談	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	・緩和ケアチームでの実践活動 ・苦痛症状スクリーニングへの対応	療養相談 就労相談	情報の共有
46	長崎大学病院	緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料にむけて、緩和ケアセンターでのラウンド・患者対応・記録など	なし	役割分担がかたよらないように、声かけなどをを行い、配慮している。 体調が悪い時は無理せず、助け合う。
47	熊本大学医学部附属病院	・コンサルテーション活動 がん患者・家族への直接ケア ・緩和ケアチーム協力員との連携、協働、教育 ・がん看護外来での実践 ・がん看護研修での講師(院内対象および他施設対象)	・がん相談 ・緩和ケアチーム依頼患者への経済的・社会的問題への対応 ・退院調整・退院支援(意思決定支援) ・他施設や地域の医療福祉従事者と連携した活動	・緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーの自律性を尊重した上でのサポート体制 ・多職種チームが効果的に機能しているかのアセスメントとチーム内の調整 ・困難事例や課題に対応するためにチームカンファレンスを効果的に実施できる体制
48	大分大学医学部附属病院	・緩和ケアチームの実務者として、チーム医療の提供 ・がん患者とその家族に対する緩和ケアにおける相談支援 ・苦痛のスクリーニング支援とデータ集計 ・専門分野における指導教育	・転院調整 ・経済面や就労相談	・看護師や相談員に限らず、センターメンバー全員の役割分担を会議で検討し合意しているが、なかなか進捗が見られないため、全員が共有できるように年間計画等検討中。

No	施設	1)ジェネラルマネージャー以外の看護師が緩和ケアセンターで担っている役割	2)相談員が緩和ケアセンターで担っている役割	3)緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していること
49	宮崎大学医学部附属病院	(1)緩和ケアチーム活動(チーム介入前後からの、看護師の介入)(2)緩和ケア外来、外来でのがん告知、病状説明への同席とその後の患者・家族支援(看護コンサルテーションを受けた患者)、(3)病棟でのがん告知、病状説明への同席とその後の患者・家族支援(看護コンサルテーションを受けた患者)(4)骨髄移植患者のカンファレンスへの参加	(1)院内:窓口相談(2)院外:電話相談	緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーには実践活動を担ってもらい、ジェネラルマネージャーは緩和ケアセンター業務の調整(診療強化要件の整備を含む)やマネジメントを担う。
50	鹿児島大学病院	・緩和ケアチーム活動 ・苦痛スクリーニングによる患者対応 ・外来・病棟看護師とのカンファレンス ・院内外の看護師に対する緩和ケア教育 ・県拠点病院緩和ケア部門会の事務運営	・院内外の相談対応(面談・電話・メール) ・県拠点病院部門会開催の運営 ・院内カンファレンス参加	・苦痛スクリーニングによる患者対応 ・外来・病棟看護師とのカンファレンス
51	琉球大学医学部附属病院	◎緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応 ◎がん看護外来運営 ◎院内研修担当	なし	◎負担が偏らないよう調整 ◎相互情報共有 ◎各々が専門職であり干渉しすぎないようにする

Ⅲ-2. 緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

4. ジェネラルマネージャーの活動を妨げる要因について

No	施設	ジェネラルマネージャーの活動を妨げる要因について該当するもの (1 そう思わない、2 あまりそう思わない、3 少しそう思う、4 そう思う、5 とてもそう思う)								左記以外に、ジェネラルマネージャーの活動を妨げる要因
		ジェネラルマネージャーの役割が不明瞭である	緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	ジェネラルマネージャーの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	ジェネラルマネージャーの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	
1	北海道がんセンター	4	4	2	4	4	2	3	2	なし
2	青森県立中央病院	3	2	2	2	2	4	3	3	なし
3	岩手医科大学附属病院	2	2	1	1	2	2	3	3	なし
4	宮城県立がんセンター	2	2	2	2	2	3	3	2	なし
5	東北大学病院	5	4	2	4	4	4	4	5	なし
6	秋田大学医学部附属病院	3	1	1	1	1	3	3	2	なし
7	山形県立中央病院	3	3	2	4	4	2	3	4	緩和ケア病棟が、緩和ケアセンターに先立ち平成13年に開棟したことから、院内には緩和ケアは死亡する直前に行くところであるという認識が根深くある。中には、患者には緩和ケアという話をしないでほしいという人もいる。緩和ケアのとらえ方・イメージを変えられるようにしなければならない。
8	福島県立医科大学附属病院	1	1	1	3	3	3	3	3	看護部幹部が緩和ケアについて知識がないこと、協力体制がないこと。
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	5	5	1	1	4	2	3	3	GMとメンバーの役割が不明瞭。役割分担が必要と考えているが、活動しながら状況を見極め判断している。患者・家族へのケアが最優先されるべきであり、実際はセンター全体で現場に向き合いし苦痛のスクリーニングで拾い上げた情報に対応しています。緩和医療に消極的な医師への対応や理解不足等への対応、PCTからの提案がスルーされ苦慮する事例の主治医への対応が問題になります。
10	栃木県立がんセンター	2	2	3	2	2	3	3	3	なし
11	群馬大学医学部附属病院	2	2	1	3	3	2	4	2	GMに特化しない、病院における師長としての役割もあるため、業務量が過重になりがちである。
12	埼玉県立がんセンター	4	4	2	3	4	4	3	2	なし
13	千葉県がんセンター	4	3	3	1	3	4	4	4	なし
14	東京都立駒込病院	3	3	1	2	4	2	3	4	なし
15	がん研究会有明病院	4	4	1	2	2	2	2	2	拠点病院指定要件などに、GMは何する人かについての記述がない
16	神奈川県立がんセンター	3	2	1	2	3	3	2	2	なし
17	新潟県立がんセンター新潟病院	3	2	1	1	2	2	2	2	なし
18	富山県立中央病院	4	4	1	3	2	2	4	4	専従といえども80%であり、残りの20%の業務とのすみわけが難しい
19	金沢大学附属病院	5	3	2	4	5	3	3	3	なし
20	福井県立病院	4	2	2	3	2	4	4	4	なし
21	山梨県立中央病院	4	5	1	3	4	2	4	2	・緩和ケアセンター内のマンパワー不足
22	信州大学医学部附属病院	4	4	4	4	4	5	3	4	なし
23	岐阜大学医学部附属病院	3	3	3	4	4	3	4	3	なし
24	静岡県立静岡がんセンター	2	1	1	1	3	2	2	1	なし
25	愛知県がんセンター中央病院	3	3	1	2	3	2	3	2	なし
26	三重大学医学部附属病院	2	2	1	2	2	3	3	2	なし

Ⅲ-2. 緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

5. ジェネラルマネージャーについて

No	施設	ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題	ジェネラルマネージャーの意義について感じていること
1	北海道がんセンター	院内スタッフとの連携 院内外への緩和ケアセンターの周知活動 地域の医療機関との連携	なし
2	青森県立中央病院	・緩和ケアの提供体制の整備 ・緩和ケアの普及啓発 ・人材育成、人材確保	・緩和ケアセンターが円滑に業務ができるような体制づくり ・管理職クラスの看護師で、がん看護を専門に行ってきた者が配置されると、組織として動きやすい。
3	岩手医科大学附属病院	院内外の緩和ケアに関するデータ集積と分析 地域との連携の強化	ジェネラルマネージャーを看護師が担う意義 ①看護管理者や関係する病棟・外来への相談や交渉を行うことが容易である ②MSW、臨床心理士、薬剤師などの多職種と接する時間が多 以上から、苦痛のスクリーニング体制の整備、多職種連携がスムーズに行えると考えている。
4	宮城県立がんセンター	当院では苦痛のスクリーニングから緩和ケアニーズのある患者を同定し、その後の専門的緩和ケアサービスの一つに「がん看護外来」がある。看護カウンセリングの中に、アドバンス・ケア・プランニングを基軸とした意思決定支援を推進していきたい。	緩和ケアは施策による介入がとられることの多い領域である。つまり、個々の治療ばかりではなく「体制」をどう構築していくかが患者アウトカムに影響する。ジェネラルマネージャーには、保有している人的、物的、経済的資源を最適化した緩和ケアセンターを構築する役割があると思う。
5	東北大学病院	なし	なし
6	秋田大学医学部附属病院	自身の課題でもありますが、交渉力、調整力、情報収集や評価する能力が課題となります。	GMとしての役割を何かの場で説明したことはない。私自身もセンターの管理業務を担うという意識が強い。それは、執行部も院内スタッフもそういう意識だと思われる。いわゆる看護師長業務と同様の仕事をしていると思っている。師長は、その担当部署において交渉も、調整も評価もし、その担当部署を統括する役割だからである。当院のように認定や専門看護師の少ない病院では、資格をもった看護師は現場に活用されなければならない、GMの役割も担うのは、現段階では業務が煩雑になると思われる。
7	山形県立中央病院	電子カルテからがん患者・苦痛スクリーニング陽性患者を導き出すことができないため、早期からの緩和ケアそして苦痛の掘り起こしが非常に難しい。 今まで、院外に出ていくことがあまりなかったため、地域の在宅医療等の状況を詳細まで理解していない。 在宅に対する知識不足があるし、地域連携室と場所が離れているため連携が取りづらい。	外来通院しているがん患者に、少しでも外来看護師が関わろうと動きだしているが、時間に余裕がないため、困っている患者にかかわりたくてもかかわれない。そうしたジレンマに対して少しでも手助けしたい。 看護師の満足、患者の全人的苦痛の緩和のため、力になれると思う。
8	福島県立医科大学附属病院	他部門や院外の施設と連携することが難しい。日程調整して人の配置をすることが難しい。	痛みやつらさのスクリーニングをして、緩和ケアを推進するよう医療者に働きかけること。そうすることで、患者・家族の苦痛が緩和され生活の質が向上することに寄与する。
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	地域との連携強化、ネットワーク作りが課題である。がん相談支援センター/医療相談室との連携から、訪問看護施設や介護施設、包括支援センター等との連携できているが、地域の訪問診療所や開業院との連携をどのように強化していけばいいのかが課題です。地域医療機関との連携促進のために、医師が直接働きかける活動をしていただきたいと考えるが困難な状況です。	緩和ケアセンターの活動が正しく運営されているのかどうか、これでいいのかと疑問を持ちながら活動している状況です。
10	栃木県立がんセンター	・チーム間の連携に努め、患者、家族に対し適切な緩和ケアの提供を図る。 ・各部署のリンクナースの育成 ・院内の苦痛のスクリーニングによる早期からの緩和ケアの提供を図る	緩和ケアセンターのGMとして、外来、入院、地域、チームなど緩和ケア全般について、中心的役割を担う重要な立場であると考えている。現時点で、緩和ケアセンターが開設し、日々様々なことに直面しながらも取り組んでいるが、具体的にどのように進めていくべきか悩みながら行っている状況である。

No	施設	ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題	ジェネラルマネージャーの意義について感じていること
11	群馬大学医学部附属病院	緩和ケアセンターが設置されて3年目を迎えますが、院内ではまだ周知が不十分な気がします。自身で足を運び調整や連携を行うこと、成功体験を積み重ね実績をだすことで、まだまだ活用されるのではないかと考えております。反面、スタッフががん分野の認定・専門看護師にて、マンパワ的には自身も含めて過重責務になりがちであり、いかに後継者を育ててゆくことも今後の課題になると思います。	がん分野の専門看護師や認定看護師がGMを担う意義は大きいと思います。がんやがん治療に関する知識を持ったうえで調整や交渉を行えること、組織としてのがんに関する体制整備を進める上でもスムーズに事が運びやすいと思います。また、ケアに関する相談や調整、苦痛のスクリーニング等の開始もがん看護専門看護師がGMを担うことで、進めやすかったと思います。
12	埼玉県立がんセンター	・GMの立ち位置:管理職のため管理当直を行っている。組織上は看護部ではないが、看護業務(委員会や研修)も担っている。これがスタンダードなことなのか分からない。 ・GMの業務内容について聞かれることが多い。「調整役」や「緩和ケアを広める活動をしている」などと返答している。 ・いかにやらされ感を感じさせずにやってもらうこと。(スクリーニングやイベントの参加等)	・患者さんの苦痛に早期に対処できるよう、緩和ケアの普及につとめること。がんであってもがんでなくても、緩和ケアのことを理解する人が増える県になるよう、活動を行っていくこと。これらのことを協力し、行っていくことのできる組織づくりが必要と考えます。
13	千葉県がんセンター	今年度、ジェネラルマネージャーとして異動したので、昨年まで活動してきた多職種の医療チームの役割と活動を理解していく必要がある。緩和ケアセンターの機能が発揮できるように、各医療チームが相談や連携ができるように調整していくことが課題である。 がん看護専門看護師・疼痛認定看護師が、外来・病棟の緩和ケアの質の向上につながるように、病棟看護師の緩和ケアに関する知識や技術を評価しながら、指導者の育成が課題である。	院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑に行うことができる。 がん患者や家族が不安やつらさの相談支援ができる。 緩和ケアに関する院内教育啓発活動がしやすい。
14	東京都立駒込病院	・現状の活動分析から地域連携の中で緩和ケアの提供における調整的役割が十分でないことがある。緊急病床の受け入れ体制など、各診療科の体制によつての違いがあり、一律にすすめていくことができない問題については状況分析をして、緩和ケアセンター長とともにPDCAサイクルで実施していく必要がある。緩和ケアセンター内でのゴール設定を共有していく必要がある。	緩和ケアセンター運営をするにあたっては管理面を含めたマネジメント能力が求められている。院内・院外の多職種との協働するためのコミュニケーションを大切にすることを心がけたいと考えている。緩和ケアに関する困難ケースへはタイムリーな対応ができることが効率的であり、ジェネラルマネージャーが直接、実践することで問題点、課題が見えてくるため、専門、認定看護師が専従で従事することで緩和ケア提供体制がより強化されると考える。
15	がん研究会有明病院	・GMは何をすべきか、どんな工夫ができるのか、他施設のGMと意見交換ができればありがたいです。 そこで緩和ケア部会の下部組織として、GMの会をつくっていただけましたらありがたく思います。	・GMがいなければ、緩和ケアセンターは機能しないと思う。診療科・部門・人をつなぎ、センター長と連携して、緩和ケアの推進をしていくためのkeypersonだと感じる。 ・GMの機能を考えると、副看護部長などのポジションは、調整・交渉などをするうえで有用であると感じている。
16	神奈川県立がんセンター	院内外の緩和ケアの啓発活動をどのように行っていくことが望ましいのか。(緩和ケアに関するスキルや体制について)	組織内を横断的に緩和ケア提供に関する取組みがしやすい。又、組織を動かしていくためにも管理的な立場で調整しやすい。
17	新潟県立がんセンター新潟病院	①外来看護業務の支援・強化のため、外来ラウンド(7/1開始予定) ②がん患者カウンセリングの充実のため、がん看護外来(6/1より開設) ①②に関して軌道に乗せるため院内のスタッフへ周知させることや、取り組みをしていくことが現在の課題である。	緩和ケア科、緩和ケアチーム、緊急緩和ケア病床を統括する役割がある。緩和ケアを必要とする患者・家族が円滑に必要とされる支援が受けられるようにする。
18	富山県立中央病院	当院には緩和ケア病棟があるため、ジェネラルマネージャーとして外来とチーム病棟との連携を図るためのシステム作り	チーム・病棟・センターそれぞれに各々の役割があり、統括することは難しい
19	金沢大学附属病院	苦痛スクリーニングを一部の病棟でしているが、患者への早期ケアにつながっていない。さらに外来、病棟へ普及しなければならぬが、がん患者のみに実施することや外来診療において医師、看護師に業務量がふえることになり大病院であると困難さがある。スクリーニングの運用を検討している。	センターの開設、業務を確立するには、ジェネラルマネージャーが活動の中心であり、役割は大きい。さらに他部門の交渉は、管理職の立場であることですすめやすい。実務は、認定、専門看護師でできるが、組織を動かすときは、看護部長のバックアップをうけ、看護師長のジェネラルマネージャーのマネジメント力が必要であることを感じる。
20	福井県立病院	「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を率引できる看護の育成	なし

No	施設	ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題	ジェネラルマネージャーの意義について感じていること
21	山梨県立中央病院	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛のスクリーニングの実施を啓発。また結果を、どのように活用していくか ・病棟と外来の連携強化 ・地域とのネットワークづくり ・病院間の相互チェック 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの部署との連携、情報交換、調整が必要であるが、相互に個別対応していることが多く(その方が早い場合も多いので)、GMが情報を集約することが難しい。そのため全体像も見えにくい。 また、GMも他スタッフと同様の業務を行っているため、実際にはGMの役割を果たせていないと感じている。 現状では、「意義」が感じにくい。
22	信州大学医学部附属病院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 院内緩和ケアチームの活動体制の検討・改善 2. 自分自身の知識・技術の習得 	なし
23	岐阜大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニングの集計・分析に時間を要する。 ・緩和ケア、がん看護において課題は多いと考えるが、地域の施設では十分な人も配置もできず指定要件を満たすための業務になりかねない課題がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 院内医療従事者が緩和ケアマインドをもって日々業務あたれば、スクリーニングなどしなくても適切な緩和ケアの提供が整うと考える。医師のみでなく、看護師向けにも研修会を来実際しているが、緩和ケア講座を必須とするなど学生の教育から根本的に変更することによって、患者の苦痛が減少すると考える。
24	静岡県立静岡がんセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族への周知活動、気軽に相談できる体制を強化する ・院内外の医療従事者がいつでも相談できる体制を強化する ・院外の医療機関に緩和ケアセンターの活動・役割について周知する 	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで緩和医療科外来・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟と緩和ケア提供する部門は存在し連携はとっていたが、窓口が一本化されたことで院内緩和ケア提供体制の課題が把握しやすくなる。 ・地域連携部門や在宅支援部門、よろず相談などからも連絡・相談も集約することで、周辺地域における緩和ケア提供体制の課題が把握しやすくなる。
25	愛知県がんセンター中央病院	<ul style="list-style-type: none"> ・当院はがん専門病院でほぼ全患者ががん患者のため、早期からの緩和ケアを必要とされているが、緩和ケアセンターに配置されている看護師は3名と少なく、自分自身も実務を行いながら管理業務も行わなければいけないため、時間調整が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアセンターの業務を病院管理者に理解してもらい、協力を得るための組織調整を行う役割。
26	三重大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・管理業務が多いため、実践との両立が困難であること 	<ul style="list-style-type: none"> ・組織全体を見据え、質を向上させるために貢献できること
27	滋賀県立成人病センター	<ul style="list-style-type: none"> ・GM自身がマネジメントにコミットしていないと、活動に苦痛が伴う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・GMという意味では、「管理」に関してコミットしていることが望まれる。
28	京都府立医科大学附属病院	なし	なし
29	京都大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・院内関係部門との連携を強化する ・院内での統一したケアの提供をすすめる ・地域との連携システムの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度より、がん専門看護師や認定看護師の役割とマネジメントを行う管理者(GM)の役割を分担した体制となった。組織管理経験をマネジメントに活かしていきたいと考えている。
30	大阪府立成人病センター	<ul style="list-style-type: none"> 地域の訪問看護ステーションや地域病院からの相談体制の構築が難しい 	なし
31	兵庫県立がんセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・外来で緩和ケアが提供できるよう、外来看護師の支援や、サポートケア外来の強化 ・メンバーがそれぞれの専門性を発揮したチームアプローチの推進 ・苦痛のスクリーニングの効果とその対応が、穏やかな療養生活に及ぼす影響 ・緩和ケアセンターの方針を病院のシステムに具体的にどう組み込むか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題に対して、目的を持ちPDCAサイクルを回していく。 ・高い調整能力を持って、緩和ケアを推進していく。
32	奈良県立医科大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の組織が大きい上、各診療科がそれぞれ独立したひとつの組織であり、緩和ケアに関するツールや新たな体制などの浸透に困難を感じている。がん診療連携拠点病院運営検討委員会という組織や病院の運営協議会など発信の場はあるが、浸透に至るには戦略が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 以前は緩和ケアセンターの専従スタッフは緩和ケアチームの専従という位置づけであり、日々の病棟回診や外来診療に追われている状況であった。ジェネラルマネージャーという位置づけができたことで、緩和ケアチームだけではなく、緩和ケアセンターの活動全体をマネジメントできるようになり、緩和ケアチーム以外に各所属での緩和ケアの推進や部門間連携、地域連携の活動も促進された
33	和歌山県立医科大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアセンターでの業務を上げ緩和ケアの提供体制を整備していくこと 	なし

No	施設	ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題	ジェネラルマネージャーの意義について感じていること
34	鳥取大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアセンター構成員間のチームワークの強化 ・院内・院外から信頼され、活用される緩和ケアセンターとなるため、活動の明確化と広報活動 ・緩和ケアの専門医、緩和ケア薬物療法認定薬剤師などの専門的知識とスキルを提供できるスタッフの育成 ・院内スタッフの緩和ケアに対するスキルアップ 	院内、地域の現状を把握し、問題を明確化して構成員を調整し、問題解決を図るためには必要なポジションであると思うが、緩和ケアを提供する専門的スタッフがそろわない(実績が伴わない)中では問題が山積みであり、国から求められている活動に至らない。結果として患者・家族の満足度を上げるのが難しくなっていると感じている。
35	島根大学医学部附属病院	各職種間のストレートな連携をはかるために、コーディネートをどのように行っていくのか。また組織を活用したマネジメント能力、交渉能力が課題。	コーディネートを行っていくために、細かな連携をはかっている。それぞれの役割を理解し、はぐるまがスムーズにいくように役割分担し繋がることを大切にしている。
36	岡山大学病院	役割を明確にする。	県内の状況、院内の状況、緩和ケアチームの成熟度によっては兼任でもよいと思う。
37	広島大学病院	1.厚労省や県から求められているデータの切り分けが年度であったり、年であったりするので、統一していただきたい。 2.都道府県がん拠点病院は、がんセンターなどが担うべきで、大学病院が担うには無理がある。がん治療専門施設(がんセンターなど)に医師・看護師・事務担当者配置のための予算をつけ、緩和ケア病棟も設置したうえで都道府県がん診療連携拠点病院とするべき。ただし、大学病院にがん治療を統括する機能を持つセンターの設置は必要で、先駆的な治療や小児がんなどには対応するべきと思う。	実務(患者ケア)をしながら、拠点病院のデータ報告や、県の委員など行うのは負担が大きいため、管理ができる看護師が必要である。医師は、診療優先で活動していただきたいので、医師以外の有資格者は看護師が適切と思われるが、権限をどこまで持てるかは、その看護師の経験や職位が関係すると思われるが、システム的に医師より優位にないと本当のマネジメントはできないのではと危惧する。
38	山口大学医学部附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアに関する知識の習得 ・ジェネラルマネージャーの役割の明確化 ・緩和ケア、緩和ケアセンターに関する情報の発信、啓蒙活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・人と人、部署と部署、病院と地域をつなぐ存在 ・患者の心に添った緩和医療が提供できる組織の構築(付随し、正しいPDCAサイクルを回すこと)
39	徳島大学病院	ジェネラルマネージャーの役割としてセンターの管理、調整を担わなくてはならないが、自分の役割が他に周知できておらず、自分自身も明確にできていない。	なし
40	香川大学医学部附属病院	・院内の医療従事者が、苦痛のスクリーニングや看護カンファレンスの意義を理解して、自主的に関わられるように支援することが、院内の緩和ケアの質向上につながると考えます。	・院内の緩和ケアの質向上のために、いつでも誰でも相談しやすい仕組みや早期からの緩和ケア提供体制作りには専門的知識と管理的視点のあるジェネラルマネージャーは必要な役割と考えます。
41	四国がんセンター	ジェネラルマネージャーとしての役割を果たせるよう情報収集し、分析、評価して課題を抽出し解決して、次の課題を見出せるようする能力を磨く事が課題である。	人は生まれてからいつかは死が訪れる。がんという疾患は死をイメージしてしまう疾患であると思う。だからこそ、がん患者とその家族が、いつでもどこにいてもその人らしく生きられるように緩和ケアセンターが多職種と連携して意識して関わっていくことに意義があると思う
42	高知大学医学部附属病院	なし	なし
43	九州がんセンター	緩和ケアセンターの役割を細部まで検討、調整し、明確に表す必要があると感じている。但し、手探りの状態でもあるので、他施設のジェネラルマネージャーとも連携しながら、構築していく必要がある。	ジェネラルマネージャーの活動により、院内、地域の緩和ケアの底上げに繋がればと考えている。
44	九州大学病院	がん看護外来での件数を増やそうとすると、緩和ケアチームの介入数、外来化学療法室のQualityが下がってしまうため、バランスを取りながら上手く行う方法を検討中	なし
45	佐賀大学医学部附属病院	体制構築のための交渉力や推進力のスキルを向上していくこと	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアセンターの体制を構築していく面や円滑に質の高いケア提供のためには、ジェネラルマネージャーとして管理していく役割は必要であると考えます。 ・がん看護を専門としているので、センターのメンバーとも専門的なケアを提供できる体制を整えやすいと考えます。
46	長崎大学病院	上記記載の分と同じです。	十分にGMの意義を理解し機能できれば、素晴らしい役割をはたすことができると思います。

No	施設	ジェネラルマネージャーとしての活動に関する課題	ジェネラルマネージャーの意義について感じていること
47	熊本大学医学部附属病院	管理職としてコーディネーションの役割と同時に、緩和ケアチーム活動の直接ケアとの時間的バランスをとること	がん看護の専門的知識とスキルを持つと同時に、組織の中で緩和ケアチームが効果的に活動できるように、管理職として組織に応じた適切な動きで交渉や調整を行うこと
48	大分大学医学部附属病院	・看護部の管理者としてできること、センター長が担うこと、病院事務職が担うことを認識し、病院組織内で緩和ケアセンターの運営を調整するためには、どのような行動をとればよいのが課題。	なし
49	宮崎大学医学部附属病院	1)都道府県がん診療連携拠点病院の診療強化要件で求められている項目毎に、当院の現状分析と体制整備のための計画立案を行うこと 2)関連部署との連携・調整を図り、緩和ケアセンターの機能の整備を行うこと 3)緩和ケアセンターの機能を院内外に周知活動を行うこと 4)がん看護外来の設置に向け取り組むこと	なし
50	鹿児島大学病院	・院内におけるがん看護の質を向上させること ・院内における緩和ケアセンターの活動を可視化していくこと	・看護部をはじめとする組織への交渉や他部門との調整など、院内の緩和ケアシステムの構築がやりやすくなった。
51	琉球大学医学部附属病院	ジェネラルマネージャーとして、メンバー看護師が行っている活動をどう評価し、関連部署へ質的・量的にどう上手く示すか。自己の緩和ケアに関する知識・技術をみがきモデルケースになれるようにする	情報の集約、周知

IV たばこ対策に関するアンケート

2. 相談支援センターでの禁煙支援や情報提供の状況について

No	施設	1) 受診者やその家族向けの禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供をしている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:使っている資料など)	2) 相談支援センターの来所者に、対面による禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)	3) 相談支援センターで、電話等による(対面によらない)禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)
		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ	
1	北海道がんセンター	○		がん情報サービスホームページ、がんを知る301(科学的根拠に基づくがん予防)	○		受診者・家族以外も含め制限なし。対応時間:がん相談支援で対応とし、専門枠はなし。費用:無料	○		対象者:受診者・家族以外も含め制限なし。対応時間:がん相談支援で対応とし、専門枠はなし。費用:無料
2	青森県立中央病院		○	資料を使用して情報発信はしていたが、現在はしていない。県内の禁煙外来一覧表を印刷して設置していた。	○		がん患者さんやご家族が「自分の為、患者のために」と、禁煙したいができないという方の相談を受けることがある。定期的な相談枠は設けていない。		○	
3	岩手医科大学附属病院		○			○			○	
4	宮城県立がんセンター		○			○			○	
5	東北大学病院		○	たばこ対策については、相談支援センターでは行っていませんが、患者等は腎・高血圧・内分泌科の禁煙外来で対応、職員については産業医が対応している。		○			○	
6	秋田大学医学部附属病院	○		・パンフレット(喫煙とがん)、ポスター等	○		・相談件数は多くはないが、生活指導、教育の場面で、対応している。	○		・相談件数は少ないが行っている。
7	山形県立中央病院	○		当院では禁煙外来を行っていないため、禁煙に関する相談があった場合には、山形県が作成した「山形県内の禁煙治療実施機関一覧」により禁煙治療を実施する他の医療機関を紹介している。また、院内に、禁煙とがんに関するパンフレットを配架している。		○	禁煙に関する相談があった場合には、山形県が作成した「山形県内の禁煙治療実施機関一覧」により禁煙治療を実施する他の医療機関を紹介している。		○	禁煙に関する相談があった場合には、山形県が作成した「山形県内の禁煙治療実施機関一覧」により禁煙治療を実施する他の医療機関を紹介している。
8	福島県立医科大学附属病院		○			○			○	
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	○		ポスターの掲示、パンフレットの配布		○			○	
10	栃木県立がんセンター	○		栃木県で作成した禁煙のパンフレットやリーフレット、がん対策情報センターで発行している「がんを知るシリーズ」の冊子等を配布している。	○		定期的な相談は実施していないが、院内外の患者・家族等を含め禁煙を希望する人への相談支援を随時行っている。	○		定期的な相談は実施していないが、院内外の患者・家族等を含め禁煙を希望する人への相談支援を随時行っている。
11	群馬大学医学部附属病院		○			○			○	
12	埼玉県立がんセンター	○		禁煙についてのリーフレットで説明している。禁煙外来の紹介	○		禁煙についてのリーフレットで説明している。禁煙外来の紹介		○	
13	千葉県がんセンター	○		冊子やパンフレットの用意はしていないインターネットで情報を収集し、その都度提供している		○			○	
14	東京都立駒込病院	(未記入)			(未記入)			(未記入)		
15	がん研究会有明病院	○		地域住民を対象とした講習会資料や製薬会社提供の禁煙に関する資料	○		来所者に対し、一般的禁煙に関する情報と自宅近隣の禁煙外来に関する情報提供(相談・指導ではなく情報提供)	○		電話等による(対面によらない)禁煙相談に相当する事例自体がない。該当した場合は指導・情報提供は実施します(相談を希望される場合は担当者に連絡する。)
16	神奈川県立がんセンター		○		○		初期治療を終えて、改めて禁煙を考えている患者、術前などで禁煙が必要な患者の相談を受けることがある。	○		定期的な相談は行ってない。相談の中で、禁煙に関するテーマの相談があれば対応している。
17	新潟県立がんセンター新潟病院		○		○		相談者は主に受診者である。対面での相談件数は年間4~5人程度であり、禁煙相談としての枠は設けていない。 相談支援センターが相談受付時間としている9:00から17:00に行われている。原則は予約が必要であるが、当日の相談もお受けしている。対応者は看護師またはMSWが行っている。	○		電話での相談件数は年間2~3件程度で、相談者は、当院受診者ではなく他病院の患者またはどこにも受診していない方からが中心となっている。相談時間または対応者は上記と同様。
18	富山県立中央病院	○		パンフレット(がん研究振興財団などからの資料を利用)外来各所にパンフレットの設置		○			○	
19	金沢大学附属病院	○		相談センターで作成したリーフレット、製薬会社等から提供されたリーフレット	○		対象者不問、開設は月~金の9時~17時。無料。(がん相談支援センターと同一基準)	○		対象者不問、開設は月~金の9時~17時。無料。(がん相談支援センターと同一基準)

No	施設	1) 受診者やその家族向けの禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供をしている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:使っている資料など)	2) 相談支援センターの来所者に、対面による禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)	3) 相談支援センターで、電話等による(対面によらない)禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)
		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ	
20	福井県立病院	○		病気の方などが診察や治療、入院をされたり、相談等に訪れる施設であり、お見舞いの方等多数来院されるため、安全で快適な療養環境とするために敷地内全面禁煙としていることを院内掲示やホームページで情報提供するとともに、肺がんについてのパンフレット等を閲覧・配布できるようにしている。		○			○	
21	山梨県立中央病院	○		禁煙外来を紹介する。		○			○	
22	信州大学医学部附属病院	○		4)を参照		○	・質問や相談のある場合に対応(不定期) ・ニーズがあれば、当院の禁煙外来の受診を勧めている。	○		2)に同じ。
23	岐阜大学医学部附属病院	○		ポスター、パンフレット、放送等		○	毎週木曜日午後		○	
24	静岡県立静岡がんセンター	○		・患者・家族集中勉強会の開催 ・小学生用喫煙防止下敷の配布及び棚への配架		○			○	
25	愛知県がんセンター中央病院		○			○			○	
26	三重大学医学部附属病院	○		冊子の配布のみ		○			○	
27	滋賀県立成人病センター	○		禁煙外来中心に院内掲示版にポスター等で情報提供をしている		○	がん相談支援センター利用者(患者・家族・その他県民)が禁煙について相談された際、一般的ながん予防のガイドラインにそって禁煙相談に対応している	○		がん相談支援センター利用者(患者・家族・その他県民)が禁煙について相談された際、一般的ながん予防のガイドラインにそって禁煙相談に対応している
28	京都府立医科大学附属病院	○		がん相談支援センターの情報コーナーに禁煙に関する資料を設置し、情報提供を行っている。がん予防に関する相談があった場合、喫煙や受動喫煙による影響について、冊子を用いて情報提供を行っている。冊子「科学的根拠に基づくがん予防」(国立がん研究センター)リーフレット「喫煙とがん」(がん研究振興財団)		○	日頃、相談支援センターに禁煙に関する相談が寄せられることはほとんどないが、対面による相談対応が可能な体制となっている。禁煙に特化した相談枠は設けていないが、通常の相談支援センターの相談枠の中で、院内・院外問わず(受診者・家族以外の方も含む)相談対応が可能となっている。	○		電話による相談対応が可能な体制となっている。禁煙に特化した相談枠は設けていないが、通常の相談支援センターの相談枠の中で、院内・院外問わず(受診者・家族以外の方も含む)相談対応が可能となっている。
29	京都大学医学部附属病院	○		がんを防ぐための新12カ条シリーズ①「喫煙とがん」~リスクに合う5分間~(公益財団法人がん研究振興財団)		○	対象者:受診者・ご家族 不定期、相談があれば対応している。	○		対象者:受診者・ご家族 不定期、相談があれば対応している
30	大阪府立成人病センター		○	以前は疫学予防課の保健師、医師が内科外来と協力して禁煙外来を担当されていた。現在担当部署は呼吸器内科医師が1回/週、医師から依頼のあった当院通院患者を対象に禁煙外来を開いている。禁煙外来の受診方法について情報提供しているが、相談支援センターでの具体的なたばこ対策は全く対応していない。今後も対応予定は現在のところ無い。		○			○	
31	兵庫県立がんセンター	○		・がん研究振興財団発行の「がんにならないための12か条」のパンフレットに禁煙のことが含まれているので、提供しています。		○	対象者:患者がメインですが、ご家族も含む場合もあり、定期的な禁煙相談はしておりません。	○		上記同様です。
32	奈良県立医科大学附属病院	○		冊子:喫煙とがん がんを防ぐための12か条の設置と配布		○	定期的な禁煙相談は実施していない。 禁煙外来を実施している医療機関の情報希望する相談が1から2件程度ある。		○	
33	和歌山県立医科大学附属病院		○			○			○	
34	鳥取大学医学部附属病院	○				○	がん患者および家族(特に肺がん、頭頸部がん) 定期的な枠は設けていない	○		2)の面談に同じ
35	島根大学医学部附属病院	○		がん研究振興財団「喫煙とがん」をがん予防リーフレットコーナーに設置		○			○	
36	岡山大学病院	○		・リーフレットの配布 ・禁煙外来の紹介		○			○	
37	広島大学病院		○			○	患者や家族に対して、禁煙外来を実施している施設の紹介・情報提供		○	

No	施設	1) 受診者やその家族向けの禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供をしている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:使っている資料など)	2) 相談支援センターの来所者に、対面による禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)	3) 相談支援センターで、電話等による(対面によらない)禁煙相談を行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等(例:対象者、開設日時、体制、費用など)
		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ	
38	山口大学医学部附属病院		○			○			○	
39	徳島大学病院		○			○			○	
40	香川大学医学部附属病院	○		ポスターの掲示、パンフレットの提供	○		各診療科において禁煙指導を行い、本人の希望があれば禁煙外来の予約をとって受診を勧めている。禁煙外来は火曜日、金曜日の午後に保険診療を行っている。	○		相談支援センター担当者が家族から相談を受け、禁煙外来担当者(看護師)へ連絡する場合がある。
41	四国がんセンター		○			○			○	
42	高知大学医学部附属病院	○		患者向けの院内掲示版に、禁煙外来を実施している旨の掲示を行っている。	○		喫煙外来の受診を勧めている。	○		喫煙外来の受診を勧めている。
43	九州がんセンター	○		当院で作成した「禁煙キャンペーン」のパンフレットを入院される患者さんに配布している。		○			○	
44	九州大学病院		○			○			○	
45	佐賀大学医学部附属病院	○		リーフレット	○		実績はないが、相談があれば対応する。	○		実績はないが、相談があれば対応する。
46	長崎大学病院	○		対がん協会や国立がんセンターより提供のあった冊子		○			○	
47	熊本大学医学部附属病院	○		呼吸器内科で禁煙外来を行っているので、希望があれば、そちらを案内している。	○		呼吸器内科で禁煙外来を行っているので、希望があれば、そちらを案内している。	○		呼吸器内科で禁煙外来を行っているので、希望があれば、そちらを案内している。
48	大分大学医学部附属病院	○		がん情報サービスの中の喫煙に関する資料を基に説明している	○		相談の中で受診者、家族に説明する	○		相談の中で受診者、家族に説明する
49	宮崎大学医学部附属病院	○		病院ホームページで、禁煙外来について説明し、「たばこをやめたいあなたへ」の中で受診者やその家族向けの、禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供している。	○		禁煙外来について説明している。		○	
50	鹿児島大学病院	○			○				○	
51	琉球大学医学部附属病院	○		がん情報提供コーナーにて、パンフレット「たばこがいらぬ、これだけの理由」(財団法人がん研究振興財団発行)の配布		○	診療科が設置している禁煙外来で対応。		○	
52	国立がん研究センター中央病院	○		主に禁煙外来の紹介を行う。		○	禁煙外来へ誘導している	○		一般的な情報提供は行い、適宜禁煙外来に誘導する。
53	国立がん研究センター東病院	○		待合のポスター等で情報提供を実施している	○		通常の相談対応の中で禁煙相談も受け付けている。(当センター受診者・家族外も対応)	○		通常の相談対応の中で禁煙相談も受け付けている。(当センター受診者・家族外も対応)

IV たばこ対策に関するアンケート

2. 相談支援センターでの禁煙支援や情報提供の状況について(続き)

No	施設	4) 入院患者への禁煙支援や情報提供を診療部門と連携して行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: 支援や情報提供の内容、体制、対応時間、費用、連携している診療部門など)	5) 禁煙支援への誘導・流れを、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: パスなどで禁煙への流れを位置づけている診療科やその資料など)	6) 自施設の禁煙支援やたばこ対策の今後の方向性や課題、解決策案、要望等
		はい	いいえ		はい	いいえ		
1	北海道がんセンター	○			○		治療前に禁煙をすすめる希望者には、禁煙外来を紹介する	
2	青森県立中央病院		○		○		がん診療を担当する科において、全身麻酔の手術を受ける予定の患者に対し、禁煙指導を実施している。希望する方には、院内禁煙外来への受診を促している。	
3	岩手医科大学附属病院		○			○		たばこについては嗜好の部分があり、お酒の問題と一緒に個人の問題とされてしまう部分があると思う。そのため、1医療機関での取り組みにも限度があるように思う。もっと受動喫煙の問題として社会全体の問題として取り組んでいくことが結果的に医療機関としての対策にもつながっていくと思う。
4	宮城県立がんセンター		○			○		
5	東北大学病院		○			○		
6	秋田大学医学部附属病院		○			○		・PR活動の継続
7	山形県立中央病院		○	入院患者への禁煙支援等は、診療部門が行っている。	○		全身麻酔を伴うクリニカルパスには、禁煙に関する説明、支援が盛り込まれている。(外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、泌尿器科、頭頸部・耳鼻咽喉科)	
8	福島県立医科大学附属病院		○			○		
9	茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	○		必要に応じ当院の禁煙外来を紹介している。	○		手術前の禁煙指導は全診療科で実施されている。	
10	栃木県立がんセンター	○		診療部門より対象者の必要に応じて依頼がある。内容としては、禁煙に取り組むための導入的な相談(面接)や当院以外(県内)の禁煙外来実施医療機関等の紹介、禁煙外来の内容等について情報提供等を行っている。	○		診療各科での手術や検査等のクリニカルパスに位置づけられている。資料としては、「がんと禁煙」と「受動喫煙について」のパンフレットを使用している。	入院治療後に禁煙治療を開始する場合もあり、診断・治療開始前や直後からの支援取り組みに力を入れていく必要がある。
11	群馬大学医学部附属病院	○		チラシや看板による情報提供や、禁煙相談を行っている。希望があれば退院後に禁煙外来を受診。毎週木曜日13:00-15:00に医師1名、看護師1名で保険診療(1回受診当たり3割負担で1,110円程度)を実施。		○		入院中の禁煙支援が今後の課題と考えています。
12	埼玉県立がんセンター		○		○			
13	千葉県がんセンター	○		治療病院の情報提供	○		手術患者の喫煙歴に応じて、禁煙指導、禁煙治療につなげるようにしている	特になし
14	東京都立駒込病院	(未記入)			(未記入)			
15	がん研究会有明病院	○		一般的な禁煙に関する情報と自宅近隣の禁煙外来に関する情報提供	○		禁煙自体が診療の大前提になっていることを把握しているが、禁煙支援(禁煙外来など)への誘導・流れの仕組みについては把握していない。	特になし
16	神奈川県立がんセンター	○		他部門からの依頼で対応することはある。	○		「全身麻酔の手術を受ける方へ」の説明資料では、禁煙についての説明がある。	禁煙は重要なテーマと考えるので、健康教育、保健施策の一環として行政に積極的な取り組みを期待したい。

No	施設	4) 入院患者への禁煙支援や情報提供を診療部門と連携して行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: 支援や情報提供の内容、体制、対応時間、費用、連携している診療部門など)	5) 禁煙支援への誘導・流れを、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: バスなどで禁煙への流れを位置づけている診療科やその資材など)	6) 自施設の禁煙支援やたばこ対策の今後の方向性や課題、解決策案、要望等
		はい	いいえ		はい	いいえ		
17	新潟県立がんセンター新潟病院		○			○		禁煙対策は県の施策でもあり、敷地内禁煙を実施し、敷地内に喫煙者がいた場合は院内保安対策員による口頭注意等の対策も行っている。 また、禁煙外来も設けているが、喫煙者にとっては、たばこによる害は知っていても禁煙できないのが現状である。禁煙はなかなか一人で言う事は難しいため、禁煙ナビゲーターなどの配置を望む。
18	富山県立中央病院	○		・受診時の禁煙指導 ・呼吸器内科との連携(必要時)	○		診療科のテンプレートでの状態、状況確認	
19	金沢大学附属病院		○			○		入院予約患者を対象とした入院前準備教室で禁煙の必要について説明を開始したところであり、まだ効果や受診数は把握していない。
20	福井県立病院		○			○		・がん征圧月間のパネル展示(禁煙支援やたばこ対策について) ・医師、看護師、保健師、相談員等による禁煙指導の強化と継続 ・各施設から意見聴取(敷地内禁煙でありながら、少し外れた所での喫煙を目撃するなど、禁煙対策の有効性を問う) ・小学校よりの学校における禁煙教育 ・禁煙外来の開設 ・精神科との連携
21	山梨県立中央病院		○		○		・禁煙外来、バスの利用 ・禁煙外来の手順あり	
22	信州大学医学部附属病院	○		・入退院支援室で禁煙を要する患者を抽出し、入院案内時に説明やチラシの配布を行っている。 ・入院前検査の際も、禁煙が守られているか確認している。	○		・入退院支援室で、電子カルテに記載の注意事項その他を確認している(診療科により様々)。	各病院の努力に求めるのではなく、国がたばこ税の増税、販売の制限等を企業に働きかけるべき。
23	岐阜大学医学部附属病院	○		・外来で禁煙外来を実施しており、患者向けに掲示している。 ・術前など、禁煙に対する問題のかかけの患者に対しては、該当診療科の受診を勧めている。	○		術前管理センターがあり、手術世手の患者にはチェックされ対応するシステムとなっている。	禁煙支援推進の中心としてがん診療拠点病院が中心となっていくのは当然の使命である。禁煙患者に対するニコチン依存の治療として現在、入院中の患者に対して禁煙治療は保険診療ができない。禁煙の良い機会をとらえることは重要であるので、要望していくべきと思われる。
24	静岡県立静岡がんセンター		○			○		・当センターでは、禁煙外来を循環器内科外来の枠内で当院患者を対象に実施している。 よろず相談(相談支援センター)では、患者の相談内容に応じてこの外来を案内している。また、予約が必要な場合には医療連携室につないでいる。 ・たばこの害について、児童・生徒及びその家族への教育、啓発を継続して行う必要がある。
25	愛知県がんセンター中央病院		○		○		呼吸器外科部のクリニカルパスで禁煙を位置づけている。	禁煙外来の実施
26	三重大学医学部附属病院		○			○		
27	滋賀県立成人病センター	○		がん相談支援センター利用者(患者・家族・その他県民)が禁煙について相談され、禁煙外来受診を希望された際外来へつないでいる		○		
28	京都府立医科大学附属病院		○			○		
29	京都大学医学部附属病院		○			○		院内で連携した禁煙支援が提供できるように検討していきたい。

No	施設	4) 入院患者への禁煙支援や情報提供を診療部門と連携して行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: 支援や情報提供の内容、体制、対応時間、費用、連携している診療部門など)	5) 禁煙支援への誘導・流れを、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: パスなどで禁煙への流れを位置づけている診療科やその資材など)	6) 自施設の禁煙支援やたばこ対策の今後の方向性や課題、解決策案、要望等
		はい	いいえ		はい	いいえ		
30	大阪府立成人病センター		○				禁煙外来で「禁煙治療の診療計画」というクリニカルパスを使用している	設問に「相談支援センターを中心とした～たばこ対策の実務担当」とあるが、相談支援センター以外の部署が対応しており「相談支援センターを中心とした～」と限定されると回答が難しい。相談支援センターの整備指針として業務のアーセンに明示されている内容に「たばこ対策」は含まれておらず、今後の方向性を相談支援センターに問われても検討事項としてこれまで情報提供・相談支援部会でも取り上げていないため回答できない。
31	兵庫県立がんセンター		○					
32	奈良県立医科大学附属病院		○					職員による禁煙パトロール(禁煙の呼びかけなど)を平日の毎日、日に2回実施しているが、敷地周辺での職員・および患者・家族などの利用者の喫煙者が減少しているように感じない。 喫煙できない実質的な環境づくりが必要(条例、罰金制)という意見もあるが、その一方で、患者さんへの配慮も必要という意見もある。
33	和歌山県立医科大学附属病院		○					
34	鳥取大学医学部附属病院		○					当院では施設内全面禁煙となっている。また、薬物療法内科で禁煙外来を週2回行い、患者指導やニコチン置換療法を行っている。ただし、入院患者が喫煙のために施設外に出たり、施設周辺で喫煙している状況は好ましくなく、喫煙場所についての課題がある。解決策はまだ出ていない。
35	島根大学医学部附属病院		○					がん予防に関する情報提供は重要であり、リーフレットの設置による情報提供の役割をがん相談支援センターが担っている。相談支援センターが中心にというよりは、病院全体、県全体での取り組みが必要とされる。島根県がん対策推進協議会でたばこ対策に対する指針は示されているが、具体的取り組みの明示が必要ではないかと考える。
36	岡山大学病院	○		・禁煙外来との連携			術前看護外来において、喫煙者に対して指導をし、必要に応じ診療科等での処方または禁煙外来の紹介をしている。	
37	広島大学病院		○					
38	山口大学医学部附属病院		○					・本院での対応部署がない ・現時点では、相談支援部門では対応が困難である
39	徳島大学病院		○					今後はがん患者や家族に対する喫煙の有害性についての知識の啓発や禁煙支援の情報提供を行っていく必要があると考えている。
40	香川大学医学部附属病院	○		禁煙外来の案内、情報提供(予約の取り方、パンフレットの提示により禁煙外来の概要説明)				禁煙外来に特化せず、各診療科で禁煙補助薬の処方、カウンセリング、相談支援ができて、タイムリーに支援できることが望ましい。
41	四国がんセンター		○				患者用パス(手術・呼吸器)には、オリエンテーションとして組み込まれている。また、禁煙外来(当院)の受診を行っている。また、院内ホームページにも、禁煙外来の案内がされている。	なし
42	高知大学医学部附属病院	○		特に連携は行っていないが、電子カルテの患者プロフィール項目の「喫煙歴」により情報共有を行っている。				
43	九州がんセンター		○					禁煙外来を設置する以外の対策について検討中である。

No	施設	4) 入院患者への禁煙支援や情報提供を診療部門と連携して行うことがある		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: 支援や情報提供の内容、体制、対応時間、費用、連携している診療部門など)	5) 禁煙支援への誘導・流れを、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけている		詳細、今後の予定、現場のニーズや課題等 (例: パスなどで禁煙への流れを位置づけている診療科やその資材など)	6) 自施設の禁煙支援やたばこ対策の今後の方向性や課題、解決策案、要望等
		はい	いいえ		はい	いいえ		
44	九州大学病院		○			○		
45	佐賀大学医学部附属病院	○		呼吸器内科の医師と相談して禁煙外来の紹介を行う。		○		基本的に禁煙外来へつなぐ方針敷地内禁煙の徹底
46	長崎大学病院		○			○		禁煙外来(総合診療科・喫煙問題対策センター)で実施。煙草に関する健康被害のさらなる啓発活動や意識づけ
47	熊本大学医学部附属病院	○		呼吸器内科で禁煙外来を行っているので、希望があれば、そちらを案内している。	○			
48	大分大学医学部附属病院		○			○		・禁煙外来があるが、現状把握ができていない。・禁煙デーがあり、職員に向けてはファイルが配布されたりしているが、患者に向けた啓蒙活動が不足しているように感じる。一般の人たちの喫煙による人体への影響の知識が少ないことを考えると、もっとインパクトのあるシビアなデータ提示をしたり、中高生への禁煙指導は必要と考える。
49	宮崎大学医学部附属病院	○		入院案内などで禁煙外来について説明している。	○			禁煙外来を行なっているが、受診者は増加していない。病院が全面禁煙であるので入院中の禁煙はできているがその後の禁煙支援の対策ができていない現状である。
50	鹿児島大学病院	○			○			
51	琉球大学医学部附属病院	○		連携部門で、主治医を通しての依頼にて患者の自宅近くの禁煙外来のある医療機関を情報提供することがある。		○		当院では敷地内禁煙を実施、禁煙外来を設置し、禁煙支援を行なっている。精神疾患を併存している方の禁煙支援が課題である。
52	国立がん研究センター中央病院	○		精神腫瘍科および総合内科が主体となり禁煙外来を担当している		○	多くの科で、禁煙のリスクの説明および、禁煙外来への誘導は行っていると思うが、把握はしていない。	喫煙によるリスクの適切な情報提供と、それでもやめられない方に対するクイットラインや禁煙外来の機会の提供など、システムティックに行う必要がある。
53	国立がん研究センター東病院	○		周術期外来にて禁煙指導ならびに、指導だけでは禁煙が困難な場合には禁煙外来への紹介を実施している。(外科)	○		食道外科では、周術期外来が組み込まれており、全例に禁煙支援が提供されている	禁煙外来の設定が、術前等に柔軟に対応できるようにしてほしい。また禁煙は、単に依存治療薬の処方だけではなく、認知行動療法的な支援が必要であり、心理支援も組み入れたほうがよい。また、今後はサバイバーの禁煙指導も必要であり、取組が必要。

【返信先】6/7 15:00までに事務局（kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp）迄
電子メールでご返送ください。

第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 アンケート調査

※本アンケートは【Ⅰ】～【Ⅳ】の4種類で構成されています。アンケート調査へのご協力をお願い申し上げます。

【Ⅰ】は、第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、次期「がん対策推進基本計画」の策定にあたり、本協議会からがん医療を担う現場の声を提言するため、今後の「がん診療連携拠点病院のあり方」について議論することを予定しております。

つきましては、「がん診療連携拠点病院のあり方」についてご意見をいただきたく、事前のアンケート調査へのご協力をお願い申し上げます。なお、【Ⅰ】の回答は、施設名を含めて公開することを予定しております。

【Ⅱ】は、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、がん診療連携拠点病院における診療体制や診療実績など、様々な指定要件が定められております。指定要件の充足状況の把握や、国民への情報提供に資するため、毎年、厚生労働省へ提出いただいている現況報告について、アンケートにご協力をお願い申し上げます。なお、【Ⅱ】の回答は都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の資料として施設名とともに共有の予定です。（後日、協議会資料として公開の可能性もあります。）

【Ⅲ】及び【Ⅳ】は、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」では、都道府県がん診療連携拠点病院には、緩和ケアセンターの設置による診療機能の強化及びたばこ対策に積極的に取り組むことが求められております。

・緩和ケアセンターの整備状況やジェネラルマネージャーに関する実態調査
・相談支援センターを中心とした、貴施設における禁煙支援、たばこ対策（情報提供）に関する調査
にご協力をお願い申し上げます。

なお、緩和ケアセンター・ジェネラルマネージャーに関する【Ⅲ】及びたばこ対策に関する【Ⅳ】の回答につきましても、施設名を含めて公表することを予定しております。

＜連絡担当者＞ 本アンケートに関する連絡ご担当者の情報をご記入ください。

施設名	
所属・氏名	
電話番号	
Email	

【ご返送のお願い】

回答用紙1～9をすべてご回答の上、6月7日（火）15:00までに
事務局（kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp）迄、電子メールにてご返信ください。

I. がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

現在「がん対策推進協議会」において、「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けて議論が進められております。第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、全国のがん診療連携拠点病院の現場の医療従事者が考えている「今後のがん診療連携拠点病院のあり方」に対する意見を集約し、がん医療を担う現場の声として必要な要望を提出する予定です。

本協議会において各施設からの意見を踏まえた議論を行うため、各テーマに関する「課題とその解決策」について、ご意見がございましたらご記入くださいますようお願い申し上げます。

<回答者情報をご記入ください>

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

1. 医療関係（放射線療法，化学療法，手術療法，緩和ケア，在宅医療，希少がん，病理診断，医療機関の整備，医科歯科連携 等について）

● 該当する□に✓をご記入ください。

このテーマについて回答する。

このテーマについて特記事項なし。

① 課題

② 上記課題の解決策

I. がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

現在「がん対策推進協議会」において、「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けて議論が進められております。第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、全国のがん診療連携拠点病院の現場の医療従事者が考えている「今後のがん診療連携拠点病院のあり方」に対する意見を集約し、がん医療を担う現場の声として必要な要望を提出する予定です。

本協議会において各施設からの意見を踏まえた議論を行うため、各テーマに関する「課題とその解決策」について、ご意見がございましたらご記入くださいますようお願い申し上げます。

<回答者情報をご記入ください>

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

2. 相談支援, 情報提供, 就労支援

● 該当する□に✓をご記入ください。

このテーマについて回答する。

このテーマについて特記事項なし。

① 課題

--

② 上記課題の解決策

--

I. がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

現在「がん対策推進協議会」において、「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けて議論が進められております。第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、全国のがん診療連携拠点病院の現場の医療従事者が考えている「今後のがん診療連携拠点病院のあり方」に対する意見を集約し、がん医療を担う現場の声として必要な要望を提出する予定です。

本協議会において各施設からの意見を踏まえた議論を行うため、各テーマに関する「課題とその解決策」について、ご意見がございましたらご記入くださいますようお願い申し上げます。

<回答者情報をご記入ください>

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

3. がん登録

● 該当する□に✓をご記入ください。

このテーマについて回答する。

このテーマについて特記事項なし。

① 課題

--

② 上記課題の解決策

--

I. がん対策の課題とその解決策に関するアンケート

現在「がん対策推進協議会」において、「第3期がん対策推進基本計画」の策定に向けて議論が進められております。第9回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、全国のがん診療連携拠点病院の現場の医療従事者が考えている「今後のがん診療連携拠点病院のあり方」に対する意見を集約し、がん医療を担う現場の声として必要な要望を提出する予定です。

本協議会において各施設からの意見を踏まえた議論を行うため、各テーマに関する「課題とその解決策」について、ご意見がございましたらご記入くださいますようお願い申し上げます。

<回答者情報をご記入ください>

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

4. その他（がん予防、がん検診、がん研究、がん教育 等について）

● 該当する□に✓をご記入ください。

このテーマについて回答する。

このテーマについて特記事項なし。

① 課題

--

② 上記課題の解決策

--

Ⅱ. がん診療連携拠点病院・現況報告の記入に関するアンケート

**各施設で現況報告のとりまとめを担当される方が
施設内の意見を取りまとめの上ご回答ください。**

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、がん診療連携拠点病院における診療体制や診療実績など、様々な指定要件が定められております。各施設の皆さまには、指定要件の充足状況の把握や、国民への情報提供に資するため、毎年、現況報告を厚生労働省へ提出いただいておりますが、この現況報告に関するアンケートにご協力をお願い申し上げます。

なお、本アンケートの回答は都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の資料として施設名とともに共有の予定です。(後日、協議会資料として公開の可能性もあります。)

<回答者情報をご記入ください>

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

1. 現況報告全体についてお伺いします。

現況報告に関する業務量について、該当する番号一つに○を付けてください。

1. かなり業務負担になっている 2. それほど負担でもない 3. どちらとも言えない

現況報告の提出時期（期間）について該当する番号一つに○を付けてください。(例年9～10月頃)

1. 時期が早すぎる 2. ちょうどよい 3. 時期が遅すぎる
→ (月頃) が適切 → (月頃) が適切

2. 現況報告のうち、「**全般事項**」についてお伺いします。

現況報告 (**全般事項**) の内容について、今後追加すべきと思われる項目など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

(例：介護福祉専門員の有資格者数)

現況報告 (**全般事項**) の内容について、今後削除した方がよい、もしくは修正した方がよいと思われる項目など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。できるだけ、平成28年度指定様式上の番号を指定してください。

(例：394行目・全身麻酔の件数の総数)なくてもよい、△△に関する項目は何を聞いているのかわからない)

現況報告 (**全般事項**) のフォーマットで課題や改善すべき点など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

(例：Web入力にしたほうが良い、病床機能報告とできるだけ統一してほしいなど)

次頁以降もご回答ください。

【返送先】6/7 15:00までに事務局 (kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp)迄
電子メールでご回答ください。

○現況報告（**全般事項**）の作成について、その他、ご自由にご回答ください。

（例：専門医や認定医の数を探るのが大変だった、など）

○現況報告（**全般事項**）の患者数・症例件数について、院内がん登録やDPC・レセプトなど、既存のデータベースから計算が可能なものは、国立がん研究センターで件数を算出することが可能な項目は、国立がん研究センターで算出し、現況報告中での聴取項目から削除したほうが良いという意見があります。このような中央一括集計についてどう思われますか。該当する番号一つに○を付けてください。

1. 賛成 2. 反対 3. わからない

○中央一括集計という方針を取ることに、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

3. 現況報告「**機能別**」についてお伺いします。（個別の別紙に関する質問は次項）

○現況報告（**機能別**）の内容について、今後追加してよいと思われる項目など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

（例：がん種別の初診から治療開始までの日数の平均値、中央値、など）

○現況報告（**機能別**）の内容について、今後削除した方がよい、もしくは修正した方がよいと思われる項目など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。できるだけ、平成28年度指定様式上の番号を指定してください。

（例：○○に関する項目はどうしてもこたえられるので意味がない。△△に関する項目はもっと簡潔にすればよいと思う、など）

○現況報告（**機能別**）の作成について、情報収集が難しかった項目などありましたら、ご自由にご回答ください。

（例：診療従事者の配置はいつの時点かがわからない）

次頁以降もご回答ください。

【返送先】6/7 15:00までに事務局 (kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp)迄
電子メールでご回答ください。

4. 機能別の項目に関連した**別紙**についてお伺いします。

○ 現況報告（機能別）の内容について、今後**別紙**を追加して、詳しく聞いたほうがよいと思われる項目の意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

（例：患者の利便性を向上するために行っている工夫、など）

○ **別紙**について、課題や改善すべき点など、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

（例：別紙〇〇の内容は、施設によって記入の基準が変わっているのではないか、など）

4. その他、現況報告の**記入基本様式**や**項目**などについて、ご意見がありましたら、ご自由にご記入ください。

5. 以下、現況報告の**データの活用方法**について伺います。

○ 現況報告のデータはがん情報サービスの各施設の別々のページで公表されていますが、**データ一覧**のCSVファイルとしてダウンロード可能とするとしたら、それについてどう思いますか。

1. 賛成 2. 反対 3. わからない

○ データの公開、活用方法について、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

○ 現況報告の基本様式をエクセルファイルの配布・回収ではなく、**インターネット上**で記入いただくことも検討しておりますが、これについてどう思われますか。該当する番号一つに○を付けてください。

1. 賛成 2. 反対 3. わからない

○ インターネット上の編集について、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

○ その他、現況報告の**収集方法**について、ご意見がありましたら、ご自由にご回答ください。

現況報告に関するアンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

Ⅲ - 1. 緩和ケアセンターの整備に関するアンケート

緩和ケアの実務担当の方がご回答ください。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、都道府県がん診療連携拠点病院には、緩和ケアセンターの設置による診療機能の強化が求められております。緩和ケアセンターの整備状況に関する調査にご協力をお願い申し上げます。

なお、本アンケートの回答は施設名を含めて公表することを予定しております。

1. まず、回答者情報をご記入ください。

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

2. ご所属施設の「緩和ケアセンター」についてお伺いします。

1) 緩和ケアセンターの現在の整備時期についてご回答ください。

平成 () 年 () 月

2) 緩和ケアセンターの機能についてお伺いします。 ご所属施設では以下の機能について、どの程度機能していると感じますか。 該当する番号一つに○を付けてください。	い な く い 機 能 と 思 う て	い ま ま い り と 思 う て	い 機 能 と し て う	い よ く と 機 能 し て	わ か ら な い
<input type="radio"/> 緩和ケアチームによる専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 緩和ケア外来における専門的緩和ケアの提供	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 専門看護師や認定看護師によるがん看護外来（がん看護カウンセリング）	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 外来や病棟等の看護師の連携（週1回程度の看護カンファレンスの開催）	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 緊急緩和ケア病床への入院による症状緩和治療の実施	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 地域の緩和ケアの提供体制の実情把握（かかりつけ患者や連携協力リストの作成）	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 地域の緩和ケアに関わる診療従事者との連携協力に関する月1回程度の定期的なカンファレンスの開催	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 地域の医療機関を対象にした、患者の診療情報に係る相談連絡窓口の設置	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> がん患者とその家族に対する、緩和ケアに関する高次の相談支援	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> がん診療に携わる医療従事者に対する院内研修会等の運営	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 緩和ケアセンターの運営に関する構成員のカンファレンス（週1回以上）の開催	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 【参考】緩和ケアセンターの設置や活動内容についてホームページ等を用いた地域への広報	1	2	3	4	5

次頁以降もご回答ください。

【返信先】6/7 15:00までに事務局（kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp）迄
電子メールでご返送ください。

3) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、緩和ケアセンターは相談支援センターとの連携を図り、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保することが求められています。ご所属施設の取り組みについて、具体的にご回答下さい。

4) ご所属施設の緩和ケアセンターの機能に関する課題について、ご自由にご回答下さい。

5) 現時点で感じられている、緩和ケアセンターの意義について、該当する番号すべてに○を付けてください。

1. 苦痛のスクリーニングによって、緩和ケアの早期介入が促進できる
2. 外来や病棟での緩和ケアの実施状況について把握できるようになる
3. 院内の関連部署とのコミュニケーションが円滑になる
4. 緩和ケアに関する院内向けの教育啓発活動がしやすくなる
5. 緩和ケアに関する院外向けの教育啓発活動がしやすくなる
6. 緩和ケアに関する業務の効率化が図れる
7. 地域の医療機関との連携の円滑化する
8. がん患者・家族自身の緩和ケアに関する相談支援が充実する
9. 多職種によるチーム医療が充実する
10. その他 ()

6) その他、緩和ケアセンターの整備について、ご意見がございましたらご記入ください。

緩和ケアセンターの整備に関するアンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

Ⅲ－２．緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関するアンケート

緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーの方がご回答ください。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、都道府県がん診療連携拠点病院には、緩和ケアセンターの設置による診療機能の強化が求められております。緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーに関する調査にご協力をお願い申し上げます。
なお、本アンケートの回答は施設名を含めて公表の予定です。

1. まず、回答者情報をご記入ください。

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

2. 次に、ジェネラルマネージャーである、あなたご自身についてお伺いします。

1) ご自身の職務経験について、それぞれ該当する番号に一つ○を付けてください。「2. はい」と回答した場合は、経験年数をご記入ください。

<input type="radio"/> 緩和ケアチームの専従看護師の経験がある	1. いいえ	2. はい 経験年数 () 年
<input type="radio"/> 緩和ケアチームの兼任または専任看護師の経験がある	2. いいえ	3. はい 経験年数 () 年
<input type="radio"/> 緩和ケア病棟の管理者（師長・副師長）の経験がある	3. いいえ	4. はい 経験年数 () 年
<input type="radio"/> 緩和ケア病棟のスタッフの（主任・副主任も含む）経験がある	4. いいえ	5. はい 経験年数 () 年
<input type="radio"/> 緩和ケア病棟以外の部門の管理者（師長・副師長）	5. いいえ	6. はい 経験年数 () 年

2) ジェネラルマネージャーとして、現時点で担っている役割について、該当する番号すべてに○を付けてください。（複数選択可）

【組織づくり】

1. 緩和ケアセンター整備のための準備委員会の立ち上げ
2. 緩和ケアセンターを組織上の機能として位置づけ、規約の作成
3. 緩和ケアセンターの設置場所の確保
4. 緩和ケアセンターのメンバーの選定と人員の確保
5. 緩和ケアセンターのメンバーとともに目標や目的の明確化
6. 緩和ケアセンターのメンバー間の役割分担の明確化

(次頁に続く。)

2) (続き) ジェネラルマネージャーとして、現時点で担っている役割について、該当する番号すべてに○を付けてください。(複数選択可)

【院内関係部門との調整】

- 8. 病院長など病院執行部との直接の交渉や調整
- 9. 関係する診療科との直接の交渉や調整
- 10. 関係する外来や病棟との直接の交渉や調整
- 11. 緩和ケアセンターの機能に関する院内の周知活動
- 12. 苦痛のスクリーニングの実施体制の構築
- 13. がん看護外来の設置や運営
- 14. 外来や病棟看護師との情報共有のための看護カンファレンスの企画・運営
- 15. 院内スタッフを対象とする研修等の企画・運営

【地域との連携システムの構築】

- 16. 緊急緩和ケア病床の確保や運営
- 17. 緩和ケアセンターの機能に関する地域の医療福祉従事者への周知活動
- 18. 地域の医療福祉従事者の相談窓口の設置や運営
- 19. 地域の医療福祉従事者とのカンファレンスや研修等の企画・運営
- 20. 地域の患者や市民への緩和ケアに関する普及啓発・広報活動

【緩和ケアに関する情報の収集・評価】

- 21. 緩和ケア提供体制に関する院内の現状把握
- 22. 緩和ケアの提供体制に関する地域の現状把握
- 23. 緩和ケアセンターの活動実績等の情報の集計

【困難なケースの対応】

- 24. 緩和ケアに関する困難なケースへの直接対応

3) ジェネラルマネージャーとして日々活動されている役割の中で、重要だと思われることを3つ挙げてください。

①

②

③

3. ジェネラルマネージャーと緩和ケアセンターの他のメンバーとの役割分担についてお伺いします。

1) ジェネラルマネージャー以外の看護師が、緩和ケアセンターで担っている役割を箇条書きでご記入下さい。

2) 相談員が緩和ケアセンターで担っている役割を箇条書きでご記入下さい。

次頁もご回答ください。

【返送先】6/7 15:00までに事務局 (kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp)迄
電子メールでご返送ください。

3. (続き) ジェネラルマネージャーと緩和ケアセンターの他のメンバーとの役割分担についてお伺いします。
3) 緩和ケアセンターの看護師や相談員メンバーとの役割分担で配慮していることをご自由にご回答下さい。

--

4. ジェネラルマネージャーの活動を妨げる要因について、 それぞれ該当すると思われる番号一つに○を付けてください。	そ う 思 わ な い	そ あ ま り 思 わ な い	少 し そ う 思 う	そ う 思 う	そ と も 思 う
<input type="radio"/> ジェネラルマネージャーの役割が不明瞭である	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 緩和ケアセンターのメンバー間で役割分担が不明瞭である	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 緩和ケアセンターのメンバー間で協力体制がない	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> ジェネラルマネージャーの役割について、病院執行部の理解を得ることが難しい	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> ジェネラルマネージャーの役割について、院内スタッフに周知することが難しい	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 自分自身の緩和ケアに関する知識・技術が不足している	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 院内スタッフの緩和ケアに関する知識・技術が不足している	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 院内の緩和ケア提供体制について十分理解できていない	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> 上記選択肢以外に、ジェネラルマネージャーの活動を妨げる要因がございましたら、ご自由にご回答ください。					

5. ジェネラルマネージャーとしての活動に関して、どのような課題をお持ちですか。ご自由にご回答ください。

--

6. ジェネラルマネージャーの意義について、現時点でご自身が感じられていることを自由にご回答下さい。

--

ジェネラルマネージャーに関するアンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

IV. たばこ対策に関するアンケート

**相談支援センターを中心とした禁煙支援、たばこ対策（情報提供）の
実務担当の方がご回答ください。**

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、都道府県がん診療連携拠点病院には、敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むことが求められております。そこで、相談支援センターを中心とした、貴施設における禁煙支援、たばこ対策（情報提供）に関する調査にご協力をお願い申し上げます。
なお、本アンケートの回答は施設名を含めて公表することを予定しております。

1. まず、回答者情報をご記入ください。

施設名		所属部署名	
お名前		E-mail	

2. 相談支援センターでの禁煙支援や情報提供の状況について、当てはまる□に✓をご記入し、適宜詳細をご記入ください。

※「はい」の場合はその詳細等を、「いいえ」の場合には今後の実施予定等をお書きください。
その他適宜、現場のニーズや課題等をお書きください。

1) 受診者やその家族向けの、禁煙のすすめや受動喫煙の影響などを含む情報提供をしていますか。

はい いいえ

(例：使っている資材など)

2) 相談支援センターの来所者に対し、対面による禁煙相談を行うことがありますか。

はい いいえ

(例：対象者（受診者・家族以外も含むかどうか）、定期的な枠を設けている場合は開設曜日や時間、体制、費用など)

3) 相談支援センターで、電話等による（対面によらない）禁煙相談を行うことがありますか。

はい いいえ

(例：対象者（受診者・家族以外も含むかどうか）、定期的な枠を設けている場合は開設曜日や時間、体制、費用など)

次頁以降もご回答ください。

【返送先】6/7 15:00までに事務局 (kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp)迄
電子メールでご返送ください。

4) 入院（予定や退院後も含む）患者への禁煙支援や情報提供について、診療部門と連携して行うことがありますか。

はい

いいえ

（例：支援や情報提供の内容、体制、対応時間、費用、連携している診療部門など）

5) 禁煙支援への誘導・流れが、診療科のクリニカルパスや指針などで位置づけてあるかどうか、ご存じですか。

はい

いいえ

（例：パスなどで禁煙への流れを位置づけている診療科やその資材など）

6) 上記を含め貴院の禁煙支援やたばこ対策の今後の方向性や課題、解決策案、要望等について自由にお書きください。

たばこ対策に関するアンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

第9回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート【追加分】

- 現在、設置しているがん診療連携協議会の「部会」について
 1. 自治体で設置している「がん診療連携協議会」と「部会名」について
 2. 協議会と各部長について、該当するもの（その他は右欄）
 3. 各部会の分野について、該当するもの（その他は右欄）
 4. 協議会と各部会の年間開催回数（H27.1～12）

施設名	部会名	2. 部会長の担当				3. 分野										4. 開催回数 (H27.1～12)	
		都道府県拠点病院	地域拠点病院	持ち回り	その他	がん登録	教育研修	情報提供・相談支援	化学療法	放射線療法	緩和ケア	地域連携バス (クリニカルパス)	P D C A サイクル	口腔ケア 医科歯科連携	臨床研究		その他
1 北海道がんセンター	相談・情報部会	○					○	○				○					1
	相談・情報部会実務者会議			○			○	○				○					4
	がん登録部会	○				○											1
	診療支援部会		○												○	医師派遣調査	0
	地域連携クリティカルパス部会		○								○						1
	研修部会		○				○										0
	緩和ケア部会	○								○							0
2 青森県立中央病院	青森県がん診療連携協議会	○															2
	院内がん登録部会		○			○											2
	がん地域連携バス作成・運用検討会		○								○						2
	緩和ケア部会	○								○							2
	相談支援部会		○					○									1
3 岩手医科大学附属病院	岩手県がん診療連携協議会	○															1
	緩和ケア部会	○					○	○		○							1
	がん登録部会	○				○	○	○									1
	がん情報提供・相談支援部会	○						○									1
	がん化学療法WG	○					○		○			○					1
4 宮城県立がんセンター	宮城県がん診療連携協議会	○										○					1
	化学療法部会	○					○		○		○			○	市民公開講座		3
	放射線治療部会	○					○			○							1
	緩和ケア部会	○					○			○							2
	がん登録部会	○				○					○						1
	地域連携バス部会	○									○	○					2
	患者相談部会	○						○				○					3
	口腔ケア部会	○					○					○	○				4
看護部会	○					○								○	情報共有	1	
5 東北大学病院	宮城県がん診療連携協議会	○										○					1
	化学療法部会	○					○		○		○			○	市民公開講座		3
	放射線治療部会	○					○			○							1
	緩和ケア部会	○					○			○							2
	がん登録部会	○				○					○						1
	地域連携バス部会	○									○	○					2
	患者相談部会	○						○				○					3
	口腔ケア部会	○					○					○	○				4
看護部会	○					○								○	情報共有	1	
6 秋田大学医学部附属病院	秋田県がん診療連携協議会	○															2
	評価・改善部会	○										○			○		0
	がん登録部会	○				○											1
	緩和ケア・教育研修部会	○					○			○							2
	がん地域連携クリティカルパス部会	○									○						0
	がん患者相談部会	○							○								2
	臨床試験部会	○												○			0
医科歯科連携部会				○	秋田県歯科医師会							○				0	
7 山形県立中央病院	山形県がん診療連携協議会				○	委員の互選											1
	がん登録部会				○	部会員の互選	○										1
	教育研修部会				○	部会員の互選		○									1
	地域連携バス部会				○	部会員の互選					○						1
	緩和ケア部会				○	部会員の互選					○						1
	がん患者相談室部会				○	部会員の互選			○								1
8 福島県立医科大学附属病院	福島県がん診療連携協議会	○					○	○	○		○	○			○		2
	地域連携部会		○								○	○	○				1
	緩和ケア部会		○							○							1
	研修教育部会		○				○										2
	がん登録部会		○				○										3
	相談支援部会		○					○									3
9 茨城県立中央病院・茨城県立がんセンター	茨城県がん診療連携協議会	○															1
	研修部会		○				○										1
	がん登録部会		○				○										1
	相談支援部会		○					○									1
	緩和ケア部会		○							○							1
	放射線治療部会		○						○								1
10 栃木県立がんセンター	栃木県がん診療連携協議会	○															1
	地域連携・研修部会	○					○				○	○					1
	がん登録部会	○				○											1
	相談支援部会	○						○									3
	緩和ケア部会	○								○							1

施設名	部会名	2. 部会長の担当				3. 分野										4. 開催回数 (H27.1～12)	
		都道府県拠点病院	地域拠点病院	持ち回り	その他	がん登録	教育研修	情報提供・相談支援	化学療法	放射線療法	緩和ケア	地域連携パス (クリニカルパス)	PDCAサイクル	口腔ケア医科歯科連携	臨床研究		その他
11 群馬大学医学部附属病院	群馬県がん診療連携協議会	○															2
	地域連携パス部会	○									○						0
	情報提供・相談支援部会	○						○									2
	緩和ケア部会		○							○							1
	看護部会						○										1
	がん登録部会					○											1
	がん診療質の評価部会											○					1
12 埼玉県立がんセンター	埼玉県がん診療連携拠点病院協議会	○															2
	相談支援作業部会	○					○	○									会議3、研修1
	緩和ケア部会	○								○							1
	研修教育部会	○					○										2
	がん登録部会	○				○											0
	看護部会	○						○							○		1
	臨床研究部会	○												○			0
13 千葉県がんセンター	千葉県がん診療連携協議会				○	がん診療連携拠点病院											2
	教育研修専門部会		○					○									2
	院内がん登録専門部会				○		○										2
	緩和医療専門部会				○					○							2
	相談支援専門部会		○						○								2
	地域連携クリティカルパス・臓器別専門部会		○								○						2
	PDCAサイクル専門部会				○							○					2
	肺がん部会	○											○				2
	胃がん部会	○												○			2
	大腸がん部会		○												○		2
	肝がん部会				○	がん診療連携拠点病院											2
	乳がん部会		○														2
	子宮がん部会				○												2
	前立腺がん部会				○												2
口腔ケアパス部会		○											○			2	
地域医療連携実務者連絡部会				○				○								2	
14 東京都立駒込病院	東京都がん診療連携協議会	○					○	○			○	○					1
	評価・改善部会	○															2
	がん登録部会	○					○										1
	がん登録実務者連絡会	○					○										2
	相談・情報部会	○						○									1
	相談・情報部会担当者連絡会	○						○									3
	クリティカルパス部会	○									○						0
	クリティカルパス部会連携推進委員会	○									○	○					2
15 がん研究会有明病院	東京都がん診療連携協議会	○													○	全部会取り纏め	1
	研修部会	○						○		○	○						1
	がん登録部会	○					○	○									1
	クリティカルパス部会	○									○						0
	相談・情報部会	○						○									1
	評価・改善部会	○											○				3
16 神奈川県立がんセンター	神奈川県がん診療連携協議会	○							○					○			2
	相談支援部会	○						○	○								2
	院内がん登録部会	○					○	○									2
	緩和ケア部会		○					○				○					1
	地域連携クリティカルパス部会		○						○	○		○					3
17 新潟県立がんセンター新潟病院	新潟県がん診療連携協議会	○															1
	研修教育部会		○					○									1
	がん登録部会	○					○										1
	情報連携部会		○						○			○					1
	緩和ケア部会		○							○							1
18 富山県立中央病院	富山県がん診療連携協議会	○															1
	相談・支援部会			○					○								2
	がん登録部会			○			○										1
	研修部会		○					○									2
	地域連携クリティカルパス部会	○										○					2
	緩和ケア部会		○								○						1
19 金沢大学附属病院	石川県がん診療連携協議会	○															3
	研修・連携部会	○						○	○								2
	がん登録部会		○				○										1
20 福井県立病院	福井県がん診療連携協議会	○															1
	がん登録部会				○	会長が指名(合議)	○										1
	研修部会				○	会長が指名(合議)		○			○						1
	情報・連携部会				○	会長が指名(合議)			○		○						1
21 山梨県立中央病院	山梨県がん診療連携拠点病院連絡協議会	○							○	○							1
	院内がん登録部会	○					○										1
	緩和ケア部会	○													○		2
	相談支援部会		○						○					○			4
	教育研修部会	○						○							○		1
	地域連携パス部会	○										○					1

施設名	部会名	2. 部会長の担当				3. 分野											4. 開催回数 (H27.1~12)
		都道府県拠点病院	地域拠点病院	持ち回り	その他	がん登録	教育研修	情報提供・相談支援	化学療法	放射線療法	緩和ケア	地域連携バス (クリニカルパス)	PDCAサイクル	口腔ケア医科歯科連携	臨床研究	その他	
22 信州大学医学部附属病院	長野県がん診療連携協議会	○															1
	がん登録部会	○				○											1
	情報連携部会	○						○			○						1
	緩和ケア部会	○								○							1
23 岐阜大学医学部附属病院	岐阜県がん診療連携拠点病院協議会	○															1
	連携バス専門部会	○									○						2
	緩和医療専門部会	○								○							2
	がん情報専門部会	○				○											1
	患者相談専門部会	○						○									2
	教育研修専門部会	○					○										0
24 静岡県立静岡がんセンター	緩和ケア担当者会議				○					○							2
	相談支援センター担当者情報交換会				○			○			○			○			1
25 愛知県がんセンター中央病院	愛知県がん診療連携協議会	○															1
	院内がん登録部会	○				○											2
	相談支援部会	○						○									1
	緩和ケア部会	○								○							3
	地域連携クリニカルパス部会		○								○						1
	看護部会	○													○	がん看護	2
	PDCAサイクル推進検討部会	○										○					2
26 三重大学医学部附属病院	がん登録部会	○				○											3
	がん相談・支援部会	○						○									2
	緩和ケア部会	○								○							1
	バス部会	○									○						0
	PDCAサイクル部会	○										○					1
	医科歯科連携部会	○											○				0
	看護部長会議	○													○		2
	がん診療連携協議会	○													○		1
27 滋賀県立成人病センター	滋賀県がん診療連携協議会	○															2
	企画運営委員会	○										○	○		○		3
	相談支援部会	○						○				○					3
	地域連携部会		○								○	○					3
	がん登録推進部会	○				○						○					3
	診療支援部会		○									○	○				3
	研修推進部会		○					○				○					3
	緩和ケア推進部会	○								○		○					3
28 京都府立医科大学附属病院	京都府がん医療戦略推進会議				○	京都府									○	・京都府がん対策推進計画の進捗状況、平成27年度予算について ・京都府から都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会開催結果について ・各部会からの活動状況報告	1
	院内がん登録部会		○			京都医療センター	○										5
	相談支援部会		○			京都市立病院			○								3
	研修部会	○				京都大学医学部附属病院		○									1
	緩和ケア部会	○				京都府立医科大学附属病院					○						1
	地域連携部会	○				京都府立医科大学附属病院						○					0
	外来化学療法部会	○				京都大学医学部附属病院				○							1
29 京都大学医学部附属病院	京都府がん医療戦略推進会議				○	京都府									○	・京都府がん対策推進計画の進捗状況、平成27年度予算について ・京都府から都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会開催結果について ・各部会からの活動状況報告	1
	院内がん登録部会		○			京都医療センター	○										5
	相談支援部会		○			京都市立病院			○								3
	研修部会	○				京都大学医学部附属病院		○									1
	緩和ケア部会	○				京都府立医科大学附属病院					○						1
	地域連携部会	○				京都府立医科大学附属病院						○					0
	外来化学療法部会	○				京都大学医学部附属病院				○							1
30 大阪府立成人病センター	大阪府がん診療連携協議会	○															2
	地域連携クリニカルパス部会	○									○						2
	相談支援センター部会	○						○									2
	がん登録・情報提供部会	○					○	○						○			2
	緩和ケア部会	○								○							2
	小児・AYA部会				○	小児がん拠点病院									○	AYA世代	1
31 兵庫県立がんセンター	兵庫県がん診療連携協議会	○															1
	兵庫県がん診療連携協議会幹事会	○										○	○	○	○		3
	研修・教育部会		○					○	○	○							7
	情報・連携部会		○						○								6
	がん登録部会				○		○										5
	緩和ケア部会	○								○							4
	がん地域連携バス部会		○								○						1

施設名	部会名	2. 部会長の担当				3. 分野										4. 開催回数 (H27.1~12)		
		都道府県拠点病院	地域拠点病院	持ち回り	その他	がん登録	教育研修	情報提供・相談支援	化学療法	放射線療法	緩和ケア	地域連携バス (クリニカルパス)	P D C A サイクル	口腔ケア 医科歯科連携	臨床研究		その他	
32 奈良県立医科大学附属病院	奈良県がん診療連携協議会	○															2	
	化学療法分科会	○					○		○			○					1	
	緩和ケア分科会	○					○				○						2	
	相談支援分科会	○					○	○									6	
	院内がん登録分科会	○				○	○										2	
	パス分科会	○										○					0	
33 和歌山県立医科大学附属病院	和歌山県がん診療連携協議会	○															1	
	がん登録部会	○				○											1	
	地域連携・相談支援部会	○						○			○	○					1	
	緩和ケア・研修教育部会	○					○				○	○					1	
	化学療法部会	○							○			○					2	
34 鳥取大学医学部附属病院	鳥取県がん診療連携協議会	○															2	
	がん登録部会	○				○	○					○					0	
	相談支援部会		○				○	○				○					0	
	緩和ケア部会				○					○		○					0	
	地域連携部会				○						○	○					0	
	手術療法部会	○										○			○	手術療法	0	
	化学療法部会		○						○			○					0	
	放射線治療部会	○							○			○					0	
35 鳥根大学医学部附属病院	鳥根県がん診療ネットワーク協議会	○															1	
	がん登録部会	○				○											3	
	がん登録部会	○	○			○											1	
	地域連携部会	○									○						1	
	がん相談部会	○							○								3	
	がん診療部会	○										○					2	
36 岡山大学病院	岡山県がん診療連携協議会	○															3	
	がん登録部会		○			○											2	
	研修教育部会		○				○										2	
	がん相談支援部会	○						○									3	
	がん看護部会	○													○	がん看護	5	
	緩和ケア部会		○								○						2	
37 広島大学病院	広島県がん診療連携協議会	○				○	○	○	○	○	○	○					2	
	情報提供・相談支援部会	○						○									3	
	院内がん登録部会	○				○											2	
38 山口大学医学部附属病院	山口県がん診療連携協議会	○															2	
	がん登録部会				○												0	
	クリティカルパス部会				○							○					0	
	緩和ケア部会				○							○					0	
	相談支援部会				○				○								0	
39 徳島大学病院	徳島県がん診療連携協議会	○				○	○	○	○	○	○	○					1	
	診療連携部会	○					○				○	○					1	
	情報提供・相談支援部会	○						○									1	
	緩和ケア部会		○					○			○						2	
40 香川大学医学部附属病院	地域連携・バス部会		○									○					1	
	地域連携バス専門部会		○									○					0	
	院内がん登録部会		○			○											1	
	研修・教育部会	○					○										0	
	情報・広報部会	○						○									0	
	緩和医療部会		○								○						0	
	在宅緩和ケア専門部会		○								○						1	
	相談支援部会		○						○								1	
	相談支援部会実務者連絡会		○						○				○				6	
臨床研究部会	○													○		0		
41 四国がんセンター	愛媛県がん診療連携協議会	○															3	
	がん相談支援専門部会	○						○									2	
	がん地域連携専門部会	○									○						2	
	がん集学的治療専門部会		○							○							2	
	がん登録専門部会	○							○								2	
	緩和ケア専門部会				○						○						2	
42 高知大学医学部附属病院	高知がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会	○						○									3	
	高知がん診療連携協議会がん登録部会	○						○									2	
43 九州がんセンター	福岡県がん診療連携協議会	○				※協議会は当院と九州大学病院による輪番制										2		
	研修・教育専門部会	○					○											1
	地域連携・情報専門部会	○						○			○	○					2	
	がん登録専門部会	○						○									2	
	緩和ケア専門部会	○									○	○					1	
44 九州大学病院	福岡県がん診療連携協議会	○				2つの都道府県拠点病院による輪番制										2		
	研修・教育専門部会	○					○											1
	地域連携・情報専門部会	○						○			○	○					2	
	がん登録専門部会	○						○									2	
	緩和ケア専門部会	○									○	○					1	
45 佐賀大学医学部附属病院	佐賀県がん診療連携協議会	○															1	
	院内がん登録データ収集・分析・評価推進WG	○						○									1	
	佐賀県がん相談支援センター連絡会	○							○								4	
	がん地域連携バスコーディネーター意見交換会				○							○					6	

施設名	部会名	2. 部会長の担当				3. 分野											4. 開催回数 (H27.1~12)
		都道府県拠点病院	地域拠点病院	持ち回り	その他	がん登録	教育研修	情報提供・相談支援	化学療法	放射線療法	緩和ケア	地域連携パス (クリティカルパス)	PDCAサイクル	口腔ケア医科歯科連携	臨床研究	その他	
46 長崎大学病院	長崎県がん診療連携協議会	○				○	○	○	○	○	○	○					3
	がん登録WG	○				○						○					1
	化学療法WG	○							○			○					1
	緩和医療WG	○								○		○					1
	相談支援WG	○						○				○					3
	研修・研究WG	○					○					○					1
	放射線治療WG	○								○		○					2
	地域連携パスWG	○										○	○				3
47 熊本大学医学部附属病院	熊本県がん診療連携拠点病院	○															2
	幹事会	○													○	部会運営総括	3
	がん診断部会	○					○										0
	化学療法部会	○					○		○								1
	放射線療法部会	○					○			○							1
	緩和ケア部会	○					○			○							2
	相談支援・情報連携部会	○					○	○			○		○				4
	がん登録部会	○				○	○										1
	がん看護臨床実務研修WG	○					○										0
PDCAサイクル推進WG	○										○					1	
48 大分大学医学部附属病院	大分県がん診療連携協議会	○				○	○	○			○	○			○	医師派遣調整	1
	研修専門部会	○					○										1
	がん登録専門部会	○				○											1
	クリティカルパス専門部会	○									○						1
	医師派遣専門部会	○													○	医師派遣調整	1
	情報提供・相談支援専門部会	○						○									1
	がん診療評価専門部会	○										○					1
49 宮崎大学医学部附属病院	宮崎県がん診療連携協議会	○															1
	地域連携クリティカルパス専門部会	○									○						0
	緩和医療専門部会	○					○				○						1
	相談支援専門部会	○						○									2
	院内がん登録専門部会	○				○	○										2
50 鹿児島大学病院	鹿児島県がん診療連携協議会	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○			1
	四部門合同研修会	○				○		○	○	○	○	○					2
	緩和ケア部門会	○					○			○		○			○	事例検討会	2
	がん相談部門会	○						○							○		3
	院内がん登録部門会	○				○											6
	化学療法部門会	○							○								2
51 琉球大学医学部附属病院	沖縄県がん診療連携協議会	○															4
	がん登録部会	○				○						○					5
	地域ネットワーク部会	○									○						3
	がん政策部会				○							○			○	政策立案と提言	3
	研修部会		○				○										2
	緩和ケア部会				○					○							4
	相談支援部会			○					○			○					4
普及啓発部会	○					○	○							○	がん教育	3	

* 新潟県立がんセンター新潟病院 平成28年度から部会長を新潟県がん診療連携拠点病院(がんセンター新潟病院)へ変更した。