

2020年11月6日

沖縄県がん診療連携協議会

幹事長 増田昌人

PDCA サイクルの確保および医療に係る安全管理を目的とした、  
第三者による評価、拠点病院間の実地調査等について

協議会において、以下の件も含めて、審議事項4で一括したご意見を頂戴したい。

PDCA サイクルの確保および医療に係る安全管理を目的とした、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等について、指定要件からは、拠点病院および診療病院に達成が求められている。

また、一方当協議会は、沖縄県と協力し、第3次沖縄県がん対策推進計画の実現に向けても活動しているので、その進捗状況も踏まえて一連の大きなPDCAサイクルとして捉え、かつ確保することが必要である。そのため、審議事項2および4と一緒に審議をお願いする。

参考：第三者による評価、拠点病院間の実地調査等について、拠点病院および診療病院に求められる項目

#### 1. PDCAサイクルの確保

自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicator の利用や、第三者による評価、拠点病院間の 実地調査等を用いる 等、工夫をすること。

#### 2. 医療に係る安全管理

医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での 実地調査等を活用する ことが望ましい。

参考：県拠点病院に特別に求められる項目

都道府県の地域拠点病院、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。

2020 年 11 月 6 日

沖縄県がん診療連携協議会

幹事長 増田昌人

## ＜拠点病院の外来化学療法室の相互訪問報告書＞

### 琉球大学医学部附属病院主催外来化学療法室見学会

日時：2018 年 1 月 19 日(金)15：45 受付 16：00～17：30

場所：琉球が医学医学部附属病院 外来化学療法室、薬剤部

自施設参加者：増田センター長、高橋、鈴木薬剤師、里見看護師、神山看護師、當山看護師長、MSW 大久保、経営企画 畝岡 他数名出入りあり。

参加施設：県立中央病院、那覇市立病院、県立八重山病院、北部地区医師会病院

#### スケジュール

16：00 主催者挨拶（高橋室長）

16：05 外来化学療法室見学と紹介説明（里見看護師）

- （１）当院の概要
- （２）外来化学療法室の紹介
- （３）治療室の利用状況
- （４）通院治療患者の流れ
- （５）安全確保状況

16：50 薬剤部ミキシング室見学と紹介説明（鈴木薬剤師）

- （１）薬剤部の概要、各スタッフ数、専門認定薬剤師の在席状況、
- （２）がん患者指導管理料３の算定状況、
- （３）抗がん剤担当薬剤師の業務、患者支援の介入例、
- （４）レジメン管理について

17：05 全体討議（場所：化療室）

・相互訪問前に提出された外来化学療法室に関する書類整備状況一覧をもとに意見交換（以下の書類確認）を行った。

- （１）利用に関するマニュアルと申請関連書類
- （２）予約の取り決めと予約制限の有無
- （３）初回利用患者の事前オリエンテーションに関する書類
- （４）過敏症対応マニュアル
- （５）血管外漏出対応マニュアル
- （６）抗がん剤曝露マニュアル
- （７）前投薬内服に関する書類

# 沖縄県立中部病院 外来化学療法室見学会 報告書

開催日:2018年 2月 23日(金) 16:00~17:30

場所:沖縄県立中部病院 外来化学療法室

参加者:38名

参加施設名:琉球大学医学部附属病院、地方独立行政法人那覇市立病院、沖縄県立宮古病院、  
沖縄県立八重山病院、(公社)北部地区医師会病院、浦添総合病院、ハートライフ病院  
中頭病院、中部徳洲会病院 (計9施設)

担当者: 朝倉 義崇(がん診療運営委員会委員長)  
伊江 将史(外来化学療法室室長)  
勝連 真人(がん薬物療法認定薬剤師)  
前森 里美(がん化学療法看護認定看護師)

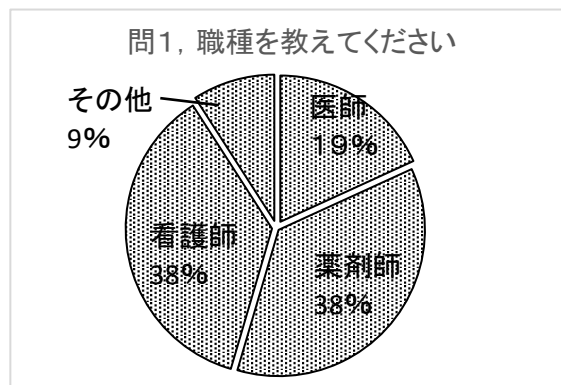
## プログラム

| 時間    | 内容            | 担当者   |
|-------|---------------|-------|
| 15:45 | 外来化学療法室へ案内・受付 | 外来看護師 |
| 16:00 | 開催:各病院参加者紹介   | 朝倉    |
| 16:10 | 外来化学療法室の紹介・見学 | 前森    |
| 16:25 | 薬局の紹介・見学      | 勝連    |
| 16:40 | 質疑応答          | 伊江    |
| 17:00 | 閉会            | 朝倉    |
| 17:05 | アンケート回収・情報交換会 | 外来看護師 |

アンケート回答者数:21名(回収率:55.2%)

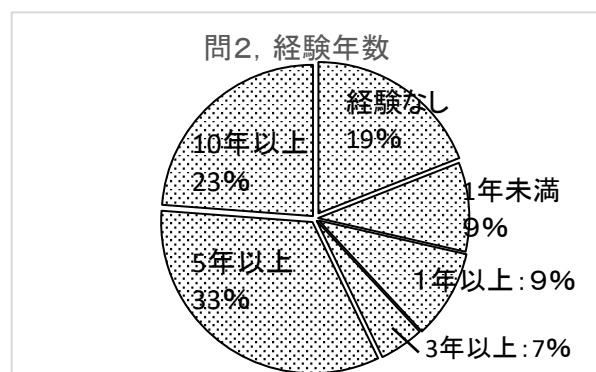
## 問1, 職種を教えてください

|     | 件数 | 割合     |    |
|-----|----|--------|----|
| 医師  | 4  | 19.04% |    |
| 薬剤師 | 8  | 38.09% |    |
| 看護師 | 8  | 38.09% |    |
| その他 | 2  | 9.52%  | 事務 |



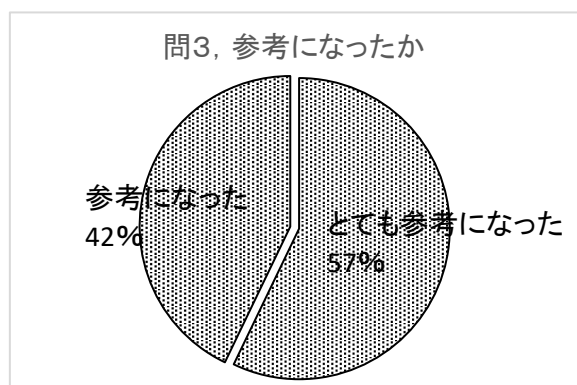
## 問2, 外来化学療法室業務の経験年数について教えてください

|        | 件数 | 割合     |
|--------|----|--------|
| 業務経験なし | 4  | 19.04% |
| 1年未満   | 2  | 9.52%  |
| 1年以上   | 2  | 9.52%  |
| 3年以上   | 1  | 4.76%  |
| 5年以上   | 7  | 33.33% |
| 10年以上  | 5  | 23.80% |



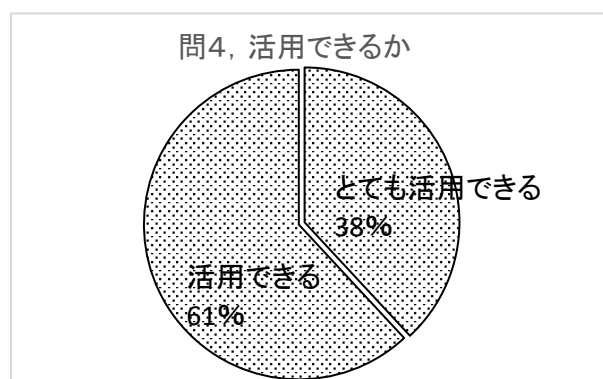
問3, 本日の外来化学療法室見学会は参考になりましたか

|             | 件数 | 割合     |
|-------------|----|--------|
| とても参考になった   | 12 | 57.14% |
| 参考になった      | 9  | 42.85% |
| 普通          | 0  | 0%     |
| 参考にならなかった   | 0  | 0%     |
| 全く参考にならなかった | 0  | 0%     |



問4, 今後の業務に活用できる内容でしたか

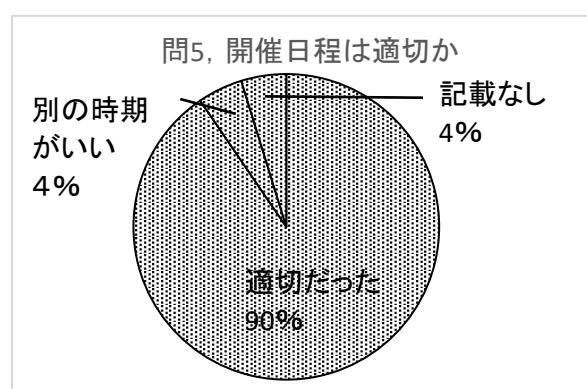
|          | 件数 | 割合     |
|----------|----|--------|
| とても活用できる | 8  | 38.09% |
| 活用できる    | 13 | 61.90% |
| 普通       | 0  | 0%     |
| 活用できない   | 0  | 0%     |
| 全く活用できない | 0  | 0%     |



問5, 開催日程は適切でしたか

|         | 件数 | 割合     |
|---------|----|--------|
| 適切だった   | 19 | 90.47% |
| 別の時期がよい | 1  | 4.76%  |
| 記載なし    | 1  | 4.76%  |

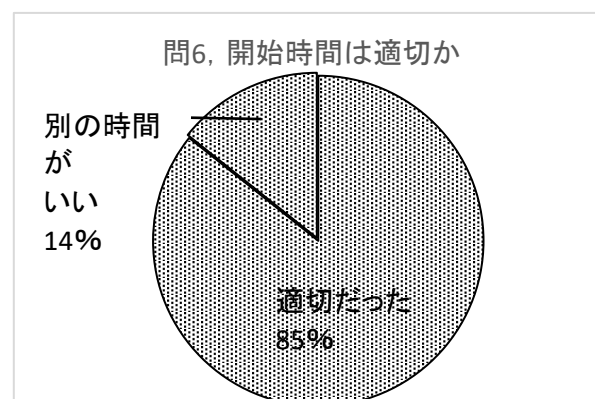
意見 《 8月頃 》



問6, 開始時間は適切でしたか

|         | 件数 | 割合     |
|---------|----|--------|
| 適切だった   | 18 | 85.71% |
| 別の時間がよい | 3  | 14.28% |

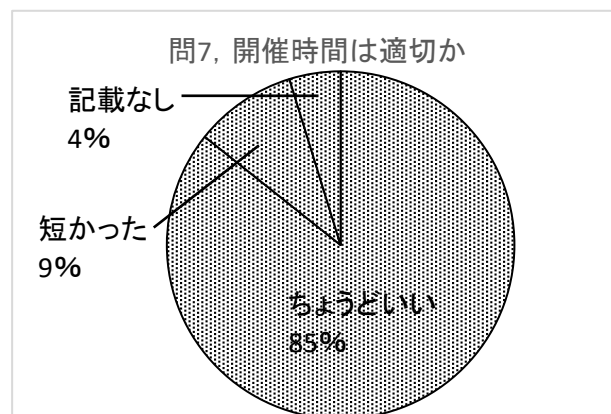
意見 《 14時・15時・17時頃がいい 》



問7, 開催時間は適切でしたか

|        | 件数 | 割合     |
|--------|----|--------|
| 長かった   | 0  | 0%     |
| ちょうどいい | 18 | 85.71% |
| 短かった   | 2  | 9.52%  |
| 記載なし   | 1  | 4.76%  |

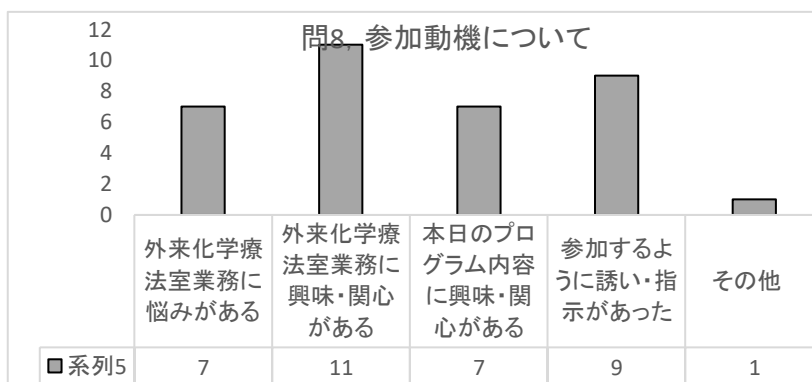
意見 《 たりない 》



問8, 見学会に参加された動機について教えてください(複数選択可)

|                     | 件数 |
|---------------------|----|
| 外来化学療法室業務に悩みがある     | 7  |
| 外来化学療法室業務に興味・関心がある  | 11 |
| 本日のプログラム内容に興味・関心がある | 7  |
| 参加するように誘い・指示があった    | 9  |
| その他                 | 1  |

意見 《 新病院を建設するため 》



問9, 今後やってほしい見学会や講演会のテーマがあれば教えてください

- ・病棟での化学療法の流れなど
- ・薬剤の廃棄を減らす工夫はあるか
- ・ケモの副作用対策など、モニタリングのやり方など
- ・専門、認定者の育成方法

問10, 本日の見学会に関するご意見ご感想をお聞かせください

- ・薬局側の説明や見学もあったのが良かった
- ・とても勉強になり、気になっていたことも解決できて良かったです。ありがとうございました。
- ・トイレや調剤室の造りが良いと思った
- ・準備お疲れ様でした
- ・なかなかない機会でも参考になりました。ありがとうございました。
- ・新病院の設立に受けて参考になりました
- ・とても参考になりました。ありがとうございました。

沖縄県立中部病院 外来化学療法室  
資料作成日: 2018/03/10

# 地域がん診療連携拠点病院 那覇市立病院 外来点滴センター見学会報告書

日時：H30年3月23日（金）16時～17時15分

場所：那覇市立病院 外来点滴センター

参加者：20名 アンケート回答者：19名（回収率：95%）

## 見学会内容

15:45 参加者受付開始

16:00 開催挨拶 各病院参加者紹介（外来点滴センター長 宮国 孝男）

16:10 外来化学療法室の紹介・見学（外来点滴センター看護師 東恩納 貴子）

16:25 薬剤部の紹介、見学（がん薬物療法認定薬剤師 永井 賢作）

16:45 質疑・応答・情報交換会

17:10 閉会

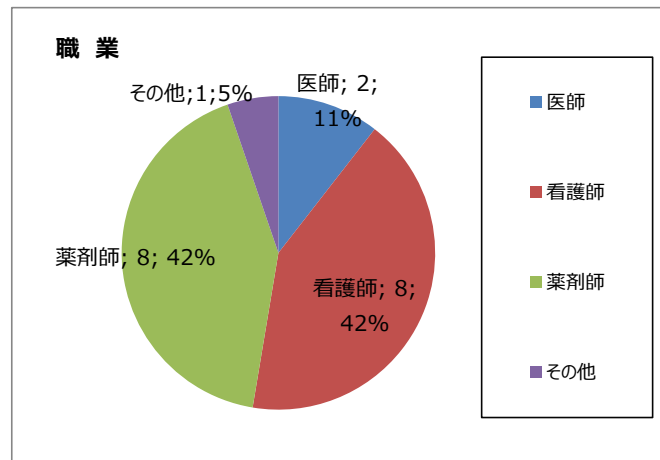


## 「外来点滴センター見学会」アンケート集計結果

参加人数：20名、アンケート回収：19名（回収率：95%）

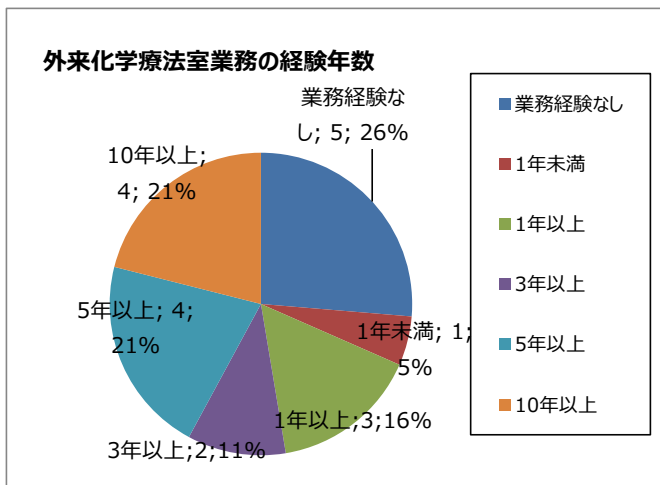
### 1. 職 業

|     |   |
|-----|---|
| 医師  | 2 |
| 看護師 | 8 |
| 薬剤師 | 8 |
| その他 | 1 |



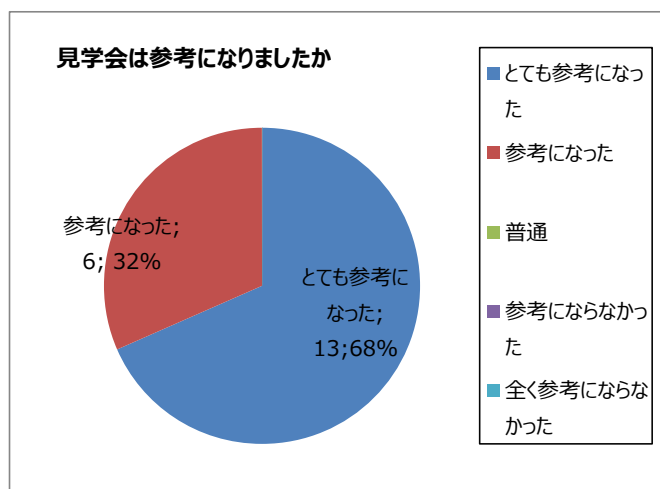
### 2. 外来化学療法室業務の経験年数について教えてください。

|        |   |
|--------|---|
| 業務経験なし | 5 |
| 1年未満   | 1 |
| 1年以上   | 3 |
| 3年以上   | 2 |
| 5年以上   | 4 |
| 10年以上  | 4 |



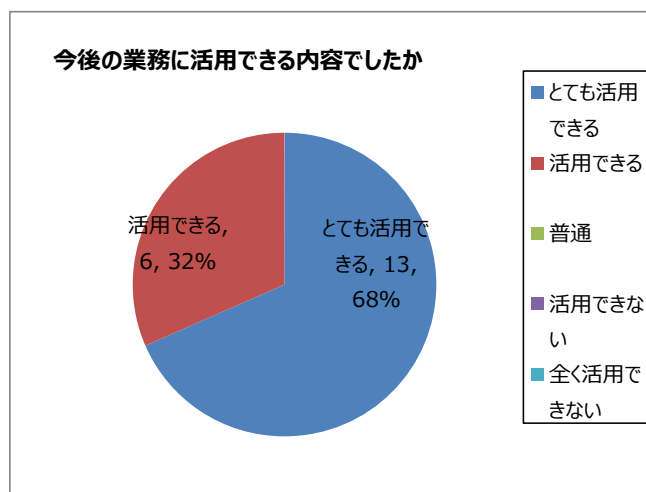
### 3. 本日の外来点滴センター見学会は参考になりましたか。

|             |    |
|-------------|----|
| とても参考になった   | 13 |
| 参考になった      | 6  |
| 普通          | 0  |
| 参考にならなかった   | 0  |
| 全く参考にならなかった | 0  |



#### 4. 今後の業務に活用できる内容でしたか。

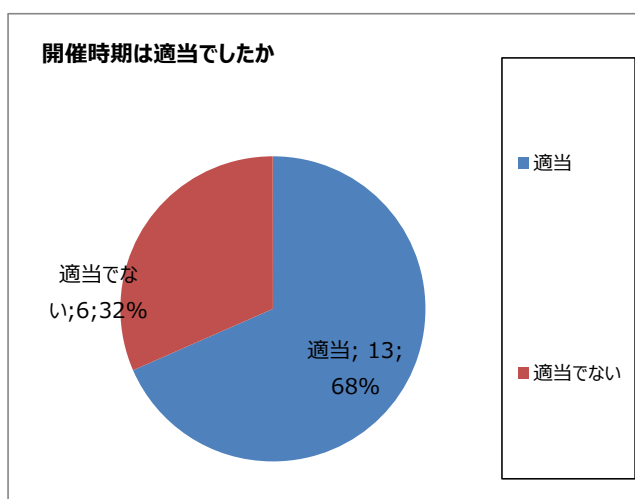
|          |    |
|----------|----|
| とても活用できる | 13 |
| 活用できる    | 6  |
| 普通       | 0  |
| 活用できない   | 0  |
| 全く活用できない | 0  |



#### 5. 開催時期は適当でしたか。

|       |    |
|-------|----|
| 適当    | 13 |
| 適当でない | 6  |

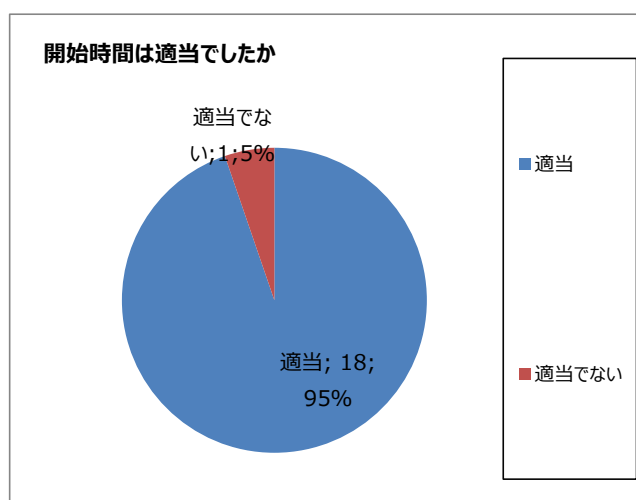
(年度末は厳しい)  
 (新年度あけて落ち着いた頃、3月は職員が変わってしまうため)  
 (3～4ヶ月に1回程度の間隔)  
 (6月頃希望)



#### 6. 開始時間は適当でしたか。

|       |    |
|-------|----|
| 適当    | 18 |
| 適当でない | 1  |

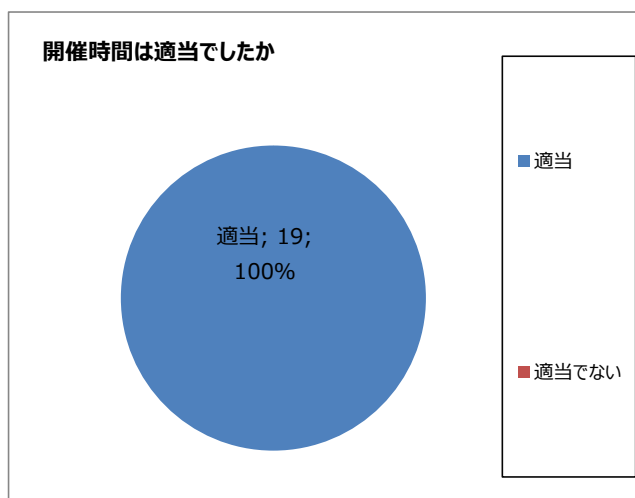
(日勤業務終了後だと人数がいっぱいこれたのでは)





## 7. 開催時間は適当でしたか。

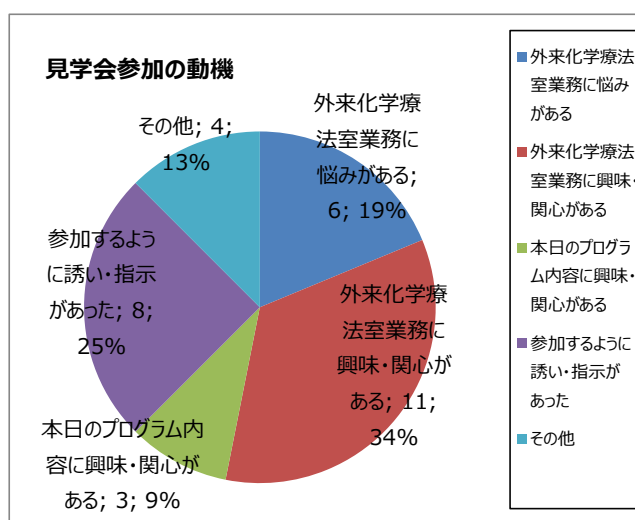
|       |    |
|-------|----|
| 適当    | 19 |
| 適当でない | 0  |



## 8. 見学会に参加された動機を教えてください。 (複数回答)

|                     |    |
|---------------------|----|
| 外来化学療法室業務に悩みがある     | 6  |
| 外来化学療法室業務に興味・関心がある  | 11 |
| 本日のプログラム内容に興味・関心がある | 3  |
| 参加するように誘い・指示があった    | 8  |
| その他                 | 4  |

(設備やケモ室、薬剤師の配置など)  
(新病院に向けて設備をみたかった)  
(新病院の参考に拠点病院の様子をみてみたかったので)  
(自施設の業務への参考)



## 9. 受講しての感想、感じたことなどをご自由にご記入ください。

・指導方法など具体的にアドバイスをもらえて参考になりました。お疲れ様でした。

## 10. 今後開催してほしい研修などがあればご記入ください。

・予約の工夫  
・ベットの回転の効率化

令和2年度 情報提供・相談支援部会事業  
がん相談支援センターの相互評価について

1. 目的

他施設のがん相談支援センター等の外部評価を受ける機会を創出し、その内容をふまえたジ  
ル臨床への還元サイクルを回すこと

2. 仕様する評価指標（例）

- （１）がん相談支援センターの体制や業務状況等についてわかるもの。
- （２）病院機能評価に用いられる指標
- （３）がん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト 2019 年作成版（全国部会作成版）（資料 10-4）

3. 参加者

- ・ 県内のがん診療連携拠点病院等のがん相談支援センター担当者、管理者等

4. プログラム

- （１）施設見学
- （２）ヒアリング
- （３）フィードバック

5. 候補日

- ・ 11月～12月の平日14：00～15：00の1時間
- ・ 被評価機関：琉大病院

6. 費用拠出

- ・ 相互評価に参加するにあたって必要となる交通費等は各所属施設の負担とする

7. その他

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  
がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト共通項目

2019年5月版

| アウトカム             |                       |                                                | プロセス                                                                                                                                         |        |                  |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |  |
|-------------------|-----------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 患者や家族および市民        |                       |                                                | がん相談支援センター                                                                                                                                   |        |                  |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |  |
| 最終目標              | 準最終目標                 | 必要な条件                                          | 必要な条件・状態                                                                                                                                     | 番号     | 優先順位             | 実施状況の案および例示                                                                                                                                       | 3段階評価の案および例示                                                                                                                                                    |  |
| 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(寄り添う) | 相談の場があると感じる人が増える<br><br>相談支援センターの役割を知っている人が増える | 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<br><br>多様な相談先がある<br><br>複数の相談場所がある                                                                             | 1      | A                | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物(チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等)、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している                                            | 3: 定期的(少なくとも1年おき)に見直しの機会を設けている<br>2: 表示をしているが、定期的な見直しの機会は設けていない<br>1: 表示できていない                                                                                  |  |
|                   |                       | 患者が孤立しない                                       | 情報や助けを求めている人に気づく人が増える<br><br>適切な相談窓口につながる人が増える<br><br>院内・外へセンターの周知が行われる<br>・医療従事者(院内・外)が相談支援センターの役割を知っている<br>・紹介元から紹介先へうまくつながれる(うまく連携がとれている) | 再掲(1)  | A                | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物(チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等)、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している                                            |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       | 患者同士の交流が可能になる(がん罹患後の)生活の見通しが立つ                 | ・患者サロンの運営や協力をする<br>相談対応の質が担保されている<br>・(相談員が)相談者のがんや状況の理解を助けることができる<br>・(相談員が)相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることができる                                 | 再掲(6)  | A                | ピアサポートの場をつくっている、またはピアサポートの提供が可能な場(患者会・患者サロン・ピアサポーター等)についての情報を提供することができる                                                                           |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       | 問題の解決法・対処法が増える                                 | ・患者サロンの運営や協力をする<br>相談対応の質が担保されている<br>・(相談員が)相談者のがんや状況の理解を助けることができる<br>・(相談員が)相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることができる                                 | 18     | A                | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラーニング・集合研修)に参加している                                                          | 3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している<br>2: 専従・専任の相談員のみが参加している<br>1: 参加していない                                                                                               |  |
|                   |                       | 問題や困りごとの原因が減る                                  | ・患者サロンの運営や協力をする<br>相談対応の質が担保されている<br>・(相談員が)相談者のがんや状況の理解を助けることができる<br>・(相談員が)相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることができる                                 | 19     | A                | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を保障し、参加を促している<br>(例:研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等)                                           | 3: 専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を保障している<br>2: 専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を保障している<br>1: 専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を保障している(それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い) |  |
|                   |                       | 患者が自分らしい生活ができるよう問題の解決ができる                      | 相談対応の質が担保されている<br>・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる                                                                                            | 21     | 都道府県拠点A<br>地域拠点B | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談員指導者研修を修了した者を配置している                                                                                           | 3: 複数名配置している<br>2: 1名配置している<br>1: 配置していない                                                                                                                       |  |
|                   |                       |                                                | 相談対応の質が担保されている<br>・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる                                                                                            | 26     | A                | がん相談支援センター内での情報共有や相談傾向の把握・課題抽出、他施設との比較ができるよう、相談記入シート(情報提供・相談支援部会で採用された「相談記録のための基本形式」)を用いて相談記録を作成している                                              | 3: 現在相談記入シートに準拠している<br>2: 現在相談記入シートに準拠していないが、今後準拠する予定である<br>1: 現在相談記入シートを準拠しておらず、今後準拠する予定もない                                                                    |  |
|                   |                       |                                                | 相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる                                                                                                      | 27     | A                | 相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している                                                                                                               | 3: 分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている<br>2: 分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない<br>1: 医療者からの相談内容や対応については分析していない                                                            |  |
|                   |                       |                                                | 相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる                                                                                                      | 28     | S                | がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている                                                                           | 3: 病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができる<br>2: 病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元サイクルを回せていない<br>1: 病院管理者等への報告は行っていない                                             |  |
|                   |                       |                                                | 相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる                                                                                                      | 30     | 都道府県拠点または部会担当施設A | 【都道府県拠点または部会担当施設】<br>部会で検討して解決が困難な課題を、上部の協議会に挙げ、解決をはかる仕組みがある                                                                                      | 3: 協議会に挙げ解決をはかる仕組みがあり、機能している<br>2: 現在、協議会に挙げ解決をはかる仕組みがないため、体制整備に取り組んでいる<br>1: 現在、協議会に挙げ解決をはかる仕組みはなく、体制整備にも取り組んでいない                                              |  |
|                   |                       |                                                | 相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる                                                                                                      | 31     | S                | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターで提供された支援に対する利用者からのフィードバックを得るための体制を整備している<br>(例:センター利用者への満足度調査の実施、病院として実施する患者満足度調査に部門評価を含める等)                    | 3: 体制整備に取り組む、収集・評価・実臨床への還元サイクルを回すことができる<br>2: 体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例:収集はしているが、その内容を評価し実臨床に還元することができてない等<br>1: 体制整備に取り組んでいない                          |  |
|                   |                       |                                                | 相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる                                                                                                      | 33     | S                | 病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの体制や業務状況等について外部から評価を受ける機会を設けている(例:認定がん相談支援センターの認定取得、病院機能評価、他施設のがん相談支援センターとの間での相互評価等)                              | 3: 外部評価を受ける機会があり、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができる<br>2: 外部評価を受ける機会はあるものの、運用上の課題が残っている<br>例:評価は受けているが、その内容を実臨床に還元することができてない等<br>1: 外部評価を受ける機会がない                    |  |
|                   |                       | 患者中心の(その人なりの)意思決定が可能になる                        | 納得して治療を選択できる                                                                                                                                 | 再掲(18) | A                | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラーニング・集合研修)に参加している                                                          |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 意思決定に必要な情報が得られる                                                                                                                              | 再掲(19) | A                | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を保障し、参加を促している                                                                                              |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 医療者とのコミュニケーションがうまくいく                                                                                                                         | 34     | A                | がん相談支援センター内で情報提供・相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報・信頼できる情報の整備・更新に努めている                                                                        | 3: 定期的(少なくとも1年おき)に行っている<br>2: 必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない)<br>1: 活用する情報についての検討・評価を行っていない                                                                        |  |
|                   |                       |                                                | 医療者とのコミュニケーションがうまくいく                                                                                                                         | 36     | S                | がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&Aをセンター内で作成し、定期的に更新している                                                                                                        | 3: 作成し、定期的(少なくとも1年おき)に確認・更新している<br>2: 作成したが更新していない<br>1: 作成していない                                                                                                |  |
|                   |                       |                                                | 医療者とのコミュニケーションがうまくいく                                                                                                                         | 39     | A                | 病院管理者は、がん相談支援センターの相談員をバックアップするための多職種連携・協働体制を整備している(例:相談員が相談対応で困ったときに助言を求められる担当者を決めるよう各診療科・部門に指示する等)                                               | 3: 体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている<br>2: 体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている<br>例:一部の診療科にしか浸透していない等<br>1: 体制整備に取り組んでいない                                                       |  |
|                   |                       |                                                | 医療者とのコミュニケーションがうまくいく                                                                                                                         | 41     | A                | 相談対応した際の記録(音声データ等)とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている                                                                                           | 3: 複数の相談員が参加する形の部門内モニタリングを、定期的(相談員あたり少なくとも年1回)に行っている<br>2: 自身の相談対応を各自で振り返る形のセルフモニタリングを用いて行っている<br>1: 事例検討は行っているが、評価表を用いてのモニタリングは行っていない                          |  |
|                   |                       | 公平・中立な相談の場が確保される                               | 医療連携が円滑に行われている                                                                                                                               | 43     | A                | がん相談支援センター内で個人情報の取り扱い(守秘義務遵守・相談記録管理等)方針について定め、遵守されている<br>例:相談者の同意なく、主治医など相談支援センター外に伝えない等のルールが明文化されている                                             | 3: 方針を定め、問題なく運用できている<br>2: 方針は定めたとものの、運用上の課題が残る方針となっている<br>例:相談内容について情報を伝えない範囲を院外の者としており、院内の者(特に主治医)であれば相談内容を知ることができる状態となっている等<br>1: 方針を定めていない                  |  |
|                   |                       |                                                | 医療連携が円滑に行われている                                                                                                                               | 再掲(9)  | A                | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割(質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む)や業務を、院内スタッフに対して周知する機会(例:新人オリエンテーション・医局会等)を定期的に設けている                     |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 医療連携が円滑に行われている                                                                                                                               | 再掲(10) | A                | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している(例:リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等) |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 医療連携が円滑に行われている                                                                                                                               | 再掲(27) | A                | 相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している                                                                                                               |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       | (患者・家族・市民から見て)適切に対応できる医療者が増える                  | 十分な説明、必要な情報を得られる                                                                                                                             | 再掲(28) | S                | がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている                                                                           |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 治療や治療以外の心配や不安について表出しやすくなる                                                                                                                    | 再掲(9)  | A                | 病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割(質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む)や業務を、院内スタッフに対して周知する機会(例:新人オリエンテーション・医局会等)を定期的に設けている                     |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       |                                                | 治療や治療以外の心配や不安について表出しやすくなる                                                                                                                    | 再掲(10) | A                | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している(例:リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等) |                                                                                                                                                                 |  |
| (がんになっても)安心して暮らせる | 社会に、がんに対する対応力が醸成される   | 社会の支えが感じられる                                    | 広報活動が行われている                                                                                                                                  | 44     | A                | 情報提供・相談支援に活用するがんに関する図書、小冊子やリーフレットは、センター内で内容を精査し、正確な情報が掲載されているものを設置・配布している                                                                         | 3: 明文化された判断基準の下、内容の精査を行っている<br>2: 内容の精査は行っているが、明文化された判断基準がない<br>1: 内容の精査を行っていない                                                                                 |  |
|                   |                       | 情報啓発の場が確保される                                   | がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる                                                                                                                      | 再掲(18) | A                | 基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラーニング・集合研修)に参加している                                                          |                                                                                                                                                                 |  |
|                   |                       | 情報啓発の場が確保される                                   | がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる                                                                                                                      | 46     | A                | 都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会(部会下に設置されるワーキンググループ等含む)に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行っている                                                                  | 3: 定期的に参加しており、情報共有や協力体制構築において、主体的に役割を果たしている<br>2: 参加はしているが、主体的に関わる事ができていない<br>1: 参加していない                                                                        |  |
|                   |                       | 地域のネットワークの構築                                   | 地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている                                                                                                                    | 再掲(46) | A                | 都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会(部会下に設置されるワーキンググループ等含む)に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行っている                                                                  |                                                                                                                                                                 |  |

注1) 全般に関連するが特に関連が深い目標のところに記載  
注2) 優先順位 S: (全国一律に)特に優先的に取り組むべき項目 A: (全国一律に)優先的に取り組むべき項目  
B: (SやA項目に比べて優先順位は低いものの)取り組むべき項目 C: 施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目

## ＜拠点病院 整備指針 実地調査に関する部分の抜粋＞

健発 0731 第 1 号

平成 30 年 7 月 31 日

各都道府県知事 殿  
厚生労働省健康局長  
( 公 印 省 略 )

### がん診療連携拠点病院等の整備について

以下、省略

### がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

#### I がん診療連携拠点病院等の指定について

1、2 略

3 国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。

(1) 略

(2) 他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等へ必要に応じて実地調査を行うなど、情報提供を求め、我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言する。実地調査を行う際には、必要に応じて当該都道府県内の他のがん診療連携拠点病院等の意見の活用を考慮すること。

(3) 略

4、5 略

6 厚生労働大臣は、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ける指定要件の充足状況に関して疑義が生じた場合など、必要と判断したときは、都道府県に対し、文書での確認や実地調査等の 実態調査を行うことを求めることができるものとする。

7 略

## 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 略
- 2 診療実績 略
- 3 研修の実施体制 略
- 4 情報の収集提供体制 略
- 5 臨床研究及び調査研究 略
- 6 P D C Aサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicator (以下「Q I」という。)の利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) 略

- 7 医療に係る安全管理

(1) ～ (3)

(4) 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

(5)、6) 略

- 8 地域拠点病院（高度型）の指定要件について 略

## Ⅲ 特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

省略

## Ⅳ 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、P D C Aサイクルの確保に関し中心的役割を担い、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県拠点病院として指定する場合には、Ⅲの特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件（3の（1）、（2）を除く。）を満たすこと。

- 1 都道府県における診療機能強化に向けた要件

(1)、(2) 略

(3) 都道府県の地域拠点病院、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。

(4) 略

- 2 都道府県における相談支援機能強化に向けた要件 略
- 3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件 略
- 4 院内がん登録の質的向上に向けた要件 略
- 5 P D C Aサイクルの確保 略

## 6 医療に係る安全管理

(1) ～ (3) 略

(4) 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

(5)、(6) 略

## V 国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

省略

## VI 特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

省略

## VII 地域がん診療病院の指定要件について

1 診療体制 略

2 診療実績 略

3 研修の実施体制 略

4 相談支援・情報提供・院内がん登録 略

5 P D C Aサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはQ Iの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) 略

## 6 医療に係る安全管理

(1) ～ (3) 略

(4) 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

(5)、(6) 略

## VIII 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

省略