

I-1. 「都道府県がん診療連携協議会」の運営・活動状況について

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、各都道府県がん診療連携協議会（以下、都道府県協議会）の運営・活動状況を共有し、都道府県協議会に求められている活動について議論することを予定しています。貴都道府県協議会の現状について、ご回答くださいますようお願い申し上げます。

各都道府県の取り組みや状況を、できるだけ詳しく全国で共有したいと考えておりますので、貴都道府県協議会の体制、役割、構成員の詳細（所属、氏名など）が分かる公表可能な資料（既存の物で結構です）も併せてご提供くださいますと幸いです。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください

都道府県 *** 必須**

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

公表いたしません

氏名

公表いたしません

メールアドレス

公表いたしません

(確認用)

貴都道府県協議会の体制、役割、構成員の詳細（所属、氏名など）が分かる公表可能な資料をご提供ください。

- 10MB以上の場合は、事務局（kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp）宛にメールにてお送りください。
- 添付ファイルが複数ある場合は、zipファイルにまとめてアップロードしてください。

参照...

1. 「都道府県がん診療連携協議会」の運営・活動状況について

1. 貴都道府県で設置している都道府県協議会の活動状況についてお伺いします。

- A. 貴都道府県の都道府県協議会と「部会名」をお答えください。 *** 必須**
- B. 各部会の分野について、下記表の選択肢から該当するものを選択してください。 *** 必須**
- C. 協議会と各部会の年間開催回数（H30.4～H31.3）をご記入ください。 *** 必須**

A. 都道府県協議会名

C. 都道府県協議会の開催回数 回
(H30.4~H31.3)

部会についてお答えください。

A. 部会名1

B. 部会名1の分野

<input type="checkbox"/> がん登録	<input type="checkbox"/> 教育研修	<input type="checkbox"/> 情報提供・相談支援
<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> 地域連携パス（クリティカルパス）	<input type="checkbox"/> PDCAサイクル	
<input type="checkbox"/> 口腔ケア医科歯科連携	<input type="checkbox"/> 臨床研究	<input type="checkbox"/> その他

C. 部会名1の開催回数 回
(H30.4~H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名2

B. 部会名2の分野

<input type="checkbox"/> がん登録	<input type="checkbox"/> 教育研修	<input type="checkbox"/> 情報提供・相談支援
<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> 地域連携パス（クリティカルパス）	<input type="checkbox"/> PDCAサイクル	
<input type="checkbox"/> 口腔ケア医科歯科連携	<input type="checkbox"/> 臨床研究	<input type="checkbox"/> その他

C. 部会名2の開催回数 回
(H30.4~H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名3

B. 部会名3の分野

<input type="checkbox"/> がん登録	<input type="checkbox"/> 教育研修	<input type="checkbox"/> 情報提供・相談支援
<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> 地域連携パス（クリティカルパス）	<input type="checkbox"/> PDCAサイクル	
<input type="checkbox"/> 口腔ケア医科歯科連携	<input type="checkbox"/> 臨床研究	<input type="checkbox"/> その他

C. 部会名3の開催回数 回
(H30.4~H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名4

B. 部会名4の分野

- 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

C. 部会名4の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名5

B. 部会名5の分野

- 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

C. 部会名5の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名6

B. 部会名6の分野

- 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

C. 部会名6の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名7

B. 部会名7の分野

- 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

C. 部会名7の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名8

B. 部会名8の分野

- 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

C. 部会名8の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

この他にも部会があればご記入ください。

A. 部会名9

B. 部会名9の分野

- 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

C. 部会名9の開催回数

 回

(H30.4～H31.3)

2-A. 各部会においてがん診療連携協議会で審議が必要になったことについて、がん診療連携協議会で実際に審議され、その結果について部会にフィードバックされた事例が過去にありましたか。*必須

- はい いいえ

2-B. 「はい」を選んだ方は、具体的な例についてご記入ください。

3-A. 貴都道府県の第3期「都道府県がん対策推進計画」の策定において、貴都道府県協議会としての関わりがありましたか？*必須

はい いいえ

3-B. 「はい」を選んだ方は、計画策定にどのように関わられたのかご回答ください。

～以下の設問について～

他の都道府県が参考にできるようなもので、**記入できることがあれば**、具体的な取り組みや活動内容についてご回答くださいますようお願い申し上げます。

4. 貴都道府県協議会の活動において、行政（都道府県庁など）はどのように関わっていますか。ご自由にご回答ください。（128字まで）

5. 貴都道府県協議会の活動に関して、うまくいっていること、工夫していることについてご回答ください。（128字まで）

6. 貴都道府県協議会の活動に関して、困っていること、課題や問題などについてご回答ください。（128字まで）

7. 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会において、他の都道府県に聞きたいことや議論したいことについてご回答ください。（128字まで）

送信

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社バイドビッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。



I-2. 「都道府県がん診療連携協議会」の運営・活動状況について

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、各都道府県がん診療連携協議会（以下、都道府県協議会）の運営・活動状況を共有し、都道府県協議会に求められている活動について議論することを予定しています。貴都道府県協議会の現状について、ご回答くださいますようお願い申し上げます。

各都道府県で様々な取り組みをされていると思いますが、他の都道府県が参考にできるように、可能な範囲で具体的な取り組みや活動内容をご回答くださいますようお願い申し上げます。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください

都道府県 * 必須

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

公表いたしません

お名前

公表いたしません

メールアドレス

公表いたしません

(確認用)

～以下の設問について～

他の都道府県が参考にできるようなもので、工夫していることがあれば、具体的な取り組みや活動内容についてご回答くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴都道府県で設置している都道府県協議会の取組についてお伺いします。

※ 以下は、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（平成30年7月31日付け0731第1号厚生労働省健康局長通知）の「IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について」のうち、「1 都道府県における診療機能強化に向けた要件（4）」の都道府県協議会に求められている事項に基づいた質問となっています。

A. 貴都道府県内の地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定において、グループ指定の組み合わせを、どのように決定しているのかご回答ください。（128字まで）

B. 貴都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の診療実績等について、どのように共有しているのかご回答ください。（128字まで）

C. 貴都道府県のがん診療及び相談支援の提供について、どのような連携協力を行う（検討中も含めて）体制なのかご回答ください。（128字まで）

D. 貴都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧について、どのように作成し、共有しているのかご回答ください。（128字まで）

E. 貴都道府県内の院内がん登録のデータについて、どのように分析・評価等を行っているのかご回答ください。（128字まで）

F. 貴都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院への診療支援を行う医師の派遣を行っている場合、どのように調整しているのかご回答ください。（128字まで）

G. 貴都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修計画について、どのように作成しているのかご回答ください。（128字まで）

H. 貴都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて、どのように情報を集約して医療機関間で共有し、広報しているのかご回答ください。（128字まで）

I. 国協議会と体系的な連携をするため、また国立がん研究センターの研修に関する情報や国協議会での決定事項を貴都道府県内で共有するため、どのような体制を整備しているのかご回答ください。（128字まで）

送信

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。

I-3. 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、各都道府県がん診療連携拠点病院の取り組みを共有し、都道府県がん診療連携拠点病院に求められている機能について議論することを予定しています。
各都道府県で様々な取り組みをされていると思いますが、他の都道府県が参考にできるように、可能な範囲で具体的な取り組みや活動内容をご回答くださいますようお願い申し上げます。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください

都道府県 * 必須

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

公表いたしません

お名前

公表いたしません

メールアドレス

公表いたしません

(確認用)

～以下の設問について～

他の都道府県が参考にできるようなもので、工夫していることがあれば、具体的な取り組みや活動内容についてご回答くださいますようお願い申し上げます。

※ 以下は、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（平成30年7月31日付け0731第1号厚生労働省健康局長通知）の「IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について」のうち、「1 都道府県における診療機能強化に向けた要件（2）（3）」、「2 都道府県における相談支援機能強化に向けた要件」、及び「4 院内がん登録の質的向上に向けた要件」の都道府県拠点病院に求められている事項に基づいた質問となっています。

1. 都道府県における診療機能強化に向けた要件についてお伺いします。

A. 貴都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援をどのように行っているのかご回答ください。（128字まで）

B. 貴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どのように求め、貴都道府県内のがん診療等の状況に関する情報をどのように収集、分析、評価し、改善を図っているのかご回答ください。（128字まで）

2. 都道府県における相談支援機能強化に向けた要件についてお伺いします。

A. 貴都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行っている場合、どのように情報提供を行っているのかご回答ください。（128字まで）

B. 貴都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修をどのように行っているのかご回答ください。（128字まで）

3. 院内がん登録の質的向上に向けた要件についてお伺いします。

A. 貴都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集及び院内がん登録実務者の育成等を行っている場合、どのような取り組みを行っているのかご回答ください。（128字まで）

送信

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社バイドビッツ](#)による情報管理システム「スパイラル」で安全に管理されます。



I-4. 希少がんの相談体制について

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、各都道府県がん診療連携拠点病院の取り組みを共有し、都道府県がん診療連携拠点病院に求められている機能について議論することを予定しています。

がん診療連携拠点病院の指定要件で求められている、相談支援センターの業務のうち、「希少がんに関する相談」について、可能な範囲で具体的な取り組みや活動内容をご回答くださいますようお願い申し上げます。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください。

都道府県 *** 必須**

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

お名前

メールアドレス

(確認用)

1. 貴施設では、希少がんの電話相談の対応は可能でしょうか。該当するものに印を付けてください。 *** 必須**

はい

いいえ

2. 希少がんの電話相談に特化した研修があれば、受講したいですか。該当するものに印を付けてください。 *** 必須**

はい

いいえ

3-A. 貴施設内で、希少がんの電話相談に対応するための体制整備を行う予定がありますか？ 該当するものに印を付けてください。 *** 必須**

はい

いいえ

現時点で分からない

3-B. 「はい」を選んだ方は、可能な範囲で、その概要についてご回答ください

送信

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。



II. 都道府県レベルでのがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保の取り組みについて

- 第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、各都道府県が取り組む「都道府県レベルでのがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保」の状況について共有させていただく予定です。
- 【都道府県レベルでのPDCAサイクル確保をご担当されている方】に、ご回答をお願い申し上げます。
- なお、ご回答いただいた内容は、施設名を含めて本協議会で公表することを予定しております。(回答者のお名前・E-mail 情報については公表いたしません)
- 選択式の設問は、該当するものに印を付けてください。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください

都道府県 *必須

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

公表いたしません

お名前

公表いたしません

メールアドレス

公表いたしません

(確認用)

- 現在、国立がん研究センターがん対策情報センターでは、各都道府県の実際取り組み状況を把握し、全国で情報共有させていただくため、国立がん研究センターがん対策情報センターの職員が、都道府県内のがん診療連携病院のPDCAサイクル確保に関する会議を傍聴させていただいております。これに該当する情報は公表いたしません。

A. 貴都道府県の当該会議への傍聴の可否についてご回答ください。

- 傍聴可能 傍聴不可能

上記Aで「傍聴可能」と回答した方にお伺いします。

B. 傍聴可能な当該会議の次回開催日が決定している場合はご記入ください。

会議名

開催日

年月日

C. 傍聴させていただく場合の事務連絡窓口担当者情報についてご記入下さい。

施設名

所属部名

お名前

メールアドレス

(確認用)

1. 都道府県レベルでのがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクルの確保についてお伺いします。

A. 都道府県内に、PDCAサイクルの確保に関する部会・委員会等の会議体を設置していますか？ ***必須**

設置している 設置していない

上記Aで「設置している」と回答した方にお伺いします。

B. 会議体の名称をご記入ください。

例) ○○部会, ○○委員会, ○○作業部会 など

C-1. 過去に開催した会議体による会議の開催回数についてお答えください。

回

C-2. その内、平成30年度の開催数

回

D. 会議体の構成員数をお選び下さい。

- ~5名 6~10名 11~15名
 16~20名 21名~

上記Aで「設置していない」と回答した方にお伺いします。

E. 都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保について、どのような場で検討されていますか。

- 検討していない
 都道府県がん診療連携拠点病院の担当者間
 都道府県のがん診療連携協議会
 都道府県内のがん診療連携協議会の各領域の専門部会
 その他

その他を選んだ方は、その内容をお書きください

2. 都道府県レベルでのがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保に関する以下の項目について、現時点の取り組み状況で該当するものに印を付けてください。
なお、回答は一部の領域に特化した取り組みではなく、がん診療を全般的に検討する都道府県全体での取り組みについてご回答下さい。

A. 都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する責任者を決めている ***必須**

- 行っている 行っていない

B. 都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する実務担当者を決めている ***必須**

- 行っている 行っていない

C-1. 都道府県レベルで取り組むPDCAサイクル確保の方法を定めて、都道府県内で取り組みを開始している。 ***必須**

- 行っている 行っていない

C-2. 都道府県内のPDCAサイクルの確保の手段について、下記に該当する取り組みがある場合は、チェックを付けてください（複数回答も可）。

- 各病院の現況報告書を用いて、がん診療連携拠点病院の診療機能等の情報共有をしている
- 各病院の院内がん登録のデータを用いて、がん診療に関する情報共有をしている
- がん診療評価指標（Quality Indicator）の研究（がん登録部会QI）に参加している
- がん診療連携拠点病院における診療体制に関する調査(東京大学大学院 水流聡子)に参加している
- 都道府県内で定めたフォーマットを用いて、各病院が取り組むがん診療の質の改善を目指した活動について情報共有している
- 特定のメンバーが訪問する形で、病院の実施調査を行っている
- 病院間のメンバーが相互に訪問する形で、病院の実施調査を行っている
- その他

C-3. その他を選んだ方は、その内容をお書きください

D. 都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で、都道府県内のがん診療の現状を踏まえて、問題や課題について整理している *必須

- 行っている 行っていない

E-1. 都道府県内のがん診療の課題や問題に基づき、都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している *必須

- 行っている 行っていない

E-2. 共通の目標があればご記入ください

E-3. 共通の指標があればご記入ください

F. 都道府県内で設定している共通の目標は、「都道府県がん対策推進計画」に基づいて設定している *必須

- 行っている 行っていない

G. 都道府県内で設定した共通の目標達成のために、各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している *必須

行っている 行っていない

H. 都道府県で設定した共通の目標達成に向けて、各拠点病院の計画の進捗状況について都道府県のPDCA部会等で確認している ***必須**

行っている 行っていない

I. 都道府県内で設定した目標達成状況について、PDCAサイクル部会・委員会等で評価している ***必須**

行っている 行っていない

3. 都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保に関する取り組みにおいて、工夫していることや問題点等がございましたらご回答ください。(128字まで)

4. 都道府県のPDCAサイクル確保について、国立がん研究センターが取り組んでいる支援に関してご意見等がありましたらお聞かせください。(128字まで)

送信

ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社パイブドピッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。



III. 都道府県内のがん医療に携わる医療者の研修・人材育成について

- 第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、都道府県内のがん医療に携わる医療者の研修・人材育成の状況について共有させていただく予定です。
- 【都道府県内の施設に向けた研修を総括されている方】に、ご回答をお願い申し上げます。
- なお、ご回答いただいた内容は、施設名を含めて本協議会で公表することを予定しております。(回答者のお名前・E-mail 情報については公表いたしません)
- 選択式の設問は、該当するものに印を付けてください。

●一時保存機能はございませんのでご注意ください。

0. 回答者情報をご記入ください。

都道府県 ***必須**

----- 選択してください ----- ▾

施設名

所属部署名

公表いたしません

氏名

公表いたしません

メールアドレス

公表いたしません

(確認用)

以下の「がん化学療法」「緩和ケアチーム」「がん看護」「薬剤師」の4種類の研修については、必ずご回答をお願いいたします。研修ごとにご記入の上、送信してください。上記以外の研修を開催している場合は、「その他」に印を付けてご回答ください(がん専門相談員、院内がん登録実務者は除く)。

1. 次の中から研修会の種類をお選びください。*必須

- がん化学療法 緩和ケアチーム がん看護
 薬剤師
 その他(がん専門相談員、院内がん登録実務者は除く)

2. 貴都道府県に設置されているがん診療連携協議会や部会等において、都道府県内の施設に向けた、「1」の研修について検討する機会がございますか。*必須

- はい いいえ

3. 都道府県内の施設に向けた「1」の研修等の人材育成についてお伺いします。

参加者数

人

差し支えなければ、研修開催時の募集案内等の研修の概要のわかる資料を添付してください。

- 10MB以上の場合は、事務局（kyoten-office@ml.res.ncc.go.jp）宛にメールにてお送りください。
 - 添付ファイルが複数ある場合は、zipファイルにまとめてアップロードしてください。

3-D-1. H30年度に、研修を実施しなかった理由をお選びください。（複数回答も可）

- 都道府県内で研修実施について話し合う機会がないから
- 担当がいなかったから
- 時間的に余裕が無かったから
- 必要性を感じていないから
- どのように研修実施を実現すればよいかわからないから
- 他の機関が主催で実施していたため
- 予算が確保できなかったから
- 都道府県内の関係者の協力が得られないから
- 研修生が集まらないから
- その他

3-D-2. その他を選んだ方は、その内容についてご記入ください。

4. 今年度に、「1」の研修を実施する予定はございますか。*必須

- はい いいえ

4-A. 「はい」を選んだ方は、今年度予定している「1」の研修についてご記入ください。

研修開催予定1：開始日 年 月 日

研修開催予定1：開催期間 日間

研修開催予定1：研修会名

研修開催予定1：研修会対象者

そのほかの研修会があれば、ご記入ください。

研修開催予定2：開始日 年 月 日

研修開催予定2：開催期間 日間

研修開催予定2：研修会名

研修開催予定2：研修会対象者

そのほかの研修会があれば、ご記入ください。

研修開催予定3：開始日 年 月 日

研修開催予定3：開催期間 日間

研修開催予定3：研修会名

研修開催予定3：研修会対象者

5. 都道府県内の施設に向けた研修・人材育成に関して、お困りのことなどがございましたらご記入ください。(128字まで)

6. 都道府県内の施設に向けた研修・人材育成を実施するにあたり、必要とする支援などがございましたらご記入ください(講師派遣や研修教材など)。(128字まで)

送信



ご登録される情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO20000-1, ISO9001の認証を取得している [株式会社パイブドビッツ](#)による[情報管理システム「スパイラル」](#)で安全に管理されます。