

第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート調査

各内容に関して、それぞれのご担当の方が回答できるよう、
シートを割り振るようお願い申し上げます。

- 本アンケートは【Ⅰ】～【Ⅴ】の5種類で構成されています。事前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3期がん対策推進基本計画」に関する内容です（2シート目）。
複数のテーマにご回答いただける場合は、シートをコピーしてご回答ください。
- 【Ⅱ】は、「都道府県レベルでのPDCAサイクル確保」に関する内容です（3シート目）。
- 【Ⅲ】は、「AYA世代の妊孕性温存」に関する内容です（4シート目）。
- 【Ⅳ】は、「都道府県レベルでの在宅緩和ケア連携」に関する内容です（5シート目）。
- 【Ⅴ】は、「都道府県全体のがん医療にたずさわる医療者の研修・人材育成」に関する内容です（6～10シート目）。「がん化学療法」「緩和ケアチーム」「看護師」「薬剤師」「その他」の研修についての内容になっています。
11シート目（平成29年度に実施した研修概要）は、平成29年度に複数回の研修を実施している場合に記入するためのものです。コピーしてご回答ください。
- 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、Emailについては公表いたしません

<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1～11をすべてご回答の上、6月27日（水）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. 「第3期がん対策推進基本計画」について

第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、「第3期がん対策推進基本計画」に記載されたがん診療連携拠点病院に新たに求められる機能について、都道府県レベルでの取り組み状況を共有し、今後のがん診療連携拠点病院の活動について議論していくことを予定しています。がん診療連携拠点病院に関連が深いテーマを中心に「都道府県内で取り組まれていること」について、ご回答くださいますようお願い申し上げます。より多くの取り組みを全国で共有したく考えております。可能な限り複数項目について、ご回答くださいますと幸いです。

<回答者情報をご記入ください> ※回答者のお名前、Emailについては公表いたしません

| | | | |
|-----|--|--------|--|
| 施設名 | | 所属部署名 | |
| お名前 | | E-mail | |

●ご回答いただけるテーマのチェックボックス□に✓のうえ、ご回答ください。
(複数のテーマにご回答いただける場合は、シートをコピーしてご回答ください。)

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 がんのリハビリテーション | <input type="checkbox"/> | 2 希少がん、難治性がん |
| <input type="checkbox"/> | 3 AYA世代のがん | <input type="checkbox"/> | 4 妊孕性温存 |
| <input type="checkbox"/> | 5 高齢者のがん | <input type="checkbox"/> | 6 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 |
| <input type="checkbox"/> | 7 がん患者等の就労を含めた社会的な問題 | <input type="checkbox"/> | 8 がん教育、普及啓発 |

① 上記テーマについて、都道府県内で取り組まれていることをご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

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11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、該当するチェックボックス□に✓を付けてください。

<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. 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。

① 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。

- 設置していない
 設置している

上記①で「設置している」と回答した方にお伺いします。

② 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

③ 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。

| | | | |
|--------|---|-----------------|---|
| 通算開催回数 | 回 | 左記の内、平成29年度の開催数 | 回 |
|--------|---|-----------------|---|

④ 会議体の構成員数をお選び下さい。

- ~5名
 6~10名
 10~15名
 16~20名
 20名~

上記①で「設置していない」と回答した方にお伺いします。

⑤ 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。該当するチェックボックス□に✓を付けてください。

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 ()

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関して、「工夫していること」または「問題点」等がございましたらご自由にご回答ください。

| |
|--|
| |
|--|

4. 国立がん研究センターでは、各都道府県が都道府県レベルでのPDCAサイクルを確保していくことを支援するために、PDCAサイクルフォーラムの開催や、ホームページによる各都道府県の取り組みの紹介をしています。国立がん研究センターの取り組みに関して、ご意見等ございましたらご自由にご回答ください。

| |
|--|
| |
|--|

5. 現在、国立がん研究センターがん対策情報センターでは、各都道府県の実際の実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。

- ① 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。

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 傍聴可能 | <input type="checkbox"/> 傍聴不可能 |
|-------------------------------|--------------------------------|

上記①で「傍聴可能」と回答した方にお伺いします。

- ② 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 | |
|-----|--|-----|--|

- ③ 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 | | E-mail | |

都道府県内のPDCAサイクル確保に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

Ⅲ. AYA世代の妊孕性温存に関する支援について

- 第11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AYA世代の妊孕性温存に関する支援の状況について共有させていただく予定です。
- 【都道府県内の妊孕性温存に関する支援について詳しい方】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、該当する番号に○を付けてください。

<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 貴都道府県内において、がん患者が妊孕性温存を希望した場合に、妊孕性温存療法実施可能施設として紹介できる施設はありますか。

- ある
 ない
 わからない

紹介できる施設がない場合、どのような対応をしていますか

上記①で「ある」と回答した方にお伺いします。

② 貴都道府県内において、このような妊孕性温存を支援する施設があることが全てのがん拠点病院に周知されていますか。

- 周知している
 周知していない
 わからない

③ 貴都道府県内において、がん患者の妊孕性温存を支援するための仕組みや連携体制を整える取り組みをしていますか。

- している
 していない
 わからない

上記③で「している」と回答した方にその取り組みについてお伺いします。

④ その取り組みの名称があれば教えてください。(例：〇〇ネットワーク、〇〇連携)あるいは主体となる施設・団体名をご記入ください。

⑤ その取り組みでは具体的にどのような活動を行っていますか。あてはまるものすべてにチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ホームページ等による情報提供 | <input type="checkbox"/> がんと生殖医療に関する医療相談 |
| <input type="checkbox"/> 卵子・胚の凍結保存可能施設の紹介 | <input type="checkbox"/> 精子凍結保存可能施設の紹介 |
| <input type="checkbox"/> 未婚患者の卵子凍結保存可能施設の紹介 | <input type="checkbox"/> 卵巣凍結保存可能施設の紹介 |
| <input type="checkbox"/> 貴都道府県外からの患者の受入 | <input type="checkbox"/> 勉強会・情報交換会 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

⑥ がん治療医に対して妊孕性温存の必要性について教育および普及活動を行っていますか。

行っている

行っていない

わからない

どのような活動を行っているか教えてください

若年がん患者の妊孕性温存に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

IV. 都道府県レベルでの在宅緩和ケア連携の取り組みについて

- 第11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「社会連携に基づくがん対策・がん患者支援」の状況について共有する予定です。
- 【都道府県レベルでの地域連携や医療介護連携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、該当するチェックボックス□に✓を付けてください。

<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. 都道府県レベルでのがん拠点病院と在宅緩和ケアとの連携に関する取り組みについてお伺いします。

①都道府県内で、緩和ケアに関する地域連携会議の開催の方法など、がん拠点病院と在宅緩和ケアとの連携について検討する場を設置していますか。

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 設置していない | <input type="checkbox"/> 設置している |
|----------------------------------|---------------------------------|

上記①で「設置している」と回答した方にお伺いします。

② 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

| |
|--|
| |
|--|

③ 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。

| | | | |
|--------|---|-----------------|---|
| 通算開催回数 | 回 | 左記の内、平成29年度の開催数 | 回 |
|--------|---|-----------------|---|

④ 会議体の構成員数をお選び下さい。

| | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ~5名 | <input type="checkbox"/> 6~10名 | <input type="checkbox"/> 10~15名 | <input type="checkbox"/> 16~20名 | <input type="checkbox"/> 20名~ |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

上記①で「設置していない」と回答した方にお伺いします。

⑤ 都道府県レベルでの緩和ケアに関する地域連携のあり方について、どのような場で検討されていますか。該当するチェックボックス□に✓を付けてください。

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 検討していない |
| <input type="checkbox"/> 都道府県がん診療連携拠点病院の担当者間 |
| <input type="checkbox"/> 都道府県のがん診療連携協議会 |
| <input type="checkbox"/> 都道府県内のがん診療連携協議会の専門部会(部会名:) |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

2. 都道府県レベルでの緩和ケアに関する地域連携体制の構築に関して、「工夫していること」または「問題点」等がございましたらご自由にご回答ください。

| |
|--|
| |
|--|

都道府県内の在宅緩和ケア連携に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

V-1. 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 【がん化学療法】

※「看護師のみ」、「薬剤師のみ」を対象とした研修は本シートの対象からは除きます。

- 第11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。
- 【都道府県内のがん化療法に関する研修・人材育成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、該当する番号に○を付けてください。

<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. 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がん化学療法の研修について検討する機会がございますか。

- はい いいえ

2. 都道府県内の施設に向けた、がん化学療法に関する研修等の人材育成についてお伺いします。

①昨年度(H29年度)中に都道府県内の施設に向けた、研修等の人材育成を実施したことはございますか。

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 実施した (1年間で____回) | <input type="checkbox"/> 2) 過去に実施したが、 H29年度は実施せず | <input type="checkbox"/> 3) 実施したことがない |
|---|---|---------------------------------------|

上記①で「1) 実施した」と回答した方は、H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。また、「2) 過去に実施したが、H29年度は実施せず」と回答した方は過去に実施した研修会の1例について、ご回答ください。

※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、ご返信ください。

複数回実施

※H29年度に研修を複数回実施された場合は、右のを選択し、「シート11 (H29年度に実施した研修概要)」を1回の研修につき1シートコピーをしてご記入ください。

| | | | | | | | |
|----|----------------|----|---|---|---|---|----|
| 1) | 研修開催日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| 2) | 研修名 | | | | | | |
| 3) | 主催施設 | | | | | | |
| 4) | 研修企画者 部署・職位 | | | | | | |
| 5) | 研修対象者 | | | | | | |

| | | |
|----|---|----|
| 6) | 研修目的 | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 |
| 9) | 参加者数 | 人 |

H29年度に研修を実施しなかった全ての施設の方にお伺いします。

③ H29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)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 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 <input type="checkbox"/> 2) 担当がいなかったから <input type="checkbox"/> 3) 時間的に余裕が無かったから <input type="checkbox"/> 4) 必要性を感じていないから <input type="checkbox"/> 5) 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 <input type="checkbox"/> 6) 他の機関が主催で実施していたため <input type="checkbox"/> 7) 予算が確保できなかったから <input type="checkbox"/> 8) 都道府県内の関係者の協力が得られないから <input type="checkbox"/> 9) 研修生が集まらないから <input type="checkbox"/> 10) その他 () |
|---|

H30年度に、研修を実施する予定はございますか？

3. はい いいえ

| | | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| H30年度の研修開催予定日 (複数ある場合は複数の記入をお願いします) | ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ① | | | | | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 研修名 | ② | |
| | ③ | |
| 対象者 | ① | |
| | ② | |
| | ③ | |

4. 都道府県内の施設に向けたがん化学療法の研修・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。

5. 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）。

がん化学療法の研修・人材育成に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

V-2. 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 【緩和ケアチーム】

※「看護師のみ」、「薬剤師のみ」を対象とした研修は本シートの対象からは除きます。

※「がん診療に携わる全ての医師に対する緩和ケア研修」は対象からは除きます。

- 第11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。
- 【都道府県内の緩和ケアチームの研修・人材育成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、該当する番号に○を付けてください。

<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. 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緩和ケアチームの研修について検討する機会がございますか。

はい

いいえ

2. 都道府県内の施設に向けた緩和ケアチームに関する研修等の人材育成についてお伺いします。

①昨年度(H29年度)中に都道府県内の施設に向けた、研修等の人材育成を実施したことはございますか。

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 実施した (1年間で____回) | <input type="checkbox"/> 2) 過去に実施したが、 H29年度は実施せず | <input type="checkbox"/> 3) 実施したことがない |
|---|---|---------------------------------------|

上記①で「1) 実施した」と回答した方は、H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。また、「2) 過去に実施したが、H29年度は実施せず」と回答した方は過去に実施した研修会の1例について、ご回答ください。

※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、ご返信ください。

複数回実施

※H29年度に研修を複数回実施された場合は、右のを選択し、「シート11 (H29年度に実施した研修概要)」を1回の研修につき1シートコピーをしてご記入ください。

| | | | | | | | |
|----|----------------|----|---|---|---|---|----|
| 1) | 研修開催日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| 2) | 研修名 | | | | | | |
| 3) | 主催施設 | | | | | | |
| 4) | 研修企画者 部署・職位 | | | | | | |
| 5) | 研修対象者 | | | | | | |

| | | |
|----|---|----|
| 6) | 研修目的 | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 |
| 9) | 参加者数 | 人 |

H29年度に研修を実施しなかった全ての施設の方にお伺いします。

③ H29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)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 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 <input type="checkbox"/> 2) 担当がいなかったから <input type="checkbox"/> 3) 時間的に余裕が無かったから <input type="checkbox"/> 4) 必要性を感じていないから <input type="checkbox"/> 5) 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 <input type="checkbox"/> 6) 他の機関が主催で実施していたため <input type="checkbox"/> 7) 予算が確保できなかったから <input type="checkbox"/> 8) 都道府県内の関係者の協力が得られないから <input type="checkbox"/> 9) 研修生が集まらないから <input type="checkbox"/> 10) その他 () |
|---|

H30年度に、研修を実施する予定はございますか？

3. はい いいえ

| | | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| H30年度の研修開催予定日 (複数ある場合は複数の記入をお願いします) | ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ① | | | | | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 研修名 | ② | |
| | ③ | |
| 対象者 | ① | |
| | ② | |
| | ③ | |

4. 都道府県内の施設に向けたの緩和ケアチームを対象とした研修・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。

5. 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）。

緩和ケアチームの研修・人材育成に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

V-3. 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 【がん看護】

- 第11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。
- 【都道府県内のがん看護の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、該当する番号に○を付けてください。

<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. 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がん看護の研修について検討する機会がございますか。

はい

いいえ

2. 都道府県内の施設に向けたがん看護に関する研修等の人材育成についてお伺いします。

①昨年度(H29年度)中に都道府県内の施設に向けた、研修等の人材育成を実施したことはございますか。

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 実施した (1年間で____回) | <input type="checkbox"/> 2) 過去に実施したが、 H29年度は実施せず | <input type="checkbox"/> 3) 実施したことがない |
|---|---|---------------------------------------|

上記①で「1) 実施した」と回答した方は、H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。また、「2) 過去に実施したが、H29年度は実施せず」と回答した方は過去に実施した研修会の1例について、ご回答ください。

※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、ご返信ください。

複数回実施

※H29年度に研修を複数回実施された場合は、右のを選択し、「シート11 (H29年度に実施した研修概要)」を1回の研修につき1シートコピーをしてご記入ください。

| | | | | | | | |
|----|----------------|----|---|---|---|---|----|
| 1) | 研修開催日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| 2) | 研修名 | | | | | | |
| 3) | 主催施設 | | | | | | |
| 4) | 研修企画者 部署・職位 | | | | | | |
| 5) | 研修対象者 | | | | | | |

| | | |
|----|---|----|
| 6) | 研修目的 | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 |
| 9) | 参加者数 | 人 |

H29年度に研修を実施しなかった全ての施設の方にお伺いします。

③ H29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)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 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 <input type="checkbox"/> 2) 担当がいなかったから <input type="checkbox"/> 3) 時間的に余裕が無かったから <input type="checkbox"/> 4) 必要性を感じていないから <input type="checkbox"/> 5) 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 <input type="checkbox"/> 6) 他の機関が主催で実施していたため <input type="checkbox"/> 7) 予算が確保できなかったから <input type="checkbox"/> 8) 都道府県内の関係者の協力が得られないから <input type="checkbox"/> 9) 研修生が集まらないから <input type="checkbox"/> 10) その他 () |
|---|

H30年度に、研修を実施する予定はございますか？

3. はい いいえ

| | | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| H30年度の研 修開催予定日 (複数ある場合 は複数の記入を お願いします) | ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ① | | | | | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 研修名 | ② | |
| | ③ | |
| 対象者 | ① | |
| | ② | |
| | ③ | |

4. 都道府県内の施設に向けたがん看護の研修・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。

5. 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）。

がん看護の研修・人材育成に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

V-4. 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

【薬剤師】

- 第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会では、都道府県内のがん診療連携拠点病院の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。
- 【都道府県内のがん医療に従事する薬剤師の研修・人材育成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、該当する番号に○を付けてください。

<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. 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がん医療に従事する薬剤師の研修について検討する機会がございますか。

はい いいえ

2. 都道府県内の施設に向けたがん医療に従事する薬剤師の研修等の人材育成についてお伺いします。

①昨年度(H29年度)中に都道府県内の施設に向けた、研修等の人材育成を実施したことはございますか。

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 実施した (1年間で____回) | <input type="checkbox"/> 2) 過去に実施したが、 H29年度は実施せず | <input type="checkbox"/> 3) 実施したことがない |
|---|---|---------------------------------------|

上記①で「1) 実施した」と回答した方は、H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。また、「2) 過去に実施したが、H29年度は実施せず」と回答した方は過去に実施した研修会の1例について、ご回答ください。

※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、ご返信ください。

複数回実施

※H29年度に研修を複数回実施された場合は、右のを選択し、「シート11 (H29年度に実施した研修概要)」を1回の研修につき1シートコピーをしてご記入ください。

| | | | | | | | |
|----|----------------|----|---|---|---|---|----|
| 1) | 研修開催日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| 2) | 研修名 | | | | | | |
| 3) | 主催施設 | | | | | | |
| 4) | 研修企画者 部署・職位 | | | | | | |
| 5) | 研修対象者 | | | | | | |

| | | |
|----|---|----|
| 6) | 研修目的 | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 |
| 9) | 参加者数 | 人 |

H29年度に研修を実施しなかった全ての施設の方にお伺いします。

③ H29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)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 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 <input type="checkbox"/> 2) 担当がいなかったから <input type="checkbox"/> 3) 時間的に余裕が無かったから <input type="checkbox"/> 4) 必要性を感じていないから <input type="checkbox"/> 5) 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 <input type="checkbox"/> 6) 他の機関が主催で実施していたため <input type="checkbox"/> 7) 予算が確保できなかったから <input type="checkbox"/> 8) 都道府県内の関係者の協力が得られないから <input type="checkbox"/> 9) 研修生が集まらないから <input type="checkbox"/> 10) その他 () |
|---|

H30年度に、研修を実施する予定はございますか？

3. はい いいえ

| | | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| H30年度の研 修開催予定日 (複数ある場合 は複数の記入を お願いします) | ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ① | | | | | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 研修名 | ② | |
| | ③ | |
| 対象者 | ① | |
| | ② | |
| | ③ | |

4. 都道府県内の施設に向けたがん医療に従事する薬剤師を対象とした研修・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。

5. 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）。

がん医療に従事する薬剤師の研修・人材育成に関するアンケートは以上です。ご回答ありがとうございました。

V-5. 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 【がん化学療法、緩和ケアチーム、看護師、薬剤師以外】

- 第11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、該当する番号に○を付けてください。

<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. 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研修について検討する機会はございますか。

はい

いいえ

2. 都道府県内の施設に向けた研修等の人材育成についてお伺いします。

①昨年度(H29年度)中に都道府県内の施設に向けた、研修等の人材育成を実施したことはございますか。

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 実施した (1年間で____回) | <input type="checkbox"/> 2) 過去に実施したが、 H29年度は実施せず | <input type="checkbox"/> 3) 実施したことがない |
|---|---|---------------------------------------|

上記①で「1) 実施した」と回答した方は、H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。また、「2) 過去に実施したが、H29年度は実施せず」と回答した方は過去に実施した研修会の1例について、ご回答ください。

※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、ご返信ください。

複数回実施

※H29年度に研修を複数回実施された場合は、右のを選択し、「シート11 (H29年度に実施した研修概要)」を1回の研修につき1シートコピーをしてご記入ください。

| | |
|-------------------|---|
| 1) 研修開催日 | 平成 年 月 日 ~ 日間 |
| 2) 研修名 | |
| 3) 主催施設 | |
| 4) 研修企画者 部署・職位 | |
| 5) 研修対象者 | |

| | | |
|----|---|----|
| 6) | 研修目的 | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 |
| 9) | 参加者数 | 人 |

H29年度に研修を実施しなかった全ての施設の方にお伺いします。

③ H29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)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1) 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 <input type="checkbox"/> 2) 担当がいなかったから <input type="checkbox"/> 3) 時間的に余裕が無かったから <input type="checkbox"/> 4) 必要性を感じていないから <input type="checkbox"/> 5) 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 <input type="checkbox"/> 6) 他の機関が主催で実施していたため <input type="checkbox"/> 7) 予算が確保できなかったから <input type="checkbox"/> 8) 都道府県内の関係者の協力が得られないから <input type="checkbox"/> 9) 研修生が集まらないから <input type="checkbox"/> 10) その他 () |
|---|

H30年度に、研修を実施する予定はございますか？

3. はい いいえ

| | | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| H30年度の研 修開催予定日 (複数ある場合 は複数の記入を お願いします) | ① | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ② | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ③ | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| | ① | | | | | | |

| | | |
|-----|---|--|
| 研修名 | ② | |
| | ③ | |
| 対象者 | ① | |
| | ② | |
| | ③ | |

4. 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。

5. 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）。

がん化学療法、緩和ケアチーム、看護師、薬剤師以外の研修・人材育成に関するアンケートは以上です。
ご回答ありがとうございました。

平成29年度に実施した 都道府県内の施設に向けたがん医療に携わる医療者の研修概要

本シートは、6～10シート目のアンケート項目2の回答を補助するためのものです。平成29年度に複数回の研修を実施している場合、本シートをコピーしてご回答ください。

<該当分野を選んで下さい>

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 化学療法 <input type="checkbox"/> | 緩和ケアチーム <input type="checkbox"/> | 薬剤師 <input type="checkbox"/> | 看護師 <input type="checkbox"/> | その他（分野： <input type="checkbox"/> ） |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

都道府県内の施設に向けた研修等の人材育成についてお伺いします。

H29年度中に実施された全ての研修会についてご回答ください。

※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がわかる資料を添付して、ご返信ください。

※ **1回の研修につき1シートをコピー**してご記入ください。

| | | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|---|----|
| 1) | 研修開催日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 日間 |
| 2) | 研修名 | | | | | | |
| 3) | 主催施設 | | | | | | |
| 4) | 研修企画者 部署・職位 | | | | | | |
| 5) | 研修対象者 | | | | | | |
| 6) | 研修目的 | | | | | | |
| 7) | 研修内容・概要 (プログラムの 項目などの概略 で結構です) | | | | | | |
| 8) | 参加施設数 | 施設 | | | | | |
| 9) | 参加者数 | 人 | | | | | |

ご回答ありがとうございました。