

## 第2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 事前アンケート結果

対象施設： 67施設(都道府県拠点51, 国立がんセンター2, 都道府県拠点以外に所属する委員の施設14)

回答施設所在地	n
北海道	1
北陸	3
東北	8
関東	12
甲信越	4
東海	4
近畿	6
中国	6
四国	4
九州沖縄	7
合計	55

### 【緩和ケア研修会について】

「緩和ケア研修会」以外の緩和ケアに関する研修の実施について	都道府県数
「緩和ケア研修会」のファンリテーター対象のスキルアップ研修	
計画している	6
行っている	3
「緩和ケア研修会」修了者を対象としたスキルアップ研修	
計画している	8
行っている	12

N=49(都道府県拠点, 国がん)

緩和ケア研修会の受講率	平均割合
がん患者の主治医となる者	43.4
当直等でがん診療を行う者	16.0
がん患者との対面が想定されない者	9.5
研修医	25.7
病院長が緩和ケア研修会を修了している	21 施設

### 【看護師に対する緩和ケア教育について】

	施設数
看護師に対する緩和ケア研修の指導者研修修了者	計画している 7
による一般看護師を対象とした研修	行っている 16
研修プログラムへの導入モジュール	緩和ケアの概要 23
	意思決定支援 18
	苦痛緩和 22
	専門家への橋渡し・連携 19
その他(家族ケア・終末期看護, コミュニケーション, 困難事例の検討)	6

### 【緩和ケアセンターについて】

N=49(都道府県拠点, 国がん)

緩和ケアセンターの整備状況	施設数
整備の検討中	8
警備に向けて調整中	20
整備済み	20

スタッフの配置状況	回答割合(%)		
	確保困難	調整可能 または可能	配置済み
①センター長	2.1	36.2	53.2
②ジェネラルマネージャー	4.3	51.1	38.3
③身体症状医師	0.0	27.7	72.3
④精神症状医師	6.4	36.2	57.5
⑤緊急緩和ケア病床担当の医師	6.4	38.3	53.2
⑥緩和ケア外来担当の医師	0.0	26.1	73.9
⑦がん看護専門看護師または認定看護師2名	8.5	48.9	38.3
⑧薬剤師	4.3	46.8	48.9
⑨医療ソーシャルワーカー	6.4	46.8	44.7
⑩歯科医師	17.0	53.2	23.4
⑪臨床心理士	21.3	42.6	29.8
⑫理学療法士	8.5	57.5	25.5
⑬管理栄養士	8.5	51.1	34.0
⑭歯科衛生士	23.4	48.9	17.0

機能の整備状況	回答割合(%)		
	実施困難	調整可能 または可能	実施中
緩和ケアチーム	0.0	10.9	89.1
緩和ケア外来	0.0	15.2	84.8
がん看護外来	4.4	47.8	47.8
外来や病棟等の看護師の連携	10.9	45.7	43.5
緊急緩和ケア病床	17.4	41.3	39.1
地域の緩和ケアの提供体制の実情把握	2.2	50.0	39.1
地域の診療従事者との連携協力に関するカンファレンス	10.9	60.9	26.1
地域の医療機関の患者の診療情報に係る相談連絡窓口	2.2	41.3	52.2
がん患者とその家族に対する、緩和ケアの相談支援	2.2	43.5	50.0
医療従事者に対する院内研修会等の運営	0.0	26.1	71.7
緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンス	2.2	41.3	52.2
【参考】緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価	9.1	61.4	22.7
【参考】緩和ケアセンターの設置や活動内容の広報	13.0	58.7	23.9

## 【緩和ケア研修会について】自由回答

### ① 都道府県内のファシリテーター情報共有ネットワークの有無や、その協力体制

県内すべての研修会をコアファシリテーターがキャラバン方式で運営(青森、佐賀)  
各年ごとに取りまとめ役を決めて、ファシリテーター調整の中心的役割を担当(群馬)  
緩和ケア部会、緩和ケア研究会、実務者会議等でスケジュール調整や情報の交換(岡山、佐賀、長野、香川、石川、群馬、新潟、岐阜、山梨、三重、鹿児島、広島、埼玉、大阪、長崎、栃木、兵庫、和歌山)  
県内の研修指導者リスト作成し、共有(千葉、熊本)  
県内の関係するメーリングリストを用いて、ファシリテーター間で連絡が取れる体制がある(長野、徳島、福島、奈良、三重、茨城、愛媛、宮城、新潟、兵庫、北海道)  
県の緩和ケア協会(NPO法人)がファシリテーター情報をとりまとめ(高知)  
各拠点病院を中心にファシリテーターの連絡網があり、協力体制がある(岐阜)  
県の緩和ケア部会に「緩和ケア研修推進分科会」を設置し、分科会事務局と県の担当者間で協議して日程調整や指導者の調整を行う(茨城)  
県内のファシリテーターの相互協力を促す機能をもつ事務局を設置し、ファシリテーターの調整を行う(群馬)  
県の緩和ケア部会でホームページを作成し、情報共有(愛媛)  
県のファシリテーター養成研修会を開催し、意見交換を行っている(岩手)  
緩和ケア部会でファシリテーターをプールし、開催(京都)

### ② 都道府県内で研修会の参加者を集めるための工夫

院内の2-5年目医師にターゲットを絞って募集(愛知)  
県の医師会広報や県の連携協議会等のHPで開催案内を広報(愛媛、香川、新潟、千葉、東京、徳島、福岡)  
各拠点病院院長に医師の受講について協力を依頼(茨城、広島)  
県内の拠点病院での全開催日程を提示(岐阜、石川)  
研修医へ個別に開催案内を行い、受講意思の有無を確認(熊本)  
がん診療医の受講義務化(佐賀)  
院内で受講該当者をリストアップし、部門長からの参加を促す(大阪)  
単位制とし、参加できなかった部分だけを他施設で受講しても修了できる体制を構築(徳島)  
研修医の受講義務化(兵庫、福井、佐賀、岩手)

### ③ 都道府県内で研修会の質を高めるための工夫

開催施設以外のファシリテーターが参加して意見交換(愛媛、岡山、広島、三重、秋田、新潟、長崎、富山、徳島、福井)  
ファシリテーターや参加者を多職種とする(愛媛、岡山)  
ファシリテーター対象のスキルアップ研修の開催(茨城、滋賀)  
ファシリテーターのメーリングリストを通して意見交換(茨城、北海道)  
研修開催時や開催後に意見交換のミーティングを開催(岩手、岐阜、三重、秋田、新潟、大阪、福井)  
関係者が集まり、取り組みに関する検討会を行う(群馬、京都、熊本、香川、山形、千葉、鳥根、栃木、福岡)  
学会認定のマスターファシリとして、学会での研修内容の変更点を伝達(広島)  
全ての研修にコアファシリテーターが参加(佐賀、青森)  
各研修で綿密なミーティングと記録の集大成によるフィードバック(青森)  
ファシリテーターはベテラン・中堅・初心者が組み合わせるようにする(大阪)  
参加者アンケートによる研修への評価をもとに改善(大分)  
県内の拠点病院がそれぞれ特色を持った研修を行い、相互に刺激をうける(長野)  
研修会の相互視察(鳥取)  
受講時間が不足している場合は、補講を行う(福井)  
毎年研修会の実施状況調査を行い、改善点について各施設へ指導(福岡)  
研修終了後の懇親会で情報共有(北海道)  
県の部会から各施設へ実施結果報告を求め、意見交換(和歌山)  
緩和ケアチーム研修会の開催(兵庫)

### ④ 都道府県内で「緩和ケア研修会」修了者を対象とした緩和ケアの水準を高めるための工夫

フォローアップ研修会の計画・実施  
(愛媛、岡山、茨城、群馬、熊本、広島、高知、三重、山形、山梨、滋賀、新潟、青森、石川、千葉、鳥取、東京、徳島、富山、兵庫)  
県内の検討会やセミナー等で具体的症例の検討会の計画・実施(秋田、茨城、長野、奈良)  
在宅緩和ケア研修会の開催(茨城、大阪)  
緩和ケアに関する研究会の開催(佐賀)  
再受講の呼びかけ(長野)  
修了者は、県のHPで研修スライドの更新版が参照できる(和歌山)

### ⑤ ご所属施設の緩和ケア研修会に関して、工夫されていること

#### 参加促進に関すること

各診療部長から部内医師の参加呼びかけ(愛知がん、九がん)  
新規採用医師の受講必須化(四国がん、北海道がん)  
各診療科の年度目標にシニアレジデントの受講を目標に入れる(岡山済生会)  
各診療科に受講要請人数を知らせる、または受講者推薦をもらい受講を促進(岩手医大、九大)  
日曜・日曜開催で開業医の参加を促す(茨城県中、新潟県がん)  
連休開催(君津中央、長野、鳥取)  
翌日診療への影響を考慮して1日目長く、2日目半日のスケジュールを組む(西群馬)  
市の医師会の協力を得て広報(三豊、筑波メディ、九大)

#### 研修内容に関すること

在宅緩和ケアでは在宅医や緩和ケア医を招聘(香川大、国がん東)  
地域連携では、模擬退院前カンファレンスを実施(鹿児島大)  
当院での緩和ケアリソースとして、IVRや放射線治療の講義、意思決定支援のセッションを含めている(国がん中央)  
多職種参加によってチーム医療を促進(茨城県中、岡山大、岐阜大、新潟がん、長崎大、栃木がん、福岡県医大)  
compassion(思いやり)を伝えることが目標、参加者が人として大切にされることで、患者を大切にするように意識される仕掛け(兵庫がん)

#### 研修内容の理解促進に関すること

グループワークの内容はPCを用いて会場に投影(福井大)  
年度末に開催し、研修医が経験をもとに理解しやすくする(広大)  
以前の参加者がファシリテーターの一部を担当、記憶を新たにしてもらう(滋賀県成成)  
各診療科からファシリテーターで参加してもらう(長崎大)  
院内で2年計画で緩和ケア学習会を月1開催:1年目はベーシック、2年目はアドバンス(高知大)

## 【看護師に対する緩和ケア教育】自由回答

### 「看護師に対する緩和ケア教育」の指導者研修修了者による研修の対象者

院内外の看護師(愛知がん、茨城県中、京大、三豊、佐賀大、長崎大、鳥根大、福井大、兵庫がん)  
臨床経験3年以上(院内看護師ラダーⅡ以上)(四国がん)  
緩和ケアリクナース(茨城県中、筑波メディ、宮城がん、滋賀成人、神奈川がん、信州大、福島医大、北がん)  
がんに関わる院内看護師(岡山大、新潟がん、金沢医大、九大、和歌山医大)  
概論は1年目全員、苦痛緩和は3年目全員、意思決定支援と専門家との連携は院内希望者(東北大)  
概論・意思決定・苦痛緩和は院内外看護師、専門家との連携のみ緩和ケアリクナース(奈良医大)  
院内全看護師(群馬大、弘大、都立駒込)

## 【緩和ケアセンターについて】自由回答

### ①緩和ケアセンターを患者・家族にどのように紹介しているか

入院・外来でのいつでも受けられる緩和ケアの提供と共に、地域と結びついた緩和ケアを提供する体制を整え、実践します。(愛知がん)

都道府県がん診療連携拠点病院である本院では、「緩和ケアセンター」を平成26年9月に設置しました。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり、専門的緩和ケアを提供する院内の拠点組織として活動しています。(熊本)

がんなどの病気を抱える患者さんやご家族のさまざまなつらさを和らげるための支援とサポートを行います(三重大)

がん診療における初回診療からの重要な医療の一つとして緩和医療を進めるための組織です(神奈川がん)

病気が治療に伴うからだところの症状に対する診療を行います。在宅療養、緩和ケア病棟、ホスピス、公的サービスの紹介も行います。(鳥取大)

緩和ケアセンターは、各医療専門職のメンバーで構成されていて、生命を脅かす疾患に関連した様々な問題を持つ患者さんとそのご家族、および患者さんの大切な方に対して、身体的苦痛だけでなく精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を軽減すること、患者さんとご家族、および患者さんの大切な方の希望を最優先し、患者さんが、その人らしく過ごす事を目標として活動を行います。(島根大)

緩和ケアセンターのHPIにて“遠慮せず、勇気を出して「緩和ケアを受診したい」とおっしゃってください。からだやこころのつらさが和らげば、穏やかな時間を取り戻せます。”(奈良医大)

### ②-1人員確保のための工夫

定員増加の要望を関係部署に提案(愛知がん, 四国がん, 岩手医大, 京大, 熊本, 栃木がん)

認定・専門看護師を養成するためのキャリア支援制度を整備(筑波メディ)

病院経営陣や関係者の理解を促進するための十分な話し合い(広大, 島根大, 和歌山医大, 大阪成人, 鹿児島大, 山梨県中, 山口大, 香川大, 佐賀大)

認定・専門看護師の配置換えや募集(高知大)

常勤精神科医確保のために、院内に精神科を設置(滋賀成人)

事務職員の配置(青森県中)

歯科医師・歯科衛生士は地域の歯科診療所と提携(筑波メディ)

### ②-2人員確保での苦労と課題

担当者の業務負担の増加。

1人緩和ケア医で緊急対応の体制整備が困難。

精神科医師の確保。

専門・認定看護師の確保。

院内の医師・看護師不足で有資格者を適切な部署に配属できない。

人員確保のための予算立てが困難。

相談支援センターや地域連携室との役割分担

薬剤師やMSWの役割が不明瞭。

### ③-1緊急緩和ケア病床の具体的な整備体制

連携協力リストを作成し、リストの在宅療養支援診療所などの依頼患者を中心に受け入れ。(愛知がん)

主科は各担当診療科とし、主治医と併診で緊急緩和ケア病床を運用。(愛知がん, 山口大, 秋田大, 信州大, 福島医大)

一般病棟に共用病床を設け、緊急入院可能な病床を整備。(筑波メディ, 岐阜大, 群馬大, 三重大, 都立駒込)

病床は固定せず、空床状況により病床を決める。(高知大, 鹿児島大)

各診療科に緩和ケア緊急入院の担当医師を選任し、当該患者の入院は、各病棟で受け入れを行う体制。(徳島大)

### ③-2緊急緩和ケア病床の整備の工夫

各診療科や看護部等の関係部署に理解と協力を求める。(愛知がん, 神奈川がん, 鹿児島大, 広大, 秋田大, 信州大, 鳥取大, 北がん)

薬剤部の当直体制の導入を依頼。(愛知がん)

緊急入院対応のため常に1床は空けて運用。満床の場合は一般病棟で受け入れ。(四国がん)

緩和ケア病棟整備と同時に、患者登録制とし、地域の患者も含めて登録。(茨城県中)

満床の場合は共通病床を使用、主治医は緩和ケアチームと一緒に対応(岡山大)

該当病棟看護師への教育(岐阜大)

救急部門や担当診療科との密な連絡(三豊)

今まで緩和ケアについて連携のある医療機関との役割分担。地域医療者との関係性強化。入院では、ゲートキーパーとなる医師を明確化。(兵庫がん)

### ③-3緊急緩和ケア病床の整備の苦労と課題

医師不足のなかで、緊急緩和ケア病床を運用すること。

満床時の地域からの要望への対応。

緊急病床となる共有病床に該当する病棟看護師のケアの質の担保が困難。

該当病棟と緩和ケアチームとの協働・調整

対象患者の絞り込み。

緩和ケアを担当する人員不足で運用の見通しが見つからない

地域や組織に緊急病床機能を周知することと、利用方法の確立。

担当人員と予算の確保

当院に受診歴がない患者の受け入れが困難。

緊急緩和ケア病床担当医の業務負担。

緩和ケア病床でありながら、入院中の緩和ケア患者の転科できないことへの院内からの批判。

#### ④-1苦痛のスクリーニングの具体的な整備体制

生活のしやすさに関する質問票をアレンジし、既存の外來問診票に組み込む。まずは外來で運用し、外來担当者が一次対応。緩和ケアセンターの直接介入はカットオフ値の調節によって対応。(愛知がん)

スクリーニングシートを作成、外來初診時と入院時に実施。(四国がん、神奈川がん)  
外來化学療法室で疼痛認定看護師を中心に実施(茨城県中)  
スクリーニングシートを作成、電子カルテの更新に合わせてテンプレートとして電子化(筑波メディ)  
スクリーニングシートを作成、化学療法室と緩和ケア外來で配布し、次回受診時に回収(岡山済生会)

入院:治療目的のがん患者全員に入院時看護師が配布・回収、基準に従い担当科や看護師で対応、担当科で対応困難時に緩和ケアチームが介入、外來:初回治療目的のがん患者全員に外來化学療法室で看護師が問診時に配布・回収。その後の対応は入院と同様。(群馬大)

外來でがんを診断された患者に苦痛を問う質問紙を配布、記入後封筒に入れて、回収箱へ投函してもらう。結果を担当医や看護師にフィードバック。(広大)  
限られた診療科または病棟で運用を試み、他へ拡充予定(岐阜大、山梨県中、佐賀大、徳島大、奈良医大、都立駒込)

STAS-Jを新規入院患者全員、化学療法の新規導入時とレジメン変更時に実施。(新潟市民)  
STAS-Jを用いて入院時・入院1週間後・問題発生時に実施、基準に応じてチーム介入(長崎大)

苦痛の有無を尋ねるシートを記入してもらった後、担当看護師が程度や日常生活への影響等を聞き取り、診療科チームと情報共有の上で対策を検討(必要があれば緩和ケアチームに紹介)(信州大)

入院患者にスクリーニングシート配布・回収。基準に従い介入、改善なければ緩和ケアチームに連絡。  
外來初診患者にスクリーニングシートを配布し、診察前に記載。基準に従い、外來看護師が診察前に確認。必要に応じて、主治医または外來看護師が看護外來(サポートケア外來)に連絡。(兵庫がん)

#### ④-2苦痛のスクリーニングの整備での工夫

現状のメンバーでできることを工夫した(愛知がん)

患者や医療者の負担を最小限に、実施できるように記入の簡便化(四国がん・筑波メディ、西群馬、山梨県中、奈良医大、和歌山医大)  
スクリーニング結果で対応が必要な場合のフローチャートと一緒に組み込んだシートの作成。(筑波メ)

スクリーニングシート導入に関して、院内スタッフへの研修会や勉強会を開催。(岡山大、三豊、新潟市民)

最初は限定した部門で実施し、段階的に拡大する。(岡山済生会、佐賀大、山口大、信州大)

がん患者の把握がしやすいように、入院患者は入院センター、外來患者は外來化学療法センターを窓口とした。(群馬大)

症状スクリーニング後に、適切に専門的なケアに結びつけること。(神奈川がん)

ipadを活用し、データを電子化し、効率的なシステムを検討、作成中。(青森県中)

クレークや外來受付担当者とのコミュニケーションを密にとる(大阪成人)

緩和ケアリンクナースへの指導及び病棟スタッフへの伝達、入院システムに組み込み、イントラネットに手順、事例を掲載。(長崎大)

シートは緩和ケアチームへの連絡ツールではなく、患者とのコミュニケーションツールと位置付けた。(信州大)

ハイリスクであった患者に対する支援の方法と、タイミングを検討。外來患者の場合は、当日または次回外來までの対応を目標とし、入院患者は即日対応が可能。(都立駒込)

外來は、「現状と課題の確認」「ニーズ調査」後、介入診療科を決め、スクリーニングに対応できる看護師3名の育成した。その他、業務負担への配慮、モチベーションを下げないこと、同じゴールを目指すよう心と頭の合わせなど(兵庫がん)

#### ④-3苦痛のスクリーニングの整備の苦労と課題

スクリーニングされた患者・家族に対応できる人的パワーの不足が課題。

スクリーニング結果から、緩和ケアチーム等への相談に繋がらないこと。

院内での周知や理解・実施が進まない。

スクリーニングを担当する者の業務負担を最小限にする方法が検討課題。

データの電子化と集計作業が課題。

スクリーニング結果を段階的に緩和医療チームに繋ぐシステムの構築が課題。

スクリーニングを誰が実施するか、人的パワーの不足が課題。

がん患者の選別が難しい。

スクリーニングの実施のタイミングや実施場所、実施の間隔。

スクリーニングの有効性をどのように評価するか。

スクリーニング担当者の養成。

スクリーニング結果を患者にフィードバックできる体制づくりが課題。

#### ⑤-1がん看護カウンセリングの具体的な整備体制

CNSががん看護外來を開設し、苦痛や悩みを持つ患者・家族が、自らの力で生活できるようパートナーシップをとり支援、その他、緩和ケア・疼痛看護外來も認定看護師が開設、主治医の外來の前後に症状緩和に関する相談や、意思決定支援などを実施。(愛知がん)

専門・認定看護師8名が告知・再発告知、治療方法説明時等に患者の希望に応じて実施、患者からの直接予約も可。(四国がん)

がん看護専門看護師や専門看護師育成に携わる教員が、平日8:30-17:00にがん相談支援センターで実施(群馬大)

専門・認定看護師3名が平日9:00-16:00に実施。(高知大)

火曜、水曜の9時半～11時15分、計6枠で「がん看護外來」として面談外來を実施。(滋賀成人)

がん患者指導管理の手順を作成し、関係スタッフに周知、実施患者を管理する台帳を電子カルテに作成、ポスターで患者へ広報。(新潟市民)

専門看護師が輪番で担当(平日毎日運営)、予約または院内PHSのコールで対応する。(神奈川がん)

がん患者入院時、入院後1週間、問題発生時に、STAS-Jで苦痛スクリーニング。2点が2項目以上であり病棟カンファランスで緩和ケアチーム介入やカウンセリングが必要と判断した場合、がん診療センターを通し介入するシステム構築。(長崎大)

看護外來診察室を外來エリアに2室、放射線外來に2室設置、担当者を16名に増員し、週5日実施。(都立駒込)

#### ⑤-2がん看護カウンセリングの整備での工夫

病院管理者に目的や期待できる成果を説明し理解を得た(愛知がん)

場所の確保や専門看護師の活動時間確保など、関係者の協力が得られるように調整した(愛知がん、岡山大、京大)

がん告知、再発告知患者は外來看護師による拾い上げ実施。カウンセリングの受付は、責任者に集約するよう周知。(四国がん)

がん看護カウンセリングの必要性を明示するため、STAS-J、DCSを取り入れた用紙を工夫して運用。(筑波メディ)

患者がいつでも利用できるように毎日実施。(群馬大)

患者が区別しにくい「がん相談」と「がん看護カウンセリング」を区別せずに対応できるようにした。(群馬大)

がん看護外來で対応できる内容や依頼方法について院内または院外への周知(三豊、新潟市民、神奈川がん、都立駒込、徳島大)

自由診療と保険診療の住み分け(香川大)

依頼から実施までのフローを作成し、関係者に周知。(山梨県中、長崎大)

スクリーニング用紙に「がん看護カウンセリングの希望」という欄を設定。(山口大)

電子カルテ上に定型文書を作成し、簡単に実施記録できるようにした。(新潟市民)

プライバシーが守れる環境を確保するため、外來診察室を用意。(神奈川がん)

医師とのコミュニケーションや看護カンファレンスを通じて情報収集や他部署とのコンタクトをとる。(大阪成人)

利用者の満足度調査を実施。(都立駒込)

がん患者指導管理料の要件を満たす認定看護師の科別担当を決め、各科ごとに対応。(栃木がん)

医療者の許可なく、直接、患者家族ががん看護外來を予約できる。(九がん)

対応者の人材育成(兵庫がん)

### ⑤-3がん看護カウンセリングの整備で苦労と課題

スーパバイズ機能の構築や、質の評価など、質を担保するシステム構築が今後の課題  
担当者の確保、担当者の活動時間の確保、担当者の育成といった人的パワー不足が課題  
継続的なケアのため、外来・病棟等との連携や調整が課題  
院内外への広報と院内スタッフへの普及が課題  
診療報酬算定へつなげるシステム構築が課題  
システム構築のための関係者との交渉  
患者の同意を得るための具体的な手順書の作成が課題  
無料のがん相談との違いを、どのように提示するかが課題  
対象疾患の抽出が不十分  
個室の確保が困難

### ⑥-1緩和ケアに関する地域連携について具体的な整備体制

地域の医師会を中心に在宅医療体制が整備、医師会主催で交流会・症例検討会等実施。(四国がん)  
地域内の医療従事者との勉強会や症例検討会やカンファレンス等の開催(愛知がん、茨城、岡山、岐阜大、群馬大、三豊、三重大、山口大、山梨県中、滋賀成人、新潟、神奈川がん、青森県中、群馬大、金沢大、大阪成人、長崎大、島根大、徳島、奈良医大、富山県中、兵庫がん、北がん)  
在宅緩和バスの作成・運用(岐阜大、千葉がん、奈良医大、福井大)  
緩和ケア研修会を通してカンファレンスの実施(宮城)  
県医師会の協力を得て、アンケートでの連携協力リスト作成。(熊大)  
県の在宅緩和ケア推進連絡協議会で「拠点病院による在宅緩和ケア移行シート検討会」を実施(高知大)  
携帯電話ホットラインの運用。(兵庫がん)

### ⑥-2緩和ケアに関する地域連携の整備での工夫

小規模な範囲から連携を始める(愛知がん、西群馬、広大、山梨県中)  
在宅緩和ケアカンファレンスを行う際は、訪問診療医師や看護師・緩和医療科医・緩和ケア認定看護師がアドバイザーとなる(筑波メディ)  
カンファレンスの広報は、FAXで広報(岡山済生)  
ホットラインを作成し、在宅医が電話でコンサルトできる体制を整備予定。(熊大)  
開業医や訪問看護師等が参加しやすい時間帯にカンファレンスを開催(群馬大、三豊、山口大)  
カンファレンスの担当を各病院の持ち回りとした(滋賀成人、新潟がん)  
参加資格を定めず緩和ケアに興味がある方は誰でも参加できるようにしている(新潟市民)  
地域連携に関する会議や研修会を、対象者別(在宅医、一時入院の対応の医療機関、訪問看護、PCT・PCUなど)に開催し、議論が深まるようにした。(神奈川がん)  
遠方地域の医療機関との連携を図り、在宅療養のバックアップ病院を確保。(静がん)  
スタート時点から医師会との共同体制を取った。はじめは当院が積極的に企画や講師を務めたが、2、3年で医師会が独立、現在は、医療圏内に在宅緩和ケアが可能な医師が育成された。他の医療圏や僻地は、地域に合わせた在宅緩和ケアのメンバーの養成が県の事業として開始し、在宅緩和ケア環境の整備が進んでいる。(四国がん)  
がんセンターボードをWEB中継する等での地域との情報共有(徳島大)  
病院側よりも在宅側の意見への配慮。(栃木がん)  
「緩和ケア地域連携バス」の作成にあたっては訪問診療、訪問看護、ケアマネジャーなど地域のメンバーと一緒に検討を行った。(奈良医大)  
県医師会を通じ、診療所医師に少人数の緩和ケア研修(3時間の独自作成版)を受講してもらうようにした。(兵庫がん)  
緩和ケア病床利用予定の患者の入院依頼は100%受け入れる。(兵庫がん)

### ⑥-3緩和ケアに関する地域連携での苦労と課題

連携先のかかりつけ医の緩和ケアに差がある、麻薬免許返納のかかりつけ医が増えている  
医師不足、高齢化、介護力不足により、緊急受け入れ体制の確立が必要  
地域の医療者と一同に介して集まる時間を設定することが困難  
研修開催時の講師謝金の確保  
カンファレンスや研修会が増えることによる担当者の業務負担が増加  
カンファレンスへの参加者が固定、参加者を増やすことが難しい  
連携協力リストで公表・未公表とすべき情報の検討が課題  
ネットワークの強化が進まない  
地域連携室との業務の住み分け  
連携範囲をどこまでにすることが望ましいか  
症例検討では、多くの人が興味を持つテーマを決めてかつ内容を充実させることが難しい。  
在宅療養を担う施設をどのように増やすか  
広域から患者が来ているため、在宅医との連携でどのような形の連携を取るか  
緩和ケア連携バスをどのように普及していくか  
緩和ケアチームが介入していない患者の地域連携  
連携協力する医療機関選定にあたっての公平性の確保  
PSのよい患者の緊急対応はゲートキーパーがいないことが課題  
窓口を直接的医療者ではない者とした場合、即座に対応出来ないこと

## 【緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保について】自由回答

### ①施設での具体的な取り組み

各診療科や各病棟での一次緩和ケアについて、除痛率で確認、90%前後ではあるが、低下している時は、通常以上にラウンドの際にスタッフに声掛けを行う。(愛知がん)

病院のSWOT分析および中長期事業計画、年度計画に基づいて各診療科・各病棟で事業計画を立案。(筑波メディ)

緩和ケア病棟を利用した遺族へのアンケート調査への参加。遺族会での意見の聴取。(岡山済生)

がん療養サポートバス、苦痛のスクリーニング、看護カウンセリングなどでプレテストを実施し、全体に拡大するために評価・修正に取り組んでいる。(岐阜大)

緩和ケアチーム新規紹介人数、苦痛スクリーニング陽性患者数、オピオイド使用量、緩和ケア研修会受講率などを指標としてPDCAサイクルを回すことを予定。(東北大)

チームのメンバーと主治医・病棟スタッフと意見交換を積極的に行い、週に1度の緩和ケアカンファレンスで問題点を検討し、対応策を協議している。(群馬大、三豊、信州大)

定期的に緩和ケアチームを利用している主治医や看護師にアンケート調査を行い、チームが機能しているかどうかを確認するようにしている。(廣大)

国立がんセンターがん登録部会のQuality Indicatorを利用して、下剤・制吐剤の使用率等を院内で評価して、PDCAサイクルを回している。(三重大)

腫瘍センターを中心に多職種で課題認識や問題点の共有、組織的な改善が必要な際は、病院執行部の会議で審議決定され、各診療科・各部門への周知がなされる(山口大)

指定要件の未実施項目ごとに緩和ケア関係者のチームを作り、項目ごとにその要件実現(継続可能な実現)のためのPDCAを検討している(山梨県中)

病院として作成しているBSC(バランススコアカード)に基づき、緩和ケアとしての評価を実施(滋賀成人)

緩和ケアセンターのコアメンバーで行っているカンファレンスを利用し、体制や取組を検討しているほか、約3か月ごとに取り組みをPDCAサイクルに沿って評価している。(大阪成人)

緩和ケア推進委員会を1回/月 開き、緩和ケアに関する統計分析評価を実施。がん診療センター運営会議で公表。オープンカンファレンスで、地域スタッフからの評価や意見をもらう。がん拠点病院実務者委員会で各拠点病院のデータ(新患者数、外来患者数、スタッフ数など)を持ち寄り、問題点、改善点等を話し合っている。(長崎大)

長野県のがん診療連携拠点病院整備検討委員会が、年2病院ずつを選び実施している現地調査(機能評価)の結果も参考にしてブラッシュアップを行っている。(信州大)

コアメンバーで計画を立て、がん診療推進センター運営会議(月1回程)で実施事項を報告し、各診療科や各職種の代表から意見を頂き、修正をかけ再実行するというサイクルを回している。(福井大)

毎年、『緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感尺度』等を行い、PDCAサイクルを確保している(九がん)

### ②施設での苦労や課題

すでに行っていること以外の視点についてのPDCAサイクルを確保するに当たっては、何にターゲットを絞って、何をやっていくかを検討する必要がある。実績の客観的評価方法の確立が課題である。

緩和ケアの質の保証をどのレベルにするかの明確化が課題である。

院内のPDCAは構築・運用しやすいが、他施設との連携となるとPDCAを構築・改善しにくい印象あり。

提供している緩和ケアについて、患者・家族の満足度や、医療者からみた緩和ケアチームの評価について調査ができていない。

院内の情報集業務を担う医療者の業務負担

PDCA自体が十分に理解できず、何をすべきかわからない

「PDCAサイクルの確保」に限らず、「新しいものの導入」には強い抵抗感をいただく人が多く、最終的に実効性のない整備で終わってしまうことが少なくないこと

限られたマンパワーでPDCAサイクルを展開すること

院内の周知徹底、協力体制が整いにくい

質の向上のため、他施設との比較なども必要であると感じている

### ④都道府県内での具体的な取り組み

拠点病院の緩和ケアのレベルアップのため、拠点病院間の相互訪問調査を実施。(愛媛、宮城)

県のがん診療連携協議会緩和ケア部会として毎年定例会議で前年の事業計画の反省と新しい年度の事業計画を立案。その結果を年1回の協議会にて報告。(茨城)

拠点病院間で各施設の問題を共有し、共に検討する機会を場を設けている。(岐阜、広島、香川、金沢、長野)

県のがん診療連携拠点病院連絡協議会等を通して県内医療機関の現状把握、情報の共有、研修会の体制整備を行う。(群馬、山口、滋賀、青森、長崎、和歌山)

国立がんセンターがん登録部会のQuality Indicatorを利用して、下剤・制吐剤の使用率を県レベルで評価して、PDCAサイクルを回している。(香川)

がん診療連携拠点病院整備検討委員会が、年2病院ずつを選び実施している現地調査(機能評価)する。(長野)

緩和ケアの体制整備状況について、拠点病院よりPDCA評価シートを提出してもらい、県内PDCA評価委員によるシートの評価を行うとともに一部実地調査を行った。(奈良)

県下の緩和ケアチーム研修会を行い、各自のチームの機能分析と次年度の目標アクションプランを作成し、活動を促す会を開催予定。来年同時期の緩和ケアチーム研修会で再評価し、くりかえす。(兵庫)

### ⑤都道府県内での苦労や課題

今後県内でどのようにPDCAサイクルを確保し、取り組んでいくかを県全体で考えていく予定。

拠点病院ではない病院と、どのように連携し、総じて緩和ケア力をupしていくかを考えていく必要がある。

拠点病院への補助金の使い方が制限され、がん診療連携協議会の専門部会・分科会等の勉強会に支出が出来ないこと。

PDCAサイクルを回すための時間やマンパワーが不足している。

地域・施設によって取り組みに温度差もある。

県の緩和ケア担当者との情報共有がタイムリーに行えない、担当者が消極的

県内で緩和ケア領域において、実務者レベルで課題を検討する場が設けられていない。

ひろい地域をまとめるために、だれが、どのようにしてリーダーシップを取って行くか。

今後情報共有をして互いに比較できるようにしていく。

都道府県拠点病院の事務局機能が低かったため、全県的な取り組みが進まない面があった。

評価項目について、協議会所属医療機関の合意を得られるものを提案すること。

### ⑥拠点病院の緩和ケア領域のPDCAサイクルを確保するためにモニタリングするべきデータ

【構造 (structure)】緩和ケア病棟・緩和ケア専門外来の有無、専門診療科の有無、緩和ケアチームの人員数、職種の数、緩和ケア研修会受講率、

【過程 (process)】緩和ケアチームおよび外来新規依頼数、延べ依頼数、チーム回診延べ数、緩和ケア外来診療延べ日数、緩和ケア外来の診療内容内訳割合、緩和ケア診療加算件数、緩和ケアチームの介入日数、緩和ケアチームのカンファレンス参加人数、

緩和ケア緊急入院数、緩和ケア病棟の入院患者数、平均在院日数、死亡退院以外の退院数、緩和ケア病棟入院までの待ち日数、がん看護外来相談件数および対応件数、がん相談件数、

医療用麻薬の使用量、医療用麻薬使用者における一人当たりの麻薬使用量、医療者の認知度調査、緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感尺度、在宅がん患者の緊急入院対応数、在宅支援診療所や訪問看護等への医療連携数、在宅連携バス適用人数・適用率(対在宅支援導入総数)・達成率、連携カンファレンス施行回数、在宅移行率、退院調整会議開催数

【成果 (outcome)】スクリーニングの陽性率、除痛率、入院死割合、チーム介入3日目・1週間目の疼痛レベル半減率、達成率、介入状況と介入結果、PMI、入院時と一週間後のSTAS-J(疼痛など)の改善率、

副作用率、鎮痛補助薬の使用率と数量、ブロック・抗がん剤の併用、放射線療法・緩和的外科療法の件数及びその実施率、抗がん剤治療中の患者の麻薬導入率、

緩和ケア外来患者の在宅死割合、がん患者の転帰、外来通院患者への定期的なGDI-p、一般病棟入院患者への定期的なCES-pの実施、患者の満足度、緩和ケアチーム推奨の実施率、医療者の緩和ケアチームの満足度、

適切な緩和ケアを受けていない人の数(終末期に関しては、自院の患者がどこで療養しているかを追跡調査、質が担保されていないと思われる病院、例えばマンパワーの少ない病院や介護施設での患者数を算出)

【質的】訪問調査による緩和ケアカルテの記載内容の質的チェック、カンファレンスの記録のチェック、麻薬管理に関するカンファレンス記録のチェック、相互訪問調査の形を取り、実際の現場担当者と管理者を交えて意見交換

### ⑦特に、拠点病院の緩和ケアセンターの活動をモニタリングするために活用できるデータ

【構造 structure】緩和ケアセンターの人員充足度、診断時のつらさに関わる看護師の数、スタッフの労働時間、年間事業計画の有無、中長期事業計画の有無、

【過程 process】緩和ケアセンター会議の延べ回数・参加者数、議事録および会議内容内訳割合、メンバーの院内病棟・外来のカンファレンスへの参加実績、

がん看護カンファレンスの実施件数、緩和ケアセンターニード、

緩和ケアスクリーニング配布数・回収数・ピックアップ数、一次・二次・三次の緩和ケア提供数、麻薬使用量、在院日数、転帰、医療者の認知度、

緩和ケアチーム外来数、緩和ケアチーム新規紹介数・依頼内容、医師以外からの症状緩和に関する依頼数、がん看護外来数・算定件数、診断時のつらさに関わる看護師の対応件数、

緊急緩和ケア病床の利用率・入院者数、年間他院からの緩和ケア患者受け入れ件数(外来、入院)、連携バスの算定件数、年間退院前カンファレンスの実施件数、算定件数(レセプトデータ・DPCデータから自動抽出できるデータのみで評価する方法がよい。)、

年間地域合同カンファレンスの実施回数、年間外部からの緩和ケアに関する相談件数、地域に向けた緩和ケア勉強会実施回数、地域への緩和ケア出前講座実施回数、

【成果 outcome】外来通院患者への定期的なGDI-p、一般病棟入院患者への定期的なCES-pの実施および病院で死亡した患者の遺族に対するCES.GDI調査の実施(ただし、調査主体は都道府県が望ましい⇒外注すれば可能。)、医療者の満足度

【質的】質的モニタリングについて検討が必要。緩和ケアセンターに対する部外からの評価

【返送先】FAX:03-3542-3495, e-mail:rchinda@ncc.go.jp  
 平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

## 第 2 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 事前アンケート

12 月 15 日(月)に開催いたします第 2 回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の緩和ケア部会では、「緩和ケア研修会」や「緩和ケアセンター」、「緩和ケア領域の PDCA サイクルの確保」等について、皆様の活動状況を可能な限り情報共有したく、アンケート調査へのご協力をお願い申し上げます。今回は本部会前の午前中に、各都道府県で抱える課題等について、本アンケート結果を参考にグループ討議の時間を設定しています。

なお、アンケートの集計結果は、本部会等で公表することをご了承ください。

※ご回答は各施設で一つご回答くださいますようお願い申し上げます。

### 【回答方法】

このアンケートは、設問 I ～VI で構成されています。選択式の設問は該当する番号に一つ〇をおつけください。自由記載の設問は、該当欄に回答をご記入ください。

### I. まず、ご所属施設の情報をご回答ください。

#### 1. 都道府県名

都道府県

#### 2. 病院名

病院

### II. 次に、都道府県内の緩和ケア研修会についてお伺いします。

#### 1. 「緩和ケア研修会」に関する下記の取り組みについて、都道府県内の状況を具体的にご回答ください。ご不明な場合は、「わからない」とご回答ください。

##### ① 都道府県内のファシリテーター情報共有ネットワークの有無や、その協力体制

##### ② 都道府県内で研修会の参加者を集めるための工夫(特に、初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修研修終了後 3 年目までの全ての医師の研修修了に向けた工夫)

##### ③ 都道府県内で研修会の質を高めるための工夫

##### ④ 都道府県内で「緩和ケア研修会」修了者を対象とした緩和ケアの水準を高めるための工夫



【返送先】FAX: 03-3542-3495, e-mail: rchinda@ncc.go.jp  
 平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

2. 「緩和ケア研修会」以外の緩和ケアに関する研修会についてお伺いします。都道府県内の緩和ケアの教育関係者の合意によって独自に企画された、以下のような研修*は行われていますか。 ※施設または個人が企画した研修や講習会、企業主催の講演会は含みません。	行っていない	計画している	行っている	わからない
① 「緩和ケア研修会」のファシリテーターを対象としたスキルアップのための研修	1	2	3	4
② 「緩和ケア研修会」修了者を対象としたスキルアップのための研修	1	2	3	4

### III. ご所属施設の緩和ケア研修会についてお伺いします。

#### 1. ご所属施設に所属する医師の緩和ケア研修会の受講率・受講状況をご回答ください。

対象	受講率
① 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	%
② ①以外の医師で、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、がん患者の主治医や担当医となることは想定されないが、主治医等から診療依頼を受けた場合や当直業務などでがん患者に対する診療を行うことがある者	%
③ 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、病理診断医や放射線診断医など、がん患者との日常的な対面は想定されない者	%
④ 施設に所属する初期臨床研修2年目から初期臨床研修終了後3年目までの全ての医師	%
⑤ 病院長は緩和ケア研修を修了している	はい      いいえ

#### 2. ご所属施設の緩和ケア研修会に関して、工夫されていることをご回答ください。

--

#### 3. 看護師に対する緩和ケア教育についてお伺いします。

1) 「看護師に対する緩和ケア教育」の指導者研修(日本看護協会:がん医療に携わる看護研修事業)の修了者による、一般看護師を対象とした緩和ケア研修の実施状況について、該当する番号に○をおつけ下さい。

1. 行っていない	2. 計画している	3. 行っている	4. わからない
-----------	-----------	----------	----------

2) 上記で「2. 計画している」「3. 行っている」とご回答された方にお伺いします。研修プログラムに導入しているモジュールに○をお付けください。

1. 緩和ケアの概要	2. 意思決定支援	3. 苦痛緩和	4. 専門家への 橋渡し・連携	5. その他 ( )
------------	-----------	---------	--------------------	---------------

#### 3) 研修の対象者をご回答ください。

--

【返送先】FAX:03-3542-3495, e-mail:rchinda@ncc.go.jp  
 平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

#### IV. ご所属施設の緩和ケアに関する体制についてお伺いします。

① ご所属施設の「緩和ケアセンター」の現在の整備状況について、該当する番号に○をおつけ下さい。

- |              |                                  |                              |          |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|----------|
| 1. 整備について検討中 | 2. 整備に向けて調整中<br>整備予定時期<br>( 年 月) | 3. すでに整備した<br>整備時期<br>( 年 月) | 4. わからない |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|----------|

② 緩和ケアセンターをどのような組織として患者・家族に紹介または広報していますか。具体的な説明文等をご回答ください。

--

③ 緩和ケアセンターの人員配置に関する現状についてお伺いします。それぞれ、該当する番号に○をおつけください。

	確保が難しい	現時点では確保が可能	調整等すれば確保可能	配置済み	わからない
① センター長 (常勤の医師で、なおかつ院内で管理的立場にあること)	1	2	3	4	5
② ジェネラルマネージャー (常勤かつ専従の組織管理経験を有する看護師であること)	1	2	3	4	5
③ 常勤かつ専任の身体症状を担当する医師 (緩和ケアチーム医師)	1	2	3	4	5
④ 常勤の精神症状担当する医師 (緩和ケアチーム医師)	1	2	3	4	5
⑤ 緊急の入院緩和ケア病床を担当する常勤の医師 (①③④との兼任可)	1	2	3	4	5
⑥ 緩和ケア外来を担当する常勤の医師 (①③④との兼任可)	1	2	3	4	5
⑦ 常勤かつ専従の看護師 2 名 (がん看護専門看護師またはがん看護関連の認定看護師であること, ②との兼任不可)	1	2	3	4	5
⑧ 緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師	1	2	3	4	5
⑨ 専任の医療ソーシャルワーカー (相談支援センターの構成員との兼任可)	1	2	3	4	5
⑩ 歯科医師	1	2	3	4	5
⑪ 臨床心理士	1	2	3	4	5
⑫ 理学療法士	1	2	3	4	5
⑬ 管理栄養士	1	2	3	4	5
⑭ 歯科衛生士	1	2	3	4	5

④ 緩和ケアセンターの人員を確保するために施設内で①工夫されたことや②苦勞していること、または課題について、具体的にご回答ください。

①人員確保のために工夫されたこと

--

【返送先】FAX:03-3542-3495, e-mail:rchinda@ncc.go.jp  
平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

②苦勞していること、または課題					
⑤ 緩和ケアセンターの機能に関する現状についてお伺いします。それぞれ該当する番号に○をおつけください。					
	実施が難しい	現時点では実施が可能な調整等すれば	実施可能	実施中	わからない
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
【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
【参考】緩和ケアセンターの設置や活動内容をホームページ等を活用して地域に広報する	1	2	3	4	5

⑥ 緩和ケアに関する下記の体制について、それぞれ具体的にご回答ください。

1) 緩和ケアセンターの緊急緩和ケア病床の整備について

①具体的な整備体制
②整備にあたり工夫されたこと
③苦勞していること、または課題

2) 苦痛のスクリーニングについて

①具体的な整備体制
②整備にあたり工夫されたこと

【返送先】FAX:03-3542-3495, e-mail:rchinda@ncc.go.jp  
 平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

③苦勞していること、または課題

3) がん看護カウンセリングについて

①具体的な整備体制

②整備にあたり工夫されたこと

③苦勞していること、または課題

4) 緩和ケアに関する地域連携について(地域医療者との関係者が深まるような取り組み)

①具体的な整備体制

②整備にあたり工夫されたこと

③苦勞していること、または課題

V. 緩和ケア領域の PDCA サイクル<sup>\*</sup>の確保についてお伺いします。

※PDCA サイクルとは、Plan-Do-Check-Act を繰り返すことで、医療の質を継続的に改善することです。

① ご所属施設の具体的な取り組みについてご回答ください。

② ご所属施設で苦勞していること、または課題についてご回答ください。

③ 都道府県内の具体的な取り組みについてご回答ください。

【返送先】FAX:03-3542-3495, e-mail:rchinda@ncc.go.jp  
平成 26 年 11 月 17 日(月)AM9:00 までにご返送ください。

④ 都道府県内で苦勞していること、または課題についてご回答ください。

⑤ 拠点病院の緩和ケア領域の PDCA サイクルを確保するために、モニタリングすべきデータには、どのようなデータがあると思いますか。利用可能性などの側面からどのようなデータを用いることが適切であるか、収集可能なデータについて自由なご意見をご回答下さい。

例えば、緩和ケアチーム新規診療人数、苦痛のスクリーニングの陽性率、医療用麻薬の使用量、緩和ケア研修会受講率 など。

⑥ 特に、拠点病院の緩和ケアセンターの活動のをモニタリングするために活用できるデータにはどのようなデータがあると思いますか。自由なご意見をご回答ください。

VI. 最後に、国立がん研究センターがん対策情報センターでは、拠点病院の緩和ケアチームを対象とした「指導者」研修を実施しております。本研修は、都道府県内の緩和ケアサービスを向上するための緩和ケアチームの活動を支援することが主な目的となっており、昨年は地域連携をテーマに研修を実施いたしました。研修で取り上げて欲しいテーマ等のご意見について、下記にご回答ください。

アンケートは以上です。ご協力誠にありがとうございました。