
都道府県の PDCA サイクル確保に向けた活動の関連資料

- ① 2016 年度 PDCA 病院別総括評価
- ② 平成 29 年度 第 1 回宮城県がん診療提供体制検討委員会議事録
- ③ 平成 28 年度宮城県がん診療連携協議会化学療法部会の PDCA サイクル報告書
- ④ 宮城県がん診療連携協議会 放射線治療部会 H28
- ⑤ H28 年度緩和ケア部会 PDCA 報告
- ⑥ 相談支援部会
- ⑦ がん登録部会
- ⑧ 地域連携パス部会
- ⑨ 東北大学病院 PDCA サイクル取り組み 提出文書

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

臓器別がん診療カンファレンスのほか、臓器横断的がん診療カンサーボードも整備されており、消化器がん関連がん診療カンサーボードの一本化が進んでいる。一部の領域が未開催であること、医師以外の職種の参加が課題である。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では 2016/7 月に閉鎖式輸注システムが導入され、高揮発性 3 剤のレジメンに使用されている。

(ウ) 放射線療法：特に指摘なし

(エ) 緩和医療

緩和ケア外来、緩和ケアチーム活動は順調に活性化している。病棟では診断時からの苦痛スクリーニングがほぼ全例に行われており、外来での拡大が課題である。医師の緩和ケア研修会受講率は約 80% に達した。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/4-10 月の算定はがん指導管理料 1 が 9 件、同 2 が 222 件、同 3 が 6 件で対象を拡大する体制整備が課題である。

(カ) その他

2) 相談支援：ほぼ問題なく整備されている。地域ケアマネや介護職への研修会開催を検討するとなおよいと考えられる。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 181 件である。その中では前立腺がんが 157 件であり、胃がん、大腸がん、肺がんはあまり使用されていない。

4) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しており評価できる。

5) 院内での PDCA サイクルの確保体制

毎月開催の腫瘍評議会やがん診療の各部会において組織横断的な検討が継続的に行われている。

都道府県がん診療連携拠点病院としての評価

宮城県立がんセンターと協力分担の上、都道府県がん診療拠点病院の機能を担っている。地域がん診療病院への診療支援を行う医師の派遣に係る調整に尽力している。県内の医療機関における診療、各種サービス等の情報集約や医療機関間で共有に関してもみやぎがんネットなどの整備を通じて尽力している。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

多職種からなるキャンサーボードが開催され、医師、看護師、薬剤師からなる企画チームが持ち回りで検討症例の抽出を行うなど、工夫が見られる。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、高揮発性 3 剤について薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを外来・病棟ともに実施している。全抗がん剤における閉鎖式ルートを用いたプライミングに向けて準備中である。

(ウ) 放射線療法：特に指摘なし

(エ) 緩和医療

2016 年 4 月に緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟などを有機的に統合する緩和ケアセンターを設置した。緩和ケアチーム依頼件数は 208 件→283 件と増加した。苦痛のスクリーニングは病棟外来とも約 80%と定着した。医師の緩和ケア研修会受講率は 97%に達しており評価できる。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/4-11 月の算定はがん看護外来やがん薬剤師外来などを中心に指導管理料 1 が 7 件、同 2 が 46 件、同 3 が 170 件で対象を拡大する体制整備が課題である

(カ) その他

2) 相談支援：ほぼ問題なく整備されている。さらにピアサポーター活動を支援することを検討されたい。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 46 件にとどまった。その中では胃がん 42 件が中心であり、その他のがんではあまり使用されていない。

4) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しており、評価できる。

5) 院内での PDCA サイクルの確保体制

がんセンターという組織の特性上、院内で行われている様々な階層の会議ががん診療の検討と改善という PDCA につながる体制に直結している。

都道府県がん診療連携拠点病院としての評価

東北大学病院と協力分担の上、都道府県がん診療拠点病院として県全体のがん診療体制を指導する立場にある。県内外の組織に呼びかけて化学療法チーム研修会や看護部公開研修会を開催するなどの研修会開催を積極的に行っている点は評価できる。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

毎月 2 回、1 回 10 症例の症例検討を行うなどキャンサーボードは活発に行われているが、医師以外の参加が少ないことが課題である。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、高揮発性 3 剤について薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを外来・病棟ともに実施している。抗がん剤暴露対策マニュアルと患者指導用パンフレットを改定した。

(ウ) 放射線療法：特に指摘なし

(エ) 緩和医療

緩和ケアチーム依頼に対して、チームの推奨が採用されているか、また不採用のときはその理由を緩和ケア専従医が確認していることはチーム活動として評価できる。リンクナース主催のケースカンファレンスも活発に行われている。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/5-9 月の算定はがん患者指導管理料 1 が 0 件、同 2 が 8 件、同 3 が 0 件で算定を実施する体制整備が課題である

(カ) その他

2) 相談支援：指導者研修終了者や認定がん相談員がいないこと、地域ケアマネ等の研修会の開催を行っていないことなどは課題である。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 295 間ある。乳がん 155 件、前立腺がん 115 件が中心である。

4) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しており、評価できる。

5) 院内での PDCA サイクルの確保体制

月 1 回、がん診療会議でがん診療に関わる諸問題を検討している。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

多職種によるキャンサーボードが月 1 回開催され、検討症例が 2-3 例であり、検討症例が少ないことが課題である。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、高揮発性 3 剤のうちシクロフォスファミドとイフォマイドについてプライミングを外来・病棟ともに実施している。今後対象を全抗がん剤に拡大することを検討している。

(ウ) 放射線療法：放射線治療を行っているが、医学物理士の雇用がないことは課題である。

(エ) 緩和医療

緩和ケアチーム依頼が増加しており、化学療法治療中からの介入も実施している。苦痛のスクリーニングも 80%程度まで達成した。仙台北東地域緩和ケア症例検討会の開催などを通じて在宅緩和ケア連携を推進している。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/5-9 月の算定はがん患者指導管理料 1 が 64 件、同 2 が 1 件、同 3 が 40 件であった。2016 年に解説したがん看護外来を通じて指導管理料 2 を拡大することを目指している。

(カ) その他

2) 相談支援：全般的によく整備されているが、ピアサポーター活動支援と地域の医療者への研修会の開催が課題である。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 46 件ある。胃がん 24 件、大腸がん 20 件が中心である。

5) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しており、評価できる。

6) 院内での PDCA サイクルの確保体制

月 1 回、がんセンター委員会等でがん診療に関わる諸問題を検討している。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

診療科横断的がんセンターボードを週 1 回開催し、検討症例は年間 250 例と活発であるが、一部の臓器がんでは多診療科による検討症例が少ないことが課題である。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、2016 年度時点では県内の拠点病院の中で唯一、閉鎖式輸注システムが未導入であった。2017 年度の導入に向けて体制整備中である。

(ウ) 放射線療法：放射線治療部会の現地視察の対象年度であった。放射線品質管理委員会の実施が不十分であり、改善を求められた。

(エ) 緩和医療

緩和ケアチームは精神面の依頼割に比べ、疼痛治療に関する依頼が減少している。担当医が自ら行う疼痛緩和の質が向上しているかの検討が必要である。医師の緩和ケア研修会受講率は約 80% に達した。苦痛のスクリーニングは院内の浸透が進んでいるが、陽性患者に対するフォローについての課題がある。自記式私のカルテは年間 800 冊配布しており患者・医療者間の情報共有に役立っている。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/4-11 月の算定はがん患者指導管理料 1 が 87 件、同 2 が 68 件、同 3 が 456 件であった。がん薬物療法の開始時やレジメン変更時に医師が積極的に文書を用いて説明し、算定しているため件数が多い特徴がある。

(カ) その他：院内歯科と地域の歯科医院との連携協定が進み、全身麻酔手術施行患者の原則全例に術前の口腔ケア指導の体制を 2017 年度から開始予定している。

2) 相談支援

がん相談支援センター内規が未作成であり改善が求められる。指導者研修終了者や認定がん相談員がいないことも課題である。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 9 件（膀胱がん 8 件）とほとんど使用されておらず課題である。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握できておらず改善が求められる。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

各種部会の他、年に 2 回の地域がん診療連携拠点病院運営委員会で院内全体の PDCA 進捗を管理している。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

多職種によるキャンサーボードを月 1 回開催。症例は毎回 3 例程度。検討症例数の拡大が課題。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、高揮発性 3 剤について閉鎖式ルートを用いた投与を外来・病棟ともに実施している。院内や患者に向けた啓蒙を強化する予定。

(ウ) 放射線療法 特に指摘なし

(エ) 緩和医療

苦痛のスクリーニングに関しては腫瘍内科の入院患者の実施にとどまっている。緩和ケア診療加算の算定漏れが多く、緩和ケアチーム紹介症例の 27%にとどまった。地域住民へのがん・緩和ケアに関する啓蒙活動が課題である。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/9-12 月の算定はがん患者指導管理料 1 が 50 件、同 2 が 0 件、同 3 が 0 件であった。算定のための院内体制の確立が課題である。

(カ) その他

2) 相談支援

がん相談支援センター内規が未作成であり改善が求められる。認定がん相談員がいないことが課題である。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 162 件（肺がん 142 件、前立腺がん 20 例）に使用された。胃がん大腸がんでは使用されておらず、課題である。

4) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しており、評価できる。

5) 院内での PDCA サイクルの確保体制

各種部会の他、年に 2 回のがん診療運営委員会で院内全体の PDCA 進捗を管理している。

1) 診療体制

(ア) キャンサーボード

多職種によるキャンサーボードが月 1 回開催されているが、放射線科診断医、放射線科治療医、病理医の参加がないことが課題である。

(イ) 化学療法

化学療法の暴露対策では、高揮発性 3 剤について閉鎖式ルートを用いた投与を外来・病棟ともに実施している。今後、全抗がん剤対象に拡大を検討中である。

(ウ) 放射線療法 特に指摘なし

(エ) 緩和医療

緩和ケアチームへの依頼件数は 119 件と前年度比増加しているが、診療科に偏りがある。苦痛のスクリーニングは 379 件行われているが、診療科に偏りがあり、外来での実施件数が少ない。在宅緩和連携に関しては仙南地域がん緩和ケア連携会議を通じて連携を強化している。

(オ) がん患者指導管理料算定

2016/9-12 月の算定はがん患者指導管理料 1 が 81 件、同 2 が 3 件、同 3 が 0 件であった。算定のための院内体制の確立が課題である。

(カ) その他

2) 相談支援

指導者研修終了者や認定がん相談員がいなかったことが課題である。

3) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスの算定は年間 0 件であり課題である。

4) 院内がん登録

院内がん登録情報においては診断日から 5 年以内のフォローアップ率を把握しておらず、課題である。

5) 院内での PDCA サイクルの確保体制

各種部会その他、年に 2 回のがん診療運営委員会で院内全体の PDCA 進捗を管理している。

平成 29 年度 第 1 回宮城県がん診療提供体制検討委員会議事録

1. 日 時 平成 29 年 7 月 14 日（金） 16 時 00 分～18 時 00 分
2. 場 所 東北大学病院 キャンサーボード室
3. 会長あいさつ

石岡会長より、宮城県がん対策推進協議会ワーキンググループにて、第 2 期がん推進基本計画の考察と第 3 期がん推進基本計画（案）について協議され、がん診療連携拠点病院の役割や、がん診療提供体制について今後重要な役割を担うことがあげられた為、前年度に引き続き宮城県の PDCA サイクルの確保等について、当部会で検討をお願いしたいとの挨拶があった。

なお、第 3 期がん推進基本計画は今年の夏頃に更新予定している。

4. 議 題

司会進行：宮城県がん診療提供体制検討委員長 蒲生真紀夫（大崎市民病院）

（1）宮城県がん診療連携協議会各部会の PDCA サイクルの報告について

①化学療法部会

石岡部会長より、資料 1-1 のとおり報告があった。

化学療法部会は、キャンサーボードの実施状況、がん患者指導管理料の実施状況、抗がん剤の曝露対策の実施状況の 3 項目について各病院から提出された資料を基に書面調査を行った。

キャンサーボードの実施件数については、各病院で対象とするカンファレンスやキャンサーボードの定義が異なる為、比較が難しい。今後は同じフォーマットでカウントする予定。

がん患者指導管理料 1, 2, 3 の実施状況については、各病院の算定開始時期や期間が異なる為、算定件数の施設間比較は次年度以降も継続的に調査を行う必要がある。

抗がん剤の曝露対策の実施状況は、閉鎖式輸注システムの導入と全抗がん薬剤への対応計画に施設間格差が認められた為、次年度以降も継続的に調査を行う必要がある。

また、今年度は大崎市民病院と東北労災病院の現地調査を行った。注射調剤室の調製者については、東北労災病院が 2 名と少ない為、化学療法に関わる専任の薬剤師の増員が必要と考えられる。

②放射線治療部会

神宮部会長より、資料 1-2 のとおり報告があった。

大崎市民病院訪問時に放射線品質管理委員会の実施が不十分であり、改善をお願いしている。

また、宮城県内の医学物理士普及の徹底をお願いしたが、H28 年度は医学物理士の増員が無く、特に東北労災病院には何度か雇用の推奨をしているが改善されていない状況。今後も医学物理士の増員について、放射線部会として強く要望していく意向。なお、東北地方では、医学物理士を雇用できる殆どの施設が採用しており、関東や県外でも就職先を探す状況が続いている。また、医学物理士の役職については、各施設によって異なるが、医師所属の場合は助教等にあたり、放射線技師の免許を持っている場合は、放射線技師の所属、医療職の所属以外は事務にあたることが多い。

丹田委員より、第三者機関による線量校正ができていない施設について調査後、問題があったのか報告書に追加記載して欲しいとの意見があった。問題はないが総会の資料には、修正した報告書を提出することとなった。

③緩和ケア部会

井上部会長より、資料 1-3 のとおり報告があった。

緩和ケア部会は、施設ごとに報告書を作成しそれに基づき書面調査を行った。書面調査の際には、患者会からは、がんサロン・ネットワークみやぎ代表の吉田久美子氏、在宅医療機関から岡部医院院長の佐藤隆裕氏にも参加いただいた。

緩和ケアチームについては、東北労災病院や宮城県立がんセンターは、専任の精神科医が不在の為、緩和ケア診療加算を算定していないにも関わらず緩和ケアチームが活発に活動している。

また、指定要件として地域カンファレンスの開催が求められ、各拠点病院で定期的に行われるようになり、拠点病院と地域医療機関の連携が深まっている。

石岡会長より、宮城県がん対策推進協議会ワーキンググループで、第二期の宮城県がん対策推進計画の中で緩和ケア研修会の受講状況があげられ、拠点病院の受講率は確認出来るが、それ以外の医療機関についてはどういった状況になっているのか分からないとの話があがっているとの話があった。井上部会長より、拠点病院以外の受講率について部会内でも協議されたが、指定要件でもない為、受講率調査に協力が得られないのではないかと意見があり、まずは拠点病院内で受講率をあげていくことを目標としたとの説明があった。

④患者相談部会

藤谷部会長より、資料 1-4 のとおり報告があった。

国立がん研究センターで雛形とされた PDCA サイクルチェックシートを宮城県に見合ったものに改訂し、宮城県がん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト：がん相談支援センタープロセス指標を作成し、チェックリストに添って各病院の自施設評価を行った。

また、宮城県立がんセンター、石巻赤十字病院、みやぎ県南中核病院の現地調査を医師と相談員で行った。現地調査の結果については、各病院長に文書で通知を行

い、改善が必要な項目について報告を行っている。

石岡会長より、相談件数のカウント方法について施設ごとに違うのではないかと質問があった。藤谷部会長より、カウントについては、今年度より国立がん研究センターが作成したがん相談シートを使用し、がん相談基礎研修を受講した相談員のみが記載することに統一された旨、説明があった。

また、丹田委員より、各病院のピアサポーターの活用頻度について質問があった。仙台医療センターは常にごがんサロンにピアサポーターが配置されていて、大崎市民病院は週3回、石巻赤十字病院は月2回がんサロンに来ていただいている状況。

⑤がん登録部会

金村部会長より、資料1-5のとおり報告があった。

現況報告の資料を基に各病院の一覧表を作成し、改善が必要な項目に黄色で色付けした。一覧に記載のある「診断日から5年以内のフォローアップ率の把握をしている」については、がん患者さんの予後調査を自治体に対して行い、国立がん研究センターの支援事業を活用してフォローアップ率が算定出来るようになっているかが要件としてあげられている。「いいえ」と回答している大崎市民病院、みやぎ県南中核病院については実施出来ていない状況。なお、東北大学病院も「いいえ」と回答していたが算定出来ている為、報告書を修正することとした。

また、都道府県がん診療拠点病院として、「都道府県内の医療機関が実施する院内がん登録の精度の向上の為、院内がん登録実務者として国立がん研究センターの実施する指導者研修を修了した者を配置している」については、東北大学病院の職員が退職した為、「いいえ」の回答になっている。

⑥地域連携パス部会

山田部会長より、資料1-6のとおり報告があった。

パスが普及しない状況が続いており、平成27年は患者さま向け、28年は医療機関向けにアンケート調査を行った。患者さまは待ち時間の短縮等メリットを感じているが、医療機関への調査結果では、地域の医療機関は91%が利用したいと回答している中、拠点病院では利用したいと回答したのは55%となった。理由としては、メリットがない、仕事量が増える、使用しにくい等の意見があった。

将来的にはMMWINを利用して簡単に運用できるシステムを作りたいが、現時点での運用は難しい為、今年度はパスを簡略化していくことを課題にしたいとの報告があった。

なお、蒲生委員長より、各病院の年間運用件数・使用件数について追加したものを総会の資料として提出して欲しいとの依頼があった。

⑦口腔ケア部会

浅田部会長より、資料1-7のとおり報告があった。

歯学部で、口腔ケア部会について把握していない医師が多い為、部会の取り組みと指定要件について説明を行い、歯科医師へ周知を行った。

また、医科のがん患者さんで、口腔ケアが必要になった場合、拠点病院と地域の病院でどのように振り分けを行うかが課題となっていたが、今年度より大崎市民病院が作成した運用方法を基に、まず地域の医療機関に紹介し、対応が難しい場合は拠点病院で受け入れる流れとした。

なお、部会委員の退職・委員の変更があり協議できない期間が続いていた為、今年度からは歯学部代表の委員は2名体制にする旨、報告があった。

(2) 各施設の PDCA サイクルの取り組みについて

○事前アンケートの結果報告

蒲生委員長より、検討体制委員へ各病院の PDCA の取り組みについてアンケートを行い、資料2の結果になったとの報告があった。

各病院の取り組みについては、委員より以下のとおり報告があった。

・東北大学病院（神宮委員）

PDCA サイクルとして掲げているわけでは無いが、腫瘍評議会や化学療法については小委員会ワーキンググループの会議にて協議を行っている。

・宮城県立がんセンター（小野寺委員）

PDCA サイクルをチェックするための組織や会議が無いと回答したが、殆どががん患者にあたる為、改めて組織や会議の実施はしていない。

・仙台医療センター（鈴木貴夫委員）

月1回、がん診療連携会議で協議を行っている。

・東北労災病院（丹田委員）

がんセンター委員会等で月1回各部会の報告・協議を行っている。

・大崎市民病院（蒲生委員長）

年度初めに各部会で目標を立て、年度末に目標を達成できたか報告を行っている。

・石巻赤十字病院（鈴木聡委員）

年2回（年度末・年度初め）協議を行っている。

・みやぎ県南中核病院（内藤委員）

年2回（年度末・年度初め）協議を行っている。

今回協議された内容について、各部会の修正後の報告書（資料 1-1 から 1-7）と議事録を総会へ提出し蒲生委員長より報告を行う。

また、作業部会長より、各部会委員へ本日の協議内容について報告を行うこととした。

（３）その他

蒲生委員長より、地域連携パス部会について、パスだけではなく地域との連携が分かる部会にするのが良いのではないかと意見があった。石岡会長からも、都道府県がん診療連携協議会からパスの運用が難しく指定要件からの削除・廃止の声があがっていることや、行政監査からパスの運用について指摘されている旨、説明があった。

協議の結果、宮城県がん診療連携協議会の地域連携パス部会を地域連携部会に変更し、緩和や口腔ケアの地域連携と重なる部分もあるが、地域連携全体を含めた部会にすることで一致した。部会名の最終的な変更等については、宮城県がん診療連携協議会総会で協議することとした。

また、丹田委員より総会や各作業部会等に東北医科薬科大学病院等、県内でがん診療を担当している市中病院のオブザーバー参加を可能にするのが良いのではないかと意見があった。地域病院の参加についても総会での確認が必要とされるため、丹田委員より総会で発言いただくこととした。

化学療法部会長

石岡千加史

平成 28 年度宮城県がん診療連携拠点病院協議会化学療法部会の PDCA サイクル活動は、平成 28 年 8 月 10 日（水）開催の平成 28 年度第 1 回宮城県がん診療連携協議会化学療法部会（p22~23 議事要録参照）において以下の事項を PDCA サイクルのための調査項目とする方針が決定された。

1. 書面調査について：7 拠点病院を対象に、（１）がん患者指導管理料の実施状況、（２）がん患者指導管理料の実施状況、（３）抗がん剤の曝露対策の実施状況の 3 項目に焦点を絞って行うこと。
2. 現地調査について：昨年度と同様のやり方で、医師、看護師、薬剤師が現地調査員となり、平成 28 年度は大崎市民病院と東北労災病院を対象にすること。

1. 書面調査について

提出された資料（p4~16 資料、一部は書式統一のために後日修正）をもとに、平成 28 年 12 月 22 日（木）開催の平成 28 年度第 2 回宮城県がん診療連携協議会化学療法部会（p24~26 議事要録参照）で相互評価を行った。その際の議論をもとに部会長が下記の様に取り纏めた。

（１）がん患者指導管理料の実施状況

東北大学病院では、臓器別または臓器横断的がん患者指導管理料が実施されている。外科講座・診療科の再編による消化器癌関連がん患者指導管理料の 1 本化を予定されている。未開催の一部の領域への対応や医師以外の職種の参加推進が課題である。宮城県立がんセンターでは、多職種からなるがん患者指導管理料を実施、医師（出席率高い）・看護師・薬剤師からなる企画チームが持ち回りで検討症例の抽出と問題点に関わる職種へ参加を促す事前連絡を行うなどの工夫が見られる。仙台医療センターでは毎月 2 回、1 回当たり 10 症例の症例検討等を行うなどがん患者指導管理料は活発であるが、最近、医師以外のスタッフの参加が少ないことが課題である。東北労災病院では、多職種によるがん患者指導管理料が毎月 1 回開催、毎回 1～2 症例であり検討症例数が少ないのが課題である。大崎市民病院では、診療科横断的、臓器横断的がん患者指導管理料を週 1 回開催、年間検討症例数が 250 例と活発であるが、一部の臓器領域の検討症例数が少ないのが課題である。石巻赤十字病院では、多職種によるがん患者指導管理料が毎月 1 回開催、毎回 3 症例程度であり検討症例数が少ないのが課題である。みやぎ県南中核病院では、多職種によるがん患者指導管理料が毎月 1

回開催されているが、病理医、放射線診断医、放射線治療医の参加がないことが課題である。

なお、がん患者指導管理料の実施件数については、各病院で対象とするカンファレンスやがん患者指導管理料の定義が異なるため施設間の実施件数について比較検討は出来なかった。

(2) がん患者指導管理料の実施状況

東北大学病院では、2016 年 4 月～10 月にがん患者指導管理料 1 が 9 件、がん患者指導管理料 2 が 222 件、がん患者指導管理料 3 が 6 件であった。算定対象を拡大する体制整備が課題である。宮城県立がんセンターでは、平成 28 年 4 月から 11 月までがん患者指導管理料 1 は 7 件、がん患者指導管理料 2 は 46 件、がん患者指導管理料 3 は 170 件であった。がん看護外来、がん薬剤師外来いずれも、他の業務も行いながらの実施であり、有資格者の育成や人員配置の適正化などが今後の課題である。仙台医療センターでは、2016 年 5 月から 9 月まで、がん患者指導管理料 1 は 0 件、がん患者指導管理料 2 が 8 件、がん患者指導管理料 3 は 0 件であった。今後、算定件数の拡大が課題である。東北労災病院では、平成 28 年度 1 年間にがん患者指導管理料 1 が 64 件、がん患者指導管理料 2 が 1 件、がん患者指導管理料 3 が 40 件であった。がん患者指導管理料 2 は、専任の看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に適応算定しており、2016 年度に度開設したがん看護外来等を利用して算定件数を拡大予定である。太崎市民病院では、2016 年 4 月から 11 月に、がん患者指導管理料 1 が 87 件、がん患者指導管理料 2 が 68 件、がん患者指導管理料 3 が 456 件であった。このうち指導管理料 3 についてはがん薬物療法開始とレジメン変更の説明の際に医師や薬剤師が積極的に説明し算定しているため件数が多い特徴がある。石巻赤十字病院では、2016 年 9 月から算定を開始、がん患者指導管理料 1 は約 50 件、がん患者指導管理料 2 とがん患者指導管理料 3 は 0 件であった。算定のための院内体制の構築と、看護師、薬剤師の有資格者の確保が課題である。みやぎ県南中核病院では、がん患者指導管理料 1 は 81 件、がん患者指導管理料 2 は 3 件、がん患者指導管理料 3 は 0 件であった。算定数拡大には、薬剤師と看護師の業務負担の調整が課題である。

なお、各病院の算定開始時期や期間が異なるため、算定件数の施設間比較は次年度以降も継続的に調査行う必要がある。

(3) 抗がん剤の曝露対策の実施状況

東北大学病院では、2016 年 7 月に高揮発性の 3 薬剤（シクロフォスファミド、イフォマイドおよびベンダムスチン）の投与に際して閉鎖式輸注システムを導入した。平成 28 年度中にこれを院内全体に適応拡大する予定である。今後、実技研修などの教育機会を拡充して曝露対策を推進する予定である。宮城県立がんセンターでは、

院内に抗がん薬曝露対策部会を設置し、積極的な曝露対策を行っている。高揮発性の３薬剤について無菌調製と薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを病棟・外来ともに実施している。平成 28 年度中を目途に、全抗がん薬の薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを開始し予定である。また、抗がん薬による環境汚染調査を定期的実施、患者向けの曝露対策の資料を作成し使用しているなど、県内では最も積極的な対応をしている。仙台医療センターでは、高揮発性の３薬剤について無菌調製と薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを外来で実施している。抗がん剤曝露対策マニュアルと患者指導用パンフレットを改訂した。東北労災病院では、高揮発性の３薬剤のうちシクロフォスファミドとイフォマイドの２薬剤について閉鎖式輸注システムを用いて調製、投薬を行っている。今後、全ての抗がん剤を対応にすることを検討中である。大崎市民病院では、調査時点では閉鎖式輸注システムは未導入である。2016 年度内に高揮発性の３薬剤を対象に導入予定である。石巻赤十字病院では、高揮発性の３薬剤に閉鎖式輸注システムが既に導入されており、今後、患者や院内への曝露対策の啓発活動を予定している。みやぎ県南中核病院では、高揮発性の３薬剤について閉鎖式システムを用いて調製、投薬を行っている。今後全抗がん薬への拡大を検討中である。看護部教育に抗がん薬による曝露対策を取り入れている。なお、薬剤師と看護師の個人防護具(ガウン、マスク、手袋、保護メガネ等)については施設間に多少の差があるが、概ね普及が進んでいる。

このように、抗がん剤の曝露対策については閉鎖式輸注システムの導入と全抗がん薬への対応計画に施設間格差が認められたため、次年度以降も継続的に調査を行う必要がある。

2. 現地調査について(2016 年度宮城県がん診療連携協議会化学療法部会 PDCA サイクル 現地調査報告書を p17~20 参照)

実施日時：2016 年 12 月 19 日

対象：大崎市民病院（午前）と東北労災病院（午後）

評価委員：医師：石岡千加史（東北大学病院）、看護師：高子利美（宮城県立がんセンター）、薬剤師：田中 敏（みやぎ県南中核病院）

宮城県がん診療連携協議会化学療法部会の PDCA サイクル報告書（東北大学病院）

1. キャンサーボードの実施状況（400 字）

通年的に以下の臓器別または臓器横断的がんカンサーボードを複数回（2016 年 6～7 月の 2 ヶ月間で合計 82 回）、定期（月 1～4 回）開催し、がん医療の質と安全性を担保している。化学療法カンファレンス、放射線治療カンファレンス、膵胆道癌カンファレンス、大腸癌カンファレンス、胃癌カンファレンス、食道癌カンファレンス、肝臓癌カンファレンス、食道がんカンファレンス、頭頸部がんカンファレンス、血液カンファレンス、呼吸器病理画像カンファレンス、気管支鏡カンファレンス、婦人科放射線科カンファレンス、Pediatric Oncology Conference、小児がん総合カンファレンス、小児脳腫瘍カンファレンス、宮城県立こども病院との合同カンファレンス、小児脳腫瘍カンファレンス。なお、外科講座・診療科の再編による消化器癌関連がんカンサーボードの 1 本化を予定、未開催の一部の領域、医師以外の職種の参加推進が課題である。

2. がん患者指導管理料の実施状況（400 字）

化学療法センターでは、化学療法センターを初めて利用する患者さんに薬剤師と看護師が共同でオリエンテーションを行い、抗がん薬の副作用の発現時期やその対策について説明している（月平均43.0件）。また、治療開始時に薬剤師は各プロトコールについて注意事項を説明し（月平均80.7件）、治療2回目以降に副作用の発現状況を確認し対応している（月平均68.3件）。2016年4月～10月に算定した「がん患者指導管理料」件数は「がん患者指導管理料1」9件、「がん患者指導管理料2」222件、「がん患者指導管理料3」6件である。今後、算定可能な際には確実に算定する体制整備が院内で急務である。「がん患者指導管理料3」はがん専門薬剤師・がん薬物療法認定薬剤師・外来がん治療認定薬剤師のいずれかの資格を有する薬剤師が指導管理を行うことで算定可能であり、薬剤部では有資格者を増やし算定件数を増大させるための準備を行っている。

3. 抗がん剤の曝露対策（400 字）

化学療法センターはがん薬物療法における曝露対策に関して院内の試験的運用部署として積極的に取り組んでいる。2016 年 7 月に Hazardous Drugs (HD) のうち揮発性の高い 3 薬剤（シクロフォスファミド、イフォマイドおよびベンダムスチン）の投与に際して閉鎖式輸注システム（BD Pha Seal™、TERUMO ケモセーフ®併用）を導入した。平成 28 年度中にこれを院内全体に適応拡大する予定である。また、曝露対策合同ガイドラインを参考に個人防護具、こぼれ処理キットや看護師等の教育体制を整備したほか、独自に曝露対策に適したサージカルガウンの導入を検討している。しかし、院内では HD の取り扱いに関する詳細なマニュアルがないため、曝露対策には職種間や部署間に格差が生じている。今後、実技研修などの教育機会を拡充して院内全体で曝露対策についての共通認識を高め、曝露

対策の整備を推進する予定である。

報告日 2016 年 11 月 30 日

報告者 東北大学病院科学療法センター 石岡千加史、木皿重樹、横田則子

1. キャンサーボードの実施状況

多職種からなるキャンサーボードを月一回のペースで行っている。議論活性化のために、医師・看護師・薬剤師からなる 4 つの企画チームが持ち回りで検討症例の抽出と問題点に関わる職種へ参加を促す事前連絡を行っている。たとえば、他施設で保険適応外治療を受け、副作用で緊急入院となった患者への対応に関する症例検討では、医師・看護部・薬剤部のみならず、院長・事務部門へ参加依頼をした。キャンサーボード参加へのモチベーションを上げるために、要望の多い問題について会終了後に 15 分ほどのミニレクチャー（例：精神科医師による「せん妄への対応」）を行い、非常に好評を得ている。また、複数科が参加する症例検討としては、頭頸部がんカンファレンス、呼吸器科がんカンファレンス、上部消化器カンファレンス、下部消化器カンファレンス、緩和呼吸器内科カンファレンスなどが 1～2 週毎に開催され新規患者すべての治療方針の検討を行っている。

2. がん患者指導管理料の実施状況

当院ではがん患者指導管理料 1-3 の算定を平成 27 年度より順次開始しており、平成 28 年 4 月から 11 月までの算定件数は、がん患者指導管理料 1 は 7 件、がん患者指導管理料 2 は 46 件、がん患者指導管理料 3 は 170 件である。がん患者指導管理料 1, 2 は、がん看護外来としてがん化学療法看護認定、乳がん看護認定、緩和ケア認定、がん専門看護師が、治療選択、告知後の心理サポート、療養場所の相談、セルフケア支援などを行い算定している。がん患者指導管理料 3 は、がん薬剤師外来としてがん専門薬剤師が指導を実施し、治療選択支援、副作用の確認と支持療法の提案、疼痛緩和等を行い算定している。特に免疫チェックポイント阻害薬使用例については、全例薬剤師の介入を行っている。がん看護外来、がん薬剤師外来いずれも、他の業務も行いながらの実施であり、有資格者の育成や人員配置の適正化などが今後の課題である。

3. 抗がん剤の曝露対策

院内に抗がん薬曝露対策部会を設置し、積極的な曝露対策と労働環境整備を行っている。現在は揮発 3 薬剤（シクロホスファミド、イホスファミド、ベンダムスチン）について CSTD（ファシール®）を用いた無菌調製、薬剤部における閉鎖式ルート（ケモセーフ®）を用いたプライミングを病棟・外来ともに実施している。平成 28 年度中を目途に、全抗がん薬の薬剤部における閉鎖式ルートを用いたプライミングを外来から

順次開始し、同時に、薬剤バイアルに CSTD が適合可能なものに限り、揮発 3 薬剤以外の全ての薬剤についても CSTD を用いた調製を開始する予定である。

また、抗がん薬による環境汚染調査についても定期的に行っており、来年度も継続して実施する予定である。

個人防護具、調製環境についてはガイドライン等に準拠した標準的な対応を行っている。また、患者向けの曝露対策の資料を化学療法委員会主導で作成し、適宜使用している。

宮城県がん診療連携協議会化学療法部会の PDCA サイクル報告書（仙台医療センター）

がん患者指導管理料の実施状況について

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター

鈴木 貴夫

仙台医療センターのがん患者指導管理料は 2008 年 3 月より診療科・職種の枠を超えた総合がん患者指導管理料として毎月 1 回開催を行った。検討症例の増加により現在は月 2 回の開催で第 1、第 3 火曜日の 17 時 30 分より 19 時ぐらいまで行っている。1 ヶ月の検討症例は 10 症例程度である。以前は薬剤師、看護師の参加もあったが、最近の傾向では参加者はほとんどが医師となっており放射線治療、放射線診断、病理診断、化学療法担当（腫瘍内科）、外科、消化器内科、緩和ケア内科は毎回必ず参加している。また症例により担当診療科の医師が加わっている。また電子カルテの導入により、がん患者指導管理料のカンファレンス記録はすべて電子カルテ上に記載しており、必要時にいつでも検索可能なデータとして保存した状態にある。

がん患者指導管理料の算定状況と体制について

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター

看護部 及川 恵

当院では、今年 5 月からがん患者指導管理料 1.2 の算定を開始した。9 月 1 日までの算定件数は、1 が 0 件、2 が 8 件（入院 3 件、外来 5 件）であった。

がん患者指導管理料 1 は算定を開始してはいるが、どのように医師と協同していくのか現時点ではシステムが確立されていないため今後の課題となっている。

がん患者指導管理料 2 の体制として、現在当院にはがん領域の認定看護師（緩和ケア、乳がん看護、がん化学療法看護）が 6 名在籍しており、そのうち 5 名が輪番制で週に 3 回、13 時から 15 時まで予約制で外来の栄養指導室を使用し面談を行っている。面談の予約は地域医療連携室が行い、相談の内容に応じて各分野の認定看護師の予約枠をとっている。今後は、予約患者だけではなく苦痛のスクリーニングシートで精神面のスコアが高い患者や外来で初回化学療法を受ける患者をフォローすることで相談件数を増やしていく予定である。

がん患者指導管理料 3 については、現在算定していないが有資格者の増加に伴い今後検討していく方向である。

当院の抗がん剤曝露対策の現状について

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター
看護部 及川 恵 薬剤部 吉田 和美

ガイドライン発刊後、主に看護部で使用していた抗がん剤曝露対策マニュアルを医師及び薬剤師の協力のもと、調製から投与、廃棄、患者への曝露対策指導を含めた内容に変更した。また、同様に患者指導用パンフレットも修正し、両方とも院内共通のものとして活用できるようにした。

国立病院機構共同臨床研究で CPA、PTX、5-FU を対象に曝露調査を行った結果、外来化学療法室、製剤室ともに PPE や床などから薬剤が検出されたため、外来化学療法室では、投与系 CSTD と PPE を変更し、環境整備を強化した。なお、CSTD は入院と外来共に揮発性が高い 3 剤の調製及び投与に使用している。製剤室では、輸液バッグ表面、安全キャビネット内及び監査台からも薬剤が検出されたため、時間を決めて手袋と作業シートを交換し、輸液バッグ表面は 2 度拭きしている。安全キャビネット付近の床は水拭きし、監査台は勤務開始前と終了後に清拭している。

平成 28 年度の化学療法部会の PDCA サイクルの現況報告について

東北労災病院

①がん患者指導管理料の実施状況

当院のがん患者指導管理料(Cancer Board, 以下 C B)はがん診療に係る診療科および院内関係部署(看護部・薬剤部・中央検査部・栄養管理室・医事課)から選定された各 1 名を部会員として構成された院内の正式会議である。C B には症例の担当医師の出席は必須であるが、病院職員ならば任意で出席・発言することができる。医事課職員が開催通知・出欠確認・医師である書記が作成した会議記録の保管を担当している。その概要は上部委員会(平成 28 年度からは「がんセンター委員会」)に報告されている。平成 26 年 9 月より毎月 1 回開催し、症例検討(毎回 1～2 症例)の他、がん診療に関する事項の院内連絡・広報の場にもなっている。

複数診療科医師による症例検討会を C B とすれば、他にも呼吸器(呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科・緩和ケア内科・腫瘍内科)、乳腺(乳腺外科・放射線科・緩和ケア内科・腫瘍内科)、泌尿器科(泌尿器科・放射線科)が定期的に、消化器(消化器内科・消化器外科・緩和ケア内科・腫瘍内科)が不定期に開催されている。

②がん患者指導管理料の実施状況

がん患者指導管理料 1 は、主治医が悪性腫瘍と診断した患者に対して診療方針等について説明する際に専任の看護師へ連絡し、主治医と看護師は共同して患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明および相談を行った場合に適応算定している。内容は診療録に記載し、患者へは説明内容を文書により提供する。平成 28 年度は 64 件算定している。

がん患者指導管理料 2 は、主治医が悪性腫瘍と診断した患者に対して専任の看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に適応算定している。算定にあたっては、STAS-J で評価し内容を診療録または看護記録へ記載する。平成 28 年度は 1 件のみの算定だが、今年度開設されたがん看護外来等を利用して算定している。

がん患者指導管理料 3 は、主治医が悪性腫瘍と診断した患者が主に抗悪性腫瘍剤投与開始前またはレジメン変更時などに治療の必要性・治療計画・副作用等について主治医または薬剤師が説明を行った場合に適応算定している。内容は診療録または薬剤管理指導記録に記載し、患者へは文書により説明を行う。平成 28 年度は 40 件算定している。

③抗がん剤の曝露対策

基本的には平日と休日ともに、抗がん剤のミキシングは全て薬剤師が安全キャビネットの中で調製している。安全キャビネットはガイドラインに準拠したクラスⅡBを使用している。使用する対象抗がん剤は揮発性の高い薬剤であるシクロフォスファミドとイフォスファミドを対象である。2016年の診療報酬改定において全ての抗がん剤に対して閉鎖式薬物移送システムを使用した際に加算可能になったことから、現在でも全ての抗がん剤に対して閉鎖式システムを用いて調製、投薬を行う方法を検討中である。当院では閉鎖式システムとして、調製キットと輸液ラインともにテルモ社のケモセーフを採用している。使用方法については化学療法マニュアルに記載し、どのスタッフが見てもわかるようにしている。投与の際には個人防護具を身につけ抗がん剤を取り扱うことを徹底している。家族への曝露対策を考慮して、抗がん剤投与患者にはトイレを2回流す等の処置を指導している。

① キャンサーボードの実施状況

キャンサーボードは全診療科・全がんを対象として定例で週1回開催している（毎週月曜日 17時-18時）。実際の症例は消化器がんが多く、ときに肺がんや多重がん、原発不明がんが検討されている。必須参加科は腫瘍内科、消化器内科、消化器外科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科。その他、症例に応じて関連の臓器別診療科が参加している。年間の検討症例数は約250症例であり、院内がん登録数からすると新規がんの20%弱を検討している。

この他に、骨転移症例を検討するための骨転移キャンサーボード（腫瘍内科、放射線治療科、病理科、乳腺外科、呼吸器科）を2ヶ月に1回の頻度で開催しているが、リアルタイムの症例検討というよりは事後のケースカンファランスになっているのが現状である。

乳腺外科、泌尿器科、婦人科、血液内科では科内カンファランスは開催されているものの、他診療科でのキャンサーボードで検討される症例が少ないのが現状の問題点かもしれない。

② がん患者指導管理料の実施状況

平成15年度（4月から11月）のがん患者管理指導料の算定件数はそれぞれ、指導料1（87件）指導料2（件68）指導料3（456件）であった。この内、指導管理料1は主に外来で化学療法を行う患者の病状告知後などに行われており、緩和ケア認定看護師が同席して指導管理が行われた。指導管理料2は再発告知や病状悪化などに伴う説明の前後で主治医および緩和ケアチームメンバーなどからの説明に際して算定した。指導管理料3はがん薬物療法開始、レジメン変更の説明の際にレジメンを説明した医師の指導管理のもとに算定されているケースが多いが、2016・6月からは薬剤師外来でも説明、算定を開始している。

今後の課題として、認定看護師の増員と適正配置により患者へのICの際の指導管理を質・量ともに強化する必要があると判断しており、看護部、病院管理部に要望中である。

③ 抗がん剤の曝露対策

現状では、薬剤部（サテライトファーマシー）ではクラスIIの安全キャビネットを4台設置し、3-4名の薬剤師で30-60件/日の抗がん剤調整を行っている。その際に日本病院薬剤師会発行の「抗がん剤調整マニュアル」を遵守する形で防護服などを用いて抗がん剤調整を行っている。看護部では抗がん剤の点滴時には一行為ごとにマスク、

ガウンを交換するなどの対策を行っており、外来化学療法センターで徹底した後、今年度からは全病棟で標準化した手順で暴露対策を行っている。

抗がん剤投与ルートに関して、閉鎖式ユニットの導入計画が今年度進んでおり、各社のサンプルのテストが秋口には終了した。現在、病院の診療材料委員会の決定を待って、2016 年度中には導入予定であるが、当初は揮発性の高い抗がん剤を含むレジメンに限定した使用を想定している。

宮城県がん診療連携協議会化学療法部会の PDCA サイクル報告書（石巻赤十字病院）

1. キャンサーボードの実施状況

当院のキャンサーボードは 2014 年 9 月より開始し、月 1 回ペースで定期開催している。

2016 年 11 月まで合計 27 回し、各診療科が、がん患者に関する個別の事案を提示しがん医療の向上を目指している。1 回の開催で 3 症例前後が討議され、各診療科が専門的な立場から、最善と思われる方向性を見出している。キャンサーボードの参加職種は医師(緩和医療科医師、放射線科医師、病理医は毎回出席)以外にも、看護師、薬剤師、メディカルスタッフ、事務職員など複数の職種が毎回参加している。上記に示した、キャンサーボード以外にも乳腺外科、腫瘍内科、血液内科など各診療科が独自のカンファレンスを開催し、がん医療の質の向上に努めている。課題としては、時間の都合上 1 回で 3 症例前後しか取り上げることができないため、症例を絞った状態となっている。今後は、開催回数を増やすなどの対策を考えていきたい。

2.がん患者指導管理料の実施状況

当院における、がん患者指導管理料の算定は 2016 年 9 月より開始している。がん患者指導管理料 1,2,3 とあるが今のところがん患者指導管理料 1 のみの算定にとどまっている。

算定状況は 9 月 2 件、10 月 3 件、11 月 12 件と右肩上がりの経過を辿っている。

課題としては、がん患者指導管理料 1 以外の算定が取れていないことにある。算定を行うにあたっては、加算算定を行うための院内体制の構築と、看護師、薬剤師の有資格者の確保が避けて通れない状況にある。今後、この点を見直し加算が取れていない項目への対応を急ぎたい。

3.抗がん剤曝露対策

抗がん剤に対する曝露対策としては、ガイドライン(がん薬物療法における曝露対策合同ガイドライン 2015 版)に基づいた対策を構築している。抗がん剤調製室を管理区域に設定し、陰圧環境とし、個人防護具(ガウン、マスク、手袋、保護メガネ等)を装着、安全キャビネット(クラスⅡタイプ B2)内で調製業務を行っている。抗がん剤の中でも、揮発毒性の高いシクロホスファミド、イホスファミド、ベンダムスチンに対しては閉鎖式薬物移送システム(CSTD)を用いて調整を行っている。調製後の薬剤搬送は、ジッパー付きプラスチックバックに収納し払出しを行っている。投与を行う看護師は、閉鎖式輸液システムを採用し高い閉鎖性をもって薬剤漏出を防いでいる。不慮の抗がん剤曝露に対しては、「抗がん剤曝露事故後フロー」を作成し、院内周知を図っている。今後は、患者家族に対し、汗、吐しゃ物などの適切な処理方法等に対しても取り組んでいきたい。

みやぎ県南中核病院

平成 28 年度 P D C A サイクルの現状報告

① 平成 28 年度がん患者指導管理料の実施状況（11 月現在）

- 1) 全科対象のボード：毎月 1 回第 3 水曜日に開催。月ごとに、腫瘍内科、呼吸器科、消化器内科、泌尿器科、外科が持ち回りで症例を提示している。各回の担当診療科以外の症例も、必要時随時提示している。参加職員は各回平均 30 名前後参加しており、内訳としては、医師（腫瘍内科、緩和ケア内科、呼吸器内科、消化器内科、泌尿器科、外科、研修医）、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床心理士、MSW、診療情報管理士となっている。今年度は、肝臓がん、胆のうがん、大腸がん、小細胞肺癌、腎盂がん、膵がん、巨大後腹膜腫瘍、膵がんなどの症例について討議した。
- 2) 消化器のみのボード：毎週金曜日に、主に手術対象症例についての術前カンファレンスおよび術後病理診断の検討会を開催している。参加するのは、消化器内科、外科、腫瘍内科、緩和ケア内科の各科医師の他、研修医である。

いずれのボードも、病理医、放射線診断医、放射線治療医の出席がないことが課題である。

②平成 28 年度がん患者指導管理料の実施状況（11 月現在）

平成 28 年 4 月～10 月

「がん患者指導管理料 1」 81 件

「がん患者指導管理料 2」 3 件

がん患者指導管理料算定の届出は、認定看護師（緩和ケア、がん化学療法看護）3 名、認定薬剤師 1 名である。平成 27 年度実績では管理料 1 が 34 件、管理料 2 が 3 件であり、管理料 1 では昨年の約 3 倍実施している。

「がん患者指導管理料 1」を算定した診療科は腫瘍内科 56%、緩和ケア内科 18%、呼吸器内科 16%、その他の診療科 5%と、腫瘍センター(腫瘍内科・緩和ケア内科)での加算が 70%以上を占め、主にがん化学療法看護認定看護師が関わっていた。腫瘍内科以外では緩和ケア認定看護師が関わっていた。

「がん患者指導管理料 2」はすべて緩和ケア認定看護師が算定していた。

「がん患者指導管理料 3」は今年 11 月からの算定開始のため実績はまだない。

管理料の実施増加のためには、薬剤師・看護師の業務負担の調整が課題である。

③抗がん剤の曝露対策（平成 28 年 11 月現在）

曝露対策薬剤部では、院内全ての抗がん薬調製を安全キャビネット（クラスⅡA2）で行っている。閉鎖式調製投与器具は揮発性抗がん薬に限って用いており、全抗がん薬に拡大することについては現在検討中である。調製後の抗がん薬はチャック付きビニル袋へ詰め、投与部署まで薬剤師による個別搬送を行っている。看護部では、院内の抗がん剤曝露対策手順に則り曝露対策を実施している。抗がん剤の投与（点滴、内服、外用、体腔内注入）、抗がん剤汚染物の廃棄処理時の PPE 装着を徹底し、抗がん剤を取り扱う部署にはスピルキットを配置している。患者指導では男性は座って排尿して下さいというトイレ内ポスター掲示のみ行っている。質問があればその都度対応しているが、今後は院内に限らず県内の他施設と同じ指導が出来る取り組みをしたい。看護部教育では、新人研修を含め年に 3 回曝露対策を含む研修を行い知識と技術の普及に努めている。清掃、リネンの外部委託業者に対する曝露対策の指導は行っていないため、今後の課題である。

2016 年度 宮城県がん診療連携協議会化学療法部会 PDCA サイクル現地調査報告書

■調査日：2016 年 12 月 19 日(月)

調査施設・調査時間：下記の 2 病院が調査対象で、会議室で前半 1 時間ヒアリング、後半 1 時間は外来化学療法室と調剤室で実地調査を実施

- ① 大崎市民病院 9 時 30 分～11 時 30 分
- ② 東北労災病院 14 時～16 時

■調査担当者（2016 年度宮城県がん診療連携協議会化学療法部会 PDCA サイクル現地調査委員）

東北大学病院	石岡千加史（医師）
宮城県立がんセンター	高子利美（看護師）
みやぎ県南中核病院	田中 敏（薬剤師）

■被調査者

大崎市民病院	蒲生真紀夫（医師）
	森屋智美（看護師）
	大場 憲（薬剤師）
東北労災病院	丹田 滋（医師）
	片谷憲子（看護師）
	熊谷史由（薬剤師）

総括

2015 年 1 月 6 日付けで宮城県がん診療連携拠点病院化学療法部会が策定した（1）宮城県がん診療連携拠点病院化学療法部会 PDCA サイクル現地調査申し合わせ事項、（2）宮城県がん診療連携拠点病院化学療法部会 PDCA サイクル現地調査業務手順書、（3）個別項目・評価表に従って、事前に化学療法部会で調査対象病院と決定した上記 2 病院（大崎市民病院と東北労災病院）で、聞き取りおよび施設の立ち入り調査により実地調査を実施した。大崎市民病院は比較的大規模な地域がん診療連携拠点病院であり、宮城県北における化学療法の中心拠点であるため年間の化学療法実施件数が 6,000 件を上回る。約 2 年半前に現在の新病院に移転した際に、化学療法センターの規模やその機能を拡張、刷新したため化学療法に実施体制や医療安全面で多くの工夫が認められる。一方、東北労災病院は仙台医療圏北西部に位置する中規模な地域がん診療連携拠点病院で、年間の化学療法の実施件数は約 3,000 件余りと比較的小規模である。電子カルテの導入が遅れており化学療法に実施体制や医療安全面で今後改善が望まれる。両病院共にチーム医療を比較的良く実践している。

大崎市民病院

一般病床数 500 床 の 地域がん診療連携拠点病院。平成 26 年 6 月 28 日に新規開設に伴い、建物、設備、電子カルテを含む運用システムが刷新され、人員や化学療法センターのベッド数増床など化学療法を外来及び入院で実施するための環境が良く整備されている。スタッフ面では、がんセンター長 2 を含む 2 名のがん物療法専門医が腫瘍内科に在籍するほか、常勤の専任看護師 8 名（うち 1 名はがん化学療法看護認定看護師）体制で外来化学療

法室が、5名の常勤薬剤師（うち1名はがん薬物療法認定薬剤師）が化学療法センターのサテライトファーマシーでミキシングが行われており専門性が高い。職種間の意思疎通や連携などチーム医療の実践も良好である。しかし、年間6,000名以上の外来化学療法を担当する施設としては、がん化学療法看護認定看護師やがん薬物療法認定薬剤師を複数名配置することが望ましい。化学療法センターは合計24床あり、電子カルテによる最新のシステムにより効率的に運用されて、治療当日の採血と問診を化学療法センターで行うなどの工夫により、患者の待ち時間短縮に成功している。医療安全面では、電子システムによるセキュリティの強化に加え、各種運用マニュアル、血管外漏出キット、救急カートが整備され申し分が無い。また、薬剤部で使用する化学療法処方箋は休薬期間や前回のレジメンも小さく記載されておりインシデント防止に優れている。最近開始した薬剤師外来において、経口剤や緩和療法の複合的なシステムが確立でき得れば一層の安全性が担保される。また、化学療法室での採血は患者待ち時間緩和に貢献しているが、採血スペースが狭小であることや、プライバシーの保護、患者の交差という観点からは課題である。化学療法のレジメン審査は書類の管理を含め審査体制は良く整備されている。ただし、レジメン審査委員会は隔月開催なので、病院の規模から考えれば可能なら毎月開催または隔月の臨時開催を加えることが望ましい。抗がん薬の曝露対策については現在閉鎖式の導入を検討中であり、早期の導入が臨まれる。

東北労災病院

一般病床数548床の地域がん診療連携拠点病院。スタッフ面では、腫瘍内科医1名が常勤配置されているが、院内にがん薬物療法専門医が不在である。常勤の専任看護師5名（うち1名はがん化学療法看護認定看護師、3名/日の専任配置）体制で外来化学療法室が看護を、3～4名の常勤薬剤師（うち1名はがん薬物療法認定薬剤師）が薬剤部で調剤を実施している。外来化学療法に係わる職種間の意思疎通や連携などチーム医療の実践は良好である。運用面や医療安全面では、電子カルテが未導入であるため、紙媒体のカルテ、指示書や処方箋と、コンピューターによるオーダーリング・システムを併用し運用されている。このため、化学療法実施患者数が年間約3,000人余り、外来化学療法室のベッド数14床と化学療法の患者数は比較的少ないにも関わらず、電子化の遅れにより患者の待ち時間が比較的長く、また、インシデント対応など、医療スタッフ（特に薬剤師）への労働負担が大きい。化学療法にかかわる専任の薬剤師の増員が望まれる。投与量や投与サイクルの自動化など、多くの病院で既に導入されている電子システムによる各治療レジメンのセキュリティチェックが行われていない。また、安全性担保のための作業の多くを薬剤師による頻回の疑義照会などマンパワーに頼っており、平成30年度に予定している電子カルテの導入により、人的ミスをカバーしうる電子システムによるセキュリティ対策が必要である。各種運用マニュアル、血管外漏出キット、救急カートが整備されおり問題が無い。化学療法のレジメン審査は承認書の発行など書類の管理体制の強化が望まれる。外来化学療法室に調剤室がないために、調剤した抗がん薬等を運搬する導線が長いので、今後ともセキュリティチェックには注意が必要である。また、安全キャビネットが2台中1台故障しており、効率化とバックアップの整備として早急な改善が必要である。抗がん薬の曝露対策については既に閉鎖式を導入し、一部の薬剤で対応している点は評価できる。処方診療科が比較的細分化しているので、HBVの再活性化対策のようにがん薬物療法に関する最新情報の院内の情報共有化や教育・啓発する体制が必要である。IVナースの養成コースを開始していること、化学療法を受ける全患者の看護計画を策定し看護に当たっている点は評価できる。

個別項目・評価表

《外来化学療法室 体制》

病院		大崎市民病院	東北労災病院
スタッフ	看護師	専任登録 8 名	専任登録 5 名（兼務もあり 3 名になる日もあり）
	有資格者 （がん化学療法看護認定看護師）	1 名	1 名
	薬剤師（ミキシング担当）	5 名（うち 1 名認定薬剤師）	3～4 名（うち 1 名認定薬剤師）
	がん薬物療法認定薬剤師	1 名	1 名
	がん専門薬剤師	0 名	0 名
設備	ベッド	17 床	11 床
	リクライニングシート	6 床	3 床
	その他	外来化学療法件数 30 人/日	外来化学療法件数 20 人/日
	化学療法室運営マニュアル	あり	あり
	血管外漏出マニュアル	あり	あり
	血管外漏出キット	あり	あり
	救急カート	あり（隣接する処置室と兼用）	あり（隣接する透析室と兼用）
	急変対応マニュアル	あり	あり
	情報システム	電子カルテ	紙カルテ（2 年後電子化予定）
投与	プレメディケーション調製	薬剤部	看護部
	プライミング	主に看護部 フィルター付が必要な場合は薬剤部	看護部 閉鎖式回路使用薬剤については薬剤師
運用	採血	化学療法室で実施	中央採血室
	患者待ち時間	増床によりなし	0～120 分
	患者指導	メーカーのパンフレット使用 「私のカルテ」使用 薬剤部ではレジメンごとの指導用パンフレット作成し	初回導入時は病棟薬剤師が実施 その後は看護師

		使用	
	副作用有害実施の評価・体制	患者ノート 看護師問診票でグレーディング実施	「3 ヶ月日誌」使用 ケアシート使用

《注射調剤室》

病院		大崎市民病院	東北労災病院
スタッフ	調製者	5 名	2 名
	ローテーション	専任を基本とするが、兼務者もいる、女性も 1 名	10 名でローテーション
設備	安全キャビネット	3 台	2 台
	クラス	クラスⅡタイプ A 2 2 台 (稼働中) クラスⅡタイプ B 2 1 台 (未使用)	クラスⅡタイプ A 2 1 台 (故障中) クラスⅡタイプ B 2 1 台 (稼働中)
	キャビネットメンテナンス	年 1 回	年 1 回
投与	土・日・祝日	当番制 2 名	必要時
	搬送	病棟；SPD（外部委託） 外来；パスボックス活用	入院：クーラーボックスにて 助手が搬送 外来：助手搬送
	調製監査方法	処方監査 1 名、計数および計量調剤監査の目視による監査を 2 名で実施	目視にて調整者と監査者のダブルチェック
	曝露防止 *	閉鎖式等の防止策を来年度導入予定	閉鎖式混合器具を揮発性の高い薬剤に使用中
その他	登録レジメン数	376	200
	レジメンのメンテナンス	2 ヶ月に 1 回委員会 使用実績により休止レジメン	月 1 回の委員会
	がん患者指導管理料 1 *	実地調査の対象とせず	実地調査の対象とせず
	がん患者指導管理料 2 *	実地調査の対象とせず	実地調査の対象とせず
	がん患者指導管理料 3 *	実地調査の対象とせず	実地調査の対象とせず
	スピルキット	自前準備（薬剤師） 各部署（含薬剤部）配置	自前準備（看護師） 各部署（含薬剤部）配置

	医療スタッフ向けの教育体制	Ns：業務教育の中で Pha：不定期で部内開催	院内勉強会を随時
	患者指導用資材	メーカーのパンフレット使用 私のカルテ使用 薬剤部ではレジメンごとの 指導用パンフレット作成し 使用	メーカーのパンフレット使用 薬剤部ではレジメンごとの 指導用パンフレット作成し 使用

《がん診療拠点病院としての体制》

病院		大崎市民病院	東北労災病院
	レジメン審査委員会	化学療法管理部会の下部組織であるレジメン審査委員会が担当、隔月開催	化学療法部会が担当、毎月開催
	キャンサーボード*	実地調査の対象とせず	実地調査の対象とせず
	他科との連携	実地調査の対象とせず	実地調査の対象とせず

*の項目は、平成 28 年 12 月 22 日開催の化学療法部会で 7 拠点病院が提出した書面をもとに別途、相互評価予定。

平成 28 年度 第 1 回 宮城県がん診療連携協議会化学療法部会議事要録

1. 日 時 平成 28 年 8 月 10 日(水) 18 時 00 分から 19 時 30 分
2. 場 所 東北大学病院 外来診療 B 棟 1 階 キャンサーボード室
3. 出 欠 別紙のとおり

今年度より医師・看護師・薬剤師の 3 名で各病院より委員構成を行った。

追加・変更の委員は以下のとおり

(追加) 東北大学病院 看護師 横田則子委員

薬剤師 木皿重樹委員

東北労災病院 看護師 片谷憲子委員

仙台医療センター 薬剤師 吉田和美委員

大崎市民病院 がんセンター化学療法管理室主任看護師 森屋智美委員

石巻赤十字病院 看護師 菅原美千恵委員

(変更) 仙台医療センター 看護師 吉田委員から及川恵委員へ変更

東北大学病院 佐藤地域医療連携室長から須田仁地域医療連携課長へ変更

4. 議 事

(1) 平成 27 年度の化学療法部会の PDCA サイクルの結果報告について

石岡部会長より、7 月 14 日に行われた宮城県がん診療連携協議会総会で当部会の 27 年度 PDCA サイクルについて資料 1 のとおり報告を行った旨、説明があった。

また、今年度からの調査方法について、今までは現地調査の他に現況報告書の化学療法部会に関わる項目をすべて確認し ABC 評価を行っていたが、調査項目に決まりはない為、今年度からは年度ごとに項目を絞って調査する方がいいのではないかとの意見があった。協議の結果、各拠点病院の現況調査を見直すのは時間がかかる為、今年度は①キャンサーボードの実施状況、②がん患者指導管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) の算定件数、③抗がん剤の曝露対策の 3 項目について部会から報告を行うことになった。3 項目については、各病院の委員が項目ごとに 400 字でまとめ、12 月の部会で報告することになった。

なお、例年 10 月に行われる現況報告書はいままでどおり資料として配布して欲しいとの依頼があり、各病院の現況報告書一覧は事務局でまとめることとなった。

(2) 平成 28 年度の化学療法部会の PDCA サイクルの現地調査について

今年度の現地調査については、午前中が大崎市民病院、午後が東北労災病院を調査病院として訪問することになり、平成 28 年 12 月～平成 29 年 1 月の火曜日、木曜日以外の平日で調整を行うこととなった。29 年度については、調査病院が東北薬科大学病院になっていたが、拠点病院から外れた為、石巻赤十字病院と東北大学病院が調査病院となった。(※担当者等別紙参照)

なお、前回使用した個別項目・評価表の外来化学療法室体制の運用の欄に、副作用有害実施の評価・体制を追加して欲しいとの依頼があり、事務局で追加して担当委員へ配信することになった。

(3) 平成 27 年度の市民公開講座の報告について

大堀委員より、3 月 5 日開催の市民公開講座について資料 3 のとおり報告があった。今回の広報は、河北新報掲載の他に石巻地域で発行されている「石巻かほく」でも開催告知を行った。194 名の参加があり、石巻地域の方が半数以上参加された旨、報告があった。

(4) 平成 28 年度の市民公開講座について

今年度は、順番制でみやぎ県南中核病院が担当病院となり、例年通り 2 月～3 月の期間に開催することとなった。講師は、部会委員または拠点病院の医療従事者で対応する。なお、仙台市内での開催ではなく、県南の市民ホールで開催し県南地域の方が参加できるようにしたいとの提案があった。協議の結果、以下の内容で仮決定となった。

【28 年度市民公開講座（仮）】

担当病院：みやぎ県南中核病院

日 時：平成 29 年 2 月～3 月の土曜日

会 場：県南地域の市民ホール

タイトル：知っておきたい抗がん剤治療

演 者：未定

平成 28 年度 第 2 回 宮城県がん診療連携協議会化学療法部会議事要録

1. 日 時 平成 28 年 12 月 22 日(木) 17 時 30 分から 19 時 00 分
2. 場 所 東北大学病院 外来診療 B 棟 1 階 キャンサーボード室
3. 出 欠 別紙のとおり
4. 議 事

(1) 平成 28 年度の化学療法部会の PDCA サイクルの現況報告について

石岡部会長より、今年度は、①キャンサーボードの実施状況、②がん患者指導管理料、③抗がん剤の曝露対策を取り上げて調査を行った旨、資料 1 のとおり報告があり、以下の項目について補足説明された。

○東北大学病院

- ・化学療法センターの DVD を毎年作成し、全国の拠点病院へ配布しているので、ご意見等あれば報告して欲しい。

○宮城県立がんセンター

- ・キャンサーボードの問題として出席率があげられているが、院長の指示もあり内科・外科ともに出席率が高い。

○仙台医療センター

- ・キャンサーボードの実施状況について、今までは臓器別も記載していたが、今年度からは病院全体で行っているキャンサーボードしか記載していない。
⇒症例が限られてしまうので、定義を見直して多数の診療科が参加しているのであれば臓器別も件数に含めた方が良いのではないかと意見があった。

○東北労災病院

- ・月 1 回開催しているキャンサーボードは、主に症例検討になる。
⇒月 1 回だとリアルタイムでの検討が出来ないのではないかと意見があった。

○大崎市民病院

- ・がん患者指導管理料 3 については、医師または薬剤師が説明を行った場合との記載がある為、大崎市民病院では医師のみ説明した場合も算定を行っている。その為、他の病院と比べて件数が多いのではないかと追加説明があった。
⇒指導料を算定するにあたり、患者さんに説明する際にトラブルがないのか質問があったが、現在まで患者さんからの苦情等はないとの報告があった。

○石巻赤十字病院

- ・キャンサーボードの実施状況については、キャンサーボードと呼ばれているもののみを記載しているので、その他のカンファレンス等も合わせるともう少し件数が増える。
- ・がん患者指導管理料 1 については、腫瘍内科だけの人数を記載しているので、乳腺等のがんをあわせると 3 ヶ月で約 50 件になる。

○みやぎ県南中核病院

- ・ キャンサーボードについて、病理医、放射線診断医、放射線治療医が少なく非常勤の為、殆ど出席が無いことが課題。

協議の結果、各病院フォーマットに違いがある為、400 字で修正した報告書を年内に事務局まで再送することとなった。また、協議された内容ががん診療検討体制委員会へ提出する為、当部会については石岡部会長が取りまとめを行い年明けに報告書（案）を作成し委員へメール配信することとした。

(2) 平成 28 年度の化学療法部会の PDCA サイクルの現地調査について

石岡部会長より、12 月 19 日に大崎市民病院と東北労災病院を対象に現地調査を行った旨、資料 2 のとおり報告があった。

協議の結果、大崎市民病院の報告内容に、「病院の規模・患者数・化学療法等から考えると、認定看護師・薬剤師の増員が望まれる」と追加記載することとした。また、東北労災病院の報告書については、「平成 30 年の春ごろに電子カルテの導入予定」と内容を追加することと、コンピューター（PC）の「(PC)」を文書から削除することとした。報告書の修正は、調査担当者で行い年明けに当部会の議事録とあわせてメールで委員へ配信する事となった。

(3) 平成 28 年度の市民公開講座について

みやぎ県南中核病院の杉山委員より市民公開講座について開催日時、場所は資料 3 のとおり確定しているが、講演内容と講師について協議したいとの説明があった。講師については、メールにて候補があがった先生方を資料のとおり記載している。前回の講師と病院が被らないようにしたいとの意見があり、以下のとおり調整を行うこととなった。

広報については予算の関係上、河北新報に 1 回のみ掲載を予定している。予算については、担当病院 10 万円、その他の病院が 5 万円と例年通り徴収し、依頼書を東北臨床腫瘍研究会より発行することになった。T-CORE の残額に修正がある為、修正した予算書を、メールで委員へ配信することとした。

【プログラム（案）】

講演 1「最近の抗がん剤治療の進歩・これまでとこれから」13：30～14：00

講師：高橋信先生（東北大学病院）or 酒寄先生（宮城県立がんセンター）or
坂本先生（大崎市民病院）

※看護師担当の病院が確定してから依頼

講演 2「抗がん剤治療中の副作用対策・しびれについて」14：00～14：15

講師：高子委員（宮城県立がんセンター）or 片谷委員（東北労災病院）or

菅原委員（石巻赤十字病院）

※メール会議で調整後、杉山委員へ報告

講演 3「抗がん剤の副作用対策・しびれについて」14：15～14：30

講師：田中委員（みやぎ県南中核病院）

講演 4「Q&A コーナー」14：45～15：00

講師：講演 1～5 の講師担当者

講演 5「治療をやめる時までを見据えたがん治療計画」15：00～15：40

講師：秋山聖子先生（仙台医療センター）

(4) その他

次回、平成 30 年 3 月予定の市民公開講座担当病院については、東北大学病院が担当することで決定された。詳細については、次回の部会で協議することとなった。

宮城県がん診療連携協議会 放射線治療部会

2017 年 4 月 17 日

部会長 神宮啓一

放射線治療部会の PDCA サイクルについてご報告いたします。昨年度に県立がんセンターの訪問と C B へオブザーバー参加したが、2016 年度は 2 月初旬に大崎市民病院を視察した。大崎市民病院訪問時に放射線品質管理委員会の実施が不十分であったことから改善をお願いした。

2016 年度も引き続き医学物理士や放射線治療品質管理士の人材不足が示唆されたことから、リニアックの線量校正の仕方を学ぶ勉強会やセミナーを実施している。また予算不足で第三者機関による線量校正ができていない施設（東北労災病院、みやぎ県南中核病院、仙台厚生病院）には、東北大学病院でガラス線量計を使用して第三者として線量校正を実施し、異常がないことを確認した。

例年行っている放射線治療部会研修会は 3 月に日本放射線腫瘍学会理事の山梨大学大西先生を招き講演を行った（今回もがん拠点病院ではない気仙沼市立病院や東北医科薬科大学病院、仙台厚生病院からも複数の放射線技師の参加がありました）。体幹部定位放射線治療の最新情報について学んだ。

昨年の本連携協議会でも、この部会より宮城県内の医学物理士普及の徹底をお願いしたが、残念ながら 2016 年度は医学物理士の増員はなかった。特に東北労災病院には再三の雇用推奨をしているが、これまでのところ前向きな意向はなく大変残念である。引き続き放射線治療部会として強く要望していきたいと思う（現時点では、大学病院 4 名、がんセンター 2 名、仙台医療センター 1 名、大崎市民病院 1 名[技師兼任]、石巻赤十字病院 1 名である）。

緩和ケア部会 部会長 井上彰（東北大学）

緩和ケア部会 PDCA 担当 宮下光令（東北大学）

1. 宮城県の緩和ケアの現状の総括

1. 都道府県がん診療連携拠点病院県拠点である東北大学病院、宮城県立がんセンターでは平成 26 年から施行された新たな指定要件で定められた緩和ケアの院内拠点組織となる「緩和ケアセンター」が設置された。その他の拠点病院も含めて新たながん診療連携拠点病院の指定要件を満たした運営がなされている。
2. 平成 28 年度には緩和ケア部会に PDCA ワーキンググループを設け、ワーキンググループでの議論をもとに「苦痛のスクリーニングと苦痛の緩和」「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」「在宅緩和ケア」「医師・医師以外の医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修」「普及啓発」の 5 分野について客観的な評価指標を設定した。
3. 平成 29 年 2 月 21 日（火）に第 2 回宮城県がん宮城県がん診療連絡協議会緩和ケア部会を開催し、各病院が緩和ケアの客観的な評価指標となるデータを提出し、相互評価および県内の緩和ケアの充足度について議論を行った。本部会には患者会から、がんサロン・患者会ネットワークみやぎ代表吉田久美子氏、在宅医療機関から岡部医院院長の佐藤隆裕氏にも参加いただいた。以下は、この相互評価と部会における議論に基づいたまとめである。
4. 「苦痛のスクリーニングと苦痛の緩和」に関しては、東北大学病院、宮城県立がんセンター、東北労災病院などでは順調に運用できているが、課題を持つ病院も多い。特に外来におけるスクリーニングに関してはほとんどの施設が課題を有している。
5. 「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」の緩和ケアチームの活動についてはどの拠点病院も努力をしているが、年間がん患者入院数と緩和ケアチーム年間のべ患者数の比をとると仙台医療センターがもっとも活発に活動していることになる。また、東北労災病院や宮城県立がんセンターは専任の精神科医が不在のため緩和ケア診療加算を算定していないにも関わらず緩和ケアチームが活発に活動しており特に評価に値すると考えられる。
6. 「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」の緩和ケア外来については病院間で若干の差がみられるが、数値だけみると全体としてより充足が求められる。ただし、現場のマンパワーなどの問題もあり簡単には解決できない可能性がある。
7. 「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」のがん看護外来に関しては東北大学病院や東北労災病院、宮城県立がんセンターなどが活発に

活動している。

8. 「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」の緩和ケア病棟に関しては、平成 27 年にみやぎ県南中核病院の緩和ケア病棟が開棟し、県南地方で緩和ケア病棟へのアクセスが向上した。
9. 「在宅緩和ケア」に関しては、がん患者の自宅死亡率は 2015 年度のデータで宮城県は全国 5 位（14%）であり、仙台市は政令指定都市で 1 位であった。これは過去と同じ傾向であるが、全国的に高水準を維持している。これは県内の診療所、訪問看護ステーション等の在宅医療機関の努力によるものが大きいと考えられるが、各拠点病院でも指定要件が求める地域カンファレンスが定期的開催されるようになり、拠点病院と診療所の連携はさらに良くなる傾向にある。
10. 「医師・医師以外の医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修」に関しては病院間で若干の差がみられるが、東北労災病院、宮城県立がんセンター、大崎市民病院では受講率が 80%を超えており、その他の病院も多くが平成 29 年度中に達成の見込みである。
11. 「普及啓発」に関しては各病院が工夫しながら市民講演会やがんサロンなどを開催している。
12. がんサロン・患者会ネットワークみやぎ代表吉田久美子氏から「・苦痛のスクリーニングに各拠点病院とも力をかけているが、スクリーニングした後、どのくらいの割合でその後のケアに繋がっているかが重要であり、そのような視点での評価も必要である」「就労についてのスクリーニングはどうなっているのか、スクリーニングは行っているようだが件数が少なく今後の充実が期待される」というコメントがあった。
13. 岡部医院佐藤隆裕氏から「各拠点病院とも地域連携の項目はカンファレンスを中心に対処していると思うが、訪問診療をしているところは今後、地域包括ケアに力を割くところが多くなるので、会への参加率に影響が出るのではないか」「対医療機関への啓発は充実してきているが、今後は市民啓発、患者家族へ啓発にも力を入れて欲しい」「在宅医療へ紹介されても、介入前に死亡したり、在宅医療をそもそも希望していなく、介入に至らない患者が全体の 2 割を占める。紹介される各病院の診療科で対応していると思うが、在宅医療をしている側として何か力添えができないかと考えている」というコメントがあった。
14. 県庁担当者からは「スクリーニングは拠点病院の役割として力を入れていると思うが、後に繋げるのが難しいという声に関しては、好事例を参考にして県内に浸透させたい」というコメントがあった。
15. 今年度はじめて PDCA ワーキンググループにより客観的な評価指標を用いて相互評価を行った。今年度の経験をもとに来年度は指標の見直しを行いつつ、より実効性がある PDCA サイクルの充実に取り組んでいく予定である。

2. 各拠点病院について

1) 東北大学病院

A)2016 年度の総括

1. 緩和ケアチームの活動の活性化、緩和ケア外来の活性化に関しては順調に拡大した。
2. 病棟看護師、外来医師による苦痛スクリーニングは入院では全ての病棟で高い割合で実施出来ており、スクリーニングのフォローアップも概ねできている。外来医師におけるスクリーニングの拡大が課題である。
3. 緩和ケア外来の受診数は目標に達成した。マンパワーなどの課題があるが、本来求められる水準に向けて更なる拡大が必要。
4. がん看護外来は現在、乳腺外科、腫瘍内科が殆どであり、他の診療科への拡大が課題である。
5. 本年から設立された緩和ケアリンクナース会は順調に予定通り 4 回開催された。アンケート結果やスクリーニング普及率からもリンクナース会は順調に運営出来ていると言える。
6. 緊急緩和ケア病床の運用数は少なかったが、地域カンファが開始され、参加者数も多く今後の利用の拡大が見込まれる。
7. 緩和ケア研修会受講率は、3 月末時点で 77%に達し、本年 6 月（次回の研修会后）に 80%達成見込みである。
8. がん相談との連携は体制や評価指標を含めて再度検討する必要がある。

B)2017 年度の目標

1. 緩和ケアチームの活動および緩和ケア外来の活性化。
2. スクリーニング高得点者のフォローアップ率 100%を目指す。
3. 外来医師による苦痛スクリーニングを拡大する。
4. がん看護外来の拡大とがん看護指導管理料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの算定数増加を目指す。
5. 緩和ケアリンクナース会の活動の活性化と緩和ケアリンクナースを起点としたスクリーニングや基本的緩和ケアの更なる普及を目指す。
6. 地域カンファレンスによる地域連携の促進と緊急緩和ケア病床の運用数増加を目指す。
7. 緩和ケア研修会受講率は 80%以上を達成する。
8. 薬剤部およびがん相談との連携体制を強化する。

2) 宮城県立がんセンター

A)2016 年度の総括

1. 2016 年 4 月に緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟などを有機的に統合する

緩和ケアセンターを開設した。

2. 「苦痛のスクリーニング」は、入院・外来いずれも定着できた（実施率：入院 80%、外来 78%）。定期的に実施率を報告するとともに、専門的緩和ケアへの依頼方法が周知できるよう、改善のための取り組みとしてアンケート調査を行った。
3. 緩和ケアチームは依頼件数増加傾向（前年度 208 件→今年度 283 件）である。特に身体面の依頼件数の増加が激しく、要因の分析を行うとともに運用面の整備が必要である。常勤の精神科担当医師の不在により緩和ケアチーム加算が得られていないことが引き続き課題である。
4. 「看護外来（がん化学療法外来、乳がん看護外来）」の整備を行った。不定期な開催であるが主治医と連携し周知されつつある。相談内容によってはがん患者指導管理料Ⅰ、Ⅱを算定している。外来との看護カンファレンスを週 1 回開催して連携を強化した。
5. 「緊急緩和ケア病棟」の利用実績は 1 例に留まった。
6. 「緩和ケア地域連携カンファレンス」は年間計画に沿って 6 回開催することができた。近隣の施設の医療従事者が集まって研修を行うことの意義はあり、顔の見える関係作りの場になった。参加者は平均 15 名程度であった。
7. 医師の緩和ケア研修会受講率は 3 月末で 97%を達成した。ホスピス緩和ケア週間を開催し、患者・家族を対象に基本的緩和ケアの普及・啓蒙を行った。職員に対しては、臨床宗教師による講演「スピリチュアルケア」を開催し、今後も継続開催の要望の意見が多く聞かれた。

B)2017 年度の目標

1. 緩和ケアセンターの規定整備を行い円滑な運営を図る。
2. 「苦痛のスクリーニング」はハイリスク患者のフォローアップを行い、苦痛への対応がより円滑に進むよう院内に浸透させる。緩和ケア病棟における苦痛のスクリーニングの実施。
3. 「がん看護外来」に繋がるルートの明確化・運用面の整備を行い、活動について周知を図り看護外来の拡大を目指す。外来との看護カンファレンスでは情報共有や記録の仕方を検討し症例を重ねる。
4. 緩和ケア地域連携カンファレンスを定期的に行い、地域医療機関との連携を強化する。
5. 緊急緩和ケア病床は利用病床を一般病棟だけでなく緩和ケア病棟内の病床にも拡大し、利用時の申込書を簡略なものに改変することで、より円滑な運営を目指す。
6. 院内外のがん診療に携わる診療従事者に対して、緩和ケアに対する研修や広報活動を行い、基本的緩和ケアから専門的緩和ケアへの連携を強化する。
7. 緩和ケアチームの相談依頼件数増加に対応するために運用面の検討をする。主科をサポートする PCT 他チーム（がん相談支援センター、地域連携相談室など）介入が活か

されるシステムを整備する。

3) 石巻赤十字病院

A)2016 年度の総括

1. 苦痛のスクリーニングは、腫瘍内科入院患者での実施にとどまっており、他の診療科への適用が進まない。また、スクリーニング陽性患者、専門チーム介入希望患者にもれなく対応できているかの確認が行えていない。
2. 緩和ケア診療加算の取りこぼしが多く見受けられた。2016 年実績 緩和ケアチーム紹介患者の 21.7%にとどまっている。
3. 腫瘍内科・乳腺外科医師の診察に同席し、診断結果や治療方針、緩和ケアへの移行調整など患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を決定できるように説明、相談を実施している。
4. 地域住民へのがん・緩和ケアに関する啓発活動が実施できていない。

B)2017 年度の目標

1. 苦痛のスクリーニング実施の拡大。また、陽性患者に対して緩和ケアチームと連携し、迅速かつ適切に対応するための体制の整備。
2. 緩和ケアチームへのがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけでなく看護師や薬剤師など他職種からも依頼できる体制の確保。緩和ケア新規依頼患者の 80%以上に加算算定。
3. がん患者とその家族の心理的な不安軽減のための、がん相談外来の仕組みづくり（がん患者指導管理料②算定に向けた仕組みづくり）年間 100 件以上の対応。
4. 地域住民へのがん・緩和ケアに関する啓発活動（市民公開講座 年 1 回開催）。

4) 大崎市民病院

A)2016 年度の総括

1. 苦痛のスクリーニングに関しては 3484 件行われており、院内の浸透が進んでいる。しかし陽性患者に対するフォローが十分に行われているか、確認ができておらず課題である。
2. 緩和ケアチームへの依頼が精神面での依頼割合が多く、疼痛での依頼は少ない。これは、緩和ケアチーム医が担当の患者に関して自ら緩和ケアを行っており敢えてチームへの依頼を回避する傾向が反映されたもので、どう捉えて行くか課題である。
3. 宮城県緩和ケア研修会を開催し、受講率は関連部署の医師 80.39%、二年目初期研修医 100%であり、受講率は向上している。

4. がん看護リンクナース会を年 11 回、院内看護師向け勉強会を年 3 回開催した。アンケート結果も良好であり、知識の普及が図られたと考える。
5. 院内緩和ケアマニュアルの改訂、終末期マニュアル、告知指針を作成し、緩和ケアマインドの浸透を図った。
6. 緩和ケア外来受診患者数は 32 件であり、さらなる活用が望まれる。
7. がん患者指導管理料 1 57 件、がん患者指導管理料 2 87 件、がん患者指導管理料 3 482 件、がん性疼痛緩和指導管理料 1 362 件、がん性疼痛緩和指導管理料 2 97 件と、算定数が増加しており、指導の充実が進んでいる。
8. 自記式服薬記録「わたしのカルテ」は約 800 冊配布しており、患者－医療者間の情報共有に役立っている。

B)2017 年度の目標

1. 緩和ケアチーム活動、緩和ケア外来の活性化を図る。
2. 苦痛のスクリーニングの徹底及びフォローの質の向上を実践し、主科、専門チームによる必要時の適切な緩和ケア提供を目指す。
3. がん看護リンクナース会の活動を通じて、院内全体のスキルアップ、シームレスな緩和ケアの提供を目指す。スクリーニング実施においてもリンクナース会の参画を実施し、院内への浸透、陽性患者の抽出及びフォローをさらに促進する。
4. 対外活動により、地域への緩和ケアマインドの浸透及び医療間連携を促進する。具体的には緩和ケア地域連携パスの改訂、地域看護師向け緩和ケア研修会を開催する。
5. 宮城県緩和ケア研修会において、関連部署の医師 95%、二年目研修医 100%の受講率継続を目指す。
6. がん関連の指導管理料のさらなる周知を図り、各科における患者への指導を促していく。

5) 東北労災病院

A)2016 年度の総括

当院の取り組むべき 5 つの課題について SEIQoL に準拠し緩和ケアチームメンバーによる評価を行った。Index score は 55 と次年度に向け改善すべき点が示された。

1. 苦痛のスクリーニングの徹底（重要度 20% 達成度 80 judgement =16）
外来部門においては、各科毎に問診票配布強化月を設けながら、実施率の向上を図った。また、STAS-J を活用したスクリーニングではせん妄、情報共有等の項目を追加しさらに細かな対応ができるようにした。
2. 緩和ケアチーム活動の充実（重要度 25% 達成度 70 judgement =12）
緩和ケアチーム依頼件数は前年度度比較して増加した。また緩和ケア外来と連動して抗がん治療中からのチームの介入を実施することができた。

3. 院内の緩和ケアマインドの醸成（重要度 50% 達成度 10 judgement =10）
緩和ケアリンクスタッフ連絡会を毎月 1 回定例で開催しており、年間テーマ「コミュニケーション力を高める」について講義、ワールドカフェ方式で学んだ。
4. がん患者サービスの向上（重要度 20% 達成度 50 judgement =8）
専任がん相談員の導入(聞き書き)、外来サロンの開設、音楽療法士の導入、ホスピス緩和ケア週間イベントの開催、施設外の市民向け講演会の開催をしていき、個別のニーズに合わせられるようなサービス向上をはかった。
5. 在宅緩和ケア地域連携の推進（重要度 10% 達成度 60 judgement =9）
在宅緩和ケアへの移行患者の増加、在宅患者の受け入れ数増加（CART・看取り 他）、NESPAS（仙台北東地域緩和ケア連携システム）症例検討会の開催

B)2017 年度の目標

1. 苦痛のスクリーニングの徹底
①外来でのスクリーニング（患者自記式）の漏れが少なくなるよう、引き続き各科毎に強化月間を設けていく。②病棟（STAS-J）における評価が適正に実施されているか確認しながら、必要なスタッフへの教育内容を検討・実施していく。③スクリーニングの結果、がん相談支援センターや緩和ケアチーム等と連携して対応ができる体制を強化していく。
2. 緩和ケア外来・緩和ケアチーム活動の発展
緩和ケア外来、緩和ケアチームと連動した活動の実施を継続していくとともに、件数の維持・増加を目指す。
3. 院内の緩和ケアマインドの醸成
昨年度から準備を進めている「ACP のガイドライン」を緩和ケアリンクスタッフ連絡会が中心となり、作成し院内に周知させていく準備をする。
4. がん患者サービスの向上
継続してホスピス緩和ケア週間でのイベント開催を予定。また、がん相談員の育成も検討していく。
5. 在宅緩和ケア地域連携の推進
NESPAS を継続し、年に 1 回の地域カンファレンスを実施していく。
6. 来年度の電子カルテ全面移行に伴い、苦痛のスクリーニング・緩和ケア関連のシステム変更の検討と実施

6) 仙台医療センター

1. 緩和ケアチーム依頼件数伸び率 5 % （前年度比）
達成はできなかったが新規クライアント開拓に向け次年度も数値目標として設定す

る。

2. チームからの推奨が採用されたかどうかを、翌日以降で最短の活動日に緩和ケア専従医が確認する。 数値目標：実施率 90%以上
チームからの推奨事項は最低翌日には確認している。実施率：98%
3. チームからの推奨が不採用のときは、理由を緩和ケア専従医が確認する 数値目標：実施率 90%以上
実施率：90%。チームから主治医への提案のさらなる迅速化も必要。
4. 緩和ケアリンクナース主催によりケースカンファレンスを定期的を開催する 数値目標：リンクナースの所属する病棟で、年 2 回以上実施される
各病棟 2 回以上は 8 病棟中 3 病棟のみの実施／1 回実施 2 病棟。

B)2017 年度の目標

1. 緩和医療学会 PDCA セルフチェックプログラムの活用継続
2. 「がん診療においてがん患者の主治医や担当医となる者」の緩和ケア研修会受講率の 90%以上を達成する
3. 緩和ケアチームの依頼数の前年度比 5%アップ
4. がん患者指導管理料Ⅰ・Ⅱの算定数増加を目指し、がん患者指導管理料Ⅲについては算定を目指す。
5. 緩和ケアリンクナースを中心に苦痛のスクリーニングの活用方法の検討と更なる普及を目指す。
6. 緩和ケア関連の研修会（緩和ケア勉強会・痛み教室）の参加者増加
7. 第一回宮城県緩和ケアチーム研修会（緩和ケアチーム同士のピアレビューを中心とした、自施設の目標を見出すためのワークショップ形式の研修会）の 29 年度末までの開催を目指す

7) みやぎ県南中核病院

A)2016 年度の総括

1. 苦痛のスクリーニングは、379 件行われているが、診療科別に偏りがあり他の診療科への適応が進まない。特に外来での件数が少ない現状である。
2. 緩和ケアチームへの依頼件数は、113 件と前年度に比べると若干増加傾向にはあるが、診療科別に偏りがある。
3. 緩和ケア研修会の受講率が 62%と伸び率が停滞している。特に初期臨床研修医の受講率が 22.2%と低い。
4. 緩和ケア内科外来と緩和ケア病棟の実績は前年度と比べ向上している。
5. 地域医療と連携を図るために、仙南地域の在宅医療機関と定期的に「仙南地域がん緩和

ケア連携会議を開催し、患者の情報交換や地域連携パスの作成に取り組んでいる。

6. 緩和ケアリンクナースの活動として、勉強会を毎月開催している。
7. 地域住民へのがん・緩和ケアに関する啓発活動では、がんサロンや市民公開講座を開催しているが浸透までには至っていない。

B)2017 年度の目標

1. 苦痛のスクリーニング実施の拡大を目指す。特に外来においては診断時から介入を行っていくための体制の整備を行う。
2. 緩和ケアチームへの依頼をスムーズに行われるためのシステムの周知を行う。
3. 緩和ケア研修会への受講率の向上のため、新採用となった医師や研修医へ受講するよう周知を行う。
4. 緩和ケア内科外来や緩和ケア病棟の円滑な運営を図る。
5. 仙南地域がん緩和ケア連携会議でカンファレンスなども行えるような体制を整備する。
6. 緩和ケアリンクナース活動として、勉強会や事例検討会以外にリンクナース同士の情報共有の場を設ける。
7. 児童や生徒を含めた地域住民へがんに関する教育および緩和ケアの普及活動に努める。

以上

平成 29 年 5 月 8 日

平成 28 年度 PDCA サイクル実施報告書

宮城県がん診療連携協議会 患者相談部会
(宮城県立がんセンター副院長) 藤谷恒明

患者相談部会では PDCA サイクルを実施するにあたり、その具体的な目的、対象、方法を検討した結果、県内の 7 がん診療連携拠点病院の設備並びに相談員の意識の均てん化のためには、各施設の相談員が自らの施設を評価し、その自己評価を基に他施設の相談員と合同で実地調査を行うことが必要であると判断された。また、この活動によって県内の相談支援業務が全体的に底上げされることが期待された。

この施設評価を行う際に使用する評価基準として、平成 28 年 2 月 5 日に「宮城県がん相談支援センター PDCA 実施状況チェックリスト：がん相談支援センタープロセス指標（以下チェックリスト）が作成された。これは平成 27 年 6 月 10 日に国立がん研究センターで開催された「第 5 回 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」で雛型として提示された PDCA サイクルチェックシートの一部を本県に見合ったものに改訂したものである。

このチェックリストに従って平成 28 年 2 月と同年 9 月の 2 回がん診療拠点病院の 7 施設で自施設評価を行い（資料①）、この自施設評価の結果を基に順次下記の 3 施設を他施設の相談員が訪問しチェックリストに沿って実地調査を行った（資料②～④）。その結果は後日報告書として各施設の管理者に送付した（資料⑤～⑦）。

- (1) 平成 28 年 9 月 30 日 石巻赤十字病院
- (2) 平成 28 年 12 月 13 日 みやぎ県南中核病院
- (3) 平成 29 年 1 月 20 日 宮城県立がんセンター

平成 29 年度は上記以外の 4 施設の拠点病院を訪問し実地調査を行う予定で、現在 5 月 16 日に仙台医療センターで行うことが決定している。今後患者相談部会並びに実務者会議と実地調査を同時開催することで患者相談部会員の負担軽減を図っていきたい。

アウトカム			プロセス											
			がん相談支援センター				★実施状況欄に実施できていたら○、実施できていないときは×を記入							
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		宮城県立がんセンター	東北大学病院	仙台医療センター	東北労災病院	奥州中核病院	大崎市民病院	石巻赤十字病院		
・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 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 多様な相談先がある 複数の相談場所がある	1-1-1	がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示している	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-2	がん相談支援センターのポスターを見やすいところに提示をしている	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-3	自施設のホームページで相談支援センターの案内をしている	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-4	宮城県版サポートハンドブックを更新し、必要時配布している	○	○	○	○	○	○	○		
		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 適切な相談窓口につながる人が増える	1-1-5	がん相談支援センターの案内を個別に配布している（カード、チラシ、等々）	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-1-6	電子掲示板、TVモニターを活用している	○	○	○	○	×	○	○		
				1-1-7	院内の他部署でPRを行なっている	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-8	院内医療従事者などに相談支援センターの役割、活動内容を知らせている（お便り等の作成など）	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-9	地域住民に向けてわかりやすくパンフレット等設置している	○	○	○	○	○	○	○		
				1-1-10	公開講座（ミニ講座を含む）を開催し、周知を図っている	○	○	○	○	○	×	○		
		患者同士の交流が可能になる	・患者サロンの運営や協力をする ・患者会活動の支援をする	1-1-11	患者サロンのポスターを掲示している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-1-12	ピアサポーターの支援活動を行なっている（研修会・ファミリーターナー）	×	○	○	×	○	○	○	○	
				1-1-13	患者会チラシを配布している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-1-14	患者会の運営支援を行っている	○	○	○	○	×	○	○	○	
				1-1-15	患者会・サロンネットワークみやぎに参加し支援している	○	○	○	○	○	○	○	○	
	・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	(がん罹患後の)生活の見通しが立つ 問題の解決法・対処法が増える 問題や困りごとの原因が減る	相談対応の質が担保されている ・（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 ・（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 相談対応の質が担保されている ・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 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	1-2-1	相談員研修の企画・運営または、研修に参加している	○	○	○	○	○	○	○		
				1-2-2	院内勉強会、研修会に参加している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-2-3	指導者研修修了者が1名以上勤務している（目標）	○	○	×	×	×	×	○		
				1-2-4	認定がん相談員が1名以上勤務している（目標）	○	○	×	○	×	×	×		
				1-2-5	【都道府県拠点】 相談員研修を（認定がん相談員Ⅲ群研修）提供している	○	○							
				1-2-6	病棟、外来カンファレンスに参加している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-2-7	部署内で共有された課題や解決法について病院幹部、県部会へ報告の機会がある	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-2-8	宮城県がん相談員実務者会議の運営または、参加している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-2-9	東北がんネットワークに参加している	○	○	○	○	○	○	○	○	
	・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 意志決定に必要な情報が得られる 医療者とのコミュニケーションがうまくいく	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる 医療連携が円滑に行われている	1-3-1	e－ラーニング等で知識の確認を行なっている	○	○	○	○	○	○	○		
				1-3-2	部署内での勉強会・事例検討等の機会がある	○	○	○	○	○	×	○	○	
				1-3-3	部署内の指針やマニュアル等の整備を行なっている	○	○	○	○	○	○	×	○	
				1-3-4	緩和ケアチームとのカンファレンスを実施している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-3-5	他部署とのカンファレンスを実施している	○	○	○	○	○	○	○	○	
				1-3-6	他職種との連携フローチャートを活用している	○	○	○	○	○	×	×	○	
				1-3-7	他施設とのネットワークを活用している	○	○	○	○	○	○	○	○	
	公平・中立な相談の場が確保される	だれでも相談できることを明示し、保障している 匿名で相談対応できることを明示し、保障している 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	1-3-8	すべての利用者に公平に関わっている	○	○	○	○	○	○	○	○		
			1-3-9	がん相談支援センター内規があるまたは作成している	○	○	○	○	○	×	×	○		
			1-3-10	匿名で相談対応できることを明示し、保障している	○	○	○	○	○	○	○	○		
			1-3-11	センター内で定めた個人情報の取り扱いを遵守している	○	○	○	○	○	○	○	○		
			1-4-1	院内の医療者からの相談に対応している	○	○	○	○	○	○	○	○		
			1-4-2	院外（地域）の医療者からの相談に対応している	○	○	○	○	○	○	○	×		
	十分な説明、必要な情報を得られる 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	患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある（院内・院外・地域から）	1-4-3	改善しうる課題について、病院幹部、県部会へ報告している	○	○	○	○	○	○	○	○		
			・社会に、がんに対する対応力が醸成される	がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	2-1-1	がんの冊子やリーフレットを配布している	○	○	○	○	○	○	○	○
					2-1-2	イベントの広報誌、メディア等への掲載依頼を行っている	○	○	○	○	○	○	○	○
	2-1-3	啓発活動へ参加している			○	○	○	○	×	○	○	○		
	2-1-4	患者相談部会を定期的に開催、参加している			○	○	○	○	○	○	○	○		
	2-1-5	がん患者相談員実務者会議を定期的に開催、参加している			○	○	○	○	○	○	○	○		
	2-1-6	患者や市民向けの講演会を行っている			○	○	○	○	○	×	○	○		
	2-1-7	院内医療従事者向けの講演会を行っている			○	○	○	○	○	×	×	○		
	2-1-8	地域の医療関係者や取組支援等関係者向けの講演会や勉強会を行っている			○	○	○	×	○	○	○	○		
	2-1-9	地域ケアマネ等の研修会でPRを行っている			○	×	×	×	○	○	○	×		
2-1-10	患者相談部会等で行政機関との連携を深めている	○			○	○	○	○	○	○	○			

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

アウトカム			プロセス						
			がん相談支援センター			★実施状況欄に実施できていたら○、実施できていないときは×を記入			
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		石巻市十字病院	総合評価	備 考	
・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	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	1-1-1	がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示している	○	○	正面入り口からがん相談支援センターの場所が分かりにくい	
		相談支援センターの役割を知っている人が増える	多様な相談先がある 複数の相談場所がある	1-1-2	がん相談支援センターのポスターを見やすいところに掲示をしている	○	×	がん相談支援センターの案内ポスターがない がん相談支援センターのロゴマークをつけて分かりやすく表示が必要	
				1-1-3	自施設のホームページで相談支援センターの案内をしている	○	○		
				1-1-4	宮城県版サポートハンドブックを更新し、必要時配布している	○	○		
		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	1-1-5	がん相談支援センターの案内を個別に配布している(カード、チラシ、等々)	○	○		
			適切な相談窓口につながる人が増える	1-1-6	電子掲示板、TVモニターを活用している	○	○		
				1-1-7	院内の他部署でPRを行なっている	○	○		
			院内・外へセンターの周知が行われる ・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 ・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)	1-1-8	院内医療従事者などに相談支援センターの役割、活動内容を知らせている(お便り等の作成など)	○	○		
				1-1-9	地域住民に向けてわかりやすくパンフレット等設置している	○	○		
				1-1-10	公開講座(ミニ講座を含む)を開催し、周知を図っている	○	○		
		患者同士の交流が可能になる	・患者サロンの運営や協力をする ・患者会活動の支援をする	1-1-11	患者サロンのポスターを掲示している	○	○		
				1-1-12	ピアサポーターの支援活動を行なっている(研修会・ファンリテーター)	○	○		
				1-1-13	患者会チラシを配布している	○	○		
				1-1-14	患者会の運営支援を行っている	○	○		
				1-1-15	患者会・サロネットワークみやぎに参加し支援している	○	○		
	・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	(がん罹患後の)生活の見通しが立つ	相談対応の質が担保されている ・(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 ・(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	1-2-1	相談員研修の企画・運営または、研修に参加している	○	○		
		問題の解決法・対処法が増える		1-2-2	院内勉強会、研修会に参加している	○	○		
		問題や困りごとの原因が減る	相談対応の質が担保されている ・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	1-2-3	指導者研修修了者が1名以上勤務している(目標)	○	○		
				1-2-4	認定がん相談員が1名以上勤務している(目標)	×	×	現在、相談員1名が取り組んでいる	
			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	1-2-5	【都道府県拠点】 相談員研修を(認定がん相談員Ⅲ群研修)提供している				
				1-2-6	病棟、外来カンファレンスに参加している	○	○		
				1-2-7	部署内で共有された課題や解決法について病院幹部、県部会へ報告の機会がある	○	○		
				1-2-8	宮城県がん相談員実務者会議の運営または、参加している	○	○		
				1-2-9	東北がんネットワークに参加している	○	○		
		・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	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる	1-3-1	e－ラーニング等で知識の確認を行なっている	○	○	
			意志決定に必要な情報が得られる		1-3-2	部署内での勉強会・事例検討等の機会がある	○	○	
			医療者とのコミュニケーションがうまくいく		1-3-3	部署内の指針やマニュアル等の整備を行なっている	×	△	宮城県版内規に追加・修正行う予定
				医療連携が円滑に行われている	1-3-4	緩和ケアチームとのカンファレンスを実施している	○	○	
					1-3-5	他部署とのカンファレンスを実施している	○	○	
					1-3-6	他職種との連携フローチャートを活用している	○	○	マニュアルの中に記載している
				1-3-7	他施設とのネットワークを活用している	○	○		
	公平・中立な相談の場が確保される		だれでも相談できることを明示し、保障している 匿名で相談対応できることを明示し、保障している 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	1-3-8	すべての利用者に公平に関わっている	○	○		
			1-3-9	がん相談支援センター内規があるまたは作成している	×	△	現在、作成中である		
			1-3-10	匿名で相談対応できることを明示し、保障している	○	○			
			1-3-11	センター内で定めた個人情報の取り扱いを遵守している	○	○			
	・(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	患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある(院内・院外・地域から)	1-4-1	院内の医療者からの相談に対応している	○	○		
		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		1-4-2	院外(地域)の医療者からの相談に対応している	○	○		
				1-4-3	改善しうる課題について、病院幹部、県部会へ報告している	○	○		
		(がんになっても)安心して暮らせる	社会の支えが感じられる	広報活動が行われている	2-1-1	がんの冊子やリーフレットを配布している	○	○	
					2-1-2	イベントの広報誌、メディア等への掲載依頼を行っている	○	○	
					2-1-3	啓発活動へ参加している	○	○	
	情報啓蒙の場が確保される		がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	2-1-4	患者相談部会を定期的に開催、参加している	○	○		
				2-1-5	がん患者相談員実務者会議を定期的に開催、参加している	○	○		
				2-1-6	患者や市民向けの講演会を行っている	○	○		
				2-1-7	院内医療従事者向けの講演会を行っている	○	○		
	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	2-1-8	地域の医療関係者や就労支援等関係者向けの講演会や勉強会を行っている	○	○		
				2-1-9	地域ケアマネ等の研修会でPRを行っている	○	○		
			2-1-10	患者相談部会等で行政機関との連携を深めている	○	○			

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

宮城県 がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト:がん相談支援センタープロセス指標

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			(H28年9月実施)	12月実施	★実施状況欄に実施できていたら○、実施できていないときは×を記入		
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		県南中核病院	総合評価	感想・気になったこと		
・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 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 多様な相談先がある 複数の相談場所がある	1-1-1	がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示している		○	△	院内案内板の表示が小さい		
			1-1-2	がん相談支援センターのポスターを見やすいところに掲示をしている		○	△	ポスターの掲示はあるが、相談支援センターからのお知らせであることがわかりにくい		
			1-1-3	自施設のホームページで相談支援センターの案内をしている		○	○			
			1-1-4	宮城県版サポートハンドブックを更新し、必要時配布している		○	○			
			1-1-5	がん相談支援センターの案内を個別に配布している(カード、チラシ、等々)		○	○			
			1-1-6	電子掲示板、TVモニターを活用している		×	×	設備がないので強調した院内周知がほしい		
			1-1-7	院内の他部署でPRを行なっている		○	○			
			1-1-8	院内医療従事者などに相談支援センターの役割、活動内容を知らせている(お便り等の作成など)		○	○			
			1-1-9	地域住民に向けてわかりやすいパンフレット等設置している		○	○			
			1-1-10	公開講座(ミニ講座を含む)を開催し、周知を図っている		○	○			
			1-1-11	患者サロンのポスターを掲示している		○	○			
			1-1-12	ピアサポーターの支援活動を行なっている(研修会・ファシリテーター)		○	△			
			1-1-13	患者会チラシを配布している		○	○			
			1-1-14	患者会の運営支援を行っている		×	×			
			1-1-15	患者会・サロネットワークみやぎに参加し支援している		○	○			
	・困っている患者・家族が減る	・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 ・(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 ・(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 相談対応の質が担保されている ・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 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	1-2-1	相談員研修の企画・運営または、研修に参加している		○	○		
				1-2-2	院内勉強会、研修会に参加している		○	○		
				1-2-3	指導者研修修了者が1名以上勤務している(目標)		×	×	平成29年度受講希望	
				1-2-4	認定がん相談員が1名以上勤務している(目標)		×	×	平成29年度受講希望	
				1-2-5	【都道府県拠点】 相談員研修を(認定がん相談員Ⅲ群研修)提供している					
				1-2-6	病棟、外来カンファレンスに参加している		○	○		
				1-2-7	部署内で共有された課題や解決法について病院幹部、県部会へ報告の機会がある		○	○		
				1-2-8	宮城県がん相談員実務者会議の運営または、参加している		○	○		
				1-2-9	東北がんネットワークに参加している		○	○		
				1-3-1	e－ラーニング等で知識の確認を行なっている		○	○		
				1-3-2	部署内での勉強会・事例検討等の機会がある		○	○		
				1-3-3	部署内の指針やマニュアル等の整備を行なっている		○	○		
				1-3-4	緩和ケアチームとのカンファレンスを実施している		○	○		
				1-3-5	他部署とのカンファレンスを実施している		○	○		
				1-3-6	他職種との連携フローチャートを活用している		○	○		
	1-3-7	他施設とのネットワークを活用している		○	○					
	・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 意志決定に必要な情報が得られる 医療者とのコミュニケーションがうまくいく	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる 医療連携が円滑に行われている	1-3-8	すべての利用者に公平に関わっている		○	○		
				1-3-9	がん相談支援センター内規があるまたは作成している		○	○		
				1-3-10	匿名で相談対応できることを明示し、保障している		○	○		
				1-3-11	センター内で定めた個人情報の取り扱いを遵守している		○	○		
				1-4-1	院内の医療者からの相談に対応している		○	○		
				1-4-2	院外(地域)の医療者からの相談に対応している		○	○		
				1-4-3	改善しうる課題について、病院幹部、県部会へ報告している		○	○		
				2-1-1	がんの冊子やリーフレットを配布している		○	○		
				2-1-2	イベントの広報誌、メディア等への掲載依頼を行っている		○	○		
2-1-3				啓発活動へ参加している		×	○	平成28年度リーフオーライフ2016みやぎに参加し広報活動を行う		
(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	がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	2-1-4	患者相談部会を定期的に開催、参加している		○	○			
			2-1-5	がん患者相談員実務者会議を定期的に開催、参加している		○	○			
			2-1-6	患者や市民向けの講演会を行っている		○	○			
			2-1-7	院内医療従事者向けの講演会を行っている		○	○			
			2-1-8	地域の医療関係者や就労支援等関係者向けの講演会や勉強会を行っている		○	○			
			2-1-9	地域ケアマネ等の研修会でPRを行っている		○	○			
			2-1-10	患者相談部会等で行政機関との連携を深めている		○	○			
			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						

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

宮城県 がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト: がん相談支援センタープロセス指標

アウトカム			プロセス							
			がん相談支援センター		(H28年9月実施)		1月実施		★実施状況欄に実施できていたら○、実施できていないときは×を記入	
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		宮城県立がんセンター		総合評価		感想・気になったこと
・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	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	1-1-1	がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示している	○	○			
		相談支援センターの役割を知っている人が増える	多様な相談先がある 複数の相談場所がある	1-1-2	がん相談支援センターのポスターを見やすいところに掲示をしている	○	○			
				1-1-3	自施設のホームページで相談支援センターの案内をしている	○	○			
				1-1-4	宮城県版サポートハンドブックを更新し、必要時配布している	○	○			
		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	1-1-5	がん相談支援センターの案内を個別に配布している(カード、チラシ、等々)	○	○			
				1-1-6	電子掲示板、TVモニターを活用している	○	○			
			適切な相談窓口につながる人が増える	1-1-7	院内の他部署でPRを行なっている	○	○			
				1-1-8	院内医療従事者などに相談支援センターの役割、活動内容を知らせている(お便り等の作成など)	○	○			
			院内・外へセンターの周知が行われる ・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 ・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)	1-1-9	地域住民に向けてわかりやすいパンフレット等設置している	○	○			
				1-1-10	公開講座(ミニ講座を含む)を開催し、周知を図っている	○	○			
		患者同士の交流が可能になる	・患者サロンの運営や協力をする ・患者会活動の支援をする	1-1-11	患者サロンのポスターを掲示している	○	○			
				1-1-12	ピアサポーターの支援活動を行なっている(研修会・ファシリテーター)	×	×			
				1-1-13	患者会チラシを配布している	○	○			
				1-1-14	患者会の運営支援を行っている	○	○			
				1-1-15	患者会・サロネットワークみやぎに参加し支援している	○	○			
	・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	(がん罹患後の)生活の見通しが立つ	相談対応の質が担保されている ・(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 ・(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	1-2-1	相談員研修の企画・運営または、研修に参加している	○	○			
		問題の解決法・対処法が増える		1-2-2	院内勉強会、研修会に参加している	○	○			
		問題や困りごとの原因が減る	相談対応の質が担保されている ・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	1-2-3	指導者研修修了者が1名以上勤務している(目標)	○	○			
				1-2-4	認定がん相談員が1名以上勤務している(目標)	○	○			
			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	1-2-5	【都道府県拠点】相談員研修を(認定がん相談員Ⅲ群研修)提供している	○	○			
				1-2-6	病棟、外来カンファレンスに参加している	○	○			
				1-2-7	部署内で共有された課題や解決法について病院幹部、県部会へ報告の機会がある	○	○			
				1-2-8	宮城県がん相談員実務者会議の運営または、参加している	○	○			
				1-2-9	東北がんネットワークに参加している	○	○			
	・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	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる	1-3-1	e－ラーニング等で知識の確認を行なっている	○	○			
		意志決定に必要な情報が得られる		1-3-2	部署内での勉強会・事例検討等の機会がある	○	○			
		医療者とのコミュニケーションがうまくいく		1-3-3	部署内の指針やマニュアル等の整備を行なっている	○	○			
				1-3-4	緩和ケアチームとのカンファレンスを実施している	○	○			
			医療連携が円滑に行われている	1-3-5	他部署とのカンファレンスを実施している	○	○			
				1-3-6	他職種との連携フローチャートを活用している	○	○			
				1-3-7	他施設とのネットワークを活用している	○	○			
		公平・中立な相談の場が確保される	だれでも相談できることを明示し、保障している 匿名で相談対応できることを明示し、保障している 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	1-3-8	すべての利用者に公平に関わっている	○	○			
				1-3-9	がん相談支援センター内規があるまたは作成している	○	○			
				1-3-10	匿名で相談対応できることを明示し、保障している	○	○			
				1-3-11	センター内で定めた個人情報の取り扱いを遵守している	○	○			
	・(患者・家族・市民から見ても)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	患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある(院内・院外・地域から)	1-4-1	院内の医療者からの相談に対応している	○	○			
		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		1-4-2	院外(地域)の医療者からの相談に対応している	○	○			
				1-4-3	改善しうる課題について、病院幹部、県部会へ報告している	○	○			
(がんになくても)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	社会の支えを感じられる	広報活動が行われている	2-1-1	がんの冊子やリーフレットを配布している	○	○			
				2-1-2	イベントの広報誌、メディア等への掲載依頼を行っている	○	○			
				2-1-3	啓発活動へ参加している	○	○			
		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	2-1-4	患者相談部会を定期的に開催、参加している	○	○			
				2-1-5	がん患者相談員実務者会議を定期的に開催、参加している	○	○			
				2-1-6	患者や市民向けの講演会を行っている	○	○			
				2-1-7	院内医療従事者向けの講演会を行っている	○	○			
		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	2-1-8	地域の医療関係者や就労支援等関係者向けの講演会や勉強会を行っている	○	○			
			2-1-9	地域ケアマネ等の研修会でPRを行っている	○	○				
			2-1-10	患者相談部会等で行政機関との連携を深めている	○	○				

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

平成 28 年 12 月 21 日

石巻赤十字病院 病院長

金田 巖 先生

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会長

宮城県立がんセンター副院長 藤谷恒明

平成 28 年度 PDCA による施設評価について（お知らせ）

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会の活動につきましては、日頃格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 26 年 1 月 10 日に通知されました「がん診療連携拠点病院の整備について」（健康局長通知）のがん診療連携拠点病院の指定要件に PDCA サイクルを確保し各拠点病院間で情報共有と相互評価を行うことが追加されました。これを受け当患者相談部会では共通した施設評価表（宮城県版がん相談支援センターPDGA 実施状況チェックリスト）を作成し、これに準じて各施設のがん相談支援センターの自己評価を行って参りました。この各施設の自己評価結果を踏まえ、平成 28 年 9 月 30 日に貴施設を訪問し実地調査を行いましたので結果をご報告申し上げます。

結果

がん相談支援センターの活動に、相談員が一丸となってお尽力いただいております中ではありますが、下記の点についてご検討いただければ幸いに存じます。

- ・がん相談支援センターの掲示について
案内表示を明確にし、がん相談支援センターのロゴマークの利用を検討して頂きたい。
- ・がん相談支援センターの環境について
専従のがん相談員の不在時には、がん相談支援センターが閉鎖されてしまう為、常時対応可能な態勢を検討して頂きたい。

以上です。

今後とも当部会の活動にご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成 28 年 12 月 21 日

みやぎ県南中核病院 病院長
内藤広郎 先生

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会長
宮城県立がんセンター副院長 藤谷恒明

平成 28 年度 PDCA による施設評価について（お知らせ）

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会の活動につきましては、日頃格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 26 年 1 月 10 日に通知されました「がん診療連携拠点病院の整備について」（健康局長通知）のがん診療連携拠点病院の指定要件に PDCA サイクルを確保し各拠点病院間で情報共有と相互評価を行うことが追加されました。これを受け当患者相談部会では共通した施設評価表（宮城県版がん相談支援センターPDGA 実施状況チェックリスト）を作成し、これに準じて各施設のがん相談支援センターの自己評価を行って参りました。この各施設の自己評価結果を踏まえ、平成 28 年 12 月 13 日に貴施設を訪問し実地調査を行いましたので結果をご報告申し上げます。

結果

1. がん相談支援センターの掲示方法について

- ・病院正面にある相談支援センターの案内表示が小さくてわかりにくく、また、同じようなポスターが統一性なく掲示されている印象がある。相談支援センターからの案内とわかるように掲示方法を工夫して頂きたい。

2. 相談環境について

- ・相談室として使用できる部屋が分散されている状況があるため、できるだけ集約するよう検討して頂きたい。

3. がん相談員の質的担保について

- ・平成 29 年度指導者研修の受講についてご検討頂きたい。

以上です。

今後とも当部会の活動にご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成 29 年 4 月 21 日

宮城県立がんセンター 総長
片倉隆一 殿

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会長
宮城県立がんセンター副院長 藤谷恒明

平成 28 年度 PDCA による施設評価について（お知らせ）

宮城県がん診療連携協議会患者相談部会の活動につきましては、日頃格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 26 年 1 月 10 日に通知されました「がん診療連携拠点病院の整備について」（健康局長通知）のがん診療連携拠点病院の指定要件に PDCA サイクルを確保し各拠点病院間で情報共有と相互評価を行うことが追加されました。これを受け当患者相談部会では共通した施設評価表（宮城県版がん相談支援センターPDGA 実施状況チェックリスト）を作成し、これに準じて各施設のがん相談支援センターの自己評価を行って参りました。この各施設の自己評価結果を踏まえ、平成 29 年 1 月 20 日に貴施設を訪問し実地調査を行いましたので結果をご報告申し上げます。

結果

がん相談支援センターの活動に、相談員が一丸となってお尽力いただいておりますが、下記の点についてご検討いただければ幸いに存じます。

ピアサポーターの支援活動に関わる活動の実績がありませんので、今後改善をお願いします

以上です。

今後とも当部会の活動にご理解とご協力をお願い申し上げます。

PDCA サイクルへの対応について

平成 29 年 7 月
がん登録部会

1 指定要件に対する総括的評価

- ・ 現況報告に基づき、直近の報告（平成 28 年 9 月 1 日時点）を 1 年前のものと比較した（別紙）。
- ・ 院内がん登録の実施、院内がん登録実務者の配置、国立がん研究センターへの情報提供（毎年）、ホームページ等での情報公開については、各施設とも、昨年引き続き実施出来ていた。
- ・ 院内がん登録の活用については、診断日から 5 年以内のフォローアップ率が把握できていない施設が 3 施設あり、変化がなかった（※）。フォローアップのためには、予後調査（生存確認調査）を自ら行うか、国立がん研究センターの支援事業を活用するしかないため、予算等の事情によるものと推測される。

※ 東北大学病院においては、平成 28 年 9 月 1 日の現況報告では、フォローアップ率について把握していないとの報告であったが、その後、計算し、91%であったことが報告された。そのため、現時点で、フォローアップ率が把握できていない施設は 2 施設となっている。

- ・ 都道府県拠点の指定要件については、東北大学病院において、職員の退職により指導者研修修了者の配置に変化があった（※）。

※ 国立がん研究センターでは、平成 29 年度から院内がん登録実務指導者研修を廃止しており、今後、指導者の養成が行われなくなっている。そのため、今後、都道府県拠点の指定要件から、指導者研修修了者の配置が除外される可能性がある。

2 部会としての取り組み

- ・ 指定要件を対象に改善活動を行うこと、また、自施設だけで取り組むことには限界があるため、部会として以下の取り組みを行っている。

課題	部会の活動
実務者の研修・人材育成	院内がん登録研修会（H28.11.19。毎年開催） 実務者研修会（H28.8.2。H28 年度から開始）
データの質の向上	院内がん登録研修会、実務者研修会、メーリングリストを活用した情報交換（H27 年度から開始）
集計結果の比較・分析 （院内、他施設）	各施設の事例紹介（H28.8.2 実務者研修会）
相対生存率の計算	計算ソフトの提供（H28.2 提供開始）
集計結果の院内での共有	各施設の状況紹介（H28.8.2 実務者研修会）
集計結果の外部への広報	各施設の状況紹介（H28.8.2 実務者研修会）

- ・ 平成 29 年度は、引き続き、部会としての取り組みを行うとともに、上記の課題について、各施設における改善の有無と内容についても確認をしていく予定である。

H28.9.1時点		宮城県立 がん センター	東北大学 病院	仙台医療 センター	東北労災 病院	大崎市民 病院	石巻 赤十字 病院	みやぎ県南 中核病院
II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について								
4 情報の収集提供体制								
(2) 院内がん登録								
①	健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施している。なお、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）施行後は同法に基づく院内がん登録を実施すること。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	院内がん登録の登録項目数	76	56	75	61	56	61	61
	i 2016年症例の登録について「2016年版標準登録様式（新様式）暫定版」が公表されている。実施している登録の方法を選択すること。 1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している。 2. 2006年修正版（旧様式）で登録した上で、新様式に変換できるように準備している。 3. 2006年修正版で登録しており、新様式への変換は考えていない。 4. 上記以外の方法で登録している。	2. 2006年修正版（旧様式）で登録した上で、新様式に変換できるように準備している	4. 上記以外の方法で登録している	1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している	1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している	1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している	1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している	2. 2006年修正版（旧様式）で登録した上で、新様式に変換できるように準備している
ii	その他の場合記載すること。		2016年度版（新様式）で登録するよう準備中である。					
②	院内がん登録実務者の配置							
ア	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人以上配置している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	院内がん登録の実務を担う者の専従の人数	1	2	1	1	1	2	1
イ	当該実務者は診療ガイドラインの改定等を踏まえ必要に応じて再度研修を受講している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	院内がん登録実務者の体制について別紙42に記載すること。							
	内訳①診療情報管理士	2	3	3	5	2	2	5
	資格なし	0	0	0	1	2	0	0
	内訳②専従（再掲）	1	2	1	1	1	2	1
	専任	1	1	1	1	1	0	1
	兼任	0	0	1	4	2	0	3
	内訳③常勤	2	3	1	6	2	2	5
	非常勤	0	0	2	0	2	0	0
	内訳④中級者研修修了・中級認定者	1	1	1	1	0	1	0
	初級者研修修了・初級認定者	1	1	1	1	2	1	5
③	毎年、院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供できる対象(和暦YY年MM月DD日診断例から)	H19.1.1	H19.1.1	H19.1.1	H14.6.1	H19.1.1	H17.9.1	H18.3.1
④	院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施する地域がん登録事業に必要な情報を提供している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	診断日から5年以内のフォローアップ率を把握している。	はい	いいえ	はい	はい	いいえ	はい	いいえ
イ	把握している場合は、最新の5年後フォローアップ率を記入すること。	99		77	93		98	
	がん登録データを分析して、ステージ別の症例数を把握している。							
	がん登録データを分析して、ステージ別の5年生存率を把握している。							
	がん登録データをもとにして、治療関連死亡患者数を把握している。							
	生存率の計算をKaplan-Meier法を用いて行っている。							
⑤	ア 院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専任の人数	5	15	13	2	3	1	1
	うち常勤	5	15	8	2	1	1	1
イ	院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専従の人数	2	15	13	1	2	15	1
	うち常勤	2	15	8	1	2	14	1
(3) その他								
②	院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載すること。	http://www.w.miyagi-pho.jp/mcc/annai/seki.html	http://www.w.hosp.tohoku.ac.jp/c/Cooperative/gan_tour/oku/gan_toukei.html	http://www.w.snh.go.jp/Cooperative/gan_renkei.html	http://www.w.tohoku.jp/johas.go.jp/patient/gacility/center/gan/gan.php	http://www.w.h-ki.irc.or.jp/sp/about/cancer/	http://www.w.ishinomaki.jp/yagi-mc.jp/cancer/page11.html	http://www.w.southmcyagi-mc.jp/cancer/page11.html
	イ その他の方法で情報提供している場合は、提供手段を記載すること。（院内掲示、院内誌・チラシ、地域の広報誌など）				国立がんセンターがん対策情報センターのがん情報サービスで公開			
IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について								
1 都道府県における診療機能強化に向けた要件								
(4) ⑤	当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行っている。	はい	はい					
4 院内がん登録の質的向上に向けた要件								
(1)	都道府県内の医療機関が実施する院内がん登録の精度の向上のため、院内がん登録実務者として国立がん研究センターの実施する指導者研修を修了した者を配置している。	はい	いいえ					
(2)	都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集および院内がん登録実務者の育成等を行っている。	はい	はい					

H27.9.1時点		宮城県立 がん センター	東北大学 病院	仙台医療 センター	東北労災 病院	大崎市民 病院	石巻 赤十字 病院	みやぎ県南 中核病院
II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について								
4 情報の収集提供体制								
(2) 院内がん登録								
①	健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施している。なお、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）施行後は同法に基づく院内がん登録を実施すること。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	院内がん登録の登録項目数	76	56	61	61	56	61	61
	i 2016年症例の登録について「2016年版標準登録様式（新様式）暫定版」が公表されている。実施している登録の方法を選択すること。 1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している。 2. 2006年修正版（旧様式）で登録した上で、新様式に変換できるように準備している。 3. 2006年修正版で登録しており、新様式への変換は考えていない。 4. 上記以外の方法で登録している。							
	ii その他の場合記載すること。							
②	院内がん登録実務者の配置							
ア	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人以上配置している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	院内がん登録の実務を担う者の専従の人数	1	3	2	2	1	2	1
イ	当該実務者は診療ガイドラインの改定等を踏まえ必要に応じて再度研修を受講している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	院内がん登録実務者の体制について別紙42に記載すること。							
	内訳①診療情報管理士	2	3	3	4	4	2	5
	資格なし	0	0	0	2	1	0	0
	内訳②専従（再掲）	1	3	2	2	1	2	1
	専任	1	0	1	1	1	0	1
	兼任	0	0	0	3	3	0	3
	内訳③常勤	2	3	3	6	3	1	5
	非常勤	0	0	0	0	2	1	0
	内訳④中級者研修修了・中級認定者	1	1	1	1	1	1	0
	初級者研修修了・初級認定者	1	2	2	5	4	1	5
③	毎年、院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供できる対象(和暦YY年MM月DD日診断例から)	H19.1.1	H19.1.1	H19.1.1	H14.6.1	H19.1.1	H17.9.1	H18.3.1
④	院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施する地域がん登録事業に必要な情報を提供している。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	診断日から5年以内のフォローアップ率を把握している。	はい	いいえ	はい	はい	いいえ	はい	いいえ
イ	把握している場合は、最新の5年後フォローアップ率を記入すること。	98	-	53	98	-	100	-
	がん登録データを分析して、ステージ別の症例数を把握している。	把握している	把握している	把握している	把握している	把握していない	把握している	把握していない
	がん登録データを分析して、ステージ別の5年生存率を把握している。	はい	いいえ	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ
	がん登録データをもとにして、治療関連死亡患者数を把握している。	はい	いいえ	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ
	生存率の計算をKaplan-Meier法を用いて行っている。	はい	いいえ	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ
⑤	ア 院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専任の人数	5	0	13	1	4	1	1
	うち常勤	3	0	8	1	2	1	1
	イ 院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専従の人数	8	14	13	2	2	14	1
	うち常勤	3	14	8	2	2	13	1
(3) その他								
②	院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている。	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
ア	ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載すること。	http://www.miyagi-pho.jp/mcc/annai/seki.html	http://www.hosp.tohoku.ac.jp/c/c/gan_tour/oku/gan_touroku.html	http://www.snh.go.jp/Cooperation/gan_renkei.html	http://www.tohoku-rofuku.go.jp/outpatient/cons_info/g_repo/index.html	http://www.w-h-osaki.jp/spcialty/cen/about/cancer/entry/oku.php	http://www.w.ishinomaki.jrc.or.jp/about/cancer/page11.html	http://www.southmiyagi-mc.jp/cancer/page11.html
	イ その他の方法で情報提供している場合は、提供手段を記載すること。（院内掲示、院内誌・チラシ、地域の広報誌など）						がん情報サービス	
IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について								
1 都道府県における診療機能強化に向けた要件								
(4) ⑤	当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行っている。	はい	はい					
4 院内がん登録の質的向上に向けた要件								
(1)	都道府県内の医療機関が実施する院内がん登録の精度の向上のため、院内がん登録実務者として国立がん研究センターの実施する指導者研修を修了した者を配置している。	はい	はい					
(2)	都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集および院内がん登録実務者の育成等を行っている。	はい	はい					

H28新規

H28新規

別紙から

別紙から

別紙から

別紙から

別紙から

別紙から

別紙から

別紙から

H28で質問なし

H28で質問なし

H28で質問なし

H28で質問なし

H28で質問変更
(ここではH28に併せて内容に変更)H28で質問変更
(ここではH28に併せて内容に変更)

H27-28比較		宮城県立 がん センター	東北大学 病院	仙台医療 センター	東北労災 病院	大崎市民 病院	石巻 赤十字 病院	みやぎ県南 中核病院	比較結果の説明
II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について									
4 情報の収集提供体制									
(2) 院内がん登録									
①	健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施している。なお、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）施行後は同法に基づく院内がん登録を実施すること。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	ア 院内がん登録の登録項目数	0	0	14	0	0	0	0	増減（H27年を基準として）
	i 2016年症例の登録について「2016年版標準登録様式（新様式）暫定版」が公表されている。実施している登録の方法を選択すること。 1. 2016年版（新様式）暫定版に従って、新様式での登録を実施している。 2. 2006年修正版（旧様式）で登録した上で、新様式に変換できるように準備している。 3. 2006年修正版で登録しており、新様式への変換は考えていない。 4. 上記以外の方法で登録している。								
	ii その他の場合記載すること。								
②	院内がん登録実務者の配置								
	ア 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人以上配置している。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	院内がん登録の実務を担う者の専従の人数	0	-1	-1	-1	0	0	0	増減（H27年を基準として）
	イ 当該実務者は診療ガイドラインの改定等を踏まえ必要に応じて再度研修を受講している。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	院内がん登録実務者の体制について別紙42に記載すること。								
	内訳①診療情報管理士	0	0	0	1	-2	0	0	増減（H27年を基準として）
	資格なし	0	0	0	-1	1	0	0	増減（H27年を基準として）
	内訳②専従（再掲）	0	-1	-1	-1	0	0	0	増減（H27年を基準として）
	専任	0	1	0	0	0	0	0	増減（H27年を基準として）
	兼任	0	0	1	1	-1	0	0	増減（H27年を基準として）
	内訳③常勤	0	0	-2	0	-1	1	0	増減（H27年を基準として）
	非常勤	0	0	2	0	0	-1	0	増減（H27年を基準として）
	内訳④中級者研修修了・中級認定者	0	0	0	0	-1	0	0	増減（H27年を基準として）
	初級者研修修了・初級認定者	0	-1	-1	-4	-2	0	0	増減（H27年を基準として）
③	毎年、院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供している。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	ア 院内がん登録の集計結果等を国立がん研究センターに情報提供できる対象(和暦YY年MM月DD日診断例から)	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
④	院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施する地域がん登録事業に必要な情報を提供している。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	ア 診断日から5年以内のフォローアップ率を把握している。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	イ 把握している場合は、最新の5年後フォローアップ率を記入すること。	1	#VALUE!	24	-5	#VALUE!	-2	#VALUE!	増減（H27年を基準として）
	がん登録データを分析して、ステージ別の症例数を把握している。								
	がん登録データを分析して、ステージ別の5年生存率を把握している。								
	がん登録データをもとにして、治療関連死亡患者数を把握している。								
⑤	生存率の計算をKaplan-Meier法を用いて行っている。								
	ア 院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専任の人数	0	15	0	1	-1	0	0	増減（H27年を基準として）
	うち常勤	2	15	0	1	-1	0	0	増減（H27年を基準として）
	イ 院内がん登録実務者を含む、診療情報管理部門を担う者の専従の人数	-6	1	0	-1	0	1	0	増減（H27年を基準として）
(3) その他	うち常勤	-1	1	0	-1	0	1	0	増減（H27年を基準として）
	② 院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている。	0	0	0	0	0	0	0	変化なし:0 変化あり:-1
	ア ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載すること。	0	0	0	-1	-1	-1	0	変化なし:0 変化あり:-1
	イ その他の方法で情報提供している場合は、提供手段を記載すること。（院内掲示、院内誌・チラシ、地域の広報誌など）	0	0	0	-1	0	-1	0	変化なし:0 変化あり:-1
IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について									
1 都道府県における診療機能強化に向けた要件									
(4) ⑤ 当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行っている。		0	0						
4 院内がん登録の質的向上に向けた要件									
(1)	都道府県内の医療機関が実施する院内がん登録の精度の向上のため、院内がん登録実務者として国立がん研究センターの実施する指導者研修を修了した者を配置している。	0	-1						変化なし:0 変化あり:-1
	(2) 都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集および院内がん登録実務者の育成等を行っている。	0	0						変化なし:0 変化あり:-1

地域連携パスが開始され5年以上が経過したが、普及が進んでいない。パス部会として対応策を検討するために平成27年度はパス利用患者にアンケートを行った。パスを利用する患者の意見は概ねパスに対して肯定的な意見が多く患者はメリットを感じていることが分かった。平成28年度には医療機関へのアンケートを行い、次年度以降の課題を抽出した。

【目的】

がん拠点病院のパス担当医師・地域医療連携室パス担当者と、連携している地域医療機関医師へアンケート調査を行い、がん連携パスに対してどのように考え運用しているのかを調べ、地域連携パスが普及しない理由をアンケート調査により抽出することを目的とした。

【調査方法】

調査期間：平成28年12月1日～平成29年1月24日

対象患者：1. がん拠点病院でがん連携パスの担当医師 31名

2. がん拠点病院地域医療連携室職員で、がん連携パスの担当者 16名

3. がん拠点病院とがん連携パスで連携している、地域医療機関医師 296名 に発送

調査方法：無記名によるアンケート調査 調査票の返信により同意を得られたものとする。

回収：1. 25名(回収率 80.6%)

2. 16名(回収率 100%)

3. 141名(回収率 47.6%) (有効回答 119 有効回答率 40.2%)

【結果】

1. 胃がん、大腸がんの普及が進まず、前立腺がんがよく利用されていることが分かった。
2. 今後地域連携パスを「利用したい」「積極的に利用したい」と考えている医療者の割合は地域医療機関91%であったが、拠点病院ではその割合は55.5%であった。特に胃がん大腸がんでは半数を下回っている。
3. 運用されていない理由としては拠点病院から「メリットがない」「仕事量が増える」「使用しにくい」などの意見が寄せられた。

【結論】

地域連携パスに対して患者・地域医療機関は肯定的に捉え、メリットを感じている。一方拠点病院では業務の煩雑さ等から否定的な見解も多い。パスの普及には拠点病院での業務の簡略化が今後の課題であることが分かった。

平成28年度 がん地域連携クリティカルパス実績件数

病院名:各がん診療連携拠点病院

年間稼働している件数（年度中 終了も含む）

	肺がん	肝がん	乳がん	胃がん	大腸がん	前立腺がん	膀胱がん	合 計
東北大学病院	0	0	15	8	1	157	0	181
宮城県立がんセンター	1	0	1	42	2	0	0	46
東北労災病院	0	0	2	24	20	0	0	46
仙台医療センター	0	0	155	11	14	115	0	295
大崎市民病院	0	0	1	0	0	0	8	9
石巻赤十字病院	142	0	0	0	0	20	0	162
みやぎ県南中核病院	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	143	0	174	85	37	292	8	739

PDCA サイクルへの対応について

平成 29 年 5 月
口腔ケア部会

1 指定要件に対する総括的評価

- ・ 以前は歯科医師不在で口腔ケアを行なえなかった拠点病院もあったが、現在は全ての拠点病院にて各病院歯科、歯科口腔外科が中心となって、がん患者の口腔ケアを提供している
- ・ 歯科医師および歯科衛生士数に限りがあるため、全てのがん患者に対して口腔ケアを行なえていない病院もあり、また、がん治療終了後、退院後の継続的なケアも今後の課題である。

2 部会としての取り組み

- ・ 指定要件を対象に改善活動を行いつつ、各施設、大学病院、歯科医師会と連携し、部会として以下の取り組みを行っている。

課題	部会の活動
がん患者の継続した口腔ケア	第 1 回口腔ケア部会 (H29.5.12)
院内外での病診連携 (医科歯科連携)	第 1 回口腔ケア部会 (H29.5.12)
病院歯科以外の歯科医師 への教育活動	がん医科歯科連携 DVD 講習会
患者教育	「歯科受診のすすめ」パンフレット作成

- ・ 平成 29 年度は、新規メンバーの会への参加もあり、がん患者の口腔ケアが滞りなく進むように活動を進めていく予定である。