

[トップページ](#) > [組織でさがす](#) > [健康推進課](#) > [がん診療提供体制検討委員会](#)

[読み上げる](#)

がん診療提供体制検討委員会

[印刷用ページを表示する](#) 掲載日：2018年11月1日更新

がん診療提供体制検討委員会の活動について

宮城県がん診療連携協議会では、県内におけるがん診療連携拠点病院の組織・人員体制、運営実態、診療実績等についての評価、分析を行い、県のがん診療全体の改善を行うため、平成26年度に「がん診療提供体制検討委員会」を設置し、相互評価を実施しています。

- 宮城県がん診療連携協議会PDCAサイクル評価（平成29年度）[PDFファイル/140KB]

意見をお聞かせください

お求めの情報が十分掲載されていませんか？

十分だった 普通 情報が足りない

ページの構成や内容、表現は分かりやすいものでしたか？

分かりやすい 普通 分かりにくい

この情報をすぐに見つけることができましたか？

すぐに見つけた 普通 時間がかかった

※1いただいたご意見は、より分かりやすく役に立つホームページとするために参考にさせていただきますので、ご協力をお願いします。

※2ブラウザでCookie（クッキー）が使用できる設定になっていない、または、ブラウザがCookie（クッキー）に対応していない場合はご利用頂けません。

このページに関するお問い合わせ先

健康推進課

〒980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3-8-1

がん対策班

Tel：022-211-2638

Fax：022-211-2697

[メールでのお問い合わせはこちら](#)

このページを紹介する



PDF形式のファイルをご覧いただく場合には、Adobe社が提供するAdobe Readerが必要です。
Adobe Readerをお持ちでない方は、バナーのリンク先からダウンロードしてください。（無料）

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

(ア) 抗がん剤曝露対策

揮発性抗がん剤3剤に関しては閉鎖式投与ラインを用いている。調剤に関しては閉鎖式調整器具を用いていないが、調整者の尿検査を月1回行うなどのモニタリングを行っており、大学病院ならではの先進的な取り組みを実施している。また、環境汚染調査は年に1回施行している。

(イ) 外来化学療法副作用評価

副作用の問診と記録は主治医によって行われている。患者に自記式の治療日誌を記載してもらう取り組みが徹底している。看護師や薬剤師もそれぞれの立場で副作用の評価を行っている

(ウ) がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料1、2が算定されており、認定看護師などと共同した方針説明や心理的不安の軽減への取り組みは行われている。医師による治療レジメンの文書による説明も十分に行われているものと考えられるが管理料3の算定にまでは至っておらず、指導業務を可視化する意味でも組織的な取り組みの強化の余地がある。

(エ) 遺伝カウンセリング体制

家族性腫瘍に対するスクリーニング、遺伝子検査、遺伝カウンセリングの体制は専門部門の充実が図られ、充実している。大学病院ならではの優れた体制整備と評価される。

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が実施されている。

3) 緩和ケア実施体制

緩和ケアチームの新規患者数、診療加算算定数、病棟での診断時からの苦痛スクリーニング実施、ハイリスク患者へのアプローチ率など目標を達成している。地域カンファレンス、地域医療センターとの連携は目標を達成している。がん看護外来は腫瘍内科・乳腺外科以外の診療科との連携が今後の課題である。緩和ケア研修修了率は81%であり、前年度比改善した。院内緩和ケアマニュアルが完成した。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）ではすべての項目において目標を達成しており、充実した体制が取られている。

5) 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全体として十分とは言えないが、前立腺がんなどで普及している。MMWINを用いた地域連携の活用を開始している。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られているが、都道府県がん診療連携拠点病院の要件である、国立がん研究センターの実施する指導者研修を終了した者の配置に関して一時的に不十分な点が見られた。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

月 2 回開催の腫瘍評議会では組織横断的な検討が継続的に行われている他、医療安全推進室手動で毎月、安全推進会議やリスクマネージャー会議が開催されその内容を各診療科に周知している。

8) 臨床研究推進の体制

臨床研究を推進する部門として東北大学臨床研究推進センターが置かれ、CRC 2 1 人が配置されており、充実した体制が取られている。臨床試験・治験に対する広報も充実しており、臨床研究法に対する講習会なども十分に行われている。

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) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

（ア）抗がん剤曝露対策

調剤に関してはすべての抗がん剤に対して閉鎖式調整器具を用いており、先進的な取り組みを行っている。投与に際しては、揮発性3薬剤について閉鎖式投与ラインを用いている。環境汚染調査は年に1回施行している。

（イ）外来化学療法副作用評価

副作用の問診は当日の問診票を用いて行われ、医師が評価している。一部の患者に自記式の治療日誌を記載してもらっている。看護師や薬剤師もそれぞれの立場で副作用の評価を行っている

（ウ）がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料1、2、3ともが算定されており、認定看護師などと共同した方針説明や心理的不安の軽減への取り組みは行われている。管理料3の算定に関しては認定薬剤師が尽力している。

（エ）（エ）遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセラーは常勤が不在であるが、非常勤スタッフで行っている。遺伝外来カウンセリング専門資格を持つ医師の配置が課題である。

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が実施されている。

3) 緩和ケア実施体制

緩和診断時からの苦痛スクリーニング実施は86%で実施され、定着した。ハイリスク患者への効果的な介入方法には検討が必要である。がん看護外来に11科186件の依頼があった。緩和ケア地域連携カンファランスを6回施行し、院外医療者を含め述べ168名が参加した。緩和ケア研修会受講率は95%を超え、目標を達成した。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）ではすべての項目において目標を達成しており、充実した体制が取られている。

5) 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胃がんを中心に使用されている。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られている。

7) 院内でのPDCAサイクルの確保体制

月1-4回の頻度で開催される幹部会、センター運営会議・連絡会議等で方針が検討、通知されている

8) 臨床研究推進の体制

臨床研究を推進する部門として治験・臨床研究管理室が置かれ、CRC3人が配置されている。臨床試験・治験に対する広報も充実しており、臨床研究法に対する講習会なども行われている。

都道府県がん診療連携拠点病院としての評価

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。

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

(ア) 抗がん剤曝露対策

調剤に関しては揮発性3剤に対して閉鎖式調整器具を用いており、投与に際しては、揮発性3薬剤について閉鎖式投与ラインを用いている。環境汚染調査は年に1回調剤室内を施行している。

(イ) 外来化学療法副作用評価

副作用は、主に医師が評価している。一部の患者に自記式の治療日誌を記載してもらっている。看護師や薬剤師もそれぞれの立場で副作用の評価を行っている

(ウ) がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料1、2、が算定されており、認定看護師などと共同した方針説明や心理的不安の軽減への取り組みは行われている。管理料3に関しては算定していない。

(エ) 遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセラーは常勤が不在であるが、非常勤スタッフで月1回行っている

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が実施されている。

3) 緩和ケア実施体制

緩和医療学会 PDCCA セルフチェックプログラムを継続活用している。診断時からの苦痛スクリーニング実施は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普及に努めている。緩和ケア研修会受講率は90%を超え、目標を達成した。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）によると指導者研修終了相談員、認定がん相談員が不足している。

5) 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乳がん、前立腺がんを中心に使用されている。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られている。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

品質マネジメントシステム ISO 90001:2015 を取得しており、すべての診療科・部門で毎年 PDCA サイクル実施している。がん医療に関しては月1回のがん診療連携室会議を実施している。

8) 臨床研究推進の体制

治験を推進する部門として治験管理室（臨床試験を除く）が置かれ、CRC 5人が配置されている。臨床試験・治験に対する広報等はHPを用いて行っている。利益相反委員会が設置されている。臨床研究法に対する講習会はまだ行われていない。

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

（ア）抗がん剤曝露対策

調剤に関してはすべての薬剤に閉鎖式調整器具を、投与に際しても全薬剤について閉鎖式投与ラインを用いており、先進的な取り組みをしている。

（イ）外来化学療法副作用評価

治療当日の間診票を用いている。副作用は、主に医師が評価している。一部の患者に自記式の治療日誌を記載してもらっている。看護師や薬剤師もそれぞれの立場で副作用の評価を行っている

（ウ）がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料 1、3、が算定されている。管理料 3 に関しては医師が文書を用いてレジメンを説明し患者の理解を得て算定している。

（エ）遺伝カウンセリング体制

遺伝カウンセラーは常勤が不在であるが、非常勤スタッフで行う予定である。

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が設置されていない点は改善の余地がある。

3) 緩和ケア実施体制

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等、各種ガイドラインを整備した。STAS-J を用いた入院苦痛スクリーニングを徹底している。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）によると指導者研修終了相談員が不足している。ピアサポーターの支援活動の強化の余地がある。

5) 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胃がん、大腸がんを中心に使用されている。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られている。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

がんセンター委員会（院長も委員として参加）が月 1 回開催され、決定事項は定例の病院幹部会、病院運営委員会に報告されている。

8) 臨床研究推進の体制

治験を推進する部門として臨床試験委員会が設置されている。専任の CRC が配置されていない点は改善の余地がある。臨床試験・治験に対する広報等は HP を用いて行っている。利益相反に関しては適宜倫理委員会で審査されている。臨床研究法に対する講習会はまだ行われていない。

治療就労両立支援モデル事業を行っており、機構の公式サイトや学会を通じて成果を発表している。

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

（ア）抗がん剤曝露対策

調剤に関しては揮発性3剤に対して閉鎖式調整器具を用いており、投与に際しては、揮発性3薬剤について閉鎖式投与ラインを用いている。環境汚染調査は今後予定している。

（イ）外来化学療法副作用評価

当日の問診票と自記式日誌を用いて、医師の診察前に化学療法室の看護師が副作用を評価している。医師は診察時に問診票と看護師の評価を確認しながら副作用の評価を行っている。

（ウ）がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料1、2、3、が算定されている。管理料3に関しては医師が文書を用いてレジメンを説明し患者の理解を得て算定している。

（エ）遺伝カウンセリング体制

主に乳腺外科の患者を対象に、非常勤の遺伝カウンセラーが月2回のカウンセリングを行っている

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が設置されていない点は改善の余地がある。

3) 緩和ケア実施体制

苦痛のスクリーニングの実施数は各科の協力の下に増加しているが、ハイリスク患者への支援体制に課題がある。院外の医療者を対象とした看護師向け緩和ケア研修会を開催し、参加者から高い評価を得た。ホスピス音楽療養士や臨床宗教師を講師とした講演会を開催し、緩和ケアへの関心の向上につながった。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）によると指導者研修終了相談員とがん認定相談員が不足している。

5) 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件数が少なく、改善の余地がある。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られている。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

地域がん拠点病院運営委員会が年2回開催されて院内全体のがん診療に関する PDCA サイクルをチェックしている。各種部会は月1-2回のミーティングを行っている。決定事項は定例の病院経営会議に報告されている。

8) 臨床研究推進の体制

治験を推進する部門として学術臨床研究室が、審査委員会として学術臨床研究委員会が設置されている。専任のCRCが配置されていない点は改善の余地がある。臨床試験・治験に対する広報等はHPを用いて行っている。利益相反に関しては適宜適宜倫理委員会で審査されている。臨床研究法に対する講習会はまだ行われていない。

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

（ア）抗がん剤曝露対策

調剤に関しては揮発性3剤に対して閉鎖式調整器具を用いており、投与に際しては、全薬剤について閉鎖式投与ラインを用いている。

（イ）外来化学療法副作用評価

一部は問診票と自記式日誌を用いて医師が副作用を評価している。化学療法室看護師は投与時に副作用を確認している。

（ウ）がん患者指導（管理料算定）

がん指導管理料1、2、を算定している。管理料3に関しては薬剤師を説明指導担当者として取り決めており、現時点では算定していない。

（エ）遺伝カウンセリング体制

主に乳腺外科の患者を対象に、非常勤の遺伝カウンセラーが月2回のカウンセリングを行っている

2) 放射線治療実施体制：放射線治療の実績、スタッフ数ともに充足している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が設置されていない点は改善の余地がある。

3) 緩和ケア実施体制

苦痛のスクリーニングに関しては病棟では病棟で実施、外来化学療法センター、放射線治療室において初回治療開始時に実施している。がん看護相談外来を医師の指示の下に実施しており、94件の実施があった。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）によるとがん認定相談員が不足し、がん相談支援センターの内規、部署内の指針・マニュアルの整備が求められる。

5) 診療連携（連携パス含む）

がん地域連携クリティカルパスは主に肺がん、前立腺がんを用いられている。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られている。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

地域がん拠点病院運営委員会が年2回開催されて院内全体のがん診療に関する PDCA サイクルをチェックしている。

8) 臨床研究推進の体制

治験臨床試験を審査する委員会として倫理委員会、治験実施推進委員会が設置されている。専任の CRC が2人配置されている。臨床試験・治験に対する広報等は HP を用いて行っている。臨床研究法に対する講習会が開催されている。利益相反に関しては適宜適宜倫理委員会で審査されている。

1) 化学療法実施体制（曝露対策・副作用評価・患者指導・遺伝子カウンセリング）

（ア）抗がん剤曝露対策

調剤に関しては揮発性 3 剤に対して閉鎖式調整器具を用いており、投与に際しても揮発性 3 剤について閉鎖式投与ラインを用いている。

（イ）外来化学療法副作用評価

副作用評価は医師の診察前に看護師や薬剤師が行っている。医師は診察時に行う。自記式の患者日誌を用いている

（ウ）がん患者指導（管理料算定）

医師と認定看護師の共同でがん指導管理料 1 算定している。管理料 2, 3 に関しては開始しているが普及体制に課題がある。

（エ）遺伝カウンセリング体制

現時点では遺伝カウンセリングは行っていない。

2) 放射線治療実施体制：放射線治療医は非常勤医の体制で施行している。外部委員を含む放射線品質管理委員会が設置されていない点は改善の余地がある。

3) 緩和ケア実施体制

緩和ケアチームの依頼件数は増加傾向であり、緩和ケア病棟の稼働率も上昇傾向にある。仙南地域がん緩和連携会議に年 6 回参加しており、緩和医療の地域連携を推進している。

4) 相談支援センターの体制

宮城県の作成したがん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト（自施設評価）によるとがん認定相談員が不足している。

5) 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普及は十分ではない。

6) 院内がん登録

院内がん登録情報においては指定要件を概ねクリアした体制が取られているが、診断日から 5 年以内のフォローアップ率の把握が不十分である。

7) 院内での PDCA サイクルの確保体制

がん診療運営委員会が年 2 回開催されて院内全体のがん診療に関する PDCA サイクルを実施している。

8) 臨床研究推進の体制

治験臨床試験を管理する専門の部門はない。専任の CRC は配置されていない。臨床試験・治験に対する広報等は HP を用いて行っている。臨床研究法に対する講習会は未開催であり、利益相反に関しての組織的把握は未整備である。