

(地Ⅲ234)

平成29年2月1日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会常任理事  
羽 鳥 裕

地域におけるがん診療連携拠点病院の連携に関する調査（国立がん研究センターがん対策情報センター）について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

今般、国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターにおいて、厚生労働省の委託事業の一環として標記調査を実施することとなり、本会に対して調査協力方依頼がありました。

本調査は、がん対策基本法に基づき策定された「がん対策推進基本計画」の進捗評価を目的として行われるものであり、具体的には、がん診療連携拠点病院の機能（特に病病連携及び病診連携）に関する実態把握のため、拠点病院以外の病院および診療所に対し拠点病院との連携の現状について、別添の質問票に基づき調査を行うとしております。（病院：3,000施設、診療所：4,000施設。いずれも無作為抽出。）

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管内郡市区医師会および医療機関等に対する周知協力方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

平成 29年 1月 5日

日本医師会  
会長 横倉 義武 先生御机下

国立研究開発法人国立がん研究センター  
がん対策情報センター長 若尾 文彦

がん対策推進基本計画の評価へ向けた地域連携情報提供に  
関する調査へのご協力をお願い

平素より当センターの活動にご協力いただきましてありがとうございます。この度、国の定めるがん対策推進基本計画の評価のため、厚生労働省委託事業により、地域連携におけるがん診療連携拠点病院の機能に関する実態調査を全国の医療機関に対して実施することとなりました。貴会会員施設におかれましては本調査へのご協力をいただきたく、ご周知のほどお願い申し上げます。

がん対策基本法が平成 19 年 4 月に施行されてから 9 年間、がん対策推進基本計画に基づき様々な施策が行われてきました。その中で各種施策を有効に進めていくためには、それらの進捗を評価管理していくことが必要であるとの認識が高まり、平成 24 年 6 月に閣議決定された第 2 期のがん対策推進基本計画では、がん対策を評価する指標を策定して実態把握の上、進捗管理をして行くこととされております。

ご承知の通り、がん対策推進基本計画の重要な分野に「病病連携・病診連携の協力体制」や「緩和ケアの提供体制」があり、その中で国では全国にがん診療連携拠点病院を指定しております。しかしながら、がん診療連携拠点病院の連携機能の実態、特に拠点以外の視点からの客観的な評価、情報は非常に少ないのが現状です。そこで、この度実態把握を目的に、拠点以外の病院と診療所を対象とした調査をさせて頂くこととしました。本調査は、平成 28 年度厚生労働省の委託事業「がん対策進捗評価」の一環として、厚生労働省健康局がん・疾病対策課と協力し実施するものです。がん対策評価のために非常に重要な情報と考えておりますので、貴会におかれましても、本調査に関して、ご理解とご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

添付資料：調査概要、質問紙、施設への調査依頼文

## がん対策推進基本計画の進捗評価へ向けた地域連携に関する調査概要

### 調査名：

地域におけるがん診療連携拠点病院の連携に関する調査

### 調査の目的：

地域の病院・診療所などのがん診療に関わる医療機関に、協働するがん診療連携拠点の連携機能の実態について調査を実施し、現状を把握・分析する。

### 調査の実施体制：

厚生労働省委託事業「がん対策評価」による。国立がん研究センターがん対策情報センターにおいて調査実務、解析を行う。

### 調査の対象：

厚生労働省地方厚生局に保険医療機関として登録されている全国の医療機関を対象とする。同医療機関一覧より層別ランダム化抽出し、病院は3,000施設、診療所は4,000施設を対象とする。がん診療連携拠点病院は対象に含めない。

### 調査の方法：

本調査では、無記名による質問紙調査により情報収集を行う。質問紙は郵送にて各医療機関へ送付し、質問紙への記入は各施設で悪性腫瘍を最も診療している医師に依頼する。質問紙は5枚で回答に必要な所要時間は8分程度と推定される。返信は同封の封筒を使って返送いただく。回答締め切りの2週間程度前に返信のリマインダを葉書で送付する。解析は質問紙の各項目の回答と回答施設の属性等につき、横断的記述的な分析を実施する

### 調査の期間：

平成29年2月17日から平成29年3月17日

### 個人情報の取り扱い：

本調査は、無記名回答であり回答者や回答施設の特定につながる情報は収集しない。結果の公表は集計値とし回答者個人が特定される可能性のある個別データの報告・公表は一切行わない。

【本件照会先】事務局：国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部  
Tel:03-3547-5201（内線:1606） Fax: 03-5565-2322, Email: hsr@ncc.go.jp

担当：東・富塚・今埜

## がん対策推進基本計画の評価へ向けた地域連携情報提供のお願い

平素よりがん対策にご協力いただきましてありがとうございます。この度、国の定めるがん対策推進基本計画の評価に関しまして、地域連携診療体制に関する情報提供をお願いしたく、ご連絡を差し上げました。

がん対策基本法が平成 19 年 4 月に施行されてから 9 年間、がん対策推進基本計画に基づき様々な施策が行われてきました。その中で各種施策を有効に進めていくためには、それらの進捗を評価管理していくことが必要であるとの声が高まり、平成 24 年 6 月に閣議決定された第 2 期のがん対策推進基本計画では、がん対策を評価する指標を策定して実態を把握して進捗管理をしていくことになりました。そのため、平成 25 年より厚生労働省から指定をうけ「がん対策の進捗評価指標の策定と計測システムの構築に関する研究」班が発足し、がん対策指標の策定とその指標測定のための情報収集を行っております。

ご承知の通り、がん対策推進基本計画の重要な分野に「病病連携・病診連携の協力体制」や「緩和ケアの提供体制」があります。しかしながら連携の実際に関する情報は少なく、この度、拠点以外の病院と診療所に焦点をあて、調査をさせて頂くこととしました。

お忙しい中恐縮ですが、別紙の調査票の内容について貴施設におけるがん診療連携拠点病院との連携の現状をご記入の上、平成 29 年 3 月 17 日までに、当調査事務局まで同封の封筒でご返送頂けないでしょうか。ご回答に要する時間はおよそ 8 分です。がん対策評価のために必要な情報ですので、何とぞ、ご協力の程お願い申し上げます。

平成 29 年 2 月 17 日

調査責任者：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター  
若尾文彦

調査事務局：国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部  
Tel: 03-3547-5201 (内線:1606) Fax: 03-5565-2322, Email: hsr@ncc.go.jp  
担当：東・富塚・今埜

(参考) 厚生労働省・第 43 回がん対策推進協議会資料 (指標の一覧は、資料 3 - 1)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000044618.html>

本調査は、貴施設で、がんに罹患もしくは既往のある患者を最も多く担当されている先生がお答え下さい。

貴施設の医療圏にあるがん診療連携拠点病院・地域がん診療病院（注）についてお伺いします

（注）がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院とは、専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院として、国が定める指定要件を踏まえて都道府県知事が推薦したものについて、厚生労働大臣が適当と認め、指定した病院です。がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」、都道府県内の各地域（2次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」、特定のがんについて都道府県内で最も多くの患者を診療する「特定領域がん診療連携拠点病院」や、隣接する地域のがん診療連携拠点病院とグループとして指定される「地域がん診療拠点病院」があります。

問1. 貴施設の最寄りにあるがん診療連携拠点病院・がん診療病院（上記注参照）を知っていますか？（○は1つ：病院名もご記入ください）

1. はい → 病院名（複数可）： ( )
2. いいえ → 問4へ

<1. はい と回答いただいた方にお伺いします。挙げていただいたがん診療連携拠点病院・がん診療病院の中から最もかかりが多いと思われる施設を1施設選び、病院名を以下に記載の上、問2にお進みください。>

最も関わりの深い拠点病院 名：

（以下、「問1で挙げた拠点病院」と呼びます）

<2. いいえ と回答いただいた方は、問4にお進みください。>

問2. 平成28年1月1日～平成28年12月31日の1年間に、がんの診断（疑い含む）で、貴施設から、問1で答えた拠点病院に紹介した患者はいますか？（○は1つ）

1. はい      2. いいえ      3. わからない

→ 問3へ

（問2で「1. はい」と答えた方のみ以下のa～cについてお伺いします：これまでの経験で、貴施設から問1で挙げた拠点病院に患者を紹介した際についてお答えください）

a. 紹介状を書いてから、問1で挙げた拠点病院へ外来受診できるまでの時間は、平均でどのくらいでしたか？（○は1つ）

1. 1週間以内      2. 2週間以内      3. 1ヶ月以内
4. 2ヶ月以内      5. 3ヶ月以内      9. わからない

次へ

b. 問1で挙げた拠点病院から、患者の紹介受診後の経過報告（検査や診断、治療の内容など）はどの程度ありますか？（○は1つ）

- |             |              |              |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. いつも報告がある | 2. たいてい報告がある | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり報告がない | 5. 報告はめったにない | 9. わからない     |

c. 問1で挙げた拠点病院に患者を紹介する際の連携は、総合的にみてどの程度適切ですか？（○は1つ）

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. いつも適切である | 2. たいてい適切である    | 3. どちらともいえない |
| 4. 不適切な方が多い | 5. 適切なことはめったにない | 9. わからない     |

問3. 平成28年1月1日～平成28年12月31日の1年の間に、問1で答えた拠点病院からがん治療後に貴院へ紹介された患者はいますか？（○は1つ）

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

→ 問4へ

（問3で「1. はい」と答えた方のみ以下 a～c についてお伺いします：これまでの経験で、貴施設に問1で挙げた拠点病院から患者を紹介された際についてお答えください）

a. 問1で挙げた拠点病院から貴院への情報提供は、適切でしたか？（○は1つ）

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. いつも適切である | 2. たいてい適切である    | 3. どちらともいえない |
| 4. 不適切な方が多い | 5. 適切なことはめったにない | 9. わからない     |

b. 紹介を受けた後の継続診療中に、患者が治療を受けた病院への再受診が必要と判断した際に、問1で挙げた拠点病院への再受診までの時間は、適切でしたか？（○は1つ）

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. いつも適切である | 2. たいてい適切である    | 3. どちらともいえない |
| 4. 不適切な方が多い | 5. 適切なことはめったにない | 9. わからない     |

c. これまでの経験で、問1で挙げた拠点病院から貴院へ患者を紹介する医師は、在宅医療・訪問診療についてどの程度理解していると考えますか？（○は1つ）

- |               |               |              |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. よく理解している   | 2. おおよそ理解している | 3. どちらともいえない |
| 4. あまり理解していない | 5. 全く理解していない  | 9. わからない     |

d. これまでの経験で、貴施設から問1で挙げた拠点病院から患者を紹介された際の連携は、総合的にみてどの程度適切ですか？（○は1つ）

- |             |                 |              |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. いつも適切である | 2. たいてい適切である    | 3. どちらともいえない |
| 4. 不適切な方が多い | 5. 適切なことはめったにない | 9. わからない     |

次へ

(以下、全員お答えください)

問4. 平成28年1月1日～平成28年12月31日の1年の間に、問1で挙げた拠点病院が開催する退院前カンファレンスに何回参加しましたか？（数字を記入：参加していない場合はゼロをご記入ください）

(                    ) 回

問5. がん診療連携拠点・がん診療病院には緩和ケアに関する医療機関からの「問い合わせ窓口」があるのを知っていますか？（○は1つ）

1. はい                    2. いいえ

問6. がん診療連携拠点病院・がん診療病院にある、緩和ケアに関する医療機関からの「問い合わせ窓口」に問い合わせたことがありますか？（○は1つ）

1. はい                    2. いいえ

問7. 貴院の診療圏にあるがん診療連携拠点病院・がん診療病院は、がん診療に関して貴施設に十分なサポートを提供していると思いますか？（○は1つ）

1. 十分提供している                    2. ある程度提供している                    3. どちらともいえない  
4. あまり提供していない                    5. まったく提供していない                    9. わからない

**貴施設についてお伺いします**

問8. 貴施設では現在、外来でがん治療後の患者を継続的に診察していますか？（○は1つ）

1. はい                    2. いいえ → 問9へ



「1. はい」とお答えいただいた方に伺います。外来で以下の診療を実施していますか？（各○は1つ）

a. がん治療のフォローアップ（注）                    1. はい                    2. いいえ

b. 終末期の緩和ケア（疼痛管理・苦痛の軽減など）                    1. はい                    2. いいえ

（注：「フォローアップ」は、がん化学療法やホルモン剤等の継続、定期的な血液・画像検査などを含む。紹介元がん診療連携拠点病院での併診の有無は問いません）



問 9. 貴施設では、訪問診療でがん治療後の患者の診療を実施していますか？（○は1つ）

1. はい      2. いいえ → 問 10 へ



「1. はい」とお答えいただいた方に伺います。訪問診療で以下の診療を実施していますか？（各○は1つ）

- |                              |       |        |
|------------------------------|-------|--------|
| a. がん治療のフォローアップ（注）           | 1. はい | 2. いいえ |
| b. 終末期の緩和ケア（疼痛管理、精神的苦痛の軽減など） | 1. はい | 2. いいえ |
| c. 患者自宅での看取り                 | 1. はい | 2. いいえ |

（注：「フォローアップ」は、がん化学療法等治療の継続、予定された血液検査や画像検査などを含みます。がん診療連携拠点病院での併診の有無は問いません）

問 10. 貴施設はがん診療連携医療機関として、地方厚生局に届け出していますか（○は1つ）

1. はい      2. いいえ      3. わからない

注：地域によって異なった届け出方法があり、医師会で届ける場合や、がん診療連携拠点病院を通じて届け出る場合、県がん診療連携協議会に届ける場合や医療機関から直接厚生局に届ける方法などがあります。

問 11. 貴施設は手帳などを用いたがんの地域連携クリティカルパスを実施している患者の診療をしていますか？（○は1つ）

1. はい      2. いいえ      3. わからない

問 12. 貴施設はがん診療連携医療機関として、「がん治療連携指導料（連携医療機関）」を算定したことがありますか？（各○は1つ）

1. はい      2. いいえ      3. わからない

問 13. 貴施設は以下のいずれにあてはまりますか？（○は1つ）

1. 無床診療所      2. 有床診療所      3. 病院



「1. 無床診療所」「2. 有床診療所」とお答えいただいた方に伺います。

貴施設で以下にあてはまるものを教えてください（各○は1つ）

- |                            |       |        |
|----------------------------|-------|--------|
| a. 機能強化型 在宅療養支援診療所である      | 1. はい | 2. いいえ |
| b. 在宅医療専門の在宅療養支援診療所である     | 1. はい | 2. いいえ |
| c. 在宅療養支援診療所（上記 a.b.以外）である | 1. はい | 2. いいえ |
| d. 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を算定している | 1. はい | 2. いいえ |

次へ



問14. 貴施設の標榜している診療科を教えてください（当てはまるものすべてに○。追加があれば18. その他の空欄に記載ください）

1. 内科	2. 外科	3. 泌尿器科
4. 産婦人科（産科、婦人科含む）		5. 眼科
6. 耳鼻いんこう科	7. 脳神経外科	8. 放射線科
9. 整形外科	10. 形成外科	11. 精神科
12. 小児科	13. 皮膚科	14. リハビリテーション科
18. その他（		）

コメント欄 〈なにかご意見・ご感想がございましたらご記入ください〉

ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒で  
平成29年〇月〇日までにポストに投函してください。