

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

小児がん拠点病院・連携病院の QI（Quality Indicators）を評価指標としてがん対策  
推進基本計画の進捗管理を行う小児がん医療体制整備のための研究  
分担研究報告書

「小児がん拠点病院および小児がん連携病院における診療の質的評価の研究」

研究分担者 大阪市立総合医療センター 小児血液・腫瘍内科部長 藤崎弘之

### 研究要旨

小児がん拠点病院においては平成 28（2016）年度から、小児がん連携病院においては令和 2（2020）年度から継続して QI 算定を実施している。まず、昨年度に算定した拠点病院 QI、連携病院 QI についてデータクリーニングを行い、指標値を確定し別記報告した。また、今年度の新規指標は「AYA 世代診療数」、「死亡患者の在宅医介入割合」で、「治療開始時間」についても、それまでの腫瘍種別（造血器腫瘍・脳脊髄腫瘍・その他の固形腫瘍）ではなく、急性リンパ性白血病と神経芽腫のみを対象にすることにした。削除指標は「病理報告所要時間」、「手術部位感染発生率」、「AYA 世代比率」、「死亡前 30 日間における在宅日数」であった。拠点病院では合計 32 指標（構造指標 12、過程指標 16、結果指標 4）、連携病院（類型 1）では合計 25 指標（構造指標 11、過程指標 12、結果指標 2）を令和 5（2023）年データについて算定したうえで、拠点病院 QI においては速報値を考察した。連携病院 QI については令和 7 年度に考察を行うことにしている。

### A. 研究目的

平成 25 年に小児がん拠点病院 15 病院が選定されたが、「小児がん拠点病院を軸とした小児がん医療提供体制のあり方に関する研究」（平成 26～28 年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業）において、それらの病院における小児がん診療の質を可視化し、医療の質を自律的に向上させ、最終的には患者・家族の利益に反映させることを目的として、QI 算定が企画された。国内外の各種 QI や文

献、ガイドライン、さらには小児がん拠点病院や地域がん診療連携病院の指定要件を参考にして、「小児がん拠点病院における QI」であり、かつ「小児がん診療に関する QI」としての指標を設定し、平成 28 年度に初めて全 15 拠点病院における算定が 36 指標で実施された。そして、後継の「小児がん拠点病院等の連携による移行期を含めた小児がん医療提供体制整備に関する研究」（平成 29～令和元年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研

究事業)においては、小児がん拠点病院における継続的な算定体制の構築を目的に研究が進められ、指標を算定意義や算定の実行可能性などの点から定期的に検討し見直すために、医師・診療情報管理士等からなる「指標検討WG」が発足し、さらに客観性や正確性を担保するため、算定は診療情報管理士によることとし、各病院の診療情報管理士で構成する「算定WG」も発足した。また、感染関連指標である「中心静脈カテーテル関連血流感染率」と「手術部位感染発生率」については、国立成育医療研究センターおよび大阪市立総合医療センターなどの感染対策チーム (ICT) から提案された新しい定義を導入するなどするとともに、各病院の ICT で算定することとした。そして、これらの体制による算定が継続的に可能であることが確認され、小児がん拠点病院 QI 事業は、「次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究」(令和 2~4 年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業)に引き継がれ、令和 5 年度からの本研究でも継続して指標選定と算定が行われている。

一方、令和元年には小児がん連携病院が、(1) 地域のがん診療を行う連携病院、(2) 特定のがん種等についての診療を行う連携病院、(3) 小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院の 3 類型に分類され、各拠点病院により指定された。そのうち類型(1)の地域のがん診療を行う連携病院(連携病院 1)は、「標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん

種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関」と定められている(平成 30 年 7 月 31 日、小児がん拠点病院等の整備に関する指針)が、実際には指定にあたっての要件が各地域ブロックで異なっていることなどから、診療の質に差がある可能性が指摘されている。そこで、令和 2 年度からの先行研究「次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究」では、連携病院 1 における QI の策定と算定も行われ、実行可能であることが示された。それを受けて、本研究においては連携病院 1、さらには類型(3)連携病院(以下連携病院 3)における QI 算定が実施されるとともに、令和 5 年度から分類された類型(1A)連携病院(以下、連携病院 1A)と類型(1B)連携病院(以下、連携病院 1B)間の比較も合わせて行われている。

## B. 研究方法

### (1) 指標検討WG

令和 6 年度も、指標検討WGによる指標見直しを行った。メンバーは医師 9 名と診療情報管理士 5 名で(表 1)、WEB 会議にて令和 5 (2023) 年データについて算定する拠点病院 QI と連携病院 QI を決定した。

### (2) 算定WG

#### 1. 拠点病院 QI

これまでと同様、小児がん拠点病院 15 施設の診療情報管理士で構成する算定WGにより算定を行った。令和 6 年 9 月 10

日に WEB 会議を行い、指標定義解釈や算定方法の共有、あるいは算定実務上の必要性から生じた指標定義の修正を行った。そのうえで、WG メンバーが各拠点病院において、令和 5（2023）年データについて各指標値の算定を行った。

## 2. 連携病院 QI

連携病院 1A、連携病院 1B、連携病院 3 が算定に参加した。令和 6 年 9 月 17 日、拠点病院 QI と同様に各連携病院の算定担当者が参加する WEB 会議を行い、指標定義解釈や算定方法の共有、指標定義の修正を行った。そして各連携病院において、令和 5（2023）年データについての指標値算定を行った。

### (3) 解析

#### 1. 拠点病院 QI

前年度に算定した令和 4（2022）年分データについて、データクリーニングを行い、確定値とした。また、今年度算定した令和 5（2023）年分データについて、速報値を分析した。

#### 2. 連携病院 QI

前年度に算定した令和 4（2022）年分データについて、過程指標と結果指標について解析を行った。今年度に算定した令和 5（2023）年分データについては、令和 7 年度に解析する。

## C. 研究結果

### (1) 拠点病院 QI

#### 1. 令和 5 年度算定確定値

令和 5 年度（令和 4 年分データ）算定値のデータクリーニング後確定値について

は、別記報告した通りである。

## 2. 指標見直し

令和 6 年度は、前年までの算定で経年変化があまり見られなかった「病理報告所要時間」とほとんど低い数字だった「手術部位感染発生率」が、算定継続意義が乏しいと判断され、廃止された。AYA 世代診療については、より正確な指標値とするため「AYA 世代比率」から「AYA 世代診療数」に変更した。また、終末期患者の在宅診療が普及していることから、「死亡前 30 日間における在宅日数」を「死亡患者の在宅医介入割合」に変更した。「治療開始時間」については、これまで腫瘍種（造血器腫瘍・脳脊髄腫瘍・その他の固形腫瘍）別に算定していたが、経年的な変化がみられなかったことから、最も診療頻度が高い造血器腫瘍と固形腫瘍として、急性リンパ性白血病と神経芽腫が選定され、それらについて算定することにした。指標定義に修正を加えたのは 4 指標であった。「小児血液・がん専門医数」では、これまで含めていた小児血液・がん学会暫定指導医が廃止されたことに伴い、それを除いた。「小児血液・がん専門医取得を目指す小児科医 1 人あたりの小児血液・がん指導医数」では、対象とする小児科医の定義を、①小児科を専門領域としている日本小児血液・がん学会員、②外来診療、あるいは入院診療を担当している、の双方を満たす医師として厳密化を図った。前年から算定を開始した「放射線治療実施患者数」では、初年のデータ分析で、複数個所に同時に治療した場合などに施設間で解釈が異なる可能性が懸念されたこ

とから、のべ人数の算定を止めた。「緩和ケア研修会修了者数」では、緩和ケアチーム医師では PEACE（成人の緩和ケア研修会）、小児がん患者の主治医や担当医では CLIC（小児の緩和ケア研修会）とより必要度が高いと考えられる研修会のみを対象とし、前者での CLIC と後者の PEACE は算定しないことにした。また、小児がん患者の主治医や担当医としては小児科専門医取得者のみに限定し、外科などそれ以外の診療科医師の取り扱いについて施設間のばらつきが生じる可能性を排除した。以上により、算定指標数は合計 32 指標（構造指標 12、過程指標 16、結果指標 4）となった（表 2）。

### 3. 算定

拠点病院全 15 施設で算定を行った。現在算定値についてデータクリーニング中であるが、速報値からは以下の点がうかがえた。

#### （構造指標）

- 小児血液・がん暫定指導医がなくなったが、専門医と合わせた数に減少はなく、移行や世代交代がうまく行ったことが伺える。
- 小児血液・がん専門医数は最少でも 3 人となり、中央値は 6 人まで漸増している。
- 一方、小児がん認定外科医は配置のない施設が依然としてある。
- 造血細胞移植認定医数は施設差が大きい。
- 小児がん関連病棟や外来に認定薬剤師が配置されていない施設が散

見される。

- 緩和医療認定・専門医は 1 施設を除いて配置され、中央値も 2 人で安定した。
- 緩和ケアチーム医師の PEACE 受講率が低い施設が依然としてある。
- 主治医・担当医（小児科）の CLIC 受講率の中央値も 50%台に留まる。
- HPS/CLS/こども療養支援士の中央値が 3 人となった。大学・総合病院の中央値は 2 人、小児病院の中央値は 4.5 人であった。
- 小児がんに関わる精神保健福祉士は 0 人の施設も多い。
- 小児がんに関わる臨床研究コーディネーターが 0 人の施設は 2 年連続でなくなっており、中央値も 8 人と大きく増加した。
- がん生殖医療認定ナビゲーターが増えている施設がいくつかある。

#### （過程・結果指標）

- 診断日からの治療開始日数は、急性リンパ性白血病で 1~5.5 日、神経芽腫で 0~16 日であった。
- 中央病理診断提出率は少し上昇した。
- 急性リンパ性白血病の平均在院日数は、小児病院が大学・総合病院の約半分である。
- 長期フォローアップ外来受診者数の着実な増加は続いている。
- 以前は 90%程度以上あった院内学級転籍率が 2 年連続で 70%前後に留まった。
- 復学カンファレンス実施数の最小値が上昇してきた。
- 小児病院でも AYA 世代診療数が多い

施設がある。

- 死亡患者における在宅医介入割合の中央値は40%程度であった。
- 妊孕性温存治療は徐々に増えている。
- 放射線治療、外来化学療法、リハビリテーション、緩和ケア加算、治験、がんゲノムプロファイリング検査などの実施数に施設差が大きい。

## (2) 連携病院 QI

### 1. 令和5年度算定データ分析

連携病院1Aの52施設、連携病院1Bの46施設、連携病院3の13施設が算定に参加した。算定値のうち、過程指標・結果指標について、経年算定となったデータや拠点病院との比較、あるいは連携病院1Aと連携病院1B間の比較、連携病院3における分析も合わせて行い、それらから以下の点が示唆された。なお、詳細については既に別記報告済みである。

- 自施設病理検体の中央診断提出率は、100%の施設が拠点病院より連携病院1で多い一方で、40%以下の施設も連携病院1(特に連携病院1B)の方が多い。
- リハビリテーション実施率では、40%以下の比較的低い施設が拠点病院より連携病院1A、連携病院1Aより連携病院1Bで多くなり、連携病院1Bでは半数となる。
- 平均在院日数は、拠点病院より連携病院1で長い施設が多いが、短縮傾向。
- 連携病院1での長期FU外来開設は徐々に増えており、受診者数も着実に増えている。
- 連携病院3は長期FU外来をほぼ開設している。

- 長期FU外来受診者0人の施設が連携1Aと連携病院1B、さらには連携病院3でもみられる。
- 手術関連死亡が連携病院1の2病院でみられた。
- 緩和ケア加算算定率は、連携病院1は拠点病院より低く、対死亡患者でも半数以上が0%である。
- 学習支援については、連携病院1は拠点病院より院内学級中心である。
- 連携病院の3割以上が、ブロック内相談支援部会の参加者0人である。
- がんゲノムプロファイリング検査実施数が連携病院で少ない。
- 連携病院1Aの半数近くがセカンドオピニオンを提供している。
- セカンドオピニオン依頼には連携病院1A、連携病院1Bとも(特に連携病院1A)積極的である。
- 関東・甲信越、東海・北陸、九州・沖縄のブロック内連携が盛んである。
- 中四国ではブロック外との連携が盛んである。

### 2. 指標見直しと算定

令和6年度の見直しでは、新規指標と廃止指標はなかったが、「小児血液・がん専門医数」、「緩和ケア研修会修了者数」、「線治療実施患者数」で、拠点病院QIに合わせた指標定義修正を行った。算定指標数は合計25指標(構造指標11、過程指標12、結果指標2)(表3)となり、そのうえで令和5(2023)年データについて各連携病院1A、連携病院1B、連携病院3で算定した。結果の解析は令和7年度に予定している。

#### D. 考察

小児がん拠点病院における QI 算定は、今年度の令和 5 (2023) 年分データで 9 年目となった。構造指標においては、これまで小児がん診療における小児科系専門医を小児血液・がん専門医と小児血液・がん暫定指導医の総和として算定してきたが、今回は小児血液・がん暫定指導医の廃止により、小児血液・がん専門医のみの数字となったものの、これまでの数字から引き続き、中央値は 6 人まで漸増し、最少も 3 人に増加した。このことは暫定指導医から専門医への移行や世代交代がうまくいったことを示している。一方、同じく小児科系医師の専門性を表す造血細胞移植認定医の数は施設差が大きい。外科系医師の専門性を示す小児がん認定外科医については、配置のない施設があったが、データクリーニングを待ちたい。その他では、緩和医療認定・専門医はほぼ全施設で配置され、中央値も 2 人で安定したが、緩和ケアチーム医師の PEACE 受講率が低い施設があることや主治医・担当医 (小児科) の CLIC 受講率も高くない施設が比較的高率であることについては依然として改善がみられていない。コメディカルの専門性においては、認定薬剤師の小児がん関連病棟・外来への配置がない施設が少なからずあることが問題点と思われた。療養支援担当職種では、HPS/CLS/こども療養支援士の中央値が 3 人まで増えており、配置が徐々に進んでいることが分かる。小児がんに関わる精神保健福祉士はいない施設も多いことが分かった。臨床研究コーディネーターは、小児がんに関わる

者が 0 人の施設が 2 年連続でなくなり、中央値も 8 人と大きく増加したことから、配置が進んできていることが分かる。過程・結果指標では、今回初めて算定した急性リンパ性白血病と神経芽腫の診断日からの治療開始日数において、施設間の算定値分布が急性リンパ性白血病で 1~5.5 日、神経芽腫で 0~16 日であった。神経芽腫において特に幅が大きかったことは、発生した疾患のリスクによる差が影響した可能性が推察されるので、高リスク症例に限定するなどの指標改訂が必要と考えられた。同じく今回初めて算定した AYA 世代診療数では、小児病院でも高い施設があり、昨年度までの指標「AYA 世代比率」と違った傾向である。指標値を診療数とした以外に、小児科を主科とする症例に限定して対象としたことで、小児科が主体的にかかわっている症例のみが取り出せたと推察しているが、来年度以降の指標値の推移で判断したい。死亡患者における在宅医介入割合も新規指標であったが、施設間中央値が 40%程度と比較的高率であった。その他、長期フォローアップ外来受診者数や妊孕性温存治療は徐々に増加している。院内学級転籍率は、以前は 90%程度以上であった施設間中央値が 2 年連続で 70%前後にとどまり、オンライン授業による原籍校の学習支援の普及が理由として想定される。放射線治療、外来化学療法、リハビリテーション、緩和ケア加算、治験、がんゲノムプロファイリング検査の実施数に施設間差が大きかった。以上は速報値に基づく考察であるが、データクリーニングを行った確定値の報告は令和 7 年度に行いたい。

連携病院 QI については、今年度に 2022 年データを解析し、過程・結果指標について報告した。この解析では初めて連携病院 3 も含まれたデータであることが注目された。主なポイントは以下の通りである。小児がんの病理診断は専門性が高く、自施設病理検体の中央診断提出は、特に小児がんを得意とする病理医がいない病院では重要と考えられるが、その提出率が 100%の施設は連携病院 1 で拠点病院より割合が多かった。このことは拠点病院では院内病理で中央診断医の診断がされる場合があるなどして提出率が 100%にならない施設があることや連携病院 1 ではきっちりと中央病理診断を活用している施設が多いことを示していると考えられる。一方で、提出率 40%以下の施設も連携病院 1 特に診療規模の小さい連携病院 1B で多いことは、中央診断を経ることなく治療されていることとなり、問題がある可能性がある。リハビリテーション実施率でも、40%以下の比較的低い施設が、診療規模に逆相関して、拠点病院より連携病院 1A、連携病院 1A より連携病院 1B で多くなり、連携病院 1B では半数となることから、これらの施設での充実が望まれる。急性リンパ性白血病で算定した平均在院日数は、拠点病院より連携病院 1 で長い施設が多いが、短縮傾向はみられる。長期フォローアップ外来については、外来設置が連携病院 1 でも徐々に増えていた。連携病院 3 は規模の小さい病院も多いが、長期フォローアップ外来が 13 施設中 12 施設で設置されていた。この点では長期フォローアップを役割とする連携病院 3 は課せられた責任を果たしていると言え

る。一方、長期フォローアップ外来受診者数は、連携病院 1 で 2019 年の算定以来拠点病院同様の漸増傾向にあり、2022 年には実数の合計で 4800 名弱となったが、連携病院 3 の実数合計は同年 160 名程度であった。連携病院 3 は地域における長期フォローアップを担うという重要な役割を果たしているものの、全体における規模としては非常に小さいことが初めて明らかになった。手術関連死亡が連携病院 1 の 2 病院で報告されたが、これは今までの拠点病院 QI や連携病院 QI ではすべて報告がなかった。外科治療の安全性を示す重要な指標であるだけに慎重な分析が必要である。緩和ケア加算算定率からは、連携病院 1 は拠点病院より緩和ケアの提供が少ないようであった。学習支援については、連携病院 1 は拠点病院より院内学級による支援率が高かった。連携病院のがんゲノムプロファイリング検査実施数は拠点病院より少ない傾向にあった。地域における患者紹介やセカンドオピニオンによる診療連携については、ブロックごとの特徴が明らかになり興味深い。すなわち、関東・甲信越、東海・北陸、九州・沖縄ではブロック内の連携が盛んである一方で、中四国ではブロック外との連携が盛んであった。北海道では診療連携が少なかった。この結果は、各ブロックにおける拠点病院の役割を考えるうえで、参考になると思われた。ブロック内相談支援部会への参加は、医師以外の診療連携の指標と考えているが、連携病院の 3 割以上が参加者 0 人であった。なお、令和 5 (2023) 年データについても、連携病院 1、連携病院 3 で今年度算定を行った。通算 5

年目の算定であり、連携病院における継続的算定体制は確立されたと考えられる。同年データの分析・考察は令和7年度に行う。

#### E. 結論

小児がん拠点病院 QI とともに小児がん連携病院 QI についても算定体制が確立した。本 QI 事業は、わが国の小児がん診療の質における進展や課題を可視化し、提供体制を考えるうえでの有効な手段となっており、今後も継続的に算定・分析していきたい。

#### F. 健康危険情報

(総括研究報告書にまとめて記入)

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

藤崎弘之、小松裕美、佐々木莉也子、柳町昌克、高地貴行、土居岳彦、木下義晶、米田光宏、加藤実穂、瀧本哲也、松本公一：小児がん連携病院における Quality Indicator

の算定：過程・結果指標の検討 第 127 回日本小児科学会学術集会、2024 年 4 月 21 日

Hiroyuki Fujisaki, Kimikazu Matsumoto, Riyako Sasaki, Masakatsu Yanagimachi, Takayuki Takachi, Takehiko Doi, Yoshiaki Kinoshita, Akihiro Yoneda, Miho Kato, Tetsuya Takimoto : ESTABLISHMENT OF NATIONWIDE MEASURING SYSTEM OF QUALITY INDICATORS AT LOCAL MAIN HOSPITALS FOR PEDIATRIC CANCER TREATMENT IN JAPAN 56th Annual Congress of the International Society of Paediatric Oncology, 2024 年 10 月 17-20 日

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

該当なし

##### 2. 実用新案登録

該当なし

##### 3. その他

該当なし

表1 指標検討WG

医療機関名	所属		氏名
国立成育医療研究センター	小児がんセンター	センター長	松本公一
国立成育医療研究センター	小児がんセンター 小児がんデータ管理 科	診療部長	瀧本哲也
国立成育医療研究センター	外科/腫瘍外科	診療部長	米田光宏
国立成育医療研究センター	小児がんセンター 小児がんデータ管理 科	医員	加藤実穂
国立成育医療研究センター	小児がんセンター	診療情報管理 士	佐々木莉也 子
国立成育医療研究センター	小児がんセンター	診療情報管理 士	松井麻乃
神奈川県立こども医療センター	血液・腫瘍科	医長	柳町昌克
神奈川県立こども医療センター	診療情報管理室	診療情報管理 士	弘瀬孝子
神奈川県立こども医療センター	診療情報管理室	診療情報管理 士	野口 遼
新潟大学大学院	医歯学総合研究科 小児外科学分野	教授	木下義晶
静岡県立こども病院	血液腫瘍科	医長	高地貴行
大阪母子医療センター	診療情報管理室	診療情報管理 士	平位健治
大阪市立総合医療センター	小児血液・腫瘍内科	部長	藤崎弘之
広島大学病院	小児科	助教	土居岳彦

表 2 今年度算定の小児がん拠点病院 QI (令和 5 年データ)

	治療関連	QOL 等関連
構造指標+ (12 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児血液がん専門医数</li> <li>・造血細胞移植認定医</li> <li>・レジデント 1 人あたりの小児血液がん指導医数</li> <li>・小児がん認定外科医数</li> <li>・放射線治療専門医数</li> <li>・病理専門医数</li> <li>・専門・認定看護師数</li> <li>・専門・認定薬剤師数</li> <li>・臨床研究コーディネーター数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和医療認定医・専門医・指導医数/緩和ケア研修会修了者数</li> <li>・療養支援担当者数 (HPS、HPS-Japan、CLS、こども療養支援士、臨床心理士、社会福祉士、精神保健福祉士)</li> <li>・保育士数</li> </ul>
過程指標 (16 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療開始時間 (急性リンパ性白血病、神経芽腫)</li> <li>・中央病理診断提出率</li> <li>・がんゲノムプロファイリング検査実施数</li> <li>・放射線治療実施患者数</li> <li>・リハビリテーション料算定率</li> <li>・外来腫瘍化学療法診察料算定件数</li> <li>・長期フォローアップ外来受診状況</li> <li>・治験・臨床試験実施数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在院日数 (ALL)</li> <li>・緩和ケア診療加算算定率</li> <li>・学習支援率</li> <li>・復学カンファレンス実施率</li> <li>・AYA 世代診療数</li> <li>・死亡患者の在宅医介入割合</li> <li>・相談支援センターの小児がん相談件数</li> <li>・妊孕性温存治療実施数</li> </ul>
結果指標 ( 4 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈カテーテル関連血流感染率</li> <li>・脳腫瘍の摘出後 1 ヶ月までの予定しない再手術率</li> <li>・脳腫瘍に合併する水頭症に対するシャント手術の術後 1 ヶ月までの予定しない再建率</li> <li>・術後治療開始日数 (小児外科、脳外科)</li> </ul>	

表 3 今年度算定の小児がん連携病院 QI (令和 5 年データ)

	治療関連	QOL 等関連
構造指標 (11 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児血液がん専門医数</li> <li>・造血細胞移植認定医数</li> <li>・小児がん認定外科医数</li> <li>・放射線治療専門医数</li> <li>・病理専門医数</li> <li>・専門・認定看護師数</li> <li>・専門・認定薬剤師数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和医療認定医・専門医・指導医数/緩和ケア 研修会修了者数</li> <li>・療養支援担当者数 (HPS、CLS、こども療養支 援士、臨床心理士、社会福祉士)</li> <li>・保育士数</li> <li>・小児がん相談員専門研修修了者数</li> </ul>
過程指標 (12 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中央病理診断提出率</li> <li>・がんゲノムプロファイリング検査実施数</li> <li>・放射線治療実施患者数</li> <li>・リハビリテーション算定率</li> <li>・外来腫瘍化学療法診察料算定件数</li> <li>・長期フォローアップ外来受診状況</li> <li>・拠点病院との連携状況</li> <li>・多職種連携状況 (相談支援部会参加者数)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在院日数 (ALL)</li> <li>・緩和ケア加算算定率</li> <li>・学習支援率</li> <li>・復学カンファレンス実施率</li> </ul>
結果指標 ( 2 指標)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・化学療法関連死亡率</li> <li>・術後 30 日以内の手術関連死亡率</li> </ul>	