

- ②がん診療責任者は、クリニカルパスのコンプライアンスをモニターし、報告している
- ③クリニカルパスは、定期的に／必要に応じて見直されている
- ④入院・外来化学療法の質保証体制(腫瘍内科専門家による関与・監査体制、専任者、レビュー体制)などが整備されている

---

## 4.2 診療録管理の責任体制

### 4.2.1 診療録管理の責任体制が確立している

- ①診療録管理部門は事務部門から独立し、院長・副院長・あるいは診療情報管理に積極的で知識のある医師を部門長としている
- ②診療録管理に携わる者(がん登録実務者を含む)が1人以上確保されている

### 4.2.2 診療録管理委員会が設置されている

- ①診療録管理委員会は多職種により構成され、院長より権限を与えられている
- ②診療録管理委員会は定期的に、がんに関連した診療記録や症例サマリーの品質管理について検討している
- ③診療録管理委員会は、がん患者の診療録の記載に関して、診療情報管理士による量的点検(形式監査)、質的 point 点検(内容監査)、同僚評価(医師が医師を評価)を実施している

### 4.2.3 がん診療に関連した情報が適切に、診療録に記載されている

- ①入院・退院診療計画、治療方針及び計画、看護計画が明記されている
- ②2週間以内の主治医による退院サマリーの作成率( )%

---

## 4.3 がん登録システムが確立している

### 4.3.1 標準様式に基づいた院内がん登録体制が整備されている

- ①標準様式に基づいた院内がん登録のシステムがある
- ②院内がん登録および地域がん登録の専任のスタッフが確保されている

### 4.3.2 院内がん登録制度が、適切に運営されている

- ①全患者におけるがん登録の日からのフォローアップ率が、80%以上である
- ②診断日から5年以内のフォローアップ率が、90%以上である。
- ③院内がん登録データを地域がん登録事業に提供している

### 4.3.3 がん登録データの質を担保する仕組みがある

- ①がん診療責任者は毎年、自院のデータベースの症例検索機能・データ収集の正確性・サマリーの適時性・フォローアップ率などを評価している
- ②がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している。

---

## 4.4 がん症例検討会の開催

### 4.4.1 多職種・多診療科の参加による症例検討会が行われている

- ①診断医(放射線・内視鏡)・腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線治療医などを始めとする多診療科の医師が参加する症例検討会がある
- ②医師および看護師が参加する症例検討会がある
- ③医師および、看護師、および栄養サポートチーム・理学療法士・緩和ケアチームなどのコメディカルが参加する症例検討会がある

4.4.2 症例検討会では、プロスペクティブ(前方視的)に診断・治療・ケアが検討されている

- ①症例検討会では、プロスペクティブ(前方視的)に診断・治療・ケアが検討されている(5段階)
- ②検討結果に関する記録が整備されている

4.4.3 臨床病理カンファレンスあるいは、死亡症例検討会が行われている

- ①死亡症例検討会の実施率
- ②検討結果に関する記録が整備されている

4.4.4 がん診療責任者は、症例検討会開催の頻度と進行を毎年見直している

---

4.5 がん診療責任者は、年間計画を策定し実施している

4.5.1 がん診療責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標設定とその評価を行い、報告している

4.5.2 がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している。

- ①がん診療責任者は、がん登録制度のデータ収集方法・データの正確性・フォローアップデータの正確性について毎年検討している。

4.5.3 毎年、がん診療責任者は患者アウトカムを分析し、結果を公表している

- ①分析には、症例数、ステージ分類、治療成績、予後(5年生存率等)が含まれる
  - ②毎年分析結果が、医師・看護師・コメディカルにフィードバックされている
  - ③毎年分析結果が、報告書・がん診療委員会の発表会・講義・ウェブサイトを通じて公表されている
- 

4.6 職員教育・臨床研修

4.6.1 がん診療に関する教育・研修が職員に対して行われている

- ①がん診療部門の職員への教育・研修が、最低年に1回行われている
- ②院内各部門の職員へのがん診療に関する教育・研修が、最低年1回行われている
- ③教育プログラムには、コミュニケーション技術についてのカリキュラムが組み込まれ、職員全員に適切な教育が提供されている
- ④各種ガイドライン・米国立がん研究所のデータベース・標準的な教科書など、がん治療に関する最新の情報を得る設備や施設があり、誰でも利用できる環境にある

4.6.2 がん診療教育研修プログラムを提供している

- ①医師を対象とした、がん診療に特化した教育研修プログラムを提供している(施設内外の教育を問わない)
- ②上記の教育研修プログラムにおいて、責任者が決められている
- ③上記の教育研修プログラムにおいて、プログラムの到達目標および研修生の評価方法が明記されている

4.6.3 がん看護の教育研修プログラムを提供している

- ①看護師を対象とした、がん診療に特化した教育プログラムを提供している(施設内外の教育を問わない)
- ②上記の教育研修プログラムにおいて、責任者が決められている
- ③上記の教育研修プログラムにおいて、プログラムの到達目標および研修生の評

価方法が明記されている

---

#### 4.7 学術活動・研修参加

##### 4.7.1 がん診療に関する学会・教育・研修活動への参加が保証されている

①学会や研修参加の出張に関する予算が計上されている

##### 4.7.2 論文発表・学会発表を評価している

①論文発表・学会発表を病院業績集に報告している

---

### 第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

---

#### 5.1 診断

##### 5.1.1 がんのステージ分類・組織形が評価されている

①担当医師により、診療記録にTMN分類によるステージが明記されている

②90%以上の症例で、がん組織分類が報告されている

---

#### 5.2 がん診療の責任体制

##### 5.2.1 各診療科・部門において、がん診療に対して責任を持つ担当者が任命されている

①各診療科あるいは各部門において、がん診療の責任者が任命されている

②各診療科・各部門のがん診療責任者は、がん診療に関連した業務の見直し、診療ガイドラインや標準的プロトコルの見直しを多角的に検討するための機会を設けている(症例検討会は含まない)

③各診療科・各部門において行われたがん診療の検討記録が、整備されている

##### 5.2.2 多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会が院内にあり、病院レベルでがん診療に責任を持つ担当者が任命されている

①多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会が院内にある

②病院レベルで、組織横断的ながん診療に責任を持つ担当者が任命されている

③多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会において、がん診療が最低1年に1回は見直されている

④がん診療部門の運営に関する委員会の検討記録が整備されている

---

#### 5.3 がん診療の評価と改善

##### 5.3.1 病院は、がん診療に関する年間計画を策定し実施している

①がん診療責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標設定とその評価を行い、報告している

##### 5.3.2 がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している。

①がん診療責任者は、がん登録制度のデータ収集方法・データの正確性・フォローアップデータの正確性について毎年検討している。

##### 5.3.3 毎年、がん診療責任者は患者アウトカムを分析し、結果を公表している

- ①分析には、症例数、ステージ分類、治療成績、予後(5年生存率等)が含まれる
  - ②毎年分析結果が、医師・看護師・コメディカルにフィードバックされている
  - ③毎年分析結果が、報告書・がん診療委員会の発表会・講義・ウェブサイトを通じて公表されている
- 

## 5.4 外来抗がん剤治療

### 5.4.1 外来抗がん剤治療を安全に実施するための設備・物品・環境が整備されている

- ①外来抗がん剤治療のための専用スペースが設置されている
- ②化学療法中の緊急事態(アナフィラキシーや血管外漏出など)に備えた心肺蘇生用具・救急カート・酸素吸入装置が装備されている
- ③緊急事態に備え、化学療法を受けている患者が常時入院できる体制、または他の医療機関との連携により緊急時に当該患者が直ぐに入院治療を受けられる体制が整っている

### 5.4.2 外来抗がん剤治療を安全に実施するためのスタッフがいる

- ①外来化学療法で治療を受ける患者の観察体制が整備され、急変に直ちに対応できる医師が常駐している
- ②化学療法の専門知識を持つ看護師が専属で配置されている
- ③化学療法専任の薬剤師が配置されている

### 5.4.3 外来抗がん剤治療を安全に実施するための対策が採られている

- ①外来抗がん剤治療の標準的な業務手順や調剤手順、軽度沈静に関するマニュアルが整備されている
- ②エビデンスのない複雑なレジユメを排除している
- ③使用するレジユメを前投薬も含めてセット化し、事前登録している。患者ごとのスケジュール変更や、併用薬の変更が原則的にできないシステムになっている
- ④オーダリングシステム・電子カルテシステムを運用している
- ⑤投与間隔と投与量上限をチェックするシステムがある

### 5.4.4 外来抗がん剤治療の適切性評価の仕組みがある

- ①外来抗がん剤治療の適切性について、診療科内で検討している
- ②外来抗がん剤治療の適切性について、他科・専門家の評価・コンサルテーションを受けている

---

## 5.5 入院抗がん剤治療

### 5.5.1 専門的知識や技能をもった医師・看護師・コメディカル

- ①腫瘍内科医など化学療法に精通した医師が、原則的に化学療法を担当している
- ②がん診療に関する専門的知識や技能をもった看護師が、化学療法を実施している
- ③抗がん剤調剤を行う専任の薬剤師がいる

### 5.5.2 抗がん剤治療の実施が適切である

- ①入院による化学療法の実施基準が明確である
- ②(入院)化学療法が整備されたプロトコルに則って行われている
- ③免疫抑制状態にある患者の管理が適切である
- ④抗がん剤の安全な扱い方と廃棄の方法が明文化されている

### 5.5.3 入院抗がん剤治療の適切性評価の仕組みがある

- ①外来抗がん剤治療の適切性について、診療科内で検討している
- ②外来抗がん剤治療の適切性について、他科・専門家の評価・コンサルテーションを受けている

## 5.6 放射線治療

### 5.6.1 自院で必要な放射線治療が実施できる

- ①放射線治療専門医数（            ）人
- ②必要に応じて他院より放射線治療専門医の協力が得られる
- ③常勤の診療放射線技師数（            ）人
- ④医学物理士数（            ）人
- ⑤紹介により、必要な放射線治療が実施できる

### 5.6.2 安全に放射線治療を実施するための仕組みがある

- ①放射線治療の責任者がきめられている
- ②放射線治療を安全に実施するための業務手順がマニュアル化されている(外照射・小線源治療)

### 5.6.3 放射線治療の安全・品質管理体制がある

- ①放射線治療の安全・品質管理に関して責任者が決められている
- ②放射線治療の安全・品質管理の向上に関する事項を審議する放射線治療品質管理委員会が設置されている
- ③放射線治療に携わる職員に対し、放射線治療の品質管理に関する教育・研修を行っている
- ④放射線治療に係る装置やソフトウェアの導入時に、病院職員を対象とする研修・講習会を開催している
- ⑤放射線治療安全・品質管理に関する情報を積極的に開示する

---

## 5.7 周術期補助療法

### 5.7.1 周術期補助療法の適切性評価の仕組みがある

- ①周術期補助療法の適切性について、診療科内で検討している
- ②周術期補助療法の適切性について、他科・専門家の評価・コンサルテーションを受けている

---

## 5.8 包括的リハビリテーション・プログラム

### 5.8.1 提供するリハビリテーションサービスの範囲が、明確である

- ①自院、あるいは紹介先の施設にて利用できるリハビリテーション・サービスが文書化されている
- ②リハビリテーションサービスには、予防的リハビリテーション・回復期リハビリテーション・維持的リハビリテーション・緩和的リハビリテーションが含まれる
- ③リハビリテーションサービスは、職業カウンセリング、理学療法、言語療法等を含む
- ④永久気管孔(永久気管瘻)を作成した患者に対する包括的な患者教育／リハビリテーションのプログラムがある
- ⑤発声障害(失声)がある患者に対する包括的な患者教育／リハビリテーション

のプログラムがある

- ⑥乳房切除術後の患者に対する包括的な患者教育／リハビリテーションのプログラムがある
- ⑦肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある
- ⑧上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある
- ⑨大腸がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育／リハビリテーションのプログラムがある
- ⑩泌尿器がん手術後の排尿障害のリハビリテーションがある
- ⑪女性生殖器がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育／リハビリテーションのプログラムがある
- ⑫性機能障害に対する包括的な患者教育／リハビリテーションのプログラムがある
- ⑬リハビリテーション・サービスを説明した、患者向けのパンフレットが作成されている

#### 5.8.2 多職種が参加して、リハビリテーション・サービスの必要性、リハビリテーション実施計画、リハビリテーション効果の評価が行われている

- ①多職種により患者ニーズが評価され、サービスが提供されている
- ②リハビリテーション実施計画を定期的に、あるいは必要に応じて見直している
- ③年間診療実績が報告されている

---

### 5.9 緩和ケア

#### 5.9.1 緩和ケア提供の方針と基準が明確に示されている

- ①緩和ケアの対象者・入院の条件などが明確に決められている
- ②緩和ケア提供時に、患者は病状・病名について告知を受け、理解している

#### 5.9.2 適切な緩和ケアを提供するための緩和ケアチームがある

- ①緩和ケアを専門的に提供する緩和ケア病棟がある
- ②緩和ケアを専門的に行う医師・看護師およびそれを支援するコメディカル・ソーシャルワーカーから構成される緩和ケアチームがある
- ③緩和ケアチームは計画的な教育プログラムを持ち、継続評価によりチームの向上を図っている

#### 5.9.3 ケア計画・実施

- ①患者・家族の求めに応じ相談の上で、ケア計画が立てられている
- ②提供したケアに関する記録が適切である
- ③症状緩和やケアに関するインフォームドコンセントが適切である
- ④患者との死別前から、家族や大切な人に対するケア計画が立てられている
- ⑤精神ケアの資格を持ったスタッフが、うつ状態など患者が抱える精神的な問題に対して、ガイドラインに則ってケアを提供している

---

### 5.10 疼痛ケア

#### 5.10.1 全病院的な緩和ケアチームの関与

- ①緩和ケアチーム・麻酔科・精神科・薬剤師・放射線科医など多角的なチームにより、全病院的に疼痛管理の計画が立てられている
- ②緩和ケアチームあるいは多角的チームが疼痛管理サービスを提供した患者数 (            )人

#### 5.10.2 疼痛の評価・疼痛治療の評価基準が決められている

- ①疼痛および除痛効果の評価基準が、決められている
- ②疼痛および除痛効果を体系的に評価する体制がある

#### 5.10.3 疼痛ケアの適切な実施

- ①患者および家族に対して、疼痛治療に関する十分なインフォームドコンセントが行われている
- ②WHOがん疼痛治療法を基礎とした体系的な疼痛治療が実施されている
- ③疼痛治療に伴う副作用の評価とコントロールが適切にされている

---

### 5.11 薬剤部

#### 5.11.1 抗がん剤の調剤業務が安全かつ適切に行われている

- ①医師からの処方予約等に基づき、薬剤部により適切な化学療法剤の在庫管理・薬剤準備を行っている
- ②安全キャビネットを用いるなど抗ガン剤による被爆の対策ができています
- ③処方歴が管理され併用薬との相互作用を適切に把握している
- ④抗悪性腫瘍薬の効能効果・用法用量が適切であることを調剤の時に処方監査を行える体制にある
- ⑤安全な投薬が行われるよう、薬剤部が化学療法剤の処方を評価・監査している。評価の対象には、投薬量の計算だけでなく、投薬確認・薬剤準備も含まれる。

---

### 5.12 栄養サポートチーム

#### 5.12.1 院内に、栄養サポートチームがある

- ①院内に、栄養／水分摂取に関して患者・家族・主治医に協力する、多職種から構成される栄養サポートチームがある
- ②栄養サポートチームが関与した年間患者数（ ）人

---

### 5.13 遺伝・遺伝子カウンセリング

#### 5.13.1 遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関して、患者および家族に対するカウンセリング・教育を行う体制

- ①院内に、遺伝子カウンセリングの専門トレーニングを受け、遺伝子相談を担当する職員がいる

## 付録 2. がん診療関連実態調査 (アンケート調査用紙)

### 「がん診療関連機能実態調査」ご協力をお願い

平成 16 年度から開始された「第 3 次がん 10 年総合戦略」は、全国どこでも質の高いがん診療が提供できることを戦略目標として挙げております。しかしながら平成 17 年 4 月、厚生労働省の「がん医療水準均てん化に関する検討会」は、わが国のがん診療に大きな地域格差や医療機関格差が存在する可能性を指摘し、早急な解決が必要であると提言しました。現在がんは日本人の死因のトップを占め、多くの医療機関が、がん診療に携わっております。しかしながら、がん診療に関する診療機能や地域連携の実態についての情報が現在不足しております。そこで、今回 (財) 日本医療機能評価機構 (以下、評価機構) は、厚生労働省の特別研究事業「がん診療施設の機能評価基準策定に関する研究」により、わが国におけるがん診療機能の現状と課題を把握するための基礎的な情報の収集を目的に、全国の医療機関を対象にがん診療の実態調査を行う運びとなりました。

本調査への参加は、あくまでも各医療機関の自由意志によるものです。本調査は、評価機構による個別病院の審査・認定と本調査の結果と全く無関係です。本調査で得られた全情報は保護され、調査目的以外に使用することはございません。また個々の回答が、医療機関名が同定される形で公表されることはございません。本調査の趣旨をご理解いただき、調査票にご回答の上、同封の返信用封筒に入れて **3 月 29 日まで**にご投函くださるようお願い申し上げます。調査にご協力いただける場合は、恐れ入りますがこのページに医療機関名と回答担当者のご芳名および連絡先をご記入の上、調査票と一緒にご返送ください。調査結果は各施設宛に後日報告させていただく予定です。本調査の趣旨をご理解いただいた上で、是非ともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成 18 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「がん診療施設の機能評価基準策定に関する研究」 座長  
財団法人日本医療機能評価機構 理事長  
坪井 栄孝

#### <調査事務局・問合せ先>

財団法人日本医療機能評価機構・研究開発部 がん診療関連機能実態調査担当  
TEL: 03-5217-2335 FAX: 03-5217-2329 E-mail: r-d@jcqh.or.jp

		調査票記入日	平成 18 年	月	日
病 院 名					
記 入 担 当 者 氏 名					
担 当 者 連 絡 先	TEL :	(		)	
	E-mail:				



## がん診療関連機能実態調査票

このアンケートは、貴院のがん診療の体制や機能について伺うものです。このアンケート中の質問項目は、がん診療にまつわる様々なトピックスを扱っていますが、貴院にあるいは一般的に必要ながん診療の機能であると限りません。これらは、重点的な項目におけるがん診療の実態を調査するものです。本調査の趣旨をご理解いただいた上で、是非ともアンケートにご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

A. がん診療に係る組織や機能の実態について伺います。次の各質問に対し、当てはまる項目の番号を○で囲んでください。

### 第1領域 病院組織の運営と地域における役割

#### 1.1 がん診療の基本方針

1	病院の基本方針の中に、がん診療に関する記載がある	1. はい 2. いいえ
---	--------------------------	-----------------

#### 1.2 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力

2	地域のかかりつけ医と連携して、24時間対応可能な在宅緩和医療の提供体制を整備している	1. 全病院レベルで行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 一部の医師が行っている 4. 全く行っていない 9. 当院は該当しない
3	地域の医療機関と協力して、がん診療に関する病診連携のクリニカルパスを開発・活用している	1. 全病院レベルで行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 一部の医師が行っている 4. 全く行っていない
4	医師会主催の生涯教育事業や各種学会の教育事業に協力して、がんの早期発見・早期治療・診療に係る教育・研修を行っている	1. 全病院レベルで行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 一部の医師が行っている 4. 全く行っていない
5	地域住民を対象としたがん検診・がん予防・がん診療に関する公開講座、あるいはマスメディアを通じたがん診療に関する情報提供に取り組んでいる	1. 全病院レベルで行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 一部の医師が行っている 4. 全く行っていない
6	専門分野・専門医療など、病院のがん診療機能に関する情報を、ホームページ等において提供している	1. 全病院レベルで行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 一部の医師が行っている 4. 全く行っていない

## 第2領域 患者の権利と安全確保の体制

2.1 説明と同意		
7	診断・治療選択肢・各治療選択肢の便益とリスク・予後について患者に説明する際の院内指針が作成されている	1. はい 2. いいえ
8	次の職種に対して、がん告知および告知後の患者に対する心の支援に関する教育・研修を定期的に行っている	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 研修医・レジデント <input type="checkbox"/> 看護師
9	精神科医を始めとする、多職種による告知後の患者に対する支援体制がある	1. はい 2. いいえ
10	各診療科の医師は、該当患者に対して治験への参加に関する情報提供を行っている	1. 全病院レベルで行っている 2. 各診療科の裁量で行っている 3. 個々の医師の裁量で行っている 4. 全く行っていない
11	各診療科の医師は、該当患者に対して臨床研究への参加に関する情報提供を行っている	1. 全病院レベルで行っている 2. 各診療科の裁量で行っている 3. 個々の医師の裁量で行っている 4. 全く行っていない

2.2 医療情報の開示		
12	診療録開示の方針が、院内で明文化されている	1. はい 2. いいえ
13	平成16年度における診療録開示請求の件数	( )件
14	平成16年度における診療録開示の件数	( )件

2.3 治験・臨床研究の実施		
15	治験・臨床研究の実施方法および手順を審査する独自の審査委員会 (Institutional Review Board: IRB)がある	1. はい 2. いいえ
16	平成16年度の1年間に、治験審査委員会が審査をした治験・臨床研究の件数	治験 ( )件 臨床試験 ( )件

### 第3領域 療養環境と患者サービス

3.1 患者・家族のための相談機能		
17	医療相談室の専任者の人数	( )人
18	患者向けの書籍・がん患者団体が作成したパンフレット等を備えた図書室(あるいはそれに相当するスペース)を、患者に開放している	1. はい 2. いいえ

3.2 禁煙		
19	'全面禁煙'方針を採用している	1. 敷地内全面禁煙 2. 施設内全面禁煙 3. 禁煙方針を採用していない

### 第4領域 医療提供の組織と運営

4.1 診療の標準化		
20	がん診療に関する指針(がんの種類・病期ごとの標準的診断・治療・応用治療)を院内で決めている	1. 病院全体で指針を検討・策定している 2. 各診療科において検討・策定している 3. 病院レベル・診療科レベルで検討・策定された指針はない 4. 把握していない
21	各種がんの化学療法・放射線療法・手術に関するクリニカルパスの数	( )個
22	がん診療責任者は、クリニカルパスのバリエーションを収集・分析している	1. 全ての診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない

4.2 診療録管理の責任体制		
23	診療録管理部門は、医師を部門長としている	1. はい 2. いいえ

24	診療録管理部門の職員数	常勤換算(資格は問わない) ( )人 診療情報管理士(認定有)の数 ( )人
25	診療録管理委員会は多職種により構成され、院長より権限を与えられている診療録管理委員会がある	1. はい 2. いいえ
26	診療録管理委員会は定期的に診療記録や症例サマリーをレビューし、質および質の向上のための方策を検討している	1. はい 2. いいえ 9. 当院は該当しない
27	主治医による退院サマリーの作成率	1 週間以内 ( )% 2 週間以内 ( )%

4.3 がん登録システム		
28	標準様式に基づいた院内がん登録のシステムがある	1. はい 2. いいえ
29	院内がん登録データを地域がん登録事業に提供している	1. はい 2. いいえ 3. N/A
30	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。(把握している場合は、率もお答えください)	1. はい→ ( )% 2. いいえ 9. 当院は該当しない
31	がん登録データの分析で、次の検討を行っている。(複数回等可)	<input type="checkbox"/> ステージ別の症例数 <input type="checkbox"/> ステージ別の5年生存率 <input type="checkbox"/> Kaplan-Mier法による生存率の計算 <input type="checkbox"/> 消息不明患者数 <input type="checkbox"/> 治療関連死亡患者数
32	上記の分析結果が、毎年職員にフィードバックされている。(複数回等可)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> コメディカル

4.4 症例の検討		
33	複数の診療科の医師が参加する、症例検討会がある	1. がん診療に関係する全診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない
34	医師、看護師、および栄養サポートチーム・理学療法士・緩和ケアチームなどのコメディカルが参加する症例検討会がある	1. がん診療に関係する全診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない
35	症例検討会に、他医療機関の医療職者も参加している	1. がん診療に関係する全診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない
36	治療計画の立案にあたり、必ず複数の担当者により診断・治療・ケアが検討されている	1. がん診療に関係する全診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない
37	死亡症例の検討会が定期的に行われている(臨床病理カンファレンスを含む)	1. 全症例に対して行っている 2. 一部の症例に対して行っている 3. 全く行っていない

4.5 職員教育・臨床研修		
38	職員なら誰でも常時インターネットを通じて、がん治療に関する最新の情報を利用できる環境にある	1. はい 2. いいえ
39	医師・看護師が、がん診療に関する施設外研修を受けるための予算を、計上している(該当する職種にチェックしてください、複数回等可)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師

## 第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 がんの診断		
40	担当医師は、適切な分類を用いた病期を診療記録に明記している	1. ほぼ全症例で達成できている 2. 80%前後で達成できている 3. 50%前後で達成できている 4. 20%前後で達成できている 5. 全く達成できていない
41	90%以上の症例で、がん組織分類(病理診断)が報告されている	1. はい 2. いいえ

5.2 がん診療の責任体制		
42	各診療科の責任者は、がん診療に関連した業務や標準的プロトコルの見直しを、定期的に行っている	1. 該当する全診療科で行っている 2. 一部の診療科で行っている 3. 全く行っていない

5.3 外来抗がん剤治療		
43	外来化学療法は、緊急事態(アナフィラキシーや血管外漏出など)に備えた心肺蘇生用具・救急カート・酸素吸入装置が整備されている場所で実施されている	1. はい 2. いいえ
44	緊急事態に備え、外来化学療法を受けている患者が常時、自院あるいは紹介先入院できる体制が整っている	1. はい 2. いいえ
45	外来化学療法で治療を受ける患者の観察体制が整備され、急変に直ちに対応できる医師が外来に常駐している	1. はい 2. いいえ
46	化学療法の専門知識を持つ看護師が専属で配置されている	1. はい 2. いいえ
47	外来抗がん剤治療の標準的な業務手順に関するマニュアルが整備されている	1. はい 2. いいえ
48	使用するレジユメ(あるいはプロトコル)を前投薬も含めてセット化し、事前登録している。	1. はい 2. いいえ
49	(外来)化学療法が整備されたプロトコルに則って行われている	1. 全ての診療科で決めている 2. 一部の診療科で決めている 3. 個々の医師の裁量に任せている

5.4 入院抗がん剤治療		
50	化学療法を外来治療で行うか、入院治療で行うかの院内指針が決められている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての診療科で決めている</li> <li>2. 一部の診療科で決めている</li> <li>3. 個々の医師の裁量に任せている</li> </ol>
51	(入院)化学療法が整備されたプロトコルに則って行われている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全ての診療科で決めている</li> <li>2. 一部の診療科で決めている</li> <li>3. 個々の医師の裁量に任せている</li> <li>4. 全く決めていない</li> </ol>
52	免疫抑制状態にある患者の感染対策マニュアルが整備されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ</li> </ol>
53	抗がん剤の安全な扱い方と廃棄の方法が明文化されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. はい</li> <li>2. いいえ</li> </ol>

5.5 放射線治療		
54	放射線治療において、照射量などにエラーがあった場合、インシデントレポートなどで報告し、再発防止のための検討をしている。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全症例で達成できている</li> <li>2. 80%前後で達成できている</li> <li>3. 50%前後で達成できている</li> <li>4. 20%前後で達成できている</li> <li>5. 全く達成できていない</li> </ol>
55	放射線治療に関係する装置やソフトウェアの導入時に、放射線科の医師を対象とする研修・講習会を開催している	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全症例で達成できている</li> <li>2. 80%前後で達成できている</li> <li>3. 50%前後で達成できている</li> <li>4. 20%前後で達成できている</li> <li>5. 全く達成できていない</li> </ol>
56	放射線治療に関係する装置やソフトウェアの導入時に、診療放射線技師を対象とする研修・講習会を開催している	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほぼ全症例で達成できている</li> <li>2. 80%前後で達成できている</li> <li>3. 50%前後で達成できている</li> <li>4. 20%前後で達成できている</li> <li>5. 全く達成できていない</li> </ol>

5.6 手術・周術期補助療法		
57	周術期補助療法を実施する際の治療の主体者は誰ですか	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外科医が主体</li> <li>2. 化学療法に詳しい医師のコンサルタントを受けた上で、外科医が主体となり実施</li> <li>3. 化学療法に詳しい内科医が主体</li> </ol>

5.7 包括的リハビリテーションプログラム		
58	緩和期リハビリテーションサービスを提供している	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
59	永久気管孔(永久気管瘻)を作成した患者に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
60	発声障害(失声)がある患者に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
61	乳房切除術後の患者に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
62	上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
63	大腸がん手術後の排便・排尿障害の患者に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
64	泌尿器がん手術後の排尿障害のリハビリテーション・プログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
65	女性生殖器がん手術後の排便・排尿障害に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
66	性機能障害の患者に対する教育／リハビリテーションのプログラムがある	1. はい 2. いいえ 9. 該当患者なし
67	リハビリテーション・サービスを説明した、患者向けのパンフレットが作成されている	1. はい 2. いいえ
68	リハビリテーションに対する患者ニーズが多職種により評価された上で、サービスが提供されている	1. ほぼ全症例で達成できている 2. 80%前後で達成できている 3. 50%前後で達成できている 4. 20%前後で達成できている 5. 全く達成できていない



69	リハビリテーションの年間診療実績が、年報やホームページ等で報告されている	1. はい 2. いいえ
----	--------------------------------------	-----------------

5.8 緩和ケア

70	緩和ケアの対象者・入院の条件が、決められている	1. はい 2. いいえ
71	医師・看護師およびそれを支援するコメディカル・ソーシャルワーカーから構成される緩和ケアチームが、院内にある(保険診療上の基準を満たしているかどうかを問わない)	1. はい 2. いいえ
72	上記(問 107)の緩和ケアチームの構成メンバー	<input type="checkbox"/> 医師 ( )人 <input type="checkbox"/> 看護師 ( )人 <input type="checkbox"/> 薬剤師 ( )人 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 ( )人 <input type="checkbox"/> 栄養士 ( )人 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー ( )人 <input type="checkbox"/> その他のコメディカル ( )人 9. 緩和ケアチームがない
73	【緩和病棟がある場合】緩和ケア病棟以外の入院患者に対して、緩和ケアの専門性を有するスタッフが必要なサービスを提供している、あるいはコンサルテーションをしている	1. はい 2. いいえ 9. 緩和ケア病棟がない
74	院内で組織された緩和ケアチームが疼痛管理サービスを提供した患者数	1. ( )人 9. 緩和ケアチームがない
75	【緩和病棟および緩和ケアチームがない場合】入院患者に対して、緩和ケアの専門性を有するスタッフが必要なサービスを提供している、あるいはコンサルテーションをしている	1. はい 2. いいえ 9. 緩和ケア病棟あるいは緩和ケアチームがある
76	患者との死別前から、家族や大切な人に対するケア計画が立てられている	1. ほぼ全症例で達成できている 2. 80%前後で達成できている 3. 50%前後で達成できている 4. 20%前後で達成できている 5. 全く達成できていない

77	精神ケアの資格を持ったスタッフが、緩和ケアチームに参加している	1. はい 2. いいえ
----	---------------------------------	-----------------

5.9 疼痛ケア		
78	疼痛および除痛効果の統一的な評価基準が、決められている	1. 全病院レベルで決められている 2. 一部の診療科で決められている 3. 一部の医師が決められている 4. 全く決められていない
79	WHOがん疼痛治療法を基礎とした疼痛治療が実施されている	1. ほぼ全症例で達成できている 2. 80%前後で達成できている 3. 50%前後で達成できている 4. 20%前後で達成できている 5. 全く達成できていない
80	評価基準・評価の時期・評価者を決めて、疼痛治療に伴う副作用と副作用コントロールを評価している	1. ほぼ全症例で達成できている 2. 80%前後で達成できている 3. 50%前後で達成できている 4. 20%前後で達成できている 5. 全く達成できていない

5.10 薬剤部		
81	安全キャビネットを用いて、抗がん剤の混合調剤を行っている	1. はい 2. いいえ
82	抗がん剤の混合調剤を行う際に、薬剤師が処方内容の監査を行っている	1. はい 2. いいえ

5.11 栄養サポートチーム		
83	院内に、栄養／水分摂取に関して患者・家族・主治医に協力する、多職種から構成される栄養サポートチームがある	1. はい 2. いいえ
84	平成17年1月～12月に栄養サポートチームが関与した年間患者数	( )人

## B. がんの診療成績の解析

がん登録に基づいた治療成績の解析についてお答えください

	公表している 病期分類 <sup>2)</sup>	病期別症例数 <sup>3)</sup>				症例エントリーの 開始年月日 と終了年月日	5年生存率の 計算方法	がん登録の解析結果を、一 般の人が容易に情報を入手 できる形で公開しているか <sup>1)</sup>	備考4)
		I 期	II 期	III 期	IV 期				
胃がん	1. 臨床病期					1. カプラン・マイ ヤー	1. はい ( )		
	2. 病理病期					2. その他の方法 ( )	2. いいえ		
	3. その他								
乳がん	1. 臨床病期					1. カプラン・マイ ヤー	1. はい ( )		
	2. 病理病期					2. その他の方法 ( )	2. いいえ		
	3. その他								
大腸がん	1. 臨床病期					1. カプラン・マイ ヤー	1. はい ( )		
	2. 病理病期					2. その他の方法 ( )	2. いいえ		
	3. その他								
肺がん	1. 臨床病期					1. カプラン・マイ ヤー	1. はい ( )		
	2. 病理病期					2. その他の方法 ( )	2. いいえ		
	3. その他								
肝細胞がん	1. 臨床病期					1. カプラン・マイ ヤー	1. はい ( )		
	2. 病理病期					2. その他の方法 ( )	2. いいえ		
	3. その他								

1) 治療成績を公表している場合、どのような形(インターネット・パンフレットなど)で公表しているか、お答えください

2) 5年生存率を公表している場合、どのような病気分類に基づいて分析されているかお答えください

3) 5年生存率を公表している場合、分析対象となった症例数を病期別にお答えください

4) 解析対象症例の特徴(例: スキルスがんを除外、小細胞がんを除外など)をご記入ください

### C. 手術件数

平成16年度の1年間に実施された各術式の件数をご記入ください

	術式	年間手術件数
胃がん	胃切除術・胃全摘術 (腹腔鏡手術を含む)	
	EMR(外来含む)	
乳がん	乳房切断術	
	乳房温存手術	
大腸がん	大腸切除術	
	ポリペクトミー(外来含む)	
肺がん	肺切除術 (胸腔鏡手術を含む)	
肝臓がん	肝切除術	
	TAE	
	ラジオ波凝固療法	

### D. 貴院の患者数・病床数・施設基準・医療機器・設備についてお答えください。

#### D-1. 患者数(平成16年度の1年間)

年間外来患者数	人
年間平日外来患者数	人
年間外来初診患者数	人
年間退院患者数	人
他の医療機関等へ紹介した患者数	人
他の医療機関等から紹介された患者数	人

#### D-2. 病床数(平成17年10月1日時点)

	許可病床	実稼働可能な 病床数	年間平均 病床利用率	年間平均 在室日数
1)一般病床	床	床	%	日
2)療養病床	床	床	%	日
①医療保険適用療養病床	床	床	%	日
②介護保険適用療養病床	床	床	%	日
3)精神科病床 総数	床	床	%	日
4)結核病床	床	床	%	日
5)感染症病床	床	床	%	日
総 数	床	床	%	日