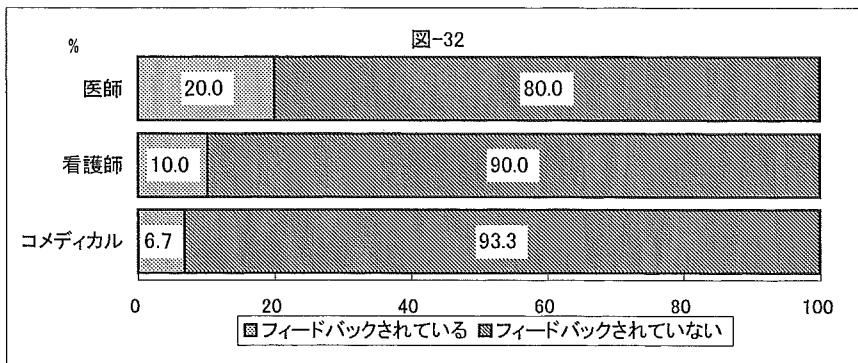


32. 上記の分析結果が、毎年職員にフィードバックされている。(複数回答可)

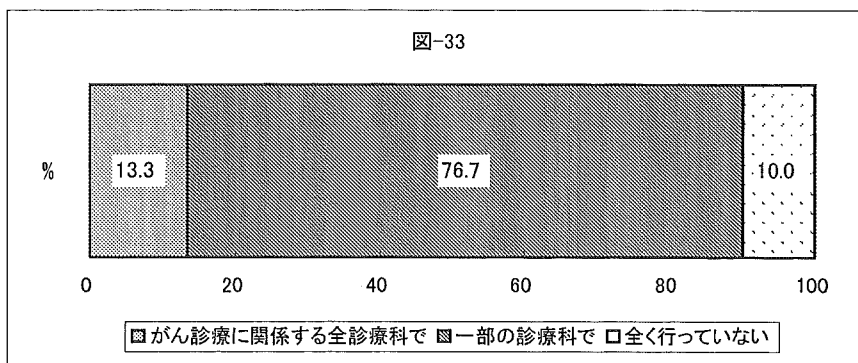
| 回答 | | フィードバックされている | フィードバックされていない | 合計 |
|--------|---|--------------|---------------|-------|
| 医師 | N | 6 | 24 | 30 |
| | % | (20.0) | (80.0) | (100) |
| 看護師 | N | 3 | 27 | 30 |
| | % | (10.0) | (90.0) | (100) |
| コメディカル | N | 2 | 28 | 30 |
| | % | (6.7) | (93.3) | (100) |



4.4 症例の検討

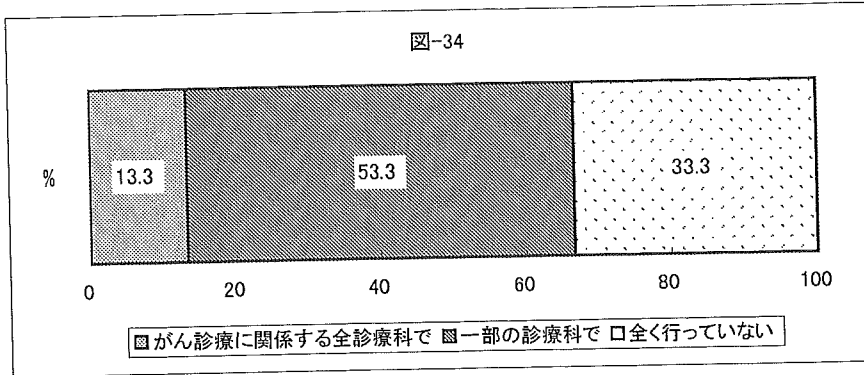
33. 複数の診療科の医師が参加する、症例検討会がある

| 回答 | がん診療に関係する全診療科で | 一部の診療科で | 全く行っていない | 合計 |
|----|----------------|---------|----------|-------|
| N | 4 | 23 | 3 | 30 |
| % | (13.3) | (76.7) | (10.0) | (100) |



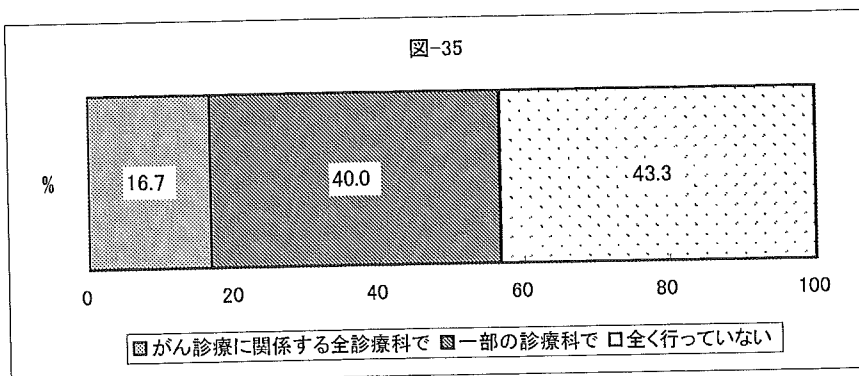
34. 医師、看護師、および栄養サポートチーム・理学療法士・緩和ケアチームなどのコメディカルが参加する症例検討会がある

| 回答 | がん診療に関係する全診療科で | 一部の診療科で | 全く行っていない | 合計 |
|----|----------------|---------|----------|-------|
| N | 4 | 16 | 10 | 30 |
| % | (13.3) | (53.3) | (33.3) | (100) |



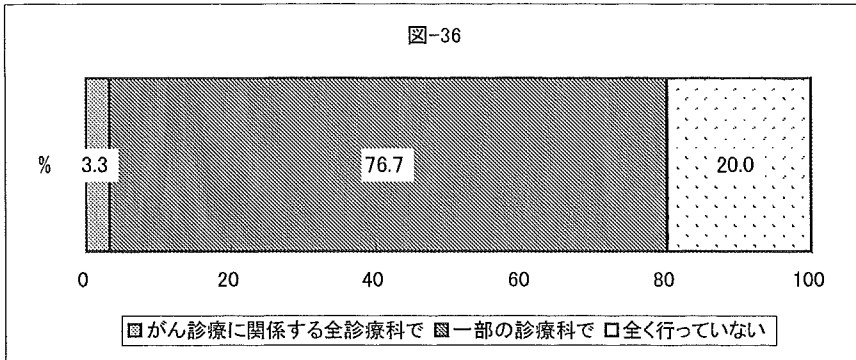
35. 症例検討会に、他医療機関の医療職者も参加している

| 回答 | がん診療に関係する全診療科で | 一部の診療科で | 全く行っていない | 合計 |
|----|----------------|---------|----------|-------|
| N | 5 | 12 | 13 | 30 |
| % | (16.7) | (40.0) | (43.3) | (100) |



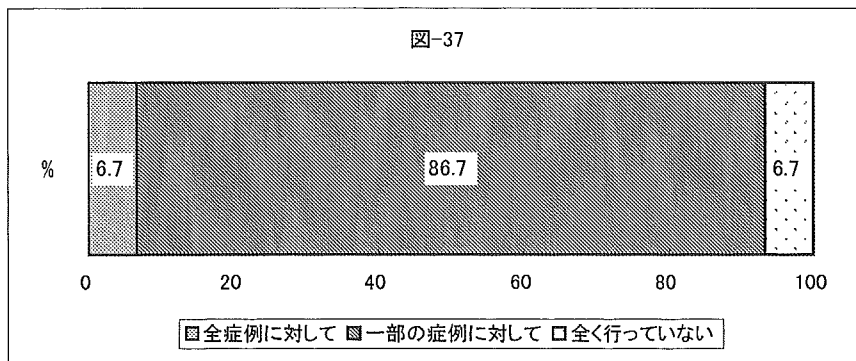
36. 治療計画の立案にあたり、必ず複数の担当者により診断・治療・ケアが検討されている

| 回答 | がん診療に関係する全診療科で | 一部の診療科で | 全く行っていない | 合計 |
|----|----------------|---------|----------|-------|
| N | 1 | 23 | 6 | 30 |
| % | (3.3) | (76.7) | (20.0) | (100) |



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)

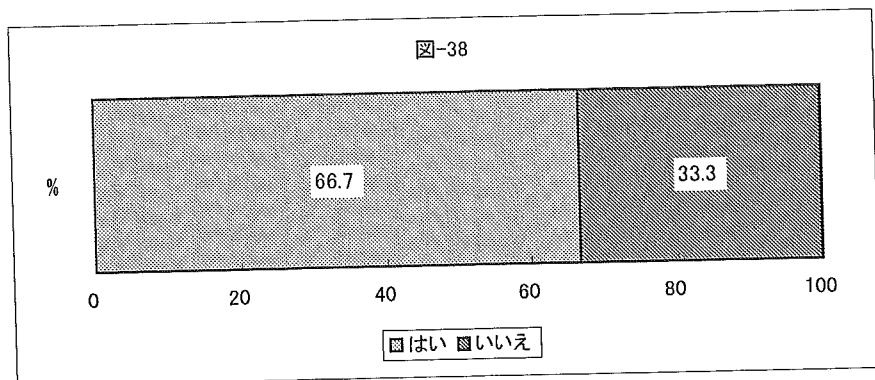
| 回答 | 全症例に対して | 一部の症例に対して | 全く行っていない | 合計 |
|----|---------|-----------|----------|-------|
| N | 2 | 26 | 2 | 30 |
| % | (6.7) | (86.7) | (6.7) | (100) |



4.5 職員教育・臨床研修

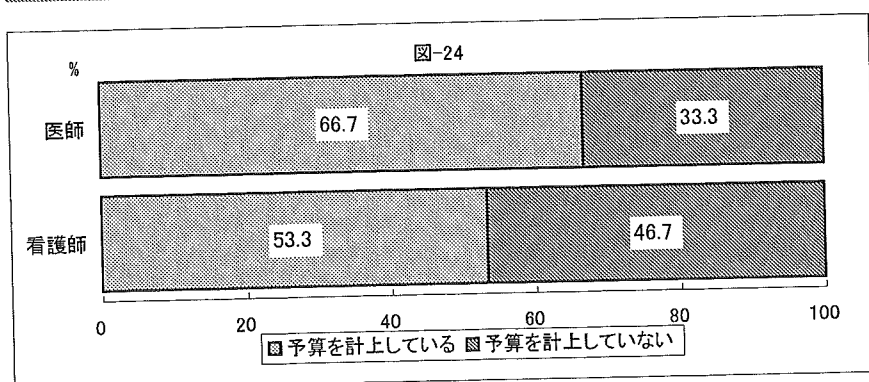
38. 職員なら誰でも常時インターネットを通じて、がん治療に関する最新の情報を利用できる環境にある

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 20 | 10 | 30 |
| % | (66.7) | (33.3) | (100) |



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(複数回答可)

| 回答 | | 予算を計上している | 予算を計上していない | 合計 |
|-----|---|-----------|------------|-------|
| 医師 | N | 20 | 10 | 30 |
| | % | (66.7) | (33.3) | (100) |
| 看護師 | N | 16 | 14 | 30 |
| | % | (53.3) | (46.7) | (100) |

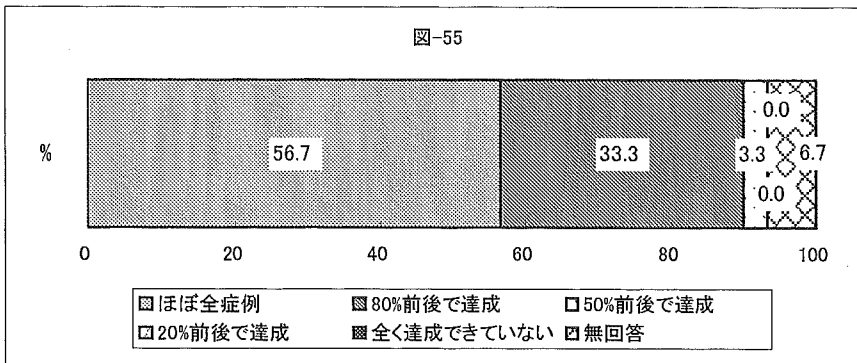


第5領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 がんの診断

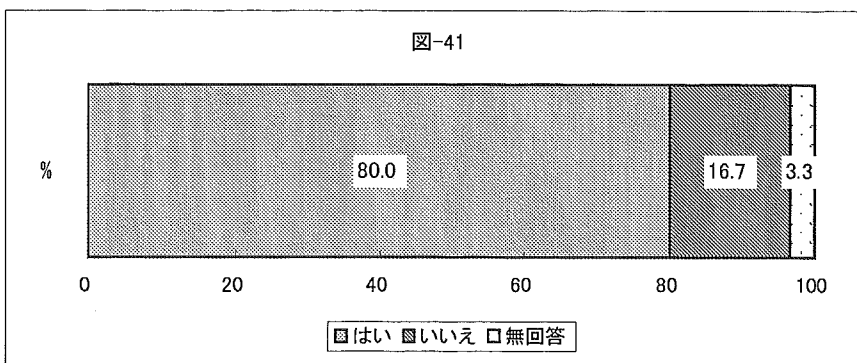
40. 担当医師は、適切な分類を用いた病期を診療記録に明記している

| 回答 | ほぼ全症例 | 80%前後で達成 | 50%前後で達成 | 20%前後で達成 | 全く達成できていない | 無回答 | 合計 |
|----|--------|----------|----------|----------|------------|-------|-------|
| N | 17 | 10 | 1 | - | - | 2 | 30 |
| % | (56.7) | (33.3) | (3.3) | - | - | (6.7) | (100) |



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

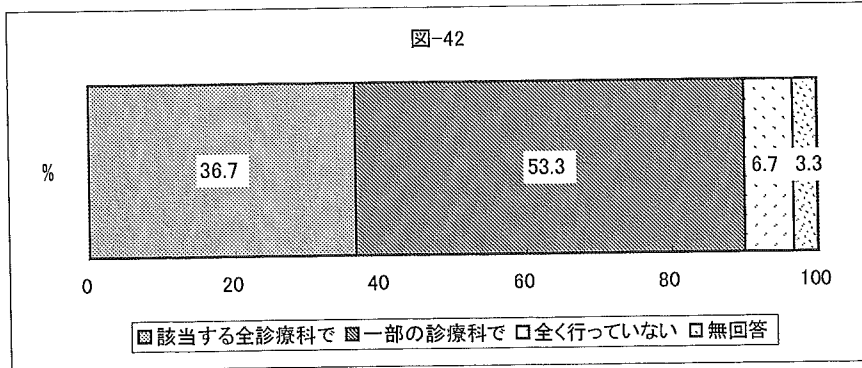
| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|-------|-------|
| N | 24 | 5 | 1 | 30 |
| % | (80.0) | (16.7) | (3.3) | (100) |



5.2 がんの診療の責任体制

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

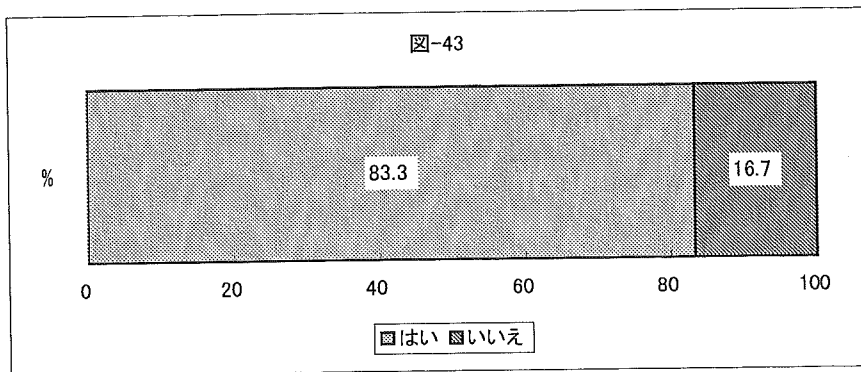
| 回答 | 該当する全診療科で | 一部の診療科で | 全く行っていない | 無回答 | 合計 |
|----|-----------|---------|----------|-------|-------|
| N | 11 | 16 | 2 | 1 | 30 |
| % | (36.7) | (53.3) | (6.7) | (3.3) | (100) |



5.3 外来抗がん剤治療

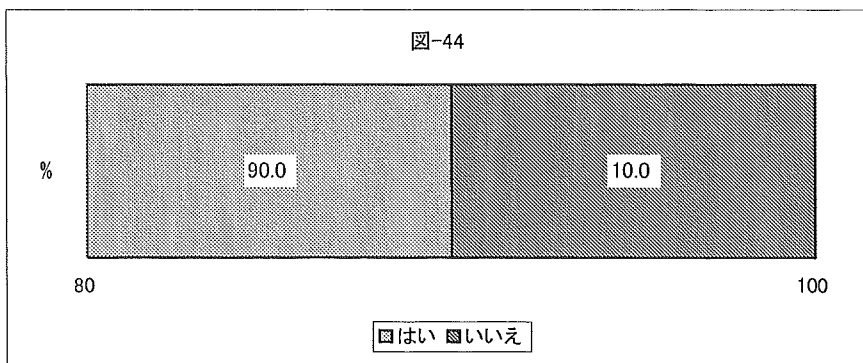
43. 外来化学療法は、緊急事態(アナフィラキシーや血管外漏出など)に備えた心肺蘇生用具・救急カート・酸素吸入装置が装備されている場所で行われている

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 25 | 5 | 30 |
| % | (83.3) | (16.7) | (100) |



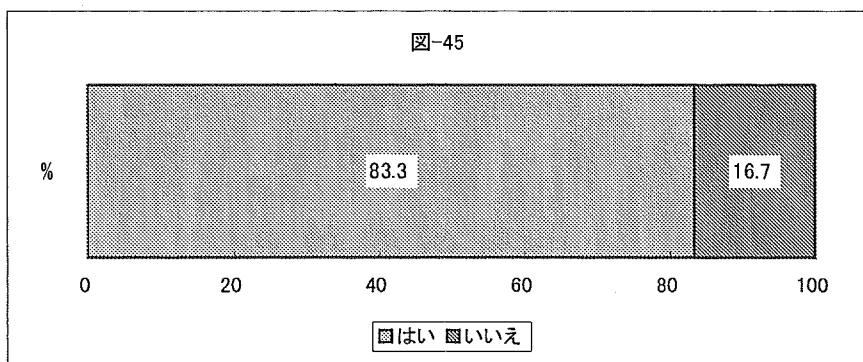
44. 緊急事態に備え、外来化学療法を受けている患者が常時、自院あるいは紹介先に入院できる体制が整っている

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 27 | 3 | 30 |
| % | (90.0) | (10.0) | (100) |



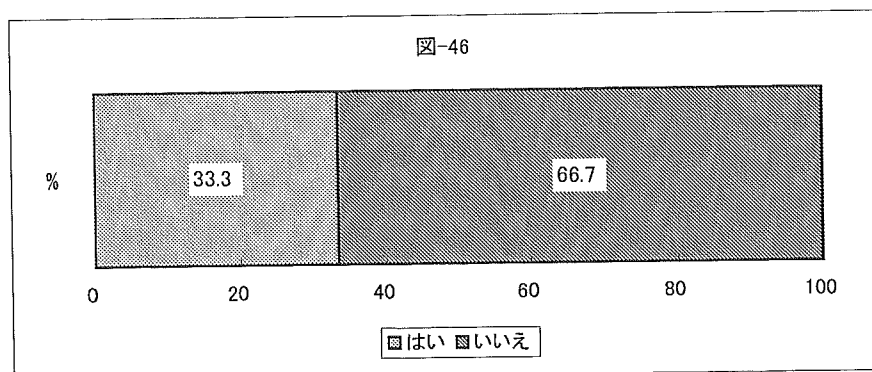
45. 外来化学療法で治療を受ける患者の観察体制が整備され、急変に直ちに対応できる医師が外来に常駐している

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 25 | 5 | 30 |
| % | (83.3) | (16.7) | (100) |



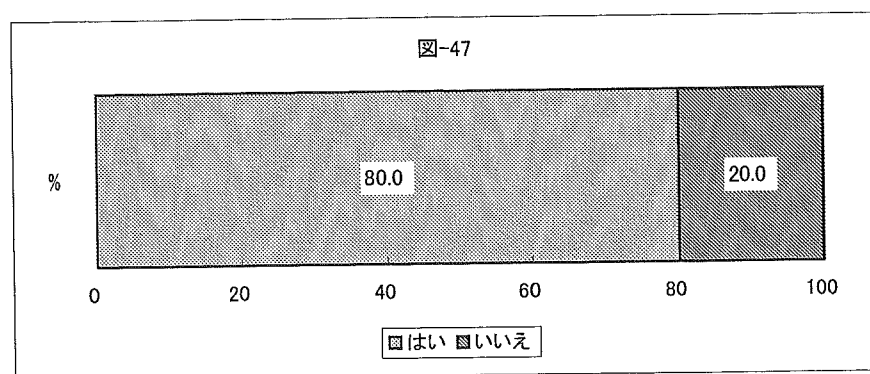
46. 化学療法の専門知識を持つ看護師が専属で配置されている

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 10 | 20 | 30 |
| % | (33.3) | (66.7) | (100) |



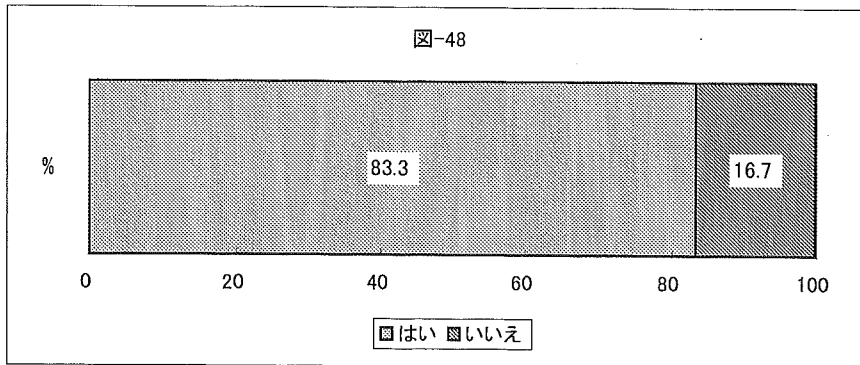
47. 外来抗がん剤治療の標準的な業務手順に関するマニュアルが整備されている

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 24 | 6 | 30 |
| % | (80.0) | (20.0) | (100) |



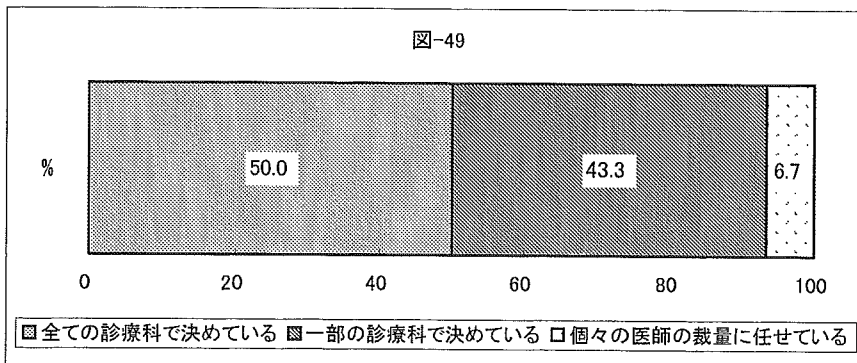
48. 使用するレジユメ(あるいはプロトコル)を前投薬も含めてセット化し、事前登録している

| 回答 | はい | いいえ | 合計 |
|----|--------|--------|-------|
| N | 25 | 5 | 30 |
| % | (83.3) | (16.7) | (100) |



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

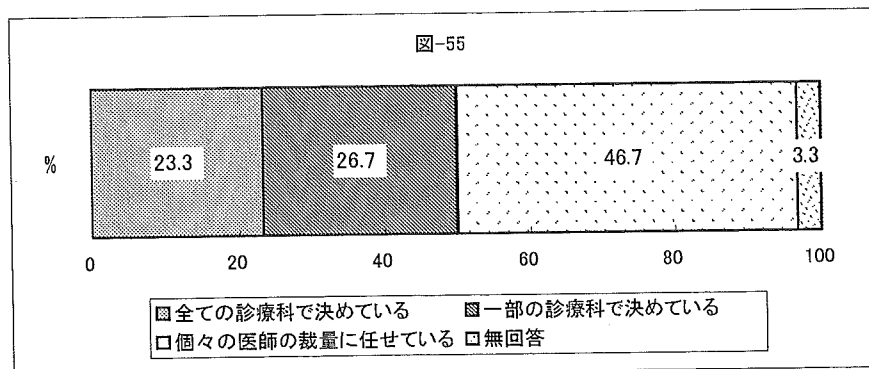
| 回答 | 全ての診療科で決めている | 一部の診療科で決めている | 個々の医師の裁量に任せている | 合計 |
|----|--------------|--------------|----------------|-------|
| N | 15 | 13 | 2 | 30 |
| % | (50.0) | (43.3) | (6.7) | (100) |



5.4 入院抗がん剤治療

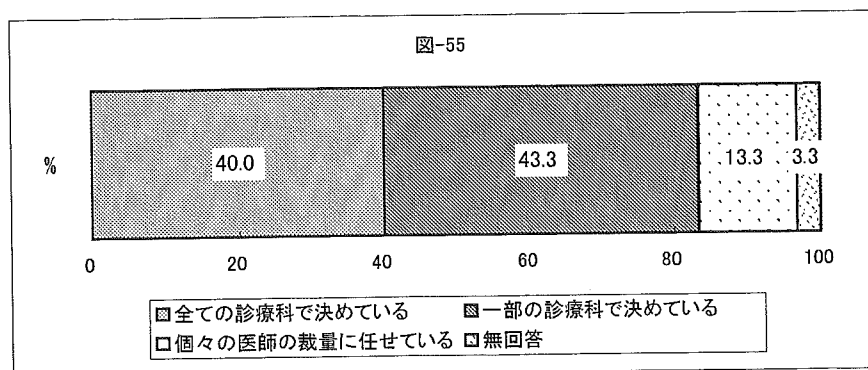
50. 化学療法を外来治療で行うか、入院治療で行うかの院内指針が決められている

| 回答 | 全ての診療科で決めている | 一部の診療科で決めている | 個々の医師の裁量に任せている | 無回答 | 合計 |
|----|--------------|--------------|----------------|-------|-------|
| N | 7 | 8 | 14 | 1 | 30 |
| % | (23.3) | (26.7) | (46.7) | (3.3) | (100) |



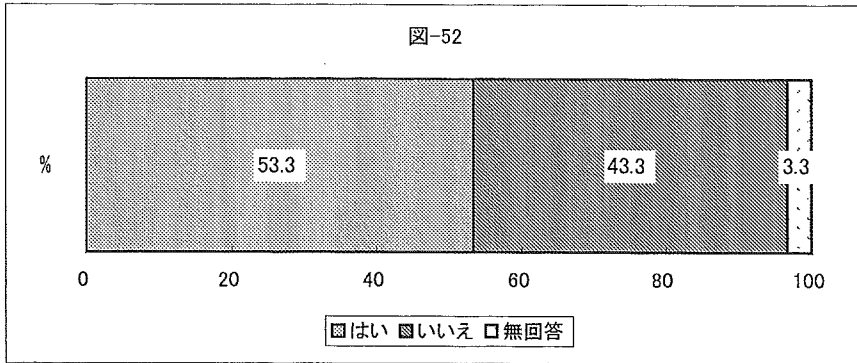
51. (入院)化学療法が整備されたプロトコルに則って行われている

| 回答 | 全ての診療科で決めている | 一部の診療科で決めている | 個々の医師の裁量に任せている | 無回答 | 合計 |
|----|--------------|--------------|----------------|-------|-------|
| N | 12 | 13 | 4 | 1 | 30 |
| % | (40.0) | (43.3) | (13.3) | (3.3) | (100) |



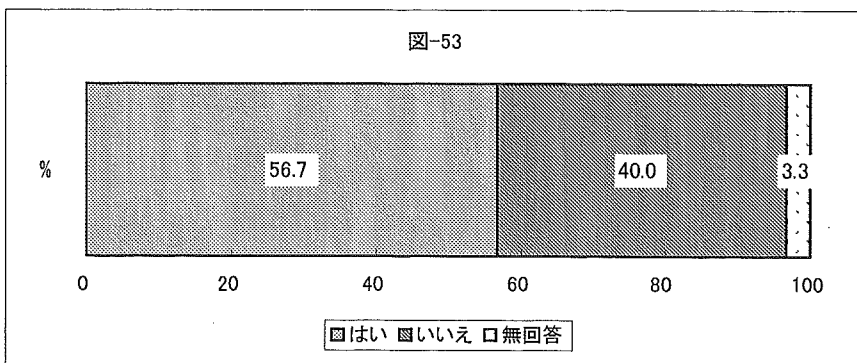
52. 免疫抑制状態にある患者の感染対策マニュアルが整備されている

| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|-------|-------|
| N | 16 | 13 | 1 | 30 |
| % | (53.3) | (43.3) | (3.3) | (100) |



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

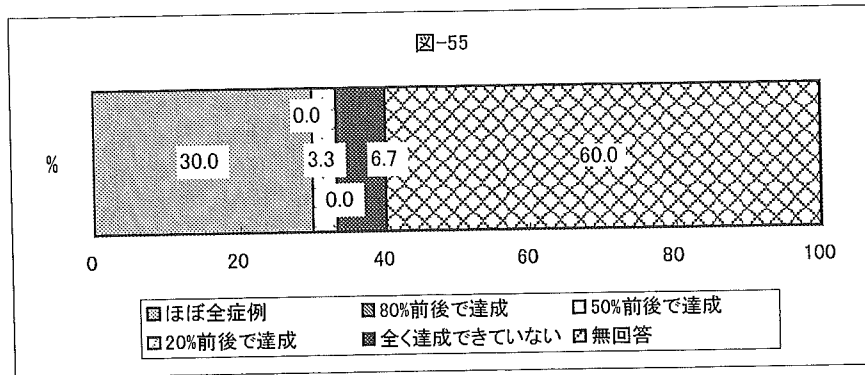
| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|-------|-------|
| N | 17 | 12 | 1 | 30 |
| % | (56.7) | (40.0) | (3.3) | (100) |



5.5 放射線治療

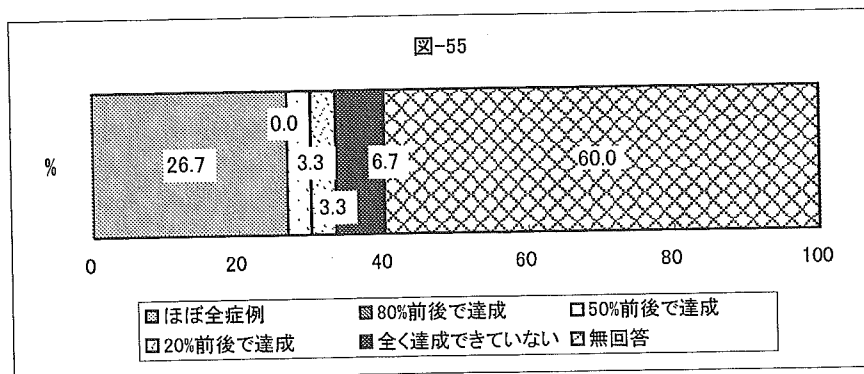
54. 放射線治療において、照射量などにエラーがあった場合、インシデントレポートなどで報告し、再発防止のための検討をしている

| 回答 | ほぼ全症例 | 80%前後で達成 | 50%前後で達成 | 20%前後で達成 | 全く達成できていない | 無回答 | 合計 |
|----|--------|----------|----------|----------|------------|--------|-------|
| N | 9 | - | 1 | - | 2 | 18 | 30 |
| % | (30.0) | - | (3.3) | - | (6.7) | (60.0) | (100) |



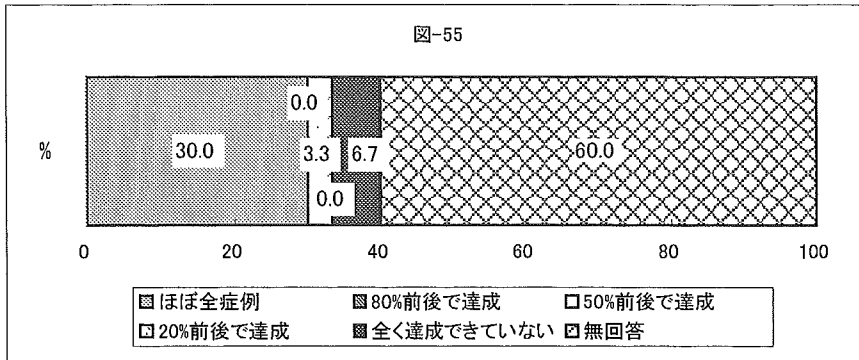
55. 放射線治療に関する装置やソフトウェアの導入時に、放射線科の医師を対象とする研修・講習会を開催している

| 回答 | ほぼ全症例 | 80%前後で達成 | 50%前後で達成 | 20%前後で達成 | 全く達成できていない | 無回答 | 合計 |
|----|--------|----------|----------|----------|------------|--------|-------|
| N | 8 | - | 1 | 1 | 2 | 18 | 30 |
| % | (26.7) | - | (3.3) | (3.3) | (6.7) | (60.0) | (100) |



56. 放射線治療に関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

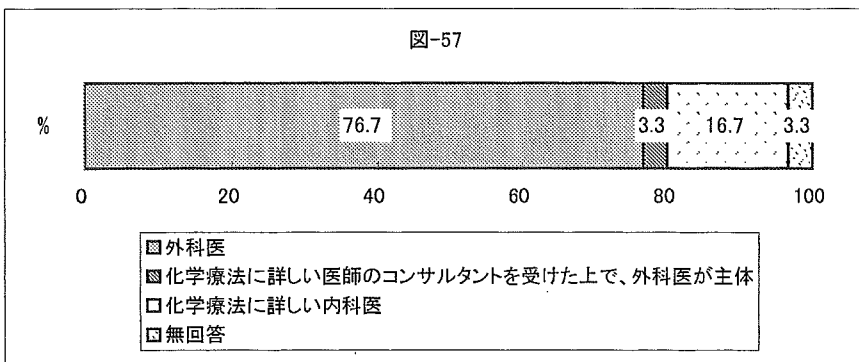
| 回答 | ほぼ全症例 | 80%前後で達成 | 50%前後で達成 | 20%前後で達成 | 全く達成できていない | 無回答 | 合計 |
|----|--------|----------|----------|----------|------------|--------|-------|
| N | 9 | - | 1 | - | 2 | 18 | 30 |
| % | (30.0) | - | (3.3) | - | (6.7) | (60.0) | (100) |



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

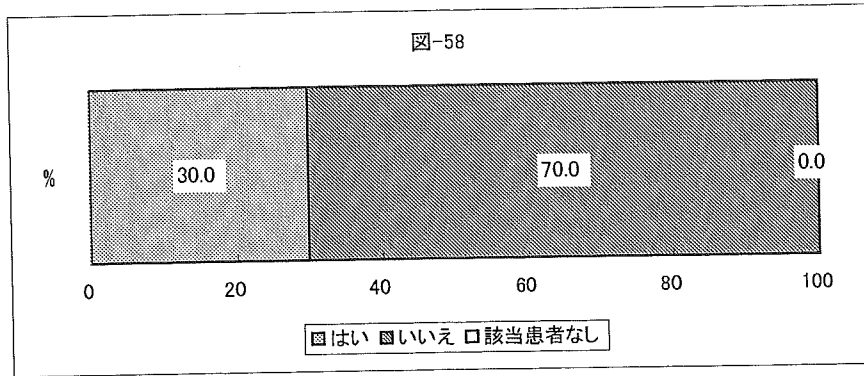
| 回答 | 外科医 | 化学療法に詳しい医師のコンサルタントを受けた上で、外科医が主体 | 化学療法に詳しい内科医 | 無回答 | 合計 |
|----|--------|---------------------------------|-------------|-------|-------|
| N | 23 | 1 | 5 | 1 | 30 |
| % | (76.7) | (3.3) | (16.7) | (3.3) | (100) |



5.7 包括的リハビリテーション

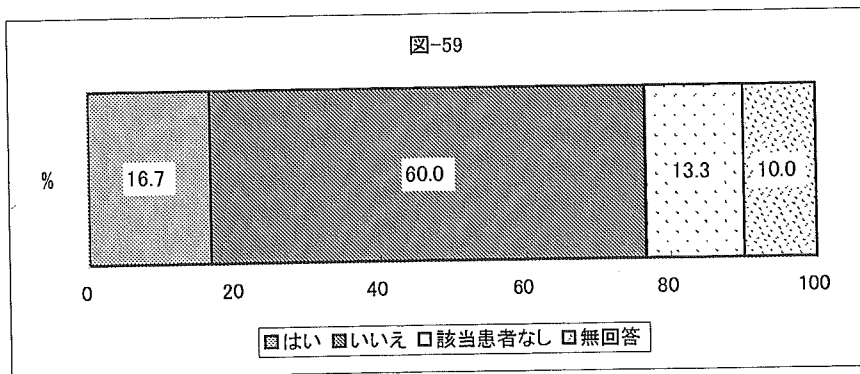
58. 緩和期リハビリテーションサービスを提供している

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 合計 |
|----|--------|--------|--------|-------|
| N | 9 | 21 | - | 30 |
| % | (30.0) | (70.0) | - | (100) |



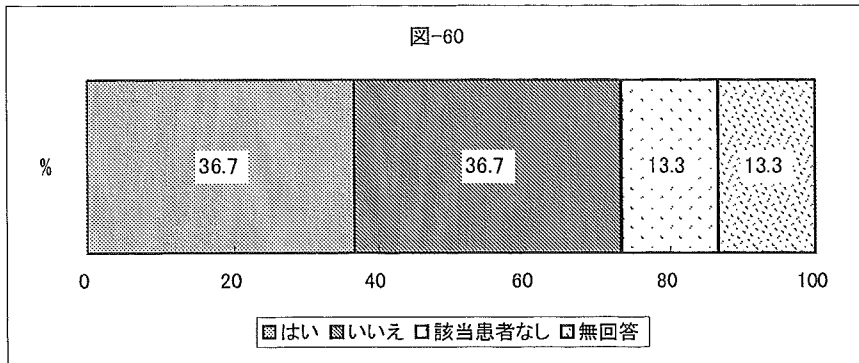
59. 永久気管孔(永久気管瘻)を作成した患者に対する教育/リハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 5 | 18 | 4 | 3 | 30 |
| % | (16.7) | (60.0) | (13.3) | (10.0) | (100) |



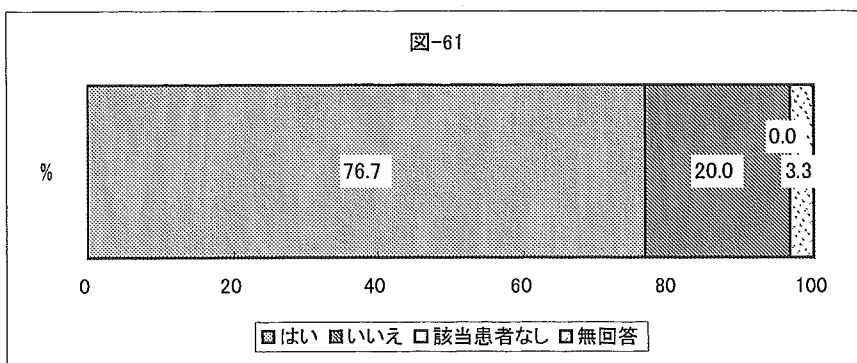
60. 発声障害(失声)がある患者に対する教育/リハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 11 | 11 | 4 | 4 | 30 |
| % | (36.7) | (36.7) | (13.3) | (13.3) | (100) |



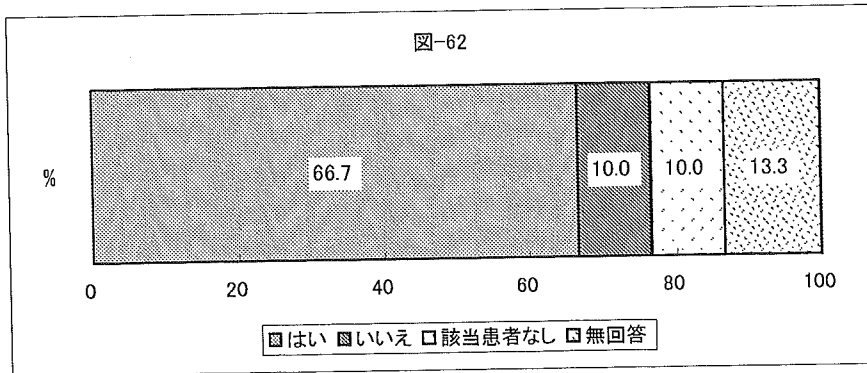
61. 乳房切除術後の患者に対する教育/リハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|-------|-------|
| N | 23 | 6 | - | 1 | 30 |
| % | (76.7) | (20.0) | - | (3.3) | (100) |



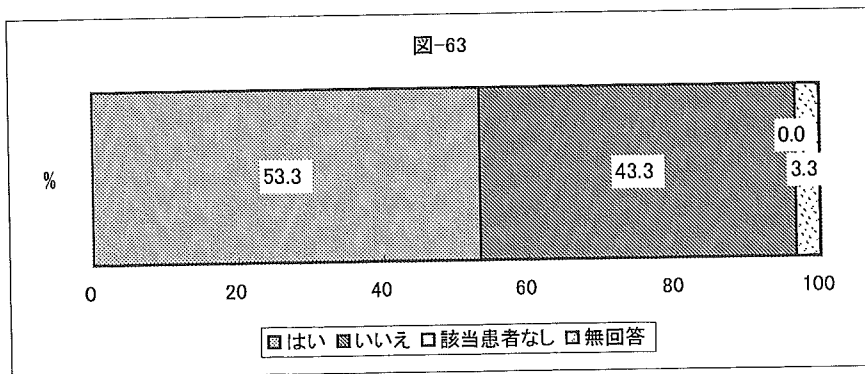
62. 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 20 | 3 | 3 | 4 | 30 |
| % | (66.7) | (10.0) | (10.0) | (13.3) | (100) |



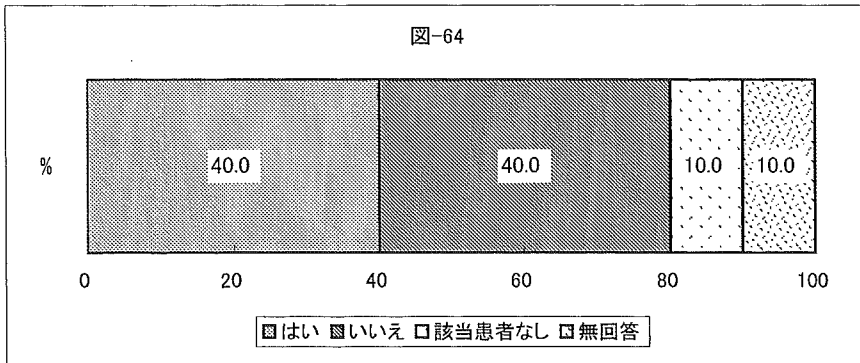
63. 大腸がん手術後の排便・排尿障害の患者に対する教育/リハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|-------|-------|
| N | 16 | 13 | - | 1 | 30 |
| % | (53.3) | (43.3) | - | (3.3) | (100) |



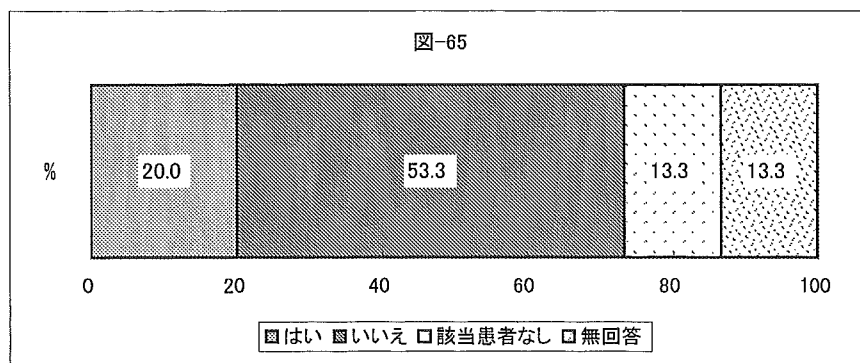
64. 泌尿器がん手術後の排尿障害のリハビリテーション・プログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 12 | 12 | 3 | 3 | 30 |
| % | (40.0) | (40.0) | (10.0) | (10.0) | (100) |



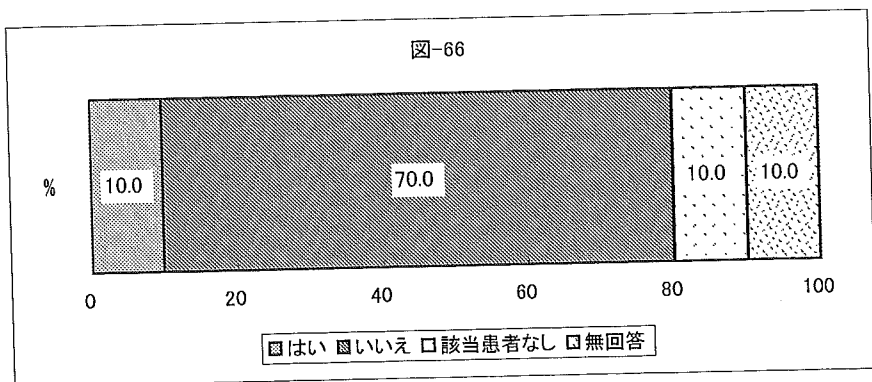
65. 女性生殖器がん手術後の排便・排尿障害に対する教育/のリハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 6 | 16 | 4 | 4 | 30 |
| % | (20.0) | (53.3) | (13.3) | (13.3) | (100) |



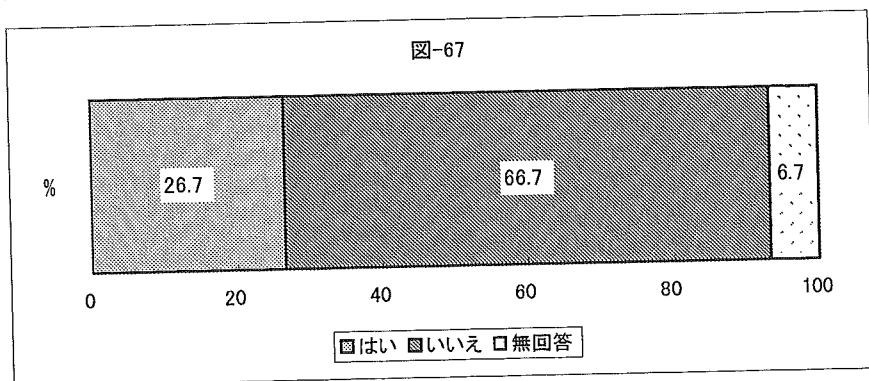
66. 性機能障害の患者に対する教育/リハビリテーションのプログラムがある

| 回答 | はい | いいえ | 該当患者なし | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|--------|-------|
| N | 3 | 21 | 3 | 3 | 30 |
| % | (10.0) | (70.0) | (10.0) | (10.0) | (100) |



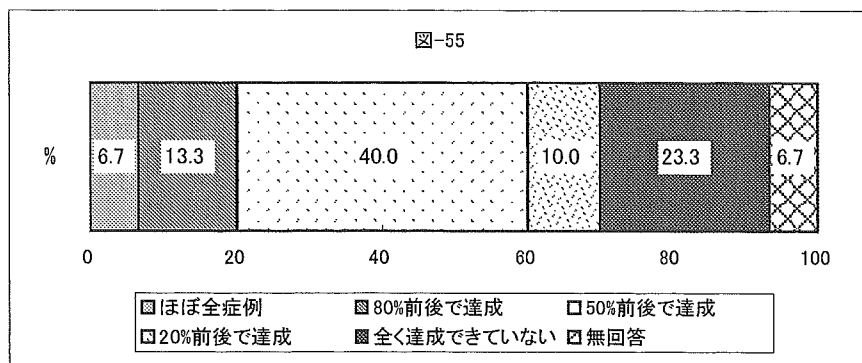
67. リハビリテーション・サービスを説明した、患者向けのパンフレットが作成されている

| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|-------|-------|
| N | 8 | 20 | 2 | 30 |
| % | (26.7) | (66.7) | (6.7) | (100) |



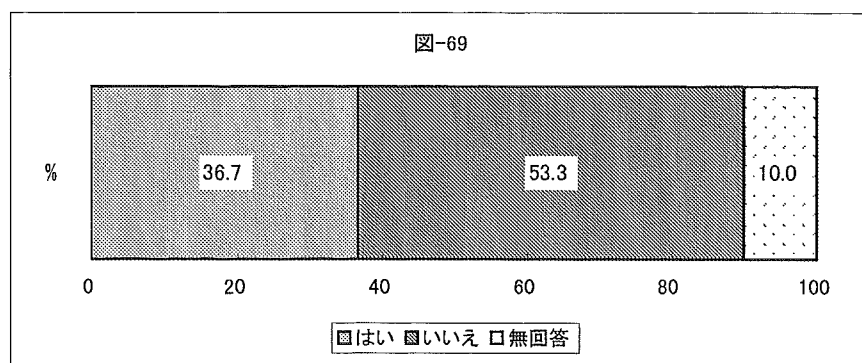
68. リハビリテーションに対する患者ニーズが多職種により評価された上で、サービスが提供されている

| 回答 | ほぼ全症例 | 80%前後で達成 | 50%前後で達成 | 20%前後で達成 | 全く達成できていない | 無回答 | 合計 |
|----|-------|----------|----------|----------|------------|-------|-------|
| N | 2 | 4 | 12 | 3 | 7 | 2 | 30 |
| % | (6.7) | (13.3) | (40.0) | (10.0) | (23.3) | (6.7) | (100) |



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

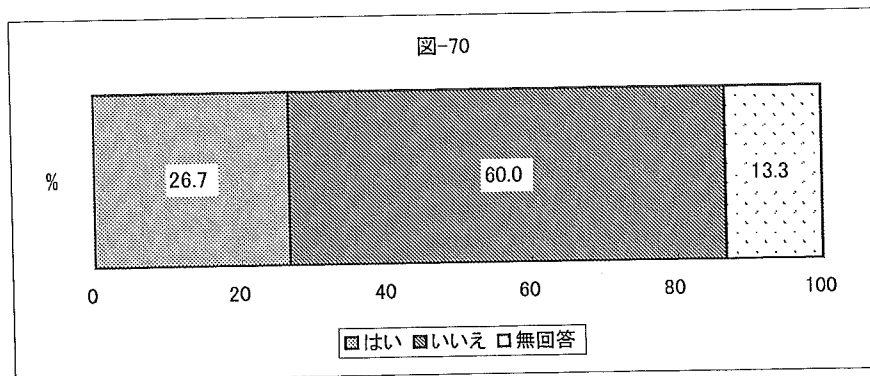
| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|-------|
| N | 11 | 16 | 3 | 30 |
| % | (36.7) | (53.3) | (10.0) | (100) |



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

| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|--------|-------|
| N | 8 | 18 | 4 | 30 |
| % | (26.7) | (60.0) | (13.3) | (100) |



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)

| 回答 | はい | いいえ | 無回答 | 合計 |
|----|--------|--------|-------|-------|
| N | 11 | 17 | 2 | 30 |
| % | (36.7) | (56.7) | (6.7) | (100) |

