

2) 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

栃がんは〇病院など2次医療圏に属する地域がん診療連携拠点病院の中心がん診療機能を担うべく、以下について検討を行なう必要がある。

- (1) 研修
- (2) 情報提供・相談・支援
- (3) 都道府県がん診療連携拠点病院協議会の設置  
栃木県がん総合対策検討会が2005年12月開催された。「栃木県のがん対策の現状と課題」も引き続き検討される予定である。

3) 平成18年度診療報酬改定による経営効果について

(1) がん診療連携拠点病院に係る評価の新設

① 基本的考え方

がん診療連携拠点病院に関し、がんの集学的治療、セカンド・オピニオン提供、緩和医療提供、地域医療との連携、専門医師、専門的コメディカルの配置、相談支援センター等を備えた体制について、新たに診療報酬上の評価を行う

② 具体的内容

がん診療連携拠点病院において、他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り、入院基本料に対する加算を新設する。

■がん診療連携拠点病院加算（入院初日）200点

※栃がんにおける仮算定

- ・紹介入院患者：約300名強／月、約4000名／年
- ・200（点）x 4,000＝800,000（点）
- ・8,000,000 円／年間

(II) 県立静岡がんセンターにおける口腔ケア・理学療法の研修

ーコ・メディカルスタッフの研修ー

■研修期間

①2005年11月24-25日（2泊3日）：

- ・看護師3名、理学療法士1名、清水：計5名

1) 口腔ケア

※ 口腔内合併症（誤嚥性肺炎、敗血症など）を軽減、予防するためのシステム作り

① 担当職種（定員）

歯科医師：常勤1名、非常勤1名、レジデント3名、  
歯科衛生士2名

●栃がん：非常勤歯科医1名（週1回）、非常勤歯科衛生士1名（週1回）

② 口腔ケアサポート体制の確立（歯科初診から経過観察までの流れ）

●栃がん：システムなし

③ 特定診療科／病態の選定

- ・頭頸科（手術、放射線・化学療法など）
- ・食道外科（術後管理）
- ・血液内科（骨髄移植患者など）
- ・緩和ケア（誤嚥性肺炎の対応）

●栃がん：患者選別作業なし

※以上の対比のうえで、栃がんで口腔ケアシステムを確立する上での問題点を検討し、以下をすすめている。

- ・口腔ケア・マニュアル（案）作成
- ・非常勤歯科医師との勉強会
- ・病院全体への周知
- ・常勤歯科衛生士採用など

2) 理学療法

① 担当職種（定員）

リハビリテーション専門医1名、助手1名、クラーク2名、(臨床心理士1名、MSW3名)、PT4名、OT2名、ST1名

●栃がん：常勤理学療法士1名

② 診療報酬点数

1 単位につき	I	II	III	IV	1 患者の 限度	1 従事者の 限度
個別療法	250	180	100	50	3単位	18単位
集団療法	100	80	40	35	2単位	54単位

(赤字：静岡がん、青字：栃がん)

スタッフの充実度・システムの位置づけの違いが

明らかであった。

#### D 考察

第3次対がん10か年総合戦略に基づき、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるようがん医療の「均てん化」の実現に向けて各種施策がなされてきている。その一環として、平成18年2月1日に厚生労働省健康局長により「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が通知された。それによると、がん診療連携拠点病院の指定について、地域がん診療連携拠点病院は、2次医療圏に1か所程度、都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県に概ね1か所整備することとされている。栃がんと〇病院を都道府県がん診療連携拠点病院、〇病院を地域がん診療連携拠点病院と想定し、地域もしくは都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件と対比させることは、各々の病院の機能向上のために必要な整備項目を明らかにすることができた。また、本研究の主目的である人的交流を通して人的要因・必要資金について分析し、問題点の一部を指摘できた。

(栃がんと〇病院との診療体制の相違、研修での問題点とその対策)

栃がんはがん診療専門病院であるのに対し、〇病院は感染症・救急病棟を有する総合病院で第二次救急医療基幹病院である。

地域からより多くの診療機能を要求されている。同時に、〇病院外科では入院患者の約70%をがん患者が占め、がん診療に関する機能向上も求められているが、各医師が臓器別に担当することは現実には厳しい。

(我が国に多いがん以外のがん)

食道がんのような我が国に多いがん以外のがん腫において、質の高いがん医療を提供するには①情報提供体制を整備することで、がん診療連携拠点病院の意義を広報する ②その結果、地域ごとのセンター化が期待される ③都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件のひとつである研修制度を活用することで、地域がん診療連携拠点病院

の食道がん担当医師の技術の向上や最新データを収集することができる ④地域がん診療連携拠点病院での技術指導も都道府県がん診療連携拠点病院医師の役割である。③④を行なうには、がん診療連携拠点病院間の連携の整備が重要である。今回、班研究の研修を行なうにあたり、各々の施設長レベルで班研究協力体制の確認が行われた。書類による人的交流は確保されたが、スケジュール調整が少し問題となった。栃がんでの手術症例数に限りがあるので、定時手術日を情報として供与できなかった。これはセンター化現象が起きた時に、初めて解決される事項と思われる。治療法は手術だけでないので、その他の治療法も含めた系統的研修体制を敷くことでスケジュール調整もより速やかに行なえるであろう。

(班研究経理)

次に、金銭供与の問題があった。班研究の研修であるので、病院間での金銭供与は認められなかった。現行の班研究経理における謝金や人件費での対応範囲では限られたものと考えられた。人的交流に要する出張回数を計画的研修に基づいて算出された明朗な予算には今までの班研究の縛りは改訂されるべき事項と思われた。

(がん診療連携拠点病院加算)

がん診療連携拠点病院加算が平成18年度診療報酬改定により加味された。これは人的整備の観点からは2人ぐらいの専任職員の補充を意味する費用であることから、前述された種々の業務を整備していくうえにはあまりにも少ない補助と思われた。

(コ・メディカルスタッフの研修)

コ・メディカルスタッフの研修では対象の選定が重要であった。チーム医療のシステム研修として静がんの提供する口腔ケアと理学療法はかなり洗練されたものである。まず、人的整備がかなりなされ、当センターがこれから行なうには、給与予算が認められないであろう。その意味では「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に示さ

れた指定要件にある、専門的がん医療に携わるコ・メディカルスタッフ（がん薬物療法薬剤師、がん化学療法看護師、臨床心理士、腫瘍登録士、放射線治療専門技師など）或いは相談支援センターなどに関わる職種など補うべき部門から順次整備するべきであろう。

今回、栃がなが都道府県がん診療連携拠点病院であると想定し2次医療圏内の病院と研修・人的交流を行なったが、資料作成にも改善の余地を多く残した。すなわち、栃がなが供与できるもの、〇病院が供与されるべきものの選定ができていないためと考えられた。

## E 結論

栃がんと〇病院の診療システムの相違を栃がんでの研修・情報交換を通して確認した。「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」におけるがん診療連携拠点病院の指定要件と対比させることで、あるべき機能・システムを構築するために必要な整備すべき点、コ・メディカルの研修の選定順などが明らかになった。平成18年度診療報酬改定における「がん診療連携拠点病院加算」はあまりにも少ない補助と思われた。人的交流に際して、資料作成および班研究費の取扱いで改善すべき点があると思われた。

## F 研究発表

なし。

## G 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし。

平成17年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」  
分担研究報告書

分担研究者 坪佐 恭宏 静岡県立静岡がんセンター

**研究要旨** 地域がん診療拠点病院の機能向上を目的に、静岡県下の3箇所のがん診療拠点病院のうち2病院から歯科医師、看護師、理学療法士のシステム研修を受け入れた。静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を担うリハビリテーションシステムと口腔ケアシステムについて研修を行った。また、栃木がんセンター、群馬がんセンター、愛知がんセンターからも看護師を中心とし静岡がんセンターのリハビリテーションおよび口腔ケアのシステムについて研修を行った。

更に静岡がんセンターから理学療法士を群馬がんセンターに派遣し、周術期の呼吸理学療法、離床支援を中心としたリハビリテーションの教育・啓蒙活動も施行した。

### 研究目的

前年度の国立がんセンターの診療システム研修をふまえ、今年度は医師以外のシステム研修も必要と考え、合計5病院からの研修を受け入れた。医師ではなくコメディカルからみた診療システムの要改善点や問題点を吸い上げることを目的とした。

多職種チーム医療に特徴のある静岡がんセンターの診療システムを研修していただき、各々の病院の診療システムと比較検討を行い、チーム医療への動機付けを目的とした。

また研修実施に際しての研修者および研修者側の病院における問題点、受け入れ側の問題点を明らかにすることも目的とした。

### 研究方法

静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療におけるリハビリテーションシステム、口腔ケアシステムを各がん診療拠点病院の診療システムとの比較検討を依頼し報告書を提出していただいた。

静岡がんセンターの理学療法士の派遣を通し、他のがん診療拠点病院との違いを検討した。

### 研究結果

#### ① 研修報告者

聖隷浜松病院

・リハビリテーション部次長(理学療法士) 池ヶ谷 利浩 (別紙1)

研修内容 周術期リハビリテーション、緩和医療におけるリハビリテーション

・リハビリテーション部課長補佐(言語聴覚士) 柴本 勇 (別紙2)

研修内容 摂食嚥下リハビリテーション、言語聴覚療法、

・歯科医長(歯科医師) 相澤 秀夫 (別紙3)

研修内容 歯科口腔外科診療、口腔ケア

静岡県立総合病院

・副看護師長(看護師) 川口 典子、渡辺 みき (別紙4)

研修内容 口腔ケア

・歯科口腔外科副医長(歯科医師) 竹信 保尚 (別紙5)

研修内容 歯科口腔外科診療、口腔ケア

各研修者からの報告  
別紙参照

静岡がんセンター リハビリテーション科 理学療法士 岡山太郎（別紙6）  
平成18年2月13日～2月17日に群馬県立がんセンターに周術期リハビリテーションの指導教育を行った。  
報告書は別紙参照

## ②研修の問題点

がん医療均てん化のためには人的交流が必要不可欠である。様々な形での相互交流、研修が考えられるが、受け入れる側の問題点は多岐のわたる。今回の研修受け入れでの問題点を挙げる。

- ① 研修のカリキュラムの作成が困難である。（講義などだけではなく、実践している現場の研修となるので時間設定が困難）
- ② 研修者の案内役が必ず必要であり、スタッフが対応すれば日常業務に影響がでる。
- ③ 見学だけでなく、実際に診療に参加するには、リスク管理や個人情報保護の観点から問題が生じる可能性がある。
- ④ 研修者が「がん医療の均てん化」の意味、意義を理解していないことがあり、説明に時間を要する。（「がん医療の均てん化」の概念が地方の医療者には浸透していない）
- ⑤ 設備や人員に各病院との格差がありすぎる場合に均てん化への方策が見出せない研修者があり、その場合の研修方法の見直しが必要。（経済的物理的な問題がある。）
- ⑥ 研修修了後の成果の確認方法の確立が必要。（問題点の確認だけで、改良されていない可能性がある。）
- ⑦ がん専門ではない病院からの研修なので、がんセンターのシステムとそぐわない部分が多い。

## 結論

静岡県下のがん診療拠点病院から看護師、歯科医師、理学療法士、言語聴覚士の研修を行い、静岡がんセンターとの比較検討、問題点の確認を行った。

今回の研修の成果をどのように均てん化のために生かすかが課題であり、その評価方法の確立も必要である。

地方（県下）でのがん医療均てん化には相当な時間が必要と考えられた。今後は、まず各（県立）がんセンター間の交流の充実をはかり均てん化をすすめていく必要があると考えられる。

「がん診療拠点病院システム均てん化に関する研究」

ーリハビリテーション部門システムについてー

研究協力者 池ヶ谷利浩 聖隷浜松病院 リハビリテーション部 次長

**研究要旨** 2005年11月17日から18日の2日間、静岡県立静岡がんセンターにおいて「がん診療拠点病院システム研修」を行い、食道がん、肺がんの周術期のリハビリテーションと緩和医療におけるリハビリテーションの関わりについて施設、人員数、人員配置、職種、部署機能、各部署の連携について情報収集を行い、自施設である聖隷浜松病院と比較検討を行った。

**A 研究目的**

静岡県立静岡がんセンター（以下、静岡がんセンター）における食道がん、肺がんの周術期リハビリテーションと緩和医療について調査を行い、聖隷浜松病院（以下、当院）におけるこれらのシステムと比較・検討し、今後当院において取り組むべき課題を明らかにすることを目的とした。

**B 研究方法**

静岡がんセンターにてリハビリテーションに関連する部署の見学を行い、静岡がんセンター資料と見学時に聞き取りにて調査を行なった。内容に基づき当院リハビリテーションのシステムと比較検討した。

**C 研究結果**

**1. リハビリテーション関連職種人員**

静岡がんセンターのリハビリテーション関連の人員はリハビリテーション医師1名、理学療法士4名、作業療法士2名、言語聴覚士1名であり、当院は、リハビリテーション医師3名、理学療法士20名、作業療法士12名、言語聴覚士5名であったが対象が全てががん患者である静岡がんセンターと当院では人員のみでの比較は困難であった。

**2. 周術期リハビリテーション**

**①処方方法・処方数・処方時期**

リハビリテーションの処方方法は、静岡がんセンターではリハビリテーション科対診でリハビリテーション科医師から処方が行なわれていた。当院では、主治医からの直接処方であり、リハビリテーション医師は必要時にコンサルテーションする形式である。がん特有の運動阻害因子や薬剤、その他治療によるリハビリテーション時のリスク管理など全例リハビリテーション医師からの処方は望ましい形であると考えられた。

がん患者のリハビリテーション処方数は、静岡がんセンターで年間1400件、当院で年間300件であった。

処方時期は、静岡がんセンターでは、必要に応じて術前処方が行なわれ、呼吸を中心とした運動機能評価と術前の運動療法が行なわれていた。当院では、術前の処方は稀であり、術前リハビリテーションも少ない。

**②術前リハビリテーション**

術前では、呼吸機能を中心とした評価が行なわれ、機能低下が見られる患者に対しては、術前の呼吸トレーニング、フィットネストレーニングが行なわれている。

**③術後早期リハビリテーション**

術後リハビリテーションでは、症状に応じた評価項目が定められ実施するとともに、

術後1日目からの積極的リハビリテーションが行なわれていた。今回、主に研修を行なった食道癌、肺癌ではそれぞれ17日、8日を退院までの期日とするパスに沿ったリハビリテーションが進められている。

術直後のICUにおけるリハビリテーションは、医師、看護師、理学療法士の3者が起座、起立、歩行に関わりリスク管理を行ないながら早期リハビリテーションが行なわれている。

当院では、周術期リハビリテーションはルーティンでは行なわれておらず、術後のリハビリテーションが必要に応じて処方される状況にある。また、当院におけるがん術後治療はICUではなく、外科病棟で行なわれる。ここでの病棟看護師の配置は、ほぼ同数であり、当院での術後の離床には主治医、リハビリテーション職種の関わりは少なく看護師により行なわれている。

#### ④情報の伝達

情報の伝達は、両病院とも電子カルテ、電話が用いられていたが、当院においては定期的なカンファランスは、行なわれていない。

### 4. 緩和ケア

#### ①処方

緩和ケアにおけるリハビリテーションの処方は、静岡がんセンターではリハビリテーション科への対診によりリハビリテーション科処方となっているが、当院では主治医または、緩和医師よりの処方でありリハビリテーション医師は必ずしも関わっていない。

処方数は、がんセンターでリハビリテーション処方された緩和期の患者は2年間で78例あるが、当院では極めて稀である。

#### ②病棟

静岡がんセンターでは緩和病棟が本棟、ホスピス併せて50床配置されているが当院では緩和ベッ

ドはなく、必要に応じて緩和チームが関わる形を取っている。

人員では、緩和科医師が静岡がんセンターで6名、当院では1名。専門看護師は、癌センターで6名、当院で1名と癌センターでの配置が良好であった。

#### ③治療方針確認

治療方針確認は、癌センターで定期カンファレンスが行なわれていた。当院では、緩和医師と看護師の回診はあるが多職種によるカンファレンスは必要時に行なわれている。

#### ④緩和ケア参加職種

参加職種は、医師、看護師、コメディカル、MSW、臨床心理士で両院とも差は見られなかったが、当院においては必要時に必要職種が集まる形式で、定期的に全職種が集まる形は取っていない。

### 5. メンタルケア

臨床心理士は静岡がんセンターで1名、当院では2名が配置されているが、がん患者・家族に専門医に関わる臨床心理士は配置されていない。また、静岡がんセンターにおける臨床心理士への依頼は、全職種からフリーアクセスであるが、当院では精神科対診であり、依頼に制約がある。さらに、静岡がんセンターに配置されている小児に対応するチャイルドライフスペシャリストは、当院には配置されていない。

### 6. 外来フォロー

外来フォローについては、静岡がんセンターでは少数であり、当院においてもがん患者の外来フォローは非常に少ない状況である。

### 7. まとめ

周術期リハビリテーション、緩和ケア、メンタルケアを中心に静岡がんセンターと当院の比較を行なった。

両病院のリハビリテーションスタッフ数には違

いがあったものの対象疾患や数が異なるために比較が困難であった。

周術期のリハビリテーションの提供内容においては術前、術後ともに静岡がんセンターで充実しており、今後の当院の課題のひとつであると考えられた。これらに必要なリハビリテーションスタッフについては、検討が必要である。ただ、早期リハビリテーションについて、病棟看護師配置については両病院で代わりはなく同じ状況での取り組みが可能であると考えられた。

また、緩和ケアにおいては、静岡がんセンターで施設・人員とも充実しており、病院機能の違いはあるもののもう一步前進させる必要があると考えられる。

最後にメンタルケアについては、静岡がんセンターも決して多い人数ではないが各職種からフリーアクセスで動ける点については当院の精神科対診に比べてなじみやすいシステムであると感じた。チャイルドライフスペシャリストも小児に関連する成人とは異なるかかわりとして必要性は高いものと思われた。

がん専門の病院である静岡がんセンターのがんに対する病院機能は充実しており、リハビリテーション、緩和ケアについても先進的取り組みをみることが出来た。今後、前述の優れた機能から必要かつ可能な機能を取り入れていきたい。



厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書 別紙2

「地域がん診療拠点病院の均てん化に関する研究」

分担研究者 坪佐 恭宏 静岡県立静岡がんセンター 食道外科部長

研究協力者(報告者) 柴本 勇 総合病院聖隷浜松病院リハビリテーション部 課長補佐

**研究要旨** 人的交流・施設間連携などを通して地域がん診療拠点病院の均てん化を図ることを目的に、2005年11月30日から12月2日の3日間、「がんセンターの診療システム」について見学及び研修を行った。研修地は静岡県立静岡がんセンターで、がん診療における「摂食・嚥下リハビリテーション」、「言語聴覚療法」、「リハビリテーション診療」に関係する施設、設備、職種、人員、リハビリテーションシステム、リハビリテーションアプローチ、職種間連携、情報の共有方法などを中心に見学・情報収集を行い、自施設である総合病院聖隷浜松病院と比較検討し考察を加えた。

**A 研究目的**

静岡県立静岡がんセンター（以下静岡がんセンター）で実践されている「摂食・嚥下リハビリテーション」、「言語聴覚療法」、「リハビリテーション診療」に関係する施設、設備、職種、人員、リハビリテーションシステム、リハビリテーションアプローチ、職種間連携、情報の共有方法などを中心に見学・情報収集を行い、自施設である総合病院聖隷浜松病院（以下聖隷浜松病院）と比較検討する。その上で、聖隷浜松病院で実践されているがん診療の十分な点・不十分な点を明らかにし、改善するための参考とする。

**B 研究方法**

静岡がんセンターで3日間、「摂食・嚥下リハビリテーション」、「言語聴覚療法」、「リハビリテーション診療」に関係する部署を見学および研修した。静岡がんセンターと聖隷浜松病院においてがん診療を支えるリハビリテーション、中でも言語聴覚療法および摂食機能療法の現状を設備面（ハード面）、システム面（ソフト面）の両方を比較検討した。倫理的側面に関しては、静岡がんセンターの研修システムと倫理規定に準拠した。

**C 研究結果**

**1. 施設・設備**

① 病院全体

静岡がんセンターでは、院内で患者・職員の氏名呼び出しが全くされていなかった。これは、外来患者さんに対して受付と同時に「呼び出し受信機」が配布され、院内の電子カルテシステムと連動し個々にメッセージを提供することができるためであった。また職員については、全員PHSを持っており、全てPHSにて連絡可能な状況となっているためであった。こういった活動によって、病院全体が非常に落ち着いた雰囲気となっていたこと、受診を伏せたい患者に対して配慮が行き届いていたことが聖隷浜松病院と異なっていた点である。更には、聖隷浜松病院・静岡がんセンター共に情報のIT化や情報開示が進んでいる病院であったが、静岡がんセンターでは各病床にあるテレビが情報端末も兼ねていた。各入院患者さんはテレビ画面から、病院からの案内・病院全体の情報・回診等の情報・外来受診等の情報や採血結果をもリアルタイムに閲覧することができるようになっていた。また、各職員が勤務の合間くつろぐ事ができるように、最上階に職員専用の食堂（レストラン）が完備されており、食事も特価で提供されて

いた。全体的には、各セクションの床面積がゆったりとしていたのが特徴で、外来患者が十分にくつろげる空間も多く用意されていた。

## ② 言語聴覚療法室

言語聴覚療法室はリハビリテーションエリアに1室のみあった。ただし、面積は広く、半分に仕切っても現状の言語聴覚療法施設基準である8㎡に足りる広さであった。聖隷浜松病院では4室の言語聴覚療法室が確保されている。静岡がんセンターは、聖隷浜松病院と比べ他訓練室との間に段差がなく、入口も車椅子が直線で余裕に入る広さを確保していた。言語聴覚療法室の備品は表に示すとおりだが、静岡がんセンターでは吸引器・O<sub>2</sub> sat モニター・血圧計・赤コンセントが配備されており、ハード面におけるリスクマネジメントの充実が聖隷浜松病院と異なっていた点である。

備品	静岡がんセンター	聖隷浜松病院
パソコン	1	1
電気喉頭	3	0
O <sub>2</sub> sat モニター ・血圧計	各1	0
吸引器	1	0
ディスプレイグローブ	1	0
テレビ・ビデオ一式	1	0
白板	1	0
音声録音装置一式	1	3
各種検査用具一式	1	1
赤コンセント (非常用)	2	0
各種訓練用具一式	1	1

## ③ 嚥下造影検査室

聖隷浜松病院のCアーム透視装置とは異なり、1方向の透視装置であった。車椅子で正面像・側面像の対応をしていた。録画媒体は、聖隷浜松病院がDVDであったのに対して、静岡がんセンターは

VHSビデオを使用していた。

## ④ IT関連

電子カルテシステム (Fujitsu 社) が導入されていた。リハビリテーションシステムも電子カルテシステム内に含まれていた。聖隷浜松病院では、リハビリテーションの「予約」・「会計」・「報告」・「帳票」管理システムとして別ソフトを介して実施している。静岡がんセンターでは、歯科 (口腔外科) も医科のカルテに含まれており、互いの情報交換がスムーズに行われていた。「呼び出し受信機と電子カルテとの連動」、「情報端末としてのテレビの活用」は、「病院全体」の項で示したとおりである。

## 2. 職種・人員(マンパワー)

### ① 病院全体

病院全体としては、1023名 (全床開床時:615床) である。聖隷浜松病院は、1511名 (2006年2月1日現在:744床) である。雇用職種として、静岡がんセンターに「ボランティアコーディネーター」、「チャイルドライフスペシャリスト」、「研究員」等、リハビリテーションに関連職種として、聖隷浜松病院には雇用されていない職種が存在した。

### ② リハビリテーション科

静岡がんセンター: 医師1名・PT3名・OT2名・ST1名 (2005年2月1日現在)

聖隷浜松病院: 医師3.25名・PT20名・OT12名・ST5名 (2006年2月1日現在)

リハビリテーション科内の職種としては、両院とも相違なかった。ただし、マンパワーは静岡がんセンターが、聖隷浜松病院の1/5~1/6であった。

### ③ 言語聴覚室

静岡がんセンターは、常勤1名であった。聖隷浜松病院は、常勤5名である。

## 3. リハビリテーションシステム

### ① 言語聴覚室

入院患者さんの、訓練予約は言語聴覚士が実施し

ていた。これは、聖隷浜松病院と相違点がなかった。外来患者さんについては、クラークが予約入力しており、各言語聴覚士が予約・会計共に入力する聖隷浜松病院との相違点であった。なお静岡がんセンターでは、クラークによって言語聴覚士のスケジュールがチェックされており、個々の言語聴覚士に完全に任されている聖隷浜松病院との相違点であった。静岡がんセンターでは、言語聴覚士が休む場合、訓練は「自主訓練」又は「休み」となっていた。また、外来訓練は基本的に1回/月の頻度で、依頼科の受診日にあわせてあった。ただし、依頼科の受診時間の状況によって言語聴覚室への到着が異なる場合もあり、各患者さんの訓練時間が変則的になっていた。従って、入院患者さんについては外来患者さんの合間に訓練を実施する方法をとっていた。入院患者さんの訓練予約時間については、一応前日に入力し、当日の訓練前の電話連絡にて時間を確定し訓練室にきいたたく方式であった。入院患者さんは、1人で訓練室にこられるレベルの方が多かった。1人で難しい場合には、病棟スタッフが送迎をしていたが、電話連絡後すぐに対応可能であった。送迎時間等については、特に決められておらず臨機応変な対応をしていた。なお外来患者さんの訓練によって、通常の勤務時間内で入院患者さんの訓練が終了しない場合は、夜に入院患者さんの訓練をする場合もあるとのことだった。加えて、基本的には何時になっても入院患者さん全員の訓練を実施する方針であった。PT・OT・STとの訓練時間の調整は、各スタッフで話し合いながら決定していた。言語聴覚療法の処方処方は診療各科が行い、リハビリテーション科（診療科）が集約して処方している方法をとっていなかった。依頼科は、「頭頸部外科」、「脳神経外科」、「食道外科」、「呼吸器外科」、「消化器内科」、「放射線治療科」からの処方が多かった。

#### ② 嚥下造影

静岡がんセンターでは、毎日14:00～15:00嚥下造影検査の枠が取られていた。1枠20分で、最

大15件/週が可能であった。聖隷浜松病院の9件/週よりも多くの検査が可能であった。検査実施の適応はリハビリテーション科医師が決定し、実施はリハビリテーション科医師・言語聴覚士・診療放射線技師が共同で行っていた。看護師は検査室にいなかった。実施方法は聖隷浜松病院と大きな差がなかったが、静岡がんセンターでは主科の医師が立ち会うことが多い点が相違点であった。

## 4. 訓練アプローチ

### ① 言語聴覚療法

訓練対象患者は、喉頭摘出患者・口腔領域の器質的变化に伴うコミュニケーション障害・摂食・嚥下障害が多かった。中でも、食道発声や電気喉頭の使用を中心とする音声障害に関連するリハビリテーションを積極的に行っていた点が聖隷浜松病院との相違点であった。静岡がんセンターでは予定手術が殆どである。手術を予定しかつ術後リハビリテーションが必要と予測される患者はあらかじめ外来にて術前評価として、必要な評価を行っていた。

### ② 摂食機能療法

殆どが術後、または治療の経過の中で発生する嚥下障害を対象としていた。評価および訓練方法は聖隷浜松病院と相違なかった。病棟看護師の協力を受けながら摂食訓練が進められていた。摂食・嚥下訓練を実施している患者さんの食種の変更は、言語聴覚士がイニシアチブをとっていた。カンファレンスを1回/週実施しており、病棟看護師を初め主治医・リハビリテーション科医師が集って意見交換をしていた。

## D 考察

### 1. 静岡がんセンターと聖隷浜松病院との相違

#### ① 病院全体

共に先進的な設備・診療体制を整えている病院であり、根本的に病院機能自体大きな相違はなかったと考える。ただし、がん診療専門センター

と総合病院内でのがん診療というそれぞれの性格の違いがあり、細部ではがん診療におけるシステムや対象疾患の相違を感じた。また静岡がんセンターでは、3日間とも1度も救急搬送を目にせず非常に落ち着いた雰囲気の中での診療が実践されていた。加えて、静岡がんセンターは新設という点もあり、アメニティーの充実・IT化の充実・職員へのサービスの充実が目立った。立地条件等考慮しなければならない項目も多いと思われるが、がん患者の状況およびそれに対応する職員の状況を考慮すると、今後これらの充実が望まれる。

## ② 言語聴覚療法室

マンパワーは聖隷浜松病院が勝っているが、がん診療のみならず、神経疾患・小児・聴覚障害等のリハビリテーションを担っているため、がん患者にするサービスは両施設ともほぼ同等と思われる。がん患者は、聖隷浜松病院の場合神経領域患者の術前後評価やリハビリテーション・摂食・嚥下リハビリテーションを主に対象としているのに対して、静岡がんセンターでは、頭頸部外科領域患者のリハビリテーションを主に対象としている点が異なると思われた。聖隷浜松病院では、喉頭摘出患者に対する電気喉頭を使用した訓練や食道発声訓練の実績が少ない。今後、がん診療を支える上では頭頸部腫瘍、とりわけ喉頭摘出後や口腔領域の切除後の患者の訓練経験の蓄積が望まれる。さらには、静岡がんセンターでは手術前の評価を外来で実施しており、効率よく入退院させる上では今後検討すべき点であると思われた。

訓練室の設備は、前述のとおり吸引器等リスク管理に関して配慮されていた。聖隷浜松病院では他の部門との共有であり、設置検討が望まれる。また、静岡がんセンターでは関連職種が言語聴覚療法の実施に協力体制を整えており、より多くの患者の訓練を効率よく実施できる状況となっていた。体調変化しやすいがん患者に対して確実にサービスと提供する特殊性を考慮すると、今後聖隷浜松病院においても検討すべき点と考えられ

た。

## 2. 地域がん診療拠点病院の均てん化に関して

聖隷浜松病院は、「地域がん診療拠点病院」であると同時に「地域医療支援病院」でもある。言語聴覚室および摂食・嚥下リハビリテーションについても、通常業務として救急搬送されてくる患者に対して速やかにリハビリテーションを実施し、再び地域社会に戻っていただくことが望まれている。一方、がん診療はある種特殊な専門的知識および技術が要求される業務である。聖隷浜松病院をがん診療専門センターレベルに均てん化させるためには、5名の言語聴覚士全員に業務分担させるのではなく、専門的診療を担うことができる専門的な言語聴覚士の養成が望まれる。病院経営的には、ロスが生じることが予測される。地域がん診療拠点病院が専門的人材を保有しても、経済的に低下しないようなサポート等工夫が必要であろう。

## 3. 研修に関して

聖隷浜松病院は、言語聴覚療法・摂食機能療法共に積極的に実施している施設である。当然、がん患者の診療経験も多く有する。ただし、前述のようにがん医療専門施設ではないために、対象患者はがん診療の専門センターと異なる。また、今後聖隷浜松病院がどの程度がん診療専門センターと同様の患者を受け入れるか不明な状況でもある。こういう状況の中で、現場の責任者として何を研修するかが一番の課題であると考えられた。今回の研修を通してお互いがん診療に関わる仲間として、種々の情報交換できたことは大変有益であった。お互いの診療レベルを確認しあうには研究会の設立、システムに関しては病院管理者の情報交換の場があるとより有意義な活動になると思われた。

## E 結論

静岡がんセンターと聖隷浜松病院のがん診療システムの相違を静岡がんセンターの見学・研修を通して確認した。アメニティー・設備等検討すべき点があった。対象患者が違うことが確認され、均てん化を図るためにこの点を考慮する必要がある。研修については内容を改良できる部分があり、診療レベルについては研究会の開催、システムについては管理者の情報交換の場を設ける必要がある。

## F 研究発表

なし。

## G 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし。

平成17年度厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
がん政策医療分野「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」  
「人的交流」小班 坪佐恭宏 分担研究書 別紙3

地域がん診療拠点病院、がん医療均てん化システム研修  
「口腔ケアに関するシステム研修」についての報告書

研修報告者：相澤秀夫

所属機関名：聖隷浜松病院 職名：歯科医長

2004（平成17）年11月30日～2004（平成17）年12月2日

於：静岡県立静岡がんセンター

**研究要旨** 静岡県内の各地域でのがん診療拠点病院における「がん医療の均てん化」を目標とし、「がん医療均てん化システム研修」が行われた。その中で、私は「口腔ケアに関するシステム研修」に参加した。研修は、静岡県立静岡がんセンターにおいて、2004（平成17）年11月30日～2004（平成17）年12月2日にかけて行われた。今回は、静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科で行われている、がん患者に対する口腔ケアについて、診療体制、診療内容、設備、システムなどを中心に情報収集を行い、自施設である聖隷浜松病院歯科との比較検討を行った。

**【目的】**

今回、静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科において行われている、がん患者に対する口腔ケアについて、診療体制、診療内容、設備、システムなどを中心に情報収集を行った。また、これらの情報について、私自身が所属している聖隷浜松病院歯科で行われている口腔ケアとの比較・検討を行い、地域がん診療拠点病院における、がん医療の均てん化に役立てることを目的とした。

**【方法】**

静岡県立静岡がんセンターにおいて3日間、歯科口腔外科を中心に食道外科や頭頸科をはじめ、歯科口腔外科のスタッフが口腔ケアを行ううえで関わりと考えられる部署を見学し、また、その部署のスタッフから説明を受けるなどして、その診療体制、診療内容、設備、システムなどを中心に様々な情報収集を行った。

**【結果（静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科と聖隷浜松病院歯科との比較）】**

（診療体制について）

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科では、常勤歯科医師1名、非常勤歯科医師1名、ジュニアレジデント3名、常勤歯科衛生士1名、非常勤歯科衛生士1名のスタッフ体制で診療を行っている。

聖隷浜松病院歯科では、常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士1名、非常勤歯科衛生士1名の体制で行っており、特に歯科医師数に差がある。

（診療内容について）

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科では、「がん患者に対して口腔合併症対策としての口腔ケア」だけでなく、「がん患者に対しての歯科治療」、「頭頸部がん患者の術後リハビリ治療」、「一般口腔外科疾患治療」、という4つの項目を大きな柱として歯科診療を行っている。

聖隷浜松病院歯科では、「入院患者に対して口腔合併症対策としての口腔ケア」以外にも「入院患者に対しての歯科治療」も行っており、この2つの項目を大きな柱として歯科診療を行っている。

#### (設備について)

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科の診察室には、歯科用ユニットが3台設置されている。そこで、歯科医師による歯科治療や歯科衛生士による口腔ケアを行っている。歯科診察室まで来ることが不可能な患者に対しては、歯科衛生士が必要な道具を持って病室まで往診し、口腔ケアを行っている。また、ICUには口腔ケアに必要な道具が「口腔ケアセット」として常備されている。

聖隷浜松病院歯科には、現在のところ歯科用ユニットが設置された歯科診察室はない。訪問歯科診療などで使用するポータブルユニットを用い、ベッドサイドあるいは各病棟の処置室やリハビリテーション科診察室を使用し、入院患者に対する歯科治療を行っている。また、入院患者に対する口腔ケアは、必要な道具をカートに乗せ、それぞれの病棟に往診し、ベッドサイドで行っている。このカートを使用すれば、ベッドサイドでの口腔ケアも比較的スムーズに行うことができる。

#### (システムについて)

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科の口腔ケアに関するシステムについて報告する。まず、口腔合併症が起り得る可能性があるがん治療を行う科との連携がとれており、システム化がなされている。

具体的には食道外科、消化器内科、血液・幹細胞移植科からは外来へ依頼が来るシステムが確立されており、周術期の口腔ケア、放射線治療や化学療法を行う前の口腔ケア、放射線治療や化学療法の最中の口腔合併症への対応がとられている。

頭頸科、放射線治療科、緩和医療科からは外来への依頼だけではなく、毎週あるいは隔週のカンファレンスに出席し、患者のピックアップを行っている。もちろん、その他の科からも口腔内に何らかの問題があれば依頼が来るシステムが確立されている。

各科から依頼が来た後の口腔ケアの介入頻度については、手術を行う際は術前、術後と退院まで週2回の頻度で介入し、退院後も必要に応じて外来での歯科治療を行っている。また、骨髄移植、放射線治療や化学療法を行う際は、これらの治療を行う前、行っている最中も口腔内の状態に応じて介入し、治療が終わった後も週1～2回のペースで退院まで介入する。緩和医療科の患者に対しても、死亡時あるいはsedation開始時まで状況に応じて週1～3回の頻度で口腔ケア介入を行っている。

次に、自施設である聖隷浜松病院歯科の口腔ケアシステムについて述べる。聖隷浜松病院は急性期総合病院であるため、口腔ケアに関しては、静岡県立静岡がんセンターと同様のがん患者を対象に行うこともあるが、脳血管疾患や交通外傷などをはじめ様々な疾患の患者の急性期での口腔ケアに関わることが多い。このような患者は汚染が強い、開口障害がある、易出血性である、時間がかかるなど病棟のスタッフでは対処しきれないケースも多い。さらに、嚥下チームの一員として、誤嚥性肺炎の予防、あるいは嚥下の間接訓練を目的とした口腔ケアを行っている。

依頼に関しては、患者の主治医が口腔内に何らかの問題があり歯科医師に診察してもらいたい、今後嚥下訓練を行っていく予定である、あるいは誤嚥性肺炎の疑いがあるため歯科衛生士に口腔ケアを行ってほしい、などと判断した場合に依頼が来ることになっている。歯科介入の頻度は患者の状態によって様々である。毎日、1日おきあるいは週1回などと歯科医師や歯科衛生士が判断して口腔ケアを行っていく。状態が良くなれば看護師

サイドで口腔ケアを行ってもらえるように指導することも多い。また、患者が自力で口腔ケアを行えるまでに回復した場合には、患者自身にも指導を行っている。

(電子カルテについて)

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科、聖隷浜松病院歯科ともに電子カルテを採用し、ペーパーレス化が図られている。しかし、大きな違いとして静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科の電子カルテは医科の電子カルテと連携がなされているが、聖隷浜松病院歯科の電子カルテは医科の電子カルテと分離されている。そのため、事務作業で歯科のスタッフにかかる負担が大きい。

#### 【考察】

今回、静岡県立静岡がんセンターを見学し、病院の性格や患者層の違いを感じた。静岡県立静岡がんセンターはがん専門病院であり、開院当初から歯科口腔外科が存在していたことから、このような確立されたシステムを作ることができたと考えられる。一方、聖隷浜松病院は急性期総合病院であり、また、歯科が嚥下チームの一員としての口腔ケアを行うことを一つの大きな目的として平成16年4月に開設された経緯もあることから、前述のように脳血管疾患や交通外傷をはじめとした急性期での口腔ケアや嚥下チームの一員としての口腔ケアに関わることが圧倒的に多い。しかし、聖隷浜松病院も地域がん診療拠点病院であることから、今後は静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科での取り組みを参考にし、がん医療の均てん化を図るために「がん患者に対して口腔合併症対策としての口腔ケア」や「がん患者に対しての歯科治療」を積極的に行っていくべきであろう。そのためには、やはりマンパワーの充実が必要不可欠である。現状では、がん患者に対しても口腔ケアや歯科治療の介入を積極的に行うには人員が不足している。歯科医師、歯科衛生士ともに充足さ

せなければいけないと考えている。また、静岡県立静岡がんセンターをはじめとした地域がん診療拠点病院と様々な交流を図り、今後も積極的に情報交換を行っていく必要性を感じている。

さらに、設備の充実度の違いが顕著であるため、がん医療の均てん化を図るためには聖隷浜松病院にも歯科用ユニットが設置された歯科診察室を早急に作る必要があると思われる。設備を整えることは、がん患者に対しての口腔ケアや歯科治療の介入を積極的に行ううえで非常に重要であろう。また、このような口腔ケアや歯科治療の介入が、口腔合併症の回避だけではなく、患者のQOL(Quality of Life)の向上や医療経済的な効果をもたらす可能性も考えられる。

今後、マンパワーの充実、地域がん診療拠点病院どうしの人的交流や様々な情報交換、設備の充実などが「がん医療均てん化」のためには必要不可欠であると痛感している。しかし、これらのことを実現するためには、予算の問題をはじめ、様々な角度からの検討や工夫が必要であろう。

#### 【結論】

静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科では、口腔合併症が起り得る可能性があるがん治療を行う科との連携がとれており、口腔ケアのシステム化がなされていた。

聖隷浜松病院歯科では、がん患者に対して静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科と同様な口腔ケアシステムの構築には至っていない。今後、様々な角度からの検討や工夫を行い、地域がん診療拠点病院として、がん医療の均てん化を図るために「がん患者に対して口腔合併症対策としての口腔ケア」や「がん患者に対しての歯科治療」を積極的に行っていくべきであろう。



「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」

平成17年度地域がん診療拠点病院でのシステム研修

分担研究者 川口 典子、渡辺 みき 静岡県立総合病院 副看護師

**研究要旨** 当院はがん拠点病院になっているが口腔ケアの体制は不十分な為、2005年11月29日から12月1日までの3日間静岡県立静岡がんセンターで、がん医療均てん化システム研修の為「化学療法における口腔ケアのシステム」について研修を行った。研修内容は、口腔ケアのエビデンスや、急性期病院における口腔内環境のコントロールの重要性などの講義を受け、口腔ケアのシステムに関係する部署機能、職種、人員数・配置、各部署の連携などを中心に情報収集を行い、自施設である静岡県立総合病院と比較検討を行った。

**A 研究目的**

静岡県立がんセンター（以下静岡がん）における施設・設備、部署機能、職種、人員数・配置、各部署の連携などを中心とした口腔ケアシステムを研修し、静岡県立総合病院（以下県総）における口腔ケア対策と比較検討し、不十分な部分を改善するための参考とする。

本研修の時期、期間、内容、交通手段などについての問題点を明らかにすることも目的とした。

**B 研究方法**

静岡がんにて3日間「化学療法における口腔ケアシステム」について講義を受け関係部署を見学しそのシステムについて研修を行った。

**C 研究結果**

静岡がんと県総との比較

静岡がんは口腔ケアサポート体制が整っており、各科・各病棟と連携をとって患者のサポートにあたっていた。病棟では朝のカンファレンスを利用し、患者のADL・QOLを高める為に医師・看護師が情報交換を行っていた。

当院は、骨髄移植前の口腔ケアチェックしか行っていない。

依頼システムについては、静岡がんと同様に口腔内に問題が発生した場合のみに医師が依頼箋記入して依頼している。

口腔衛生状態が悪く口腔ケア指導が必要と判断した場合は、看護師が直接歯科衛生師に依頼し指導を受けているが、歯科医師の介入がない為に点数が取れていない。

当院には歯科医師常勤2名いるが午前は平均40名の外来診療、午後は外来小手術平均8名の診療にあたっている。これは当院が地域の病院としての役割を担っている為と考える。

当院における癌患者数は把握できていないが、静岡がんのシステムを取り入れるには、他科医師の理解と歯科医師の増員が必要と考える。

I. 静岡がんにおける口腔ケアサポート体制

1. チームの構成

歯科医師・歯科衛生士・看護師・薬剤師

2. 各科との連携

①頭頸科・放射線科：術前ケア・術後感染  
感染予防・誤嚥性肺炎対策・放射線性  
口内炎

②食道外科：誤嚥性肺炎対策

③消化器内科：食道がん放射線化学療法の口

- 内炎対策
- ④婦人科：卵巣癌化学療法の内炎対策
- ⑤整形外科：骨肉腫に対する大量化学療法の  
歯性感染・口内炎対策
- ⑥造血幹細胞移植：口腔内感染対策・口内炎  
GVHD対策
- ⑦泌尿器科：睾丸腫瘍に対する大量化学療法  
の歯性感染・口内炎対策
- ⑧乳腺外科：再発乳がん等の大量化学療法感  
染・口内炎対策
- ⑨肺内科：化学療法中の易感染性宿主として  
の口腔感染・誤嚥性肺炎対策
- ⑩緩和ケア：易感染性宿主としての口腔感染・  
誤嚥性肺炎対策

・県総 常勤2名

## 2. 仕事の内訳

- ・静がん 診療補助  
口腔ケア指導  
術前・術後指導
- ・県総 診療補助  
口腔ケア指導

## V. 看護師

- ・静がん 専門看護師 がん看護 1名
- 認定看護師 WOC 5名
- ICN 1名
- 疼痛 3名
- 化学療法 1名
- ・県総 重症集中ケア認定看護師 1名

## II. 依頼システム

1. 依頼（主治医が依頼箋記入）
2. 依頼当日中に往診
3. 各病棟サポートメンバー・主治医に連絡

## III. 歯科口腔外科の役割

1. 歯科口腔外科医師数
  - ・静がん 常勤1名  
非常勤1名  
レジデント3名
  - ・県総 常勤2名
2. 仕事の内訳
  - ・静がん 口腔合併症対策  
歯科治療  
頭頸部がんの術後リハビリ  
一般口腔歯科治療
  - ・県総 一般口腔歯科治療  
骨髄移植前診察

## IV. 歯科衛生士の役割

1. 歯科衛生士数
  - ・静がん 常勤1名  
非常勤1名

## D 考察

当院は地域がん診療拠点病院としての役割を担っている反面、地域の急性期病院としての役割もある為静がんのシステムをどこまで取り入れられるかが重要である。その為には医師の理解と協力が必要不可欠であるが、私たち看護師ができることを考えていきたい。

現在当院には、1日50～60名の外来化学療法患者が通院しているが日々の業務に追われ口腔ケア指導までは行っていない。病棟においてもがん化学療法を行っている患者には口腔ケア指導は行っておらず、口内炎ができてから対症療法を行っているだけである。口内炎は予防する事で症状の増悪を防げるという知識すら看護師にはない為歯科医師と協力して勉強会を開催し、口内炎予防への知識・意識を高める必要がある。

がん化学療法患者に対する意識の低さの要因として考えられることは当院に認定及び専門看護師がおらず、指導的立場からの助言がないからといえる。今後は継続して患者指導ができるように入院時に口腔内アセスメントを行い、患者に口内炎についての知識を提供し、指導していく。問題の

あった患者については外来に情報を提供し継続的に関わっていけるようなシステムを作っていく必要がある。

## E 結論

今回静がんにおいて3日間研修し、県総と比較検討を行った。システム作りは看護師サイドだけの働きかけでは困難なため、医師の参画が重要である。今回の研修参加は歯科医師と看護師のみであったが医師の参加も必要と感じた。

今回の研修をもとに口腔ケアのシステムの基礎をつくっていきたい。

平成17年度厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

坪佐恭宏 分担研究報告書 別紙5

がん政策医療分野「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究

研究者 竹信 保尚 静岡県立総合病院 歯科口腔外科副医長

研究要旨

システム研修、人的交流に関し、2005年11月15日から11月17日までの3日間、研修を行った。研修地は静岡県立静岡がんセンターで、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションに関する施設、設備、部署機能、職種、人員数、配置、各部署の連携などを中心に情報収集を行い、自施設である静岡県立総合病院と比較検討を行った。

研究目的

静岡県立静岡がんセンターにおける施設、設備、部署機能、職種、人員数、配置、各部署の連携などを中心とした口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションに関するシステムを研修し、静岡県立総合病院におけるそれと比較検討し、十分な部分と不十分な部分を探索すること。また、今後、不十分な部分を改善するための参考とする。

本研修の期間、内容、宿泊施設、交通手段、自施設不在中の対策などについての問題点を明らかにすることも目的とした。

研究方法

静岡県立静岡がんセンターにて3日間、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションに関する部署を見学し、そのシステムについて研修を行い、自施設と比較検討した。

研究結果

静岡県立静岡がんセンターと静岡県立総合病院との比較

(診療体制)

静岡県立静岡がんセンター口腔外科では外来

診療、手術、病棟業務、口腔ケア病棟回診、頭頸科・放射線治療科・緩和医療科カンファレンスへの参加、特殊なものとしてはエピテーゼ外来などを行っている。一方、静岡県立総合病院歯科口腔外科においては外来診療、手術、病棟業務、口腔ケア病棟回診を行っている。ただし、その内容は、静岡がんセンターが口腔ケアに力を入れているのに対し、当院では外来診療、手術を中心とした一般的な総合病院における歯科口腔外科業務である。

静岡がんセンター口腔外科のマンパワーについては常勤歯科医師1名、非常勤歯科医師1名、ジュニアレジデント3名、常勤歯科衛生士1名、非常勤歯科衛生士1名である。一方、当院は常勤歯科医師2名、非常勤歯科医師1名（静岡県立こころの医療センター所属。当院は週3日の業務。ただし現在は麻酔科研修のため週1日の業務）、常勤歯科衛生士2名体制となっている。静岡がんセンターのジュニアレジデントの数が多くことが当院との違いである。

歯科口腔外科職員数

	静岡がんセンター	静岡県立総合病院
常勤歯科医師	1名	2名
非常勤歯科医師	1名	1名(週3日)
ジュニアレジデント	3名	0名
常勤歯科衛生士	1名	2名
非常勤歯科衛生士	1名	0名

歯科口腔外科人件費（単位：千円）

	静岡がんセンター	静岡県立総合病院
常勤人件費	20,593	36,912
非常勤人件費	29,714	0
計	50,307	36,912