

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

平成 16－18 年度総合研究報告書

「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」

分担研究者 坪佐 恭宏 静岡県立静岡がんセンター 食道外科部長

（平成 16 年 4 月－19 年 3 月）

研究要旨：地域がん診療拠点病院における機能向上のための施設間連携・研修教育システム・人的交流の方法を見出すため【1】池田班の中に加藤小班会議の決定に基づき 2005 年 2 月 21 日から 3 月 4 日までの 2 週間で「適切ながん医療システム」について研修を行った。研修地は国立がんセンター中央病院で、食道癌の診療システムに関係する施設・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（静岡県立静岡がんセンター）（以下、静がん）と比較検討を行った。【2】平成 17 年度は、静岡県内外施設との交流研修を行った。①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。静がん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。②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。③静がん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。【3】県下のがん診療拠点病院の歯科医師、理学療法士、看護師による静がんの食道癌の診療におけるチーム医療を中心としたシステム研修を行い、がん医療における各施設のシステムの見直しを行った。各施設で様々な問題点があることが判明し、そのための努力を続ける必要があるのは明白であるが、実質的な均てん化に向けての確実な方法論が見いだせていないのが現状である。

A. 研究目的

【1】平成 16 年度は国立がんセンター中央病院（以下国がん中央）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食道癌診療システムを研修し、静岡がんセンター（以下静がん）における食道癌診療システムと比較検討し、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。

【2】平成 17 年度は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。

【3】平成18年度は前年度までの国立がんセンターの診療システム研修、当静岡がんセンターでの医師以外（歯科医、理学療法士、看護師）の診療システム研修を踏まえ、今年度の各施設の取り組みと成果を検討した。

B. 研究方法

【1】国がん中央病院にて2週間食道癌診療に関係する部署を見学し、そのシステムについて研修を行った。国がん中央と静岡がんの食道癌診療システムを比較検討した。

【2】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。

【3】17年度までの研修での結果をもとに、①各施設での取り組み状況の報告を受け、その改善点や新たな問題点を確認することとし、②静岡がんの平成16年度からのシステムの変化をハード面から比較した。さらに、本研究費での取り組みではないが、参考として平成16年度からの静岡がんの取り組みの概要を記述する。③平成16年度、17年度の診療システム研修の成果を全国学会である日本がん学会で発表し、参加者の意見を吸い上げることとした。④がん医療の均てん化に必要な医療連携に関連して宮崎県および宮崎県医師会主催の平成18年度「8020推進シンポジウム」にて静岡がん歯科口腔外科の大田洋二郎と食道外科の坪佐恭宏ががん医療における歯科開業医との

連携の重要性と食道癌の診療における歯科の役割の重要性について講演した。

（倫理面への配慮）

国がん中央の研修プログラムと倫理規定に準拠した。

C. 研究結果

【1】国がん中央と静岡がんとの比較 （診療体制）

国がん中央では食道癌の診療は外科内科の区別なく食道グループとして体制を採っており、治療方針は Decision Tree に基づいて合同カンファレンスで決定されていた。放射線治療部、頭頸科、画像診断部、内視鏡診断部、緩和グループ、精神グループとも連携し診療を行っていた。静岡がんにおいてもほぼ同様の診療体制を採っており、加えて歯科口腔外科、リハビリテーション科の介入もある。Decision Tree もほぼ同様である。

国がん中央のマパワーについては食道グループにはレジデントおよびチーフレジデントが常時複数名（外科系、内科系合わせて8名）ローテーションしており、静岡がんとの大きな違いである。

表1.

平成16年度	国がん中央	静岡がん
医師スタッフ	118名（病理医は含まれない）	96名（歯科医1名含む）
レジデント	76名	11名（歯科医2名含む）
チーフレジデント	38名	5名
非常勤医師	4名	6名（歯科医1名含む）

食道外科医	3名	2名
消化器内科医	6名	5名
内視鏡医	6名	5名
放射線治療医	6名	3名
画像診断医	8名	7名

(看護体制)

表 2. 職員数の比較の表参照。

平成 16 年度	国がん中央	静がん
看護スタッフ	432名	394名
非常勤	15名	22名
休職者	20名	13名
専門看護師		
がん看護	2名	1名
リエゾン	1名	0名
小児	1名	0名
認定看護師		
WOC	2名	5名
ICN	4名	1名
疼痛	1名(17年度から+2名)	3名
化学療法	0名(17年度から+5名)	1名

病棟の看護体制に関して、国がん中央は病棟全体の引継ぎ業務はなかった（個別には引継ぎは行っている）。静がんでは病棟全体の引継ぎ業務は行っている。

(病棟)

病床数は国がん中央は 600 床で静がんは 465 床（増床予定）である。

静がんとの違いは治験病棟が存在することと、ICU4 床と HCU30 床があり、術後管理病棟としては静がんの 14 床のほぼ倍の病床数となっている。

食道癌の術後は ICU3 泊 + HCU4 泊で一

般病棟に帰るという流れであり、静がんの ICU6 泊と大きな違いはなかった。

(栄養管理室)

国がん中央では運営局に所属しており、調理業務の一部のみ委託している。一方静がんでは調理業務は完全委託である。

国がん中央では栄養食事指導は集団指導を中心として行っており、頭頸部がん・食道がん・肝胆膵がん患者に対しては個別指導をしている。静がんでは依頼のあった患者には全て個別に栄養食事指導を行っている。栄養サポートチームは現時点では両院とも機能していない状況である。

表 3.

平成 16 年度	国がん中央	静がん
管理栄養士	3名	3名
非常勤栄養士	2名	2名
調理師	12名(一部委託)	完全委託

(臨床検査)

国がん中央の職員数は 43 名で静がんは 21 名である。ただし静がんの検体検査（血算、生化、血清検査）は業者のブランチャボ（院内）で行っており、委託の形を採っている。

緊急時の検査結果報告は両院とも迅速であり大差なかった。

(オーダーリングシステムとカルテ)

国がん中央は検査オーダーはコンピューターによるオーダーリングシステムを採用している。静がんも検査オーダーは全てコンピューターでのオーダーリングシステムであり、さらに電子カルテシステムにより

ペーパーレス化を図っている。

(画像診断)

国がん中央ではCT検査装置は16列マルチスライスCT装置が3台、1.5TのMRI装置が2台であった。静がんも同数である。

国がん中央では、多数の症例の画像診断をティーチングファイル化しようとする試みがあり、ネットワークで地方発信可能である。

(緩和医療)

国がん中央では緩和チームが存在し、終末期～術後疼痛まで幅広く各科をサポートする形で機能している。静がんでは緩和医療科が中心に主に終末期患者を主担当医として診療している。術後疼痛などはコンサルタントの形で対応している。

(医療連携)

国がん中央の患者家族相談室および医療連携室の機能として「トリアージ機能」「カウンセリング機能」「がん関連情報の収集機能」がある。「トリアージ機能」とは担当医、看護師、などからの依頼に対し、地域からのニーズと対応させ適切な判断を行う機能のことである。「カウンセリング機能」とは患者のからの訴えを直接受けて情報を収集し、また適切な情報を患者に提供する機能のことである。ソーシャルワーカーが各カンファレンスに積極的に参加し、患者情報を収集し、各機能を最大限発揮できるようにマネジメントしている。また国がん中央で診療を受ける前後のフォローをパス化して、地域医療機関との連携を強固にしようとする構想もある。

静がんの医療連携室では患者紹介の受け皿として機能しており、さらに一部のみであるが紹介元医療機関にインターネットを通じて電子カルテ閲覧を許可し、患者の診療情報を共有している。将来的な普及を目指している。

(本研修の時期、期間、交通など)

本研修は2005年2月21日から3月4日までの土日曜日を除く合計10日間で予定されていた。静がんでの診療の都合で結局5日間の研修に終わった。

国がん中央までは新幹線とタクシー利用で日帰りで研修可能な距離であった。

【2】17年度静岡県内外施設との交流研修

A. 交流研修を実施した施設と、業種など

① 研修報告者（報告内容は別紙参照）

- ・ 聖隷浜松病院 リハビリテーション部長（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
- ・ 聖隷浜松病院 リハビリテーション部長補佐（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 歯科口腔外科副医長（歯科医師） 竹信 保尚（別紙4）
- ・ 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5）
研修内容 口腔ケア

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にわたる。

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。)

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。

【3】施設間連携・研修教育システム・人的交流での反省点(静岡がんセンターの取り組み)

静岡がんセンターでの平成16年度からのがん診療システム上の取り組みを述べる。

I. 職員数の増加

静岡がんセンターはベッド数の増加により、スタッフの増員を行ってきた。上記の表が平成16年度と18年度の比較である。医師スタッフ、レジデントおよび看護スタッフの増員が行われているが、特に看護スタッフの確保には難渋しており、今後の全開棟にむけての最大の課題となっている(表4)。

表4. 職員数の推移

	平成16年度	平成18年度
医師スタッフ	96名	107名
レジデント	11名	27名
チーフレジデント	5名	12名
非常勤医師	6名	12名
食道外科医	2名	2名
消化器内科医	5名	7名
内視鏡医	5名	7名
放射線治療医	3名	5名
画像診断医	7名	7名
看護スタッフ	394名	458名
非常勤	22名	26名
休職	13名	15名
専門看護師		
がん看護	1名	3名
認定看護師		
WOC	5名	5名
感染症管理	1名	1名
がん性疼痛	3名	2名
化学療法	1名	2名
ホスピスケア	0名	1名
管理栄養士	3名	4名

非常勤栄養士	2名	1名
--------	----	----

II. 平成 17 年度、18 年度の取り組み

県下のがん診療拠点病院、群馬県立がんセンター、栃木県がんセンター、愛知県がんセンター中央病院から、歯科医師、コメディカル、看護師の研修を受け入れ、静岡がんセンターにおけるがん診療システムを研修していただき、更に理学療法士を群馬県立がんセンターに派遣し、がんのリハビリテーションの実際を啓蒙する活動も行った。これらの人的交流にて、今後のがん診療拠点病院間の交流発展に道筋をつけることができた。

III. 疾病管理センターの取り組み

静がんと「患者・家族」「地域の関係機関」「県民」との連携・対話の窓口としての役割をになっており、連携・対話の関係を基盤として県民の健康期から終末期の各段階に応じて、がんに関する総合的な支援を行う、「がん総合対策」「健康教育・研修」「よろず相談」「在宅（転院）支援」「医療連携」の各事業を行っている。（注：本研究費外での取り組みである。）

がん総合対策推進事業

- ・ 静岡がん会議の開催等
- ・ 出張がんよろず相談の実施等
- ・ マンモグラフィ講習会の開催等
- ・ 電子メールによるネットワーク構築
- ・ 陽子線治療者に対するローン利子補給

都道府県がん診療拠点病院事業

- ・ 県内医師、技師等を対象とした研修会の実施
- ・ がん登録の一層の推進

- ・ 国立がんセンターの研修への派遣等
- ・ リーフレット等の作成（がん情報提供）

- ・ 相談支援センターの設置

疾病管理センター運営事業

- ・ あすなろ図書館（健康教育、研修事業）
- ・ MSWによる電話、対面相談
- ・ 在宅療養、転院の支援
- ・ 医療連携室の運営

③第 65 回日本癌学会学術総会での発表

2006 年日本癌学会抄録

演題名：地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究：人的交流の試み

抄録本文：平成 16 年度開始の「第 3 次対がん 10 ヶ年総合戦略」では、がん医療の「均てん化」を図ることが戦略目標である。地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究では①放射線治療物理技術 QA、②院内がん登録、③人的交流の 3 小単単位で活動している。今回は③人的交流小単の活動状況をふまえ、静岡県立静岡がんセンターでの同小単での人的交流の実施状況、成果、問題点を検討した。平成 16 年度は国立がんセンター中央病院において 5 施設（愛知県、群馬県、静岡県、栃木県、新潟県の各がんセンター）からの職員（医師）を対象に、食道癌診療システムに関連する研修が行われ、比較検討、問題点確認を行った。平成 17 年度は各 5 施設の地域におけるがん診療拠点病院を対象とし、県のがんセンターでのがん診療システム研修を実施した。一部ではあるが各診療拠点病院間の相互連携の基盤が築かれつつあり、今後拡大が期待さ

れる。また、静岡がんセンターの研修の取り組みとして、医師ではなく看護師、コメディカルを中心とした研修を行ったが、今後がん医療均てん化のためには必須の研修であり、同時にその実施には人的、経済的問題をはじめとし、様々な問題があると考えられた。

参加者の意見

- ・一般病院の医療職員にがん医療の均てん化の意味や重要性が理解されていないと思われる。
- ・がん専門病院では対応できない患者のためにも地域医療連携は重要ではないか。
- ・医療経済的な視点も考慮して均てん化を推進させるべきではないか。(医療費負担の均てん化)

④平成 18 年度「8020 推進シンポジウム」 講演 (別紙 6)

参加者の意見

- ・がん医療における歯科の役割の重要性が理解できた。
- ・歯科診療だけではなく、嚥下機能などを含めた医療連携でなければがん患者への恩恵は限られる。

実際の医療連携を充実させるには MSW の人員整備だけでなく、MSW がフットワークを軽くし、各々の施設間の連携を強化する必要がある。(連携には人的交流が必要)

D. 考察

(国がん中央と静岡がんのシステムの相違)

食道がんの診療にかかわる診療科、常勤職員数、診療手順、治療方針、設備の充実

度等は概ね同等であったと考える。大きな違いは、レジデントの数であり、国がん中央のマンパワーの大きさが目立つ。マンパワーの充実は今後の静岡がんの大きな問題であり、そのためには魅力あるレジデント制度が望まれる。

静岡がんの特徴は SPD、病院食調理、検体検査等で業者に外部委託している点である。その利点・欠点については現時点では明らかではない。

(画像情報の地方発信・受信)

画像情報の中央地方送受信システムの構築は、画像診断基準の標準化あるいは診断レベルの均てん化への効果が期待される。

(研修方法の問題点)

静岡がんの食道外科はスタッフ 2 人の体制であり、2 週間という研修期間は非常に厳しく、手術や外来診療のため研修に参加できない日もあった。事前の研修内容のすり合わせと研修する要点についての資料の整理があれば研修日数の短縮は可能と考える。また連続 2 週間の研修ではなく短期間複数回の研修でも可能であると考えられた。

病院全体のレベルアップ(均てん化)のためには、病院管理者、看護師、コメディカル、事務方の研修も必要であると思われた。

(がん医療の均てん化への問題点)

国がん中央は国(厚生労働省)直轄の施設であり、がん医療においては国内で最良の医療を提供する義務があり、そのためには設備機器や人材の充実は必要不可欠と考えられる。一方、地方のがん診療拠点病院に

においては限られた予算で均てん化を図るには限界があり、その地方の病医院との連携を強化し、不十分な設備（病床、診断機器など）や人材（人的交流）を補完し合うなどの工夫が必要であると考える。

E. 結論

【1】平成16年度：国がん中央と静岡がんの診療システムの相違を国がん中央での研修を通して確認した。

人材、設備機器などの充実度は各地方拠点病院と格差は存在し、それを埋めるためには病診連携の強化や人的交流など何らかの工夫が必要である。

人材確保に関し、レジデントの確保のためには魅力あるレジデント教育制度を作る必要がある。

研修方法に関しては事前準備、期間、回数など改良可能な部分もある。

【2】平成17年度：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。

【3】平成18年度：県の地域がん診療連携拠点病院として、静岡がんの取り組みは徐々に進展しつつある。しかしながら、臨床の現場では医療連携や、がん医療技術の

普及、がん診療システムなどの問題は県下の拠点病院でも問題が多く残されている。

静岡で研修を行ったがん診療における口腔ケアとリハビリテーションの分野では、各研修者が積極的に自施設でのシステム構築に努力したと認められ、徐々にではあるが改善点もみられている。1度の研修であっても、得られた知識経験をもとにシステム改善に寄与できるものと考えられる。このような活動の機会を増やすことと継続することが重要であると考えられる。

静岡県下では静岡県立静岡がんセンター、静岡県立総合病院、聖隷三方原病院、聖隷浜松病院、の4病院に加え平成18年度から新たに静岡市立静岡病院、県西部浜松医療センター、浜松医科大学医学部附属病院、藤枝市立総合病院、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院の6施設ががん診療拠点病院に認定された。今後この10施設間の連絡、交流を密にして、さらに各施設近隣の病院、医院、診療所などとの連携を強化し、県下どこで受診しても等しくがん診療を享受できるようなシステム構築がなされるべきである。

各県の格差および県内の施設間格差が存在し、これらを均てん化するためには各個人、各施設の末端の努力は不可欠であるが、国全体としての包括的な取り組みが長期にわたって必要である。

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。

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

平成 16－18 年度総合研究報告書

「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

（平成 16 年 4 月－19 年 3 月）

別紙 1 「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。聖隷浜松病院（以下、当院）のがん治療におけるリハビリテーション部門の関わりの向上について取り組んだ内容を報告する。

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、その結果から聖隷浜松病院（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

（1）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。（2）その内容に基づき①術前リハビリテーション、②術後早期離床、③リンパ浮腫に対する、④緩和ケア、⑤メンタルケア実施の可否、について当院の現状について検討した。

C. 研究結果

（1）当院リハビリテーション部門の静岡がんセンターとの比較

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。がん特有の運動障害因子や薬剤、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希望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レンスは、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

静岡癌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、緩和科医師が静岡癌センターで 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。

(2) 当院の現状についての検討

1. 術前リハビリテーション

急性期医療の在院日数は短期化しており、この傾向はさらに進むことが示されている。術後のリハビリテーションを早期に行うことは重要であるものの在院日数の短期化により十分なリハビリテーション期間が得られないことがしばしば見られる。これに対して、術前の予備能力を向上させることは短期入院の中で機能向上を図るために有用であると考えられ第一目標としての取り組みを考えた。しかしながら、18年4月の

診療報酬の改訂によりリハビリテーション料の大きな変更がありがん術前のリハビリテーションが適応となる算定要件がないために実施を断念した。今後、在院日数の短期化がさらに進むことにそなえて予定手術における術前一定期間の運動機能の予備能向上の医学的リハビリテーションが点数算定の対象となるような働きかけが必要であると思われる。

2. 術後早期リハビリテーション

術後早期リハビリテーションについては現在のがん術後のリハビリテーションが廃用の進行が危惧される症例または、廃用が起きた症例である場合が多く、早期離床は病棟の看護業務として実施されていることが多い。術後翌日といった早期離床に関しては医師の監視も必要であり、そのシステム作りの取り組みは十分に行なうことが出来なかった。しかしながら完全な形ではないものの主治医からリハビリテーション医師への対診によりリハビリテーション科医師からの処方が増加する傾向が見られる。今後は、この流れのなかでより早期のがん周術期のリハビリテーションが行なえる体制を整えたいと考える。

3. リンパ浮腫リハビリテーション

リンパ浮腫リハビリテーションについては平成18年5月から取り組みを始めた。乳腺科、婦人科からの依頼が多いが、リハビリテーション科への対診により専門的に取り組む理学療法士を1名配置して、リンパマッサージ、バンデージによる圧迫、ストッキング使用による圧迫、浴中歩行、等を組み合わせて効果をあげることの出来る症例も増加傾向を示している。

4. 緩和ケア

研修時では緩和ケアチームにリハビリテーション医の関わりがなかったが、現在はチームにリハビリテーション科医師が参加している。前述のリンパ浮腫へ対応する部分が多いものの、その他リハビリテーションに関するコンサルテーションを受けている。

5. メンタルケア

メンタルケアについては臨床心理士単独での関わりは出来ていないが、緩和医療の中に精神科医の関わりとその指示による臨床心理士の動きの取り決めがチャート化され運用されている。

D. 考察と結論

(1) 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。

(2) 当院における検討

平成 17 年の研修を踏まえ必要性が高いと思われる内容から導入に取り組んだ。診療報酬上の問題から断念せざるを得なかった術前リハビリテーションについては、必要度の高いアプローチであると考え、今後は診療報酬の点数化ならびに促進するようなシステムが出来ることを希望したい。

術後早期リハビリテーションについては院内各科の医師、看護師との調整が必要でありリハビリテーション科医師とともに今後取り組みの必要な課題である。

リンパ浮腫については、療法 1 回あたりの時間が掛かることや長期化するケースも見られ多くの受け入れが難しい現状もあるものの、生活動作上の機能向上、QOL 向上の面からも対応できる職員を増やして行なっていきたいと考える。

がんに対するリハビリテーションの課題は多く、平成 17 年のがんセンターとの比較により差が見られた内容に対してまだ十分に対応できていないのが現状である。今後さらにシステム向上への対応を考えたい。

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

平成 16－18 年度総合研究報告書

「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

（平成 16 年 4 月－19 年 3 月）

別紙 2

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。

研究協力者 柴本 勇

所属機関名 総合病院聖隷浜松病院

職名 リハビリテーション部 課長補佐

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 m²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・O2 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
O2 sat モニター・血圧計	各 1	0
吸引器	1	0
ディスポグローブ	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、聖隷浜松病院で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、言語聴覚士が休み場合、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だく方式であった。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では診療各科が行い、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・口腔領域の器質的変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ぬ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等を考慮すると、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る。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る。

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る。

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。

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

平成 16－18 年度総合研究報告書

「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

（平成 16 年 4 月－19 年 3 月）

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

研修報告者：相澤秀夫 聖隷浜松病院 歯科医長

【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於いて、2005（平成 17）年 11 月 30 日～2005（平成 17）年 12 月 2 日に行われた。今回は、静岡県立静岡がんセンター歯科口腔外科（以下静岡がん）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（以下当院）との比較検討を行った。また、その後の当院の現状について検討した。

A. 研究目的

2005（平成 17）年 11 月 30 日～12 月 2 日に静岡県立静岡がんセンターで行われた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当院で行われている口腔ケアとの比較・検討を行い、当院の現状について検討し、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。

B. 研究方法

静岡県立静岡がんセンターに於いて 3 日間、歯科口腔外科のみならず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ると考えられる部署

を見学した。また、それら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。さらに、2006（平成 18）年 8 月末現在の当院の現状について検討を行った。

C. 研究結果

静岡がんと当院との比較

（診療体制について）

静岡がんでは、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。

当院では、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。

診療体制に関し、2006（平成 18）年 8 月末現在で特に変化はない。

（診療内容について）

静がんでは、「がん患者に対して口腔合併症対策としての口腔ケア」だけではなく、「がん患者に対しての一般歯科治療」、「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。

当院では、「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一般歯科治療」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。

診療内容に関し、2006（平成 18）年 8 月末現在で特に変化はない。

（設備について）

静がんの診察室には、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。

当院には、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。

なお、2006（平成 18）年 8 月末現在、歯科用ユニットが設置された歯科診察室はないが、ポータブルユニットを用いての歯科治療を優先的に行うことができる部屋を一つ確保した。

（システムについて）

静がん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