

表 1. がん診療機能の評価体系案

5.3.2.4	<p>病理部門における具体的な感染対策がとられている</p> <p>① 感染性の検体の取り扱いに関する手順が確立している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ クリーンベンチ</li> <li>➢ マスク、手袋の着用</li> <li>➢ 部屋(特に迅速診断室)の換気</li> </ul>	a・b・c
5.3.2.5	<p>病理部門の情報管理が適切に行われている</p> <p>① 同じ患者の以前の病理診断について、詳しい情報が必要に応じて引き出せるようになっているか</p> <p>② 病理診断の事後利用のための整理がなされている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ データベース管理</li> <li>➢ 病理の診断登録</li> </ul> <p>③ 個人情報保護の観点から標本や報告書の管理がなされているか</p>	a・b・c
5.3.2.6	<p>多職種・多診療科が参加する診断・治療カンファレンスが開催されている</p> <p>① 治療方針を決めるための多職種、多診療科が参加する定期的な合同カンファレンスがある</p> <p>② 病理診断へのフィードバックがある</p>	a・b・c
5.3.3	<p>病理部門で必要な教育・研修が実施されている</p>	
5.3.3.1	<p>初期研修、後期研修用の病理研修プログラムがある</p> <p>① 病理医を養成するための教育プログラムがある</p> <p>② 地域拠点病院のスタッフのための研修プログラムがある</p>	a・b・c
5.4	<p>化学療法</p>	
5.4.1	<p>入院化学療法を安全に実施するためのスタッフがいる</p>	
5.4.1.1	<p>化学療法の専門資格を持つ医師が配置されている</p> <p>① 海外のがん専門病院における臨床経験を有する医師が配置されている</p> <p>② 臨床腫瘍学会の認定専門医が配置されている</p>	a・b・c
5.4.1.2	<p>化学療法の専門資格を持つ看護師が配置されている</p> <p>① がん看護専門看護師が配置されている</p> <p>② がん化学療法専門看護師が配置されている</p>	a・b・c

表 1. がん診療機能の評価体系案

5.4.1.3	化学療法の専門資格を持つ薬剤師が配置されている ① がん専門薬剤師が配置されている ② 認定薬剤師が配置されている	a・b・c
5.4.1.4	化学療法の専門知識を持つ医師・看護師・薬剤師から成る多職種が主導する入院化学療法の実施	a・b・c
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	
5.4.2.1	化学療法の専門資格を持つ看護師が配置されている ① がん看護専門看護師が配置されている ② がん化学療法専門看護師が配置されている	a・b・c
5.4.2.2	化学療法の専門資格を持つ薬剤師が配置されている ① がん専門薬剤師が配置されている ② 認定薬剤師が配置されている	a・b・c
5.4.3	抗がん剤治療の実施が適切である	
5.4.3.1	入院による化学療法の実施基準が明確である ① 入院による化学療法の実施基準が明文化されている	a・b・c
5.4.3.2	化学療法当日の投与決定を行っているのはの仕組みがある ① 化学療法当日の投与決定に関する手順が明文化されている ② 化学療法当日の投与決定の体制がある > 診療グループ > 主治医(担当医) > 指導医 > 研修医/レジデント > 医師以外	a・b・c
5.4.4	化学療法を安全に実施するための対策が採られている	5・4・3・2・1
5.4.4.1	安全確保について組織的に検討する仕組みがある ① 安全確保について組織的に検討する仕組み(委員会など)がある	a・b・c
5.4.4.2	処方の確認のための仕組みがあり、確実に実施している ① 処方エラーの防止策がとられている > レジメン管理を含めたオーダーリングシステム > 上記に代わるシステム	a・b・c

表 1. がん診療機能の評価体系案

5.4.4.3	薬剤が適切に供給されている	a・b・c
	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者誤認や配薬エラーの防止策がとられている           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ バーコード</li> <li>➤ ベッドサイドの確認</li> <li>➤ マニュアルの整備</li> </ul> </li> </ul>	
5.4.4.4	确实・安全な薬剤投与が実施されている	a・b・c
	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 抗がん剤の血管外漏出の対応マニュアルがある</li> <li>② 投与間隔をチェックするシステムがある           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ オーダリングシステムを使った確認</li> <li>➤ 処方医師以外の第三者が確認するシステム</li> </ul> </li> <li>③ 投与量上限をチェックするシステムがある           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ オーダリングシステムを使った確認</li> <li>➤ 処方医師以外の第三者が確認するシステム</li> </ul> </li> </ul>	
5.4.5	治療の標準化とレジメン登録	5・4・3・2・1
5.4.5.1	標準的なレジメンの内容と運用状況を評価する委員会がある	a・b・c
5.4.5.2	標準的でないレジメンの科学的妥当性と安全性を評価する委員会がある	a・b・c
5.4.5.3	レジメンの審査手順が確立している	a・b・c
	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 不適切なレジメンを除外する審査手順がある           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 実際の手順</li> <li>➤ 審査の内容</li> <li>➤ 運用記録</li> </ul> </li> </ul>	
5.4.5.4	コンピューターシステムを使ったレジメン管理が行われている	a・b・c
	<ul style="list-style-type: none"> <li>① コンピューターシステムを使ったレジメン管理が行われている</li> <li>② 文書によるレジメン管理が行われている</li> </ul>	
5.4.5.5	新規レジメン開始時・レジメン変更時に、スタッフに対する説明会などを開いている	a・b・c
5.4.5.6	登録レジメン数 (       )件	a・b・c
5.4.6	化学療法 of 患者への説明・同意	5・4・3・2・1

- 5.4.6.1 化学療法の患者への説明・同意のための体制が確立している a・b・c
- ① 抗がん剤を使用する際に、誰が患者および家族に説明しているか  
~~か~~がなされている
- ◇ 誰が説明を行っているか確認する
- 医師
  - 看護師
  - 専門看護師
  - 薬剤師
  - その他
  - していない
- 5.4.6.2 患者への説明・同意の方法が明確である a・b・c
- ① 患者への説明を行う手順が明確である
- パンフレット、ビデオの使用
  - 口頭
  - その他
- ② 抗がん剤使用の際の同意を得る手順が明確である
- 書面で同意
  - 口頭で同意
  - 同意をとらない

## 5.5 放射線治療

### 5.5.1 放射線治療を安全に実施するためのスタッフがいる

5・4・3・2・1

- 5.5.1.1 放射線治療専門医が配置されている a・b・c
- ① 常勤の放射線治療専門医が配置されている
- ② 非常勤の放射線治療専門医が配置されている
- 5.5.1.2 放射線治療の技師が配置されている a・b・c
- ① 放射線治療の専任技師が配置されている
- ② 放射線治療に携わる非専任技師が配置されている
- 5.5.1.3 放射線治療品質管理士が配置されている a・b・c
- 5.5.1.4 医学物理士が配置されている a・b・c
- 5.5.1.5 放射線治療専門看護師が配置されている a・b・c

5.5.2	放射線治療装置が整備されている	
5.5.2.1	放射線治療に必要な施設・設備・機器が整備されている	a・b・c
	① 放射線治療装置が整備されている	
	➤ 粒子線治療機器	
	➤ 小線源治療機器	
	➤ リニアック・マイクロトン	
	➤ ガンマナイフ	
	➤ IMRT	
	② 位置決め装置	
	③ 治療計画装置	
5.5.3	放射線治療における品質管理が行われている	
5.5.3.1	定期的な放射線治療の品質管理・品質保証が行われている	a・b・c
	① 定期的な線量計の校正が行われている	
	② 1日1回の線量計によるビームの測定が行われている	
	③ 放射線の品質管理に関する第三者監査を受けている	
5.5.3.2	放射線治療機器購入時の受入れ試験とコミッショニングが適切に行われている	a・b・c
	① 受入れ試験	
	② コミッショニング	
5.5.4	放射線治療に必要な教育・研修が実施されている	5・4・3・2・1
5.5.4.1	スタッフに対する教育が実施されている	a・b・c
	① 腫瘍学の教育	
	② スタッフに対する研修の機会が確保されている	
5.5.4.2	地域に対するがん情報の発信を行っている	a・b・c
	① 外部施設・開業医を対象とした講演などを行っている	
	② 外部に開かれた検討会・勉強会などの活動が行われている	
	③ インターネットなどによる情報発信を行っている	
5.5.6	多職種的な放射線治療症例の検討が行われている	5・4・3・2・1
5.5.5.1	標準化された治療方針に関する院内の方針が明確になっている	a・b・c

- ① 関連する専門家・診療科で合意が得られた治療適応に関する方針が明文化されている
- ② 治療方針はエビデンスに基づいている

5.5.5.2 多職種との連携が適切に行われている

a · b · c

- ① 治療カンファレンス・腫瘍症例検討会が開催されている
- ② 治療方針を決める際にコーディネーターが関与している

5.6 包括的リハビリテーションプログラム

5.6.1 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

5 · 4 · 3 · 2 · 1

- 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

5.6.2 多職種が参加して、リハビリテーションの必要性・実施計画・効果の評価が行われている

5 · 4 · 3 · 2 · 1

- 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

5.7 緩和ケア

5.7.1 標準化された疼痛評価・疼痛ケアが適切に実施されている

5・4・3・2・1

5.7.1.1 疼痛評価の基準が定められ、活用されている

a・b・c

- ① 院内で標準化された疼痛および除痛効果の評価基準と評価ツールが整備されている
  - がん性疼痛
  - 術後急性疼痛
- ② 医師・看護師双方による疼痛および除痛効果の評価が実施されている
- ③ 患者による疼痛の自己評価の仕組みがあり、活用されている
- ④ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある

5.7.1.2 疼痛ケアが適切に実施されている

a・b・c

- ① WHO 方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実践されている
- ② 術後急性期疼痛ケアの指針がある
- ③ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある
- ④ オピオイド鎮痛薬が適正に管理されている
- ⑤ 患者および家族に対して、オピオイド使用に関する十分なインフォームドコンセントが行われ、サポートできる体制がある

5.7.2 緩和ケア体制が確立している

5・4・3・2・1

5.7.2.1 多職種による緩和ケアチームの体制が確立している

a・b・c

- ① 緩和ケアを専門的に行う医師・看護師およびコメディカル・ソーシャルワーカーから構成される緩和ケアチームの体制がある
  - 緩和ケアの専門的知識を持つ医師
  - 専従医師
  - 専従看護師
  - がん専門薬剤師の関与

5.7.2.2 施設内、地域および他施設との連携・交流の体制が確立している

a・b・c

- ① 院内の専門家にコンサルタントできる仕組みがある

② 地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携がとれている

5.7.3	緩和ケアが提供に提供されている	5・4・3・2・1
5.7.3.1	ホスピス・緩和ケア病棟が適切に運営されている	a・b・c
	① ホスピス・緩和ケア病棟の理念・方針が確立されている	
	② ホスピス・緩和ケア病棟の役割と将来計画が明確になっている	
	③ 入院についての基準が明確になっている	
5.7.3.2	在宅ホスピスに適切に対応している	a・b・c
	① 24時間の地域ケアシステムの体制がある	
	② 訪問サービスの体制が整備され、適切なケアが行われている	
	③ 死別後の家族への対応が適切である	
5.7.3.4	デイケアサービスが適切に提供されている	a・b・c
	① 必要な医療処置のほか、食事サービスや理美容サービスなども提供している	

5.8 薬剤部

5.8.1	がん診療の専門性を持つ薬剤師が配置されている	5・4・3・2・1
5.8.1.1	がん専門薬剤師が配置されている	a・b・c
5.8.1.2	がん薬物療法認定薬剤師が配置されている	a・b・c
5.8.2	薬剤業務を実施するための体制が確立している	5・4・3・2・1
5.8.2.1	1病棟につき1以上の病棟薬剤師が配置され、薬物治療の説明や服薬指導・化学療法後のフォローアップを行っている	a・b・c
	① 薬剤管理指導(薬物副作用のモニタリングを含む)が適切に実施されている	
	➢ 薬剤管理指導の実施患者数	
	➢ 薬剤管理指導の請求件数	
	➢ 薬剤管理指導の担当薬剤師数	
	➢ 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数	
	② 薬剤治療の説明が行われている	
	③ 化学療法後のフォローアップを行い、投与量の調整、支持療法の変更などについて医師と連携する仕組みがある	



表 1. がん診療機能の評価体系案

5.8.2.2	<p>1 病棟つき2人以上の病棟薬剤師が配置され、抗がん剤の混合調製を行っている</p> <p>① 薬剤師が注射用抗がん剤の調整を行っている</p> <p>② 薬剤師が投薬のダブルチェックを行っている</p>	a・b・c
5.8.2.3	<p>外来化学療法の実施に必要な外来専任薬剤師が配置されている</p> <p>① 外来化学療法を実施するために交代要員も含めて、必要数の外来専任薬剤師が配置されている</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 外来化学療法患者数</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 外来専任薬剤師数</p>	a・b・c
5.8.2.4	<p>外来専任薬剤師が配置され、薬物治療の説明や服薬指導・化学療法後のフォローアップを行っている</p> <p>① 薬剤管理指導(薬物副作用のモニタリングを含む)が適切に実施されている</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 薬剤管理指導の実施患者数</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 薬剤管理指導の請求件数</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 薬剤管理指導の担当薬剤師数</p> <p style="margin-left: 20px;">➤ 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数</p> <p>② 薬剤治療の説明が行われている</p> <p>③ 患者担当の薬剤師が決められている</p>	a・b・c
5.8.2.5	<p>サテライト薬局を設けて入院化学療法を実施している</p>	a・b・c
5.8.2.6	<p>緩和ケアチームに薬剤師が参加している</p> <p>① 緩和ケアにおける薬剤師の役割・業務について示されている</p> <p>② オピオイドローテーションの検討に、薬剤師が関与している</p> <p>③ 薬剤師により麻薬の薬剤管理指導が行われている</p>	a・b・c
5.8.3	<p>抗がん剤の調剤・投薬が安全かつ適切に行われている</p>	5・4・3・2・1
5.8.3.1	<p>化学療法実施当日に、医師が患者を診察して投与の是非を決定する仕組みがある</p>	a・b・c
5.8.3.2	<p>安全な投薬が行われるよう、薬剤部が経口抗がん剤を処方・監査している</p>	a・b・c

表 1. がん診療機能の評価体系案

	① オーダリングシステムの中に、安全のための処方チェック機能が採用されている	
	② 払い出し方法のマニュアルがある	
	③ 処方監査チェックシートが作成され、薬剤部で確認されている	
	④ 薬歴の確認	
	⑤ 投与量の増減・投与間隔の確認	
	⑥ 管理カード	
	⑦ 抗がん剤専用の棚	
	⑧ 複数による監査	
	⑨ 写真入抗がん剤一覧表を使った照合	
	⑩ 抗がん剤の略号の統一	
5.8.3.3	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が注射用抗がん剤の処方を評価・監査している	a・b・c
	① オーダリングシステム	
	② 払い出し方法のマニュアル	
	③ 処方監査(チェックシート・薬歴確認・複数の監査)	
	④ 取り揃え(抗がん剤専用の棚)	
	⑤ 調整マニュアル・量の再計算・使用アンプルやバイアルの確認	
	⑥ 調整後監査	
5.8.3.4	注射用抗がん剤の調整・混合が適切に行われている	a・b・c
	① 抗がん剤の調整の際、抗がん剤がその患者に処方された内容と同一であるかどうか、チェックする仕組みがある	
	② 安全キャビネットを用いるなど抗がん剤による被曝の対策ができている	
5.8.3.5	TDM(血中薬物濃度モニタリング)を自院で測定・解析している	a・b・c
5.8.3.6	抗がん剤や抗がん剤を含む体液の処理方法が決められている	a・b・c
5.8.4	レジメン審査・登録・管理が適切に行われている	5・4・3・2・1
5.8.4.1	レジメンの審査・登録が適切に行われている	a・b・c
	① レジメン審査委員会が適切に開催されている	
	② レジメン審査委員会に、化学療法の専門知識を持つ医師・薬剤師が参加している	
	③ レジメン審査委員会は、レジメンに関連したエビデンスのレビューを行っている	

表 1. がん診療機能の評価体系案

- ④ レジメンが一部の診療科だけでなく、診療領域ごとに決められている
- ⑤ 抗がん剤の適応外使用の審議の手続が、院内で規定されている
- ⑥ レジメン審査委員会において、がん専門薬剤師・化学療法専門医・各診療科が共同してレジメンのチェックを行っている

5.8.4.2 レジメンの管理が適切に行われている a・b・c

- ① 医師・薬剤師・看護師などが参加する他職種から構成される専門委員会が、レジメンの一元的な登録管理・定期的メンテナンスを実施している
- ② 必要に応じて、レジメンの数の見直し・整理が行われている

## 5.9 がん看護の提供体制

5.9.1 がん看護の提供体制が確立している 5・4・3・2・1

5.9.1.1 がん診療の専門性を持つ看護師が配置されている a・b・c

- ① がん看護専門看護師が配置されている
- ② 認定看護師が配置されている
  - がん化学療法看護
  - がん性疼痛看護
  - 乳がん看護
  - 創傷・オストミー・失禁(WOC)看護

5.9.1.2 がん看護の方針・手順が明文化されている a・b・c

- ① がん看護の方針・基準は明文化され、がん診療責任者において承認されている
- ② がん看護マニュアルが整備され、患者ケア・業務・研究・教育・管理などの側面から活用されている
- ③ 看護基準は必要に応じてがん診療責任者において見直され、改訂されている

5.9.2 がん診療に関連した看護ケアが適切に提供されている 5・4・3・2・1

5.9.2.1 患者が医師の説明を十分理解し、意思決定できるよう支援している a・b・c

- ① 医師の説明時に同席している
  - 病名・病状・治療方針(治療効果・治療方法の変更等)・予後・医療の場の変更(通院から入院、転院)など、説明内容および患者・家族の反応を認知している
  - 患者・家族の反応をアセスメントし、理解度や意思の確認を行っている
  - 看護師の立場から補足説明(患者の理解を助ける働きを看護師が担っている)を行い、医師との調整を行っている
  
- 5.9.2.2 医療行為の決定プロセスに患者が参加できるよう支援している a・b・c
  - ① 患者・家族の意向を把握し、ケアへ反映している
    - 患者が最も信頼を寄せているキーパーソンが誰か把握されている
    - 患者と共に達成可能な目標を設定している
    - 患者・家族の希望、生活上の患者独自の方法を確認している
  
- 5.9.2.3 闘病意欲(Cancer Survivorship)を高めるための援助を行っている a・b・c
  - ① がん告知を受けた患者・家族へのサポート体制がある
    - MSW や精神科医、臨床心理士などと調整し計画的に展開している
  - ② がん告知を受けた患者・家族への、サポートプログラムがある
    - 情緒的苦痛のマネジメントのための適切な資源を患者に知らせている(心理療法、サポートグループ、リラクゼーション訓練など)
    - 個別、或いはグループ対象のサポートプログラムを展開している(がん診療の情報提供、リラクゼーション・気分転換・運動のような自己マネジメント、患者同士が話し合える機会の設定など)

5.9.2.4	<p>患者ケアの評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者の病状認識、患者と家族の社会的背景などを含めて情報収集を行っている</li> <li>② 苦痛を増強している可能性がある関心事について患者と話し合っている</li> <li>③ 問題を含め医療チームと共にアセスメントしている</li> <li>④ 患者・家族の希望する目標が達成可能かどうかの検討をし、病状や症状コントロールの見通しを立てている</li> <li>⑤ 症状コントロールの評価・検討を行っている(患者自身の評価を尊重している)</li> <li>⑥ 在宅に移行の可能性があれば、介護力の査定、社会資源の情報収集を行っている</li> </ul>	a・b・c
5.9.2.5	<p>患者への心理的支援を行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者の不安のレベルをアセスメントしている</li> <li>② 患者のアセスメントの結果、重大な変化があった場合には、医療チームの適切なメンバーに報告している</li> <li>③ 診断、治療、進行に関連した事実情報を提供している</li> <li>④ 不安の感情を軽減する方法について説明している             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 補完療法(気分転換法、音楽療法、イメージ誘導法、催眠療法、マッサージ)について実践、指導している</li> </ul> </li> <li>⑤ 安全で心地よく、支持的な環境を提供している</li> </ul>	a・b・c

5.9.3 疼痛や苦痛症状の緩和に努めている	5・4・3・2・1
<p>5.9.3.1 患者の個別化されたアセスメントに従って疼痛や苦痛症状のマネジメントケアを行っている</p> <p>① 疼痛や苦痛症状、問題について基準・手順がある</p> <p>➢ 定期的に看護基準・手順の見直しがされている</p> <p>② 効果的な疼痛緩和のためのアセスメントを行っている</p> <p>➢ 標準化された疼痛スケールなどの疼痛アセスメントツールを活用し、疼痛と介入の効果を評価している</p> <p>③ 鎮痛薬使用において適切な看護を提供している</p> <p>➢ 鎮痛効果を継続的に評価し、投与量、投与間隔、薬剤の変更などの必要性を判断し、医師に報告している</p> <p>④ 苦痛症状を緩和し普段の生活に近づけるよう補完的介入を利用している</p> <p>⑤ 患者・家族に、疼痛を予防し、マネジメントする方略を教育している</p> <p>⑥ 消耗性疲労・痒痒感・睡眠障害などの苦痛症状のマネジメントケアを行っている</p> <p>疼痛コントロール、睡眠薬の適切な投与、環境整備、リラクゼーション</p>	a・b・c
5.9.4 患者教育が行われている	5・4・3・2・1
<p>5.9.4.1 がん診療、治療、予測される成果について継続的に患者教育を行っている</p> <p>① 教育的資料や地域社会資源の情報を提供している</p> <p>② 患者が苦痛を評価し、薬剤(鎮痛薬)の使用方法を理解して調整できるよう援助している</p> <p>③ 補完療法(気分転換法、音楽療法、イメージ誘導法、催眠療法、マッサージ)について実践、指導している</p> <p>④ 適応とリハビリテーションを促進するための介入を行っている</p> <p>⑤ 患者が自由に参加し話し合える機会を設けている</p> <p>➢ 参加募集、プログラムの実例、開催実績を確認する</p>	a・b・c
<p>5.9.4.2 多職種による患者教育が行われている</p> <p>① 地域の保健・医療・福祉施設などと連携し、治療などに関する患者の意思決定を支援する教育・サポート体制がある</p> <p>② 患者の意思決定を支援するために、情報提供・カウンセリングについて組織的に検討している</p>	a・b・c

表 1. がん診療機能の評価体系案

5.9.5 チーム内での意思統一を図っている	5・4・3・2・1
5.9.5.1 医療者間における調整を行っている	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者を中心とした医療チームでのアプローチ(医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、精神科医、宗教家、ボランティアなどが、各々の専門的立場で情報を共有し介入計画を立案する)を目的としたケア・カンファレンスや専門家へのコンサルテーションの仕組みがある</li> <li>② 問題点解決のために誰の援助が必要かを査定し、必要なメンバー(薬剤師、栄養士、理学療法士、MSW など)に依頼している</li> <li>③ 他職種の意見交換の場を調整し、活用している</li> <li>④ 業務分担について多職種を交えて定期的に検討している</li> </ul>	
5.9.6 がん看護に必要な教育・研修が実施されている	5・4・3・2・1
5.9.6.1 専門領域についての必要な教育・研修を実施している	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>① がん診療に関する教育・指導、研究を行うための体制があり、実施状況が評価されている</li> <li>② 院内外のがん診療に関する研修会に参加している</li> <li>③ がん診療に関する最新の情報を得る施設・設備があり、誰でも利用できる環境にある</li> </ul>	
5.10 栄養サポートチーム	
5.10.1 院内に、栄養サポートチームがある	5・4・3・2・1
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>② 栄養サポートチームが関与した年間患者数( )人</li> </ul>	
5.11 遺伝・遺伝子カウンセリング	
5.11.1 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・教育を行う体制がある	5・4・3・2・1
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	

## 表2. がん診療機能評価—評価の視点



がん診療機能評価Ver.0.0【第1領域 病院組織の運営】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
1.1	がん診療の理念と基本方針							
1.1.1	がん診療施設としての病院の理念・基本方針が確立されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 病院の理念・基本方針の中に、がん診療に関する記載がある</li> <li>2) 基本方針は具体的で、病院の機能と矛盾しない</li> <li>3) 理念・基本方針は、患者中心の医療を重視する内容である</li> <li>4) 理念・基本方針は、定期的に見直されている</li> </ol>	非常に抽象的な項目であり、病院実態とかけ離れる施設は多い。いわゆる「お題目」として表示されているのではなく、実態が伴っているかを、訪問評価の最後に総合評価する					
1.1.2	がん診療責任者は、年間計画を策定し運営している	がん医療や地域連携の質改善などについて明確な目標を設定し、その達成状況について定期的に評価して記録・報告している						
1.2	がん診療の責任体制							
1.2.1	がん診療責任者としてがん治療に関する十分な知識と技能を持つ医師が配置されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 海外のがん専門病院における臨床教育をうけた医師が配置されている</li> <li>2) がん治療認定医が配置されている</li> </ol>	経歴や診療担当能力を具体的に評価する	◎	◎	◎	○	◎
1.2.2	がん化学療法の専門資格を持つ看護師が適切に配置されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) がん治療の現場に、がん看護専門看護師が配置されている</li> <li>2) 化学療法の現場に、がん化学療法看護認定看護師が配置されている</li> </ol>	実際に専門技能を活かす職場に配置されているか否か	◎	◎	◎	◎	◎
1.2.3	がん化学療法の専門資格を持つ薬剤師が配置されている	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) がん専門薬剤師が配置されている</li> <li>2) がん薬物療法認定薬剤師が配置されている</li> </ol>	実際に専門技能を活かす職場に配置されているか否か	◎	○	○	○	○
1.2.4	がん診療責任者は業務の見直し、診療ガイドラインや標準的プロトコルの見直しを定期的にすすめている	1) 定期的に見直しされている						
1.3	診療録管理の責任体制							
1.3.1	診療録管理の責任体制が確立している	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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、あるいは5年以内に確保される予定がある</li> </ol>						

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統一的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
1.3.2	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、あるいは5年以内に評価する体制を確立する予定がある	統一した記載方法で実施されているか					
1.3.3	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 2) 2週間以内の主治医によるサマリーの作成率（ ）%	都道府県の医療監査の結果を確認する					
1.3.4	医療情報と医療事故の開示	1) 診療録開示の方針が明文化され、患者本人が開示を求めた場合には例外なく開示を行っている 2) 医療事故の開示方針が明文化され、実施されている	院内高速LANが整備されていない施設もある					
1.4	職員教育・臨床研修							
1.4.1	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・研修の開催数（ ）回/年 2) 院内各部門の職員へのがん診療に関する教育・研修の開催数（ ）回/年 3) 研修・学会参加の予算が確保され、参加費・交通費が支給されている、あるいは5年以内に支給される予定がある 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ために必要な高速インターネット環境があり、誰でも利用できる	がん診療機能の向上のためには、特に薬剤部と看護部の体制が確立していることが重要である。職種別に実際の研修テーマ、開催日時、対象者、参加者について提示してもらおうと確認しやすい。看護師対象のものに偏る可能性が高い。	◎	○	○	○	○
1.4.2	予算が計上されて、がん看護に関する専門看護師・認定看護師等の養成体制がとられている	がん看護専門看護師（看護系大学院進学）、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、乳がん看護認定看護師等の教育課程受講のための受講料や旅費が予算化されている、あるいは5年以内に予算化される予定がある		◎	○	○	○	○
1.4.3	がん専門薬剤師養成の体制がとられている	がん専門薬剤師研修事業講義研修集中講義研修受講のための受講料や旅費が予算化されている		◎	○	○	○	○
1.4.4	論文発表・学会発表を評価している	論文発表・学会発表を院内報告、病院業績集に報告している						

No.	評価項目	判定指針	評価の観点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
1.4.5	がん診療教育研修プログラムを提供している	施設特有の機能に心じて。都道府県拠点病院の場合は重点的に評価する項目であり、教育資料を活用しているか、講師の内容、がん診療関連の講習会参加、e-ラーニングの活用などを具体的に確認する	【検討課題】がん診療教育研修プログラムとはどのようなものか具体的に提示する必要がある		◎			
1.5	臨床研究							
1.5.1	臨床研究の妥当性を検証する審査委員会が設置され運用されている	検討した実績がある	メンバー構成、活動状況や承認された臨床試験の内容とその妥当性にも踏み込んで確認する。試験の内容に疑問が生じた場合には、機構が別途組織する諮問委員会において、その妥当性をレビューする。IRBの機能評価を行う。評価に際し、承認されたプロトコールを確認、評価する。	◎	◎	◎	△	
1.5.2	臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である	1) 臨床試験対象者の個人情報によって保護されている 2) 臨床研究における患者登録・データの管理を行うデータ管理者が決められている、あるいは5年以内に決める予定がある 3) 研究計画に基づいて研究が倫理的に適切に実施されている	症例登録票やデータベースを実際に調査する	◎	○	○	△	

がん診療機能評価 Ver.0.0 【第2領域 患者の療養環境とサポート体制】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	総合的 がん 診療	都道府 県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
2.1	療養環境 禁煙指導の徹底							
2.1.1		1) 院内‘全面禁煙’方針を守っている 2) 施設内‘全面禁煙’方針を守っている 3) 職員に対する禁煙教育が施されている		◎	◎	◎	◎	
2.1.2	療養生活を送る上で必要な設備や備品が整備されている	1) 外来で抗がん剤投与を受けた患者が帰宅前に休息するための場所がある 2) その他の生活の質を高めるための設備やプログラムが用意されている		◎	◎	◎	△	
2.1.3	説明と同意を含めた治療方針を説明するにふさわしい場所が確保されている	説明するにふさわしい、プライバシーの守れるスペースが確保されている		◎	◎	◎	△	○
2.2	説明と同意							
2.2.1	がん告知に関するマニュアルが作成され、がん告知に対する方針が院内で統一されている	がん告知に関する方針・手順が明文化されている	患者への対応方針が個々の医師の裁量に委ねられてはならない。正しい診断結果が患者本人に告知された後に治療が行われていることを確認する。その割合がxx%の時に評点がxxなどと評価する。マニュアルの運用状況は、個々の患者への説明同意文書で確認可能。当日入院している患者での告知の割合を、明同意文書を含めて確認する。 初回のICの状況が一番大切であり、ICの場所、IC用紙、メモ、ディカルの署名などに基つき評価する。	◎	◎	◎	△	○
2.2.2	患者への説明・同意の方法が明確で統一されている	1) 患者への説明を行う手順が明確である (ア) パンフレット、ビデオの使用 (イ) その他 2) 書面をもって抗がん剤使用の際の同意を得る手順が明確である (ア) 書面で同意 (イ) その他 3) 患者に配慮した同意手順がとられている (ア) 説明同意の内容がコピーとして患者に渡されている (イ) その他	患者に診断・治療・予後について十分説明するための具体的な書式とその使用の状況を評価する。 注：この項は単独で評価し、不可の場合はここで評価を中止する。					