

がん診療機能評価Ver.0.0【第12領域 栄養サポート機能】

No.	評価項目	判定指針	意見
12.1	栄養サポート体制		
12.1.1	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) 栄養指導の専任管理栄養士が確保されている	京都桂病院
12.2	栄養ケアの実践		
12.2.1	栄養について評価・検討され、計画的に栄養管理が行われている	1) 栄養面からの事例検討が多職種の参加により行われている 2) 栄養指導・食事指導が適切に行われている 3) 栄養サポートチームが関与した年間患者数 ( ) 人	市立長浜病院

がん診療機能評価Ver.0.0【参考：拠点病院構想に関連した項目】

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
1.1.1	がん診療に関する地域における役割 がん診療に関する地域の役割が、明確にされている	1) 実態に沿った役割が文化化されている これはいずれも行政の関与することにならないか？ がん診療専門施設としての病院の機能評価にはそぐわない？ 2) 地域の他の医療機関との役割分担が適切である あるいは「地域におけるがん診療の役割を明確にしている」では？	当院は滋賀県北部の放射線治療をカバーしている。	
1.1.2	地域の医療機関や保健福祉サービス機関への技術支援や診療支援に取り組んでいる	1) 周辺の地域医療機関の医療従事者に対し、がん診療に関連する教育・研修を行っているがん患者に最善の医療を提供するとの、がん診療専門病院の機能には必須ではない。 2) 地域住民などへのがん検診・がん予防・がん診療に関する教育・啓発活動に取り組んでいる 3) 一般病院機能に加えて、がん診療の専門分野・専門医療などに関する情報をホームページ等において提供している → 病院玄関への掲示も可	「地域住民などへのがん検診・がん予防・がん診療に関する教育・啓発活動に取り組んでいる」に関しては、行政からの要請に応じて出張して出張して地域のがん検診を実施している。	
1.1.3	地域に対するがん情報の発信を行っている	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	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) 開業医と院内の医師とが、月1回検討会・勉強会を実施している	
1.2.1	がん登録システムが確立している 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	現在院内・京都府・拠点病院の全国がん登録などさまざまな登録事業に参加しており、その他にも個々の診療科が学会レベルの登録事業に参加している。フォローアップはそれぞれの診療科が実施しており、病院全体では実施していない。がん登録には、がん疫学を持つ診療録管理士が必要である。	がんセンターの推奨する様式(UICC)によりがん登録を実施している。ただし死亡原因ががんかどうかまでの情報は取っていない。

No.	評価項目	判定指針	京都桂病院	意見
1.2.2	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（フォローアップ率の計算式を明示する必要があり。90%は高い？） この二つの質問の意味が不明 注：中央病院の最高レベルでも80%程度 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 東京、神奈川、千葉では施行中	市立長浜病院	当院のがん登録のフォローアップ率は98%以上である。高いフォローアップ率を維持するために、がん患者の外来受診時の情報を直ぐに利用できるようにすると共に、保健所とタイアップしたり死亡広告をチェックしたりしている。
1.2.3	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・サマリートの適時性・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		
1.2.4	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		
1.2.5	毎年がん診療責任者は診療成績を分析し、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		当院では、病歴室が生命表を使って相対生存率を計算している。結果はホームページで公表されている。
1.2.6	がんに関連した治療の情報が、公式に患者に提供されている	1) 診療科の医師は、該当患者に対してがん診療に関する臨床試験の情報提供を行っている 2) 治療の情報が、インターネット・病院のニューズレター・待合室のパンフレットなどで提供されている		

## 資料3 がん診療機能評価 Ver0.0

## 目 次

<b>第1領域 がん診療の理念と基本方針</b>	<b>8</b>
1.1 がん診療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	8
1.1.1 がん診療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	8
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	8
1.2 がん診療の責任体制	8
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	8
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	8
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	9
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ールの見直しを定期的 にすすめている	9
1.3 診療録管理の責任体制	9
1.3.1 診療録管理の責任体制が確立している	9
1.3.2 診療録管理委員会が設置されている	9
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	10
1.3.4 医療情報と医療事故の開示	10
1.4 職員教育・臨床研修	10
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	10
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	11
1.4.3 がん専門薬剤師養成の体制がとられている	11
1.4.4 論文発表・学会発表を評価している	11
1.4.5 がん診療教育研修プログラムを提供している	11
1.5 臨床研究	11
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	11
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	12
<b>第2領域 患者の療養環境とサポート体制</b>	<b>13</b>
2.1 療養環境	13
2.1.1 禁煙指導の徹底	13
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	13
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	13

<b>2.2 説明と同意</b>	<b>13</b>
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	13
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	14
2.2.3 適正に診断と治療に関する同意を得ていることを確認する仕組みがある	14
<b>2.3 プライバシー確保への配慮</b>	<b>14</b>
2.3.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備が備わっている	14
2.3.2 患者以外の者に対する病状や治療に関する情報の提供については、患者の同意が得られている	15
<b>2.4 セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている</b>	<b>15</b>
2.4.1 患者がセカンドオピニオンを求めた場合に積極的に適切な医師あるいは医療機関を紹介している	15
<b>2.5 患者・家族のサポート</b>	<b>15</b>
2.5.1 患者・家族の希望やキーパーソンを把握したうえで、患者と共に達成可能な目標を設定している	15
2.5.2 患者・家族に対する精神サポート体制が構築されている	15
2.5.3 医療相談の体制が確立している	16
2.5.4 多職種による患者教育が継続的に行われている	16
2.5.5 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	16
<b>第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み</b>	<b>17</b>
<b>3.1 診療の標準化</b>	<b>17</b>
3.1.1 診療ガイドラインの採用が施設レベルで検討され運用されている	17
3.1.2 各種がん治療に関して標準的な治療を提供するための取り組みがされている	17
<b>3.2 グループ診療の推進による診療の透明化</b>	<b>17</b>
3.2.1 多職種・多診療科が参加した症例検討会が行われている	17
3.2.2 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	17
3.2.3 がん診療責任者あるいは検討会の責任者の役割が明確に示され、最適の診療方針が決定され、かつ実行されている	18
3.2.4 問題症例をとりあげる実効性のあるシステム検討が構築されている	18
<b>3.3 適切な薬物治療</b>	<b>18</b>
3.3.1 薬物治療(抗体、分子標的治療も含む)を安全に実施するためのスタッフが配置されている、あるいは配置される予定がある	18
3.3.2 レジメン審査・登録・管理が適切に行われている	19
3.3.3 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	19

3.3.4 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内容を確認、周知している	19
3.3.5 化学療法当日の投与決定の仕組みがある	19
3.3.6 抗がん剤の種類、投与量と投与スケジュールを医師が二重に確認する仕組みがある	19
3.3.7 抗がん剤の適応外使用の手続が院内で規定されている	20

## **第4領域 がん看護の提供体制** 21

<b>4.1 がん看護の提供体制が確立している</b>	<b>21</b>
4.1.1 がん診療の専門性を持つ看護師(がん看護専門看護師、認定看護師)が適所に配置されている	21
4.1.2 がん看護の方針・手順が明文化されている	21
<b>4.2 がん診療に関連した看護ケアが適切に提供されている</b>	<b>21</b>
4.2.1 看護計画の立案と実施が適切である	21
4.2.2 チーム医療の中で看護師の果たす役割が明確で実行されている	22
4.2.3 化学療法などの治療後のフォローアップが適切に行なわれている	22

## **第5領域 薬剤部の機能** 23

<b>5.1 がん治療に関連した薬剤業務の提供体制が確立している</b>	<b>23</b>
5.1.1 がん診療の専門性を持つ薬剤師が配置されている	23
5.1.2 薬剤業務を実施するための体制が確立している	23
5.1.3 サテライト薬局を設けて入院化学療法を実施している	23
5.1.4 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	23
<b>5.2 薬剤業務の適切な運営</b>	<b>24</b>
5.2.1 内服抗がん剤の調剤・投薬が安全かつ適切に行われている	24
5.2.2 注射用抗がん剤の調製・混合が適切に行われている	24
5.2.3 薬剤治療の説明が適切に行われている	24
5.2.4 TDM(血中薬物濃度モニタリング)を自院で解析している	24

## **第6領域 病理部門の機能** 25

<b>6.1 病理部門の体制の確立</b>	<b>25</b>
6.1.1 病理医ならびに検査技師の必要な人員が確保されている	25
6.1.2 病理医が不足している場合、それを補う方策を立てている	25
6.1.3 病理診断に必要な設備・機器が整備されている	25
<b>6.2 病理部門の適切な運営</b>	<b>25</b>

6.2.1	診療に必要な病理検査の手順が確立され実行されている	25
6.2.2	標本作成ならびに病理診断の精度管理が適切に行われている	26
6.2.3	病理標本管理が適切に行われている	26
6.2.4	病理部門の情報管理が適切に行われている	26

## **第7領域 放射線治療の提供体制** **27**

---

7.1	放射線治療の体制の確立	27
7.1.1	放射線治療を安全に実施するための放射線治療専門医が配置されている	27
7.1.2	放射線治療の専門スタッフが配置されている	27
7.1.3	施設の機能特性に合わせて放射線治療に必要な施設・設備・機器が整備されている	27
7.2	放射線治療部門の適切な運営	28
7.2.1	定期的に放射線治療の品質管理・品質保証が行われている	28

## **第8領域 緩和ケアの提供体制** **29**

---

8.1	緩和ケアの提供体制が確立している	29
8.1.1	適切な緩和ケアを行うに必要な専門スタッフが確保されている	29
8.1.2	疼痛や苦痛のケアの方針が明確に示されている	29
8.2	疼痛や苦痛症状の緩和に努めている	29
8.2.1	疼痛や苦痛症状について評価の基準が定められ、活用されている	29
8.2.2	オピオイド鎮痛薬が適正に管理、使用されている	29
8.2.3	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、疼痛を予防し対処する方略を教育している	30
8.2.4	施設の機能特性に合わせて在宅ホスピスに適切に対応している	30
8.2.5	施設の機能特性に合わせてデイケアサービスが適切に提供されている	30

## **第9領域 がん医療の安全確保体制** **31**

---

9.1	がん患者が安全に生活できるような環境が整備されている	31
9.1.1	安全確保のための院内の情報を収集し、分析し、改善策を実施する体制がある	31
9.1.2	危険物の処理が適切に行われている	31
9.1.3	各部門における具体的な感染対策がとられている	31
9.1.4	感染症情報が適切にリリースされている	31
9.1.5	抗がん剤・麻薬・抗精神薬の管理体制が整備されている	31
9.2	がん薬物療法を安全に提供する環境が整備されている	32

9.2.1	安全確保について組織的に検討する仕組みがある	32
9.2.2	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	32
9.2.3	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	32
9.2.4	薬剤が適切に供給されている	32
9.2.5	确实・安全な薬剤投与が実施されている	32
9.2.6	抗がん剤による被曝の対策ができています	33
9.2.7	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	33
9.2.8	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	33

## **第10領域 医療連携機能** **34**

---

10.1	地域の保健・医療・福祉施設との連携と協力の体制がある	34
10.1.1	地域の医療機関からの紹介がん患者の受け入れおよび患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行うための体制が確立している	34
10.1.2	地域において、かかりつけ医（診療所・在宅訪問医等）を中心とした緩和医療の提供体制が整備されている	34
10.1.3	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	34
10.1.4	高額医療機器を共同利用している	34
10.2	地域に対する情報公開	34
10.2.1	地域住民あるいは一般に対して、診療提供に関する情報が公開されている	34
10.2.2	がん診療に関する信頼性の高い情報を患者に紹介する有効な手段を講じている（要否？）	35

## **第11領域 リハビリテーション機能** **36**

---

11.1	包括的リハビリテーションプログラム	36
11.1.1	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	36
11.1.2	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	36

## **第12領域 栄養サポート機能** **37**

---

12.1	栄養サポート体制	37
12.1.1	院内に、栄養サポートチームがある	37
12.2	栄養ケアの実践	37
12.2.1	栄養について評価・検討され、計画的に栄養管理が行われている	37

## **参考：拠点病院構想に関連した項目** **38**

---

<b>参 1.1 がん診療に関する地域における役割</b>	<b>38</b>
1.1.1 がん診療に関する地域の役割が、明確にされている	38
1.1.2 地域の医療機関や保健福祉サービス機関への技術支援や診療支援に取り組んでいる	38
1.1.3 地域に対するがん情報の発信を行っている	38
<b>参 1.2 がん登録システムが確立している</b>	<b>39</b>
1.2.1 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	39
1.2.2 院内がん登録制度が、適切に運営されている	39
1.2.3 がん登録データの質を担保する仕組みがある	39
1.2.4 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	39
1.2.5 毎年がん診療責任者は診療成績を分析し、結果を公表している	40
1.2.6 がんに関連した治験の情報が、公式に患者に提供されている	40

## 第1領域 がん診療の理念と基本方針

### 1.1 がん診療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

#### 1.1.1 がん診療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

3・2・1・NA

- 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
- 2) 基本方針は具体的で、病院の機能と矛盾しない
- 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
- 4) 理念・基本方針は、定期的に見直されている

◇ 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否かを、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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 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
- 2) がん治療認定医が配置されている

◇ 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

3・2・1・NA

- 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
- 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

◇ 実際に専門技能を活かす職場に配属されているか否か

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

3・2・1・NA

- 1) がん専門薬剤師が配置されている
- 2) がん薬物療法認定薬剤師が配置されている

◇ 実際に専門技能を活かす職場に配属されているか否か

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

3・2・1・NA

- 1) 定期的に検討され見直しされている

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

3・2・1・NA

- 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、あるいは5年以内に確保される予定がある

1.3.2 診療録管理委員会が設置されている

3・2・1・NA

- 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、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

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 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る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

3・2・1・NA

- 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設備があり、誰でも利用できる環境にある

◇ 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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 1) 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

1.4.5 がん診療教育研修プログラムを提供している

3・2・1・NA

- ◇ 施設特有の機能に応じて。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、教育資材を活用しているか、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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 1) 臨床試験対象者の個人情報、適切な方法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

## 第2領域 患者の療養環境とサポート体制

### 2.1 療養環境

#### 2.1.1 禁煙指導の徹底

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 1) 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

**重要項目**

### 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

3・2・1・NA

- 1) がん告知に関する方針・手順が明文化されている

**準重要項目**

- ◇ 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、コメディカルの署名などにに基づき評価する。

## 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

3・2・1・NA

- 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の評価する。  
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

## 2.2.3 適正に診断と治療に関する同意を得ていることを確認する仕組みがある

3・2・1・NA

- 1) 看護師あるいは薬剤師などのコメディカルが医師の説明時に同席している  
①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、説明内容の妥当性を看護の観点、あるいは第三者に近い観点からも評価している
- 2) 患者・家族の反応を観察し質問を行うことで、看護師あるいは薬剤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あるいは薬剤師が担っている）を行っている
- 3) 必要に応じ、医師との調整を行ってチーム医療を実践している

◇ 看護師の同席などの確認、説明後の病棟打ち合わせなどの実施状況を具体的に記録などで確認する

## 2.3 プライバシー確保への配慮

### 2.3.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備が備わっている

3・2・1・NA

- 1) 外来診察室・病棟面談室の環境は、プライバシーが守られている
- 2) 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている
- 3) 外来抗がん剤治療時の環境は、プライバシーが守られている

準 重要項目

2.3.2 患者以外の者に対する病状や治療に関する情報の提供については、患者の同意が得られている

3・2・1・NA

1) 患者以外の者に対する情報提供に関する対応マニュアルが整備されている

◇ 具体的な手順とその運用状況を評価する。実際は、すべてこのように対応することは医療の現場では不可能であるので、「外部あるいは直近家族以外からの問い合わせ」などに限定する必要がある。病棟などに対応マニュアルが備わり、遵守されていることを確認する

2.4 セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている

2.4.1 患者がセカンドオピニオンを求めた場合に積極的に適切な医師あるいは医療機関を紹介している

3・2・1・NA

1) セカンドオピニオンが保証されている

◇ 小さな病院は紹介が多く、大きな病院は受けるばかりとなる。施設の特徴に応じた数を評価する必要がある

2.5 患者・家族のサポート

2.5.1 患者・家族の希望やキーパーソンを把握したうえで、患者と共に達成可能な目標を設定している

3・2・1・NA

1) 患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある

◇ 該当患者の看護計画の立案や実施に関する記録を確認する

2.5.2 患者・家族に対する精神サポート体制が構築されている

3・2・1・NA

- 1) 担当医、看護師、精神科医、ソーシャルワーカーや臨床心理士などの多職種によるサポートプログラムがある。さらには、心理療法、サポートグループ、リラクゼーション訓練、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に取り組んでいる、あるいは取り組む予定がある
- 2) いない場合に院内に連携がとれる心理職が確保されている
- 3) 院内の患者会、患者同士の交流会あるいは患者・家族を対象とした勉強会を行っている

### 2.5.3 医療相談の体制が確立している

3・2・1・NA

- 1) 相談専門人員が何人いるか、その資格は何か（社会福祉士・精神保健福祉士・その他）
- 2) 対面面談のための個室を設置しているか
- 3) 相談の件数が院内で何件あるか（月間〇〇件）
- 4) 相談のデータを集計しているか
- 5) 相談内容について事例検討会を開催しているか
- 6) パンフレットなどの資料を取り揃えているか
- 7) 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っているか
- 8) 相談記録を作成しているか
- 9) PC インターネットを設置し、がん情報がとれるようになっているか

◇ がん専門病院の場合と総合病院の場合とで、総人員、相談件数、相談内容などに「がんに関する医療相談」という要素を考慮して評価する必要がある。総合病院の場合は、「がんに関する医療相談」以外の相談にも対応するための人数確保をしていたり、逆にそのための増員もなく、相談業務が煩雑化している場合もある。

### 2.5.4 多職種による患者教育が継続的に行われている

3・2・1・NA

- 1) 看護師、薬剤師を中心とした教育の実績があり記録されている

### 2.5.5 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

3・2・1・NA

- 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、あるいは配備する予定がある。実績を検証

### 第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み

#### 3.1 診療の標準化

##### 3.1.1 診療ガイドラインの採用が施設レベルで検討され運用されている

3・2・1・NA

- 1) がん診療ガイドラインの採用が診療委員会などで決められ、各診療科レベルで実際に運用されている

##### 最重要項目

- ◇ 治療方針の決定プロセスが、一定のガイドラインに準じて多職種を交えたグループで決められているか否か。  
各診療グループが使用しているガイドラインの一覧を確認する。

##### 3.1.2 各種がん治療に関して標準的な治療を提供するための取り組みがされている

3・2・1・NA

- 1) 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が、各種ガイドラインやエビデンスに基づいて作成され、審査のうえで運用されている

##### 重要項目

- ◇ 実際の評価では、運用されているクリニカルパスの数と内容を確認する

#### 3.2 グループ診療の推進による診療の透明化

##### 3.2.1 多職種・多診療科が参加した症例検討会が行われている

3・2・1・NA

- 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とコメディカルが参加する症例検討会や委員会を開催している、あるいは何らかの形で意見交換がなされている

##### 3.2.2 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

3・2・1・NA

- 1) 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