

200824017A

厚生労働科学研究費補助金  
がん臨床研究事業

医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価標準システム  
に関する開発研究

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者 坪井 栄孝

平成 21 (2009) 年 3 月

# I. 総括研究報告

## 医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価標準システムに関する開発研究

坪井 栄孝	-----	1
資料編	-----	15
資料1. 「がん診療機能評価項目体系案」に関するアンケート	-----	17
資料2. アンケート送付先病院一覧	-----	45
資料3. アンケート調査結果	-----	59
資料3-1. 全体集計	-----	61
資料3-2. 病院種別集計	-----	193
資料3-3. 病院規模別集計	-----	347
資料3-4. 病院地区別集計	-----	501
資料4. ヒアリング調査議事概要	-----	693
資料5. 対がん協会主催研究成果発表会資料	-----	703

平成 20 年度 厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）研究報告書  
総括研究報告書

医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価標準システムに関する開発研究  
(H18-がん臨床-一般-018)

研究代表者	坪井栄孝 日本医療機能評価機構 理事長
研究分担者	加藤裕久 昭和大学薬学部 医薬品情報学 教授 河北博文 日本医療機能評価機構 専務理事 今中雄一 日本医療機能評価機構 執行理事
研究協力者	若尾文彦 (国立がんセンター がん対策情報センター) 山口 建 (静岡県立静岡がんセンター) 木村秀幸 (岡山済生会総合病院) 丸田孝郎 野田和正 (神奈川県立がんセンター) 樫本登美男 菅沼省二 (岐阜市民病院) 又野禎也 (市立砺波総合病院) 菅原浩幸 渡部直洋 横山 玲 (日本医療機能評価機構・企画室) 阿部吉樹 日下部智子 (東京大学大学院医学系研究科)

概要

【目的】

がん診療に関わる医療機能の均てん化は重要政策課題であり、早急な対応が求められている。がん診療の均てん化のために、がん診療に携わる医療機関の体系的な機能評価が必要であるが、現在、がん診療に特化した機能評価体系（以下、がん診療機能評価）が存在しない。一方、一般的な医療機能評価は定着しつつあり、かかる評価を基盤として、そこにがん診療機能に関する基準を上乗せすれば、効率的な評価が期待できる。

本年度は、昨年度作成した「がん診療機能評価 Ver0.0」を見直し、「がん診療機能評価 Ver1.0」の作成とその実用性、妥当性についての検討を行うとともに、現在の実施状況、充足状況についての調査を行うことを目的とした。

【対象と方法】

「がん診療機能評価 Ver0.0」の項目の類似性や親和性をもとに、項目の配置を変更するとともに、いくつかの項目を追加し、「がん診療機能評価 Ver1.0」とした。

「がん診療機能評価 Ver1.0」について、全国の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、国立高度医療センター、大学病院、特定機能病院、臨床研修病院 922 施設を対象にアンケートおよびヒアリングを実施した。アンケートでは、「がん診療機能評

価 Ver1.0)を用いて現状の自己評価と、実際に利用する際に生じる疑問点等について意見を得た。また、回答が早く、意見を多数寄せた 5 施設を対象にヒアリング調査を実施し、内容の妥当性についての意見を収集した。

#### 【結果と考察】

作成された「がん診療機能評価 Ver1.0)を用いて、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修病院等、全国 922 施設を対象にアンケートおよびヒアリングを実施した。アンケートでは、350 施設が回答し(回収率 38%)、「がん診療機能評価 Ver1.0)を自己評価用ツールとして使用するには、用語や評価基準を明確にする必要性が示された。また、ヒアリング調査では、内容の妥当性についての示唆が得られた。

「がん診療機能評価 Ver1.0)の項目について、充足率はがん拠点病院でその他の施設に比べて高く、妥当な結果が得られた。一方で、放射線治療のように診療機能が分担されていることや一部の緩和ケアなど具体的な指針や方法が示されていない項目については、充足率が低いことが示された。

#### 【結論】

がん診療機能評価に特化した「がん診療機能評価 Ver1.0)を作成し、全国 922 施設を対象としたアンケート調査および 5 施設の担当者にヒアリング調査を行った。その結果、自己評価用に用いるためには、一部の項目、用語や使用法に検討の必要があるものの、がん診療機能の評価に使用しうると考えられた。

また、「がん診療機能評価 Ver1.0)に含まれる項目の多くは、がん拠点病院を中心に整備されつつあるが、一部の緩和ケアなど国等において具体的な指針が示されていないものについては、充足率が低いことが示された。整備指針等と整合性を保ちながら、項目の整理、整備を進めることで、より正確に充足状況の把握ができると考えられる。

#### A. 目的

がん診療に関わる医療機能の均てん化は重要政策課題であり、早急な対応が求められている。がん診療の均てん化のためには、がん診療に携わる医療機関において実施、提供すべきことがらを明確にすること、さらに、それらの実施状況や充足状況のような医療機関の機能評価を行うことが必要である。

しかし、現在、がん診療に特化した機能評価体系(以下、がん診療機能評価)が存

在しない。一方で、一般的な医療機能評価は定着しつつあることを考慮すると、かかる評価を基盤として、そこにがん診療機能に関する基準を上乗せすれば、効率的な評価が期待できる。

本研究グループでは、平成 18 年度の研究において、専門家に対するヒアリングを実施し、評価システム体系暫定版を作成した。また、平成 19 年度研究では、がん看護についてヒアリングを行い、看護に関連した評価項目を策定し、地域がん診療連携拠点病

院数施設を対象とした実地調査を行った。開発された評価指標の妥当性を検証し、修正を施し、「がん診療機能評価 Ver0.0」を作成した。

本年度は、「がん診療機能評価 Ver0.0」を用い、専門家の意見をもとに、評価項目を整理し、項目の配置を改めるなどの修正を加えるとともに、自己評価用ツールとしても使用が可能な「がん診療機能評価 Ver1.0」を作成すること、およびその実用性、妥当性についての検討を行うことを目的とした。併せて、「がん診療機能評価 Ver1.0」の各項目についての実施状況、充足状況についての検討を行うこととした。

## B. 方法

### I 「がん診療機能評価 Ver1.0」の作成

「がん診療機能評価 Ver0.0」をもとに、項目の重複の有無、追加を要する項目を確認した後、項目の類似性、親和性を考慮して、項目の配置の妥当性について検討を行い、がん診療機能評価 Ver0.0.0 を作成した。その後、化学療法、薬剤部、看護の専門家により、項目の妥当性について検討を行い、修正を加え、「がん診療機能評価 Ver1.0」とした。

### II 「がん診療機能評価 Ver1.0」の実用性、

#### 妥当性の検討

#### 1) アンケート

##### ①対象

全国のがん診療拠点病院等 922 施設。内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院（含 国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院）49、地域がん診療連携拠点病院 304、都道府県指定がん拠点病院

20、国立高度専門医療センター9、大学病院 169、特定機能病院 81、臨床研修病院 730 施設であった。なお、病院種別に重複があった場合には、上記の順に優先順位を決め、上位の種別を含めることとした。

#### ②調査方法および調査項目

I において作成した「がん診療機能評価 Ver1.0」および基礎データ調査票および同内容の CD-R を対象施設に郵送し、書面または E-メールによる回答を依頼した。回答者の指定は行わなかった。

調査項目は、I において作成した「がん診療機能評価 Ver1.0」の各項目についての実施・対応状況を「実施または対応している」「実施または対応していない」「不明または関連する機能を持たない」の 3 件法でたずねた。また各項目について、内容の妥当性、文言の妥当性、回答に際して困難な点について自由記載で回答を得た。

各施設の基礎データとして、年間患者数、病床数、職員数、医療機器保有数、施設基準、がん診療実績等を収集した。

#### ③分析方法

項目ごとに、回答分布および自由記載欄に記載された内容を集約し、実用性、妥当性を検討した。

#### 2) ヒアリング

##### ①対象

アンケートに回答した施設のうち、回答が早く、自由記載欄に意見の記載が多かった 5 施設 7 名。

##### ②項目

各施設での、がん診療に関する取り組み、「がん診療機能評価 Ver1.0」の妥当性について幅広く回答を得た。

### ③分析方法

出席者の発言内容を集約した。

## Ⅲ 「がん診療機能評価 Ver1.0」各項目の実施状況、充足状況についての検討

### ①対象

Ⅱ-1) と同じ 922 施設。

### ②方法

Ⅱ-1) と同様。

### ③分析方法

各項目の回答分布について、記述統計量を算出した。

また、病院種別、病院規模、地区別にサブグループ解析を行った。病院種別は、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修病院、およびその他の病院（大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療センター）の間で比較を行った。病院規模は病床数 300 未満、300～499 床、500 床以上の 3 群に分け、回答分布を調べた。地区は、病院の所在地をもとに、地方厚生局の管轄区分に従い、北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州沖縄の 7 地域に分け、回答分布を調べた。

## C. 結果と考察

### I 「がん診療機能評価 Ver1.0」の作成

12 領域、大項目 30、中項目 98 の体系であった「がん診療機能評価 Ver0.0」をもと

に、項目の再検討、項目間の類似性、親和性を考慮し、「がん診療機能評価 Ver1.0」を作成した。「がん診療機能評価 Ver1.0」は「がん診療組織の運営と地域における役割」「患者の権利と医療の質および安全の確保」「療養環境と患者サービス」「基本的がん診療の組織と運営」「医療の質と安全のためのケアプロセス」の 5 領域、大項目 28、中項目 74 となった。

## Ⅱ 「がん診療機能評価 Ver1.0」の実用性、妥当性の検討

### 1) アンケート調査

#### ①回収状況と施設特性

350 施設より回答を得た（回収率 380%）。回答した施設の病床数の平均は 481 床、緩和ケア病床を有する施設は 52（15%）、外来化学療法専用病床を有している施設は 240（69%）であった。医師数は常勤換算で、200 人未満の施設が 287（82%）、看護師（正看護師）は 500 人未満の施設が 315（87%）であった。がん看護専門看護師を配置している施設は 39（11%）であった。緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師は、それぞれ 95（27%）、102（29%）、72（21%）施設で配置されていた。薬剤師は 30 人未満の施設が 299（85%）であり、がん専門薬剤師を配置している施設は 45（13%）だった。がん薬物療法認定薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師を配置している施設はそれぞれ 104（30%）、2（0.6%）だった。年間外来患者数の平均は約 26 万人、年間延べ入院患者数は平均 15 万人だった。

#### ②回答分布

Ⅲで詳述する。

### ③実用性、妥当性に関する意見

「がん診療機能評価 Ver1.0」を用いて、自己評価に使用してもらったところ、項目を妥当とする評価がある一方、使用されている用語の定義がわからない、用語が適切でないなどの指摘があるほか、評価のねらい、考え方が示されているほうが望ましいとの意見があった。

回答に際しては、「実施または対応している」「実施または対応していない」「不明または関連する機能を持たない」の3件法では回答しにくく、統合版機能評価と同様に、3段階または5段階での回答が妥当とする意見があった。人員や機器については準備中や検討中の施設も多数あり、「準備中」などの選択肢があったほうがよいとする意見があった。また、放射線治療や特定のがん種について診療していない場合などを考慮し、「該当なし」の選択肢を設けるべきとする意見が複数寄せられた。以下、各領域別に詳細に述べる。

「がん診療組織の運営と地域における役割」の領域では、項目 1.2.1.4「急性心筋梗塞、糖尿病等、がん以外の疾患に対する診療機能を有していない場合、地域の病院と連携して対応する手順が明確にされている」に対して、「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが約30%と高かった。これは、診療機能を有している場合、「実施または対応している」「実施または対応していない」のいずれにも回答できないためと、複数の施設が理由を記していた。その他の項目では、「不明または関連する機能を持たない」との回答は20%未満であり、

上記の項目に比べて、回答はしやすかったと考えられる。しかし、1.2.1「地域のがん診療施設」とは何を意味するのか、1.4.1「がん登録の体制が確立している」とはどの程度整えばいいのか、などの意見もあり、自己評価を行うには、判断に迷う項目があったとの指摘もあった。そのほか、人事とがん診療機能の関係が不明、治験に関する情報はがん拠点病院や一部の大学病院以外では実情にそぐわないなど、評価項目としての妥当性に対する疑問が寄せられた。

「患者の権利と医療の質および安全の確保」の領域では、すべての項目で、「不明または関連する機能を持たない」および回答なしは20%未満であった。2.1.1.1「患者に配慮したがん告知と同意手順がとられている」に対しては、多様な患者に対応するために、統一すべきではないという意見があった。2.2.2「臨床研究の妥当性を検証する審査委員会が設置され運営されている」については、倫理委員会との違いが不明、臨床研究の妥当性とは何を指すのかわからないなどの意見があった。2.2.3「抗がん剤の適応外使用の手続きが院内で規定されている」については、適応外使用を認めることが妥当かという意見があった。2.5「がん薬物療法の安全確保体制」については、「レジメンの標準化」がガイドラインと合わせることを意味するのか、院内の標準化なのかわかりにくいとの指摘があった。

「療養環境と患者サービス」の領域では、3.2.1.3「患者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」は「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが58%であった。具体的なものがイメージできないため、回答できないとの

意見が多数寄せられた。その他の項目では、不明または関連する機能を持たない」および回答なしが 20%未満であった。項目別には、3.3.3「遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関する体制が確立している」について、一般病院では不可能や、自院は対象外と考えるなどの意見があったほか、他施設との連携をとっている場合の評価方法が不明などの意見があった。

「基本的がん診療の組織と運営」の領域では、4.4.3.2「日本病理学会による「診断病理学における精度管理指針\_外科病理検査室編」に基づいた精度管理が行われている」、4.4.3.3「病理診断に必要な臨床情報を病理医が受け取れるシステムがある」、4.4.5.3「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」、4.6.2.7「RI治療、小線源療法等を実施している場合には、放射線治療部専用の病棟または病室が備わっている」、4.6.4.2「高線量率小線源治療装置の線源残留などの事故発生時の対処手順が確立している」の5項目で「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが 20%を超えていた。病理検査を外注している施設、放射線治療については、機器を有していない、または治療を実施していない施設にとって、適切な回答選択肢がなかった。項目別には、4.1「診療部門」では、「十分な知識と技能」「がん手術に精通した」などは、その意味する内容が不明確であるとの指摘が複数あった。4.2「看護部門」、4.3「薬剤部」では、専門看護師、専門薬剤師等の配置について、すべての専門職を配置していない場合は、「実施または対応していない」となるのかといった、判断に迷うとの意見が多数あった。4.4「病理

診断機能」、4.5「画像診断と IVR 機能」、4.6「放射線治療体制と運用」については、職員が常勤や専従であることが機能評価に必要なかとの意見があった。またカンファレンスについても、迅速性を重視し、必要時に実施しているとする施設も複数あり、「定期的」な実施が必ずしも、機能評価に重要ではないとする意見もあった。情報の管理に関して、電子カルテへの移行を行っている施設が多数あり、電子媒体での管理を意味するのか、紙ベースでの情報や標本の管理を意味しているのかが明確でないとする意見が寄せられた。

「医療の質と安全のためのケアプロセス」の領域では、5.1.2.4「チーム医療の中で精神保健福祉士・臨床心理士等の果たす役割が明確で実行されている」、5.4.3.3「放射線治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある」、5.7.3.6「女性生殖器がん術後の排便・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」、5.7.3.7「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」の4項目で「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが 20%を超えていた。項目別には、5.4「処置後のフォローアップ」については、緊急時、教育プログラムが明確に定義されていないと評価しにくいとの意見があった。また、5.4.3「放射線治療後のフォローアップが適切に行なわれている」については、実施していないために回答できないとする施設が多数みられた。5.5「化学療法の安全な実施」では、処方オーダーのダブルチェックについて、誰と誰が、どのように行うべきかが記載されていないと評価ができない



とする意見、バーコードシステムについては、手段をバーコードシステム限定せず、より大きな個人認証システムとした方が妥当とする意見があった。5.5.4.1「TDMを自院で行い解析し、医師へフィードバックしている」に対しては、外注で対応している施設も多く、自院に限定する理由が不明との意見があった。5.7「リハビリテーション機能」については、必ずしもがん患者に限定とした実績の報告やがん患者を対象としたプログラムがないため、回答しにくいとの意見がみられた。

これらの意見を考慮し、「がん診療機能評価 Ver1.0」を自己評価ツールとして使用できるものとするためには、今後以下の点を考慮する必要があると考える。まず、各施設でどの項目を評価する必要があるかを明示することである。「がん診療機能評価 Ver1.0」はがん診療機能の全体を網羅する形で項目を設定しているが、すべての施設がこれらのすべてを満たすことは、非現実的である。各中項目（「1.1.1」のように3つの数字で示された項目）には、対象となる施設、評価の目的、方法を明示することが必要であると考えられる。「放射線治療を実施している施設は評価すること」や「リハビリテーション機能を有していない場合は評価不要」などを明示することで、単科病院や、特定の機能を有していない施設の回答のしにくさを軽減できると考えられる。

次に、回答様式を病院機能評価と同様に、5段階とするか、「実施または対応している」「準備中」「実施または対応していない」「該当なし」などに変更することである。がん診療に関わる医療機能の均てん化のための整備は、現在進行中であり、準備段階にあ

るものについては、「実施または対応している」「実施または対応していない」の二者択一では、現状を正しく評価することは難しく、この点での意見が最も多かったことから、改善の必要がある。

第三に、用語の操作的な定義を行うことである。「適切な」「体制が確立している」などの表現は、その示す範囲がすべての評価者にとって共通であるとは考えにくく、判断基準を添えるなどの配慮が必要であると考えられる。「適切な」は「ガイドラインに従って」とすることや、根拠となる声明・指針などを示すことや、看護部門、薬剤部の体制について、専門看護師、専門薬剤師などの職種を示す場合には、すべてを満たす必要があるのか、一部を満たしている場合の評価はどのように行うかなどの判定指針（スコアリングガイドライン）を示すことで、評価者の負担を軽減できると考えられる。また、評価者が事務担当者である場合もあることから、略語を用いずに、項目を提示することや、回答者を指定するなどの工夫も必要であると考えられる。

## 2) ヒアリング

### ①対象者

関東信越、北陸東海、中国四国地区の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修病院5施設の管理者、診療部科長等7名。

### ②「がん診療機能評価 Ver1.0」について

第一に、「がん診療機能評価 Ver1.0」は単独で使用するものであるのか、病院機能評価の付加項目とするかの立場をはっきりさせることが必要であるとの意見があった。

第二に、対象を明確にさせる必要があるとの意見があった。「がん診療機能評価 Ver1.0」は、内容としては理想の項目であり、がん診療に高度に特化した施設が対象と思われる項目の構成になっているとの指摘があった。現在の一般的ながん診療の主力を担っている施設の機能を評価するために妥当な項目であるのか、あるいは、地域連携を考え、診療所等を含めることなども考慮する必要があるのではないかと指摘があった。評価には施設の背景の影響も大きく関わるため、がん診療に特化した施設、一般の施設などのようにタイプ別に別立てとした方がよいのではないかと意見があった。

第三に、項目の内容や用語が、整備指針や厚生労働省の通達、学会等の基準と整合性がとれていない点があり、混乱しやすいとの指摘があった。併せて、アンケート結果と同様に、用語の範囲を明確にすることに対する希望があった。

第四に、がん診療に特化していない総合病院などの一般の施設では、がん診療に特化しない形で、放射線科の医師や技師、リハビリテーション機能などの項目で「実施または対応している」ことがあるが、がん診療に特化するかどうかはっきりさせたほうがよいとの意見があった。

第五に、告知の問題では、医師に任せる、家族に話してほしいなどの状況があり、患者の希望をどこまで汲むか、あるいは、患者個々への対応によって評価項目の判断が変わることがあることが指摘された。

そのほか、今後目指すべき方向を考えるうえで、役立つとする肯定的評価もあった。これらから、内容や構成の一部に再吟味

の必要はあるものの、「がん診療機能評価 Ver1.0」は、機能評価にとどまらず、施設の達成目標を示す可能性があることが示唆された。

### ③各施設でのがん診療の取り組み

「がん診療機能評価 Ver1.0」についての意見とともに、現在のがん診療に関して、問題となっていることや施設で取り組んでいることについて、報告されたので、ここにまとめる。

施設で問題となっていることのひとつに、がん診療拠点病院の基準と、保険点数の基準に差があることがあり、苦慮しているとの報告があった。また、人員の確保については、準備中という現状が示された。専門看護師、認定看護師、専門薬剤師、認定薬剤師等は、現在は未配置であっても、研修中や資格取得予定者がいるなどの報告があった。一方で、精神科医の確保の難しさや、専従の放射線科医等については、非常勤専従を認めるのかどうかについての判断の難しさが指摘された。その一方で、当直などとの関係や、仕事の分担、事故防止の観点から、専従担当者1名よりも専任担当者複数の方がよい点もあり、そのような体制をとっている施設があった。医療安全面から考えて、重要な指摘であった。

## Ⅲ 「がん診療機能評価 Ver1.0」各項目の実施状況、充足状況についての検討

### 1) 回収状況と施設特性

アンケートに回答した350施設のうち、施設の基礎情報の回答がなかった5施設を除く345施設を分析の対象とした。

病院種別の回答は、都道府県がん診療拠

点病院 23 (回収率 47%、以下同様)、地域がん診療拠点病院 150 (49%)、臨床研修病院 147 (20%)、大学病院、特定機能病院、国立高度医療センター27 (10%)であった。規模別には、300床未満が 52 施設、300床以上 500床未満、500床以上はそれぞれ 138、144 施設だった。都道府県がん診療拠点病院、地域がん診療拠点病院の 60%以上が 500床以上であり、臨床研修病院の 80%以上が 500床未満の病院だった。

## 2) 実施状況、充足状況

### ①がん診療組織の運営と地域における役割

1.3.3「公正な人事採用と評価がなされている」を除き、ほぼすべての項目で、都道府県がん診療拠点病院、地域がん診療拠点病院（以下、がん拠点病院）では約 60%以上が「実施または対応している」と回答し、その他の施設と比較して、その割合は有意に高かった（以後、「実施または対応している」と回答した割合を、充足率とする）。これは、この領域の項目ががん診療に特化したものであり、がん拠点病院では実施・対応されやすく、その他の施設では、実施・対応できていないか不明または該当なしであったためと考えられる。がん拠点病院以外では、がん診療に特化した方針の明示がなされていないこと、がん診療責任者などが特別に置かれられないなどの背景の違いが影響していると考えられる。回答の地域差は認められなかった。

### ②患者の権利と医療の質および安全の確保

2.3.1「職員を対象とした教育・研修が実施されている」、2.3.2「院外の教育・研修の機会が保証され、活用されている」の各

項目において、充足率は、がん拠点病院では 80%以上であり、その他の施設に比べて、有意に高かった。これは、がん拠点病院では、がんに特化しているため、教育・研修のプログラムが整備されやすいことなどが背景にあると考えられる。

2.4.1「がん臨床研修体制が確立している」、2.4.2「がん診療研修プログラムが確立している」は、がん診療に特化した項目であり、がん拠点病院での充足率が高かった。2.5.1「薬物療法の安全確保について組織的に検討するシステムがある」は小項目（2.5.1.1のように 4 つの数字で表記）ががん診療に特化しており、同様の傾向を示した。

この領域の各項目の回答について、地域差は認めなかった。

### ③療養環境と患者サービス

3.3.3「遺伝的・非遺伝的がんリスクに関する体制が確立している」は、都道府県がん診療拠点病院で充足率が 50%、次いで、大学病院・特定機能病院・国立高度医療センターの 15%、地域がん診療連携拠点病院の 12%であった。他の項目と比べ、全体的に、実施・対応できている割合は低かった。これは遺伝カウンセリングなどを行っているのは、がん拠点病院の一部や、大学病院等の教育機関に併設されている施設などの限られた施設であることが背景にあると考えられる。遺伝カウンセリング等は診療報酬の面からも、実施しにくく、未だ標準的な診療内容となっていないと考えられる。アンケートの意見にも「特別な組織で行うべき」があり、施設によって考え方に差があると考えられる。

この領域の回答分布に地域差はなかった。

#### ④基本的がん診療の組織と運営

全体として、がん診療に特化した項目であるため、がん拠点病院で充足率が高かった。以下、大項目（「4.1」のように2つの数字で表される項目）ごとに、詳細に示す。

4.1「診療部門」では、がん拠点病院では、診療科ごとに対応している場合が多く、特別にがん診療責任者やカンサーボードの責任者を置いていない施設が多かったことが影響していると考えられる。

4.1.2「看護部門」では、専門看護師等の配置に関する項目では、すべての有資格者を配置している場合を「実施・対応できている」とすべきかで判断に迷った施設もあり、充足状況を正しく反映されているとはいえないが、がん拠点病院では、充足率が70%以上だった。がん拠点病院に限らず、現在準備中としている施設も複数あり、今後、充足状況は高くなるものと考えられる。

4.3.1「薬剤部」についても、看護部門と同様に、専門薬剤師、認定薬剤師の配置において、がん拠点病院とその他の施設では差がみられた。未配置の施設のうち、準備中とした施設も多く、今後充足状況の改善が期待される。一方、外来サテライト薬局、外来専従薬剤師の配置は、病院種別によらず、半数以下であった。その必要性に対する疑問も挙げられており、整備には時間がかかると思われ。

4.4.1「病理診断機能」では、病理医が一人であるために、部門内のカンファレンスができない、カンサーボードへの参加が大きな負担となっている、などの状況が指摘された。また、病理診断を外注している

施設も多数あり、その場合の評価については判断が難しかったと思われる。診断結果のレポート、情報管理に関しては、電子カルテへの移行を行っている施設が多かったことから、紙ベース、電子媒体どちらを示すのかがわかりにくいとの指摘があったため、充足状況については、必ずしも現状を反映していない可能性がある。今後、レセプトの電算化のための電子カルテへの移行が終了した後に調査を行う必要があるとともに、標本を含め、それぞれ、どのように保管するかを精度管理指針等と整合性を保ちながら明示する必要がある。

4.5「画像診断とIVR（インターベンショナル・ラジオロジー）機能」では、画像診断に関しては、施設間での差はほとんどみられなかった。しかし、病理診断機能と同様に、情報の管理に関しては、判断が難しいとの意見があった。IVRに関しては、がん拠点病院であって、病床数の多い施設ほど実施・対応できているとの回答が有意に高かった。IVRは専門性が高く、大規模な施設で行われていることを反映していると考えられる。

4.6「放射線治療体制と運用」では、がん拠点病院以外では、放射線治療を行っていない施設が多かったことから、回答に偏りが生じていた。実施・対応できていると回答した施設も、人員の確保や設備・機器の整備のための負担が大きいの意見があり、共有などの工夫をしている施設もあった。これらについての評価基準も、今後整備していく必要があると考えられる。

4.7「栄養管理」については、大学病院・特定機能病院・国立高度医療センターにおいて、充足率が76%と低めであったが、が

ん拠点病院、臨床研修病院では、ほぼ100%が実施・対応できていた。栄養管理についての充足状況は高いことがうかがえる。

4.8「リハビリテーション機能」は、臨床研修病院で、充足率が94%と最も高く、次いで、地域がん診療連携拠点病院の87%、大学病院・特定機能病院・国立高度医療センターの74%、都道府県がん診療連携拠点病院では64%でもっとも低かった。臨床研修病院は総合病院が多く、多くの診療科を有するとともに、リハビリテーション科、リハビリテーション部を有しているために充足率が高かったと考えられる。一方、がん拠点病院は、がん診療に特化しており、リハビリテーションの優先順位が低く、充足が遅れている可能性が考えられる。

各項目について、地域による回答への差はみられなかった。

#### ⑤医療の質と安全のためのケアプロセス 大項目ごとに、詳細に示す。

5.1「チーム医療の推進と診療の質の向上」では、カンサードについて項目では、がん拠点病院での充足率が高かったほか、コメディカルの役割の確立についても、がん拠点病院での充足率が高かった。がん拠点病院以外では、診療科ごとに対応していることが多く、病院全体としては評価が難しい、あるいは把握が困難であるという背景がある可能性がある。

5.2「医療関連感染管理」については、施設間で大きな差はみられなかった。感染管理については、がんに特化した項目ではなく、すべての医療機関で充足すべき内容であるため、全体として充足率が高く、差がなかったものと考えられる。

5.3「病棟における医療の方針と責任体制」については、5.1と同様、カンサードに関する項目でがん拠点病院とその他の病院との間で、差がみられた。

5.4「処置後のフォローアップ」については、化学療法後、手術後に関しては、施設間での差はみられなかったが、放射線治療後のフォローアップについては、がん拠点病院での充足率が高かった。放射線治療の実施状況が大きく影響したものと考えられる。

5.5「化学療法の安全な実施」では、抗がん剤の血管外漏出、インフュージョンリアクションへの対応、被曝対策については、がん拠点病院での充足率が高かった。がん拠点病院以外では、診療が診療科ごとに対応されていることも多いため、病院全体としての対応としての評価が困難であった可能性が考えられる。

5.6「栄養管理の適切な実施」および5.7「リハビリテーション機能」は、上記の4.7、4.8と同様の傾向がみられた。

5.8「緩和ケアおよびサポート機能」については、多くの項目で、がん拠点病院の充足率が高かった。がんの特化したケア項目が多いことが影響していると考えられる。一方、24時間の対応の体制や、訪問サービスの体制は大きな差がみられなかった。がん拠点病院では、訪問サービスを行うことは少なく、それらの機能は、地域の診療所等と連携をとって行われていると考えられ、充足率は低くなったものと考えられる。また、死別後のケアについては、近年、その重要性が示唆されているが、未だ標準的なケアの方法が確立されていないため、評価が難しい、あるいは実施できていないなど

の背景があるものと思われる。

これらの回答に、明らかな地域差はみられなかった。

これにより、がん診療に特化した項目では、がん拠点病院での充足率が高く、がん診療に特化しない項目については、差がないかまたは、がん拠点病院以外の施設で充足率が高いという合理的な結果が得られた。そのような傾向に明らかな地域差がみられなかったことは、がん医療の均てん化に向けての動きが、着実に進んでいるものと思われる。しかし、アンケートの回収率が37%と低いこと、ボランティアバイアスがあることなどから、この結果の一般化には注意を要する。

一方で、放射線治療のように実施している施設と、実施していない施設があるような項目の結果は、必ずしも、現在のがん診療体制の評価にはつながらない。病病連携や病診連携についての評価項目の整備が必要と考えられる。死別後のケアのように、標準的なプロセスについての情報が整備されていない項目については、その充足率が低く、学会等の指針が示されれば、より具体的な項目を整備する必要があると考えられる。実際の医療機能の評価するためには、がん診療の大きな部分を占めている、本調査での臨床研修病院のような地域の病院についての現状を把握し、より本質的な項目の整備も、今後の課題であると考えられる。

「がん診療機能評価 Ver1.0」は、現在考えられる、がん診療の理想の姿を描いたものであり、非現実的であるとの意見もあったが、整備指針等との整合性を保ちながら、項目を整理、整備していくことで、達成目標を示すという役割をも担うことができる

ものとする。項目を整理、整備し、定期的に調査を行うことで、充足状況や、各施設での目標達成度等を把握できると考えられる。

#### **D. 結論**

がん診療機能評価に特化した「がん診療機能評価 Ver1.0」を作成し、日本全国の都道府県がん診療拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、国立高度専門医療センター、大学病院、特定機能病院、臨床研修病院を対象としたアンケート調査および5施設の担当者にヒアリング調査を行った。その結果、自己評価用に用いるためには、一部の項目や用語に検討の必要があるものの、がん診療機能の評価に使用しうると考えられた。また、病院の役割別に別立てとすると実用性の向上に資する可能性、病院の達成目標を示す役割を有する可能性が示唆された。

また、「がん診療機能評価 Ver1.0」に含まれる項目の多くは、がん拠点病院を中心に整備されつつあることがわかった。充足されていない項目については、診療機能が分担されていることや具体的な指針が示されていないなどの要因があることが示唆された。指針等と整合性を保ちながら、項目の整理、整備を進めることで、より正確に充足状況の把握ができると考えられる。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

1. 論文発表

なし

## 2. 学会発表

今中雄一. 医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価標準システムに関する開発研究. (財) 対がん協会がん臨床研究研究成果発表会. 2009年1月21日.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料)

資料 1. 「がん診療機能評価項目体系案」に関するアンケート

資料 2. アンケート送付先病院一覧

資料 3. アンケート調査結果

資料 3-1. 全体集計

資料 3-2. 病院種別集計

資料 3-3. 病床規模別集計

資料 3-4. 地区別集計

資料 4. ヒアリング調査議事概要

資料 5. 対がん協会主催研究成果発表会資料

# 資料編



資料 1. 「がん診療機能評価項目体系案」  
に関するアンケート

## 「がん診療機能評価項目」案に関するアンケート

厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業  
「医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価標準システムに関する開発研究」班  
(研究代表者:坪井 栄孝)

### 1 「実施・対応状況」の記入について

貴院での実施・対応状況について、「実施・対応状況」欄に「○・×・不明」のいずれかでお答えください。  
それぞれの意味は以下のとおりです。

- ・実施または対応している = ○
- ・実施または対応していない = ×
- ・不明または関連する機能を持たない = 不明

### 2 「自由記載」の記入について

自己評価の際、判断に迷った点、わかりづらかった点等、項目内容または文言に関するご意見について、自由記載欄にお書きください。

### 3 「病院基礎データ調査票」の記入について

貴院の基礎的なデータについて、47ページ以降の「基礎データ調査票」にご入力ください。

※回答が困難な場合は、その旨を自由記載欄にお書きください。

※調査票のデータは同封のCD-Rに入っています。同封の用紙に直接ご記入いただいて郵便でご返送いただくか、データ(エクセルファイル)にご入力いただき、メール添付でご返送ください。  
メールアドレスは [r-d@jcqhc.or.jp](mailto:r-d@jcqhc.or.jp) です。

※~~切~~切: 2009年1月31日(土) 2009年2月20日(金) に延長しました。

・ 本件に関するお問い合わせ:  
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階  
財団法人日本医療機能評価機構 企画室(担当:菅原、横山)  
電話: 03-5217-2335 Fax: 03-5217-2329 E-mail: [r-d@jcqhc.or.jp](mailto:r-d@jcqhc.or.jp)

病院名:

### 1 がん診療組織の運営と地域における役割

#### 1.1 がん診療施設としての理念と基本方針

1.1.1 がん診療施設としての病院の基本方針が明示されている

<実施・対応状況>

1.1.1.1 地域の状況をふまえたがん診療機能が病院の内外へ周知され実践されている

○・×・不明

◇がん診療施設としての基本方針の中に、施設の機能特性(統合的、放射線治療、抗がん剤治療、緩和医療機能)と地域におけるがん診療体制を見極めたうえで、当該診療施設の果たす役割を含めた診療に関する記載がある。

1.1.1.2 地域における病院のがん診療の役割・機能が明確になっている

○・×・不明

◇実態に沿った役割が明文化されており、地域におけるがん診療の役割を明確にしていることを確認する。

1.1.1.3 施設が有していないがん診療機能に関しての対応が診療部門などの業務手順に明記されている

○・×・不明

◇自院で対応できない診療機能に対する地域連携の方針が明確に示されている。

1.1.1.4 理念・基本方針は病院や地域の環境の変化などに応じて見直されている

○・×・不明

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【凡例】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または関連する機能を持たない

1.2 地域における役割と連携

1.2.1 地域のがん診療施設などとの連携のための院内のシステムが整備されている

1.2.1.1 がん診療に関する地域連携クリティカルパスが整備されている

1.2.1.2 地域の医療機関からの紹介がん患者の受け入れ体制が確立している

1.2.1.3 患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行なうための体制が確立している

1.2.1.4 急性心筋梗塞、糖尿病等、がん以外の疾患に対する診療機能を有していない場合、地域の病院と連携して対応する手順が明確にされている

1.2.1.5 院内の専門家(ソーシャルワーカー、コーディネータ)その相談体制が確立して機能している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

【凡例】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または関連する機能を持たない

1.2.2 地域のがん診療施設などとの連携が適切に図られている

1.2.2.1 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

1.2.2.2 地域の医療機関との連携がとれている

1.2.2.3 地域の訪問看護ステーションとの連携がとれている

1.2.2.4 地域の保健・医療・福祉施設との連携と協力の体制がある

1.2.2.5 化学療法、手術等、自院で対応できない部分については地域の施設と連携して対応している

1.2.2.6 地域、全国の承認施設と連携し、患者・家族のためのケアの向上に努めている

1.2.2.7 がん診療に関わる高額医療機器を共同利用している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

【凡例】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または関連する機能を持たない

1.2.3 地域への情報発信が適切に行われている

<実施・対応状況>

1.2.3.1 担当部署、担当者が確保されて広報活動が組織的に実施されている

○・×・不明

◇委員会などが設けられて活動していることを確認する。

1.2.3.2 病院のがん診療機能に関する情報が、地域住民または一般に対して発信されている

○・×・不明

1) 対応しているがん種

2) 治療法および成績

◇ホームページや患者向けパンフレット等に掲載していることを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

1.3.1 地域のがん診療施設などとの連携のための院内のシステムが整備されている

<実施・対応状況>

1.3.1.1 がん診療責任者またはカンサーボードの責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標設定とその評価を行い、報告している

○・×・不明

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【凡例】

○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または関連する機能を持たない

1.3.2 病院管理者・幹部のリーダーシップが発揮され、計画的な運営がなされている

<実施・対応状況>

1.3.2.1 病院管理者・幹部ががん診療施設としての病院運営上の問題点を把握し、主要な問題の解決に向けて主導的に関わっている

○・×・不明

◇病院管理者・幹部が、がん診療に関わる病院運営に対してリーダーシップを発揮していることを、各種委員会の議事録や指示を具体的に確認して検証する。また、病院管理者・幹部が提議して具体化された実例について、その過程も分析してリーダーシップを検証する。

1.3.2.2 がん診療に関わる職員の労働意欲を高める組織運営を行っている

○・×・不明

◇病院管理者・幹部が職員の意欲を高め、一体感を創出している具体的な事例を施設が提示する。医療現場の意見、提案が運営に適切に反映されていることを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

1.3.3 公正な人事採用と評価がなされている

<実施・対応状況>

1.3.3.1 職員の採用基準が明確にされている

○・×・不明

◇職員は能力を重視して採用され、医師の場合には一定の大学からのみ採用されていないことが望ましい。選考過程を検証する。

1.3.3.2 職員の人事考課が適切に行われている

○・×・不明

◇医療現場における人事考課がなされ、昇任などにも反映されている。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【凡例】

○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または関連する機能を持たない