

1.4 がん登録体制と運用

1.4.1 がん登録の体制が確立している

1.4.1.1 がん登録に携わる者(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

◇がん診療連携拠点病院に関する厚労省通達では「がん対策情報センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置する」とされている。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Empty text box for comments on 1.4.1.1.

<実施・対応状況>

○・×・不明

1.4.2 がん登録のための院内手続きが確立している

1.4.2.1 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

1.4.2.2 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

1.4.2.3 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Empty text box for comments on 1.4.2.

<実施・対応状況>

○・×・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

1.4.3 診療成績を分析し、結果を公表している

1.4.3.1 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

1) 予後調査について、フォローアップ率を把握している

◇がん診療連携拠点病院の定義では、「肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん」を重視している

1.4.3.2 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

1.4.3.3 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

◇がん診療連携拠点病院に関する厚労省通達では「毎年、院内がん登録の集計結果等をがん対策情報センターに情報提供すること」とされている。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Empty text box for comments on 1.4.3.

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

1.4.4 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

1.4.4.1 診療科の医師は、該当患者に対してがん診療に関する治験の情報提供を行っている

1.4.4.2 治験の情報が、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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Empty text box for comments on 1.4.4.

<実施・対応状況>

○・×・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

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.1 説明と同意

2.1.1 患者への説明・同意の方法が明確で統一されている

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

◇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。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、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进行评估する。

<実施・対応状況>

○・×・不明

2.1.1.2 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

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

◇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。

○・×・不明

2) 適切な補足説明が行われている

◇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) 医師との調整を行ってチーム医療を実践している

◇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個々の患者への説明同意文書に基づいて確認する。初回の説明と同意の状況が一番大切であり、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。ICの場所、IC用紙、コメディカルの署名、パンフレット、ビデオの使用などを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【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

2.1.2 セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている

2.1.2.1 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

2.1.2.2 セカンドオピニオン用の診療情報提供書を発行している

2.1.2.3 セカンドオピニオン受診を受け入れている

◇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进行评估する必要がある。

【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

2.1.3 個人情報が適切に保護されている

2.1.3.1 本人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。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。

【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

【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

2.2 がん臨床試験の科学性、倫理性の確保

2.2.1 臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である

2.2.1.1 臨床研究に関する倫理指針に則って行われている

2.2.1.2 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

2.2.1.3 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

◇説明同意書、症例登録票やデータの取り扱い状況を調査する。

2.2.1.4 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

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用されている

2.2.2.1 臨床試験の倫理性の審査とは別に、その医科学的妥当性を検証する委員会または検討会がある

【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

<実施・対応状況>

○・×・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

2.2.3 抗がん剤の適応外使用の手続が院内で規定されている

2.2.3.1 抗がん剤の適応外使用の手順が明文化されている

◇適応外使用の認識のない場合が多い。我が国においては適応外使用せざるをえない状況があるが、使用の妥当性については透明性を保ったうえで客観的、科学的に評価する必要がある

2.2.3.2 抗がん剤の適応外使用の実績がある

【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

2.2.4 臨床試験に適切に薬剤師が参加している

2.2.4.1 プロトコールの作成に薬剤師が積極的に参加している

2.2.4.2 臨床試験薬の管理、調剤・調製、服薬指導を薬剤師が行っている

【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

【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

2.3 職員のがん診療に関わる教育・研修

2.3.1 職員を対象とした教育・研修が実施されている

<実施・対応状況>

2.3.1.1 全職員を対象とした教育・研修計画が立てられ、実施されている

○・×・不明

◇がん診療機能を短期間で向上させるためには、特に薬剤部と看護部の体制を確立させ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、参加者について確認する。施設特有の機能に応じて評価するが、都道府県拠点病院の場合は特に重点的に評価する。適切な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、あるいはeラーニングの活用などを具体的に確認する。

2.3.1.2 必要な教育資料が整っている

○・×・不明

◇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。

2.3.1.3 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

○・×・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】

Empty text box for comments on evaluation items.

【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

2.3.2 院外の教育・研修の機会が保障され活用されている

<実施・対応状況>

◇がん診療に関わる医師、薬剤師、看護師や相談センター職員の教育・研修参加の実態を確認する

2.3.2.1 がん診療に関わる職員が外部で開催される教育研修に参加するための予算が手当てされている

○・×・不明

◇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。

2.3.2.2 看護師や薬剤師が専門資格を取得する教育課程受講のための受講料や旅費が手当てされている

○・×・不明

◇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あるいはがん薬物療法認定薬剤師など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

◇がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師などの研修費、受講料や旅費など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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Empty text box for comments on evaluation items.

【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

2.4 がん臨床研修機能

2.4.1 がん臨床研修体制が確立している

◇以下は施設特有の機能に応じて評価。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。

2.4.1.1 がん臨床研修に必要な人員が確保されている

○・×・不明

2.4.1.2 がん臨床研修に必要な施設・設備が整備されている

○・×・不明

2.4.1.3 がん臨床研修機能の質改善に取り組んでいる

○・×・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】

2.4.2 がん診療研修プログラムが確立している

2.4.2.1 がん臨床研修プログラムの中で集学的治療に関する研修が行われている

○・×・不明

2.4.2.2 がん臨床研修プログラムの中で緩和ケアに関する研修が行われている

○・×・不明

2.4.2.3 がん臨床研修プログラムの中で、患者および他の医療者とのコミュニケーションスキルを向上させるための研修が行われている

○・×・不明

◇日本がん治療認定医機構が定める研修カリキュラムに準ずる内容が定められていることが望ましい

【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>

<実施・対応状況>

【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

2.5 がん薬物療法の安全確保体制

2.5.1 薬物治療の安全確保について組織的に検討するシステムがある

<実施・対応状況>

2.5.1.1 抗がん剤の処方(レジメン)を審査・評価する委員会(レジメン審査委員会)があり、適切に活動している

○・×・不明

◇化学療法の専門知識を持つ医師・薬剤師・看護師などが参加するレジメン審査体制が適切に運用され、提出されたレジメンを診療領域ごとに科学的根拠に基づいて審査し、全てのレジメンを対象として一元的な登録管理・定期的メンテナンスを実施している。不適切なレジメンを除外する審査手順と運用記録を検証する。レジメン審査委員会には薬剤師に加えて看護師も関与すべきである。

2.5.1.2 すべてのレジメンが院内登録されている

○・×・不明

2.5.1.3 レジメン管理にコンピューターシステムを運用している

○・×・不明

2.5.1.4 レジメン審査委員会の構成メンバーにがん治療に精通した医師、薬剤師、看護師が含まれている

○・×・不明

2.5.1.5 レジメン審査委員会の議事録が整備されている

○・×・不明

2.5.1.6 登録レジメンの再評価を定期的実施している

○・×・不明

2.5.1.7 レジメンの標準化が行われている

○・×・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

3 療養環境と患者サービス

3.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備

3.1.1 患者・家族が利用する場所では、プライバシーに配慮がなされている

<実施・対応状況>

○・×・不明

3.1.1.1 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

◇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

3.1.1.2 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

○・×・不明

3.1.1.3 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

○・×・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】

3.2 施設・設備の整備と利便性

3.2.1 施設・設備が整備され、利便性に配慮がなされている

<実施・対応状況>

○・×・不明

3.2.1.1 がん治療を受けるうえで必要な環境、設備や備品が整備されている

◇外来で患者が抗がん剤投与を受けるための適切な設備(静かな部屋、ベッド、椅子など)がある

3.2.1.2 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

○・×・不明

3.2.1.3 その他、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

○・×・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

3.3 相談機能および患者・家族のサポート

3.3.1 患者・家族の医療相談に応じる体制が整備されている(相談支援センター機能を含む)

<実施・対応状況>

○・×・不明

3.3.1.1 資格(社会福祉士・精神保健福祉士・その他)をもった相談専門人員が必要な人数適切に配置されている

◇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を確保していたり、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。

◇がん診療連携拠点病院に関する厚労省通達では、「相談支援センターを設置すること」「がん対策情報センターによる研修を終了した専従および専任の相談支援に携わるものをそれぞれ1人以上配置すること」とされている。

3.3.1.2 対面面談のための個室を設置している

○・×・不明

3.3.1.3 患者・家族の医療相談に院内で対応している

○・×・不明

3.3.1.4 パンフレットなどの資料を取り揃えている

○・×・不明

3.3.1.5 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

○・×・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

3.3.2 必要な相談機能が適切に発揮されている

3.3.2.1 相談記録を作成している

3.3.2.2 患者・家族の意見・要望を相談や看護計画に反映した記録がある

3.3.2.3 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

3.3.2.4 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っている

3.3.2.5 相談内容について事例検討会をしている

【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

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

3.3.3.1 家族性腫瘍等に対応するため、遺伝カウンセリングを含めた総合的な遺伝医療体制が整備されている

- 1) 中央診療部門としての遺伝子医療部門があり、適切に専任職員が配置されている
- 2) 専門的知識・経験を有するものによる遺伝カウンセリングが遺伝学的検査の前後に実施されている
- 3) 遺伝情報の適切な取扱についての方針が明確である

◇厚生労働省「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の記載より重要。

【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

【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

4 基本的がん診療の組織と運営

4.1 診療部門

4.1.1 がん診療施設としての診療部門の体制が確立している

4.1.1.1 がん診療責任者またはカンサーボードの責任者として、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

◇海外のがん専門病院における臨床教育を受けた医師、がん治療の認定医等が配置されている。その経歴、実績や診療担当能力を具体的に評価する。

4.1.1.2 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(学会認定医等)が配置されている、あるいは配置される予定がある

4.1.1.3 がん手術に精通した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

◇施設の特徴に応じたがん診療の専門家が配置されていて、病院理念と異なることを調査する。研修歴、認定医や所属学会などを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・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

4.2 看護部門

4.2.1 がん診療施設としての看護部門の体制が確立して適切に運営されている

<実施・対応状況>

4.2.1.1 がん看護の専門性をもつ看護師が適切に配置されている

○・×・不明

- 1) がん看護専門看護師
- 2) がん化学療法看護認定看護師
- 3) がん性疼痛看護認定看護師
- 4) 緩和ケア認定看護師
- 5) 乳がん看護認定看護師
- 6) 皮膚・排泄ケア認定看護師

4.2.1.2 看護ケア提供の基準・手順が適切に整備され実行されている

○・×・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

4.3 薬剤部

4.3.1 がん診療施設としての薬剤部門の体制が確立している

<実施・対応状況>

4.3.1.1 がん診療に専門性の高い薬剤師が適切に配置されている

○・×・不明

- 1) がん専門薬剤師
- 2) がん薬物療法認定薬剤師

◇以上の専門性の高い職員がその技能を活かす職場に配属され、かつチーム医療の中で能力を十分発揮する環境が与えられている。

◇専門薬剤師は絶対数が少ないため、目標項目である。

4.3.1.2 必要な人員が適切に配置されている

○・×・不明

- 1) 病棟薬剤師が配置されている
- 2) 病棟薬剤師は、医療従事者への薬物治療の情報提供、患者への薬剤管理指導、化学療法後のフォローアップ、副作用モニタリングなどを行なっている

4.3.1.3 病棟にサテライト薬局を設けて入院患者へのがん薬物療法に従事している

○・×・不明

4.3.1.4 外来化学療法の実施に必要な外来専従薬剤師が配置されている

○・×・不明

4.3.1.5 外来サテライト薬局を設けて外来患者への薬物指導等を実施している

○・×・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

4.3.2 病院のがん診療機能に見合った設備・機器・医薬品などが整備され、適切に管理されている

4.3.2.1 病院のがん診療機能に見合った薬剤業務の手順が確立している

1) 全患者の抗がん剤の混合調製を実施している

2) 病棟や各部門(手術室や救急室を含む)における薬剤(麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品を含む)が適切に採用・保管・管理されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

4.4.2 病理部門が適切に運営されている

4.4.2.1 診療に必要な病理検査が実施され、そのマニュアルが整備されている

4.4.2.2 迅速標本の病理診断が実施されている

4.4.2.3 病理部門内で定期的にカンファレンスが行われている

4.4.2.4 病理部門と各臓器臨床科との間で定期的にカンファレンスが行われている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

4.4 病理診断機能

4.4.1 病理診断の体制が確立している

4.4.1.1 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

1) 病理医数と人員配置(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)

2) 病理専門医数と人員配置(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)

3) 細胞診専門医(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)

4) 細胞検査士(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)

4.4.1.2 病理医が不足している場合、至急の病理診断を要する症例、あるいは病理診断が難解な症例等に対する対処法が確立している

4.4.1.3 病理診断に必要な設備・機器が整備されている

1) 標本作製するためのプロセッサ

2) ミクロトーム

【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

4.4.3 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

4.4.3.1 診断のダブルチェックが行われている

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

1) 情報システムへのアクセス

2) 検査依頼用紙の充実

【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

【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

【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

4.4.4 病理標本管理が適切に行われている

4.4.4.1 診断後の検体・ブロックなどの標本の整理・保存が適切に行われている

○・×・不明

4.4.4.2 標本製造過程での取り違え等を防止するための安全管理の仕組みがある

○・×・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】

Empty text box for comments on pathology specimen management.

4.4.5 病理部門の情報管理が適切に行われている

<実施・対応状況>

4.4.5.1 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

○・×・不明

4.4.5.2 病理診断の事後利用のための整理がなされている

○・×・不明

1) データベース管理

2) 病理の診断登録

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

○・×・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】

Empty text box for comments on pathology information management.

【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

4.5 画像診断とIVR機能

4.5.1 画像診断の体制が確立している

<実施・対応状況>

4.5.1.1 画像診断に必要な人員が配置されている

○・×・不明

4.5.1.2 機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、管理されている

○・×・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】

Empty text box for comments on imaging diagnosis and IVR functions.

4.5.2 画像診断部門が適切に運営されている

<実施・対応状況>

4.5.2.1 画像診断の業務マニュアルが整備されている

○・×・不明

4.5.2.2 画像診断部門の職員間で定期的にカンファレンスを実施されている

○・×・不明

4.5.2.3 画像診断に関するコンサルテーションを利用するための手順が確立している

○・×・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】

Empty text box for comments on imaging diagnosis department operations.

【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

4.5.3 画像診断機能が適切に発揮されている

4.5.3.1 画像診断レポートが迅速に提供されている

4.5.3.2 精度の高い画像診断が実施されている

4.5.3.3 画像診断業務が安全に実施されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on items 4.5.3.1-4.5.3.3.

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

4.5.4 IVRの体制が確立している

4.5.4.1 IVRに必要な人員が配置されている

◇施設の特徴に応じたIVRの専門家が配置されていることを調査する。専門医や所属学会などを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on item 4.5.4.1.

<実施・対応状況>

○・×・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

4.5.5 IVRが適切に運営されている

4.5.5.1 機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている

4.5.5.2 IVRの業務マニュアルが整備されている

4.5.5.3 IVRに関する職員間で定期的にカンファレンスが実施されている

4.5.5.4 IVRに関するコンサルテーションを利用するための手順が確立している

◇緩和チームとの連携が適切にとられていること、ならびに、緊急時のIVR利用手順が確立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】

Text input area for comments on items 4.5.5.1-4.5.5.4.

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

4.5.6 IVRの機能が適切に発揮されている

4.5.6.1 IVRレポートが迅速に提供されている

4.5.6.2 精度の高いIVRが実施されている

4.5.6.3 IVRが安全に実施されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on items 4.5.6.1-4.5.6.3.

<実施・対応状況>

○・×・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

4.5.7 機能の質改善に取り組んでいる

4.5.7.1 画像診断とIVRIに関わる職員の能力開発に努めている

4.5.7.2 画像診断機能とIVR機能の質改善を推進している

【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

4.6 放射線治療体制と運用

4.6.1 放射線治療の体制が確立している

4.6.1.1 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

1) 常勤の放射線治療専門医

4.6.1.2 放射線治療の専門スタッフが配置されている

1) 放射線治療専属の技師

2) 放射線治療に専属の看護師

3) 放射線治療品質管理士

4) 医学物理士

◇放射線治療品質管理士、医学物理士がいない場合、どのように質を担保しているかを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・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

4.6.2 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

4.6.2.1 放射線治療装置が整備されている

1) リニアック

2) 高線量率小線源治療機器

3) 定位的放射線治療装置

4) 重粒子線治療装置

4.6.2.2 リニアックにマルチリーフコリメータ(MLC)が装着されている

4.6.2.3 CTシミュレーターが備わっている

4.6.2.4 治療計画装置が備わっている

4.6.2.5 3次元治療計画装置が備わっている

4.6.2.6 外来診察機能をもつ診療室が放射線治療部門に備わっている

4.6.2.7 RI治療、小線源療法等を実施している場合には、放射線治療部門専用の病棟または病室が備わっている

【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

4.6.3 放射線治療の品質管理・品質保証が定期的に行なわれている

4.6.3.1 定期的な線量計の校正が行われている

4.6.3.2 1日1回の線量計によるビームの測定が行なわれている

4.6.3.3 放射線治療症例の照射野の確認が医師および技師により定期的に行われている

4.6.3.4 放射線治療部門内で放射線治療症例に対するカンファレンスが定期的に行われている

4.6.3.5 放射線治療部門と他科の間で定期的に行なわれているカンファレンスが定期的に行われている

4.6.3.6 定期的に行なわれている放射線治療部門内で治療成績や有害事象に関するカンファレンスが定期的に行われている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

4.6.4 緊急時の対処方法や手順が確立している

4.6.4.1 地震等の災害時の放射線治療装置の対処手順が確立している

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

【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

【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

4.7 栄養管理

4.7.1 適切な栄養サポートの体制が確立している

4.7.1.1 適切な栄養サポートを行なうのに必要な栄養士が配置されている

1) 管理栄養士

4.7.1.2 栄養/水分摂取に関して多職種から構成される栄養サポートチームがある

1) 栄養面からの事例検討が多職種の参加により行なわれている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

4.8 リハビリテーション機能

4.8.1 適切なリハビリテーションの体制が確立している

4.8.1.1 適切なリハビリテーションを行なうのに必要な専門スタッフが配置されている

1) 理学療法士

2) 作業療法士

3) 言語聴覚療法士

4) 義肢装具士

【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

【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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 チーム医療の推進と診療の質の向上

5.1.1 多職種による診療協力の仕組みがある

5.1.1.1 多職種・多診療科が参加したカンサーボードが行われている

1) 画像診断部門のスタッフがカンサーボードに参加している

2) カンサーボードが継続的に診療に関わっている

◇関連診療科の医師、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などの多職種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診療方針が決定されている。検討会、カンファレンスの記録を確認する、あるいは実際に参加して評価する。

5.1.1.2 カンサーボードの記録が整備されている

◇最適な診療方針がチーム医療活動の中で決定され、実行されている。参加者全員がそれぞれの専門の立場から活発に発言することを促す環境が整い、がん診療責任者が科学的に妥当な議論をへて実効性をもってグループ診療がなされているか。参加者の内容と規模、及び実効性などにより評価する。

5.1.1.3 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、最適な診療方針が決定され、かつ実行されている

5.1.1.4 がん診療責任者は、カンサーボード開催の頻度と進行を毎年見直している

【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

【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

5.1.2 チーム医療の中でコメディカルの果たす役割が確立している

5.1.2.1 看護師などからの医師診療に関する問題提起が確実に取り上げられ、改善につながっている

◇参加者全員がそれぞれの専門の立場から活発に発言することを促す環境が整い、がん診療責任者が科学的に妥当な議論をへて実効性をもってグループ診療がなされているか。参加者の内容と規模、及び実効性などにより評価する。

◇看護師などからの医師診療に関する問題提起が確実に取り上げられ、改善につながっているシステムや具体例を検証する。

5.1.2.2 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

◇治療方針の決定、環境整備や他の専門職との連携、あるいは医師の指示に対する看護師のチェックが適切になされ、その提案や疑義が実際に受け入れられているか否かを事例に基づき、個別の聞き取り調査を行う。

◇実際に専門技能を活かす職場に看護師が配属され、かつチーム医療の中で能力を十分発揮する環境が与えられているか否か、必要に応じて見直しされ、改訂されているか否かを確認する。

5.1.2.3 チーム医療の中で薬剤師の果たす役割が明確で実行されている

◇環境整備や他の専門職との連携、あるいは医師の指示に対するチェックが適切になされ、その提案や疑義が実際に受け入れられているか否かを確認する。

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

5.1.2.5 チーム医療の中で管理栄養士・栄養士等、栄養サポートチーム(NST)の果たす役割が明確で実行されている

5.1.2.7 チーム医療の中で医療安全管理担当者の果たす役割が明確で実行されている

5.1.2.8 チーム医療の中で感染管理チーム(ICT)の果たす役割が明確で実行されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<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

5.2 医療関連感染管理

5.2.1 各部門における具体的な感染対策がとられている

<実施・対応状況>

5.2.1.1 感染性廃棄物の取り扱いに関する手順が確立され、遵守されている

○・×・不明

5.2.1.2 易感染性患者に対する感染対策が確立され、遵守されている

○・×・不明

1) 免疫抑制剤を投与されている患者

2) 手術後の患者

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

5.3 病棟における医療の方針と責任体制

5.3.1 がん診療責任者のリーダーシップが発揮されている

<実施・対応状況>

5.3.1.1 がん診療責任者またはカンサーボードの責任者がリーダーシップを十分に発揮できる環境が備わっている

○・×・不明

◇実際に専門技能を活かす職場に配属され、かつその能力を十分発揮する環境が与えられているか否かを検証する。他科の医師やがん診療を専門としない医師に対しても指示して適正ながん診療を実現させていることを実例に基づいて確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【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

5.3.2 治療の標準化がなされている

<実施・対応状況>

5.3.2.1 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

○・×・不明

◇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、各診療科レベルでグループ診療として実際に運用されている。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。

5.3.2.2 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

○・×・不明

◇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。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

5.3.3 ケアの標準化がなされている

<実施・対応状況>

5.3.3.1 各種がん治療に関して標準的なケアを提供するための取り組みがされている

○・×・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

5.4 処置後のフォローアップ

5.4.1 化学療法後のフォローアップが適切に行われている

5.4.1.1 緊急時の対処方法や手順が確立している

5.4.1.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている

5.4.1.3 化学療法の治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on items 5.4.1.1-5.4.1.3.

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

5.4.2 手術後のフォローアップが適切に行われている

5.4.2.1 緊急時の対処方法や手順が確立している

5.4.2.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている

5.4.2.3 手術前後の患者・家族向けの教育プログラムがある

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on items 5.4.2.1-5.4.2.3.

<実施・対応状況>

○・×・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

5.4.3 放射線治療後のフォローアップが適切に行われている

5.4.3.1 緊急時の対処方法や手順が確立している

5.4.3.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている

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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

Text input area for comments on items 5.4.3.1-5.4.3.3.

<実施・対応状況>

○・×・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

5.5 化学療法の安全な実施

5.5.1 確実・安全な抗がん剤投与システムがある

<実施・対応状況>

5.5.1.1 抗がん剤の処方オーダーはダブルチェックされている

○・×・不明

5.5.1.2 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めるシステムがある

○・×・不明

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) 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

5.5.1.3 化学療法実施当日に患者の状態や臨床検査値などをダブルチェックするシステムがある

○・×・不明

◇すべての治療に二重確認することは、大規模施設では非現実的。初回治療に限る。投与当日のダブルチェックは困難だが、治療計画を立案し、指示・処方を行うときには何らかの形でダブルチェックを求め必要がある。処方の状況を実際に確認する。

5.5.1.4 外来化学療法室には担当責任医師が従事している

○・×・不明

5.5.1.5 抗がん剤の上限投与量、累積量、投与間隔をチェックするシステムがある

○・×・不明

5.5.1.6 患者と医療者が確認しあって抗がん剤の投与を実施している

○・×・不明

5.5.1.7 患者誤認や配薬エラーの防止のためのバーコードシステムが導入されている

○・×・不明

5.5.1.8 抗がん剤の血管外漏出、過敏症、インフュージョンリアクションなどの対応マニュアルがある

○・×・不明

5.5.1.9 抗がん剤による被曝対策が確立している

○・×・不明

1) 安全キャビネットを使用し、ガウンなどを着用して安全・確実に調製を行なっている

2) 抗がん剤の廃棄方法や曝露対策に関する手順が確立している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【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

5.5.2 注射薬を含む調剤が適切に行われている

<実施・対応状況>

5.5.2.1 レジメンをもとに処方監査を行っている

○・×・不明

5.5.2.2 注射用抗がん剤の調製と監査を確実に実施している

○・×・不明

5.5.2.3 経口抗がん剤を含む併用薬の処方監査体制が確立している

○・×・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】

5.5.3 薬剤管理指導が適切に実施されている

<実施・対応状況>

5.5.3.1 麻薬服用患者を含む入院・外来患者の薬剤管理指導が適切に実施されている

○・×・不明

5.5.3.2 医薬品副作用報告を適切に実施している

○・×・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】

5.5.4 TDM(血中薬物濃度モニタリング)が適切に運用されている

<実施・対応状況>

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

○・×・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

5.5.5 薬剤情報が把握され、適切に提供されている

5.5.5.1 持参薬の鑑別や管理、情報提供が行われている

5.5.5.2 医療従事者へがん薬物療法に関する医薬品情報が適切に提供されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

5.6 栄養管理の適切な実施

5.6.1 栄養管理機能の質改善に取り組んでいる

5.6.1.1 栄養管理に関わる職員の能力開発に努めている

5.6.1.2 栄養管理機能の質改善を推進している

【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

【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

5.7 リハビリテーション機能

5.7.1 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

5.7.1.1 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

5.7.1.2 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

5.7.1.3 年間診療実績が報告されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

5.7.2 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

5.7.2.1 自院あるいは紹介先の施設で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

5.7.2.2 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

【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

【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

5.7.3 患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムがある

5.7.3.1 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

5.7.3.2 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある

5.7.3.3 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある

5.7.3.4 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

5.7.3.5 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

5.7.3.6 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

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

5.7.3.8 リンパ浮腫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

【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
○・×・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

5.8 緩和ケアおよびサポート機能

5.8.1 緩和ケアの提供体制が確立している

5.8.1.1 適切な緩和ケアを行なうのに必要な専門スタッフが確保されている

1) 身体症状担当医師

2) 精神科医(精神症状担当医師)

3) 緩和ケア・がん性疼痛看護に関する専門看護師・認定看護師

4) 薬剤師

◇上記スタッフが配置されている、あるいは5年以内に配置される予定がある

5.8.1.2 患者の状態に応じて必要な心理士等の職員が確保されている

5.8.1.3 定期的カンファレンスやラウンドを行っている

【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

【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

5.8.2 緩和ケアの導入および必要時の入院について体制が整っている

5.8.2.1 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

1) 標準化された疼痛および苦痛の評価基準と評価ツールが整備されている

(ア) がん性疼痛

(イ) 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) 患者による疼痛や苦痛の自己評価の仕組みがあり、活用されている

5.8.2.2 早い段階から緩和医療チームを中心とした緩和ケアを導入している

5.8.2.3 入院についての基準が明確になっている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

5.8.3 疼痛緩和の方針が明確に示されて実施されている

5.8.3.1 WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実施されている

◇患者の個別化されたアセスメントに従って標準化された疼痛や苦痛症状のマネジメントケアが実施されている

5.8.3.2 鎮痛薬が適正に管理、使用されている

◇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している

5.8.3.3 薬剤師により麻薬の薬剤管理指導が行われている

◇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

5.8.3.4 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある

【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

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

5.8.4 患者・家族に対する精神サポートと教育体制が構築されている

5.8.4.1 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

5.8.4.2 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

5.8.4.3 上記が備わっていない場合には、院内に連携がとれる心理職が確保されている

5.8.4.4 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

5.8.4.5 多職種による患者教育が継続的に行われている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

5.8.5 施設の機能特性に合わせて、療養場所について患者・家族の希望に適切に対応している

5.8.5.1 24時間の対応システムがある

5.8.5.2 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

1) 往診

2) 訪問看護

3) その他(在宅ホスピスなど)

5.8.5.3 必要時、適切な施設に紹介している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【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

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明