

※○=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

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

必要時倫理委員会で検討している

評価療養の届出を行って、患者の同意を得て行っている。

平成20年6月より入院、外来における化学療法法のチェック、混注を 開始したためそれ以前の適応、不使用は把握できていない。

保険適応外の意味と理解して良いのか。

本院の規則に準じています

明文化の必要は感じるが、通常に使われているものはどうするのか。

明文化はされていないが、ルールは決まっている。

薬剤師のcheckが必要なため、適応外の使用は出来ない

倫理委員会で承認が得られている場合、適応外使用を行なうことがある。

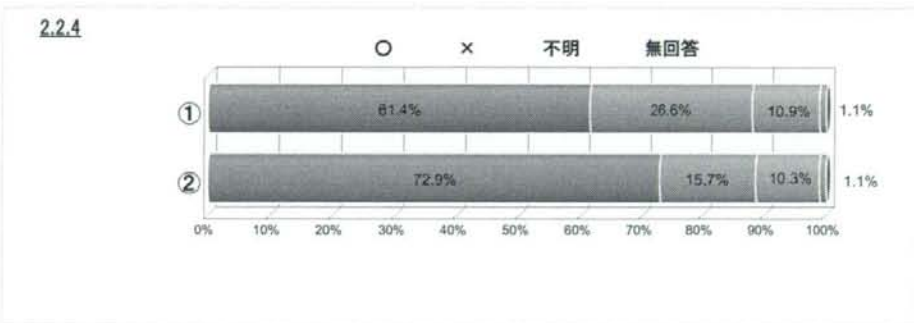
倫理審査委員会、化学療法委員会がその使用の妥当性を評価している。

※○=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

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.2.4 臨床試験に適切に薬剤師が参加している

	合計	○	×	不明	無回答
① プロトコルの作成に薬剤師が積極的に参加している	350 100.0%	215 61.4%	93 26.6%	38 10.9%	4 1.1%
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	350 100.0%	255 72.9%	55 15.7%	36 10.3%	4 1.1%



2.2.4 ご意見

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

・専門医師との連携ができていない。

・臨床検査は行っていない。

2.2.4.1 : 申請書類の内容を確認するコンサルテーションに薬剤師が参加している。

2.2.4.1については薬剤師の参加は行われている(消極的な参加に留まる)

2.2.4.2: 臨床試験薬の取り扱いがない

2.2.4医師からの依頼があれば参加している 2.2.4.2一部のみに

がん認定薬剤師が中心となりプロトコル委員会で検討している。

がん臨床試験を当院は実施していない。

ここで質問している臨床試験とは、第何相試験のことですか。

ここ数年臨床試験の実績なし

なし

プロトコル・化学療法説明文書管理委員会が定期的に行われている。

プロトコルは治験実施の際に確認するが治験コーディネーターとの協力が必要となる。

医師主導型の臨床試験に参加している。

医師主導型臨床試験を殆ど行っており、対象となることがない。治験に関しては管理は行なっている。

化学療法担当薬剤師にて実施している。

参加しているが「積極的」とまではいかない場合、回答の判断に困る。△等を設けるとか配慮がほしい。臨床試験薬の(1)管理、(2)調剤・調製、(3)服薬指導を薬剤師については(1)(2)(3)別の項目が望ましい。(1)のみのところ等も多いと思われる。

時間があれば全てに関与すべきと考える。企業による臨床試験は薬剤師が全て関わっている。

治験センターに薬剤師が常駐しておりプロトコルに関して作成参加している

治験に関して薬剤師が事務局となり、薬剤の調剤等行いますが、がん化学療法に関しての治験はありません。ただし市販後の臨床試験はIRBを通じて関与しています。

治験管理室を通じて行っている。

専従薬剤師の他、専従職員を十分に配置している。

専任ではないが臨床試験の担当薬剤師を決めている。

当院の場合、臨床試験は行っていない。臨床試験を行っている病院に対しては、この評価項目は適切であると思われるが、実施していない病院のほうが多いのではないと思われるため、評価項目として加える意味がどれほどあるのか。

特になし。

特に抗がん剤の臨床試験を行う場合には、薬剤師の関与は必須である。通常治験については、薬剤部長がメンバーとして参加している。

薬剤師が関わっているが、全て関わっているわけではなく、診療科によってまちまちである。

薬剤師の資格の有無は問われますか。(認定薬剤師・専門薬剤師)

薬剤師の任務として行っている。

薬剤師: 2. 2. 4. 2)市販投薬の臨床試験の場合は○

臨床試験に関する説明・服薬指導については基本的にはCRCが行なっている。他は薬剤師が行なっている。

臨床試験に治験が含まれているなら、薬剤師も参加していることになる。プロトコル作成に段階から入っている。治験以外(医師主導の臨床試験)では薬剤師の関与はない。しかし、この設問は不適当である。なぜならば、臨床試験イコール臨床試験薬云々ということは現実には当てはまらないからであり、使用する薬剤は基本的には保険承認済みのものであって(保険外適用薬ではない)、処方上は通常の治療とまったく同一レベルで行われるものである。保険外適用薬を用いて臨床試験を行うこともあるが、それに関しては、建前上は薬剤師が管理している必要はある。

臨床試験のICは、医師主導である。管理・調剤・調製については、すべて薬剤師にて一元管理している。治験の事務局は薬剤師部においている。服薬指導は医師依頼があれば、薬剤師が行うようになっている。

臨床試験のプロトコル作成には関与しませんが、調剤などはすべて薬剤師が行っております。

臨床試験のプロトコル作成を行っている施設は限られていると思われる。薬剤に関して治験薬でない限り「臨床試験」等の使用の区別なく、調整等取扱いをしている。

臨床試験は行っていない。

臨床試験は行われていないのが現状です。

臨床試験薬とは、何を指すのか。市販薬も含まれるかどうかで変わる。がんの臨床試験ということでしょうか。現在受けていないけど受ければ管理・調剤・調整・服薬指導は薬剤師が行うことになる。こういうときはどうするのか?

※○=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

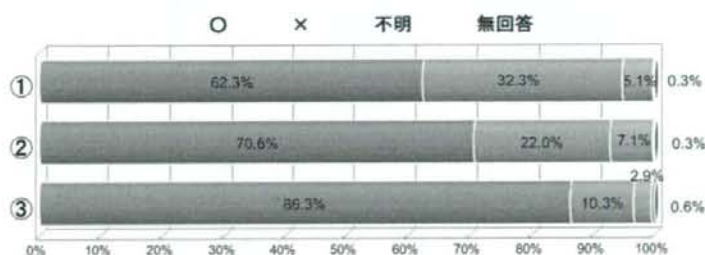
2 患者の権利と医療の質および安全の確保

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	218 62.3%	113 32.3%	18 5.1%	1 0.3%
② 必要な教育資料が整っている	350 100.0%	247 70.6%	77 22.0%	25 7.1%	1 0.3%
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	350 100.0%	302 86.3%	36 10.3%	10 2.9%	2 0.6%

2.3.1



2.3.1 ご意見

(2.3.1) 全職員を対象としたものや、一部診療チーム(病棟)を対象としたカンファレンスなどを実施している。薬剤部や看護部など狭い単位では勉強会を随時行っている。薬剤部、看護部には専門として従事している職員が配置されている。

「北陸がんプロフェッショナル養成プログラム」によるE-Learningの研修体制が整っており、院内カンファレンスや「がん」に関わる委員会等で研修等に活用している。がんの専門分野における教育、研修(緩和ケア研修等)や資格取得(ホスピス、化学療法分野認定看護師、がん専門薬剤師等)、がん相談員の育成など、年次計画を立て順次実施している。

緩和ケア研修会を実施している。

実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答にくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

19年度は、がん関連講演会を全職員を対象に行っている。疫学、がん薬物療法、放射線診断、がん緩和ケア等専門家に依頼している。

2.3.1 全職員を対象としたがん診療に関わる教育・研修計画はないが、感染対策や医療安全、接遇については全職員対象で行っている。がんについての講演会もやってはいるが、院内からの参加者は少ない。各病棟ごとでは、カンファレンスは積極的に行われており、薬剤師も参加している。講堂や総合診断室にマイクや白板などが用意されている。学会・論文発表については、そのタイトルが年報に毎年記載されており、これについては当施設のHPから閲覧することが可能である。

2.3.1.1は一部対応

2.3.1.1は全職員対象とまでは必ずしもいえない。

2.3.1.2については、院内図書室にて書籍やインターネット等により情報を得る事が出来る。

2.3.1.3 教室毎に行っている

インターネットのアクセス環境にあるだけの判断でいいのか。

がん患者講座を開催している。

なし

看護師、薬剤師、医師に対する教育はしているが、事務やエイドまでできていない

看護師、薬剤師が講習会に参加、専門的に教育を受けたものが、各職員の指導に当たっている。

看護部については、キャリア開発センターとしてのがん医療の教育プログラムあり。薬剤師についてはがん専門薬剤師の教育プログラムあり。その他、がんプロフェッショナルコースにおいてすべての医療職を対象にしたがん専門医療の教育プログラムあり。全職員を一律にした教育プログラムの企画は、がんに特化したものではなく安全、接遇、チーム医療などの教育となるがそのようなものであれば、なされている。

緩和ケア委員会と化学療法委員会協賛での職員研修会を開催している。トピックス的な研修会である。またe-Learningは今後企画予定である。

教育・研修計画はあるが実施されていない。今後2~3年以内に行う予定である。

腫瘍センター講演会として施行中。

職員を対象とした教育・研修は実施しているが全職員(清掃員・事務員までを対象に含めたような)を対象とした教育・研修は無意味なものでしていません。それとも、清掃員といえども事務中に患者や家族に尋ねられることに対して、適切な返答ができたほうが良いのには決まっていますが、そこまで求められるつもりなのでしょうか？ がん診療に関わる職員に対するがん診療に関わる教育・研修なのではないですか。

職員を対象とした教育研修は行っていません。教育資料は十分整っている。

設問:2.3.1.2 必要な教育資料の範囲が不明。

臨床教育部を組織し、専任の教育看護部長、専任の医師等を配置し、力を入れているところである。ただし、当院の診療機能から、がん診療に特化したというよりも、広い視点から行っている。

※○=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

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	308	28	11	3
	100.0%	88.0%	8.0%	3.1%	0.9%
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	350	289	36	22	3
	100.0%	82.6%	10.3%	6.3%	0.9%

2.3.2



2.3.2 ご意見

・医師については、委任経理(いわゆる医局費)である部分まかなっている。治療費用等より充当される。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

・本部統一の規定がある。

2.3.2.2資格取得のための受講料は自己負担として給与が保障される。交通費は支給する。

2.3.2.2全てではない

2.3.2.2予算の手当状況が全額なのか不明。(一部手当する場合はどのように記載するのか。)

5年以内では、甘いのではないか。

なし

委員会メンバーの中から人選し、受講への援助がなされている。現在がん看護認定に参加看護師1名受講中。

院内事業計画の中で計上されている。

外部で開催される教育・研修に参加するのではなく、本当は院内で開催される教育・研修の充実と希望すればそれに参加できるようなシステム(余裕)の方が大切なのではないかと感じています。

学会等は支給されるが、全員分の負担は困難。長期研修に関しては旅費 給与は保証 受講料等は本人負担

癌だけに限らずのものはないが、専門教育のための金銭的支援プログラムはある場合、○か。

教育に対する対応はなされており、実施している。

講習にかかる旅費等の費用については、負担しているが、審査・更新にかかる経費等については、個人にお願いしている。

参加費用等は予算化されているが、研修自体が数々あり分りづらい。

時間の確保のみで、旅費や研修費は自己負担となっている。

実施にはそれ相当の予算が必要

手当は、旅費のみを支給している。

所属長が認めた場合に限り

場合により、手当される。

全体として研修の予算化はされているが、がん診療のみということではない。

多様なレジメン等の治療効果・安全性の確保の為に、知識の刷新、拡大は必須であり、受講料、寮費等の手当も重要であるが、通常業務に対する配慮の方が優先されると思われる。(薬剤部門) 公務扱い(出張)で旅費は支給しているが、受講料は自己負担としている。(自身のスキル、認定、医師部門の認定等の調整から、現在検討中)

特になし。

費用面においては、十分に確保されている。

※○=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

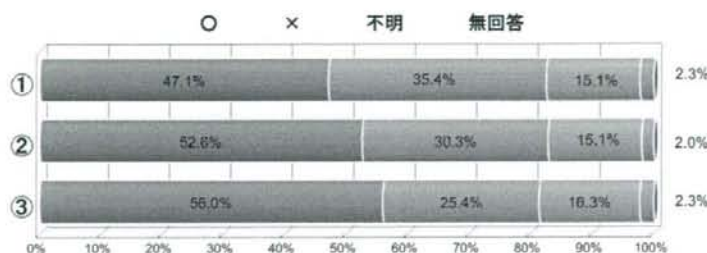
2 患者の権利と医療の質および安全の確保

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

	合計	○	×	不明	無回答
① がん臨床研修に必要な人員が確保されている	350 100.0%	165 47.1%	124 35.4%	53 15.1%	8 2.3%
② がん臨床研修に必要な施設・設備が整備されている	350 100.0%	184 52.6%	106 30.3%	53 15.1%	7 2.0%
③ がん臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	350 100.0%	196 56.0%	89 25.4%	57 16.3%	8 2.3%

2.4.1



2.4.1 ご意見

「日本が治療認定医機構認定研修施設である当院は、研修施設として具体的に質の改善として何をすべきか明確になっていない。評価項目としても具体的に例示してあれば自己評価しやすい。

・TV会議システムの確立（他の拠点病院等との連携あり）

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク（3段階又は5段階）による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

2.4.1.3 質の改善について具体的な基準がないと答えづらい。

2.4.1.3ががん臨床研修機能の質とはなにか？

21年4月から血液内科が撤退した。

eラーニングは活用している

がんセンター・がんセンターボードを中心に各診療科との教育、研修会を行っている。教育スタッフは充実しています。

がん診療に必要な診療科と医師はいるが、極めて多忙であり、いかに教育に十分な時間を確保していくかが課題。

がん臨床研修とは、何か、定義は？

がん臨床研修に必要な基準について不明、とり組んでいきたい。

がん臨床研修に必要な体制の定義が不明のため回答できない。

がん臨床病院ではない。

なし

ホスピス・緩和と腫瘍病棟、化学療法外来等を実施しているが、臨床研修体制とは確立していない

医師の人数（特にがん臨床に特化した医師）は不足している。

一応、確立していると思う。教育資料に関しては、それぞれの演者次第というところはある。講習会への参加を制限していることはないが、その参加費や旅費については不十分であると思われる。eラーニングについては現在検討中である。

基準が不明確で判断は難しい。（2.4.1）がん専門医試験の受験奨励などにより確保している。（2.4.2）図書室やeラーニング環境が整備されている。

拠点病院ではない。研修に関しては前期のように予算化され、院外に研修に出ることになっているが、それは評価されるか。

具体性に乏しい質問です。

具体的にどのような研修が示して頂きたい

研修担当者は日常診療の合間をぬって指導しているので現状で人員が確保されているとは言い難い。どのような状態が確保された状態と考えられているのか？ 一部血液疾患に対する施設・設備は不十分です。がん臨床の診療の質の改善には取り組んでいるが、研修機能の質の改善ということまではとても手が回らない状況です。

現在、がん診療のみを意図した研修は行われていない。人員・設備等はがん診療拠点病院の条件をみればよいということでしょうか？

現在研修プログラムはないが、がん臨床研修を実施するためのマンパワーやハード面は備わっている。

質問の意図が不明

十分な人員の確保、施設・設備の整備はできていないが今後研修機能の質の改善を得よう努力したい。

人員は必ずしも十分とは言えないが、がんセンターボード、がんプロ等のため、テレビ会議システムは導入されており、会議等に使用するなど活用している。

人的配置（医師確保）不十分

全て対応中である

対象が不明確です。（医師のみか？）

都道府県拠点病院または大学病院と限定する設問の方がよいのでは。

当院の診療機能を十分に生かした体制を構築しているつもりである。

特になし。

平成19年度文部科学省大学院教育課改革支援プログラムに採択され、大学院において、がん専門医に必要なスキル、能力を修得できる科目、実習を実施している。

平成20年3月1日付、健発第0301001号「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の通知で、「2地域がん診療連携拠点病院の指定要件について」の「2.研修の実施体制」に示された研修を対象として、上記設問に回答した。

保険点数を上げないと人確保は難しい。

放射線システムは施設内にありません

放射線治療医や治療設備のみが不足している。質改善に関しては、外部の研修等へ積極的に参加させている。

臨床研修体制は、まだ整っておらず、今後整備予定である。

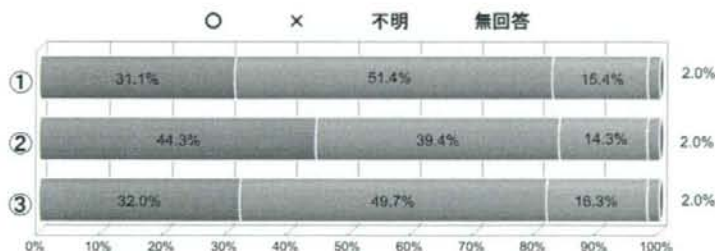
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.4.2 がん診療研修プログラムが確立している

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	109 31.1%	180 51.4%	54 15.4%	7 2.0%
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	350 100.0%	155 44.3%	138 39.4%	50 14.3%	7 2.0%
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	350 100.0%	112 32.0%	174 49.7%	57 16.3%	7 2.0%

2.4.2



2.4.2 ご意見

(2.4.2)(2.4.2.1)(2.4.2.2)(2.4.2.3)一平成20年12月に日本がん治療認定医機構の研修施設として認定された。

「がん研修プログラム」は、集学的治療・緩和ケア・コミュニケーションスキルなど、がんに関する総合的な内容が盛り込まれたものだけを指すのか？それとも、ひとつのテーマで、年間通して計画的に勉強会や研修を行いスキルアップを図るようなものも含まれるのか？が明確でない。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

2.4.2 プログラムの求めるレベルは「日本がん治療認定医機構が定める研修カリキュラム」に準している必要があるという意味ですか。

2.4.2.1の集学的治療に関する研修というのはイメージしにくい。各臓器別には治療方針に関してカンファランスが行われており、関係部署の職員は出席しており、それを研修プログラムととればやっていることにはなる。レジデントの研修医については、レジデントとの研修についてや各診療科の方針に記載されている。2.4.2.3のコミュニケーションスキルについては、系統だったものはないが、クレーム多発医師への個々の対応が現状である。

2.4.2.1プログラムはある。

2.4.2.2 緩和ケアに関する研修としてインテンシブコースを設けてはいるが、まだ受講者がいないので、研修は行っていない。2.4.2.3 協同事業体として実施しているが、昨年度本学は参加していない。

2.4.2.3については、神奈川県立がんセンターで、がん臨床研修プログラム研修会に参加している。

3)に関しては不十分

がん診療研修は個人で受けているが、施設内でプログラムは確立されていない。

がん診療研修プログラムが、整備されていない。

がん診療研修プログラムはない

がん臨床研修プログラムはない。緩和ケア研修は行っている。

がん臨床病院ではない。

なし

院内・院外の研修のため、カンサーボード等を含めて定期的に行っている。

緩和ケアチームが主体となって、毎月1回医療従事者向けに緩和ケア勉強会を実施している。講師は院内のさまざまな職種の医療従事者で、院外から招いて開催することもある。

緩和ケア研修会においてe-learningの使用を認めないのに、このような設問には整合性がない。

臨床研修プログラムではなく、院内研修の一部として行っている。

教育研修センターが4月に開設され、併せて研修プログラムを完成させる予定

研修は、現在、準備段階であるが、研修カリキュラムに準じた形での開催を計画している。

研修プログラムはあるが、実際の研修は今後の予定である。

現在、がん臨床研修プログラム作成中である。

今後行っていく予定である。

質問の意図が不明

全て対応中である。

地域がん拠点病院として、積極的な関与を現在検討中です。

都道府県拠点病院または大学病院と限定する設問の方がよいのでは。

特になし。

日常のがん臨床(診療)を行うのがやがとの状態で研修を行うこと、研修プログラムを確立したとしても実行することは甚だ困難であると感じています。講義を主体としたものではあまり身につかないと思います。2.4.2.1に関して レジデント研修として外科、腫瘍内科、放射線治療、緩和ケアチーム、NSTなどをローテーションするような研修をイメージするのですか？

日本がん治療認定医機構の認定施設となっており、研修プログラムの確立が必要である。

病院全体としてのプログラムではない。

文科省「がんプロフェッショナル養成プラン」により本学は採択され、それに沿った教育プログラムを展開している。

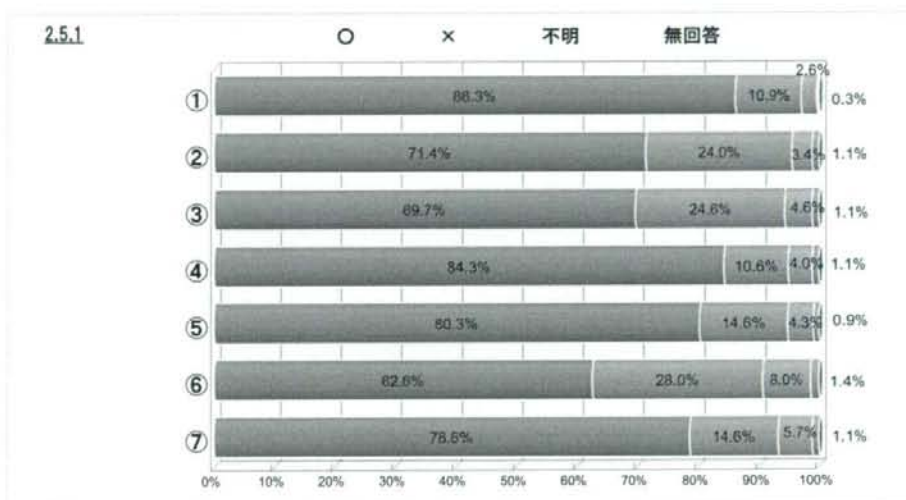
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	302 86.3%	38 10.9%	9 2.6%	1 0.3%
② すべてのレジメンが院内登録されている	350 100.0%	250 71.4%	84 24.0%	12 3.4%	4 1.1%
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	350 100.0%	244 69.7%	86 24.6%	16 4.6%	4 1.1%
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	350 100.0%	295 84.3%	37 10.6%	14 4.0%	4 1.1%
⑤ レジメン審査委員会の議事録が整備されている	350 100.0%	281 80.3%	51 14.6%	15 4.3%	3 0.9%
⑥ 登録レジメンの再評価を定期的実施している	350 100.0%	219 62.6%	98 28.0%	28 8.0%	5 1.4%
⑦ レジメンの標準化が行われている	350 100.0%	275 78.6%	51 14.6%	20 5.7%	4 1.1%



2.5.1 ご意見

(2.5.1.2) 現在対応中 (2.5.1.3) スタンドアローンのPCにて運用

(2.5.1.7) → 当院で主に扱う固型癌に対する薬物療法は、国内外を通じて実験的治療の域内のもので大多数を占めており、「標準的治療」として満足出来る薬物療法は存在しないと断言も過言ではない。

「2.5.1.7 レジメンの標準化が行われている」について、一般に言われている標準レジメンとは別の院内での標準化であるのか? 「2.2.3.2」の適応外使用も含めた標準化なのか?

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください 血液内科におけるレジメンについては、数も多いこともあり現在整理登録中である。

・がん化学療法は、レジメン部会(がん診療担当者会議)で検討・承認され、レジメン登録されたもののみに対して実施している。・レジメン部会には、専門知識を持つ、医師・薬剤師・看護師が含まれる。

・レジメン検討委員会と協議していく。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

2.5.1.1 レジメン審査委員会が定期的には行われていない。 2.5.1.4 レジメン審査委員会に看護師が含まれていない。

2.5.1.1-2.5.1.2=「適切に」や「全てのレジメン」になると該当しません

2.5.1.2 09年1月現在 83.5%

2.5.1.2 外来ではレジメン登録されているが、入院ではされていないものもある

2.5.1.2 外来化学療法においては、全プロトコルが登録制となっており、定期的に 委員会にて審査を実施している。

2.5.1.2 当院は研究機関でないためエビデンスの得られているレジメンでしか外来化学療法は行っていない。このため、外来のレジメンについては全て登録している。一方入院については現在適応やエビデンスとして確立はしていないが、一定の評価を受けている治療などを施行することもあることから(入院により患者の容体変化を診ることが出来るため)入院においては登録制はとっていない。

2.5.1.2については現在95%まで登録管理を進めている。

2.5.1.3 コンピュータシステムの運用が、不明確である。

2.5.1.4 医師・薬剤師で構成されている。

2.5.1.4 精通している。臨床腫瘍医、認定看護師、は不在。がん専門薬剤師不在。 2.5.1.5 各レジメンの審査は現在は行っていない。委員会の議事録はある。 2.5.1.6 行う予定である 2.5.1.7 努力をしている

2.5.1.6は古いレジメンの整理やメンテナンスのことを指しているのか? ガイドラインとの整合性のことでしょうか?

2.5.1.6 レジメンの再評価は今後の予定。

2.5.1.7 → 進行中です。

2.5.1.7 レジメンの標準化とはどういうことを言っているのか? 当院では、登録されないが患者限定で患者ごとに承認を受けているレジメンがある。 Ex)evidenceはあるが、保険適用がないレジメンなどががん診療委員会が行っている。

がん認定薬剤師を含むプロトコル委員会でレジメンの標準化が行われている。

※○=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

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

すべてではなく、一部実施

すべてのレジメンとなると見違えが多いと思う。

なし

ほとんどのレジメンはオーグリングシステムでセット化されたものが処方されている。レジメン委員会においてレジメンの審査、標準化を進めている。

レジメンの再評価とは何を基準にするのか。効果を分析することか。使用頻度のことか。問題がないからしていない場合もある。

レジメンの整理は現在進行中であるが、数レジメン確認中のものもあり、基本的に提出レジメン以外は混注しない

レジメンの標準化は研究会レベルで行なわれている。

レジメン管理にコンピューターシステムを導入中

レジメン管理にコンピューターシステムの運用は平成21年4月から運用予定。

レジメン審査委員会がない。

レジメン審査委員会には、各診療科代表医師、看護師、事務が参画し、管理を行っている。しかし、各職種、現在専門認定研修中のところもあり、体制は不十分である。

レジメン審査体制の整備中である(平成21年4月頃を予定)。

一部のみレジメン審査、コンピューター管理

院内全体としてのものはない。

外来化学療法に関して登録管理システムを開始したところである。

外来化学療法委員会は設置しているがレジメン審査委員会なく薬事委員会に委託しており今後早急に整備する予定である。

各科からレジメンが提出されていたのを整理している段階です

各施設ごとにレジメンの管理がまちまちである。国家予算(プロジェクト)としてがん医療の均てん化の為にレジメン管理システムの構築をお願いしたい。全施設、おなじシステムの運営がされなければ均てん化標準治療の普及に役立つ

現在、外来はすべてのレジメンが登録されているが、入院について、未登録のレジメンをレジメン審査委員会から登録するよう働きかけている段階。近日常にはすべてのレジメンを登録予定。

今レジメンの登録をしたところなので、再評価は次のステップです。

上記の項目につきましては厳格に行っております。

診療科別から病院の標準化に向けて化学療法運営委員会等で作業中である

適切なレジメンの審査・評価には、「腫瘍内科」等、従来の診療科領域に限定しない医師が必要と思われる。レジメンの標準化に関しては、FOLFOXのように外科、内科共に使用できるレジメンは可能であるが、TOの様に、呼吸器、婦人科で投与量、休息等の違いがある場合困難であり、レジメンの標準化は診療科単位と考える。(薬剤部門)

特になし。

本院はがん拠点病院なので、充実してシステム化されています。

薬剤部:不適切なレジメンを除外する場合エビデンスに基準はあるのか?独自に決めてよいものなのか?→2. 5. 1. 1

※○=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

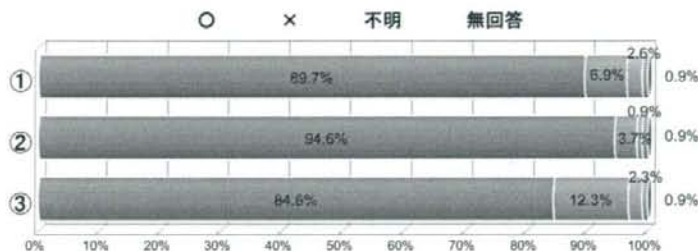
3 療養環境と患者サービス

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	314	24	9	3
	100.0%	89.7%	6.9%	2.6%	0.9%
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	350	331	13	3	3
	100.0%	94.6%	3.7%	0.9%	0.9%
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	350	296	43	8	3
	100.0%	84.6%	12.3%	2.3%	0.9%

3.1.1



3.1.1 ご意見

(3.1.1.3)施設基準を満たした外来化学療法室を有している。

・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答にくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

1部屋ごとに、個室のような間取りになっているが、閉じきりの壁がうすいことや、カーテンでしきってあり話し声がかきこえる。

3. 1. 1. 3. 1. 2. 面談室 相談スペースは確保されているが病院が老朽化していてスペースの絶対数が不足している

3. 1. 1. 1 歯科および耳鼻科外来が配慮されていない

3.1.1.2について、個室と2人部屋のみ環境であることや、説明室を適時活用することが可能であるため、○とした。相談スペースとは、どのような程度が望ましいのか、明記していただくとうれしい。

3.1.1.3どの程度プライバシーが守られていてよいのか(具体的に) 当院は外来機能分離している。

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一室ではないが、化学療法室で治療を行っている。

3.1.1.3に関して ベッドや電動チェアの間はカーテンで仕切られていますが、これはOKですか？

3. 1. 1. 3の場合、患者様1人1人個室ではないので、完全に(100%)プライバシーが保護されているとは言えないが、おおよそ保護されているとして○。

3.1.1患者・家族が利用する場所でのプライバシーについての配慮はされていない。 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。

3-1-1-3カーテン使用

オープンスペースとなっているため、プライバシー保持は困難である。

なし

プライバシーに配慮し、同意を得ている。

可能な範囲で努めている

外来化学療法センターを増設した際に、隣に診察室やがん相談支援室を設けた。十分な環境を確保した。

外来化学療法室が21年5月より稼働予定であり、患者さんのプライバシーを配慮した環境整備を行った。

外来化学療法室のスペースが不足している。

外来診察室、病棟面談室についてはプライバシーは一応守られている。数もスペースも足りないが・・・ 外来化学療法時のプライバシーについては現状では困難である。

外来診察室は×で病棟面談室は○

各病棟にはカンファレンス室があり、外来の診察室は待合室に個人情報か漏れないよう配慮されている。

狭い敷地ではあるが、プライバシーが守られるよう創意工夫を行い、使用している患者の反響意見を聞きながら調整している。

抗がん剤治療は原則入院にて行っている。

構造上、配慮が充分とはいえない。

十分とはいえないが、インフォームドコンセントを取得するためのスペースを各病棟に確保している。

特になし。

特定の患者のためのプライバシーを守る部屋はない。プライバシーはどの患者も同様に守られなければならない。その点から診察室に扉を付け、声が漏れないように配慮している。

病院機能評価(Ver.5)取得済み

病室や外来化学療法室ではカーテンで仕切っている。建物の老朽化のため、充分ではないができる限りのことをしている。平成24年の建て替えでは充分になると考えている。

病棟においては、カンファレンス室があり、プライバシーに配慮されている。 外来においては、施設構造上、個室化が難しい状況ですが、中待合を廃止する等、できる限りの配慮はしている。

不十分ではあるが、一応○をつけた。

※○=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

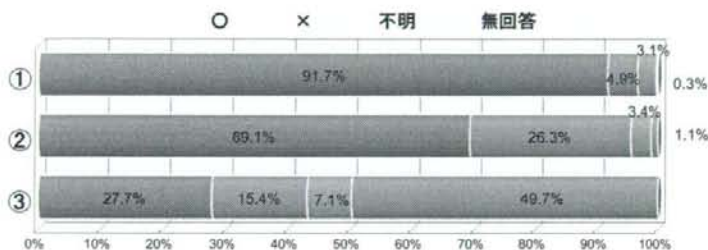
3 療養環境と患者サービス

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	321	17	11	1
	100.0%	91.7%	4.9%	3.1%	0.3%
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	350	242	92	12	4
	100.0%	69.1%	26.3%	3.4%	1.1%
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	350	97	54	25	174
	100.0%	27.7%	15.4%	7.1%	49.7%

3.2.1



3.2.1 ご意見

(3.2.1.3) 具体的に何をさすのか？定義が不明確で判断は難しい。

(専用ではないが) 処置室内のベッドで優先的に休むことが出来る。

「患者の生活の質を高めるための設備やプログラム」の具体的な例があれば評価しやすいと思われる。

「生活の質を高めるための設備やプログラム」に対する認識が人によって様々だと思うが、ここでは具体的にどのようなことをしているのか、例を挙げていただくとわかりやすい。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

3. 1同様、外来患者さんの希望要望があった各ベッドにテレビの設置やカーテン等の仕切りでの個室空間環境への整備を行っている。

3. 2. 1. 1 デイルームの絶対数の不足、アメニティーをつかさどる部門も少ない

3.2.1.1 外来についての回等すればいいのか 外来のみであれば当院は外来部門分離のため、外来化学療法等は実施していない。

3.2.1.2 外来患者さんが休憩する場所はあるが、抗がん剤投与を受けた患者さんのみの場所ではない

3. 2. 1. 2建物老朽化のため無理があるが、投与を受けたベッドで十分休息してもらっている。廊下にソファも置いてあるが、休息専用の部屋はない。

3.2.1.3 ×

3.2.1.3 の具体例は何か。患者の生活の質を高めるための設備やプログラムについて、在宅についても考慮するのか。

3.2.1.3 教材、パンフレット等を用意している。

3.2.1.3 相談支援センター等での指導でよいか？

3.2.1.3 在宅療養相談室や地域医療連携部を設けている

3.2.1.3について、設備はあるがプログラムは用意していない。

3. 2. 1. 3の回答記入欄が無い。本院は「○」

3. 2. 1. 3は具体的にどういうものかイメージが付かない。

3. 2. 1. 3は具体的にどのような物を指すのかははっきりしない。「がん患者サロン」を有しているため「○」と回答したいところであるが、具体的な内容がはっきりしないため「不明」という回答となった。

3・2・1・3のプログラム。薬剤師による薬剤指導、担当ナースによる副作用情報の提供、パンフレットの提供

3.2.1.2休息できるが専用ではない

なし
プログラムを実施する人員が余分には配備できないので熱意のある人のボランティアに依存して細々と行っている現状で、もっとと言った途端につぶれてしまいそうでヒヤヒヤしています。

化学療法すべてを自院内では完結できません。

化学療法実施患者専用のスペースは確保できていない。

外来化学療法センターを増設し、十分な環境を確保した。

外来化学療法は近隣のクリニックで実施。

外来化学療法室において、ウィッグ相談やリマンマ製品の相談、リンパ浮腫の相談を適宜行っている。

外来化学療法室を設置し、リクライニングソファの設置、専任の看護師が患者の対応を行っている。

外来化学療法終了後に患者が休憩する場はないが、乳がんの化学療法中の患者指導や院内の患者会がある

具体的に例を示して質問してほしい。帰宅前に休息する場所とは何か不明。

抗がん剤投与後の休憩場所や、患者のQOL向上の設備はない。抗がん剤投与前の指導プログラムがあり、またがん性疼痛やリンパ浮腫ケアの専門ケア外来がある。

待合、休息スペースが不足している。

特になし。

放射線照射以外の配慮がなされています。

※○=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

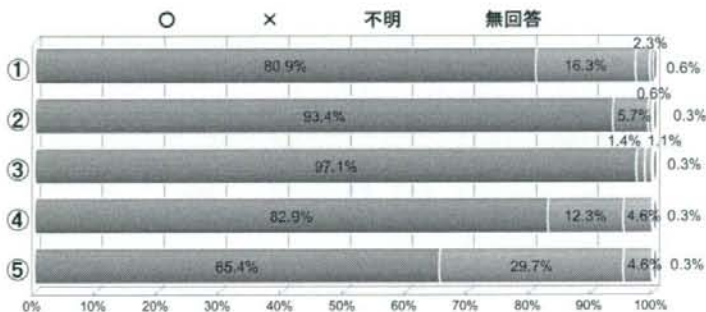
3 療養環境と患者サービス

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）

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	283 80.9%	57 16.3%	8 2.3%	2 0.6%
② 対面相談のための個室を設置している	350 100.0%	327 93.4%	20 5.7%	2 0.6%	1 0.3%
③ 患者・家族の医療相談に院内で対応している	350 100.0%	340 97.1%	5 1.4%	4 1.1%	1 0.3%
④ パンフレットなどの資料を取り揃えている	350 100.0%	290 82.9%	43 12.3%	16 4.6%	1 0.3%
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	350 100.0%	229 65.4%	104 29.7%	16 4.6%	1 0.3%

3.3.1



3.3.1 ご意見

(3.3.1.4)どのようなものを指すのか？基準が不明確で判断は難しい。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

・相談支援室が設置されている。

3. 2. 1. 3の実施、対応状況の記入欄が無い

3.3.1.1については、資格をもった専門人員はいない。

3.3.1.1期待されている機能がわかりにくい。3.3.1.5患者家族が対象ということでしょうか。

3.3.1.1 1 党員は現在がん拠点病院ではなく、東京都認定がん診療病院であるため、がん対策情報センターによる研修の抽選時の優先順位が低く、応募しているもののまだ研修の全てを受講できておらず、終了していない。今後研修を受講予定。また、当院は総合相談センターを設置しており、その中の相談の一種としてがんに関する医療相談を行っているため、がんに関する医療相談のみ担当する専従および専任者は現在いない状況である。

3. 3. 1. 1 必要人数とは何人かが不明であり、「がん」と「がん以外」の相談を兼任している状況で、どのように判断したらよいかかわからない。

3. 3. 1. 4 介護・福祉等のパンフレットを常備、用品を配置。3. 3. 1. 5 地域医療室に設置、21年度にがん相談支援センターに設置予定

3. 3. 1. 5 サポートするスタッフは、がん情報をPC・インターネットでとれるようになっているが、患者自身は自由に使えるものは設置していない。質問がどちらの意味かわからなかったで不明とした。

3.3.1.5 患者・家族の要望により病院から情報を提供している。

3.3.1.5 患者が自由に利用できるものはない

3.3.1.5 今後、PC・インターネット設置を考えている。

3. 3. 1. 5 に関しては各相談員にて対応。

3.3.1.5のインターネットの設置について、スタッフ用として設置されれば良いのか相談者用に設置されれば良いのか明記して頂いた方が判断し易い。

3.3.1.5相談室内に設置しているか、の意味ですよね。

H21年4月に相談支援室が設置しています。

PC環境は準備中である。

あえて「がん診療に関する情報」という目的で資料収集している訳ではないが、集まってくる資料については整理をしている。

がん拠点病院ではないが、上記内容(規模は少ないが)の対応は実施している。精神保健福祉士は不在であるが、必要時対応できるよう人材調整している。

がん診療についての専任の相談者はいない。

がん相談支援センターには、PSW、MSWが配属されており、パンフレットの管理やインターネットで情報収集できるような環境を整備している。

なし

医療連携業務の比重が多く、人員的には十分に整備されているとは言えない。3.3.1.1精神保健福祉士はいないが、がん看護専門看護師がいる。3.3.1.5がん予防医療情報研究部門のがん情報センターからインターネットで情報発信している。

外来化学療法センターを新設し、十分な環境を確保した他、専任看護師長等、十分な体制を構築している。国立がんセンター主催のがん相談員研修修了も拠点病院の基準を満たしている。今後も研修修了したがん相談員を増やしていく予定。

患者と相談するのは当然として家族を対象とした場合の費用はどうするのか？とれるのか？とれないのか？とるとしたらどういう形？とらないなら全て病院の持ち出しか？それでは経営はできない

現時点では、上記の資格を持った専門の相談員はおりません。

個室は一案しかなく、必ずしも常時使用できない。部屋を時間で予約しているので、近く専用の部屋をつくる予定。3.3.1.5に関して PC・インターネットは診療時間常時というところまでなっていません。

相談機能及び患者・家族のサポートを完全に行う人員はまだ配置されていない。

相談支援センターは設置されたばかりで、まだ、本格的には機能していない。

相談支援窓口を設置している。病院内はインターネット接続禁止である。

相談専門人員は配置しているが、十分な人数とはいえない。

特になし。

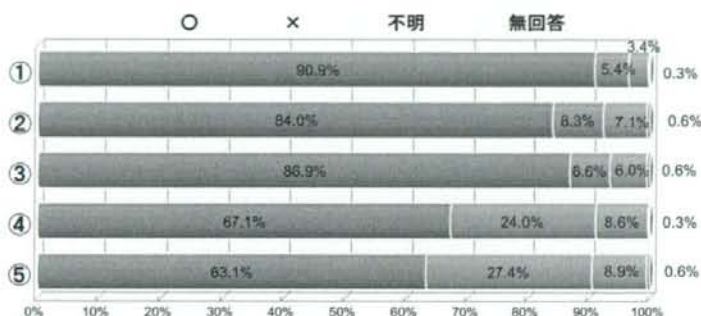
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

3 療養環境と患者サービス

3.3.2 必要な相談機能が適切に発揮されている

	合計	○	×	不明	無回答
① 相談記録を作成している	350 100.0%	318 90.9%	19 5.4%	12 3.4%	1 0.3%
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	350 100.0%	294 84.0%	29 8.3%	25 7.1%	2 0.6%
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	350 100.0%	304 86.9%	23 6.6%	21 6.0%	2 0.6%
④ 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っている	350 100.0%	235 67.1%	84 24.0%	30 8.6%	1 0.3%
⑤ 相談内容について事例検討会をしている	350 100.0%	221 63.1%	96 27.4%	31 8.9%	2 0.6%

3.3.2



3.3.2 ご意見

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

3.3.2.1 3.3.2.2 3.3.2.3 については、入院患者のみを対象に行っている。

3.3.2.2 看護士なら看護記録だが違う職種(MSW等)はそのようには記入しない。3.3.2.5 がん相談としてはしていませんが、医療相談としては行っています。

3.3.2.2.3.3.2.3.3.2.3.3.2.5...実施しているが不十分と思われるため。

3.3.2.2.2 意見や要望を相談や看護計画に反映した記録について入院患者に対する相談では、患者・家族の意向を尊重し、担当医や看護師と十分に検討しながら支援を進める。相談記録には記録があり看護計画にも状況に応じ、ケースバイケースで記録がある。3.3.2.4 フォローについて退院支援を行った患者家族については、問題ないか、調整の必要などを判断する為にフォローする。したがってケースバイケースである。

3.3.2.2については、4月から開始予定。

3.3.2.2相談や看護計画に反映した記録が、どのようなものを指しているのかわからない。

3.3.2.4「転院後・退院後の患者・家族のフォロー」とは、地域連携あるいはそのパスのことか? 相談内容についての事例検討も行っていると思う。

3.3.2.4 フォローの内容がどこまで踏み込んで行うかによる。

3.3.2.4 全ての患者に対して行うという意味か、ある一定割合以上、必要と考えられる患者に対してという意味か。

3.3.2.4 退院の方には必要と思われるケースには行っています。

3.3.2.4について、どの程度のフォローアップを考えているのか、細かい内容(基準)を知りたい。

3.3.2.4については退院後のみフォローを行っている。

3.3.2.4に関しては対応が必要な時にのみ行います。

3.3.2.4全数ではないが行っている。3.3.2.5総合相談センター内で行っている。

3.3.2.5 院内独自では行っていないが、広島県の2次医療圏10拠点病院がん相談員情報交換会の中では、実施している。

3.3.2.5 医局・教室による差がある

3.3.2.5全ての事例検討会はできていないが、検討会を要するものは実施している。

3.3.2.5担当者で報告とケースとしての扱いを行うなど、事例の共有を図っている

PSW、MSWは、患者ごとの相談記録を作成し退院調整時に、患者やその家族の意見を十分反映した調整を実施している。

がん診療に関わらず行っている。また、看護計画まで含めて、患者家族を参画させるシステムがある。ただし、転院後の問題については、当院の地域医療支援病院としての位置づけをふまえて行っている。

なし

開業医との連携機能を強化していくことが必要。PCの在宅希望を支えられる、行政、地域医療資源、社会資源の整備につながる機能が必要

患者、家族の意見要望は病棟看護師へ伝達し(必要に応じて文書で行う)、内容に応じて看護計画に反映させ、記録に残している。相談内容に応じて、必要なスタッフを集めて、検討を行っている。(例:転院先の相談で迷う時、連携室看護師 MSW 医師、患者、家族、病棟看護師 参加)

基準が不明確で判断は難しい。

質問内容が不適切かと思えます。相談者の内訳(当院・他院...50%ずつ)。外来、病棟の区別もあり、どこまで介入連携をとるのか、スタンダードではない。僅々の症例に合わせて連携している。病棟においては、看護過程の展開はできている。

専任体制であっても他は兼任体制なので十分なかわりが困難であるともどかしさを感じている。近く、専任者を新たに雇って改善をはかる予定です。

専門の相談員がおりませんので、医師あるいは看護師が個別に対応しております。相談記録は医師カルテや看護記録に記載しております。退院後のフォロー、事例検討会は行っておりません。

相談記録はありますが、事例検討は担当者のみが、行っている。

対象者がわかりにくい。院内入院患者の退院支援は行なっている。

特になし。

病院全体のことが相談支援センターのことか、回答を逃した。相談支援センターとしては2.看護計画はない、4.転院後は特に行っていない

病状によって部署内看護師と相談しながら行なっている。

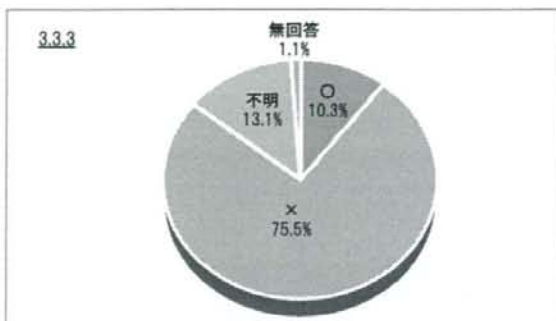
病棟ごとで対応が異なっている。取り組む方向で行っている。

※○=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

3 療養環境と患者サービス

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	36	264	46	4
	100.0%	10.3%	75.4%	13.1%	1.1%



3.3.3 ご意見

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

1)中央診療部門としての遺伝子医療部門はありますが、専任職員は配置されてなく、すべて兼任で対応しています。2)、3)は○です。

なし

遺伝カウンセリングのDrが転勤で現在不在となっています。コメディカルの養成はまだ開始していません。費用負担(人員も含めて)が大きすぎると考えています。

遺伝カウンセリングの専門医を配置し、遺伝外来を実施中である。

遺伝カウンセリングは行っておりません。

遺伝カウンセリングは特定機能病院でやってほしい。一般病院では不可能。

遺伝学的検査とは何を意味しているのか? 染色体的なものか。

遺伝情報の取り扱いについては、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に基づき行っている。

一部岡山大学と連携あり

実施または対応していないと関連する機能を持たないの判断基準は?

将来構想として遺伝カウンセリング外来の設置をかかげている

対応していない。

当センターは対象外と考える

当施設内での対応は不可能。遺伝に関する相談の必要がある場合には、県立こども医療センター遺伝科の専門医に依頼する体制をとっているが、これまでのところはその実績はない。

特になし。

非がん部位の遺伝子検査は、倫理審査委員会を通ったもの以外は認めていない。この項目は検査の可否について、倫理的な問題の議論を終えず、遺伝子検査を行うことについて容認していると受けとめられ残念である。

附属遺伝子医療センターがあり、カウンセリングが出来ます。

※○=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

4 基本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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	259 74.0%	75 21.4%	14 4.0%	2 0.6%
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	350 100.0%	275 78.6%	49 14.0%	25 7.1%	1 0.3%
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	350 100.0%	318 90.9%	18 5.1%	13 3.7%	1 0.3%

4.1.1



4.1.1 ご意見

(4.1.1.2)(4.1.1.3)条件を満たすスタッフの定義が不明確で判断が難しい。

「十分な知識と技能」「精通した」というような抽象的な表現は評価においてブレを生じさせる。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

・放射線治療装置がないので治療の医師がいない。

4.1.1.1 海外で教育を受けた医師の配置の文言はいれないうまい、施設に限られてしまう。4.1.1.3 「病院理念と異なることを調査する」と言う言葉の意味が分かりにくい。

4.1.1.1.4.1.2.4.1.1.3]診療科ごとに対応

4.1.1.1について、がん治療認定医(歯科口腔外科)はまだ認定機構で正式に認められていない。

4.1.1.2は、非常勤医師

4.1.1.2学会認定医等に定義が不明確。

がん治療の認定医は各診療科に配置されているが十分な実績のある専門医は少なく、今後の検討課題である。

がん治療認定医機構認定医3名

カンサーボードはできていない。

カンサーボードを開催・運営しているが病理医・放射線科医の負担が高くなり特に病理医がダウン寸前です。

スタッフ配置含めて、今後の構想を検討している。

なし

現在、がん治療認定は11名である。

主として、がん治療関係の診療科から定期的にカンサーボードを行なう医師を選出し、さらにその中からカンサーボード全体を運営してコントロールする医師を決定している。

手術に精通しているとは？知識はあっても手術は下手な医者はいる。誰がどうやって「技術」を判定するのか？

腫瘍専門医はいない、日本がん治療認定機構の暫定専門医はいる。

特になし。

臨床を担当する者は、癌の基礎研究と臨床研究を行っております。

※○=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

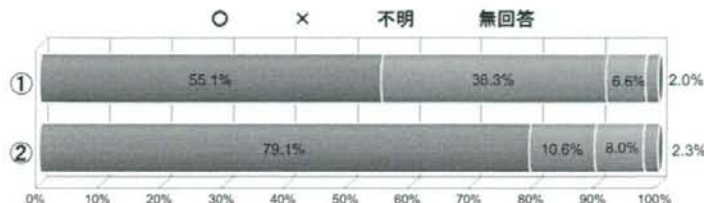
4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	193	127	23	7
	100.0%	55.1%	36.3%	6.6%	2.0%
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	350	277	37	28	8
	100.0%	79.1%	10.6%	8.0%	2.3%

4.2.1



4.2.1 ご意見

(1)看護ケア提供の基準が適切に整備されている (2)看護ケア提供の手順が適切に整備されている (3)基準・手順が定期的に検討され見直されている という小項目が必要である。

(4.2.1.1)どのレベルの配置を○とするのか考慮に困る。当院では(6)皮膚・排泄ケア認定看護師がおり、(1)がん看護専門、(2)がん化学療法、(4)緩和ケア、においては認定を目指し受講等の対応済みである。(4.2.1.2)基準が不明確で判断が難しい。

「適切配置」とは、どのように判断するのか、各看護師の数はすべて満たしている○になるのか、各専門Ns.がどれだけいると○になるのかよくわからない。「看護部門の体制が確立して適切に運営されている」とは、どんな基準で判断するのかわからない。「がん診療施設」とは、基準があるのか

○が看護専門看護師 ○ががん化学療法看護認定看護師 ×ががん疼痛看護認定看護師 ○緩和ケア認定看護師 ×乳がん看護認定看護師 ○皮膚・排泄ケア認定看護師 ※基礎データ(人数記入)の名称とこの設問の名称が一致していない。

・1)~6)のすべてが配置されていないと対応していると言えないのが明確だと思います。当院は2)と4)が整備される予定です。今後計画的に少しずつ整備している。

・現在がん看護の専門性をもつ看護師は、6)皮膚・排泄ケア認定看護師が1名のみ。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

1)、3)、6)のみ配置されている

1)~6)のどの程度が配置されていないと「×」なのか不明確。

1)~6)まですべて配置されている。

3)4)配置 4)研修終了 6)研修予定

4)と5)が該当

4.2.1.1)から6)まで、全ての項目が満足されなければ○ではないのか不明。

4.2.1.1)については11月に取得、3)5)については育成中

4.2.1.2) 2) 4) 6) 認定看護師が横断的に病棟や外来でコンサルテーションをおこなっている。

4.2.1.1.2)に関しては昨年度受講済み、今年度認定が取れる予定。院内のエキスパートコースに「がん疼痛緩和ケア」をH15から開設し、現在11名院内で認定し所属病棟において活動している。今年1月「癌疼痛緩和ケアチーム」を立ち上げる準備を始めた。4.2.1.1) 4)の緩和ケア認定看護師と院内エキスパートで体制を確立する予定。

4.2.1.1.4)について研修中1名

4.2.1.1.4)の緩和ケア認定看護師のみ

4.2.1.1.4)緩和ケア認定看護師を配置

4.2.1.1.4)現在、下記のとおり、一部に配置されている状況である。どの程度が適切なか判断に迷う。4)緩和ケア認定看護師 1名 6)皮膚・排泄ケア認定看護師 H20.6~H20.12研修終了者1名 5)乳がん看護認定看護師 研修機関受験予定者1名

4.2.1.1.1)~6)の全ての専門の看護師が配置されているわけではありませんが、6)の皮膚・排泄ケア認定看護師は配置されておりますので、「○」とさせていただきます。

4.2.1.1)について、4)緩和ケア認定看護師(1名)のみが配置されている。

4.2.1.1)について、現在、2)・4)・6)の看護師がいるので○とした。問いの適切とは、1)~6)のうち、1名でもいれれば○なのか。具体的な表現があると回答しやすい。

4.2.1.1)について:全ての資格を取得していないといけないのか?

4.2.1.1)について4)については2名いる。実施対応状況として○×不明では評価しづらい

4.2.1.1)について現在、5年以上の経験を有する看護師が外来化学療法を担当している。がん化学療法看護認定看護師は現在取得中である。これでは満たしていない場合は○から変更してください。

4.2.1.1)のすべて得手の専門看護師がそろっていない場合には回答できない。

4.2.1.2)一部のみである

5)乳がん看護認定看護師はいないが1~6)すべて揃っていないと○にならないのでしょうか

6)認定看護師は存在する。他の認定看護師は存在しないが、担当看護師として役割を担っている。看護部委員会として、1)~6)の実践活動を行っている。

eラーニングをとり入れ、がん看護の質の向上に取り組んでいる。皮膚・排泄ケア認定看護師は今育成中

OCNSの緩和ケア専任は適切と思うが、配置箇所が外来所属であり、位置づけなどが不明確になっている。現在、がん専門CN、化学療法CN、緩和ケアCN(試験前)、皮膚・排泄C N2名がいる。乳がんCNについては不在であり、予防から継続したケアを必要とする患者は多く、今後、配置は必要と考える。しかし、現在は予定はない。

がん化学療法看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師が常勤しています。来年度、緩和ケア認定看護師の資格取得予定者がいます。

がん化学療法看護認定看護師・皮膚排泄ケア認定看護師 21年4月入学する。外来化学療法室は専任看護師2名を配置している。

がん化学療法認定看護師1名、緩和ケア認定看護師1名、皮膚・排泄ケア認定看護師1名

がん看護の専門性を持つ看護師は4人いる。今後も拡大の方向である。

がん看護の専門性を有する看護師は現在少なく今後資格の獲得の為に教育・研修の機会を保障するよう努力したい。

がん看護の専門性看護師配置で、(2)・(6)項目看護師は配置している。

がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師の資格取得予定者(養成コース通学中)あり。

がん看護専門看護師はハードルが高く、看護師のキャリアアップと生涯のライフワークバランスの上から、問題点が大きいと考えています。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

がん診療に特化した看護部門は確立していない。

がん診療施設としての体制を望むならば厚生労働省が主体的に育成機関を構築すべきではないでしょうか？ チーム医療というならば、摂食・嚥下障害認定看護師も項目として含めてほしい。

がん性疼痛看護師認定看護師は、がん患者入院病棟または、外来化学療法室に配置している。今後、がん化学療法認定看護師の育成も視野においている。

なし

一般的なケアの基準・手順は作成されているが、がん患者特有の看護ケアについては作成されていない。ケースカンファレンスで個別に対応している。

外来化学療法室はあるが、認定・専門看護師はいません。

看護基準、手順が明確に区分けされて作成されておらず、混同した状態になっている。今後は基準をまず明確にうち出し手順の整備を行っていく予定です。

緩和ケアマニュアル、化学療法マニュアルは、作成済みである。

緩和ケア認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師はありますが、他は認定学校に入学予定など対応中です。

緩和ケア認定看護師一人。今後すすめてゆきたい

業務基準・手順の整備と、緩和ケアチーム（医師、看護師、薬剤師、栄養士）連携回診などが適切に実行されている。

現在、がん化学療法看護認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名、乳がん看護認定看護師1名、皮膚排泄ケア認定看護師1名が在籍し、6月より緩和ケア認定看護師教育養成課程へ研修受講予定。認定看護師の活動時間を確保しながら、組織横断的チームの一員としてチーム医療の重要な役割を担っている。

現在、がん性疼痛看護認定看護師及び緩和ケア認定看護師研修を各1名ずつ受講中。

上記の「専門・認定看護師」を、どの程度配置してあることを想定しての評価なのか、一つでも配置していれば評価されるのか等、基準を明示するのか。

専門、認定看護師のカクホがむずかしい。項目を増やし、5日間の研修等終了看護師の項を設置希望

専門性を問われる部署には配置出来ているが、人数は充足していない。

全ての分野の認定看護師が養成されているわけではない。患者の動向により適正配置を計画的に行う場合の基準を示されたい。

全ての領域の認定看護師がいる訳ではない。

適切な配置の基準は何？

当院には緩和ケア認定看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師しかいないが、その看護師は適切に配置している。ここでいう適切に配置とは、6種全部の看護師がいる必要があるのか、評価の基準が曖昧で、答えづらい。

特になし。

認定看護師が全てそろっていなければ回答は×となってしまう。設問の意図を明確にしていたきたい。ちなみに当院は4)、6)については配置している。

認定看護師すべていないと○にならないか？

認定看護師の取得については、現在、緩和ケア認定看護師1名を有し、平成20年度は皮膚・排泄ケア認定看護師取得に向け取り組んでいるところである。今後も年次計画を立て、順次、取得の体制を整えており、平成21年度の予定として「がん化学療法看護認定看護師」の取得を目指している。

認定看護師はいない。看護師不足のため、適材適所の配置ができない。

皮膚・排泄ケア認定看護師21年1月配置

皮膚・排泄ケア認定看護師のみ配置している。

皮膚・排泄ケア認定看護師は2名在籍。

分野によっては専従として活動しているが、兼任として活動している分野もあり

平成21年4月にがん専門看護師の採用。がん性疼痛看護師、緩和ケア認定看護師が誕生予定。乳がん、化学療法においても、受験予定であり、誕生後は、適正な場所への配置やフリーな時間枠での相談業務対応を行なうよう検討している。

※○=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

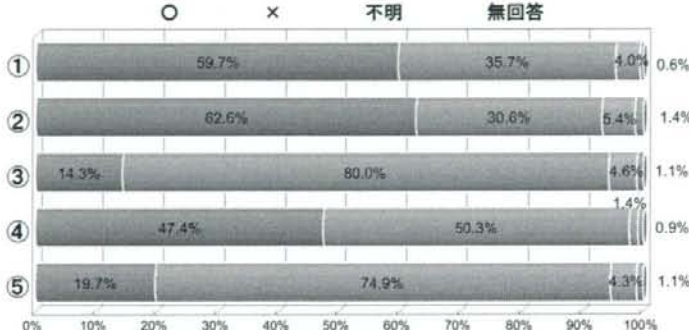
4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	209 59.7%	125 35.7%	14 4.0%	2 0.6%
② 必要な人員が適切に配置されている	350 100.0%	219 62.6%	107 30.6%	19 5.4%	5 1.4%
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	350 100.0%	50 14.3%	280 80.0%	16 4.6%	4 1.1%
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	350 100.0%	166 47.4%	176 50.3%	5 1.4%	3 0.9%
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	350 100.0%	69 19.7%	262 74.9%	15 4.3%	4 1.1%

4.3.1



4.3.1 ご意見

(4.3.1.1) 一日本臨床腫瘍学会暫定指導書の指の下にがん薬物療法認定薬剤師の資格取得を目指しながら安全キャビネット内で抗がん剤調製作業に従事している。

(4.3.1.3) サテライト薬局としての施設はないが、全病棟に担当薬剤師を配置しています。抗がん剤の服薬指導については、各担当薬剤師が行っています。混合調製については、薬剤部内で調製しております。(2009年秋以降、施設移転予定「混注センター」にて行います)

(4.3.1.4) 専任薬剤師を配置している。

「4.3.1.3 病棟にサテライト薬局を設けて」とあるが、設けていなくても、入院患者へのがん薬物療法に従事できるのではないかと「4.3.1.4 外来専従薬剤師」と専従に限定されているが、兼任に必要な薬剤師が配置されている施設もあるのでは？

・がん化学療法治療チーム講習会終了の薬剤師が中心となって、医療従事者への情報提供、患者への薬剤管理指導等を行っており、がん薬物療法認定薬剤師研修も1名受講中である。・病棟のサテライト薬局、外来専従薬剤師の配置等は、人員の都合などもあり現在設けていない事が、今後の検討課題であるとする。・外来化学療法の実施には専任薬剤師を配置している。

・がん専門薬剤師が、外来化学療法室で薬物指導を行っている。・専用の薬局を設けている。

・病棟や外来に「サテライト薬局」は設置されていないが、病棟担当薬剤師、外来担当薬剤師は配置されている。・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらいの考え方」が示されることが望ましい。

1) 研修中

21年度、がん薬物療法認定薬剤師について申請予定である。病棟、外来においてサテライト薬局を設けてはませんが、入院、外来において患者への薬物指導を実施している。

4.3.1.1 のがん専門薬剤師のみ

4.3.1.1 がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師はいない。4.3.1.3 病棟や外来にサテライト薬局を設けていない。4.3.1.4 外来化学療法の担当薬剤師は専従ではない。

4.3.1.1 と 4.3.1.2 の間にある2つの○の項目はどれに該当する説明が判りにくい。

4.3.1.1: 認定施設における実技研修中

4.3.1.1 ⇒ 認定薬剤師は1人いるが、「適切に」という言葉が入ると、1人で不十分であると考えたため、回答に迷う。4.3.1.2 も同様、病棟薬剤師が配置されているが、他の業務との兼任であり、十分な薬剤管理はできていないので適切であるとは思えない。

4.3.1.1-2) 存在しています。サテライトは設けていないが、2)については行っている。

4.3.1.1) について、2) ががん薬物療法認定薬剤師が1名配置されている。

4.3.1.1) について、がん専門薬剤師が昨年退職したため、来年度取得を目標に進めている。4.3.1.2) について、入院・外来ともサテライト薬局を設置するスペースがない。また外来に専従させる人員の余裕がない。入院患者は病棟薬剤師が行っている。

4.3.1.1) について、資格を有した職員はいるが、がん治療、注射薬のミキシング及び5年間の治験経験があり、平成20年度がん専門薬剤師研修事業に参加した職員を配置している。

4.3.1.1 現在習得中

4.3.1.2 適切な基準が不明確。1) 配置とは常駐なのか

4.3.1.2 を満たすためには、現在の薬剤師人数設置基準、(人員配置基準)は低すぎる。これらの業務を想定した基準となっていない。施設、設備の準備、運営には多大な費用を要する。人的要因のみを満たすという基準であれば、多くの施設がA権限をとれそうに思うが、設備を重視されると、果たす病院はごくわずかと思われる。

4.3.1.2 病棟へのサテライト設置は、病院の構造上問題がある場合も想定されます。現実的には非常に難しいと考えます。

4.3.1.3 4.3.1.5 「サテライト薬局」の定義が明らかでないので、「病棟に配置した薬剤科の分室」といった表現の方が分かりやすいものと考えられる。

4.3.1.3 サテライト薬局はないが、入院棟担当薬剤師を配置し、同様の内容で行っている。4.3.1.5 薬局内に服薬指導室を設け、行っている

4.3.1.3 = 一部実施。また病棟担当薬剤師であり、病棟専任薬剤師ではない。

4.3.1.3 と 4.3.1.5 でサテライト薬局の有無に言及するよりは、実施している内容を問うた方がよいと思います。

4.3.1.3 はサテライト薬局の定義が不明瞭である。当院では担当薬剤師を各病棟に配置し、薬剤管理指導を行っているため○と回答した。

4.3.1.3 病棟にサテライト薬局は無いが専従薬剤師が薬物療法に従事している。

4.3.1.5 一部実施している

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

4.3.1がんに特化した薬剤部門の体制は確立していない 4.3.1.1がん薬物療法認定薬剤師がいる 4.3.1.2 1)2)共に持っている サテライト薬局とはどこまでの機能を有すればいいのかわからない。外来化学療法室での患者指導には積極的に関わっている。

4.3.1サテライト薬局というのは具体的にどのようなものを指しているのかわからない。薬剤師が配置されていること、そのような「薬局」が存在することは何がどう違うのか？

4.3.1技能を活かす職場に配属するほどの薬剤師は、いかなる施設でも難しい。薬剤師内でチーム医療としての能力発揮等の項目があればと思われる

がん化学療法に対して「専任」形態で優先的にがん化学療法業務に従事。がん化学療法だけでなく、持参管理、副作用モニタリング等の病棟活動に即した病院薬剤師人員配置の見直しが必要。(薬剤部門)

がん診療を専門とする薬剤師が不足している。

がん専門看護師はいないが、十分知識と経験をもつ薬剤師はおり、認定を取れるように準備を進める予定である。

がん薬物療法認定薬剤師1名。服薬指導はしておりますが、病棟に常駐する薬剤師は残念ながら配置できておりません。

がん薬物療法認定薬剤師については、現在研修中である。外来化学療法室は、薬剤師が専任しており、外来患者へも服薬指導をしている。

がん薬物療法認定薬剤師の研修は受講済み 病棟薬剤師は配置していない。

がん薬物療法認定薬剤師の資格取得に向けて準備中です。病棟薬剤師は配置しておりますが、サテライト薬局はありません。

サテライトの意味が不明です。また必要性があるのか疑問

サテライト薬局の定義がよくわからない。抗がん剤については、一元管理が望ましいと考えており、複数の薬局を設けることは不都合であると考えている。病棟での薬剤師による指導に薬局が必要なのか

サテライト薬局は、1つの考え方であり、薬剤師派遣でも対応は可能と考える。

サテライト薬局は、ないが、抗がん剤の調整は、安全キャビネットで行っている。又、化学療法後のフォローアップも行っている。

サテライト薬局は設けられていない。

サテライト薬局は必ずしも必要なのかどうか？ サテライト薬局がなくても指導を実施しているときどう回答するのか？

サテライト薬局や専任薬剤師は配置していないが、専任薬剤師を配置し 適宜対応している。

なし

員数の関係で、薬剤師が配置されていない病棟が一部ある。

院外処方せん化した段階で薬剤師の定数を減らしたことが今となっては手痛いことである。病棟のサテライト薬局は構造はスペースの点で設置不可能であるが、服薬指導は臨機応変に即時的に対応している。外来サテライト薬局のイメージがわからないが、院外処方せん時は院外薬局が、院内処方せん時は、説明が必要な場合はやっている。

化学療法は担当医が管理している。

外来サテライト薬局

外来に関しては人員が少ないため外来患者への対応を病棟担当の薬剤師がしている。病棟に関しては血液内科・泌尿器科・婦人科病棟に対応できていない。

外来化学療法にて薬剤師内でレジメンにそって混注をしている

外来化学療法実施に必要な薬剤師に関しては、専任でなく専任でも良いのではないかと、病院規模にもよる、患者数に見合った人員配置要件とするべきと思われる。

各病棟に薬剤師が常駐するサテライト薬局を設けている医療施設はあまりないと思う(東京大学ですらない)病棟・外来のどちらも、薬剤師が関わり情報提供モニタリングを行っている。

現在、薬剤師1名が、がん薬物療法認定薬剤師に必要な病院研修を終了しており、平成21年7月頃認定取得予定。

限られた人員で効率化を図るため薬剤師は兼任業務となっている。また、病棟、外来ともサテライト薬局は設けてないが、病棟の全患者を対象として薬剤管理指導を実施している。

抗がん剤の調整について全て薬剤師で行っている。説明については各病棟担当薬剤師が行っている。

今後の課題と考えています

専任外来薬剤師はいないが 専任である

専門薬剤師ではないが、専門性の高い薬剤師を配置。外来サテライトはないが一部外来患者へ指導を実施。

特になし。

入院、外来ともにがん薬物療法に薬剤師が関与し、指導等も実施していきますが、「サテライト」や「専任」ではありません。「サテライト」や「専任」は限りある人材の中では対応困難であり、スペース的にサテライト薬局は作れない状況もあります。「中央集中」専任又は兼任」であってもどの程度関与しているかを評価していただきたいです。「サテライト」「専任」ありきの評価は疑問です。

認定薬剤師は日病棟で1名取得済外来化学療法室、安全キャビネット共になし。

必要な人員が適切とあるが、何を基準にして適切と判断するのか。現在、病床数と外来処方箋枚数で薬剤師定数が規定されているが、業務内容までは規定されておらず、評価が難しい。

病棟にサテライト薬局はないため、薬剤師は配置されていない。外来サテライト薬局はないが、初回化学療法センター患者への指導は検討中です(準備中)。

病棟にサテライト薬局は設けていないが入院患者へのがん薬物療法に従事している。

病棟や外来に薬剤師をはりつけておけるだけ経営に余裕がない。このようなことを実施した場合のコストはどうなるのか？自治体病院のように赤字でもよい病院ではない。

病棟薬剤師が、病棟にかかる時間は業務のため、少ないのが問題となっている

別室は設けていないが、相談は実施している。

毎年、年に数回薬剤師を複数募集しているが応募がない状態が続いている(薬剤師不足)

薬剤師の充足が不十分である

薬剤師の専門教育が体制上整備されていない。個人の興味にまかせられてきたついでが生じている。薬剤師としての仕事はいったい何なのか(?)ということを自問することから始めなければならない現状です。

薬剤師：(4.3.1.2)必要な人員の適切な配置とはどの程度をいうのか？(4.3.1.2.1)病棟薬剤師は全ての病棟への配置という意味か？あるいは一部の病棟でよいのか？(4.3.1.4)混在調整としての要員は専任として確保しているが専任とはいえないため×とした。

薬剤師部一元管理をしている。サテライトが必ずしも必要か疑問。

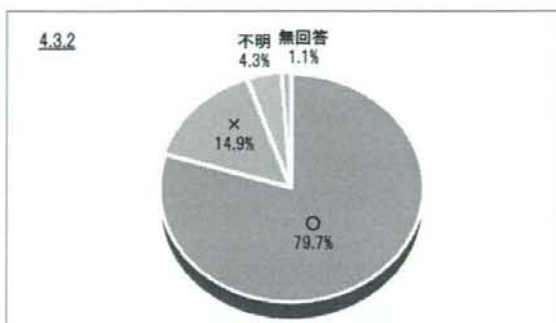
薬剤師も今後専門性の高い薬剤師なるよう教育・研修の機会を保障するよう努力したい。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	279	52	15	4
	100.0%	79.7%	14.9%	4.3%	1.1%



4.3.2 ご意見

「4.3.2」の1)の「全患者の抗がん剤の混合調整を実施している」について、休日・深夜を含めた全患者なのか？ 安定性の問題で、全患者とまらない場合が多いのでは。
レジメン登録されたがん化学療法抗がん剤調製は、安全キャビネットにおいて、薬剤師が実施している。・病棟や各部門における薬剤の配置も適切に行われており、保管、管理は薬剤師も関わっている。

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

1)は実施できていないが、2)はしている場合どう回答したらよいかのわからない。

1)外来患者のみ対応している。

1)レジメン登録患者を対象に抗がん剤を調整している。2)麻薬・向精神薬は病棟に、管理ノートを作成し、使用患者・使用量を管理している。特定生物由来製品は、薬剤科で管理表を作成し、投与日を確認し、処方箋により払い出している。

2)の適切に「採用」という表現には、違和感を感じます。「採用」は院内採用など委員会審議を経るものかと思えます。「選択」の方が適切ではないでしょうか。

2009年秋に「混注センター」設立予定にて、それ以降に全患者の抗がん剤の混合調整を行う予定であります。

4.3.2.1)については、医師がレジメンオーダー入力した場合

4.3.2.1)抗がん剤調製は入院・外来とも薬剤師が実施している。しかし、土日祝日は対応できていないため「×」とした。

4.3.2.1)2009年1月から、抗がん剤のみの調剤中央化が可能となった。

4.3.2.1)スタッフの不在などで薬剤師が全てを行えない実態がある。

なし

医薬品機器のうち輸液ポンプや皮下注ポンプは不足

外来・入院とも薬剤師による抗がん剤の調整を行っている。

具体的に必要な設備、機器は何か必要なのか。上の質問と下の質問はかみ合っていないような気がする。

現在、50名以上の外来化学療法患者の注射等の管理を薬剤科で適切に処理している。

抗がん剤の混合調整は、休日を含め365日対応している。

抗がん剤の混合調整は外来化学療法室と一部のみであるが他は実施されているため○にした

抗がん剤の混合調整は休日は行なっていません。

抗がん剤の調整は外来化学療法のみとなっています。

抗がん剤の薬剤師による調剤対象は全患者であるが、調製を行っているのは、当院承認の登録レジメンに対してのみ行っており、現在レジメン申請を働きかけています。

手順書の作成が必要である。

上記 1)と2)とは評価項目として区別したほうが良いのでは。当院の場合は、現在のところ2)は満たしているが、1)については一部(外来)の患者のみ対応できている。

全患者の調剤に関してのみ今後導入予定とのこと、他は○。

但し、土日祝日については、外来安全キャビネットを使用して 医師が対応している。

締切り時間を設けているが、全患者を対象とし抗がん剤の混合調整を実施している。

特になし。

入院患者の化学療法混注は今年4月より開始予定

麻薬、特定生物はおおむね適切に管理されている。向精神薬、ハイリスク薬は50%位

薬剤師がすべてミキシングを行っております。

薬剤師による抗がん剤の混合調整は行っていない。

薬剤科: 4.3.2.1)全患者の抗がん剤混合調整とは看護師が行っている場合を含むのか？ また24時間体制でなければならないのか？

※○=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

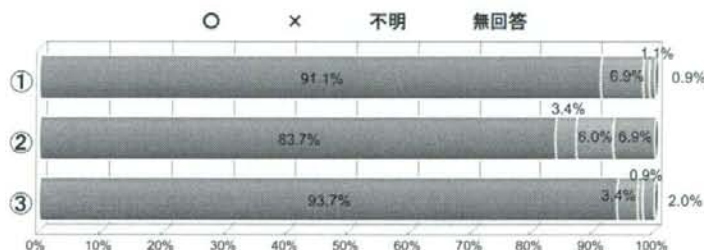
4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	319 91.1%	24 6.9%	4 1.1%	3 0.9%
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	350 100.0%	293 83.7%	12 3.4%	21 6.0%	24 6.9%
③ 病理診断に必要な設備・機器が整備されている	350 100.0%	328 93.7%	12 3.4%	3 0.9%	7 2.0%

4.4.1



4.4.1 ご意見

(4.4.1.2)→病理医は充足している。

(病理医の意見として…) 病理医・細胞検査士は業務過剰状態である

[当院病理医の見解] (評価する内容としては、)病理医数に関しては可能な限り複数体制、常勤1人の場合は必ず非常勤が必要。(当院は常勤3人、非常勤1人) 当院の規模では最低2人の常勤医(最低1人は専門医・病理と細胞診)検査技師は5人必要。

「プロセッサ」とはバラフィン包装装置のことでしょうか。

「人員が確保されている」の基準は?

・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

・病理検査は全て外部委託している。・外注先とフローチャートの取り決めを行い、細胞診48時間以内、病理80時間以内、至急病理検査60時間以内で報告が返る。・病理診断の難解な症例については複数の病理医に所見を頂いている。

4.1.1.2の場合、病理診断が難解な症例に対する対処として明確なシステムは確立していないが、病理学会や近隣の病理医にコンサルテーションは可能である。

4.4.1.1.3)細胞診専門医については、確保されていない。

4.4.1.1)に関して、設問の回答が一つしかないのだからわかりにくい。

4.4.1.1(1)~(4)については、一部に対応していない項目がある場合、○・×・不明のどれに該当するか不明確である。

4.4.1.1(3)のみ×、それ以外は○

4.4.1.1)病理医は人数不足か

4.4.1.2及び4.4.1.3)について、基準値が不明である

4.4.1.2 病理医が不足していない場合の回答は不要ですか。

4.4.1.2 病理医は不足していない。難解な症例等に対する対処法は確立している。

4.4.1.2は○としましたが、病理医が不足している場合という文言の意味が不明確なように思います。

4.4.1.2質問項目がわかりにくい。常勤病理医がいない場合であるのか? いる場合であるのか? 常勤病理医がいても、難解な症例はコンサルテーションに出す。常勤病理医が病気で休んだときの対処法は立てられていない。

4.4.1.1)病理専門医が非常勤で病理診断を行っているが、病理医が勤務しない曜日が存在する。

なし

稼働している認定病理医は5人、細胞診専門医は4人、細胞検査士は6人である。非常勤はなし、外部委託は行っていない。

外部委託の場合の解答するべき項目、しなくてもよい項目を明らかにして下さい。

常勤の病理医数は少ないが他施設に比し、恵まれていると思います。理屈上と実際上の適切な病理医配置にはかなりの開きがあると思います。

妥当と考えるが、4.4.1.2については、どの程度の至急を想定しているのか わかりにくい。

特になし。

病院と研究所を併せて、常勤病理医(全て専門医)が7名いるので、病理医不在(不在)を想定していない。病理医数[病院4.研究3.レジ1.非常勤2/5]、病理専門医数[病院4.研究3.非常勤2/5]、細胞診専門医数[病院3.非常勤1/2.婦人科兼任4]、細胞検査士[6名]

病理の常勤と非常勤は大きな違いであり、分けて評価すべきである。

病理医の確保が困難で、非常勤で対応している。

病理医の不足の意味合い(医師数が少ないのか? 専門医がいないのか? まったくないのか?)が不明です。

病理医は、業務量に比して不足している(常勤2、非常勤3)が、今後常勤1名採用予定。

病理医は常勤1名、非常勤1名で日常の業務をかつつこなしている現状なので臨床医の新しい研究や研修には対応できない状態です。検査技師も同様。また最近、各種がんの取扱い規約がどんどん改訂されており、対応に必死です。

病理医数は1.28人で確保されていない。

病理医非常勤

病理学会の外科病理検体数・別検体数等からの算定方法では、不足している。(現在、病理医は2名)何を基準にして確保されているかの判定が難しい。4.4.1.2は該当することが無いため、回答なしとした。

病理機能は良好。全症例●速検査を行っている。

病理検体数、術中迅速診断数と病理医(専門医、細胞診専門医を兼ねる)数(1名)はoverworkにはなっていないと思われる。細胞診検査数と細胞検査士(2名)は適正範囲と思われる。病理医は全日勤務であり至急検体に対応している。難解症例では、病理診断コンサルテーションシステム、病理学会システム、及び友人・知人にコンサルテーションをお願いしている。