

※○=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

病理診断は常勤の病理医がいないので外部委託している。

病理診断医については不足していない

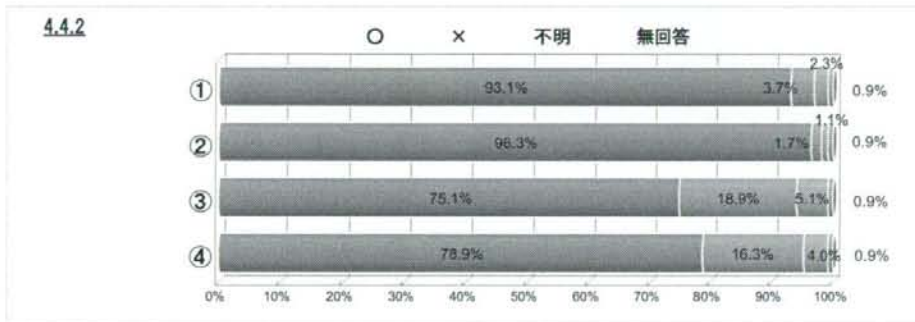
病理専門医は3名で、うち2名が細胞診専門医でもあり、非常勤で週2回交代できます。細胞検査士は常勤で2名。

※○=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

4.4.2 病理部門が適切に運営されている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	326 93.1%	13 3.7%	8 2.3%	3 0.9%
② 迅速標本の病理診断が実施されている	350 100.0%	337 96.3%	6 1.7%	4 1.1%	3 0.9%
③ 病理部門内で定期的にかンファレンスが行われている	350 100.0%	263 75.1%	66 18.9%	18 5.1%	3 0.9%
④ 病理部門と各臓器臨床科との間で定期的にかンファレンスが行われている	350 100.0%	276 78.9%	57 16.3%	14 4.0%	3 0.9%



4.4.2 ご意見

[当院病理医の見解] (評価する内容としては、)上記項目はいずれも必要。

・4.4.2.4は、CPCが該当するのでしょうか。

・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。

・病理組織検査マニュアルは整備されている。・迅速病理検査診断は外注で行っており、1時間ほどで提出医に報告されている。・院内CPCを2ヶ月に1度実施、所見病理医が出席し、ミッドフォックスを実施している。

4.4.2.2迅速標本も全例ダブルチェック施行 4.4.2.4外科:マクロ切り出しカンファレンス 消化器内科:内視鏡切除検体カンファレンス 4.4.2.3定例CPC、グロスカンファレンス、外科病理カンファレンス

4.4.2.3 4.4.2.4不定期で開催。

4.4.2.3 について 病理部門内定期カンファレンス創検症例を中心として創検後実施 4.4.2.4 について 他部門との定期カンファレンスは、1回/2ヶ月 実施

4.4.2.3、「病理部門内で定期的にかンファレンス」の項、当院の状況においてはその必要性を感じません。無論、精度・管理上等の課題が発生した場合は、担当者会議を開きまずが定期カンファではありません

4.4.2.3 常勤病理医は一人のため、組織診断に関するカンファレンスは行っていない。細胞診に関しては行われている。

4.4.2.3 は院内で行っている。4.4.2.4 は不定期。

4.4.2.3 定期的なカンファレンスはなされていない。必要な場合実施。

4.4.2.4 定期と不定期(依頼があった時)に行っている。

4.4.2.4 については、4月以降実施予定

4.4.2.4は○となりましたが、どの施設でも全ての臓器・臨床科との間で定期的にかンファレンスを行う余裕はないと思います。我々の部門では6臨床科との間で行っています。

CPCを初めとし「腫瘍間カンファレンス」など各科とのカンファレンスを定期的に行っている。

カンファレンスは、症例ファイルの作成を行なうことで行っている。

カンファレンスは随時行なっている。

どのレベルで適切な基準は？

マニュアルはすべてに整備されているわけではないが、診療上特に問題があるレベルではない。カンファレンスは脳外科、消化器外科、内科、形成外科、小児科、婦人科泌尿器科等とおこなっており、他にCPC、カンサーボード等がある

鹿児島大学病院との間にバーチャルスライドシステムによる遠隔病理診断の契約がなされている

術中迅速診断件数は500件/年を超えている。呼吸器、消化器、骨軟部腫瘍、乳腺甲状腺では定期的なカンファレンスが実行されている。

常勤病理医は1名のみなので、各カンサーボードに毎日出るのには困難をきわめる。毎日のように時間外の手術が行われており、迅速標本の診断に毎夜毎夜の負担が大きい。

迅速標本の病理診断は近隣の医療センターと提携している。

妥当と考える。

定期的にCPCを開催している

当病理検査室では早期胃癌、乳癌等は組織標本数は30~50個にも及び詳細な検索を行っている。逆に1個の標本で診断しても保険点数(収入)は同様である。患者のために必要であり、「症取り扱い規約」でも定められている通り詳細に検索を行えば負担が増える割に評価はされない、この当たりを正しく評価するのが、日本医療機能評価機構の役割と思われるが？

特になし。

年間病理診断約3万件、細胞診断約5万件の当院において理想とする病理部門としては、人員不足は否めない。

必要な時に随時検討会を開催している。

必要に応じての症例検討は行っているが定期ではない。

病理医が1名のため、病理部門内でのカンファレンスは行えない。

病理検査のマニュアルが整備されている。迅速標本診断が実施されている。病理部門内での定期的なカンファレンスはないが、月1~2回連絡会を兼ね、問題点を出し、改善を図っている。病理部門と各臓器臨床科との間で定期的なカンファレンスは行われていないが、CPCを年5回行っている。問題点があると、病理医が臨床医に直接電話、或いは出向いて面前で話し合っている。

病理部門内でのカンファレンスは定期的というよりは「必要に応じて」行っている。4.4.2.4についても同様に、病理部門と臨床科が「必要に応じて」行っている。

不定期ながらカンファレンスは行われています。

創検例に関するCPCは定期的に全症例を研修医の教育の一環として指導を兼ねて行っているが、病理医不足で、定期的な時間が取れる余裕が無く、個々の臨床症例に関しては定期的なカンファレンスは行わず、各臨床科の必要に応じて、その都度不定期な症例検討を行っている状態である。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

本院では検査部が設置されており、検査部において病理検査及び病理診断を行い、毎月病理検討会を開催している。
臨床各科とのカンファレンスは、年間150～200回実施している。

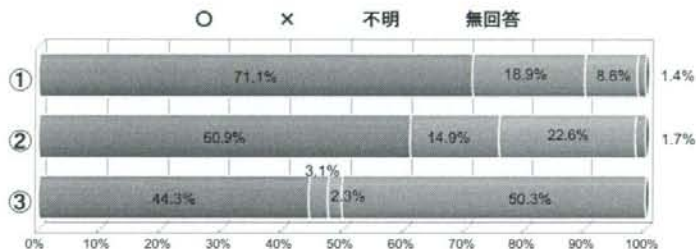
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.4.3 標準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

	合計	○	×	不明	無回答
① 診断のダブルチェックが行われている	350 100.0%	249 71.1%	66 18.9%	30 8.6%	5 1.4%
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	350 100.0%	213 60.9%	52 14.9%	79 22.6%	6 1.7%
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	350 100.0%	155 44.3%	11 3.1%	8 2.3%	176 50.3%

4.4.3



4.4.3 ご意見

[当院病理医の見解] (評価する内容としては、) 制度管理に関しては多少の自由度が必要。

「診断病理学における精度管理指針—外科病理検査室編」が不明

・4.4.3.1は約50%に実施されている。

・外注先から「病理検査の精度管理体制」を提出して頂き検証している。(診断病理学における精度管理指針に基づいて記入) ・依頼用紙に過去の依頼結果や臨床経過を記入して提出。また病理診断医が院内CPCの指導医のため、情報提供している。

・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) 診療情報に病理からコンピュータ上でアクセス可。2) 依頼履歴には必要な情報が記載されている。

1人病理医であり基本的に「ダブルチェックは出来ない。しかし、問題例は外部(国立癌センターコンサルテーションシステム、他大学への依頼、友人への郵送や直接診断)に相談している。日本病理学会による「診断病理学における精度管理……」はシステムの的には行っていない、不完全で僅かであるが、実質的に実行している部分がある。臨床情報システムへの直接アクセス出来る環境にはない。

4.4.3.1 は手術摘出臓器と判定困難な症例に対して行っている。

4.4.3.1 常勤病理医は一人のため、すべての症例については行われていない。非常勤医が接続した症例についてはダブルチェックが行われている。4.4.3.3 情報システムは稼働していない。紙ベースである。

4.4.3.1 のダブルチェックは細胞診断のみ実施。

4.4.3.1 は一部。

4.4.3.1は病理医師2名以上の常勤が条件になります

4.4.3.2 「診断病理学における精度管理指針—外科病理検査室編」が不明です。

4.4.3.2 について、複数の制度管理項目のうち、一部を行っている場合は、○でよいのか。あるいは全てを行わない○にならないのか不明。

4.4.3.2については、学会の発行している雑誌に載っていたようですが、学会としての指針ではないようです。(学会担当者確認済み) 質問の文章自体が意味不明です。

4.4.3.2 一部実施されているが、記録に残していない。

4.4.3.2 回答一〇

4.4.3.3 1) 電子カルテを利用している。2) 業務用システムと電子カルテが連動していないので、現在のところ依頼用紙に詳細に記載している。

4.4.3.3 について 病理検査室にある院内LANにて臨床情報が受け取れる。依頼用紙には電子情報の他、シエマ等を記載させ、臨床側にもシエマの記録を電子カルテ上に残すことができる。

4.4.3.3 情報システムへのアクセス ○

4.4.3.3の設問は○です。

4.4.3.3: ○

4.4.3.3については「○」(システムがあります)

4.4.4.3.1について、全ての診断にダブルチェックを行うことは不可能。必要と判断した場合のみ行っているのが現状である。

4.4.3.3.1 診断のダブルチェックは主に診断困難症例を中心として行われており、全例のダブルチェックは行っていない。4.4.3.2 指針に示されている症例を抽出しての定期的な検閲に関しては行っていない。

4.4.3.3.1 担当部長と(一部診療科のみ)

いずれも部分的100%ではないが行っている。

カンファランス参加で多くの臨床情報を得ている。病理診断科内にオーダリング端末(電子カルテ)があり、これから患者情報を得ている。

ダブルチェックは細胞診に関しては全例であり、組織診に関しては、問題症例を中心に行っている。病理部内システムと院内カルテはコンピュータ上でつながっている。

なし

常にダブルチェックできるだけ病理医数は充足しているのか? まずそを先に考えるべきである。

常勤の専門病理医が1名のため、ダブルチェックが出来る環境ではない。但し大学医局との間でチェックの協力を頂いている。

常時病理医二人体制でないので、一部行われている。

診断のダブルチェックについて 病理組織は全部、細胞診は偶発性以上

診断のダブルチェックを全症例に行うことは、2人の病理医では不可能。診断困難事例のみ対応

診断の難しいケースについては相談している。

診断はダブルチェックされ、臨床にフィードバックされている。

精度管理指針は非常に厳しく、全てをクリアするのには困難を要する。例えば所要時間においても休日や固定時間を考慮するとクリアできるのは限られ、全国的にみても少ないと考える。

※○=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

妥当と考える。4.4.3.3の自己評価は、○

定期的に施設病理医と検討会を開き、難解例だけでなく自信のかける例も検討している。又、2W、ごとに再検鏡をしている(全標本)。電子カルテ参照可
電子カルテ上でのスケッチの記入が簡単でないで、決まった情報しか得られていないのが実情です。がん取扱規約の改定が頻回でついでに行くだけに必死の状況です。
特になし。

病理医が1名のため、全ての診断に関するダブルチェックは不可能であるが、コンサルトなどによる精度管理に努めている。

病理医が一人ですので、現在ダブルチェックを行っておりません。

病理例の人数以上に症例数が多いため、全症例のダブルチェックは不可能で、難問または悪性・偽悪性症例のみ行っている。日本病理学会には診断病理学における精度管理指針
一外科病理検査室に基づく精度管理に関しては日本病理学会なのでしょうか？コンサルテーションは日本病理学会のシステムか、個人的に専門家にお願している状態です。検査
依頼用紙の充実が改善しても、臨床科の個人的資質によると思う用紙内容が多くなればなるほど記入されなくなってくるように思われます。

部内リスクマネジメントの一環として、制度管理検証も必要に応じて行っている。4.4.3.1迅速診断を含めて全例施行

米国では病理診断のサーベイヤーが運用されている。本邦においてもその運用が望ましいと考えるが、現実的にはサーベイヤーの標準化が困難である。

臨床情報については、画像、検査所見などの患者情報を閲覧できる端末が、病理検査室にも設置されており、自由にアクセス可能。検査依頼用紙は、基本的には、最低限のことが記載されているに留まるが、適宜、TELなどで確認している。

※○=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

4.4.4 病理標本管理が適切に行われている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	332 94.9%	4 1.1%	10 2.9%	4 1.1%
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	350 100.0%	312 89.1%	9 2.6%	25 7.1%	4 1.1%

4.4.4



4.4.4 ご意見

(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

・ブロックは外注先で受付番号順に検索可能な状態で永久保存している。・スライド、報告書管理は検索可能な状態で検査室で保存している。・病理検査安全管理マニュアルに添って取り違え防止のため、ダブルチェックを実施している。(外注先)

・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。

1986年度以降の全ての症例記録が電子化(データベース化)されている。成人病センター時代を含めて、全症例の依頼/報告書、パラフィンブロックが保存されており、全て再検討/再検査が可能である。

4.4.4.1 ガラス標本とブロックは全例保存・整理しているが、保存場所には限界がある。

4.4.4.2の「標本製造」とはあまり聞き慣れない言葉で「標本作製」が一般的かと思われます。

5年前よりバーコード検体ラベルの運用を電子カルテオーダリングシステムの上で行っている。

ダブルチェックの体制をどこまでも取り入れたシステムにすると、技師の負担が大きく勤務時間も長期になり、疲労しています。現在の保険診療点数では、ダブルチェックする技師と病理医の人員費はできません。

なし

過去のすべての症例のブロック標本が保存されている。機器は一定期間ののち処分。現在の病理システムではバーコードをもちいた受付診断が大部分の過程が行われている。ヒヤリハットに関してはその都度報告し、対策を講じている。

完全な状態とは言えないが、確認事項は出来るだけダブルチェックが必要ではあるが必ずしも出来ないで個人の注意力のみが頼りの面もある。それらの改善には人員の確保が必要であろう。病理医、技師が事務的な事も行っている関係で、他用件で立ったり座ったりと、その時々で必ずしも出来ない状態を改善しようとしている。

健診、細胞診の陰性標本は10年保管後、廃棄 陽性、疑陽性標本は1993年から永久保存。組織標本は20年保管

検体の交付は留意している。薄切標本の扱い間違いないように留意している。取扱も決めている。

現在、検体の受付から標本が出来上がって、病理医が診断するまで、すべて人間の手仕事で行なっている。今後は、バーコードによる検体の認識などシステムと連動した取り違え防止のしくみを導入して行きたい。

受付時、標本作製時に検体の確認を実施

診断後の検体・ブロックの整理・保存を行っている。標本作成過程での取り違えにはマニュアル遵守、各人のチェック及び最終には病理医のチェックを行っている。

診断後の標本・ブロックについては永久保存されており、組織ないし細胞番号にて管理している。また消化器内視鏡検体の取り違え防止のための安全管理として、検体は内視鏡室にて患者名を記載後、採取個数を含めた台帳を確認しながらほう理作業を進め、あらかじめ印字されたスライドガラスに伸展するまでを1工程とし、1人ずつ作業する。

妥当と考える。

電子カルテなので依頼用紙は存在しない。

特になし。

標本作成の技師2名によるダブルチェック

標本作成過程では、人的ミスの発生する可能性があり、その結果は重大なミスにつながるため、ダブルトリプル(人を変え)チェックシステムにて対応している

標本作成過程で取り違え防止のためのチェックをマニュアル化している。

病理診断科部長が管理統括している。

報告は患者名、ID番号、カルテ番号でチェックが行なわれている。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

4.4.5 病理部門の情報管理が適切に行われている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	329 94.0%	7 2.0%	8 2.3%	6 1.7%
② 病理診断の事後利用のための整理がなされている	350 100.0%	325 92.9%	9 2.6%	11 3.1%	5 1.4%
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	350 100.0%	159 45.4%	4 1.1%	10 2.9%	177 50.6%

4.4.5



4.4.5 ご意見

「個人情報保護の観点」の問いが不明瞭。

「病理・細胞診支援システム」によりデータベース化され、いろいろな角度からの検索が可能。また同システムは使用制限が設定されており、各社員は各自パスワード管理されている。

・外注先で病理検査システムを導入しており、必要な情報は引き出せるシステムを構築している。・病理、細胞診の標本・結果報告書は検査室で施設管理したロッカーに保存している。
 ・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。

4.4.5.2の1)は○で、4.4.5.2の2)は×

4.4.5.2 業務用システムはあるが、電子カルテと連動していない。

4.4.5.3 印刷した紙情報で報告がなされて、関係者以外は閲覧できないようにしているものの、現状では100%の個人情報保護は困難な状況である。電子データはパスワードで保護し、科内のサーバーに保管している。個人管理のPCあるいは記憶媒体に個人データは入れていない。報告書は壁のかかる部屋内に保管してある。全てのデータの出し入れは、病理診断科部長の許可を必要とし、データ入用者はその旨を書類で申し出なければならない。関連の書類を全て保存している。

4.4.5.3 具体的な目標設定は難しい

4.4.5.3: ×

4.5.1.1)については×

データベース管理について 1997年7月からは電子媒体による管理、1997年6月までは紙ベースでの保管

完全な管理状態には成っていない。各科が診療上、必要な時はその都度、悪性腫瘍関連はその場である程度は対応できるが、詳しい情報とはどの程度の内容を要求しているのか基準が不明であると思う。また、個人情報保護と詳しい情報が必要に応じて引き出せる事とはいつも矛盾を感じながら業務している。どこでだれがチェックするのか？各科が古い症例を学会発表するような場合、等はどのような症例をどの範囲まで許されるのか？

患者名の入ったメモの取り扱い、処分のルールを決めている。

個人情報保護の観点から病理のオーダーリングシステムは院内オーダーリングと接続していないが電子カルテ導入の際は、接続を考えている。これは、病理診断のみが特別ではない。との方向性より。

古いコンピューターシステムではあり、ある程度の臨床記載情報は引き出せるが、詳しい情報はカルテ記載を参照しなければならない。コンピューターシステムにデータベースや診断登録を行っているが、不完全であると思われる。病理部門コンピューターシステムであり、外部からの侵入はないが、未だ紙カルテに印して報告するが、その保管には保管庫はあるが施設されておらず、部屋ははさされていない。

症例ファイルとともに病理内容が管理されている。

妥当と考える。

電子カルテ、部門システムでデータベース化された管理・運用を行っている。

電子カルテに連動した病理システム活用

標本はブロックも含めて開院以来すべて保管され、必要に応じて閲覧ができる。診断記録もすべて保存されている。以前の紙の書類は製本されて保管。電子カルテ導入後は病理サーバーのデータベースに保存されている。

病理部門システムで過去の病理診断情報を閲覧できるようになっている。院内の診断登録は病理では行っていない。

病理部門の情報は、院内のシステムとは独立して管理されているが、患者の履歴などは容易に引き出せる。院内の他の端末からはアクセスできないため、情報保護には利点ともなっている。

※○=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

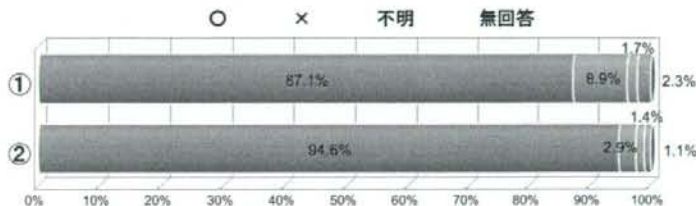
4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
① 画像診断に必要な人員が配置されている	350	305	31	6	8
	100.0%	87.1%	8.9%	1.7%	2.3%
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	350	331	10	5	4
	100.0%	94.6%	2.9%	1.4%	1.1%

4.5.1



4.5.1 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」が示されること望ましい。

1日あたりの読影件数は、70~80件でありこれに対する専従医師は1.5人に相当するため、読影医が不足している

4.1.2→○。昨年受審した機能評価Ver.5.0では質・量ともに十分の評価を受けた。同時に技師数が不足しているとの評価も受けた。

4.5.1 何を以て、体制の確率化がよく分からない。4.5.1.1 必要な人員とは、人数のことを言うのか、適切な人数のことを言うのか、何を基準とするのか分からない。

4.5.1.1 画像診断検査を行う放射線技師は不足だが、診断については放射線科医1名常勤でCT、MRI、RI、血管造影の読影を行っている。他は各診療科医師による読影。4.5.1.2 設備等は整備されている。

4.5.1.1. 「必要な」が画像管理加算での条件を満たす程度の人員(人数)ということであれば不足している。

4.5.1.1)については×

4.5.1.1)につきましては放射線科専門医の有無とされてはいいかでしょうか? 4.5.1.2)につきましては、具体的な機器名を挙げて頂けると答えやすいと思います。

4.5.1.1放射線科医師4名、放射線技師105名、看護師4名、受付4名

IVRという言葉はそれ程一般化していない。日本語を使った方がよいと思います。

IVR機能はないが、MRI、CT、USIについての特殊検査については診断体制が確立している。

MRIが1台で2週以上の予約待ち。PETが無い。

コストが算定できるようにして頂きたい。(モニタ、ネットワーク、サーバー等)

システムは確立されているが、radiologistがいない。

どの程度の耐性であれば確立しているのか不明である。医師と読影システムがあるので「○」にした。人員も同様で人員と専門医読影率を示すべき。

なし

意見4.5.1.1必要な人員とはどのようなことか、人をカウントする基準はなにか。

画像診断に必要な人員とは、何か基準があるのか、1名でも配置されていれば良いのか、明示されたほうが良いと思われる。またその際、外部の病院(医師)と連携し、遠隔地画像診断により、院内医師の業務を補うような体制が確保できれば、どのように評価されるのか。

画像診断の体制が確立している基準(たとえば読影加算2が取れている。)を明示していると判断しやすい。

画像診断体制はある程度確立されているが必要な人員が配置されていない。

基準が不明確で判断が難しい。

現在、画像診断の医師確保が困難な状況にある為、遠隔画像分析を依頼している。

十分な人数確保は難しく伝送システムなどが今後主流にならざるをえないかもしれない

常勤医2名、非常勤医4名で、主として画像診断はCT・MRIを担当。年間15000件。64列MDCT、1.5-MRIを保有。救急カートも常に点検されている。副作用があれば(造影・CT・MRI)常に放射線科医がかけつけられることができる。

常勤医師不在の為、他病院と連携を図り対応

診断医:10年以上経験を有する専門医師3名、研修医は現状1名(2009年4月よりプラス2名)。技師:一般撮影・病摺等、1装置1名配備。設備:電子カルテにて所見作成およびPACSにて画像を読影(読影モニターは3Mを使用)、配信装置全てに保守契約あり

人員は、十分ではない。

人員は不十分であるが、努力によって翌日までにほぼ8割程度読影を行っている。

造影剤注入及び患者を管理する人員が不足している。

特になし。

読影件数に対する診断医数を評価すればよい・専門医の資格をチェックしてほしい・管理加算を取得しているかどうかを記載すればよいのでは4.5.1.1)に関して○と×には分けにくいのでこの項目は△がほしい。

評価項目内容があいまいで明確性、具体性に欠けると思います。

病院側の問題により、機器の管理が不完全な所があり、すべて決裁者にて個別に対応しなくてはならず、業務が煩雑になりがちである

放射線医師は2名いるが、全ての画像診断・IVRへの対応は困難

放射線科に依頼して専門性を高めている。

放射線科医不足

放射線科診断医が3名いるが、数が不足している。MD-CTが導入して以来、撮影件数は著増し、読影の処理が間に合わなくなっており、保険上の規定点数を取っていない状況がある。

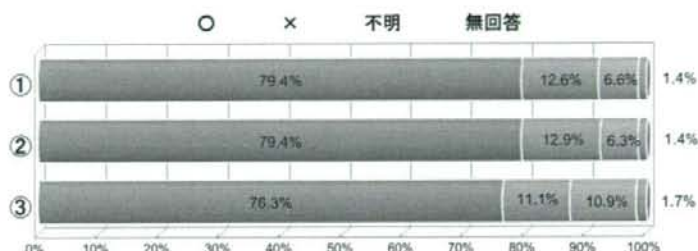
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.5.2 画像診断部門が適切に運営されている

	合計	○	×	不明	無回答
① 画像診断の業務マニュアルが整備されている	350	278	44	23	5
	100.0%	79.4%	12.6%	6.6%	1.4%
② 画像診断部門の職員間で定期的にカンファレンスが実施されている	350	278	45	22	5
	100.0%	79.4%	12.9%	6.3%	1.4%
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	350	267	39	38	6
	100.0%	76.3%	11.1%	10.9%	1.7%

4.5.2



4.5.2 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。

4.5.2 画像診断部門の範囲がどこまでをさすのかが分からない。適切な運営基準が わからない。

4.5.2.1 「マニュアル」とはどのようなものか 4.5.2.2 少人数で一ヶ所で画像診断を行っている場合、その都度討議するためのいわゆる「カンファレンス」は必要とおもわれない。このような討議も「カンファレンス」であるならば毎日行っていることになる。

4.5.2.1 放射線科が精診されるCT、MRI、RI、血管造影については整備されている。各診療科については不明。 4.5.2.3 未実施で今後整備を進める予定。

4.5.2.3 コンサルテーションは、院内、院外のどこまでを求めているか不明。

4.5.3.3 主治医が放射線科へ直接あるいは電話で相談。

4.5.3.5 質問の内容が不明

4.5.2.3 院内一画像診断部門の意味があるいは画像診断部門一他院の画像診断部門の意味か。後者であれば現在ガンセンターの支援を受けられる拠点病院では無い。

radiologistが1名なのでそれに合わせてwork flowが確立されている。

カンファレンスが、画像診断の向上に必ずしも役立つとは思いません。カンファレンスを行っているかどうかで、機能評価するのは間違いだと思います。マニュアルや手順が確立していないと画像診断ができないわけではないと思います。

カンファレンスは随時で、定期ではない。人数が少ないので改めてカンファレンスを開くこともなく、随時コンサルテーションをおこなうので十分である。

カンファレンスは報告書で代用されている。今後病理とともに必要だと考えている。

カンファレンス記録の提示

コンサルテーションを利用するシステムとは一体何を指しているのか不明です。例えば大学や関連病院にコンサルテーションに出すことが可能という意味でしょうか。このような確立したシステムシステムを構築されている施設は多くないと思いますが、必要不可欠と考えているのでしょうか。

コンサルテーション手順は確立していない。

スタッフの数が少ない場合でも定期的にカンファレンスする必要があるか疑問である。

なし

フィルムカンファレンスは毎朝施行。

画像診断医の常勤医が1名で各診療科の応援で運営されている。十分なカンファレンス、コンサルテーションの実施は困難である。

基準が不明確で判断が難しい。

業務マニュアルは整備されている。新システムになり内容の変更は進行中であるが、問題なく整備できる。職員間のカンファレンスは随時行なわれている。手順も確立している手順を踏まなくてもコンサルトできる事のほうが大切だと考えます。

当院で行われた検査についてのコンサルテーションは、随時受け付けている。他院で行われた検査のコンサルテーションの手順も確立している。

特になし。

特に乳がんのMMGでは5名の認定医で毎週木曜日にフィルムカンファレンスを行い、検診1000人当たり、山口県では544人(平成17年度全国トップクラス)の乳がんを発見する一翼を担っている。

必要性が乏しい画像診断が含まれている。

毎日の重要症例の確認、共有もできている。他科からのコンサルテーションもPHSでも常に可能。

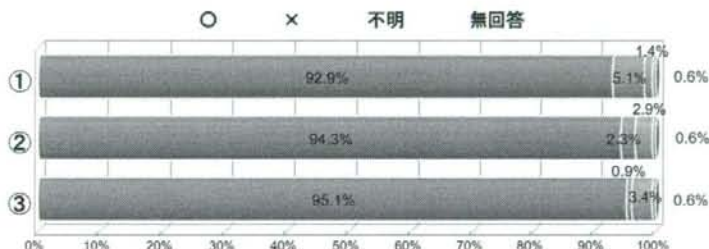
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.5.3 画像診断機能が適切に発揮されている

	合計	○	×	不明	無回答
① 画像診断レポートが迅速に提供されている	350 100.0%	325 92.9%	18 5.1%	5 1.4%	2 0.6%
② 精度の高い画像診断が実施されている	350 100.0%	330 94.3%	8 2.3%	10 2.9%	2 0.6%
③ 画像診断業務が安全に実施されている	350 100.0%	333 95.1%	3 0.9%	12 3.4%	2 0.6%

4.5.3



4.5.3 ご意見

“安全でない”画像診断業務とは何か

・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. および3は中央放射線室との協働により円滑に実施されているが、読影医不足のため、レポートは約1週間遅れとなっている

4.5.3.1 放射線科医におけるレポートは迅速に提供。

4.5.3.1に関してはMR、CT、RI、DHC関係の読影レポートは全て迅速に提供されているが、一部実施されていないものもある。

4.5.3.1検査当日にレポートを作成している。4.5.3.3日本医学放射線学会専門医3名 放射線情報システム上で診断、レポートを電子カルテに反映している。

4.5.3.2の評価基準が不明瞭

4532,4533については具体的にどのようなことか？

CT・MRIに關し、診断レポートの80%以上が検査終了後1時間以内に電子カルテ上で報告できている。非常勤医のレポートは、80%以上常勤医のダブルチェックを行っている。

H20年10月にMDCTが入りましたが、それまでは、CTの検査がまわらなく業務に支障することもありました。

PETはありません。

なし

意見4.5.3.2精度の高い画像診断とはどのようなことか。

画像診断加算2は時々無理を感じる。

基準が不明確で判断が難しい。

現行の体制(放射線医師2名)では完全なダブルチェックは困難であり、検査は安全に施行されているものの、インシデントすれすれの事例がある

個人の努力で行われているが限界を認める。今後の検討課題である。

指導医による診断を行っている。

迅速にレポートが提供されれば良いわけではありません。迅速すぎて間違えも多いので、迅速であれば評価が高くなるのは良いことではありません。適切とか安全に関して自己評価させるのには意味はないと思います。

迅速の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。精度の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。安全の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。画像診断機能とは、撮影から診断レポートの提出とそのフィードバックまでを言うのか？画像診断のみを指すのか分からない。

精度につきましては具体的に示して頂きますと一層答えやすいと思います。

精度の高いとは何を意味するのかを明示してほしい(管理加算の実態でしょうか)

精度の高い画像診断の定義がはっきりしないと正しい回答ができない。

電子カルテを使用しているため迅速

当日のレポートは夕方5時30分までにほとんど終了している。夜間のは、午前中にはレポートできている。将来は画像転送にてレポート予定。

特になし。

独自の診断レポート用の書式をパソコン内にインストールし、ワープロ形式で記載、提出している。特にFollow Up症例に有効である。

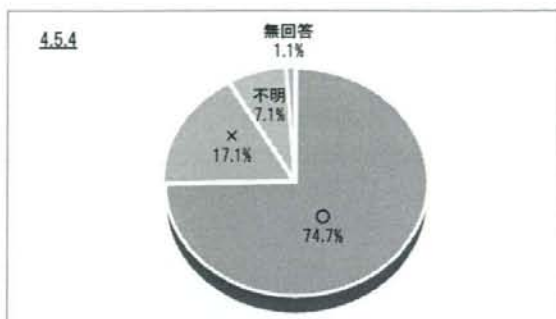
放射線科医の不足があるが、半数は当日レポートし、残りは翌診療日の午前中にレポートしている。

※○=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

4.5.4 IVRの体制が確立している

	合計	○	×	不明	無回答
① IVRに必要な人員が配置されている	350	261	60	25	4
	100.0%	74.6%	17.1%	7.1%	1.1%



4.5.4 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。

4.5.4.1 心臓血管外科、循環器科、脳神経外科、放射線科などの専門医配置

4.5.4.1.1 IVR担当医(日本医学放射線学会専門医、日本IVR学会専門医)

IVR

IVRに必要な人員とはIVRのどのような有資格者が明確にされていない。

IVRに必要な人員についても、評価の基準が定められているのか。当院の場合は画像診断医と兼任となっており、必要な人員とは専任を求めているのか明示されていたほうが良いと思われる。当院の画像診断医は、日本血管造影IVR学会の指導医でもある。

IVRは行いません。

IVRは放射線科医でなく、各科独自で行っている。

IVRも多少あり。すべてを施行してはいない。IVRの種類と手技別に細かく問わないと回答しにくい。問は「Opeができますか?」レベルのものです。

IVR専門医、IVR指導医はいないが、診断医が院内で必要とされるIVRは行なうことはできる。

IVR専門医2名

IVR専門医が常勤。IVR学会認定の研修施設である。放射線科あるいはIVR専任の看護師はいない。外来の看護師のローテーション。IVR認定看護師もいない。

IVR専門医は取得していない。診断医との兼務は時々厳しい時がある。

NR学会専門医が常勤

なし

なし。

医師・IVRと診断のかけ持ち。看護師・他部署(ICU)から出向してもらっている。技師・配属できない日がある。

緊急IVRに対応可能なスタッフの人数が少なく、小人数でのオンコール体制のため無理がある。

緊急時対応は困難な場合がある

現時点で病院から要求されている業務に対して必要な人員なのか一般的なIVR業務を施工するのに必要な人員なのか分からない。(IVRは範囲が広いので、全ての範囲を網羅するには大勢の人員が必要であるし、狭い範囲であれば一人でも十分のため)

循環器系のみ充足

専門医が配置されています。

専門医は、どの学会のものなのか不明。

定期検査日は、水・金の2日間、いずれの曜日も日本インターベンショナルラジオロジー学会認定のIVR専門医1名がパート医として非常勤で勤務。2人体制でIVRを行っている。時間外は、原則、常勤医(2名)で対応するが場合によりIVR専門医を呼ぶことも可能。

特になし。

日本放射線科専門医2名による365日24時間、オンコール体制

配置されているが、「必要な人員」にこだわれば、日本では放射線科医、脳外科医の専門医がまだまだ少ないと思われる。

部位や疾患により細分化されている専門医制度もあるため、分野に分けた方が良いのではと考える。

放射線科専門医 3名で運営していますが、IVR学会の認定施設ではない。

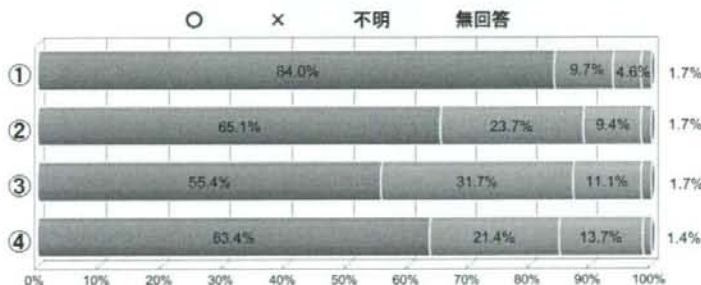
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.5.5 IVRが適切に運営されている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	294 84.0%	34 9.7%	16 4.6%	6 1.7%
② IVRの業務マニュアルが整備されている	350 100.0%	228 65.1%	83 23.7%	33 9.4%	6 1.7%
③ IVRに関する職員間で定期的カンファレンスが実施されている	350 100.0%	194 55.4%	111 31.7%	39 11.1%	6 1.7%
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	350 100.0%	222 63.4%	75 21.4%	48 13.7%	5 1.4%

4.5.5



4.5.5 ご意見

“放射線科が施行するIVRに関しては24時間対応している” 2008年1月～12月実績で呼び出しを含め8例のコンサルトがあり、すべての緊急IVRに対応できている。緩和チームの代表は外科部長の医師であり、当科との連携はスムーズである。

○緩和チームとの連携が適切にとられていること というのは何のために？ 4.5.5.3に関して 職員間は放射線技師と放射線科の間では行っているが、同時に看護師を含めたようなカンファレンスはしていない。定期的が1週間に1回ならOKなのか1ヶ月に1回ならOKなのか？あるいは1年に1回でOKなのか基準が曖昧です。

・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「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。

1台の装置で脳、心臓、腹部、四肢を施行しているの、時間的にかなり無理が生じる。

4.5.2.3 コンサルテーションは、院内、院外のどこまで求めているか不明。

4.5.5.1 画像診断医がIVRも行っている

4.5.5.2 看護師、放射線技師のマニュアルはあるが医師用はない。少人数でかつ必ず専門医あるいはその監督下で行われるため必要とは思わない。4.5.5.3 撮影の際の“カンファレンスについて”と同じ疑問あり。

4.5.5.2は血管手術など一部

4.5.5.3カンファレンスは随時で定期的にはやっていない。

4.5.5.4 について手順はないが臨床各科の医師の間で確立していればよいのでしょうか？

4.5.5.4 緩和チームとの連携はなし。

4.5.5.4 電話もしくは直接、相談に応じている。

IVR

IVR-CTの整備が必要

IVRと緩和ケアチームの連携？

IVRには非血管と血管系と分かれるため、項目が多すぎる。そのため、関係診療科毎にカンファレンスを実施されている。IVRは、専門性が高いため、全体で定期的なというのは困難。緊急時IVR時には人員と安全性を確保対応している。さらに検討も継続していく。

IVRのコンサルテーションの手順とは一体どのようなシステムを考えているのかが不明です。

IVRは行っていない。

IVR医がいない。外科・脳外科・循環器内科等、各科の医師群でIVRをしているのが現状である。

なし

マニュアルや手順が確立していないとIVRができないわけではないと思います。医療現場は、マニュアル通りに動きません。

緩和病棟は平成22年1月、開設予定で、利用手順等の業務マニュアル作成中である。

緊急時IVR利用の手順は確立している。IVR担当医・職員と緩和チームの直接の連携は行われていない。主治医に任されている。

検査頻度がかなり少なく充分といえない。

循環器系のみ充足 癌系は不十分

職員間とは？

多くは放射線・循環器医師だが、少ないまれなものを含めるといろいろな科の医師がIVRに係るためすべてマニュアルがそろってはいないし、IVR項目別に問わないと回答しにくい。

定期的にはIVRカンファレンスを行っていません。

特になし。

日本医学放射線学会専門医

※○=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

4.5.6 IVRの機能が適切に発揮されている

	合計	○	×	不明	無回答
① IVRレポートが迅速に提供されている	350	280	38	28	4
	100.0%	80.0%	10.9%	8.0%	1.1%
② 精度の高いIVRが実施されている	350	281	33	32	4
	100.0%	80.3%	9.4%	9.1%	1.1%
③ IVRが安全に実施されている	350	298	28	20	4
	100.0%	85.1%	8.0%	5.7%	1.1%

4.5.6



4.5.6 ご意見

「精度の高い」など、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。

4.5.6.1 検査当日にレポート作成。4.4.6.2 日本IVR学会専門医、日本医学放射線学会専門医が常勤している。4.5.6.3 透視時間の監視、ゴーグル、ネックプロテクター、散乱線遮蔽など使用。

4.5.6.2 「精度が高い」の基準は何か 4.5.6.3 「安全」とは？riskの高い症例では「ダブルチェック」を行いながら施行するなど努力はするものの、手技を行うことそのものがriskがあることも多い。

4.5.6.2の判断基準が不明瞭

4.5.6.2個人的な主観のみです。

4.5.6.2高いかどうかの判断基準を示すかIVRの種類を問う形にしてほしい。4.5.6.3スタッフの数、経験年数、放射線被曝量(患者個人)の決定有無を問うべき。

IVR

IVRについては、外科、内科、CT下、超音波下などがあり、どのあたりまでを想定するかを明確にしてほしい。

IVRは行っていない。

どのような基準で精度が高いとするかについて検討が必要と思います。

なし

レポーターシステム導入により迅速に対応している。安全確保ができなければ、IVRは施行できないため、各職種において熟知した者を配備するようにしている。

意見4.5.6.2精度の高いIVRの基準はなにか。

循環器系のみ

常勤医2名はそれぞれ14年目、16年目の医師であり、緊急IVRの症例も豊富である。待機的なIVRは、IVR専門医(パート医)が中心となって施行している。

迅速、精度、安全の程度が分からない。

精度の高いIVRの基準が必要です。

特になし。

放射線科領域については、安全に行っている。他科は不明

問題無し

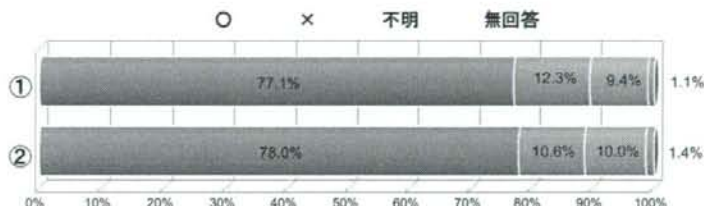
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.5.7 機能の質改善に取り組んでいる

	合計	○	×	不明	無回答	
① 画像診断とIVRに関わる職員の能力開発に努めている	350	270	43	33	4	
	100.0%	77.1%	12.3%	9.4%	1.1%	
② 画像診断機能とIVR機能の質改善を推進している	350	273	37	35	5	
	100.0%	78.0%	10.6%	10.0%	1.4%	

4.5.7



4.5.7 ご意見

(1)IVR関連の学会、研修に参加している。要すれば病院の許可を得て手技の見学にも出張している。(2)大学との関係を良好に保ち、24時間IVR専門医師にコンサルトあるいは応援してもらえるように心掛けている。

・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。

4.5.7.1 各種研究会、セミナー、学会等へ積極的に参加するよう指導している。 4.5.7.2 機器のグレードアップ、フィルムレス化の採用など機能面の効率化を推進。

4.5.7.1 学会、研究会等の参加を勧めるなど努力している 4.5.7.2 機能の改善について話し合いの機会が少ない

4.5.7.2 装置の老朽化が進んでいるが、順次改善に努めている。

IVRは行っていない。

これも非常にありえない表現で、評価のポイントが不明です。

どの程度を能力開発、質改善というのかよく分からない。

なし

画像診断機能、IVR機能についての定義を明確にしてほしい。

看護師については、異動が多く困難である。

基準が不明確で判断は難しい。

緊急対応ができない場合もあり、マンパワーの問題がある

職員とは？

設問が抽象的でよくわかりません。

程度による。(病院機能に関する)

当院では放射線治療は行なっておらず、必要がある場合には他の附属病院に連携をとっています。

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

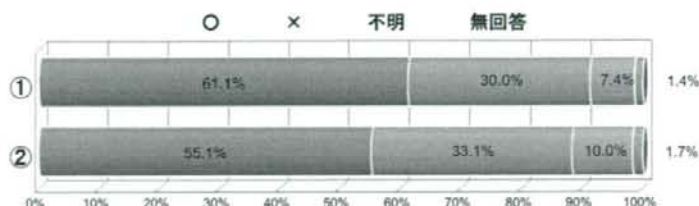
4 基本的がん診療の組織と運営

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	214	105	26	5
	100.0%	61.1%	30.0%	7.4%	1.4%
② 放射線治療の専門スタッフが配置されている	350	193	116	35	6
	100.0%	55.1%	33.1%	10.0%	1.7%

4.6.1



4.6.1 ご意見

(4.6.1.2)どのレベルの配置を○とするのか思慮に困る。当院では(4)医学物理士以外は配置されている。

「治療専門医」は日本医学放射線学会が認定するところのものを指すのでしょうか、それともそれ相応の経験(具体的な年数を示して)あるものをさすのでしょうか。品質管理士、物理士共に雇用形式(業務に直結はします)に関わらず資格あるものがいれば良いのですか、それとも専属ないし専任性を問うのですか。

・各々の資格取得者についての評価基準があった方が判断し易い。・複数項目についての設問なので、○×では答えることは困難である。

・治療経験の長い技師を複数人専属で配置している。・学会、講習会に積極的に参加させ、本年中の資格取得を目指している。・治療計画の妥当性を確認するため、週1回大学より准教授を招いて治療計画例を当院専門医と共にチェックしている。

・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。

・放射線治療専門技師についても項目に加えた方が良いかと思えます。・医学物理士については放射線資格を有する場合は医療機関で有用と思えますが、単独資格ですと診療業務ができないので、通常医療機関への配置は難しいと思えます。

・放射線治療装置がない。整備予定。

1)治療専属技師1名 放射線治療専属放射線技師1名。2)2名の看護師が曜日により交代して勤務。3)不在 放射線治療専属放射線技師が資格取得を目指している。4)不在 3)、4)の仕事は常勤専任技師、非常勤専門技師が行っている。

3)放射線治療品質管理士、4)医学物理士はいないので、放射線治療専属技師が業務を担当している。

4.6.1.1 ○ 4.6.1.1 ○ 4.6.1.1.1) × 4.6.1.2 ○ 4.6.1.2.1) ○ 4.6.1.2.2) × 4.6.1.2.3) × 4.6.1.2.4) ×

4.6.1.1 H21.4配置予定

4.6.1.1 常勤医ではなく週1回の非常勤医 4.6.1.2 放射線技師が測定等を行います

4.6.1.1について1)~4)まで全て必要なのでしょうか？

4.6.1.1はJASTRO認定医のみか？ 4.6.1.2は「全て」か？

4.6.1.1現在是非常勤、H21.4月より常勤を確保

4.6.1.2 1)の放射線地治療専属の技師のみ

4.6.1.2 3)の品質管理士がない、取得予定

4.6.1.2 3)放射線治療品質管理士及び4)医学物理士は、配置していない。

4.6.1.2 4)医学物理士応募資格はあるが、臨床試験の条件をみたくはない

4.6.1.2 放射線治療の専門スタッフについては、放射線治療専属の技師は配置されているが、定数ギリギリであり、時間超過した場合には負担が大きい。看護師はローテーションで入っている。品質管理士と医学物理士はならず、技師が兼務しているが、危険であり、品質管理上大きな問題がある。放射線治療専属の看護師はいない。

4.6.1.2.1)2)→○、3)、4)→放射線技師により行っている

4.6.1.2→1)1名、2)1名、3)2名、4)1名

4.6.1.2について、(1)は○、(2)(3)(4)は×である。

4.6.1.2の質問に関して、3)と4)の職種配置が無い場合、「どのように質を担保」していれば○とするのか不明。

4.6.1.2放射線治療専属の技師と放射線治療品質管理士はいるが、どこまでいけば○なのか不明。放射線治療を30年以上行っているが、放射線治療のJASTRO専門医は持っていない。

4.6全か無かの質問ですと、人的資源が不足していることが表現しにくい。○も×もある。

RT施設なし

なし

意見4.6.1.2実施又は対応しているが全ての専門スタッフをクワイヤーすることは不可能である。

医学物理士、放射線治療品質管理士に対する身分などの処遇がないため、人材確保が困難

医学物理士のみ、不在

医学物理士のみ不在。他の3職種については在職

医学物理士は、いないが、放射線治療品質管理士は、現在、資格取得予定者1名。

医学物理士は、いないが、品質管理士が質を担保している。

医療現場では医学物理士は不要です。代わりに放射線治療専門技師を追加してください。

看護師は診断部門と共通だが必ず配置されている。

現在、放射線治療専門医は非常勤ですが、週1回定期的に診療を行っております。

現在、放射線治療装置なし将来は設置を考慮している。

治療の資格についての具体的な評価は？

常勤放射線治療専門医はいない、放射線治療専属の技師が管理士や物理士の代行をしている。

常勤医師はいない。治療専属の技師は確保している。専属の看護師はいない

※○=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

新病院(2年後完成)では、2台の照射装置が導入される。

専属看護師、品質管理士が不備 専属技師が兼務している。

専門スタッフが全てそろっていない場合は回答は×となってしまう。設問の意図を明確にしていきたい。ちなみに当院は1)、2)については配置している。

専門スタッフの(1)技師2名、(2)看護師1名を配置。(3)・(4)は無し。(装置は1台)

専門スタッフの配置。1)放射線治療専属の技師、3)放射線治療品質管理士、4)医学物理士

当院においては、3)及び4)は満たしていない。放射線治療専属の技師については、経量計測セミナー(宮城県医師会主催)と山形県技師会の放射線治療研究会で研修を続けている。また平成17年度に、国立がんセンターで実施された「がん診療に従事する診療放射線技師研修」を受講しています。

当院は放射線治療設備なし。2年後の新病院設立時には開設予定。

同一法人の運営する姉妹病院で実施している。

特になし。

品質管理士、物理士の配置はないが、治療専属の技師5名が治療計画、装置の保守にあっている。専属の看護師も配置されている。

品質管理士と医学物理士は現在養成中であり、実際には治療担当技師が代行している。専属とか専従(80%以上)という表現で表わされていますが、当院では放射線治療は午後のみに行ってもまだ空きがあるような現状であるとは何もしないで遊ばせておくこともできません。また、たった一人しか専門的な知識や技能を持っている者がいないと、休んだり出張に出ているときに対応不能になってしまうので、30~40%/日の業務量で複数人の担当者を決めてしています。そうすることにより不在がなくなりまた二人で話し合うことにより良い業務体系の整備につながります。

放射線科医不足のため治療医の負担が大きい 放射線科医及び スタッフ不足

放射線治療・品質管理に対する体制が確立していない

放射線治療に看護師はついていない。

放射線治療に関する臨床的統計や結果などをインターネット等を介してオープンにすることも重要項目と考えます。

放射線治療に専属の看護師、医学物理士が不在です。

放射線治療の体制の確立のためにはスタッフの充実が最優先である。

放射線治療は行っていない

放射線治療は実施していません。

放射線治療は病棟連携で他院で行っている。

放射線治療医と治療担当の診療放射線技師にて、QA/QCを行っている。

放射線治療医師の常勤確保困難なため非常勤医師で対応。

放射線治療室における看護師配置は中央放射線部に配置された看護師のなかから日々配属される形であり、中央放射線部全体の業務量により配属の影響を受けている状態である。外来診療科である放射線治療科への看護師の配置はなされていない。がん診療における放射線治療の重要性が高まっており、放射線治療認定看護制度も開始される折、放射線治療部門の組織的確保と専属看護師の配置が強く望まれる。

放射線治療設備なし

放射線治療専属の技師(放射線治療専門技師含む)により、認定機構等の 資料に基づき品質管理を行っている。

放射線治療専門医は非常勤であるばあいは×となるのか

放射線治療専門放射線技師認定の技師による品質管理を行っている。(放射線治療品質管理士、医学物理士はいない。)

放射線治療品質管理士、医学物理士は常勤ではなく、定期的に当院に訪問してチェックをしている。

放射線治療品質管理士、医学物理士資格取得を目指している。当院の業務内容に見合うQA、QCは放射線技師が行っている。

放射線治療品質管理士としての業務は専任ではなく、兼任で放射線治療専門放射線技師認定者が行っている。

放射線治療部門を持っていないので、周辺の大病院に紹介している。

放射線専門医(1日)は3名、うち1名が治療を専任担当(1日は治療を認められているため)以上より○とします

毎週月曜日午前、土曜日午後には、放射線治療を専門とするパート医に画像診断業務をして戴いており、治療のコンサルが可能です。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

4.6.2.2 H21.4以降○ 4.6.2.5 H21.4以降○

4.6.2.4と4.6.2.5の2項目ある必要はないのではないか。今日的には治療計画装置と言え、3次元治療計画であろう。

4.6.2.4の治療計画装置と4.6.2.5の3次元治療計画装置の相違がよくわかりません。

4.6.2.7 外来のみを行っている。

4.6.2.7RI治療、小線源療法は行っていません。

4.6.2.7について、規定上義務づけられている大量の治療と解し、該当外のため無回答。当院においては放射線量の少ないヨードの内服療法は行っている(規定では病室の設置は義務づけられていない)。

4.6.2.7について専用ではなくて併用でもよいのでしょうか？

4.6.2.7は実施していない

4.6.2.7以前は行っていたが、現在は行っていない。今後RI治療のできるような新病院にしたい。小線源療法は他施設にお願いする予定。

4.6.2.7実施していない

RI治療は実施しているが、小線源療法は行っていない。専用の病棟または病室までも必要なのか疑問。

なし

意見4.6.2.1 4項の放射線治療装置が全部揃ってOKとなるのか。

近く、新病院を計画しているのでその中では上記のものは、備える予定ですが、建替え前に短期間のみの更新は現実的に困難を伴います。4.6.2.7に関して 実施していない場合はどのように記入するのですか？

治療部門専用の診察室の対象あるのか、兼用でもよいのか判断し難い。

重粒子線治療装置はありません。

重粒子線治療装置はない。

小線源は置いていない。

装置はリニアックスシステムのみで定位的放射線治療は行っていない。

装置はリニアックのみ。

特になし。

平成21年1月、充分とは言えないが新しい放射線治療装置を整備した2月5日より稼働予定である。

放射線治療は、他施設に依頼しています。

放射線治療は行っていない。

放射線治療は他院に依頼

放射線治療設備なし

放射線治療装置(1)リニアックのみ整備されている。

放射線治療装置が全てそろっていないければ回答は×となってしまいます。設問の意図を明確にしていきたい。ちなみに当院は1)、2)については設置している。

放射線治療装置はあるが足りていない。機能的にも最新ではない。

放射線装置については、リニアックのみ設置されている。RI療法、小線源療法等については、実施していない。

密封小線源を取り扱っていない

※○=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

4.6.3 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

	合計	○	×	不明	無回答
① 定期的な線量計の校正が行われている	350	259	60	26	5
	100.0%	74.0%	17.1%	7.4%	1.4%
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	350	191	113	40	6
	100.0%	54.6%	32.3%	11.4%	1.7%
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	350	245	70	30	5
	100.0%	70.0%	20.0%	8.6%	1.4%
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開催されている	350	191	116	38	5
	100.0%	54.6%	33.1%	10.9%	1.4%
⑤ 放射線治療部門と他科の間で定期的カンファレンスが開催されている	350	151	149	45	5
	100.0%	43.1%	42.6%	12.9%	1.4%
⑥ 定期的に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開催されている	350	152	148	46	4
	100.0%	43.4%	42.3%	13.1%	1.1%

4.6.3



4.6.3 ご意見

[4.6.3.2]週1回程度実施している。

「4.6.3.3」の「定期的」はあいまいではないでしょうか。

「1日1回の……」部分については、放射線腫瘍学会の指針では……が望ましいの表現であると思います。通常診療業務の間(週4回)、毎日ビーム測定(出力測定をするなら可)をする……というのは現実的表現ではないと思います。

-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。

-他科とのカンファレンスは症例数により、定期開催の頻度が異なる。・3.6については、その都度検討している。

-放射線治療装置がない。整備予定。

4.6.3.1 年1回 定期的に校正している。直近は平成21年1月 4.6.3.2 QAツール(ビームチェッカー)使用。4.6.3.3 CR撮影、確認 4.6.3.4 月1回 4.6.3.5 月1回 直近は平成21年1月21日 4.6.3.6 3月1回

4.6.3.2は、週1回の線量計によるビームの測定を行っています。

4.6.3.2 線量計によるビームの測定は1週間に1回行なっている。

4.6.3.2は1回/Wの線量計によるビームの測定で充分と考えます。

4.6.3.2はやっていない。

4.6.3.4 4.6.3.6 QAQC委員会を放射線科医、技師、看護師で2週間に1度開催している。

4.6.3.4~4.6.3.6のカンファレンスは必要に応じて開催している。

4.6.3.5 症例数が多くない場合「定期的」は困難 4.6.3.6 同上

4.6.3.5 不定期

4.6.3.5, 4.6.3.6)H21 4月より実施

4.6.3.5について、今後他科と検討し、実施に向けて調整していきたいと思えます。

4.6.3.5他科とは、歯科口腔外科、婦人科と定期的カンファレンスを開催している。

4.6.3.5定期的ではなく必要時。

4.6.3.6については、有害事象についてのみ行っている。

4~6-3~5随時実施ですが定期的施行に変更予定です。

カンファレンスに関しては、担当者の数が限られているのであえてカンファレンスと呼ぶものを行っていない。気づいたことや新しいことに関してはその都度話し合っています。

なし

ライナックの更新により、簡易型線量計やポータルビューが使用できるようになったため、今後は整備されると思われる

時間内にQA・QCが行えず、時間外には人事的な要因で十分行かない。

症例ごとに主治医と放射線治療医間で話し合いながら放射線治療を行っており、特別にカンファレンスを定期的開催する必要はないと考えています。カンファレンスや会議で、病院機能は向上するわけではないのではないかと考えます。

他科とのカンファレンスは充分に出来ていない。

当院では放射線治療は施行しません

当院で放射線治療は行っていない。

当院は放射線治療は行いません。

特になし。

放射線治療のカンファレンスは随時開催

放射線治療を患者に提供できるサービスという点から、患者の立場に立った放射線治療の評価項目も重要だと思われま。また、看護が放射線治療に果たす役割についても評価が必要であると考えます。

※○=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

放射線治療医は2名いるが非常勤のため定期的なカンファレンスは開催されていない。

放射線治療設備なし