

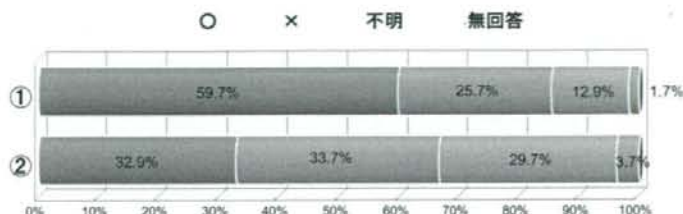
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.6.4 緊急時の対処方法や手順が確立している

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	209 59.7%	90 25.7%	45 12.9%	6 1.7%
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	350 100.0%	115 32.9%	118 33.7%	104 29.7%	13 3.7%

4.6.4



4.6.4 ご意見

(4.6.4)対象なし。

・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、整備予定。

※4.6.4.2の設問に関しては対象外です。その他、造影剤使用等を含めた患者の急変時に対する訓練が必要と思われます。

4.6.4.1 緊急時連絡網など。4.6.4.2 小線源治療は実施していない。

4.6.4.1 震度4以上の場合は昼夜を問わず施設の点検を行うこととしている

4.6.4.1に該当する装置なし。

4.6.4.1はRi治療、小線源のことを指すのかよくわからないため「不明」

4.6.4.2 装置そのものがないので×になるのだが、装置がある上での×とは意味が違ってくるので回答に困る。

4.6.4.2について、当院は高線量率小線源治療装置を整備していないため、無回答とした。

4.6.4.2については、所持していません。

4.6.4.2については機器自体が無い。

4.6.4.2について装置がない

4.6.4.2は該当外。

4.6.4.2は装置がない

4.6.4.2高線量率小線源治療装置はありません。

なし

簡易マニュアルはありますが、詳細マニュアルを作成中です。

現在、緊急時対応マニュアルを作成中である。

高線量率小線源治療装置一なし

高線量率小線源治療装置を取り扱っていない

災害時の治療装置マニュアルは、未だ不十分である。

小線源はないです。

小線源は置いていない。

小線源治療は実施していません。

当院で放射線治療は行っていない。

当院に、小線源治療装置は設置されていません。

当院は放射線治療は行っていない。

同装置は保有していない。

特になし。

年に数回の災害時の訓練はしているが確立にはいたっていない。

平成21年4月に高線量率小線源治療装置を導入予定であり、現在対処手順の策定中である。○

放射線治療設備なし

※○=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

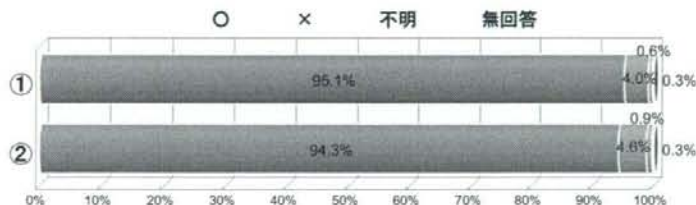
4 基本的がん診療の組織と運営

4.7 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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	333	14	2	1
	100.0%	95.1%	4.0%	0.6%	0.3%
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	350	330	16	3	1
	100.0%	94.3%	4.6%	0.9%	0.3%

4.7.1



4.7.1 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」が示されるのが望ましい。

4.7.1.1について、施設基準上では必要な栄養士数は充足しているが、個人的にはもう少し多い方がよりよい栄養サポートができると思い、「×」とした。4.7.1.2について、事例検討の回数やラウンドの実施状況等が必要となってくるのか。

4.7.1.1について「栄養士の人数が」配置されているとした方が適切かと考えます。

NSTチームががん患者に対しても積極的に関与している。管理栄養士は、化学療法、放射線治療等で食欲低下、味覚異常のある患者へも、積極的に対応している。

NSTとしては、稼働しているが、緩和ケアチームには管理栄養士は所属していない。

NSTメンバーによるNSTカンファレンス(症例検討)の他、診療科別カンファレンスに多職種参加している。診療科別担当管理栄養士はNSTメンバーでもある。

NST委員会、緩和ケア委員会症例検討

なし

医師、看護師、栄養管理士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士及び言語聴覚療法士が参加して事例検討を実施しています。その他、必要に応じて医事課職員が参加することもあります。

医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師、言語聴覚士、栄養師、調理師

栄養/水分摂取に関しては、栄養士が患者個々の栄養管理計画書を作成している。

栄養サポートチームはあるが、緩和病棟においては未実施である。

栄養サポートによる介入時にレポート作成や回診時の手間や煩わしさがあること、また、主治医との関係もあり病院ゼンタイへの広がりに至らない。

栄養管理が必要な患者に対し、医師・看護師・薬剤師・栄養士・言語聴覚士などが職種に関わらず連携を持ち栄養状態の評価と効果的な栄養療法の助言ならびに適切な栄養管理選択・実施することにより治療効果を高め、在院日数の短縮・医療費削減・患者のQOL改善を目指している。

栄養管理士数は9名。担当病棟制にて活動。全入院患者に対して栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングを実施するシステムが構築されている。これにより、栄養サポートチームによる栄養管理が必要な患者にはラウンド・カンファレンスを実施し適切に管理している。

預問固定患者に対しても対応している。

管理栄養士を病棟担当制とし、栄養サポートを行っている。栄養/水分に関しては、栄養管理計画書を作成しスクリーニングと定期的な評価を、行っている。事例検討はNSTで2週間に1回、回診を含め行なっている。

件数の関係が必要となる栄養士が配置されていない。NSTのラウンドを毎週金曜日に実施

個別対応の実施の有無についての項目追加

対応依頼があれば助言、対応を行っている。NSTがある。

適切な栄養サポートの体制が確立しているにはHSTが無ければ×となる。たとえ、栄養サポートを管理栄養士が、医師、看護師薬剤と相談しながら行っているでもである。"体制がある"では○と答えられる。栄養サポートを行なうのに必要な栄養士の配置はまだ基準が出ていないので回答がむずかしい。100床に1名と厚労省が出している栄養指導や栄養管理を行なわず食事の●●のみを行っていた時代に出された数値である

適切な栄養サポートを行うのに必要な客観的な指標(人数等)がないと判断しづらい。

適切な栄養管理を行うための栄養士の配置は十分ではない。I そもそも栄養士の職能とはどんなことなのでしょう？ 給食の食料内容のチェックと喫食量の調査程度のことを問うているではありませんよね。4.7.1.2に関して 通常、形式的には内科系で組織されておりラウンドもしているが、がんの患者さんの術前・術後・抗がん剤治療中のサポートはまだほとんど行われていない。

特になし。

日本静脈経腸栄養学会および日本栄養療法推進協議会のNST稼働認定施設となっている。また、日本静脈経腸栄養学会NST専門療法士実地修練認定教育施設となっている。

病棟専任栄養士によるベッドサイド訪問やミールラウンド病棟カンファレンスに参加し、リアルタイムな状況を把握しながら多職種参加型の栄養サポートを行っている。

平成18年4月に、管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などが参加しているNSTが設置され、全ての患者に対して入院時栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行っています。毎週検討会を開き、NST回診を実施しています。

毎月1回のNST委員会においてNST依頼のあった患者について必要に応じて介入している。構成メンバー医師、看護師、薬剤師、検査技師、言語聴覚士、管理栄養士

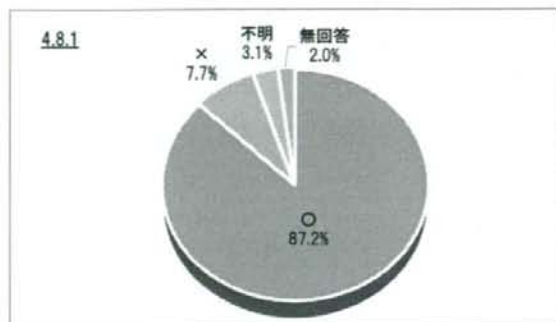
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

4 基本的がん診療の組織と運営

4.8 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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	305	27	11	7
	100.0%	87.1%	7.7%	3.1%	2.0%



4.8.1 ご意見

・1)が配置されている。

・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。

1)~4)○

1)~4)までの全てのスタッフが配置されていることにより、どのように評価されるのか。

1)理学療法士4名、2)作業療法士1名、3)言語聴覚療法士2名(1名非常勤)、4)義肢装具士0名

1、2は配置されています。

1. リハビリテーションを、リハビリテーション医療、もしくは治療と改めていただいたほうが明確になります。2. 義肢装具士は、装具診によるリハ科医の診療により処方された装具を作成しているが、装具会社3社の従業員としてチームに協力している。義肢装具士を自院で雇用するのは不用と考えます。「配置」という言葉は極めて不適当な表現で、「雇用」、「配属」が適切と考えます。3. 専門スタッフに、看護師、MSWも必要と思います。

1から4全てのスタッフがそろってれば○ということになるのでしょうか？ 本院は理学療法士のみです。

3) 誤 言語聴覚療法士 → 正 言語聴覚士

3)は募集中心4)は業者にて対応。

4)義肢装具士は業者

4 7. 4. 8他の項目に比べてあまりにも漠然とした設問であり、がん診療との関連が不明確である。あえてこのような項目を入れるなら、がん診療にどのように関与すべきなのかを明示すべきである。

4.8.1(4)義肢装具士...3/W外部業者に委託

4.8.1について、(1)(2)(3)については疾患別リハとして実施中。がん診療に特化したリハという意味では「不明」である。(4)については、2回/週定期的に来院されている。リハは現在、疾患別としての施設基準で実施されているが、がん診療に特化したリハという意味なのか？ 切断などで、義肢装具士が常駐しているところは限られている。

4.8.1について、質問が曖昧である。1)~4)のうち、1つでも配置されていたら○なのか。当院では、義肢装具士以外は配置されている。

4. 8. 1個別対応です。

OT、PT、STの配属はあるが、義肢装具士は外部に依頼している。

がんに特定されるスタッフの配置はない。なお、一般的な「疾患別リハビリテーション」の基準は満たされている。

がん患者に対しては、廃用予防として実施

がん患者のリハビリテーションはそれほど処方されていないので、がんに関する専門のリハビリテーションスタッフは配置していない。

がん治療リハビリテーション体制は確立されていない。

がん診療では、緩和ケア病棟・ホスピスまで視野に入ると、PTよりも生活の質にアプローチするOTが不可欠になります。当院では、機能・能力低下に対応するPT部門はありますが、それ以外の部門が欠けているため、一部の機能のみ有しているものと判断されます。

すべての職種はいないが、必要に応じて配置する

ただし、4)義肢装具士は配置しておりません。

なし

意見4. 8. 1. 4種の専門スタッフを病院に設置しないと適切なリハビリと言えないのか。

何をもち適切な体制かが分からない。手術後の廃用に対するリハビリテーションは対応している

緩和ケア支援センターに専従のPT、OT、ST等は配置されていない。

関節外科専用理学療法士1名のみ、たずさわっている。流動的に活動を行なっている全く対応していないわけではない。

癌患者に対する専従としての勤務形態はとっていないが、術後早期の呼吸療法から廃用症候群に対してのリハビリテーションを行っている。

義肢装具士のみ1日/W 他は常勤

義肢装具士のみ不在

義肢装具士の職員の確保は困難で、必要に応じて業者依頼している状況です。

義肢装具士の配置はされていません。

義肢装具士は出入り指定業者のみである。

義肢装具士は常勤ではおりませんが、開業している装具士が定期的に来院して対応しています。

義肢装具士は常勤ではないため、上記のような質問方法だと○×で回答するのが難しい。

義肢装具士を配置している病院はほとんどないと思われます。また「がん診療」に際しては、必要性は少ないと思われるので、ここであえて載せるのは不要と思われます。1)~4)の列記と対応状況の判断の仕方が不明です。

急性期リハビリテーションに関わる職員のみ配置している。

言語聴覚療法士、義肢装具士は配置されていない。義肢装具士については、外部業者が定期的及び不定期に来院して対応している。

作業療法士は21年度採用予定。義肢装具士は配置していない。

歯科医師自らがリハビリテーションを担当することも多い。また、看護師も嚥下のリハビリテーションを行っている。

※○=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

4 基本的がん診療の組織と運営

上記1)~3)まで、配置しており、スタッフ数は下記のとおりである。1)17名、2)8名、3)2名

上記全ての職種が常勤でない(○)にならないのか?4)などは非常勤でも良いのか判断に迷った。

常勤ではない。PT 3日/週、PO 1日/週

職員数は確保されているものの、診療報酬が窮乏にて、積極的介入に踏み込めない状況有り。

専門スタッフが全てそろってなければ回答は×となってしまう。設問の意図を明確にしていきたい。ちなみに当院は1)については配置している。

専門スタッフの(1)・(2)・(3)は院内職員として配置している。しかし、(4)の義肢装具士は外部業者に委託している。乳がんの医療機関は当院と同様ではないかと思う。(リハビリ病院、整形外科に特化した病院を除く。がん診療を一般的に行っている医療機関)

全職種(1)~(4)が配置されていることを求めているのかどうかを判断しにくい。

全職種そろってなければ×なのか?回答しづらい。当院は義肢装具士はいません。また近県のがん診療拠点病院にも職員としてはほとんどいないのではないかと思います。

他の理由により1名の非常勤で1PTが配属されたが、それ以外[2-4]はいない。現時点では今後もそれが継続されることにはなっていないので、当面は「なし」ということになると思われる。

担当医が行っている。

適切などという意味が、わかりにくい(癌診療に関するとか、一般的な病院の機能から考えたことなのか)

当院は地域医療支援病院でもあるので、あくまでも当院の診療方針や機能に見合った職種を配置している。義肢装具士は配置なし。現在、がん患者に対するリハビリテーションへも積極的に取り組んでいる。

特になし。

本院では、義肢装具については外部の専門業者に委託しています。

理学療法士4人、言語聴覚療法士週に1人。施設基準:脳血管リハ(3)呼吸器リハ(1)運動器リハ(1)

理学療法士のみ配置されている。

※○=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

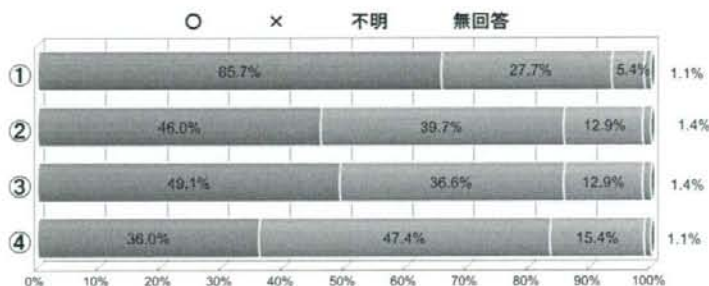
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
① 多職種・多診療科が参加した がん診療チームが行われている	350 100.0%	230 65.7%	97 27.7%	19 5.4%	4 1.1%
② がん診療チームの記録が整備されている	350 100.0%	161 46.0%	139 39.7%	45 12.9%	5 1.4%
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	350 100.0%	172 49.1%	128 36.6%	45 12.9%	5 1.4%
④ がん診療責任者は、がん診療チーム 開催の頻度と進捗を毎年見直している	350 100.0%	126 36.0%	166 47.4%	54 15.4%	4 1.1%

5.1.1



5.1.1 ご意見

「がん診療チーム」という名称も一般化していません。どこかで定義していただかないときちんと答えられません。日本語では何というのですか。その仕事の範囲はどんなことなのか。この評価は医療者のみが見るものではなく、全く予備知識がない人にも見てもらえるものでなくてはならないと思います。そのためには、特定の医学用語はなるべく平易な言葉に置き換えるべきではないでしょうか。「レジメン」もそうですが、15/46に日本語で説明があります。

・癌種により行われていない。

・現在放射線治療装置が整備されていないので導入後に実施。

・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。

5.1.1.1 1) がん診療チームが行われている。とあるが、別に定期的でなくても不定期で必要時に行われていけばよいのでは？ 2) 画像診断部門のスタッフは少人数で日夜臨床にあつているため、がん診療チームに必ず参加できないのは仕方ないのでは？ 各症例についての画像診断の読影は詳しく記載があることより、必要時の参加でよいのではないかと？

5.1.1.1 一部のがんには行われている

5.1.1.1 1) については、平成20年7月よりがん診療チーム部会を開催している。

5.1.1.2 診療カンファレンスの延長程度はしているが、がん診療チームとまでは言えない

5.1.1.4 2008年9月より開催されたのでまだ1年経過していない

5.1.1.4 については、がん診療チームに係る体制を整備して間もないため、今後、見直しを行っていく予定である。

5.1 一般診療の一部とは実施している。

5.1 臓器別であり、全臓器統一では行っていない。記録は不十分

がん診療責任者を明記し、役割分担を明らかにし、チーム医療の推進と診療の質の向上を図る。

がん診療チームについては種別についてまだ軌道にのっていない。

がん診療チームに関しては現在整備中

がん診療チームに関しては設置予定である。

がん診療チームに準ずる検討会等を実施しているが、規程等の整備については今後の課題である。

がん診療チームの認識等の権限は様々です。がん診療チームの内容・権限についてチェックすべきです。

がん診療チームの名ではないが、内科・外科・病理医での各臓器別のカンファレンスは行われている。

がん診療チームは近期中にさらに充実する計画です。

がん診療チームは口腔外科指導医が担当し、記録もされているが定期には行っていない。

がん診療チームは昨年より立ち上げていますので、まだ1年経過していません。毎年見直すところまで行っていません。

なし

院外のがん治療の医師を含めたがん診療チームを毎月、1~2回程度実施しており、開催の責任者を中心に、進行状況を確認している。今後、更に体制を強化し、内容の充実を図らなければならないと考えている。

外科、泌尿器科が主に悪性疾患を扱っており、各科で症例検討が行われているが、病院全体としてはがん診療チーム活動は困難な現状である。

外科のオペ前カンファレンスに放射線科医や病理医が参加している。

各科の症例検討会が中心となり、必要な外科・内科の合同検討を行う。また、全体のがん診療チーム開催は行っている。

各診療科が治療している場合でも全体のがん責任者が必要かまた、治療法を決定するか

基準が不明確で判断は難しい。

血液腫瘍内科、固形がんの領域が一元化した診療体制にはなっていない。

現在、がん診療チームは行っていないが、化学療法委員会、緩和ケア委員会、POCは定期的に行っています。

今後の課題と考えています

設問 5.1.4 現在は行っていないが、現在検討中(開始時期未定)

全体のものは、少数回しかなく、乳は腫瘍(2~3科以内)のもの

他科の診療内容に口をはさむのは、かなり難しい。

当院のがん診療チームは自科以外の医師との時間調整が難しいため、定期的に他科医師等と検討の場を設けることが出来なため、自科の中の各分野専門医が集まり症例検討を行い、その場にコマディカルも参加している。他科の医師の意見が必要な場合は医師同士が随時検討を行っている。また、画像診断医が常勤ではないため、レポート又は必要があればコンサルトしている。

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

特になし。

目指しているものは理解できるが、多くの病院では個々の診療科の中での検討が主体と思われ、理想論を掲げて評価するのは疑問。

※○=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

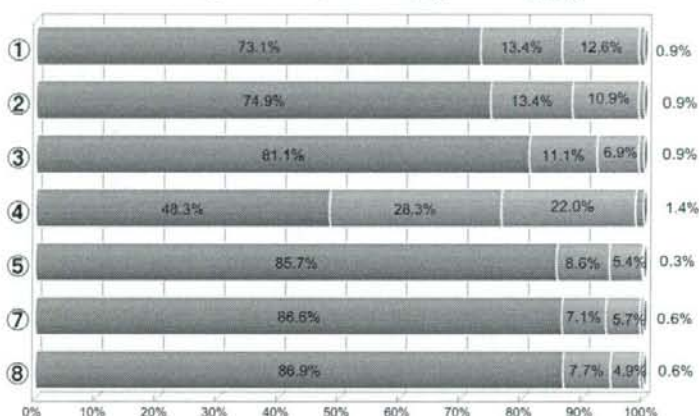
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1.2 チーム医療の中でコメディカルのみならず役割が確立している

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	256	47	44	3
	100.0%	73.1%	13.4%	12.6%	0.9%
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	350	262	47	38	3
	100.0%	74.9%	13.4%	10.9%	0.9%
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	350	284	39	24	3
	100.0%	81.1%	11.1%	6.9%	0.9%
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	350	169	99	77	5
	100.0%	48.3%	28.3%	22.0%	1.4%
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	350	300	30	19	1
	100.0%	85.7%	8.6%	5.4%	0.3%
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	350	303	25	20	2
	100.0%	86.6%	7.1%	5.7%	0.6%
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	350	304	27	17	2
	100.0%	86.9%	7.7%	4.9%	0.6%

5.1.2

○ × 不明 無回答



5.1.2 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。

5.1.2.1 がん診療責任者が科学的に妥当な議論のへて実効性一一評価が難しい 参加者の内容とは？参加構成員の職種？

5.1.2.1 個別対応では実施しているが、全てを検証しているわけではない。

5.1.2.1 問題提起が取り上げられているとあるのは、何かの記録で示すことか？システムや体制などを検証する方法はインタビューによるものか？記録物か？よくわからない。5.1.2.2 「チーム医療の中で能力を十分発揮する環境」とは具体的にどんなことか。

5.1.2.1については同様な機能はあるが、○の留意点にあるようなレベルまで達していない。5.1.2.4については、メンタルスタッフが不在のため不明。

5.1.2.2について、個別の聞き取り調査を行うという意味がわかりにくい。5.1.2.5について、院内に明確なNSTはないが、1週間に1回、歯科医師、看護師、栄養士で口腔がんの患者の栄養状態をチェックしている。薬剤師の役割はケースによって明確でない。

5.1.2.4 精神保健福祉士、臨床心理士は在籍していない。

5.1.2.4心理職不在

5.1.2.4臨床心理士の確保ができていないが、必須となれば困難が予測される。

5.1.2の項目はがん医療に限定されることではないのでは？

ICTは、週1回のICT委員会、週1回のICT病棟ラウンド、月1回の法定ICC委員会の開催を行っている。

がん診療ということでのチームはない。NST、医療安全、ICTは確立している。

コメディカルの果たす役割を明確にすることは必要であり、それぞれの専門性からその役割は決まってくると思うが、それ以前にチーム医療が病院内でどのような位置づけをされており、それぞれの能力を発揮させる体制が整えられているかの評価が必要ではないかと思われます。

チーム医療の遂行のため病院職員全員が横断的に結集し医療安全管理を実行するよう努力する。

なし

医療相談室：5.1.2.1診療科の医師によりかなり開きがありますが、○で良いと思います。5.1.2.3チーム医療としての薬剤師の役割について、他院のように化学療法の見直しは行っていないため×。5.1.2.4精神保健福祉士、臨床心理士の両者とも不在のため×。看護師5.1.2.1と5.1.2.2 リスクマネージャ会議や病棟運営会議などで問題提起の場があり、検討されている。

果たす役割は明確ではないが全体として病院が果たす役割としては対応している

各職種の者は雇われているが本来の職能を十分発揮されているかを確認する方法。実際に活動している実績の評価方法。

感染管理チーム(ICT)のかわりに感染対策委員会が実行している

規約などの存在が必要となってくるのか。

現状では、当院の診療機能の問題もあり、精神保健福祉士、臨床心理士の配置については十分ではない。今後、在宅支援も含めた早期からの療養・退院支援、地域連携が重要となるため、関わる 職種、部署の整備が必要と考えている。

精神保健福祉士、臨床心理士 は在籍していません。

精神保健福祉士、臨床心理士は院内にはおりません

努力しているが課題とした。

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

特になし。

役割等は明文化されたマニュアル等の有無を確認する必要がある。

薬剤部：(5. 1. 2. 3) そもそも役割の定義とはどういう事を言うのか？基準があるのか？

薬剤部の役割を除いて、まだ、診療科間の統一がなされていない。

臨床心理士と、感染管理チームは兼任のため、役割分担が不明確になりやすい。

※○=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

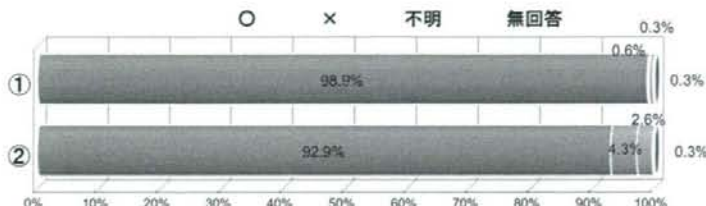
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	346	1	2	1
	100.0%	98.9%	0.3%	0.6%	0.3%
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	350	325	15	9	1
	100.0%	92.9%	4.3%	2.6%	0.3%

5.2.1



5.2.1 ご意見

1) 免疫抑制剤を投与されている患者: A) 入院患者: 造血幹細胞移植治療の患者が対象であり、無菌病棟での治療が原則である。無菌病棟内の無菌度は部屋によって異なるが、クラス100から10000までを用意している。食事は加熱食とし、食事の持ち込みについては制限を設けている。抗菌剤の予防的投与、定期的細菌検査等はCDCガイドラインおよび造血細胞移植学会のガイドラインに準じて行っている。面会者には感染症持ち込み防止のためのチェックシートを設けている。感染症発症時には、その原因によって無菌病棟内の個室対応あるいは一般病棟内の個室対応としている。 B) 通院患者: 免疫抑制剤を服用中の通院患者に対しては、抗菌剤の予防投与や定期的ウイルス抗原・抗体検査を行っている。感染症発症時は、原則として一般病棟の個室対応としている。 2) 手術後の患者: CDCの手術部位感染防止ガイドラインに準拠して術前より感染対策を行い、SSIサーベイランスを履行している。

(5.2.1.2) 患者の状態に応じた対策を講じているが、マニュアル化されたものはない。

「易感染性患者」という定義が曖昧で、がん診療に関係するならケモ放射線治療の他に侵襲的処置(CV・尿道短カテーテル・人工呼吸器等...)も含まれてくると思う。また入院患者の多くは、高齢者である。入院している患者はすべて易

「具体的な」感染対策が確立」という内容がわかりにくく、答えにくい。何を示して入るのか。たとえば、標準予防策が、手術衛生が、などとわかりやすく

「手順が確立されている」と「遵守されている」ことが同項目では評価しにくいのではないかと。05. 2. 1. 2「易感染性患者」というターゲットで手順は作成していない。必要ということでは理解すればよいのか。

・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。

1)、2) を挙げても回答は5.2.1.2に対する回答欄のみのため意味不明。易感染性患者の説明なのか各患者別感染対策なのか判断に困る。

1)、2)については、該当部署で、マニュアル作成遵守されている。

2)手術後の患者については、手術における感染対策は手術前から実施しなければならない項目も多いため(禁煙、真菌治療、剃毛の廃止、血糖コントロール、予防的抗菌薬など)周術期を含めた方がよいと思います。

5.2.1.1 確立はされているが、遵守は不明です。

5.2.1.2 感染者に対してはあるが、易感染者に対するものはない

5.2.1.2 設問が幅広く回答が困難

5. 2. 1. 2について、院内での共通マニュアルはありませんが、各診療科ごとに感染対策マニュアルを作成しています。

5.2.1.2について、対策が確立されていてもベットや施設が古いために100%遵守されていない場合はどうするのか。何%守っていれば遵守なのか。項目を別にして遵守率で質問してはどうか。5.2.1.1については、確立されていればそれに従うことができるので、そのままでも可。

5.2.1.2は1)が×で、2)が○

がん診療機能評価? 全体項目では?

なし

易感染患者に対する感染対策を早急に検討するよう努力する。

易感染性患者に対する感染対策とは具体的に指すのが分かりにくい。

各部門においては up to dateな感染対策を講じ、常にマニュアルを更新している。又、感染性廃棄物においては適切な手順で行われる様対策が講じられている。易感染性患者および免疫抑制剤投与患者の扱いについては必要に応じてインソレーションおよびエビデンスに基づいた抗菌薬(抗真菌薬)の予防投与がなされている。また、その監視にも注意を払い、万一の感染症発症時に、タイムリーな初期治療を心掛けている。

感染管理については1回/月対策について会議を行っている。

感染者の報告、隔離などのシステムはあります。

血液内科では無菌室の使用をしているが他科では特に危険性が高いと考えた場合のみ隔離している(個室)。その他、うがい、マスクなどの対策は行っている。どの程度の患者に対する質問かわかりません。

手順は確立されているが、文書できていないものもある。

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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
① がん診療責任者またはがん診療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	350	192	92	60	6
	100.0%	54.9%	26.3%	17.1%	1.7%



5.3.1 ご意見

「がん診療責任者」という位置づけは、一般病院では非常に難しい。

「がん診療責任者がリーダーシップを十分に発揮できる環境」とは、具体的にどのようなものか。評価項目が抽象的であり、自己評価が難しい。また、がん診療責任者といっても、「がんセンター」のような専門病院以外の病院の場合は、がん以外の患者も診療している現状の中で、その能力を十分発揮する環境といっても限界があり、どのように評価されるのか。

・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。

がん診療責任者(医師)が、他科のがんと専門としない医師に対してコンサルト(連携して診療)することは一般に行われるが、通常「指示」はしない。この「指示」と複数科連携の診療とは矛盾する問いにみえます。

このような一般医師の上位に立つようながん診療の担当医が置かれている病院はきわめて少数と思われる、評価対象にすることは疑問。

それぞれの項目・疾患についてマニュアルがある。

なし

化学療法委員会あり。

基準が不明確で判断は難しい。

具体的な内容を提示してください。

個別のケースで問題ある場合は助言・指導を行なうようにしている

全科に揃っていない。

担当者を決めている。

特になし。

病棟に限定せず通院患者に対しても必要なことである

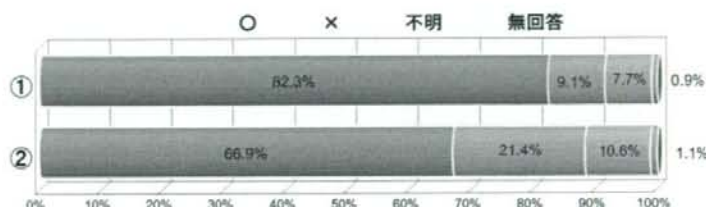
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.3.2 治療の標準化がなされている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	288 82.3%	32 9.1%	27 7.7%	3 0.9%
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	350 100.0%	234 66.9%	75 21.4%	37 10.6%	4 1.1%

5.3.2



5.3.2 ご意見

(6. 3. 2. 2)→運用している分野もあるが、全分野の運用にまでは至っていない。

・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「評価のわらい・考え方」が示されることが望ましい。

5. 3. 2. 1「がん診療ガイドラインの採用が診療委員会などで決められ」とあるが、該当する委員会が無く、診療科あるいは診療グループが採用を決めている場合は「×」なのか。

5. 3. 2. 1「取り組み」の定義が不明確。5. 3. 3 当院においては、審査を受けているものと受けていないものがある。

5. 3. 2. 1 診療科ごとに対応

5.3.2.2 すべてではない

5. 3. 2. 2 一部のがんのみ

クリニカルパスの完成度が病院の事情が異なりすぎているのではないのでしょうか。

クリニカルパスはガイドラインに基づいて作成されても審査を受けなければ確定できない。

なし

パス作成が可能ながん種とそうでないがん種がある。

パス大会が定例化しています。

院内クリニカルパスの作成は十分とはいえない。

科、グループで対応が異なっているのが現状、病院長からの語間によるPJ会議を立ち上げ、がん診療についての構想作成へ向けて、各科の状況把握を始めたところ。

各学会等で掲げられているガイドラインに従い各診療科レベルでクリニカルパスが作成されているが、基本は各診療科に任せている。

各種という点はどこまで示すのか明確にして頂くと回答しやすい

口腔癌に対する治療法を確立している。ガイドラインに沿っている。

取り組んでいる途上です

準備中。

審査は各医師の判断に委ねられている。

全例ではない

定期的にレジメン登録管理委員会を開催し、治療の安全性と標準化を目的に病院として承認すべきレジメンの登録をおこなっている。登録された標準治療については、医師、薬剤師、看護士の間で情報共有し安全な実施に向けた監視体制をとっている。

特になし。

薬剤師: 5. 3. 2. 2)クリニカルパスの項目(内容)はどの程度を要求しているのか?

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.3.3 ケアの標準化がなされている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	247	47	50	6
	100.0%	70.6%	13.4%	14.3%	1.7%



5.3.3 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。

4.2.1.2で看護ケアについての質問がある。5.3.2で治療についての質問がある。5.3.3.1で問われているのは、コメディカルが標準的なケアの提供をするために、チームで取り組んでいるかということと捉えて○としました。○として、質問内容の詳細があると回答しやすい。

4. 2. 1. 2の項目との違いが良く解からない。

5.3.3.1 標準看護計画の中に化学療法や放射線療法等、各疾患別にケアの提供を標準化し、さらに個別性を加えた取り組みをしている。

5. 3. 3. 1「取り組み」の具体的内容が不明確。

5. 3. 3. 1各種がん部位、ステージ等によりケア体制は変化するが標準的ケアとは何を意味するのでしょうか。

がんのケアは標準化できるものは一部分のみであった。個別対応を要することの方が重要と考える姿勢を大切にほしい。

キャンサーボードの定期開催をしています。

クリニカルパスにおいて治療に関わるケアも明示されている。

ケアの標準化とは、日本語として適当か？何を示しているか不明。

この質問に対してどう答えるかの基準が難しいと思います。

何を以て「標準的なケア」なのか不明瞭なため回答しにくい。

緩和ケア病棟、緩和ケアチームが、各種のがんに伴うケアを標準化している。

具体性にあまりに欠けています。

具体的な設問でない

口腔ケアをそのまま応用している。

取り組みは行っているが、病院内に浸透しているかが問題点である。

特になし。

標準的なケアとは？

標準的なケアについては、一応のものがあるが、標準的なケアに取り組んでいるものとは違うものがあると思われるが具体的な内容がよくわからない。DPC導入とクリニカルパスを策定後はかなり標準化されてきている。

標準的なケアの意味合いが不明確である。

標準的なケアの基準が不明確で判断は難しい。「各種がん治療」とはどこまでの何を指すのか不明確。

本院は口腔癌に特化している。

※○=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

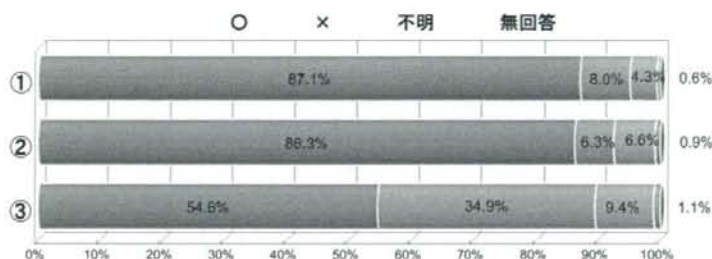
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
① 緊急時の対処方法や手順が確立している	350 100.0%	305 87.1%	28 8.0%	15 4.3%	2 0.6%
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	350 100.0%	302 86.3%	22 6.3%	23 6.6%	3 0.9%
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	350 100.0%	191 54.6%	122 34.9%	33 9.4%	4 1.1%

5.4.1



5.4.1 ご意見

「化学療法後のフォローアップ」の意味について、大都市の病院では遠隔地から患者が訪れ、治療後のフォローアップについて問題視されている現状があるようだが、近距離患者の多い病院の場合は、自院の救急室等での対応で適切に行われていると思われる。評価項目が遠隔地からの患者を想定した場合であれば、評価項目を近距離患者に対してのフォローアップと区別しても良いのではないか。

・緊急時については、院内の緊急時対応に従って対応している。・外来化学療法オリエンテーションやレジメン別の患者用パンフレットを用いた患者指導を行い、化学療法後の症状について医師や看護師が指導している。

・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。

5.4.1.3 指導はしている

5.4.1.1 1つでも方法や手順があれば○とするのか×とするのか○×のみの評価は記入困難である。5.4.1.2「指導が適切」は何を基準とし適切とするのか判断がむずかしい。質問が抽象的で判断しにくい。又、説明文があればよい。

5.4.1.3 パンフレットでの指導に留まるものである

5.4.1.3:一部である

5.4.1.3「教育プログラム」の具体的な内容が不明確。

5.4.1.3・・・「プログラム」としてきちんと確立してはいないが、オリエンテーションは行なうシステムにしている。「教育プログラム」とは系統立てて行なうものを意味しているのか、オリエンテーションや単発的な指導教育も含まれるのか。(計画的に行なっている場合と相でない場合がある)

5.4.1.3の回答欄なし。

なし

フォローが不十分で副作用が問題となるケースが散見される。

一般的な緊急時の対処手順はあるが、化学療法後の枠組としてはない。

化学療法施行後のフォローアップマニュアルは明文化はされていないが各診療科で検討中である。

外科・血液内科に多少相違がある

各項目の内容があるが、十分な内容で活用されていない。

各症例について患者・家族に説明しているが、統一的な教育プログラムはない

完全(100%)とは言えないものの対応はしている

患者のセルフケア向上のために、看護師を中心として電話相談を行っている。

基準が不明確で判断は難しい。

教育プログラム一個々には行っているが。

教育プログラムというものはありませんが、「化学療法中の生活」「外来化学療法の注意事項」「服薬指導」「抗がん剤の説明」などが必ず実施されています。

教育を行う側の人の教育・研修を行っている段階ですが、教育プログラムだけあれば良いわけではないですよ。

現在、病棟・外来間の連携を深め患者様のフォローアップの充実に向け取り組んでいる。教育プログラムについては、今後の課題として取り組みを進めたい。

指導やプログラムとはどの程度の内容、所要時間のことを言うのか明確であれば答えやすいです。

治療前後の患者・家族向けの教育は各病棟、外来治療センターにおいて、特色を加味した教育を行っている。

術前から説明、実行している。口腔ケアをベースにしている。

特になし。

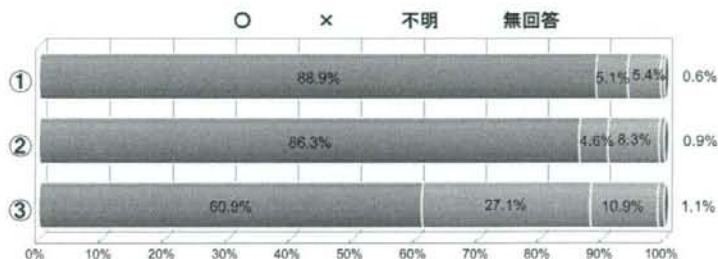
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.4.2 手術後のフォローアップが適切に行われている

	合計	○	×	不明	無回答
① 緊急時の対処方法や手順が確立している	350 100.0%	311 88.9%	18 5.1%	19 5.4%	2 0.6%
② 患者のセルフケアに関する指導が適切に行われている	350 100.0%	302 86.3%	16 4.6%	29 8.3%	3 0.9%
③ 手術前後の患者・家族向けの教育プログラムがある	350 100.0%	213 60.9%	95 27.1%	38 10.9%	4 1.1%

5.4.2



5.4.2 ご意見

「手術」の定義が不明確。手術室で行う手術だけでなく、外来等で行う手術など範囲は広い、そのためそれに関わる「セルフケア」「教育プログラム」等も様々なものが想定される。また「緊急時」の定義も、手術時における手術に伴うものか、外的要因(地震、火事等の災害など)によるものか、それらを全て含めるものか、明確にされたほうが良い。

・教育プログラムとは「オリエンテーション」「術前・術後訓練」などをさすのであれば、5.4.2.3は実施していますが。

・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。

5.4.2.3 教育プログラムの内容はどの程度なのか? 指導はしている。

5.4.2.2に関して どのように評価するのか?

5.4.2.3 診療科ごとに取り組み状況は異なる

5.4.2.3「教育プログラム」の具体的内容が不明確。

あまりに答えにくい、何をイメージしているかわかりません。

がん診療に特化した内容でなく、全診療(手術)に対応している。

なし

パス

一般的な緊急時の対処手順はあるが、化学療法後の特組としてはない。5-4.2-2カンファレンスで話し合い個別に計画立案している。

家族向けの教育プログラムを現在構築中である。

各症例について患者・家族に説明しているが、統一的な教育プログラムはない

基準が不明確で判断は難しい。

術前、術後ともに説明を行ない指導している。

特になし。

不明とした理由:一部の実施で、全科が実施できているとは言えない

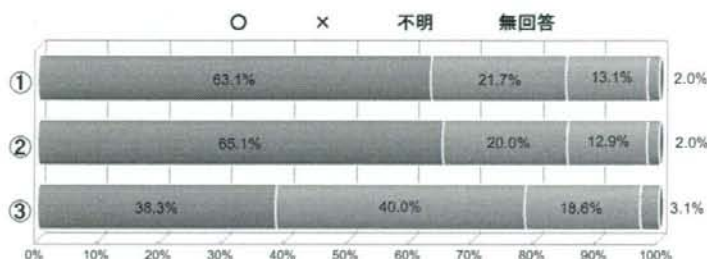
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
① 緊急時の対処方法や手順が確立している	350 100.0%	221 63.1%	76 21.7%	46 13.1%	7 2.0%
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	350 100.0%	228 65.1%	70 20.0%	45 12.9%	7 2.0%
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	350 100.0%	134 38.3%	140 40.0%	65 18.6%	11 3.1%

5.4.3



5.4.3 ご意見

「5.4.3.1」の「緊急時の～」とは何の緊急時ですか。「5.4.3.3」について、適切に行うのは個別指導かと思えます。プログラムは必要ですか。

・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。

・放射線治療装置が整備されていない。導入予定。

5.4.2.3パスやパンフレットはあるが、全ての手術に対するものがあるのではない。教育プログラムとは具体的にどういうものか？

5.4.3 放射線治療前後の患者・家族向けの教育プログラムについては、口頭での指示である。

5.4.3.1 看護師と依頼科に協力をお願いします 5.4.3.2、5.4.3.3 放射線科外来で個別に指導するとともにテキストを渡して不安のないようにしている

5.4.3.1 治療中の患者さんは、治療担当医が対応するが病棟や外来では主治医の対応

5.4.3.3 “教育プログラム”とは？

5.4.3.3 教育プログラムが部分的にある場合の評価はどうなるのか。どの程度の内容が求められるのか。

5.4.3.3については、今後実施に向けて検討していきます。

5.4.3.3「教育プログラム」の具体的な内容が不明確。

5.4.3.3… 一部の治療法にのみ説明後パンフレットを配布している

5.4.3.3インフォームドコンセントは、患者及び家族には行なっている。

なし

医師、放射線科外来看護師がパンフレットを併用して対応している

外科・血液内科に相違がある

患者、家族への指導、教育などは、専門医の少ない病院では、看護師の役割が大きいため、専属看護師の有無をもっと評価すべきではないか。

患者のセルフケア、治療前後の患者教育用DVD、パンフレット数種類用意している

患者やその家族向けのマニュアルはあるが、教育プログラムは検討中である。

関連病院との協力により施行している。

基準が不明確で判断は難しい。

教育プログラムと言う表現は、あまりなじみがないが、勉強不足であろうが、何を意味しているのか存じません。

教育プログラムの内容(質・量の基準)がいろいろあると思われる。

教育を行う目的、時間的な余裕はありません。教育より迅速に放射線治療を行うことが先決と考えます。治療前の患者向けの教育は、どういう内容で、どれくらいの時間をかけるものなのでしょうか？

現在、検討中である。

診察時(初診、加療中)に説明しているがそれ以外の時間はさくことではない。

他施設へ照射依頼しているが、照射期間中のフォローは、本院で行っている。

当院は放射線治療は行っていません。

特になし。

放射線治療は行っていない

放射線治療は当院で行っていません

放射線治療科独自ではないが、各診療科に協力しています。

放射線治療設備なし

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

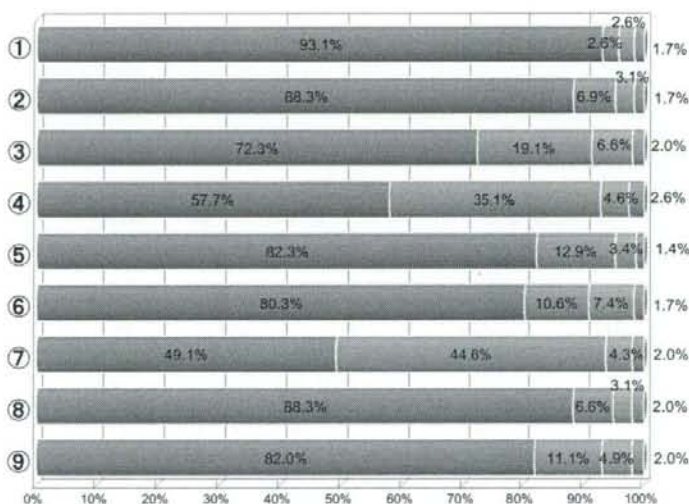
5.5 化学療法の安全な実施

5.5.1 確実・安全な抗がん剤投与システムがある

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	326	9	9	6
	100.0%	93.1%	2.6%	2.6%	1.7%
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	350	309	24	11	6
	100.0%	88.3%	6.9%	3.1%	1.7%
③ 化学療法実施当日に患者の状況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	350	253	67	23	7
	100.0%	72.3%	19.1%	6.6%	2.0%
④ 外来化学療法室には担当責任医師が従事している	350	202	123	16	9
	100.0%	57.7%	35.1%	4.6%	2.6%
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	350	288	45	12	5
	100.0%	82.3%	12.9%	3.4%	1.4%
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	350	281	37	26	6
	100.0%	80.3%	10.6%	7.4%	1.7%
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	350	172	156	15	7
	100.0%	49.1%	44.6%	4.3%	2.0%
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	350	309	23	11	7
	100.0%	88.3%	6.6%	3.1%	2.0%
⑨ 抗がん剤による被曝対策が確立している	350	287	39	17	7
	100.0%	82.0%	11.1%	4.9%	2.0%

5.5.1

○ × 不明 無回答



5.5.1 ご意見

(5.5.1.3)一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であり、病床486床の当院も例外ではない。

(5.5.1.9)マニュアル等による整備はされていない。

5.5.1.3 ダブルチェックはするシステムは医師のみか薬剤師・看護師でもよいのか 5.5.1.4 外来化学療法は当院では外来機能分離しているので実施していない。

5.5.1.4は予定である。5.5.1.8は医療者のみの確認である。

外来化学療法において緊急時に対応する医師は当番であるが、治療の担当責任医師ではない。

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。別添「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。

5.5.1.2 1)投与決定の明文化はされていない2)医師による二重チェック体制はない 5.5.1.3外来化学療法室で患者調査票実施。臨床検査値は可能な限り薬剤師もミキシング終了後確認 5.5.1.4 兼任の医師 5.5.1.5 薬剤師チェックシートを運用 5.5.1.8 ミキシングされた薬剤の患者名(シール)を看護師と患者で確認 5.5.1.7 患者用リストバンドが採用されていない 5.5.1.8 整備予定。血管外漏出の対応マニュアルあり 5.5.1.9 ガウンに関しては今後検討の余地あり

5.5.1.2-2)二重確認は、医師と薬剤師がチェックしている。5.5.1.7バーコードシステムは外来には導入できていない。

5.5.1.2の2)「医師が二重に確認する仕組み」については、別々の医師が確認するという意味ならば、当院は「×」ですが、医師とレジメンシステム(電子カルテ)で確認している。そのような意味での「二重の確認」は評価されるのか。5.5.1.4の担当責任医師とは、常に従事していることなのか、主治医が担当する場合とはどう評価されるのか。5.5.1.6について、何を確認するのが不明。当院の場合、投与前に患者名の確認は行っている。また告知済の患者で、薬品名を聞かれた場合には確認している。

5.5.1.2医師が二重に確認する仕組みが困難。看護師、薬剤師の確認は行っている。

5.5.1.3システムにはなっていない。5.5.1.5 まだ累積量をチェックするシステムになっていない。5.5.1.8 マニュアルにはなっていない。

5.5.1.3システムとしてはない。

5.5.1.3について、ダブルチェックの意味合いが不明である。(誰がどのように行うことを言うのか?解説にある何らかの形とは?)

5.5.1.3に関して 誰と誰がダブルチェックするのですか? ダブルチェックの定義を示していただきたい。

5.5.1.3臨時レジメンがたときはcheckしている。

5.5.1.4:当番医師はいる 5.5.1.6:看護師と薬剤師で確認している

5.5.1.4について、外来化学療法室はまだ設置されていない。

5.5.1.7バーコードシステムに限定しないで、個人認証システムとして記載すべきと考える。

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- 5.5.1.7 リストバンドは入院患者のみ実施している。外来での利用例は少ないのでは？
- 5.5.1.7について、手には無し、伝票にはバーコード。5.5.1.8について、血管外漏出はあり。5.5.1.6について、患者間違いを避けるための確認という意味で○。
- 5.5.1.9 手順までできていないが、勉強会を実施し、各病棟で委員中心に取り組んでもらっている。
- 5.5.1.9 薬局内にて、医薬マニュアルを作成した。曝露対策についても、マニュアルを作成した。
- 5.5.1.9=対策の実施は行なっているが、確立と言える程に完全ではないため「×」とさせていただきます。
- 5.5.1.9⇒病院全体では対応できていないが、薬剤部では実施している。一部しか実施していないような場合、どう考えてよいか不明である。
- ダブルチェックはDr2名によるものか、Drとコメディカルで良いのか不明確。
- なし
- バーコードシステムのみ導入しておりません。
- バーコードシステムは、22年度稼働予定の次期システムにて対応。
- 安全キャビネットはないがガウンあり。バイオクリーンベンチで薬剤師が混合。
- 安全キャビネットは今年度導入され、Noが現在調整しています。調整もガウン、二重手袋等の対策を行っています
- 安全キャビネット年内に導入予定
- 安全投与システムに関して、同一職種ダブルチェックが困難である為、パス等を用いた他職種によるチェックを行っている。
- 一部実施。
- 化学療法剤の使用基準に準じて行っている。完全コンピュータ化されておりPC上でのITチェックと担当者のチェックが行なわれている。
- 外来化学療法室長はいないが、各患者の主治医が担当責任者として従事している。
- 検査値等Wチェックするシステムにはないが状態判断と医師の指示による機能はある
- 現在、安全キャビネットではなく、陰圧のクリーンベンチを使用している。
- 誤投与防止のため、バーコードシステムに加えてパッシブ型電子タグシステムを応用しています。
- 自作のマニュアルを作成し、それに沿って曝露対策、行っている。マニュアルに関して日本病院薬剤師会の本を参考にしている。
- 新しい薬剤がどんどん増え、初回から外来という形をとる場合が増えつつある(DPC)。緊急時に対応するべくシステムはあるが、Drは兼任であり常駐ではない。時間外の対応等が課題となっている。現在は、当直対応である。
- 担当責任医師交代制 累積量チェック×
- 適合する病院は少ない。設備的に無理な病院が多いと思われる。人的フォローがどれぐらい基準を満たすかが重要と思われます。
- 特になし。
- 稼働レベルに関して3段階程度のレベルを表示し選択できるようにして頂きたい。実施はしているが、不十分な例があり、このレベル以上であれば○と判断できるような項目だと良い。
- 薬剤部:5.5.1.1)院外処方についてはどう取扱うのか?5.5.1.5)システムとしては導入していないが、薬剤部独自で患者別の投薬チェックを行っている場合でよいのか?

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.5.2 注射薬を含む調剤が適切に行われている

	合計	○	×	不明	無回答
① レジメンをもとに処方監査を行っている	350 100.0%	330 94.3%	9 2.6%	7 2.0%	4 1.1%
② 注射用抗がん剤の調製と監査を確実に実施している	350 100.0%	325 92.9%	13 3.7%	8 2.3%	4 1.1%
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	350 100.0%	269 76.9%	54 15.4%	22 6.3%	5 1.4%

5.5.2



5.5.2 ご意見

・レジメンは作成中・抗がん剤の調製は外来では安全に行っている
 ・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」が示されるのが望ましい。

5.5.2.1 外来化学療法センターについては、全レジメンの登録制であるが、入院については、レジメンは登録制となっていない。
 5.5.2.1について、レジメン管理委員会にて審査・登録されたレジメンをもとに処方監査している。(当院では、委員会に登録されていないレジメンで治療は行えない。) 5.5.2.3について、調剤支援システムで相互(併用禁忌)・重複投与のチェックを行っている。

5.5.2.2について、処方の監査は実施していますが、調製の監査は一部実施していません。

5.5.2.3 外来における経口抗がん剤の処方監査も含むものでしょうか
 5.5.2.3 確実な処方監査体制は確立していない。

5.5.2.3 経口抗がん剤のみの処方監査体制は現在確立されていない。また特に院外処方箋について、院外処方箋に関しては、処方監査するシステムが難しく、確立されにくい。また注射剤との併用療法に関しては、外来化学療法室用の払い出し時の処方監査と外来化学療法室での監査体制がある。

5.5.2.3に関して もう少しで作ります。

5.5.2.3一部経口抗がん剤については監査を実施しているが、全薬品にまで拡大されていない。

5.5.2.3院外薬局も含めた処方監査体制の確立は難しい。近隣県を含めた地域での取り組みが必要となる。

5.5.2調剤→調製 5.5.2.1処方監査→レジメン監査 以上が適切と考えます。

5.5.2末梢の調剤(混注)をしている施設は少なく、一般的でない
 なし
 一部実施
 院外処方箋は処方監査されていない。
 外来化学療法時レジメンには、看護師、薬剤師の評価を外来カルテに添付して、情報の共有を行っている。病棟においても、レジメンを元に看護師・薬剤師のダブルチェックを行っている。

患者毎に管理表を作成し、投与量、投与間隔の監査を薬剤師がダブルチェックを実施している。
 基準が不明確で判断は難しい。
 休日対応ができていない。
 経口抗がん剤と注射剤とは別々に監査を実施しているため、十分な監査体制ではない。
 経口抗がん剤を含む併用薬の処方監査体制については処方箋に「ミニ薬歴」を表示させ抗がん剤(注射、内服)が使用中であることを一目で分かるようにしている。
 経口薬については、院内処方での薬歴と休薬期間のチェックのみ。院外処方に関しては処方監査をしていない
 現在レジメンが一部しか作成されていないので、全てのレジメンについてなのか、一部でもよいのか?
 現在取組中である。
 口腔腫瘍担当者が行っている。
 処方監査および調整監査を確実に実行できるよう努力している。
 注射用抗がん剤の調製は薬剤師は実施しておらず、歯科医師が実施している。
 特になし。
 併用薬についてはなかなか難しい。注射と内服の併用もしているが全部ではない
 薬局内で実施中
 薬剤部:外来ケモで注射がある場合は全て監査できているが院外処方箋で経口抗がん剤単独の場合には、薬剤部を経由しないためチェックができていない。この場合においても○としてよいのか?

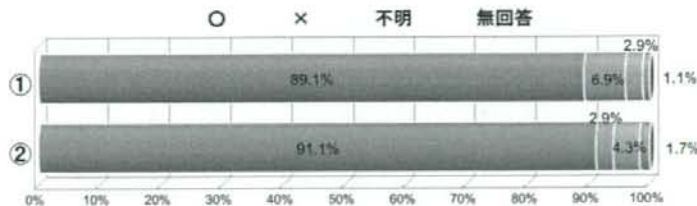
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.5.3 薬剤管理指導が適切に実施されている

	合計	○	×	不明	無回答
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	350 100.0%	312 89.1%	24 6.9%	10 2.9%	4 1.1%
② 医薬品副作用報告を適切に実施している	350 100.0%	319 91.1%	10 2.9%	15 4.3%	6 1.7%

5.5.3



5.5.3 ご意見

「副作用報告」とは、誰に対してなのか不明である。当院では、薬剤師による服薬指導の副作用と思われる場合は、カルテに記載し主治医に対し報告している。また、プレアポイド報告として、院内の安全管理委員会に提出している。主治医と相談の上、重篤な副作用と考えられる場合には、厚生労働省またはメーカーを通じて報告している。

・実施・対応状況への回答が○、×、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。

100%実施していなければ×なのかわからないため記入できません。どの程度実施していれば○のですか。

5.5.3.1 一部の副作用が生じたら薬剤科に報告するシステムは構築したが、報告件数は0である

5.5.3.1 外来患者への麻薬指導体制は検討の余地あり 緩和ケアチームも病棟患者を対象としているので、今後外来患者への麻薬指導の体制も考えなければいけない。

5.5.3.1 入院患者については行っている。外来については少なくとも病院薬剤師が直接的に患者の指導は行っていない。5.5.3.2 薬剤部に報告があったものについては実施している

5.5.3.1 入院患者に対しては一部○である。入院・外来で項目を分割した方が良いものと思われる。

5.5.3.1 入院患者への一部実施である。

5.5.3.1については入院患者のみ

5.5.3.1は医薬分業が進む中、「外来患者」の薬剤管理指導を入院患者と同程度に求めるのは疑問です。保険薬局が正しく指導できるための情報提供や地域連携への取り組みも含めて評価してもらいたいです。

5.5.3.1入院はほぼ対応できているが、外来は院外処方を含め対応できていない場合が多い。

5.5.3.1入院患者のみの実施となります。

5.5.3.2 メーカー(製薬企業)へ報告しているが厚生労働省へは報告していない。

5.5.3.2:メーカーを通じて報告している。

ない

医師から報告された「医薬品副作用報告」をもとに、アレルギーカードを作成し、患者本人またはご家族に交付している。また、毎月の薬事委員会で月間の副作用報告の件数および内容を報告している。

医薬品副作用報告は、各社メーカーを通じ、適宜でDrに報告している。

一部実施

何を「適切」とするのか基準が不明確で判断は難しい。

規程に沿って行っている。

全員への指導は難しい。外来は特に時間の制約があり、適切にと聞かれると入院はしているしどうするか。

電子カルテシステムを利用して、副作用情報収集が出来るような体制があり、現在職員への周知を図っている。

特になし。

副作用のモニタリングに力を入れて生きたい。

副作用報告は少ないが、薬局に連絡があれば報告に向けてメーカー、Drと協議している。報告体制もある

報告があった場合は、医薬品情報誌により、各医師に周知している。月に1回、厚生労働省からの副作用情報を医薬品情報誌により各医師に周知している。

麻薬服用の外来患者に対しては、医師及び患者の依頼のみ対応している。

麻薬服用患者の一部について入院患者で実施している。

薬剤管理指導は誰に対するのですか？薬剤師に対してですか？医師に対してですか？あるいは、患者本人が薬剤を管理する方法を学んで分かるようにする指導なのですか？

薬剤管理指導業務を行っていない。

薬剤師・5.5.3.1)入院・全病棟に薬剤師を配置できない場合(マンパワー不足)適切に行えているといえるのか？外来・院外処方の場合、薬剤師で把握できない患者の場合、調剤薬局で行っている事は適切に実施されているとしてよいのか？

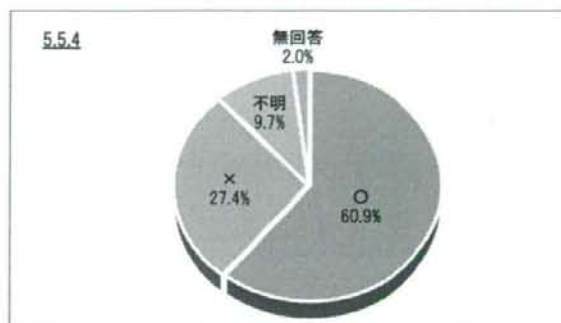
薬品メーカーの副作用情報も入手している。

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
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	350	213	96	34	7
	100.0%	60.9%	27.4%	9.7%	2.0%



5.5.4 ご意見

「自院で行い」と限定しているのは何故でしょうか？重要なのは解析フィードバックの方では？

・抗生剤に関して自院で濃度測定はしていないが解析ソフトを用いて フィードバックしている。

・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。

・測定のみ

5.5.4.1 外注検査もあり

5.5.4.1 抗生剤(抗MRSA薬)のTDMに関しては行っている。抗がん剤(MTX)などに関しては確立していない。

5.5.4.1:抗MRSA薬のみ実施

5.5.4の設問の対象不明。抗がん剤一やっていない。他の薬剤(抗てんかん剤や抗生物質etc)一やっている。

TDMの解析については薬剤師が実施しており抗MRSA剤を中心に行っている。

TDMの測定は、検査部等で行っているが、解析、シミュレーションは薬剤部で行っている。(但し、抗MRSA薬の一部に限られている)

TDMは一部外注し、医師よりの依頼時に解析を行っている。

TDMは外注で実施し、解析は当院で行っている。フィードバックされている。

TDMは抗生剤にのみ行っている

VCM,ABK,TEICについては薬剤部でTDM解析及び医師へのフィードバックを行っている

タクロリムス、シクロスポリンの免疫抑制剤のみ薬剤部で行い、リアルタイムに医師にフィードバックしている。他の薬品は一部外注であり行っていない。

バンコマイシン、ハベカシンのみ

医師の要望があった場合

一部のTDMについて

検査をして検査結果のみ提出している。

検査室とDrの間で測定値がレポートされる。

限定した薬剤で実施。

抗MRSA薬については、事前に投与量の設定を医師へ支援している。ダイナボットの試薬供給がストップすることが決定しており、今後院内測定について検討中である。いずれにしても、薬剤部での測定はできなくなると思われる。

抗がん剤のTDMに関しては、薬剤師としては関わっていない。抗MRSA薬については医師へ情報提供している。

抗がん剤の種類による。

抗生物質はTDMを行なっているが、がんに関するメソトレキセートやタクロリムスなどは解析していないので回答に迷う。

行っていない。

自科(薬剤科)では測定できないモニタリングの解析のみ可能※設備の問題大

実施している。医師へのフィードバックも行なっている

主治医からTDM解析の依頼のあった患者に対してのみ実施している。

全てではありませんが、一部実施している。

特になし。

非現実的

薬剤部:抗MRSA薬についてはTDMの解析の一部行っているがこの間は抗がん剤を対象としたものなのか？