

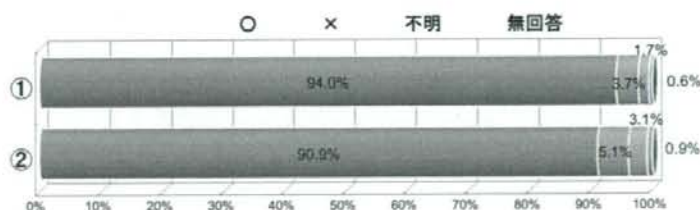
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.5.5 薬剤情報が把握され、適切に提供されている

	合計	○	×	不明	無回答
① 持参薬の鑑別や管理、情報提供が行われている	350	329	13	6	2
	100.0%	94.0%	3.7%	1.7%	0.6%
② 医療従事者へがん薬物療法に関する医薬品情報が適切に提供されている	350	318	18	11	3
	100.0%	90.9%	5.1%	3.1%	0.9%

5.5.5



5.5.5 ご意見

(5.5.5) 問い合わせのあったもののみ対応。

・持参薬の鑑別、情報提供は薬剤師が行っている。又、持参薬の管理を含めた、薬剤管理指導を行っている。・がん診療担当者会議等を通じて、医療従事者への医薬品情報を提供している他、DIニュース等を通じても発信している。・看護師対象に研修会を開催している。

・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「評価のわらい・考え方」が示されることが望ましい。

5.5.5.1 院内全体でのシステム検討中 5.5.5.2 薬剤部Web、外来化学療法室Newsの充実

5.5.5.1について、持参薬については、薬効・院内採用該当薬および院内処方薬との相互作用(併用禁忌)のチェックも行っている。5.5.5.2について、医薬品情報室から採用医薬品に関して、添付文書の改訂等DIニュースとして全医局その他関連部署に毎月配布している。

5.5.5.1全病棟かかわるには人員がたりず必要な病棟のみ行っている施設も多い。その様な項目内容がほしい

5.5.5.2 途中である。

5.5.5.2について、職員への医薬品情報は、持用時のみに提供している。

5.5.5.2に関して 適切とは何をもち適切とするのか?が不明確。

5.5.5.2は、厚労省の安全性情報をオーダー画面にアップすることや、新規採用時に配布文書で情報提供を行っています。

すべての持参薬鑑別は出来ていない。

なし

医療従事者へのがん薬物療法に関する医薬品情報は適時実施しております。

情報をメモして対応している。

全病棟までとはいかないが、外科のミーティング、血液内科のカンファレンス参加。また、勉強会を開き、医師、看護師、薬剤師で適正な情報の共有を図っている。

定期的な学習会は行われているが、カンサーボード等が未整備であり、適切な提供には不十分である。

特になし。

必要に応じて情報提供を行っている。

麻薬服用患者の一部について、入院患者で実施している。

薬剤部-5.5.5.2)適切な提供とはどの程度をいうのか?

※○=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

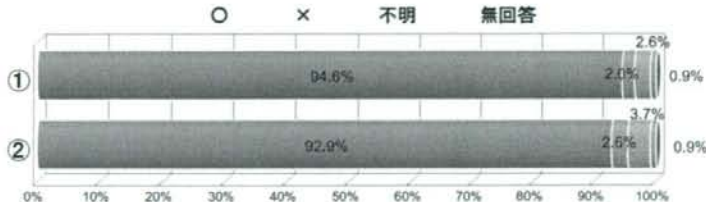
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.6 栄養管理の適切な実施

5.6.1 栄養管理機能の質改善に取り組んでいる

	合計	○	×	不明	無回答
① 栄養管理に関わる職員の能力開発に努めている	350	331	7	9	3
	100.0%	94.6%	2.0%	2.6%	0.9%
② 栄養管理機能の質改善を推進している	350	325	9	13	3
	100.0%	92.9%	2.6%	3.7%	0.9%

5.6.1



5.6.1 ご意見

(1)栄養管理計画書の内容見直し、計画書の有効な活用 (2)低栄養高リスク患者への個別アロ-子各(3)症例検討の充実(4)現在管理栄養士(正規)4名での対応には限界があるため、給食管理と栄養管理の明確な区分が急務である。(5)各種学会への所属及びNST学術講習会等での発表を行っている。(6)栄養管理システムの再検討 ◎栄養管理機能とは、栄養管理に直接かかわる人員数のことなのでしょうか？ 質とは？ 具体的な数値(在院日数減少など)で表現することなのか不明でした。また、栄養管理に対する意識レベルの質の高低なのかその点等がよくわかりませんでした。

「栄養管理機能の質」が具体的にどういふものなのか分かりにくい。

・栄養サポートチームとして、月1回ラウンド症例検討を行い、栄養管理の改善に取り組んでいる。・薬剤師も、NST専門薬剤師を中心に栄養サポートチームの中心的な役割を果たしている。・又、月1回勉強会を行っている。

・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」が示されることが望ましい。

・認定資格の取得等に努めている。・学会、研究会への参加や発表を行っている。

・病院内外で開催される研修会等に積極的に参加し、職員の質向上に努めている。・入院時より栄養評価(SGA)、栄養管理計画を立て、医師・看護師・栄養管理士が栄養管理を実施している。更に栄養アセスメントの必要な患者には多職種で構成されたNST委員会がコンサルし、質の改善に努めている。また、緩和ケア依頼となった患者は、緩和ケアチームによって栄養管理について検討されている。

1.毎年、年間目標を提示し、計画立案、実行している。業務改善項目、職員教育計画を実行している。2.職員教育は研修会、学会の出席及び部内における勉強会(講演会他)、個人別研究テーマをもたせ、研究、指導している。3.栄養部はNST事務局として、院内における栄養教育計画を提案、実行している(医師及びコメディカル対象)。

4.7と同様にがん診療における栄養の関わりを具体的に示すことなく漠然と評価対象にすることは疑問。

5.6.1 低栄養の見直し、献立作成 5.6.1.1 研修会に積極的に参加 5.6.1.2 チーム医療として医師・看護師等に呼びかけたり、各職種に栄養管理を推進している。

5.6.1.1 NSTの活動 5.6.1.2 NSTの活動 今後病院全体へのNSTの活動を拡大予定

5.6.1.1 質改善に「病院全体で」取り組んでいるとした方が明確になると考えます。5.6.1.2 同様に「病院全体で」とした方がよいと考えます。

NSTの立ち上げに向けて、看護師、歯科医師を対象に栄養管理に関する勉強会を行っている。

NST委員会が先導して、定期的な院内勉強会が開催されている。

NST委員会の事務局として、栄養管理の改善を推進している

NST関係勉強会年2回(院内)科内勉強会年12回実施院外勉強会参加

NST主催で院内勉強会を開催している(1回/月)。NSTスタッフ向けに勉強会を開催している(1回/月)

NST薬剤師についても、もっと評価する項目があってもいいかと思う。

この項目で指す、栄養管理に関わる職員は管理栄養士のみを指しているのが不明確。例えば、静脈栄養等も含めると医師も該当となります。

なし

院内外の勉強会や研修会に自己研鑽として各管理栄養士が判断して参加している。

栄養管理の具体的な内容を示したほうがよい。食事内容の改善、がん患者に関する経口、経腸栄養についてかなど。

栄養管理は部門CPシステムにて、栄養基準に沿った食事内容となるよう、献立、食材などが登録されています。各患者の栄養管理については栄養基準一貫が策定されており、食事オーダー入力の際にも、医療情報端末から内容が確認できるようになっています。

各種学会・研修会へ積極的に参加し、知識・技術のレベルアップに努めている。5.6.1.1にある職員とはどんな人たちをイメージするのですか？医師に対してなんだろうね。医師を対象にしているとすると全くできていません。

学会・研修会等へ積極的に参加している。病態栄養専門師を取得し、栄養管理を推進している。

管理栄養士を病棟担当とし、全病棟に配置し、栄養管理機能の充実に取り組んでいる。NST委員会・搬送防止対策委員会と連携をとり、各病棟や診療科の回診やカンファレンスに担当栄養士ができるだけ参加できるように働きかけ、質改善を推進している。能力開発は、上記記述以外に科内管理栄養士カンファレンスの開催や夕方の院内勉強会・院外勉強会に参加できるよう配慮(勤務形態や情報提供等)を行ったりしている。

基準が不明確で判断は難しい。

機能の質とは何をさしているのか？能力開発とは？NSTなどの講習会などを言っているのか？取り組みと推進の違いは？

具体的な例が記載されなければ答えにくい。逆に客観的に見て何が行われていれば努力している、質を改善していることになるのでしょうか？

口腔嚥下という特殊性から常に行っている。

質改善について具体的に示していただくと回答しやすいかと思えます

術後・化学療法・終末期等患者個々に対する栄養管理の必要性について症例検討・スタッフカンファレンス・院内勉強会等を通し検討改善を図っている。

設問が抽象的なので、もう少し具体的に表現してほしい。

特になし。

部署内での勉強会実施の他、スタッフそれぞれが病態栄養専門師・NST専門療法士・糖尿病栄養指導士などの資格取得にむけて取り組んでいる。

※○=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

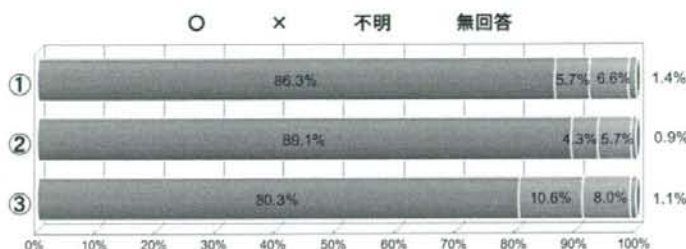
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.7 リハビリテーション機能

5.7.1 リハビリテーションの必要性・実施計画・効果の評価が行われている

	合計	○	×	不明	無回答
① 多職種により患者ニーズが評価され、サービスが提供されている	350 100.0%	302 86.3%	20 5.7%	23 6.6%	5 1.4%
② リハビリテーション実施計画を定期的に、あるいは必要に応じて見直している	350 100.0%	312 89.1%	15 4.3%	20 5.7%	3 0.9%
③ 年間診療実績が報告されている	350 100.0%	281 80.3%	37 10.6%	28 8.0%	4 1.1%

5.7.1



5.7.1 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」考え方が示されることが望ましい。

1.1多職種による評価は不十分と考えています。1.2実施計画は、一般的PT・OT・STの実施計画書を作成しています。1.3リハビリテーション分野での診療実績は集計されていません。

5.7.1. リハビリ機能を有しているが、がん患者対象には行っていない

5.7.1.1 「患者のニーズ」とは、「患者のニーズ」なのか、「患者の状態」なのか。

5.7.1.1 全ての入院症例についてリハビリテーション・カンファレンスを1回/週実施している。

5.7.1.1.5.7.1.2に関しては「リハビリテーション総合実施計画書」にて計画・評価が行われている。5.7.1.3は診療年報より報告されている。

5.7.1.1~3 がんに特定されたものはないが、一般的な「疾患別リハビリテーション」に関しては全て○である。

5.7.1.1 リハビリカンファレンスに対応(180件/月平均)5.7.12日々のリハビリプランに関しては、毎日の患者の状態に応じ、設定実施するも、在院日数が1ヶ月未満の場合は再評価未実施の場合もある。5.7.1.3各疾患別リハに応じている

5.7.1.1 リハビリのカンファレンスができていない。

5.7.1.2について、短期の場合が多く、見直しはできていない。5.7.1.3について、意味がわからない。実績というのは、効果があらわれた実績なのか？

5.7.1.3 がん患者様だけを対象とした統計は取っておらず、全体としての日報・月報などを提出している。こういった場合、回答の選択に困る。

5.7.1.3に関して「がん」患者のみ特別にまとめた実績報告はなされていない。

Ca Rehaそのものが保険診療で認知されていない。2~3年くらいで処分すると0点に算定されている。厚生省によるリハ医療そのものに問題あり。

がん患者に対するリハビリサービスは当科ではシステムとして行われていない。

がん患者のみを対象として回答するのか？

がん患者の場合、ターミナル医療への配慮だろうか。痛みの処方や気分転換、廃用予防やADLの維持、QOLの向上ということになるのだろうか。

がん患者診療実績のリハビリテーション部門においては実績管理が行われていない。ただし、障害分類別リハビリテーション科としての実績管理は実施されている。

がん専門ではないので、廃用予防中心

サービスは、あまりに一般的すぎるので、NS、PT、OT、ST、PO、MSWとするか、リハビリテーション医療もしくは治療としていただくほうが良いと思います。また、「提供」ではなく、「実施」と思います。

なし

リハビリカンファレンスを定期的に行い、他職種協同でリハビリ計画を立案し、患者に同意を得て、サービス提供している。

リハビリテーションそのものの機能が無い。

リハビリテーション総合実施計画書を、リハビリテーション開始時及びリハビリテーション開始後月1回、主治医・併診医・看護師・MSW及びセラピスト等で検討・評価し、作成・実施している。

医師・看護師とのカンファレンスはあるが一部の科に限られている。

学会や研究会などに積極的に参加している。

急性期は変化が大きいので、細計画は日々診療の一環として見直している。年間診療実績の「実績」の意味及び報告先が不明。

具体的な計画内容・効果項目・実績内容を示してほしい。項目が少ないように思う。

現在リハビリテーションについては、一部の患者の機能回復のためスタッフの招聘により行っている。また、スタッフもいない。

個々の症例に応じ、計画、評価を行い、プログラムを必要に応じて見直している

疾患別リハとしては「○」。がん診療に特化したリハという意味では「不明」。緩和ケアサポートチーム、プレストケアチームへの参加が上記質問に値するのか？

対応する機能は有しているが現在対象患者はいない。またはリハビリテーションの依頼がない

定期カンファレンスにより情報交換を図り、治療方向付けを行っている。総合実施計画書等を用いて、定期的な計画、評価を実施している。年間診療実績も報告している。

電子カルテ内テンプレートに随時評価表があり、必要に応じて評価している。電子カルテの患者掲示板や電子メールを利用して、タイムリーな情報交換を行っている。

当院において、がん患者は多数入院しているが、がん患者すべてリハビリオーダーが出来ることはありませんので、一部の病棟のみマルです。

特になし。

年間実績はリハビリテーションにかぎっていない。

年間診療実績報告については、がんという病名で分けられたものでなく全体である。

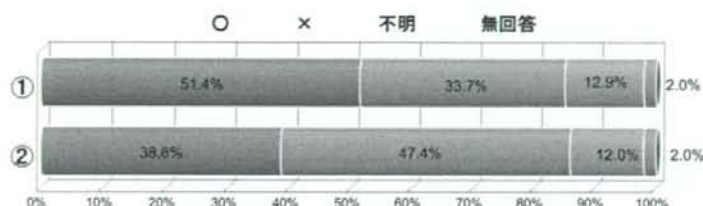
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.7.2 提供するリハビリテーション・サービスの範囲が明確である

	合計	○	×	不明	無回答
① 自院あるいは紹介先の施設で利用できるリハビリテーションサービスが文書化されている	350	180	118	45	7
② リハビリテーションサービスを説明した患者向けのパンフレットが作成されている	350	135	166	42	7
	100.0%	51.4%	33.7%	12.9%	2.0%
	100.0%	38.6%	47.4%	12.0%	2.0%

5.7.2



5.7.2 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。

5.7.2 リハビリ機能を有しているが、がん患者対象には行っていない

5.7.2.1 自院ではISOサブPFGやリハビリティカルパスにて、紹介先では転院サマリーや地域連携パスにて文書化されている。5.7.2.2 各種退院時指導や一部のリハビリティカルパスに関しては、患者向けの資料が作成されている。

5.7.2.1 紹介先の施設で利用できるリハビリテーションサービスの内容までは把握しきれないのではないか。5.7.2.2 パンフレットの「リハビリテーションサービス」の間の意向が不明である。「疾患別」か、「施設紹介」なのか？

5.7.2.1 担当ケアマネージャーに宛てて申し送る書式が定型化されている。転院・転出する施設宛も同様である。5.7.2.2 スポーツ外来用に一部のみある。

5.7.2.1 平成21年4月から文書化され緩和ケアリハビリの実質的な開始となる。

5.7.2.1 ホームページ及び医療よるずネットに記載 5.7.2.2 回復期病棟のみあり

5.7.2.2 回復期病棟の患者様向けのものを用意している。

5.7.2.2は、すべての疾患ではなく、完全には、網羅できていませんが、主要な疾患に対しては作成しています。

5.7.2 癌患者に対するリハビリの適応についての質問？全体としてのリハビリテーションについてはOKであるが癌患者に限ったものはない。基本的にはADLの維持、向上ではないのでしょうか

インターネットでの説明はありません。また、患者向けのニュースの中には掲載されています。

がん患者のみに限定しているのか。

クリニカルパスとしては作成してある疾患とそうでない疾患がある。

なし

パンフレットはないが、症状により個々に文章・サービス内容を配付している。

パンフレットは一部限られた疾患のみ。

パンフレットは作成していないが、クリニカルパスで説明し、代用している。

ホームページ上あるいは院内機関紙にも掲載しています。

リハビリテーションサービスを説明した患者向けのパンフレットは、井田病院のホームページに記載している程度である。

リハビリテーションそのものの機能がない。

リハビリテーション部単独ではない

リハ業務の目的流れについては文書としてあるがパンフレットはない。転院先への施設へは要望があればその都度訓練経過として提出している。

一部文書化、一部パンフレットを作成している

癌患者向けに限局したものはない。

急性期病院のがん患者の場合、検査や治療が優先で、リハは休みになりやすいのでサービスと言えるものがあまり提示できるものは少ないし、体調を考えると消極的なものかもしれない。

口頭でのサービスのため今後作成が必要である。

腰痛体操・呼吸体操などのパンフレットはあるが、全体版パンフレットやがん診療については、今のところない。

自院での適応疾患、提供できるサービスは文書化しているが、広報はできておらず、他施設のリハサービス内容についても明らかにできていない。

自院のリハビリテーションサービスについては、インターネットや院内広報誌で紹介しているが、紹介先の施設等に関してまで文書化されたものはない。

紹介先が作成してなければ、自院にない機能に関してどのようにしてパンフレットを作成するのでしょうか？

上記と同じ。すべて個別対応である。

上記と同様に、サービスの言葉は極めて不適切と考えます。5.7.2.1 サービスの後に、「の内容」を入れるべきだと思います。

職員向け業務マニュアル内で文書化されている。

中枢神経系疾患、整形外科疾患、呼吸器疾患のリハビリテーションのみ。

転院する患者にはリハビリテーション要約を記載している。

転院時の経過報告は作成している。ポスター作成、リハ室掲示

特になし。

文書やパンフレットはリハ部門だけ作成することは難しい。

文書化はされていない。

※○=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

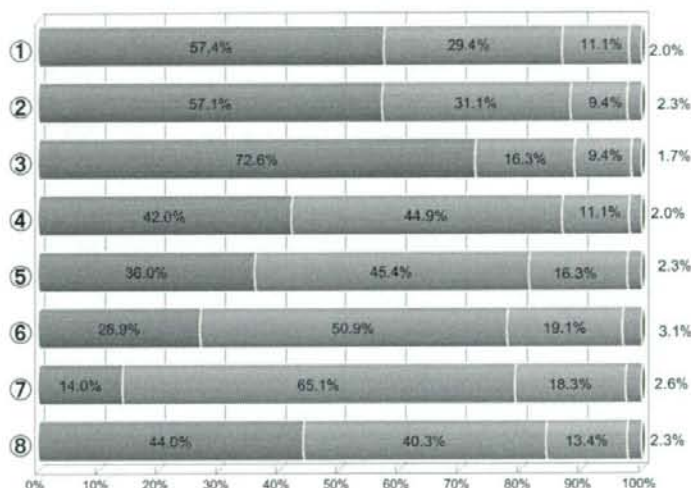
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.7.3 患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムがある

	合計	○	×	不明	無回答
① 乳房切除術後の患者に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある	350 100.0%	201 57.4%	103 29.4%	39 11.1%	7 2.0%
② 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある	350 100.0%	200 57.1%	109 31.1%	33 9.4%	8 2.3%
③ 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある	350 100.0%	254 72.6%	57 16.3%	33 9.4%	6 1.7%
④ 大腸がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある	350 100.0%	147 42.0%	157 44.9%	39 11.1%	7 2.0%
⑤ 泌尿器がん手術後の排尿障害のリハビリテーションがある	350 100.0%	126 36.0%	159 45.4%	57 16.3%	8 2.3%
⑥ 女性生殖器がん手術後の排便・排尿障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある	350 100.0%	94 26.9%	178 50.9%	67 19.1%	11 3.1%
⑦ 性機能障害に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある	350 100.0%	49 14.0%	228 65.1%	64 18.3%	9 2.6%
⑧ リンパ浮腫に対する包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムがある	350 100.0%	154 44.0%	141 40.3%	47 13.4%	8 2.3%

5.7.3

○ × 不明 無回答



5.7.3 ご意見

「リハビリテーション部」などの部署で行われるリハビリテーションに限られるのか？各診療科等ではあると思うが、リハビリテーション部では行われていないので「×」とした。
 ・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. いずれも特殊な専門分野のリハビリ。「包括的な」を「マニュアルなどが整備され、術直後から退院後外来通院までフォローできる体制」と理解した。2. その病院で行なわれるリハビリは種々の疾患の専門医の有無によって左右される。当リハビリ部ではスタッフ個々人の研修努力に頼っている状況である。(リン浮腫、乳房切除術後、及び痔手術後のリハビリ等)

1. 骨髄移植後のリハビリテーション医療、治療が含まれても良いと考えます。2. 各項目にある「包括的な患者教育」は、総論的な面が強く、この項では不要と考えます。3. 言葉として、「リハビリテーション医療or治療のプログラム」として統一すべきと思います。

5.7.3 一般的な手術後のリハビリテーションがあります。患者様の状態にあわせてリハビリテーションプログラムを組んでいきます。

5.7.3 対象患者の個々の症状、障害に対してのプログラムは、立案しアプローチしているが、包括的なプログラムの作成、施行は、まだ行っていない。

5.7.3.1 最近では温存例が多く殆ど処方されない。5.7.3.2 ~ 5.7.3.8 何れも処方例が少なく定期的なリハプログラムは準備していない。各症例ごとに対応している。

5.7.3.1 乳癌のリハビリが不要のケースが多い。5.7.3.8 乳癌のリンパ浮腫にたいしてはある。

5.7.3.1、5.7.3.1]決まったプログラムは作成していないが、個々の患者さんに合わせたプログラムを随時作成して施行している。5.7.3.8上記と同様。

5.7.3.2 術前はあるが、術後に関してはない 5.7.3.7 婦人科はプログラムがある。

5.7.3.2 肺手術後の呼吸訓練プログラムに関しては、ビデオ+パンフレット+指導がある。

5.7.3.2 術後肺機能の回復は患者のQOLに大きな意味を持っているので、呼吸リハは重要な位置を占めています。5.7.3.6パンフレットはあるが、プログラムとはいえないので、不明とします。実際に処方頻度の少ないケースに関しては取り立ててプログラムの準備はできていない。一般に知られているプログラムを参考にしている。脳腫瘍、咽喉がん等の患者が当院の場合処方される。また当院の場合、急性期病院なので、ターミナル患者は少なく、重度の患者はリハ中止になる可能性が高い。

5.7.3.3 骨肉腫などからくる肢端かと思われすが、他は内臓癌のため、列記する中で、少し違和感を感じます。

5.7.3.3 手術がない。

5.7.3.3~5.7.3.7に関しては、対象者のリハビリテーションの依頼はほとんどない。

5.7.3.6 患者教育は行おうが、リハビリの包括的なプログラムは特にない。

5.7.3.7...自己導尿等の指導は行なっていますが、リハビリということになると実施できていないため、「×」とさせていただきます。5.7.3.8...リンパ浮腫に対する包括的な患者教育は行っていると思いますが、リハビリ等は行っていないので、「×」とさせていただきます。

※○=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

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5. 7. 3. 8リンパ浮腫の勉強会、講習会を当院が中心となり、県内をリードし開催している。パンフレットを作成し、全国へ配布した。包括的な患者教育・リハビリテーションプログラムとは具体的にどのようなものをいうのか、わかりにくい。パンフレットのようなものはないが、患者さんに説明し同意書も得た上で手術をしており、術後についても適切に対応している。

5.73.8について現在取組中 包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムとは一体どのようなものをイメージしておられるのかがイメージできません。

5-7-3-1, 2, 8は必要時実施。

カルテを見て個々にプログラムを作成するがプログラムありに該当するか。

がん手術後のリハビリは行うが、具体的なプログラムは、協議・検討のもと実施している。

ケースによりプログラムを作成している。

セラピストに限定せず、日常行われるケースによるリハビリもきめて回答している。

どの程度まで求められているのか、包括的とはどのようなことかわかりにくい。多少なりとも行っているものは○とした。

なし

リハビリテーション科としての排便・排尿障害に対するリハビリテーションプログラムはないが、病棟ごとにNSサイドでベットのサイドで行える患者教育を行っている。(簡単なリハビリ)

リンパ浮腫に対する包括的な教育はしているが、必要に応じて指導はしている。

意見5. 7. 3状態に合わせたプログラムとは、評価に基づき個別に作成したプログラムで良いのか、又は疾病毎に標準化されたクリティカルパスを指すものか。

各個別疾患に対するプログラムはリハビリテーション科では有していない。ただし、必要に応じて実施している。各病棟で実施しているところもある。また、術前呼吸機能低下例では、必要に応じて周術期に関与している。

各主治医が個々の病態に応じて適切に対応している。

各当該病棟にはプログラムがあり病棟看護師が行っているが、リハビリテーション課としてはない。ご教示願います。今後、各病棟で行っているリハビリも、リハビリテーション課で行

わなければならないでしょうか？それとも、現状のままでよいのでしょうか？

患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムは診療科ごとに作成してあり、病院全体では検討していない。

患者教育は行っているが、リハビリテーションのプログラムに関することは現在対応が困難である。

機能は有しているが対象患者がいないまたはリハビリテーションの依頼がない

現在、当院には呼吸器外科がありません。2009年4月に開設の予定です。

現状は、がんに対するプログラムはない。

口腔癌以外は対象としていません。

疾患別にはプログラムはないが、個々に対応している。

上記項目のリハビリテーションについては、算定基準日からリハビリテーションの必要性が生じるまでに期間を要することが多く、算定に繋げることが困難な場合が多々みられており、

法改定を求めたい。

上記対象患者は取り扱っていない。

性機能障害、排尿障害に対する包括的なリハビリテーションは行っておりません。診療科ごとに個別に対応しております。

性機能障害に対しては未整備の診療科もあるため、今後検討が必要。リンパ浮腫に対しては、医師と乳がん看護認定看護員により個別に対応している。

全て個別のリハ処分です。リハの4領域に対してのCaRehaは非該当とされることが多い(0点に算定)医療機関のリハ体制の不備を問題にするよりも「総合的リハ」ないし「包括的リハ」を診療報酬上認めない。保険医療制度そのものに大問題があります。

当院にはリハビリテーション科があるが、全ての領域についてリハビリテーション科で行ってはいない。各診療科におけるリハビリテーションのプログラムをどのように評価すれば良い

のか不明。

特になし。

排便・排尿障害については、個別対応しており、包括的なプログラムはない。

排泄機能障害、性機能障害は当院でのリハビリ対象疾患としていない。

肺手術は行っていない。泌尿器がん手術は行っていない。婦人科手術は行っていない。

病棟でのリハビリプログラムに関しては不明

包括的なプログラムはないが、必要に応じて個別に対応している。

包括的な教育プログラムは実施していません。個別にリハビリ依頼に基づき、リハビリプログラムを実施しています。

※○=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

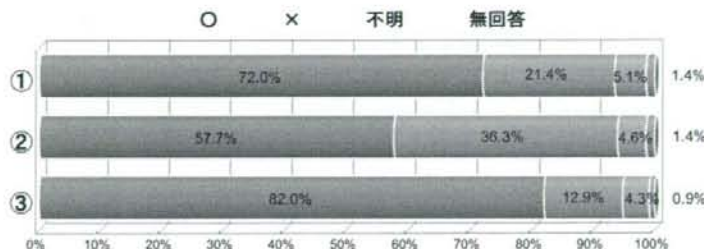
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.8 緩和ケアおよびサポート機能

5.8.1 緩和ケアの提供体制が確立している

	合計	○	×	不明	無回答
① 適切な緩和ケアを行なうのに必要な専門スタッフが確保されている	350 100.0%	252 72.0%	75 21.4%	18 5.1%	5 1.4%
② 患者の状態に応じて必要な心理士等の職員が確保されている	350 100.0%	202 57.7%	127 36.3%	16 4.6%	5 1.4%
③ 定期的にカンファレンスやラウンドを行っている	350 100.0%	287 82.0%	45 12.9%	15 4.3%	3 0.9%

5.8.1



5.8.1 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「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。

5.8.1.1 いずれのスタッフも確保されているが、兼務体制である。5.8.1.2 緩和ケアに関連した心理士は、非常勤待遇である。

5.8.1.1に関して「どのような“かたち”で配置されていけばよいのか? 専従・専任・兼任・併任?

5.8.1.1は1)2)はいるが、3)4)はいいない。当院は緩和ケア病棟にて緩和医療を行っている。今度は緩和ケアチームなどにより、一般病棟での緩和医療の展開が必要と考える。また、専門看護師、専門薬剤師の配置も必要と思われる。

5.8.1.1は3)のみ×、他は○

5.8.1.1常勤の精神科担当医師はいないが、非常勤医師がかかわっている。

5.8.1.2 心理士等の“等”は、他の、どのようなスタッフを指すのでしょうか? 緩和ケアを提供するにあたり、がん患者の診療に慣れている精神科のDrが配置されていても、さらに心理士の確保が必要なのか?

5.8.1.2 は心理士等に社会福祉士が入らなければ×にしてください。

5.8.1.2 心理士は確保していないが、MSWを配置している。

5.8.1.11身体症状担当医師に関しては主治医が行っている。5.8.1.3定期的カンファレンスは行っているがラウンドは今後検討中。

5-8-1-1精神科医師は必要時外部の特定した医師と連携できる体制になっています。

なし

メンタル面は担当医師がサポートしている(往診等は可)

外科医、精神科医、看護師、薬剤師各1名で緩和ケアチームを編成し、がん診療を担当する各科医師からの緩和ケアの依頼に対応している。平成21年4月からは緩和外来の設置も検討している。病棟及び外来の診療対応状況についての質問があると思う。

緩和ケアチームが立ち上がっている。基準作りに入っている

緩和ケアチームは結成され、提供体制はある程度確立されているが最高責任者が決定されていない。

緩和ケアチーム回診を週一回実施しているも2)に対しては必要時介入3)に対しては各病棟、科にリンクナース、リンクスタッフを配置している。認定看護師の在席はなし。今後採用と受診を希望しているスタッフがいる為、1~3年では認定看護師の配置ができると思う。

緩和ケアの身体症状担当医師・精神科担当医師を現在確保するのが困難。

緩和ケア認定看護師が勤務の際は、必ずラウンドを、するようにしている。週に1回週間カンファレンスを、行っている。

現在、緩和ケア認定看護師研修受講中(1名)。

主治医より依頼があれば、歯科麻酔科での疼痛コントロールを行う。

小児向けのみ臨床心理士が配置されています。

症例に対応して行っている。臨床心理士の確保が必要である。

精神科医、臨床心理士は常勤ではない

精神科医が不足している現状で、臨床心理士や心療内科医によるサポートを評価するのかどうか。

精神科医の確保は困難

精神科医の確保は非常に難しい

精神科医の常勤がわずか、精神科担当医師は、現在、麻酔科医が担当している。

精神科医師の確保について、考慮している。非常勤(臨時)で対応の予定。心理士の確保まで必須となると、多くの困難が考えられる。

精神科医師を確保することが困難である。

精神科医不足にて確保できない。へき地病院に来る医師がない。

精神的なフォロー関わりについては精神科医が対応

専従・専任の割合の調査も併せると良いと思う。

専任の精神科医、専門看護師、認定看護師、薬剤師はいない

全てのスタッフが配置することは困難

定期的カンファレンス、回診を行っている。緩和ケア病棟及び一般病棟のチーム回診を行っている。

当院では2004年4月から緩和ケアチームの活動が開始しており、緩和ケアの必要な患者に提供するようにしている。

特になし。

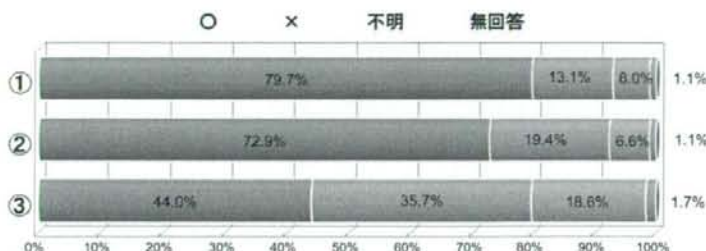
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.8.2 緩和ケアの導入および必要時の入院について体制が整っている

	合計	○	×	不明	無回答
① 疼痛や苦痛症状について評価の基準が定められ活用されている	350 100.0%	279 79.7%	46 13.1%	21 6.0%	4 1.1%
② 早い段階から緩和医療チームを中心とした緩和ケアを導入している	350 100.0%	255 72.9%	68 19.4%	23 6.6%	4 1.1%
③ 入院についての基準が明確になっている	350 100.0%	154 44.0%	125 35.7%	65 18.6%	6 1.7%

5.8.2



5.8.2 ご意見

「(イ)術後急性疼痛の3)患者による疼痛や苦痛の自己評価の仕組みがあり、活用されている」についてはできていない。

「入院についての基準」とは何を指すのか回答者にわかりづらいように思います。

・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「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。

1) (ア) ○ (イ) × 2) ○ 3) ○

5.8.2.3項目の意味が不明

5.8.2.4月から緩和ケア病床2床確保の予定

5.8.2.1 (イ)術後急性疼痛が満たされていない場合、1)~3)すべての総合評価が難しいです。5.8.2.3 “緩和ケア診療科” “緩和ケア病棟”がない場合であっても、実際には緩和ケア目的での入院は行われている。そのような場合も“体制”や“入院基準”は整備が必要なのか？

5.8.2.1は1) (イ)のみ×、他は○

5.8.2.1は1) (イ)のみ×。

5.8.2.2「導入している」というより「仕組みがある」という方が良いのでは？早い段階は、チームより主治医が対応するケースが多いので。

5.8.2.2については、患者の状態、医師によりバラツキがある。5.8.2.3 当院は急性期病院であるため、最初から緩和ケアを目的とした患者はいない。

5.8.2.3 「患者・家族の希望に基づいた担当医の判断」というのは基準にあるのか。

5.8.2.3 何の基準かわからない。

5.8.2.3 緩和ケアチームが管理する病床がないため、入院基準は各科の医師に委ねられているのが現状である。

5.8.2.3「入院の基準」は、緩和ケア上の入院基準のことか？

5.8.2.2緩和ケアチーム発足平成21年1月活動を始めたばかりなので早い段階についてのスクーリングはまだ確立できていない。

がん性疼痛については、スケールを用いているが、術後痛、その他については、行っていない。この場合は、×なのか不明なのか、(ア)と(イ)を全て満たせば○なのか。5.8.2.1.3)については、外来では、自己評価表を手渡している。

がん性疼痛の評価ツールは既存にあるものを緩和ケアチームが使用している。術後急性疼痛については不明。早い段階から導入してもらえるように体制は整えているが、広報が不十分で導入がしっかりできていないとも言えない。緩和ケアチームで活動しており、緩和ケアが必要な場合の入院についての基準はない。

チームとして明確化した存在ではない。施設が多いのでは？

チームへの依頼については、まだ終末期になってからが多いように思います。

なし

緩和ケアチームの関与に関わらず、早期より行っているようである。疼痛に関しての入院の基準はない。

緩和ケア病棟を持たない病院では、「入院についての基準」はNAでよいのか。

緩和医療を担当する医師不足が表面化してきています。

現在、入院の基準、緩和ケアの導入時期の決定を検討中である。

診療科により異なる。

早い段階とはどの段階？

当院での基準が十分なものであるかどうかは不明だが、確立された評価スケールは存在する。(5.8.2.2)「早い段階」とはいつを指すのか不明確。(5.8.2.3)医師の判断による。

特になし。

内科と共に、緩和ケアに取り組んでいる。

入院についての基準は、各科・各主治医で決定されている。

入院についての明確な基準作りは意義がないと考える。

入院に関しては各科の外来で対応しており、一定の基準があるわけではない。外来での緩和ケアは当院を含めて全ての医療機関の今後の課題である。

本院は緩和ケアを目的とした入院は受け入れていない。入院患者で緩和ケアが必要となった場合は早期対応を行っている。

※○=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

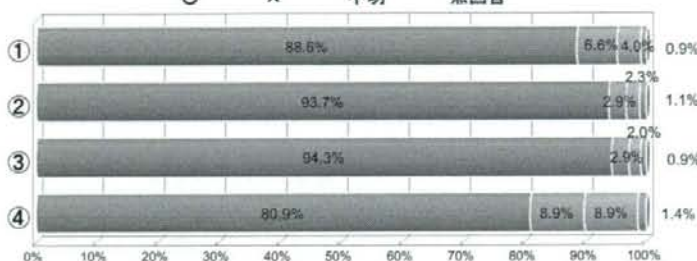
5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.8.3 疼痛緩和の方針が明確に示されて実施されている

	合計	○	×	不明	無回答
① WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実施されている	350 100.0%	310 88.6%	23 6.6%	14 4.0%	3 0.9%
② 鎮痛薬が適正に管理、使用されている	350 100.0%	328 93.7%	10 2.9%	8 2.3%	4 1.1%
③ 薬剤師により麻薬の薬剤管理指導が行われている	350 100.0%	330 94.3%	10 2.9%	7 2.0%	3 0.9%
④ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある	350 100.0%	283 80.9%	31 8.9%	31 8.9%	5 1.4%

5.8.3

○ × 不明 無回答



5.8.3 ご意見

(5.8.3) 医師の指示により対応。(5.8.3.4) 電子カルテによって全て共有できる。

・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。

5.8.3.1について、緩和ケアチームが介入している患者においては、アセスメント、マネジメントが標準化されているが、全てではない。この場合「不明」なのか。○の項目であれば、答えやすい。大項目は、質問が曖昧である。

5.8.3.1に関して 何パーセント実施されていれば○になりますか？30%以上程度でしょうか？

5.8.3.2の鎮痛薬に関する問いに付随した解説が、文法的に如何でしょうか？

5.8.3.3 麻薬使用患者は多いので、必ずしも全員に薬剤師が関与しているわけではない。主治医、看護師、緩和ケアチームなどで指導を行い、薬剤師による指導が必要と思われるケースに対応してもらっている。

5. 8. 3. 3. 一部に限る

5. 8. 3. 3全例に指導をしているわけではないが、新規導入においては指導を実施している。

5.8.3.4具体的にどういふものを指すか。

5. 8. 3. 4具体的にどのような情報で、どの程度の職種が共有することを想定しているのかをもう少し詳しく記載してほしい。

5. 8. 3. 4疼痛緩和についてカンファレンスを実施(医師・薬剤師・看護師)薬剤(麻薬)に関する情報は薬剤師からの情報提供がある。

WHO式に準じて行っている。

がん性疼痛に関しては、現在緩和ケアチームがないため、主治医によって行われている。その為、主治医の力量にまかされている為、疼痛コントロールにはバラツキがある。疼痛コントロール困難事例には、依頼によりがん性疼痛看護認定看護師が介入し、対応している。

がん疼痛緩和ケアケースが外来でも積極的に活動している。

なし

フェイススケールや緩和ケアチームをととして情報の共有化を図っている。

外来患者の麻薬処方については、薬剤管理指導料が算定できないため行っていない。

緩和ケアチームの一員としての薬剤師と薬剤管理指導の薬剤師を区別して答えるのか？ 緩和ケアチームは実施しているが、その他の医療者が必ずしも行っているとは言えないため、回答しにくいと思う。

緩和ケア認定看護師が少しずつ患者の情報を、共有できるようにしている。

資料は作成中であるが、疼痛緩和については麻酔科医を中心として緩和ケアチームでWHO方式に基づいて行っている。

電子カルテ以外の情報共有がよいのでしょうか

当院では疼痛緩和に関して緩和ケアチームと病棟薬剤師が積極的に情報提供をしている。

特になし。

薬剤師: 5. 8. 3. 3) 全対象患者のうち、どのくらいの割合を満たせば指導が行われているといえるのか？100%でなければならないのか？

疼痛に関する情報だけが独立している仕組みはないがカルテ上には記載されており、共有しているのはどうするか。

疼痛管理を病院全体で統一化することを現在検討中。診療医師単位で行われている診療科もある。

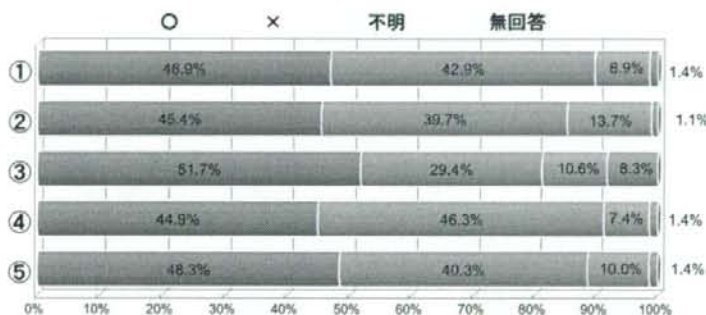
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.8.4 患者・家族に対する精神サポートと教育体制が構築されている

	合計	○	×	不明	無回答
① 担当医、看護師、精神科医、ソーシャルワーカーや臨床心理士などの多職種によるサポートプログラムがある	350 100.0%	164 46.9%	150 42.9%	31 8.9%	5 1.4%
② 心理療法、サポートグループ、リラクゼーション訓練、気分転換・運動のような自己マネジメント、患者同士が話し合える機会の設定などに取り組んでいる、あるいは取り組む予定がある	350 100.0%	159 45.4%	139 39.7%	48 13.7%	4 1.1%
③ 上記が備わっていない場合には、院内に連携がとれる心理職が確保されている	350 100.0%	181 51.7%	103 29.4%	37 10.6%	29 8.3%
④ 院内の患者会、患者同士の交流会あるいは患者・家族を対象とした勉強会を行っている	350 100.0%	157 44.9%	162 46.3%	26 7.4%	5 1.4%
⑤ 多職種による患者教育が継続的に行われている	350 100.0%	169 48.3%	141 40.3%	35 10.0%	5 1.4%

5.8.4



5.8.4 ご意見

(5.8.4.1)「サポートプログラム」の定義が不明確で判断が難しい。

・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」が示されること望ましい。

5.8.4.1 サポートプログラムとは？計画としてとらえるならどういふことを言っているのか？ 5.8.4.4 がんサロンのことをさしているのか？交流会と勉強会は違うのではないのか？

5.8.4.1 サポート体制はあるが、サポートプログラムは作成していない。

5.8.4.1について どの程度のことをサポートプログラムというのでしょうか。

5.8.4.1は、「緩和ケアチームの活動以外で」という意味か？緩和ケアチームの活動で良いのなら「○」である。5.8.4.5は、患者さんからの相談に対してではなく、定期的な講義や勉強会を指すのか？

5.8.4.2 一部の病棟患者(呼吸器)を対象に行っている。

5.8.4.2は部分的に取り組んでいる

5.8.4.3に関して 5.8.4.2がある場合にはこの項目はどこに印をつければよいのかわかりません。(○・×・不明)困惑。5.8.4.5に関して 一部のがんについてはDrとWOCやDrと認定看護師とで1回/1年くらいは続けていますが、どの程度のことをすれば(○・×・不明)になるのでしょうか。

5.8.4.3の項目について、上記が備わっている場合も「実施・対応状況」の回答が必要なかどうか不明。

5.8.4.4 院内の患者会等に限定しない方がよい。当院では一般市民と連携して実施している。5.8.4.5「患者教育」という文言は適切ではない。

5.8.4.5:多職種による個人指導は行われているが、多数の患者を集めての教育の場は設けられていない。

サポートや教育体制については必要性はあっても、人的資源の問題もあり、対応が難しい状況。かなりバックアップがないと実現が難しい。ハードルの高い項目だと思う。(コストがどうなるのかなど)

なし

院内で患者会があった場合には、病院スタッフがサポートするようにしている。毎月1~2回程度。病院1階でミニコンサート(音楽療法)をしている。緩和ケアチームには、精神保険指定医、ソーシャルワーカー、臨床心理士が所属している。

患者・家族を対象として勉強会は乳がん、血液がんを中心として行っております。

患者会・交流会などは、今後の課題とします。

患者同士が話し合える場や、患者会、学習会などについて現在検討中

患者同士の交流は今後の課題である。

緩和ケアの細部は検討中である。

具体例を提示した方が、実体を把握しやすいと思います。

神経精神科医師と、緩和ケアチームを、はじめとする、連携がなされている。

精神科医、臨床心理士が常勤ではない

精神科医、臨床心理士の確保に苦慮している。5.8.4.5質問が大きすぎる。例えば、化学療法に関することならば、導入前後に指導を行なっている。

精神科医の常勤がなく、非常勤医にて、問題があるときのみ受診、相談を行っている。H20.9月より同友愛会グループ後方病院と合同にて開催を第1回目を行った。

単科大学のため医科施設との連携を行っている。

特になし。

脳腫瘍などがあり、各診療科で対応している。

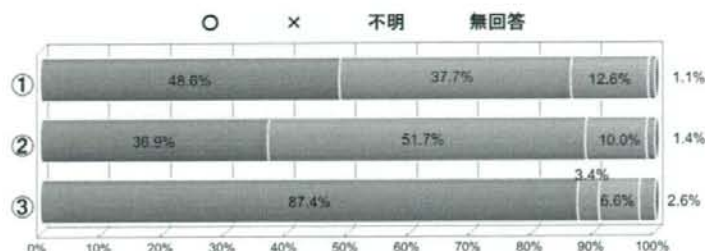
※○=実施または対応している、×=実施または対応していない、不明=または関連する機能を持たない

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

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

	合計	○	×	不明	無回答
① 24時間の対応システムがある	350 100.0%	170 48.6%	132 37.7%	44 12.6%	4 1.1%
② 訪問サービスの体制が整備され、適切なケアが行われている	350 100.0%	129 36.9%	181 51.7%	35 10.0%	5 1.4%
③ 必要時、適切な施設に紹介している	350 100.0%	306 87.4%	12 3.4%	23 6.6%	9 2.6%

5.8.5



5.8.5 ご意見

(5.8.5.1)「24時間の対応システム」とは何を指すのか？当院では職員の勤務時間外は対応していない。(5.8.5.2)訪問看護ステーションなどと連携を取り合っている。

・往診はしていない。・訪問看護は24時間対応している。必要に応じて紹介している。

・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。

24時間の対応は現在のスタッフでは困難である。

24時間救急体制、訪問看護サービス実施あり

5.8.5.1について、24時間対応システムの定義・意味合いがハッキリ分らない。具体的に「○○できる体制を24時間取っている」または、「○○できる24時間対応システムがある」と記載された方が分かり易い。

5.8.5.1については、緩和ケア病棟の対応している。5.8.5.2については、緩和ケア病棟の医師により、往診等を行っている。

5.8.5.2 1)、3)は未実施、2)は実施している。

5.8.5.2 当院は訪問サービスの体制はとっていないため、該当しない。

5.8.5.2 訪問サービス体制はありません。

5.8.5.2 当院は訪問サービス部門を持たないが、地域医療機関と連携し、在宅療養を支援している。5.8.5.3 患者、家族の希望により、施設・療養型病院、ホスピスなどの紹介を行っている。

5.8.5.2 特定機能病院である国立大学医学部附属病院がそこまで求められるのか。

5.8.5.3 むしろ、がん拠点病院としては、在宅チームとの連絡や退院支援のシステムの有無を聞いた方がよい。

がん診療についてですか？緩和ケアについてですか？

どこに対して24時間の対応システムがあるのかと尋ねている相手がわかりにくい。当院は往診はしないことになっています。施設の機能特性に合わせてなら、他は全部対応してなくても5.8.5.3のみができていれば、できているということになるんですね。

なし

医師会との連携の中で適切な治療ができるよう努力している。

患者・家族の希望を重視して対応している。

自院では訪問看護ステーションをもっていないため、プライマリケアチーム(地域の往診医・24時間対応訪問ケアマネ等)と連携しながら在宅緩和ケアを行っている。(「緩和ケア岡山モデル」を実践中)

自院には機能が無い場合、連携により対応可能な場合が多いと思われる。

設問の趣旨が不明確であると思われる。

地域医療連携室で往診医、訪問看護師と連携調整の体制はあるが、当院に訪問看護や往診システムはない。

適切な施設の数が少なく、患者・家族の要望がかなわない事も多い。ホスピスやターミナルケアを受け入れられる病院の増設が必要と思う。「往診・訪問看護・その他」がまとめて問われているので、回答に困りました。(在宅医療室)

特になし。

特別に「在宅ホスピス」として在宅医療を行っていないが、多くの患者を在宅で看取ってきた実績がある。

必要な訪問サービスを依頼する

必要時適切な施設に紹介について医療連携センター・がん相談支援センターが、コーディネーターとなり、在宅であればかかりつけ医、訪問看護、介護保険関係者を紹介、調整。施設入所であれば、継続治療、療養、緩和ケアなどの目的に応じた施設を紹介。患者家族の意向を確認しながら療養先が決まるまで支援

病院である以上、入院患者に対して、24時間の対応システムがあるのは当然である。質問の意図が不明。

療養場所については、患者家族の希望に添い選択している。在宅の場合は24時間体制に対応できる在宅Drネット、訪問看護ステーションと連携。当院には訪問サービスはないため、地域の訪問看護ステーションと連携し、患者サマリィ郵送退院前カンファランスを行い、患者のケア見学などで、事前に患者の状況を確認して、継続したケアの実践に努力している。また、患者の家族背景等に応じて希望を開き適切な施設を紹介している。

※○=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

5.8.6 死別後の家族への対応が適切である

	合計	○	×	不明	無回答	
① 死後のケアを適切に行っている	350 100.0%	281 80.3%	35 10.0%	30 8.6%	4 1.1%	
② 死別後早期・長期の家族への心理的ケアを行う体制がある	350 100.0%	110 31.4%	188 53.7%	49 14.0%	3 0.9%	

5.8.6



5.8.6 ご意見

(5.8.6.2)どのレベルの体制を○とするのか思慮に困る。当院では、求めに応じて、医師や看護師、心理士やソーシャルワーカーが対応している。

◇の内容に関して 時間だけでいいのですか？

・エンゼルメイクに力を入れており、研修を受けた緩和ケア病棟ナースが院内に対しても啓発中である。・定期的な手紙によるグリーフケアおよび年1回の遺族会(きずな会)を開催している。

・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。

5.8.6 さらに、看護業務改善委員会で検討中

5.8.6.2 早期・長期の別が明確ではない。どの程度の内容を認めるのか。

5.8.6.2 体制として確立していないが、実際にはニーズがあった場合は対応している。全体を通しての意見 “実施している”と“対応している”の表現の違いが判らなかった。“体制”や“システム”としては確立されていないが、実際は、患者のニーズや治療上の必要性に応じて、臨機応変に対応している。こういう場合はどのように、回答していいのかわからなかった。今回は“×”にしています。

5.8.6.2 1→家族が必要とされる場合に限って対応している

5.8.6.2について、心理ケアは一部で実施されていますが、対象は産科婦人科の入院患者の遺族であり、がん患者だけを対象としたケアは行われていません。

5.8.6.2について、個別対応を実施しているケースもあるが、体制まで整っていない現状のため、×とした。体制とはどの程度のことか、詳細を例に挙げると回答しやすい。

5.8.6.2各病棟、在宅医療指導管理室の看護師にて家族への慰安に努めている。

5.8.6.2希望があれば行なうことができる。

がん相談支援センターでグリーフケアを行なっている。

なし

グリーフケアについてはプログラム化された体制は整っていない。緩和ケア病棟では家族会を定期的に行っている。

遺族ケアについては必要であれば臨床心理士、ソーシャルワーカーで担当してもらおうとしている。

家族ケアについては一般病棟と緩和ケア病棟で異なる。緩和では死後6か月～1年で皆があつまる会等も開いている。一般ではそこまでできない。しかし、コストは病院もち出しとなつていて苦しい。

個々の職員(看護師)のレベルでは行うこともある。今後の課題として病院全体で対応すべき事項で検討中である。看護外来において、グリーフケアを実施予定。

個別に心理的ケアを行うケースはあります。がん相談支援室を利用された方など。

死別後の心理的ケアは今後の課題である。

死亡後の家族への対応は検討課題で、生前の対応が重要と考えるが現時点で長期の家族への心理的ケアを行う体制の確立は困難である。

小児科、NICUでは死後の家族へのサポートを行っている。しかし、がん患者家族への心理的サポート体制は、リエゾンナースがケースによっては一時的に関与程度である。

常に看護師が心理ケアを心がけている。明確な体制とは？

特になし。

内科によって行っているが、実際には各々の症例で対応が異なる。

必要性はあっても全ケースに介入するのは難しい項目だと思う。ケアの必要性や、それまでの医療者と家族との関係性にもよると思うので。院内死亡と在宅でのお看取りと合わせて質問されているのでしょうか？また、「適切に」とは、何を基準に適切とすればよろしいのでしょうか？(在宅医療室)

病棟により対応は統一されていない。

亡くなった後、看護師は遺族への心理面を配慮した声かけや安定した感情で病院を出られるような関わりを行っている。早期のグリーフケアは行なっている。

臨床心理士を配置を今年度行ったところであり、今後の業務量等を見ながらこれらにも取り組むこと考えられる。

「がん診療機能評価項目」案に関するアンケート

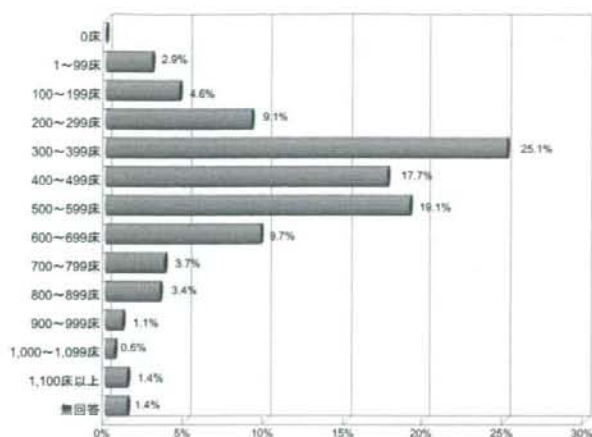
基礎データ 編
集計結果
確定版

2009.3

2. 病床数(平成20年10月1日時点)

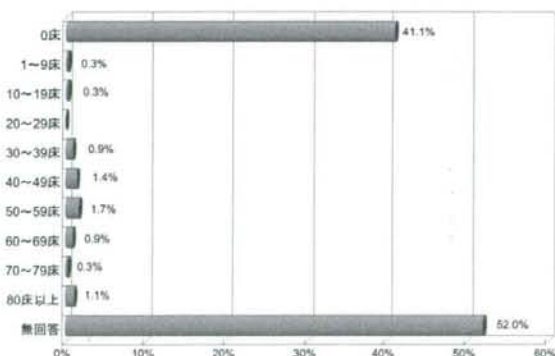
■ 一般病床

	件数	%
0床	0	0.0%
1~99床	10	2.9%
100~199床	16	4.6%
200~299床	32	9.1%
300~399床	88	25.1%
400~499床	62	17.7%
500~599床	67	19.1%
600~699床	34	9.7%
700~799床	13	3.7%
800~899床	12	3.4%
900~999床	4	1.1%
1,000~1,099床	2	0.6%
1,100床以上	5	1.4%
無回答	5	1.4%
合計	350	100.0%
平均	458.2	
四分位数(最小値)	23	
四分位数(25%)	320	
四分位数(50%)	418	
四分位数(75%)	571	
四分位数(最大値)	1,358	



■ 療養病床(医療保険適用)

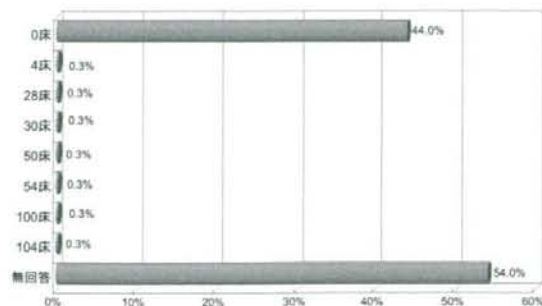
	件数	%
0床	144	41.1%
1~9床	1	0.3%
10~19床	1	0.3%
20~29床	0	0.0%
30~39床	3	0.9%
40~49床	5	1.4%
50~59床	6	1.7%
60~69床	3	0.9%
70~79床	1	0.3%
80床以上	4	1.1%
無回答	182	52.0%
合計	350	100.0%
平均	60.8	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	0	
四分位数(最大値)	653	



※平均は653床を除いて算出しています

■ 療養病床(介護保険適用)

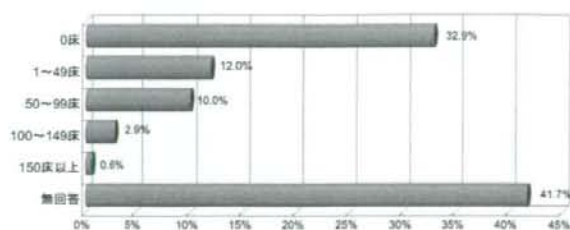
	件数	%
0床	154	44.0%
4床	1	0.3%
28床	1	0.3%
30床	1	0.3%
50床	1	0.3%
54床	1	0.3%
100床	1	0.3%
104床	1	0.3%
無回答	189	54.0%
合計	350	100.0%
平均	52.9	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	0	
四分位数(最大値)	104	



2. 病床数(平成20年10月1日時点)

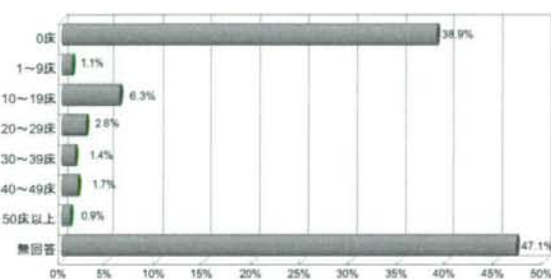
■ 精神科病床(総数)

	件数	%
0床	115	32.9%
1~49床	42	12.0%
50~99床	35	10.0%
100~149床	10	2.9%
150床以上	2	0.6%
無回答	146	41.7%
合計	350	100.0%
平均	55.9	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	47	
四分位数(最大値)	220	



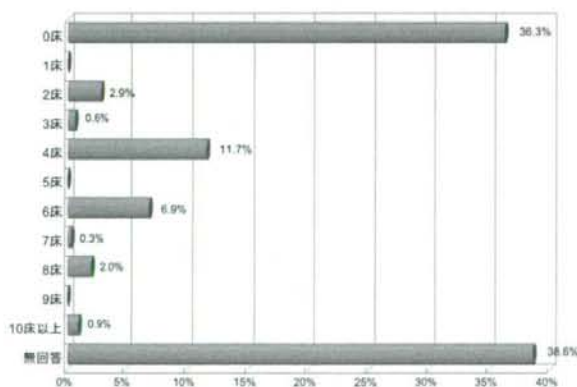
■ 結核病床

	件数	%
0床	136	38.9%
1~9床	4	1.1%
10~19床	22	6.3%
20~29床	9	2.6%
30~39床	5	1.4%
40~49床	6	1.7%
50床以上	3	0.9%
無回答	165	47.1%
合計	350	100.0%
平均	21.5	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	6	
四分位数(最大値)	60	



■ 感染病床

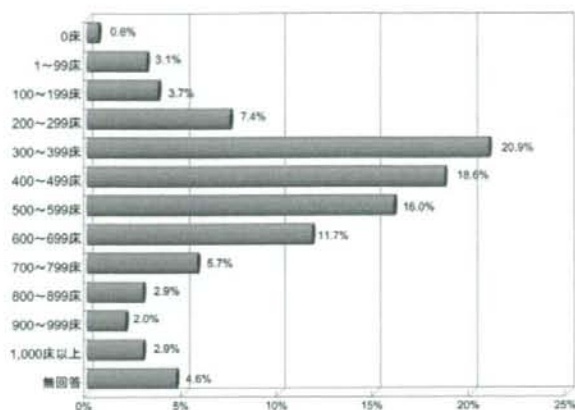
	件数	%
0床	127	36.3%
1床	0	0.0%
2床	10	2.9%
3床	2	0.6%
4床	41	11.7%
5床	0	0.0%
6床	24	6.9%
7床	1	0.3%
8床	7	2.0%
9床	0	0.0%
10床以上	3	0.9%
無回答	135	38.6%
合計	350	100.0%
平均	4.9	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	4	
四分位数(最大値)	14	



2. 病床数(平成20年10月1日時点)

■ 病床数/総数

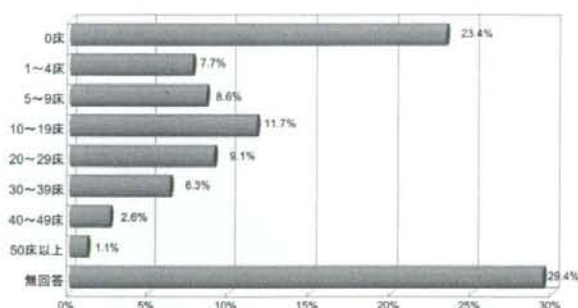
	件数	%
0床	2	0.6%
1~99床	11	3.1%
100~199床	13	3.7%
200~299床	26	7.4%
300~399床	73	20.9%
400~499床	65	18.6%
500~599床	56	16.0%
600~699床	41	11.7%
700~799床	20	5.7%
800~899床	10	2.9%
900~999床	7	2.0%
1,000床以上	10	2.9%
無回答	16	4.6%
合計	350	100.0%
平均	481.8	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	339	
四分位数(50%)	442	
四分位数(75%)	600	
四分位数(最大値)	1,423	



3. 特殊病床数(平成20年10月1日時点)

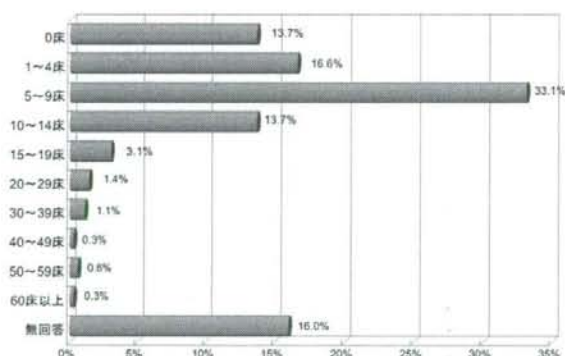
3-1. 救急専用病床

	件数	%
0床	82	23.4%
1~4床	27	7.7%
5~9床	30	8.6%
10~19床	41	11.7%
20~29床	32	9.1%
30~39床	22	6.3%
40~49床	9	2.6%
50床以上	4	1.1%
無回答	103	29.4%
合計	350	100.0%
平均	17.1	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	6	
四分位数(75%)	20	
四分位数(最大値)	60	



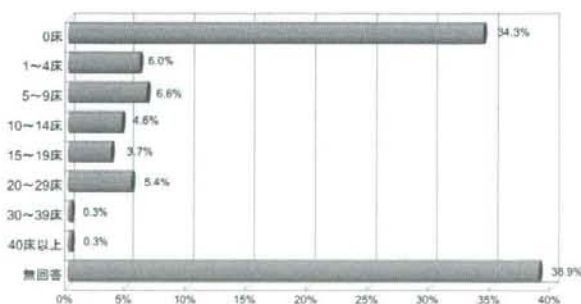
3-2. 集中治療室 (ICU)

	件数	%
0床	48	13.7%
1~4床	58	16.6%
5~9床	116	33.1%
10~14床	48	13.7%
15~19床	11	3.1%
20~29床	5	1.4%
30~39床	4	1.1%
40~49床	1	0.3%
50~59床	2	0.6%
60床以上	1	0.3%
無回答	56	16.0%
合計	350	100.0%
平均	8.8	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	4	
四分位数(50%)	6	
四分位数(75%)	9	
四分位数(最大値)	61	



3-3. ハイケアユニット (HCU)

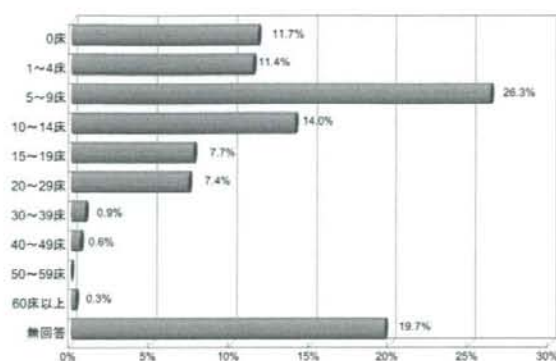
	件数	%
0床	120	34.3%
1~4床	21	6.0%
5~9床	23	6.6%
10~14床	16	4.6%
15~19床	13	3.7%
20~29床	19	5.4%
30~39床	1	0.3%
40床以上	1	0.3%
無回答	136	38.9%
合計	350	100.0%
平均	12.2	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	8	
四分位数(最大値)	42	



3. 特殊病床数(平成20年10月1日時点)

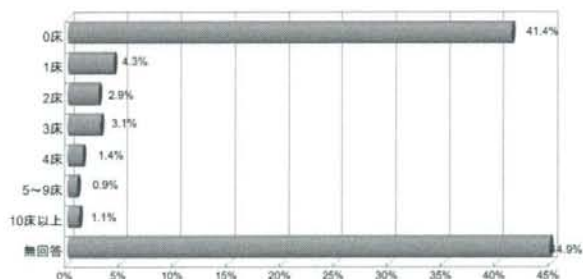
3-4. 外来化学療法専用病床

	件数	%
0床	41	11.7%
1~4床	40	11.4%
5~9床	92	26.3%
10~14床	49	14.0%
15~19床	27	7.7%
20~29床	26	7.4%
30~39床	3	0.9%
40~49床	2	0.6%
50~59床	0	0.0%
60床以上	1	0.3%
無回答	69	19.7%
合計	350	100.0%
平均	10.8	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	4	
四分位数(50%)	8	
四分位数(75%)	13	
四分位数(最大値)	60	



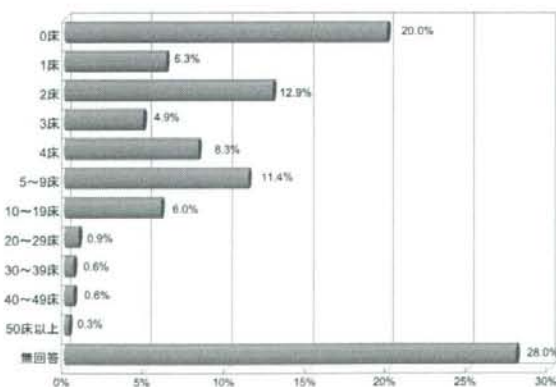
3-5. 放射線病室

	件数	%
0床	145	41.4%
1床	15	4.3%
2床	10	2.9%
3床	11	3.1%
4床	5	1.4%
5~9床	3	0.9%
10床以上	4	1.1%
無回答	157	44.9%
合計	350	100.0%
平均	3.2	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	0	
四分位数(最大値)	18	



3-6. 無菌病室

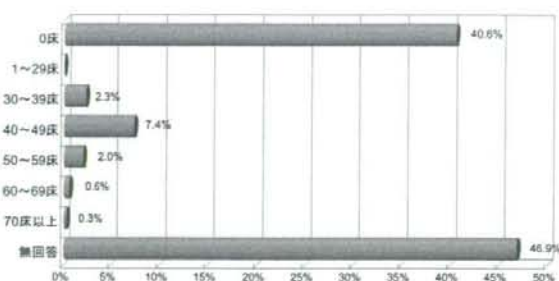
	件数	%
0床	70	20.0%
1床	22	6.3%
2床	45	12.9%
3床	17	4.9%
4床	29	8.3%
5~9床	40	11.4%
10~19床	21	6.0%
20~29床	3	0.9%
30~39床	2	0.6%
40~49床	2	0.6%
50床以上	1	0.3%
無回答	98	28.0%
合計	350	100.0%
平均	6.0	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	2	
四分位数(75%)	5	
四分位数(最大値)	50	



3. 特殊病床数(平成20年10月1日時点)

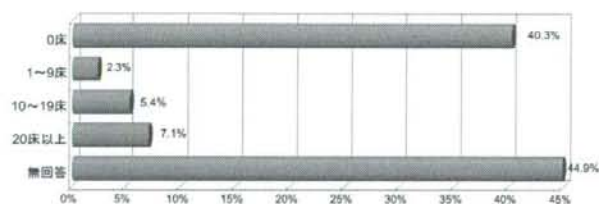
3-7. 回復期リハビリテーション病床

	件数	%
0床	142	40.6%
1~29床	0	0.0%
30~39床	8	2.3%
40~49床	26	7.4%
50~59床	7	2.0%
60~69床	2	0.6%
70床以上	1	0.3%
無回答	164	46.9%
合計	350	100.0%
平均	44.9	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	0	
四分位数(最大値)	78	



3-8. 緩和ケア病床

	件数	%
0床	141	40.3%
1~9床	8	2.3%
10~19床	19	5.4%
20床以上	25	7.1%
無回答	157	44.9%
合計	350	100.0%
平均	18.1	
四分位数(最小値)	0	
四分位数(25%)	0	
四分位数(50%)	0	
四分位数(75%)	6	
四分位数(最大値)	43	



4. 診療報酬に係る施設基準(平成20年10月1日時点で当てはまるもの)

	件数	%
緩和ケア診療加算	47	13.4%
緩和ケア病棟入院料	38	10.9%
テレパソロジーによる 病理組織迅速顕微鏡検査	34	9.7%
外来化学療法加算Ⅰ	245	70.0%
外来化学療法加算Ⅱ	61	17.4%
遠隔画像診断	31	8.9%
合計	456	130.3%
母数	350	

