

- 家族（遺族）へのケアについては、講習会を実施している段階であり、一般病棟ではまだである。
- 「専従・専任」については、必ずしも専従のほうがよいとは思わない。技師等については、ミスの防止・分担等の観点から、複数の専任を置くこととしている。表現を考えてほしい。

(3) C 病院

(C 病院について)

- 415 床のがん専門病院である。緩和ケア病床は 17 床、外来化学療法部門は 24 床あり、1 日 6-80 件、月 1000 件程度の稼働率である。
- 専門病棟のため、他の疾患への対応が難しい状況である。たとえば、循環器専門医はいるが、糖尿病専門医・精神科医が常勤ではないため、緩和ケアチームの要件を満たせない。
- 電話相談は月に 100-200 件程度受けている。

(評価項目体系案について)

- 拠点病院の基準と保険の基準に差がある点に苦慮している。
- 院外処方を増やした結果、薬剤師数を減らしてしまったため、注射薬の混合等を満たすのが難しくなってしまった（薬剤師数については現在再度増やして対応している）。
- 日本医療機能評価機構のいわゆる病院機能評価の項目と重なる点があり、答えるのに困った。
- 専従・専任の解釈については、非常勤専従が認められるか等を含め、非常にわかりづらく、判断しづらい。
- 評価項目自体のスタンスとして、「統合版評価項目+がん」という位置づけなのか、がん診療に関する評価は単独で行うのか。
- 現在は 450 例の全死亡に対して 200 例程度を緩和ケア部門が担当しているが、10 年後、20 年後を考えると地域連携せざるを得ない。そのための研修を行う必要がある。

(4) D 病院

(D 病院について)

- 連携拠点病院である。560 床の総合病院であり、精神科病棟もある。緩和ケアについては、チームはあるが病棟はない。外来での緩和ケア充実にむけてははじめたところである。

(評価項目体系案について)

- 「がん診療施設としての病院の基本方針が明示されている」等、抽象的な文言があり、判断に迷った。インターネット上に示してあればよいのか、病院理念として文書化されていけばよいのか。何をもち「周知」とするか等の指針があるとよい。
- 今回の自己評価(実施状況調査)を行うことで、がん診療の弱点はわかってきた。放射線技師の専従、リハビリテーションについては、救急もある総合病院であり、がん以外にも対応しているため、がんに特化して実施しているわけではない。
- 評価項目体系の対象をどこにするのか。がん専門病院と一般病院(総合病院)では状況がかなり異なる。病院のタイプ別に別立てで作ったほうがよいのではないか。

(5) F 病院

(F 病院について)

- F 県西南地域(人口 10 万人)の中核的総合病院であるが、高齢化が進んでおり、また、医師の確保が非常に厳しい。
- 僻地医療、急性期対応、検診、在宅医療等を一手に引き受けている(市内に 1 つしかない)。
- 内科部長・救急・外来化学療法部長等、一人の医師が複数の職務を兼務している状況である。

(評価項目体系案について)

- どの程度を目指す均てん化なのか。病院によって区分を明確にしてほしい。自院にない機能については他病院と連携できるよう、上(行政)からの働きかけがほしい。
- 高齢者への告知については、「先生にお任せします」「私にはわからないので若い者(= 家族)に話してくれ」等の状況があり、希望をどこまで汲むかでがん告知に関する評価項目の判断が変わってくる。
- がん診療の研究は日進月歩で更新されており、情報をどのように得るか、どのように管理・利用するか、が大きな課題となっている。厚生労働省・国立がんセンター・各学会等、よりどころとなる情報を提供してほしい。診療ガイドラインの活用、最新情報の入手法、許可されていない薬の使用等について目安がほしい。
- 看護師・薬剤師・放射線技師等の認定制度については、人的余裕がないため、1 年間に 1 人が研修に行き資格を取るのが精一杯である。研修を受けるための試験がある等、資

格を取得しづらい状況にある。国立がんセンターでの研修に限らず、他の研修も同等とみなす等、もう少し資格を取得しやすくする必要があるのではないかと。

- 評価項目の文言が抽象的であり、判断・評価に迷った（例：プライバシーが守られる、化学療法後に休息できる場所、等）。基準や指針がほしい。
- 拠点病院の整備指針・厚生労働省の通達との不一致があつて混乱したので、一本化してほしい。今回の評価項目を満たしておけば拠点病院の審査がOKになる、等だとよい。

（評価機構 / 研究班の立場から）

- a・b・cまたは5段階評価にすることも考えたが、シンプルにしようとした結果「×」と「NA」の位置づけがわかりづらくなってしまった。配慮が足りなかった。
- 評価機構としては、医療機能評価における付加機能のような位置づけにしたほうがよかったかもしれない。不明確だった。
- 拠点病院の基準等との文言の整合性については、ご迷惑をおかけして申し訳なかった。
- 緩和ケアの家族の扱い、高齢者に対する告知等の問題をどのように項目に入れていくかは、今後の課題として今年度の報告書では注意事項として付記しておくこととしたい。
- A病院先生からご指摘いただいた「本質をどこまで見るか」については、難しい問題であり、手が回らなかった。次につなげていきたい。
- 項目数が膨大になってしまったが、レジメン管理等については以前同じような調査を実施したときと比較して「○」が増えてきている。
- 病棟薬剤師、外来薬剤師については「現時点ではできていない」という趣旨のコメントをたくさんいただいた。「メディカルが職能を発揮できる体制作り」として今後の課題としていきたい。
- 「どこまでやっていいかわからない」というご意見をいただいたが、今回の項目はかなり理想的な内容である。「現状がどこまで達しているか」を調査した上でどこまで満たすべきかが示せるのではないかとと思う。
- 拠点病院の基準は最低限の基準であり、実態はわからない。

3. 意見交換

- この項目を今後どのように使用するかは未定であるため、「完成版」とはしない。整備指針の内容・文言を反映するように整理していきたい。（研究班員）

- アンケート（がん専門医の意見）が機能評価として妥当か。均てん化を目指すのであれば、国立がんセンター等の専門病院（年間がん患者1万人）ではなく、「年間800-1,200人がん患者を診る病院がどうするべきか」の方が主軸になるのではないか。今の評価項目は専門病院向けの項目であり、項目の作成法という点で報告書の考察の部分に入れてほしい。
- 拠点病院について、「Aランク・Bランク・Cランクのようにランクわけをしてほしい」と主張している。「拠点病院」と言ってしまうと、国立がんセンター中央病院も地域の拠点病院も同じ機能という前提で患者さんは捉えてしまう。二次医療圏にある拠点病院全てが放射線治療をしっかりとやる必要があるのか。大きい病院で集約してやればいいのか。一方で、相談や緩和ケアについては全拠点病院に備わっていてほしいと思う。以上のことから、病院の区別をつけたほうが良いと思う。
- 「統合版医療機能評価」と「均てん化」の扱いについて、国立がんセンターも地方の病院も同等に扱うのか、ランク付けをしてそれぞれ評価するべきか、という議論を報告書に入れてほしい。
- 整備指針とまったく別だと一般の病院にはストレスになる。「拠点病院の整備指針があり、その上にプラスアルファとして評価項目がある」という位置づけにしないと非常に困る。評価項目を作ってもやる気がしないし、自己評価に利用されない。
 - 拠点病院の整備指針が頻繁に改定されるのも問題である。
 - 今回は、がん対策基本計画ができたために特に短い期間での改訂となったが、本来はもう少し長い間隔になる予定である。（研究班員）
 - 厚労省・がん対策室があまりにも頻繁に基準を変えすぎるということを地方は思っている。人材規定があるのであれば、5-10年の間隔でやっと育てて指針に合わせる、という形にしないと間に合わない。
 - 「～専門医・看護師・薬剤師」等については、「その資格を持っていること」というのではなく、「同等の知識・経験を有する」「～年以上の経験を有する」等、ゆるやかな基準にしてほしい。文言の読み方・解釈がわかりやすくないといけない。
 - 「専門性を有する」とするとイコール専門医と思ってしまう。10年後、20年後は「専門医」でもいいが、今は有資格者がいないのに要求されていて矛盾が大きい。
 - 拠点病院のランクわけについては、全がん協レベルと一般の拠点病院を分け

てもよいのかもしれない。

- このアンケート調査の回答だけでものごとを判断してはいけない。自信があるところしか回答していないはずである。バイアスがあることは気をつけなければいけない。
- 告知や治療方法の説明に関する「患者および家族」については、生命倫理の観点からは家族に説明するべきではないことになっている。表現に注意が必要である。
- 緩和ケアは病院機能評価の認定が診療報酬の要件のひとつになっている。同様に、この評価項目についても診療報酬との関連を整理していく必要がある。整備指針+自己評価で診療報酬が取れるとなれば大いに利用されるだろうが、そうでなければあまり使われないのではないか。
- 病院機能評価と関連させてしまうと、医療機関のみが対象となってしまうが、地域連携を考えると診療所等も対象としたほうがよいのではないか。
- 病院の現場を知っている評価項目でないと机上の空論となってしまう意味がない。今の項目は医療現場を知らない人または高度専門医療機関の人のアンケートである。本来は、900病院のうちの850の現場をしっかりと知ったアンケートでなければいけない。

- 評価票について、大きな項目と小さな項目のインデントがなく、文字のサイズも同じだったため、どの内容がどこまでかかってくるのがわかりづらかった。レイアウト・表記の工夫がほしい。
- 基礎データ調査票のポリペクトミーの扱いなど、病院によってかなり数にばらつきが出ている。(自院の実施件数について) 多いほうから1割くらいかと思っただが、速報版のデータを見ると真ん中くらいになっている。良性のポリープ切除を含む件数を回答している病院もあるのではないか。
 - 数字で回答する項目について、解釈がぶれないように工夫する。(研究班員)
- がん専門病院でなくても、拠点病院であれば病院の基本方針にがんに関する文言があったほうがよいのか。
 - 「拠点病院やそれに準ずる機能を目指す病院であれば、がん診療に対する役割・機能に関する意識が明確にもたれているだろう」という意図で項目に入れた。どこまでを要求するかが見えにくくなっている点は課題である。(研究班員)
 - がん専門病院を念頭に置いた項目である。「病院の理念にがん診療のあり方

が明示されている」くらいでない」と一般病院には厳しいのかもしれない。

- 今回の項目は、全国に 10 病院程度の高度がん専門医療機関用の項目になってしまっている。Ver. 1.2 等を策定するのであれば、高度がん専門医療機関以外の 900 病院用のベーシックな項目を作って、そこに高度がん専門機関の「将来の目標」を加えると完璧なものになるのではないか。

- 今回の評価項目はかなり理想的な内容である。こういったものを目指していくのはいいが、現実には厳しい。病院の格差・温度差もある。理想はよくわかったが、均てん化を目的にするのであればもう少しマイルドにしてほしい。
- 化学療法の「専任」については、われわれの病院の場合は化学療法を毎日実施しているわけではない。特定の人を専任としているわけではないが、必要などときにはいつでも実施できる体制にあること、を念頭に、病院長の判断で 5 年以上の経験がある人全員を専任とみなして回答したことがある。
- がん拠点病院の要件についても、病院間の比較ではなく、個々の病院が要件を満たしているかということになるはずだが、比較したときに、人数に差が出てしまうのは問題ではないか。
- この項目をどのように使っていくのか。指針に近くしていくのであれば、病院の機能に応じた内容になっていくとありがたい。
- 「ダブルチェック」という表現があちこちに出てくるが、誰と誰がダブルチェックすればよいのか。薬剤のバーコード読み取りと看護師の目視、登録されたレジメンとのチェックを一段階目としてよいのか。必ずドクター・薬剤師・看護師の二人でチェック、となりがちであるため、そのあたりが規定されているとよい。
- 別の角度から問題点が見えたことについてはありがたかった。拠点病院の概況報告と合わせて考えていきたい。(研究班員)
- 整備指針を基本として、病院規模や専門性で分けて項目を作ることが大事ということを意識していきたい。(研究班員)
- 言葉の解釈であいまいになるようではいけない。読み手によって評価が揺らがない文言にしないといけないと感じた。(研究班員)

以上

資料 5. 対がん協会主催研究成果発表会
資料

課題番号：H18-がん臨床-一般-018

医療機関がん診療機能の客観的・ 第三者評価標準システムに関する 開発研究

財団法人日本医療機能評価機構
理事長 坪井 栄孝(主任研究者)
執行理事 今中 雄一

■本研究の背景および目的

がん治療専門施設へのアクセスや診療機能の質には、大きなバラツキが存在する。

→ がん医療機能の均てん化のためには、医療機関レベル・地域レベルで診療機能の評価するシステムが必要。

→ がん診療施設の機能評価に関する客観的評価のシステムを確立し、将来的には、がん医療機能の均てん化に役立てる。

■がん診療機能評価項目体系の意義

・がん診療に注力している病院を、施設ごとにベンチマークすることにより、運営の向上に役立てる

・がん診療機能の充実度・分布状況を都道府県ごとにベンチマークし、施策の向上に役立てる

■がん診療機能評価項目体系の対象

- ・都道府県がん診療連携拠点病院
- ・地域がん診療連携拠点病院
- ・上記以外の、がん診療に注力している病院(例：管理型臨床研修病院等)

■本研究の経緯

平成17年度(前段階：単年度特別研究)

「がん診療施設の機能評価基準策定とがん診療施設の機能調査」
・がん診療の評価指標体系を作成し、がん診療機能の実態調査を実施

平成18年度(1年目)

・平成17年度に実施した実態調査につき、詳細な解析を実施
・抗がん剤治療を中心としたがん診療機能評価指標を標準の手順に基づいて作成

平成19年度(2年目)

・放射線治療・病理診断・緩和ケア・化学療法を中心に、がん診療機能評価指標を作成
・がん診療施設5施設でのヒアリング調査：がん診療機能の実態を把握し、評価体系の妥当性をより客観的に検証

2008.01.21
財団法人協会がん臨床研究
研究成果発表会

【アンケート調査: アンケート用紙例】

**実施・対応状況
ご回答欄**

2.2.4 患者・家族に対する腫瘍サポートと診療体制が構築されている

2.2.5 医師、看護師、薬剤師、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

2.2.6 心療療法、サポートグループ、リハビリテーション診療、気分転換 運動のよみなど自己マネジメント、患者同士が助けあ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

2.2.7 上記が満たしていない場合には、院内に連携がとれる心療体制が構築されている

【上記の各評価項目に関するご意見をお書きください】

項目内容・表現に関する
ご意見(自由記述)欄

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

12

2008.01.21
財団法人協会がん臨床研究
研究成果発表会

■今年度の研究(3) ヒアリング調査(予定)

アンケート調査にご協力いただいた施設から、地域・機能の異なる数病院を対象にヒアリング調査を実施する予定。

↓

- ・本研究および評価項目に対してより詳しい意見を聴取する。
- ・病院の置かれた地域の違いや、役割・機能の違いから生じる現場の状況・考え方の違いについて多角的に意見交換を行う。

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

14

2008.01.21
財団法人協会がん臨床研究
研究成果発表会

■まとめ

- ・本研究で策定された「がん診療機能評価項目体系」を用いて、がん診療に注力している施設のがん診療機能を評価することにより、各施設の現況および位置づけを、施設レベルで把握することが可能となる。
- ・「がん診療機能評価項目体系」を用いてがん診療機能を評価することにより、がん診療機能の充実度を都道府県・地域レベルで把握することが可能になり、施策に活用することが可能となる。
- ・以上より、本研究の成果は、全国のがん診療の均てん化および標準的で質の高いがん診療の普及に有用である。

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

15