

200824017B

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

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

平成18～20年度 総合研究報告書

研究代表者 坪井栄孝

平成21(2009)年3月

I. 総合研究報告

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

	1
坪井 栄孝	
資料編	25
資料 1. 平成 18 年度資料	27
資料 1-1. がん診療機能の評価体系の構築	31
資料 1-2. 診療機能別にみたがん診療機能の実態調査解析	73
資料 2. 平成 19 年度資料	211
資料 2-1. 「がん看護」の機能に関するヒアリング	213
資料 2-2. 評価項目体系の原案	217
資料 2-3. がん診療機能評価 — 評価の視点 —	243
資料 2-4. 試行調査の結果	267
資料 2-5. がん診療機能評価 Ver0.0	291
資料 2-6. がん臨床研究成果発表会スライド	319
資料 2-7. 試行調査概要	337
資料 3. 平成 20 年度資料	345
資料 3-1. 「がん診療機能評価項目体系案」に関するアンケート	347
資料 3-2. アンケート送付先病院一覧	375
資料 3-3. アンケート調査結果	389
資料 3-3-1. 全体集計 (割愛)	
資料 3-3-2. 病院種別集計	391
資料 3-3-3. 病床規模別集計 (割愛)	
資料 3-3-4. 地区別集計 (割愛)	
資料 3-3-5. 評価項目体系案に関するコメント	545
資料 3-4. ヒアリング調査議事概要	603
資料 3-5. 対がん協会主催研究成果発表会資料	613

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
(H18-がん臨床-一般-018)

- 研究代表者 坪井栄孝 日本医療機能評価機構 理事長
- 研究分担者 高上洋一 国立がんセンター中央病院 薬物療法部長 (平成 18-19 年度)
加藤裕久 昭和大学薬学部 医薬品情報学 教授 (平成 20 年度)
河北博文 日本医療機能評価機構 専務理事
今中雄一 日本医療機能評価機構 執行理事
- 研究協力者 池田 恢 加藤裕久 門田和気 笹島ゆう子 下田忠和
下山直人 北條泰輔 (国立がんセンター中央病院; 平成 18-19 年度)
石川光一 森文字 (国立がんセンター がん対策情報センター; 平成 18-19 年度)
関本美徳 (日本医療機能評価機構 客員研究員・京都大学大学院医学研究科; 平成 18-19 年度)
辻 典明 山口亜弓 (日本医療機能評価機構 研究開発部; 平成 18-19 年度)
児玉哲郎 (栃木県立がんセンター所長; 平成 19 年度)
香川 征 (徳島大学病院; 平成 19 年度)
永井雅巳 (徳島県立中央病院; 平成 19 年度)
野口雅滋 若園吉裕 (京都桂病院; 平成 19 年度)
琴浦良彦 多賀俊明 (市立長浜病院; 平成 19 年度)
白井貴子 (京都大学大学院医学研究科; 平成 19 年度)
若尾文彦 (国立がんセンター がん対策情報センター; 平成 20 年度)
山口 建 (静岡県立静岡がんセンター; 平成 20 年度)
木村秀幸 (岡山済生会総合病院; 平成 20 年度)
丸田孝郎 野田和正 (神奈川県立がんセンター; 平成 20 年度)
檜本登美男 菅沼省二 (岐阜市民病院; 平成 20 年度)
又野禎也 (市立砺波総合病院; 平成 20 年度)
菅原浩幸 渡部直洋 横山 玲 (日本医療機能評価機構 企画室; 平成 20 年度)
阿部吉樹 日下部智子 (東京大学大学院医学系研究科; 平成 20 年度)

研究要旨

【目的】

がん診療に関わる医療機能の均てん化は重要政策課題であり、早急な対応が求められている。がん診療の均てん化のために、がん診療に携わる医療機関の体系的な機能評価が必要であるが、現在、がん診療に特化した機能評価体系（以下、がん診療機能評価）は存在しない。一方、一般的な医療機能評価は定着しつつあり、かかる評価を基盤として、そこにがん診療機能に関する基準を上乗せすれば、効率的な評価が期待できる。

本研究では、がん診療に特化した、専門的かつ客観的で実用的な評価項目体系を確立することを目的として研究を実施した。

【対象と方法】

初年度である平成 18 年度には、研究開発のために、がん診療に関わる各種専門家から構成される研究チームを結成した。すなわち、多分野からなる研究コアチーム、がん臨床専門家、がん診療施設の運営専門家である。さらに、前年度研究成果を礎にしてがん診療に特化して重点的に評価する必要がある部門を同定し、部門に特化した機能評価のための項目案を開発した。すなわち、I. 病理診断、II. 化学療法、III. 放射線治療、IV. 緩和ケア、V. 薬剤部である。これらの部門の専門家にヒアリングを実施して、質の高いがん診療を提供するために各部門が満たすべき要件および基準を策定した。

また、平成 17 年度に実施した「がん診療機能の実態調査」のデータを再解析し、がん診療機能に関わる 3 つの構成要素（1. 診療組織・体制、2. 診療プロセス、3. 数量的な実績指標）を、①都道府県がん診療連携拠点病院・②がん診療連携拠点病院・③その他の病院の 3 群間で比較検討した。また全国を ①北海道・東北、②関東、③甲信越・北陸・東海、④近畿、⑤中国・四国、⑥九州・沖縄に層別化し、回答の分布を比較した。

二年目である平成 19 年度には、「がん看護」の専門家に対してヒアリングを実施するとともに、「がん看護」に関する既存の論文・資料等を参考にして、質の高いがん看護が満たすべき要件および基準を策定した。

また、初年度に構築した評価体系を基に「がん診療機能評価の評価項目 Ver0.0」を策定し、がん診療連携拠点病院および地域の中核病院 5 施設を対象とし、評価指標を利用したがん診療機能の評価の実地検証を行った。実地調査では、がん診療に関係する各部門責任者に対するヒアリング、部署訪問、診療会議への参加、書類確認などにより評価の試行を行うとともに、病院からの問題提起や評価項目に対する意見を踏まえ、これらの結果に基づき評価指標体系を改訂した。また、病院の役割・機能に応じて、総合的がん診療施設、都道府県がん診療連携拠点病院、入院化学療法施設、外来化学療法施設、放射線治療施設に分類し、評価する項目の適用範囲の設定を検討した。結果に基づき、評価指標を改訂した。

さらに、最終年度である平成 20 年度には、平成 19 年度に改訂された「がん診療機能評価 Ver0.0」について、項目の類似性や親和性をもとに項目の配置を変更するとともに、いくつかの項目を追加し、「がん診療機能評価 Ver1.0」とした。

また、「がん診療機能評価 Ver1.0」について、全国の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、国立高度医療センター、大学病院、特定機能病院、臨床研修病院 922 施設を対象にアンケートおよびヒアリングを実施した。アンケートでは、「がん診療機能評価 Ver1.0」を用いた現状の自己評価と、実際に利用する際に生じる疑問点等について意見を得た。また、回答が早く、意見を多数寄せた 5 施設を対象にヒアリング調査を実施し、内容の妥当性についての意見を収集した。

【結果と考察】

平成 18 年度に実施したヒアリングの結果、I. 病理診断、II. 化学療法、III. 放射線治療、IV. 緩和ケア、V. 薬剤部の各領域にけるわが国のがん診療に関連した問題点が明らかになった。また各領域においてがん診療の質を担保するために必要な人員配置と、求められる専門的知識・能力が同定された。

また、平成 17 年度に実施した「がん診療機能の実態調査」の結果の解析から、都道府県がん診療連携拠点病院は、地域がん診療連携拠点病院やその他の病院と比較して、比較的人員に恵まれているものの、地域のがん診療において中核的な役割を果たすには、さらなる人材の確保を要することが明らかになった。

平成 19 年度には、専門家意見と学術的専門的資料に基づきがん診療機能評価の体系を改訂するプロセスを進めることができ、評価指標体系を開発することができた。また、各領域においてがん診療の質を担保するために必要な人員配置と、求められる専門的知識・能力が同定された。がん診療機能に関する情報公開の現状の把握と課題の検討を行った。地域の中核病院 5 施設を対象としたヒアリングより妥当性と具体的・明示的な評価体系に向けての課題が確認された。

さらに、平成 20 年度には、「がん診療機能評価 Ver1.0」を作成し、これを用いて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、臨床研修病院等、全国 922 施設を対象にアンケートおよびヒアリングを実施した。アンケートでは、350 施設が回答し(回収率 38%)、「がん診療機能評価 Ver1.0」を自己評価用ツールとして使用するには、用語や評価基準を明確にする必要性が示された。また、ヒアリング調査では、内容の妥当性についての示唆が得られた。

「がん診療機能評価 Ver1.0」の項目について、充足率はがん診療連携拠点病院でその他の施設に比べて高く、妥当な結果が得られた。一方で、放射線治療のように診療機能が分

担されていることや一部の緩和ケアなど具体的な指針や方法が示されていない項目については、充足率が低いことが示された。

【結論】

平成 18 年度の研究により、平成 17 年度研究で構築された「がん診療機能評価項目」について、がん診療の骨格を成す領域の内、I. 病理診断、II. 化学療法、III. 放射線治療、IV. 緩和ケア、V. 薬剤部に焦点を当てて改訂を行った。本研究にてがん診療の機能や質を評価するうえで、より客観的・妥当な項目を候補として挙げることができた。また、実態調査の結果、わが国のがん診療は人材面で大きな課題を抱えていることが示唆された。この問題を解消するために、人材の育成、地域連携や効率的な人員の配置などの早急な対策が必要である。今回実態調査や専門家に対するヒアリングの結果から、がん診療の専門知識や資格を持つスタッフの絶対数を増やすと共に、現在限られたこれらの人材を効率的に利用するために、病院の機能分化が必要であることも示された。

平成 19 年度に実施したヒアリングの結果、病理診断、化学療法、放射線治療、緩和ケア、薬剤部、がん看護の各領域におけるわが国のがん診療に関連した問題点が明らかになった。また、各領域において、質の高いがん診療に必要な診療提供体制やマネジメントシステム、ケアのプロセスが同定された。さらに、地域の中核病院 5 施設を対象とした評価指標に関するヒアリングを行った。より具体的・明示的な評価指標体系に基づく次年度の全国レベルの調査の実施・分析に向けて、評価項目の妥当性を確認して課題を検討することができた。

平成 20 年度に策定した「がん診療機能評価 Ver1.0」を用いた全国 922 施設を対象としたアンケート調査および 5 施設の担当者にヒアリング調査の結果、自己評価に用いるためには、一部の項目、用語や使用法に検討の必要があるものの、がん診療機能の評価に使用しうると考えられた。

また、「がん診療機能評価 Ver1.0」に含まれる項目の多くはがん拠点病院を中心に整備されつつあるが、一部の緩和ケアなど具体的な指針が示されていないものについては充足率が低いことが示された。整備指針等と整合性を保ちながら、項目の整理・整備を進めることで、より正確に充足状況の把握ができると考えられる。

今後、本研究で開発された評価項目体系を元に、専門的で客観的ながん診療機能の評価項目が開発されれば、それを用いて全国のがん診療施設の機能を評価することが可能となり、がん診療機能の均てん化に有用なツールとなると期待される。

A. 目的

がん診療に関わる医療機能の均てん化は重要政策課題であり、早急な対応が求められている。がん診療の均てん化のためには、がん診療に携わる医療機関において実施、提供すべきことがらを明確にすること、さらに、それらの実施状況や充足状況のような医療機関の機能評価を行うことが必要である。

しかし、現在、がん診療に特化した機能評価体系（以下、がん診療機能評価）が存在しない。一方で、一般的な医療機能評価は定着しつつあることを考慮すると、かかる評価を基盤として、そこにがん診療機能に関する基準を上乗せすれば、効率的な評価が期待できる。

本研究では、実施状況・充足状況の評価を通じてがん診療の均てん化に役立つツールとして全国のがん診療施設の機能の評価する、専門的かつ客観的な評価項目を策定することを目的とした。

B. 方法

I がん診療機能評価項目の策定

平成 18 年度には、がん診療に特化して重点的に評価する必要がある部門を同定し、部門に特化した機能評価のための項目を開発した。すなわち、I. 病理診断、II. 化学療法、III. 放射線治療、IV. 緩和ケア、V. 薬剤部である。これらの部門の専門家 5 人にヒアリングを実施して、質の高いがん診療を提供するために各部門が満たすべき要件および基準を策定した。ヒアリングの内容はすべて録音し、文章化した上で内容の要約を作成した。この要約から、がん診療

に関連した重要な機能を同定し、評価のためのフレームワークと評価項目を構築し、可能であれば評価項目やベンチマーク・基準などを検討した。これらを統合して、昨年度作成したがん診療機能評価の評価項目体系を改訂した。

また、平成 19 年度は「がん看護」の専門家にヒアリングを実施して、質の高いがん診療を提供するために各部門が満たすべき要件および基準を策定した。ヒアリングの内容は全て録音し、文章化した上で内容の要約を作成した。この要約から、がん診療に関連した重要な機能を同定し、評価のためのフレームワークと評価指標を構築し、可能であれば評価項目やベンチマーク・基準などを検討した。

これらを前年度に策定した 5 部門（I. 放射線治療、II. 化学療法、III. 病理診断、IV. 緩和ケア、V. 薬剤部）の評価項目と統合して、がん診療機能評価の評価項目体系を改訂した（資料 2-2. がん診療機能の評価体系案 Ver0.0）。

さらに、平成 20 年度には、「がん診療機能評価 Ver0.0」をもとに、項目の重複の有無、追加を要する項目を確認した後、項目の類似性、親和性を考慮して、項目の配置の妥当性について検討を行い、がん診療機能評価 Ver0.0.0 を作成した。その後、化学療法、薬剤部、看護の専門家により、項目の妥当性について検討を行い、修正を加え、「がん診療機能評価 Ver1.0」とした。

II 評価項目体系の妥当性・実用性に関する調査およびがん診療実態調査

平成 18 年度には、平成 17 年度に実施し

た実態調査の結果について、がん診療機能に関わる3つの構成要素(1. 診療組織・体制、2. 診療プロセス、3. 数量的な実績指標)を①都道府県がん診療連携拠点病院・②がん診療連携拠点病院・③その他の病院の3群間で比較検討した。

また全国を①北海道・東北、②関東、③甲信越・北陸・東海、④近畿、⑤中国・四国、⑥九州・沖縄に層別化し、回答の分布を比較した。

平成19年度には、Iで策定した評価体系案 Ver. 0.0 について、以下の5つのがん診療連携拠点病院において実地調査およびヒアリングを行い、評価体系案の妥当性を検証した。

1. 栃木県立がんセンター(平成19年12月実施)
2. 徳島大学病院(平成20年1月実施)
3. 徳島県立中央病院(平成20年1月実施)
4. 京都桂病院[京都府](平成20年3月実施)
5. 市立長浜病院[滋賀県](平成20年3月実施)

また、がん診療の現状、諸問題、病院の取り組みなどについて、以下の12領域を対象に試行調査を実施した。

- 第1領域 がん診療の理念と基本方針
- 第2領域 患者の療養環境とサポート体制
- 第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み
- 第4領域 がん看護の提供体制
- 第5領域 薬剤部の機能
- 第6領域 病理部門の機能
- 第7領域 放射線治療の提供体制

第8領域 緩和ケアの提供体制

第9領域 がん医療の安全確保体制

第10領域 医療連携機能

第11領域 リハビリテーション機能

第12領域 栄養サポート機能

参考 拠点病院構想に関連した項目

がん診療機能評価体系案(資料2-2)を用いて、調査対象施設の各部門責任者に対するヒアリング、部署訪問、診療会議への参加、書類確認などによる評価を試行した。

さらに、平成20年度には、Iで策定した評価項目体系案 Ver. 1.0 を用いてアンケート調査およびヒアリング調査を実施し、評価項目体系案の妥当性・実用性を検証するとともに、全国のがん診療の実態を把握することとした。

アンケート調査の対象は、全国のがん診療連携拠点病院等922施設であり、内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院(含 国立がんセンター中央病院、国立がんセンター東病院)49、地域がん診療連携拠点病院304、都道府県指定がん拠点病院20、国立高度専門医療センター9、大学病院169、特定機能病院81、臨床研修病院730施設であった。なお、病院種別に重複があった場合には、上記の順に優先順位を決め、上位の種別を含めることとした。

アンケート調査は以下の手順で実施した。Iにおいて作成した「がん診療機能評価項目体系案 Ver.1.0」および基礎データ調査票および同内容のCD-Rを対象施設に郵送し、書面またはEメールによる回答を依頼した。回答者の指定は行わなかった。調査項目は、Iにおいて作成した「がん診療機能評価項目体系案 Ver. 1.0」の各項目についての実施・対応状況を「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」の3件法で尋ねた。また、各項目について、内容の妥当性、文言の妥当性、回答に際して困難であった点について自由記載で回答を得た。各施設の基礎データとして、年間患者数、病床数、職員数、医療機器保有数、施設基準、がん診療実績等を収集した。

アンケート調査で得られた回答および自由記載の内容を項目ごとに集約し、実用性、妥当性を検討した。病院種別、病院規模、地区別にサブグループ解析を行った。病院種別は、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、臨床研修病院、およびその他の病院（大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療センター）の間で比較を行った。病院規模は病床数300未満、300～499床、500床以上の3群に分け、回答分布調べた。地区は、病院の所在地をもとに、地方厚生局の管轄区分に従い、北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、九州沖縄の7地域に分け、回答分布を調べた。

また、アンケートに回答した施設のうち、回答が早く、自由記載欄に意見の記載が多かった5施設7名を対象にヒアリング調査を実施し、各施設でのがん診療に関する取り組み、「がん診療機能評価 Ver1.0」の妥当性について幅広く回答を得た。出席者の発言内容を集約し、ヒアリング調査の結果として分析を行った。

C. 結果と考察

【平成18年度】

資料1-1に、平成18年度研究の結果改訂された評価項目体系を示す。また資料1-2

に「がん診療関連実態調査」の調査票および病院機能別にみた「がん診療機能の実態調査」の回答を示す。

1. がん診療機能評価のための妥当的な評価体系の構築

各領域の専門家へのヒアリングから、わが国のがん診療の問題点、およびがん診療機能や質を担保するために必要な要件が同定された。

1-1. 病理診断

病理診断は治療方針の決定に不可欠であり、病理医には標本作成業務・診断業務の双方にわたり厳密な精度管理が求められている。がん診療に関連した病理診断の問題点は、病理専門医の絶対数の不足である。現在実際に活動している病理専門医は1800人程度であるが、新規に病理専門医の資格を取得する医師が減り、早晚病理専門医の不足が深刻な問題となる。

病理診断の精度管理には、複数の病理専門医による診断のダブルチェックが不可欠である。また病理医が高い診断精度を維持するためには、日常的な知識のアップデートが必要である。現在のように多くの施設で病理専門医が1人しかいない状況では、診断の精度管理そのものが困難である。都道府県がん診療連携拠点病院には可能な限り複数の病理医を配置し、常勤の病理医がいない施設をカバーするシステムの構築が必要である。また地域がん診療連携拠点病院には、最低1人の常勤病理医が必要である。病理医が1人しかいない施設では、診断の精度管理や正確な病理診断情報を臨床に伝えるための方策が必要である。双方向

による操作が可能な遠隔病理診断システムなどは、人員の不足をある程度補う役割を果たす。

1-2. 化学療法

現在わが国では、ほとんどの施設で入院化学療法と外来化学療法が混在しているが、外来治療（乳がん、大腸がん、悪性リンパ腫の3つが主な対象）を専門に行う施設と、外来化学療法に加えて入院化学療法（呼吸器、白血病、小児腫瘍、移植、骨髄移植などが対象）も行う施設を明確に区別する必要がある。このように機能を分化させるならば、がん診療施設の整理と効率化が進み、同時に各施設の経験も蓄積されることで患者が享受できる医療レベルと利便性の向上が期待できる。

入院型施設の役割は、化学療法の導入（オリエンテーションから治療計画の策定、初期治療を通じた患者教育の推進）と地域がん診療水準の向上のための各種教育活動である。導入後は、二次医療圏にある拠点病院が外来化学療法や経過観察を行うのが患者利便性も高まり望ましいと考える。このような医療機関には、化学療法専門医を配置する必要がある。

一方、外来型施設は、基幹病院からの紹介患者を受け入れて、患者の日常的診療に加えて標準的なレジメンを実施するのが主業務となる。最近化学療法が多くが外来で実施されるようになってきている。外来で実施可能なレジメンはある程度限定されるため、専門性への要求は若干低くなる。ある程度の経験を積み、教育を受けた医師が配置されており、かつ、がん化学療法看護認定看護師が運用責任者として配置されて

いるならば、基幹病院で開発されたレジメン登録データベースや各種マニュアルを含む、いわゆる外来化学療法パッケージを一括導入し、これに基づいて抗がん剤治療を実施できる。

1-3. 放射線治療

放射線治療において深刻な問題は、「地域格差」よりもむしろ「専門格差」である。

「専門格差」とは、専門が異なる医師の間で治療の適応が大きく異なることである。欧米諸国と比較して、わが国では放射線治療を受ける患者の絶対数が少なく、治療適応に問題があることが示唆される。放射線治療は低侵襲的であり、かつ患者のQuality of Lifeを高いレベルに維持する優れた治療法である。したがって、放射線治療の適応がある患者に必要な治療が提供されていないことは、わが国のがん診療の質の問題である。

放射線治療医・放射線治療技師・放射線治療品質管理士・医学物理士など放射線治療専任のスタッフを充実させることが、治療の質の向上のためにも、そして安全確保のためにも重要である。ほとんどの施設において、技師は数字上充実しているようにみえるが、専任の技師をそろえている施設は限られている。大学病院でさえも、技師が毎日交代しているところがあった。このような状況では、エラーに誰も気づかず、事故が起こる危険性が高い。

放射線治療の拠点病院は、がん診療連携拠点病院と同一であるべきであるが、現在の拠点病院はそうではない。患者の立場からすると、初回治療から緩和医療まで病院を移動せずにがんの治療を全部受けられる

のが理想だが、現在ひとつの医療機関がそれだけの機能をすべてもつだけのキャパシティーはない。高度の放射線治療については、機能分化と医療連携が必要である。

1-4. 緩和ケア

日本では、年間20～30万の患者が癌のために死亡し、その8割は疼痛を主訴とし、3割(9万人)は強い痛みをもっている。したがって、疼痛治療はがん患者のケアにおいて重要な位置を占める。原則的にがん診療に関わる病院はすべてWHO疼痛治療ラダーを使いこなせなくてはならない。しかし、実際には、がん性疼痛ケアには大きな地域差や施設間格差があり、未だにモルヒネ使用に抵抗感を持つ医師が多い。

治療前の疼痛評価をきちんと行うことで、治療効果の判定が可能になる。疼痛評価は医師と看護師の双方が行う。また、患者の自己評価も重要である。疼痛評価には、疼痛の性質(疼痛ケアが効果を発揮しやすいかどうか)、疼痛ケアに対する反応性、反応性が悪くなる条件などが含まれる。病院内で標準化された疼痛評価基準と評価ツールがあれば、病院全体として患者の疼痛に関する情報を共有できる。

現在、ホスピスの病床は圧倒的に不足している。日本には、ホスピスに「最期」というイメージを持ち、入院を嫌がる患者も多い。したがって、緩和ケア施設よりも緩和ケアチームが一般病棟で患者のケアを行う病院が増えたほうがよいかもしれない。緩和ケアチームは、評価ツールを利用して疼痛に関する情報を共有し、疼痛ケアに効果がない場合にどうするかを計画する。必要な患者全てに適切な緩和ケアを提供する

ためには、主治医が精神科医や宗教家、医療ソーシャル・ワーカーなど他の専門家にコンサルトできる環境や、院内で緩和ケアチームを利用する仕組みが整っていることが重要である。

1-5. 薬剤部

がん診療における薬剤師の主な業務として、1)病棟業務(がん薬物治療の説明や服薬指導、抗がん剤治療後のフォローアップ、副作用モニタリング)、2)外来業務(注射抗がん剤の混合調製、外来薬剤管理指導)、3)処方管理、4)レジメンの登録管理、5)緩和医療などがある。その他に、感染管理や栄養管理、TDM(血中薬物濃度モニタリング)がある。通常、1病棟(患者40名)につき、薬剤管理指導業務(副作用のモニタリングを含む)を実施する病棟薬剤師1名を専属で各病棟に配置するのが望ましい。また、外来患者80～100名に対し、注射剤の調製業務に関わる外来専任薬剤師が4名必要である。

がん診療の専門性を持つ薬剤師の資格として、「がん専門薬剤師」および「がん薬物療法認定薬剤師」がある。がん診療の質を担保するために、レジメン評価・調剤業務・病棟業務・外来業務など主要な業務それぞれに対して、最低1人の専門薬剤師の配置が必要である。現行の医療法の配置基準は、薬剤業務の質を担保するのに明らかに不足している。がん診療拠点病院の見直しの中で、「がん薬物療法に精通した薬剤師が1名以上配置されていることが望ましい」とあるが、都道府県がん診療連携拠点病院にはこのような専門性を持つ薬剤師がさらに必要である。理想的な薬剤師の人員配置とは、

中央薬剤業務の遂行のために十分な人数を確保した上でさらに、各病棟に1名ずつ病棟薬剤師を配置することである。

II. 病院機能別にみた「がん診療機能の実態調査」の解析

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

病院の基本方針の中に、がん診療に関する記載がある医療機関は24%であり、「病院の基本方針に、がん診療に関する記載がある」、「地域と連携した24時間対応可能な在宅緩和医療の提供」、「がん診療に関する病診連携のクリニカルパス」、「地域における教育・研修」、地域住民に対する教育・啓発活動、「がん診療に関する自院の情報提供」は、いずれもB群（地域がん診療連携拠点病院）と比較してC群（都道府県がん診療連携拠点病院）のほうが、そしてA群（その他の病院）と比較してB群の方が、パフォーマンスが高かった。これらの項目のパフォーマンスに地方による差は見られなかった。

第2領域 患者の権利と安全確保の体制

「がん診療に関する治験・臨床試験の情報提供」、「臨床研究の実施方法・手順を審査する独自の治験審査委員会（IRB）の設置」などは、B群（地域がん診療連携拠点病院）と比較してC群（都道府県がん診療連携拠点病院）のほうが、そしてA群（その他の病院）と比較してB群の方がパフォーマンスが高かった。一方「インフォームドコンセントに関する院内指針の作成」「がん告知および告知後のケアに関する職員教

育・研修」「診療録開示の方針の明文化」などは、3群間で差がみられなかった。なお、全ての項目において、地方による差はみられなかった。

第3領域 療養環境と患者サービス

80%以上の病院が、患者・家族のための相談室を持っていた。C群（都道府県がん診療連携拠点病院）では、3分の2の病院が患者向け図書室を持っており、B群（地域がん診療連携拠点病院）やA群（その他の病院）と対比してその割合が高かった。「敷地内禁煙」の方針を採用している施設の割合も、C群が高かった。なお、全ての項目において、地方による差はみられなかった。

第4領域 医療提供の組織と運営

「がん診療（がんの種類・病期ごとの診断・標準治療）に関する院内指針」、「クリニカルパスのバリエーションの分析」が行われている病院の割合は、B群（地域がん診療連携拠点病院）と比較してC群（都道府県がん診療連携拠点病院）の方が、そしてA群（その他の病院）と比較してB群の方が高かった。一方、診療録管理部門の体制・職員数、診療録管理委員会の運営や活動に、3群間で差はみられなかった。

がん登録システムでは、「標準様式に基づいたがん登録システム」を持つ病院の割合は、B群およびC群がA群と比較して高かった。がん登録症例のフォローアップ率やKaplan Meier法を用いた生存率の計算を行っている病院の割合は、C群がその他のグループと比較して高かった。

「複数の診療科が参加する症例検討会」、

「複数の担当者による診断・治療・ケアの検討」が実施されている病院の割合は、C群がB群およびA群と比較して高かった。一方、「医師、看護師、および栄養サポートチーム・理学療法士・緩和ケアチームなどのコメディカルが参加する症例検討会」、「がん症例検討会に、他医療機関の医療職者も参加している」、「死亡症例検討会」は、3群間であまり変わらなかった。なお、全ての項目において、地方による差は見られなかった。

第5領域 医療提供の組織と運営

1 病理診断

回答した医療機関のほとんどで、適切な分類を用いた病期分類がされていた。テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査は約60%~70%の病院で実施されていたが、3群間で明確な差はみられなかった。病理医の人数は、C群（都道府県がん診療連携拠点病院）において平均2.6人で、B群（地域がん診療連携拠点病院）の1.7人やA群（その他の病院）の1.3人と比較して高かった。

2 化学療法

外来化学療法では、「緊急事態に備えた医療機器の整備」、「外来化学療法を受けている患者が常時入院できる体制」、「医師の常駐」、「化学療法の専門知識を持つ専任看護師の配置」、「外来抗がん剤治療の業務マニュアルの整備」、「使用するレジメンの登録・管理」などの項目において、C群（都道府県がん診療連携拠点病院）・B群（地域がん診療連携拠点病院）・A群（その他の病院）の回答分布は変わらなかった。

一方、「（入院）化学療法が整備されたプロトコルに則って行われている」、「免疫抑制状態にある患者の感染対策マニュアルが整備されている」、「抗がん剤の安全な扱い方と廃棄の方法が明文化されている」などの項目は、C群における実施率が、B群やA群よりも高かった。

3 放射線治療

放射線治療では、「照射量などにエラーがあった場合、インシデントレポートなどで報告し再発防止のための検討をしている」病院の割合は、B群（地域がん診療連携拠点病院）やC群（都道府県がん診療連携拠点病院）において、A群（その他の病院）と比較して高かった。さらに、「放射線治療に関係する装置やソフトウェアの導入時に、放射線科医・放射線技師を対象とする研修・講習会を開催している」病院の割合は、C群が最も高く、次いでB群であった。

放射線科に所属する医師数はC群（都道府県がん診療連携拠点病院）において平均8.8人で、B群（地域がん診療連携拠点病院）の3.9人やA群（その他の病院）の3.1人と比較して、圧倒的に多かった。医学物理士や放射線治療品質管理士の人数も、C群がA群やB群と比較して高かった。

4 緩和ケア

緩和診療管理加算を請求している病院の割合は、B群（地域がん診療連携拠点病院）とA群（その他の病院）で高く、C群（都道府県がん診療連携拠点病院）では低かった。緩和ケアでは、「緩和ケアの対象が明確に決められている」、「緩和ケアチームが入院患者に対して、必要なサービスを提供し

ている」・「パストラルケア」などが実施されている病院の割合がC群で最も高く、次いでB群であった。また、「緩和ケアチームあるいは疼痛管理専門家が疼痛管理サービスを提供した患者数」もC群で最も高く、次いでB群であった。

「緩和ケアチームの設置」や「精神ケアの資格を持ったスタッフが、緩和ケアチームに参加している」が実施されている病院の割合はC群およびB群でほぼ同等であり、A群では低かった。

疼痛ケアでは、「疼痛および除痛効果の統一的な評価基準」、「WHO がん疼痛治療法を基礎とした体系的な疼痛治療」、「疼痛治療に伴う副作用の適切な評価と副作用コントロール」が実施されている病院の割合がC群で最も高く、次いでB群であった。

5 薬剤部

薬剤師の人数は、A群・B群・C群でそれほど大きな差はないものの、中央値はA群が13人、B群が18人、C群が20.5人と、ややがん診療連携拠点病院で多い傾向が見られた。

安全キャビネットを用いるなど抗がん剤による被曝の対策ができていない病院の割合は、3群間で差がなかった。また地方による差もみられなかった。

がん診療データの解析と情報公開について

がん診療成績を一般人が容易にアクセスできる形で公開している病院はほとんどなかった(3%)。公開している病院では、5年生存率の計算にKaplan Meier法が用いられていた。

【平成19年度】

1 「がん看護」機能の評価体系の構築

「がん看護」に関する専門家へのヒアリングの結果を資料2-1に示す。現在認定されているがん看護専門看護師数は約100名に過ぎず、都市部に集中している。このため、がん看護の機能評価においては、専門看護師の配置状況、またその機能的役割の評価に留める方が現実的である。将来的には条件化し、専門看護師ならびに認定看護師の活躍の場を明確にすることを視野に入れる。

外来看護職員は受診患者数を基準に配置されており、化学療法の治療患者への手厚いケアの提供は難しい状況にある。このため、化学療法看護の評価については、まずは安全確実な実施に焦点を当て、そして将来的に精神的援助を含むケアの要素を付加価値とした評価体系を検討すべきである。また、化学療法の治療患者のアセスメントは、看護師個人の経験・能力に任されている場合があるため、これを補う意味で、例えばクリニカルパスの活用など、がん看護の標準化の仕組みを評価する。

本来、看護はチームで協働しながら行うものであり、患者の希望等の連絡・連携は非常に重要であり、共通認識の下に提供されるべきである。がん看護の評価の実際では、インタビューのほかチームカンファレンスを参加観察する。

機能評価をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分けて考えるならば、看護の機能評価にはストラクチャーよりプロセスが重視される。しかし、看護プロセスのベースには、個人の看護観・哲学や組織方針が絡んでおり、かつ患者の個別性、サバイ

パーシップの考え方を考慮しなければならない。このため評価基準に置き換えることは難しいが、看護ケアの実践においては非常に大切なことである。

II がん診療機能評価の実地調査

がん診療連携拠点病院での試行調査に先立ち、各評価項目における評価の視点をまとめた(資料 2-3)。各病院における試行調査で出された意見を資料 2-4 に示す。調査結果および主な議論の内容を以下に示す。

全般に関する意見

本研究で開発された評価項目が、サーベイヤーによる訪問審査を前提とする認定評価のための指標なのか、あるいはがん診療連携拠点病院の自己評価のためのものなのかにより、評価すべき項目や評価基準が異なるという意見があった。さらに、この評価項目が自己評価を目的とするのであれば、現時点の項目は回答者の主観的評価に頼らざるを得ないものがあり、これらを妥当的に評価するためには、客観的な数値を回答してもらうなどの工夫が必要だという意見もあった。

がん診療の理念と基本方針

この項では、がん診療の責任体制、人員配置、診療録管理、職員教育、臨床研究を含め評価する。

病院の理念・基本方針にがん診療に関する記載がない施設もあるが、人権尊重の全人的医療の実践、医療の開発と推進、職業倫理、地域医療などに関して明示されているか、その実態が伴っているかどうかを総合的に評価すべきである。

がん診療のセンター組織を有している施設においては、がん診療責任者が配置されていた。また、年間計画が組まれ、定期的な活動報告がなされていた。

人員配置については、がん診療の専門職員の養成が急務であること、それらの有効配置の必要性の認識を共有した。実際に専門技能を活かす職場に配属されているか否かは重要な項目であるが、がん診療に特化していない施設の場合など、判断基準の検討が必要である。しかし、一部の施設からは、高い専門性を有する医師・看護師・薬剤師の配置を求めることで、がん診療機能がレベルアップすることに期待が寄せられた。

患者の療養環境とサポート

いずれの施設においても患者・家族を対象とした相談支援体制が整備され、臨床心理士・社会福祉士・看護師等の専任職員が確保されていた。設備については、患者用図書室の他、アロマテラピーやマッサージ施設などを備えている施設も見受けられた。

がん医療の標準化、適正化のための取り組み

がん診療の機能評価においては、治療方針の決定プロセスが一定のガイドラインに準じて多職種により決定されているか否かが重要である。実際の評価では、各診療グループが使用しているガイドラインの一覧、クリニカルパスの数と内容を確認する。また、化学療法の評価についてはレジメン登録審査の最低必要条件を示す必要があり、評価の際には審査記録から科学的根拠に基づいた検討内容かどうかの確認を行う必要

がある。

がん看護の提供体制

看護の基本理念・方針ががん看護について明文化したものでなくとも、がん看護の基準の標準化の必要性が認識され、「がん看護基準」、「化学療法看護マニュアル」などの基準・手順が整備、運用されていれば評価できる。

専門看護師や認定看護師の配置について、がんにて化しない総合病院の場合は人事的にローテーションを組まざるを得ない状況がある。

薬剤部の機能

自治体立などの病院の場合、薬剤師の異動により認定薬剤師の育成が困難な状況である。施設独自の採用を希望している施設も見受けられた。

抗がん剤の調製・混合はいずれの施設においても薬剤師が実施していた。

病理部門の機能

評価項目案では、病理医が確保されていない場合、それを補う方策としてコンサルテーションシステムやテレパソロジー（遠隔病理診断）の仕組みを求めることを検討していたが、調査の結果、常勤病理医の代替手段としてテレパソロジーを行うのではなく、より専門性の高いものとして行われていることが分かった。また、病理医不足の状況を鑑みて、他の医療機関との情報交換や検討の体制があり診療の質の向上に役立っているかどうかなど、プロセス評価を行うことも大切である。

放射線治療の提供体制

高エネルギー放射線治療装置 1 台当たり配置されている放射線技師の人数を評価する。放射線治療の安全確保のためには、1 名配置より 2 名配置が理想的であり、このことは関連学会の提言で求められている。

緩和ケアの提供体制

がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき課題として、緩和ケアの提供体制の整備が掲げられているが、地域によっては、症状緩和の専任医師の確保が非常に難しい状況である。医師、看護師、臨床心理士が 3 名揃って専従で配置されている施設は限られている。いずれの施設においても、疼痛や苦痛症状について院内で統一された評価基準を定め活用されていた。

がん診療に関する地域の役割

地域における役割は、都道府県拠点と他の拠点、あるいは地域の特性により評価が異なる。調査対象施設においては、がん診療連携協議会、がん専門医療人の養成協会などが発足し、拠点病院との連携が図られていた。また、がんをテーマにしたフォーラムの開催、地域住民を対象とした公開講座・各種セミナーが活発に開催されていた。また、インターネットなどにより一部でがん診療機能に関する医療機関の情報公表が積極的になされた状況について、実態を把握・検討した。

III 改定された評価項目

上記の議論を踏まえて修正された評価体系の現時点での改訂案を資料 2-5 に示す（評価の病院別適用範囲を含む）。

【平成 20 年度】

I 「がん診療機能評価 Ver1.0」の作成

12 領域、大項目 30、中項目 98 の体系であった「がん診療機能評価 Ver0.0」をもとに、項目の再検討、項目間の類似性、親和性を考慮し、「がん診療機能評価 Ver1.0」を作成した。「がん診療機能評価 Ver1.0」は「がん診療組織の運営と地域における役割」「患者の権利と医療の質および安全の確保」「療養環境と患者サービス」「基本的がん診療の組織と運営」「医療の質と安全のためのケアプロセス」の 5 領域、大項目 28、中項目 74 となった。

II 評価項目体系の妥当性・実用性に関する調査およびがん診療実態調査

1) アンケート調査

①回収状況と施設特性

350 施設より回答を得た（回収率 38%）。回答した施設の病床数の平均は 481 床、緩和ケア病床を有する施設は 52（15%）、外来化学療法専用病床を有している施設は 240（69%）であった。医師数は常勤換算で、200 人未満の施設が 287（82%）、看護師（正看護師）は 500 人未満の施設が 315（87%）であった。がん看護専門看護師を配置している施設は 39（11%）であった。緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師は、それぞれ 95（27%）、102（29%）、72（21%）施設で配置されていた。薬剤師は 30 人未満の施設が 299（85%）であり、がん専門薬剤師を配置している施設は 45（13%）だった。がん薬物療法認定薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師を配置している施設はそれぞれ 104（30%）、2（0.6%）だった。年間外来患者数の平均は約

26 万人、年間延べ入院患者数は平均 15 万人だった。

②回答分布

III で詳述する。

③実用性、妥当性に関する意見

「がん診療機能評価 Ver1.0」を自己評価に使用してもらったところ、項目を妥当とする評価がある一方、使用されている用語の定義がわからない、用語が適切でないなどの指摘があるほか、評価のねらい、考え方が示されているほうが望ましいとの意見があった。

回答に際しては、「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」の 3 件法では回答しにくく、統合版病院機能評価同様、3 段階または 5 段階での回答が妥当とする意見があった。人員や機器については準備中や検討中の施設も多数あり、「準備中」などの選択肢があったほうがよいとする意見があった。また、放射線治療や特定のがん種について診療していない場合などを考慮し、「該当なし」の選択肢を設けるべきとする意見が複数寄せられた。以下、各領域別に詳細に述べる。

「がん診療組織の運営と地域における役割」の領域では、項目 1.2.1.4「急性心筋梗塞、糖尿病等、がん以外の疾患に対する診療機能を有していない場合、地域の病院と連携して対応する手順が明確にされている」に対して、「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが約 30%と高かった。これは、診療機能を有している場合、「実施または対応している」「実施または対

応していない」のいずれにも回答できないためと、複数の施設が理由を記していた。その他の項目では、「不明または関連する機能を持たない」との回答は20%未満であり、上記の項目に比べて、回答はしやすかったと考えられる。しかし、1.2.1「地域のがん診療施設」とは何を意味するのか、1.4.1「がん登録の体制が確立している」とはどの程度整えばいいのか、などの意見もあり、自己評価を行うには、判断に迷う項目があったとの指摘もあった。そのほか、人事とがん診療機能の関係が不明、治験に関する情報はがん診療連携拠点病院や一部の大学病院以外では実情にそぐわないなど、評価項目としての妥当性に対する疑問が寄せられた。

「患者の権利と医療の質および安全の確保」の領域では、すべての項目で、「不明または関連する機能を持たない」および回答なしは20%未満であった。2.1.1.1「患者に配慮したがん告知と同意手順がとられている」に対しては、多様な患者に対応するために、統一すべきではないという意見があった。2.2.2「臨床研究の妥当性を検証する審査委員会が設置され運営されている」については、倫理委員会との違いが不明、臨床研究の妥当性とは何を指すのかわからないなどの意見があった。2.2.3「抗がん剤の適応外使用の手続きが院内で規定されている」については、適応外使用を認めることが妥当かという意見があった。2.5「がん薬物療法の安全確保体制」については、「レジメンの標準化」がガイドラインと合わせることを意味するのか、院内の標準化なのかわかりにくいとの指摘があった。

「療養環境と患者サービス」の領域では、

3.2.1.3「患者の生活の質を高めるための設備やプログラムが用意されている」は「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが58%であった。具体的なものがイメージできないため、回答できないとの意見が多数寄せられた。その他の項目では、「不明または関連する機能を持たない」および回答なしは20%未満であった。項目別には、3.3.3「遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関する体制が確立している」について、一般病院では不可能や、自院は対象外と考えるなどの意見があったほか、他施設との連携をとっている場合の評価方法が不明などの意見があった。

「基本的がん診療の組織と運営」の領域では、4.4.3.2「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」、4.4.3.3「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」、4.4.5.3「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」、4.6.2.7「RI治療、小線源療法等を実施している場合には、放射線治療部専用の病棟または病室が備わっている」、4.6.4.2「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」の5項目で「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが20%を超えていた。病理検査を外注している施設、放射線治療については、機器を有していない、または治療を実施していない施設にとって、適切な回答選択肢がなかった。項目別には、4.1「診療部門」では、「十分な知識と技能」「がん手術に精通した」などは、その意味する内容が不明確であるとの指摘が複数あった。4.2「看護

部門」、4.3「薬剤部」では、専門看護師、専門薬剤師等の配置について、すべての専門職を配置していない場合は、「実施または対応していない」となるのかなど、判断に迷うとの意見が多数あった。4.4「病理診断機能」、4.5「画像診断とIVR機能」、4.6「放射線治療体制と運用」については、職員が常勤や専従であることが機能評価に必要な意見があった。またカンファレンスについても、迅速性を重視し、必要時に実施しているとする施設も複数あり、「定期的」な実施が必ずしも機能評価に重要ではないとする意見もあった。情報の管理に関して、電子カルテへの移行を行っている施設が多数あり、電子媒体での管理を意味するのか、紙ベースでの情報や標本の管理を意味しているのが明確でないとする意見が寄せられた。

「医療の質と安全のためのケアプロセス」の領域では、5.1.2.4「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」、5.4.3.3「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」、5.7.3.6「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」、5.7.3.7「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」の4項目で「不明または関連する機能を持たない」および回答なしが20%を超えていた。項目別には、5.4「処置後のフォローアップ」については、緊急時、教育プログラムが明確に定義されていないと評価しにくいとの意見があった。また、5.4.3「放射線治療後のフォローアップが適切に行なわれている」については、実

施していないために回答できないとする施設が多数みられた。5.5「化学療法の安全な実施」では、処方オーダーのダブルチェックについて、誰と誰が、どのように行うべきかが記載されていないと評価ができないとする意見、バーコードシステムについては、手段をバーコードシステムに限定せず、個人認証システムとした方が妥当とする意見があった。5.5.4.1「TDMを自院で行い解析し、医師へフィードバックしている」に対しては、外注で対応している施設も多く、自院に限定する理由が不明との意見があった。5.7「リハビリテーション機能」については、必ずしもがん患者に限定とした実績の報告やがん患者を対象としたプログラムがないため、回答しにくいとの意見がみられた。

これらの意見を考慮し、「がん診療機能評価Ver1.0」を自己評価ツールとして使用できるものとするためには、今後以下の点を考慮する必要があると考える。まず、各施設でどの項目を評価する必要があるかを明示することである。「がん診療機能評価Ver1.0」はがん診療機能の全体を網羅する形で項目を設定しているが、すべての施設がこれらのすべてを満たすことは、非現実的である。各中項目(1.1.1のように3つの数字で示された項目)には、対象となる施設、評価の目的、方法を明示することが必要であるとする。「放射線治療を実施している施設は評価すること」や「リハビリテーション機能を有していない場合は評価不要」などを明示することで、単科病院や、特定の機能を有していない施設の回答のしにくさを軽減できると考えられる。

次に、回答様式を統合版病院機能評価同

様5段階とするか、「実施または対応している」「準備中」「実施または対応していない」「該当なし」などに変更することである。がん診療に関わる医療機能の均てん化のための整備は現在進行中であり、準備段階にあるものについては、「実施または対応している」「実施または対応していない」の二者択一では、現状を正しく評価することは難しく、この点での意見が最も多かったことから、改善の必要がある。

第三に、用語の操作的な定義を行うことである。「適切な」「体制が確立している」などの表現は、その示す範囲がすべての評価者にとって共通であるとは考えにくく、判断基準を添えるなどの配慮が必要であると考えられる。「適切な」は「ガイドラインに従って」とすることや、根拠となる声明などを示すことや、看護部門、薬剤部の体制について、専門看護師、専門薬剤師などの職種を示す場合には、すべてを満たす必要があるのか、一部を満たしている場合の評価はどのように行うかなどの評価基準を示すことで、評価者の負担を軽減できると考えられる。また、評価者が事務担当者である場合もあることから、略語を用いずに項目を提示することや、回答者を指定するなどの工夫も必要であると考えられる。

2) ヒアリング

①対象者

関東信越、北陸東海、中国四国地区の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、医師研修指定病院5施設の管理者、診療部長等7名。

②「がん診療機能評価 Ver1.0」について

第一に、「がん診療機能評価 Ver1.0」は単独で使用するものであるのか、統合版医療機能評価の付加項目とするかの立場をはっきりさせることが必要であるとの意見があった。

第二に、対象をはっきりさせる必要があるとの意見があった。「がん診療機能評価 Ver1.0」は、内容としては理想の項目であり、がん診療に高度に特化した施設が対象と思われる項目の構成になっているとの指摘があった。現在の一般的ながん診療の主力を担っている施設の機能を評価するために妥当な項目であるのか、あるいは、地域連携を考え、診療所等を含めることなども考慮する必要があるのではないかと指摘があった。評価には施設の背景の影響も大きく関わるため、がん診療に特化した施設、一般の施設などのようにタイプ別に別立てとした方がよいのではないかと意見があった。

第三に、項目の内容や用語が整備指針や厚生労働省の通達、学会等の基準と整合性がとれていない点があり、混乱しやすいとの指摘があった。併せて、アンケート結果と同様に、用語の範囲を明確にすることに希望があった。

第四に、がん診療に特化していない総合病院などの一般の施設では、がん診療に特化しない形で、放射線科の医師や技師、リハビリテーション機能などの項目で「実施または対応している」ことがあるが、がん診療に特化するかどうかははっきりさせたほうがよいとの意見があった。

第五に、告知の問題では、医師に任せ、家族に話してほしいなどの状況があり、患者の希望をどこまで汲むか、あるいは、患