

5.5 放射線治療

表4「放射線治療」参照

5.6 包括的リハビリテーション・プログラム

5.6.1 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

- ① 自院、あるいは紹介先の施設にて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
- ② リハビリテーション・サービスには、予防的リハビリテーション・回復期リハビリテーション・維持的リハビリテーション・緩和的リハビリテーションが含まれる
- ③ リハビリテーション・サービスは、職業カウンセリング、理学療法、言語療法等を含む
- ④ 永久気管孔(永久気管瘻)を作成した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
- ⑤ 発声障害(失声)がある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
- ⑥ 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
- ⑦ 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある
- ⑧ 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある
- ⑨ 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
- ⑩ 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
- ⑪ 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
- ⑫ 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
- ⑬ 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

5.6.2 多職種が参加して、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

- 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
- 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
- ③ 年間診療実績が報告されている

5.7 緩和ケア

表5「緩和ケア」参照

5.8 薬剤部

表6「薬剤部」参照

5.9 栄養サポートチーム

5.9.1 院内に、栄養サポートチームがある

- ① 院内に、栄養／水分摂取に関して患者・家族・主治医に協力する、多職種から構成される栄養サポートチームがある
- ② 栄養サポートチームが関与した年間患者数 ()人

5.1 遺伝・遺伝子カウンセリング

5.10.1 遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関して、患者および家族に対するカウンセリング・教育を行う体制

- ① 院内に、遺伝子カウンセリングの専門トレーニングを受け、遺伝子相談を担当する職員がいる

表2. 病理診断

5.3.1 病理部門の体制の確立	
5.8.1.1	<p>業務の確立</p> <p>① 診療に必要な病理検査の手順が確立している</p> <p>② 業務のマニュアルが整備されている</p> <p>③ 必要な手術検体の病理診断・迅速診断が実施されている</p> <p>④ 生検結果が4-5日以内で判明する</p>
5.8.1.2	<p>人員配置</p> <p>① 病理医数と人員配置(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)</p> <p>② 病理専門医数と人員配置(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)</p> <p>③ 細胞診専門医(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)</p> <p>④ 細胞検査士(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)</p> <p>⑤ 病理医が不足している場合、それを補う方策の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ コンサルテーションシステム ➢ テレパソロジー(遠隔病理診断)
5.8.1.3	<p>設備・機器</p> <p>① 病院の業務内容に必要な設備・機器の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 標本作製するためのプロセッサ ➢ ミクトローム ➢ 自動染色装置・自動免疫染色装置(オプション)
5.8.2 病理部門の適切な運営	
5.8.2.1	<p>病理診断の精度管理</p> <p>① 診断のダブルチェック</p> <p>② 病理診断コンサルテーションシステム</p> <p>③ 部門内の定期的なカンファレンス</p> <p>④ 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</p> <p>⑤ 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か(患者情報システムへのアクセス、検査依頼用紙の充実)</p> <p>⑥ 学会、講習会などに参加し知識のアップデートに努めているか</p> <p>⑦ 難解症例などに関して、外部コンサルテーションできるシステムが整っているか</p>
5.8.2.2	<p>病理標本管理</p> <p>① 診断後の検体・ブロックなどの標本の整理</p> <p>② 標本製造過程での取り違え等を防止するための安全管理システムの構築</p>

表 2 続き

5.8.2.3	危険物の処理
	① ホルマリン・アルコール等の処理
5.8.2.4	感染対策
	① 感染性の検体の取り扱い
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ クリーンベンチ ➢ マスク、手袋の着用 ➢ 部屋(特に迅速診断室)の換気
5.8.2.5	情報管理
	① 同じ患者の以前の病理診断について、詳しい情報が必要に応じて引き出せるようになっているか
	② 病理診断の事後利用のための整理
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ データベース管理 ➢ 病理の診断登録
	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か。
5.8.2.6	多職種・多診療科が参加する診断・治療カンファレンス
	① 治療方針を決めるための多職種、多診療科が参加する定期的な合同カンファレンスがある
	② 病理診断へのフィードバックがある
5.8.3	教育
5.8.3.1	初期研修、後期研修用の病理研修プログラム
	① 病理医を養成するための教育プログラム
	② 地域拠点病院のスタッフのための研修プログラム

表3. 化学療法

5.4.1	入院化学療法を安全に実施するためのスタッフがいる
5.4.1.1	化学療法の専門資格を持つ医師 ① 海外のがん専門病院における臨床経験を有する医師 ② 臨床腫瘍学会の認定専門医
5.4.1.2	化学療法の専門資格を持つ看護師 ① がん看護専門看護師 ② がん化学療法専門看護師
5.4.1.3	化学療法の専門資格を持つ薬剤師 ① がん専門薬剤師 ② 認定薬剤師
5.4.1.4	化学療法の専門知識を持つ医師・看護師・薬剤師から成る多職種が主導する入院化学療法の実施
5.4.2	外来抗がん剤治療を安全に実施するためのスタッフがいる
5.4.2.1	化学療法の専門資格を持つ看護師 ① がん看護専門看護師 ② がん化学療法専門看護師
5.4.2.2	化学療法の専門資格を持つ薬剤師 ① がん専門薬剤師 ② 認定薬剤師
5.4.3	抗がん剤治療の実施が適切である
5.4.3.1	入院による化学療法の実施基準が明確である
5.4.3.2	化学療法当日の投与決定を行っているのは <ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療グループ ➢ 主治医(担当医) ➢ 指導医 ➢ 研修医/レジデント ➢ 医師以外
5.4.4	化学療法を安全に実施するための対策が採られている
5.4.4.1	安全確保について組織的に検討する仕組み(委員会など)がある
5.4.4.2	処方エラーの防止策がとられている <ul style="list-style-type: none"> ➢ レジメン管理を含めたオーダリングシステム ➢ 上記に代わるシステム
5.4.4.3	患者誤認や配薬エラーの防止策 <ul style="list-style-type: none"> ➢ バーコード ➢ ベッドサイドの確認 ➢ マニュアルの整備
5.4.4.4	抗がん剤の血管外漏出の対応マニュアル

5.4.4.5	投与間隔をチェックするシステムがある
	① オーダリングシステムを使った確認
	② 処方医師以外の第三者が確認するシステム
5.4.4.6	投与量上限をチェックするシステムがある
	① オーダリングシステムを使った確認
	② 処方医師以外の第三者が確認するシステム
5.4.5	治療の標準化とレジメン登録
5.4.5.1	標準的なレジメンの内容と運用状況を評価する委員会がある
5.4.5.2	標準的でないレジメンの科学的妥当性と安全性を評価する委員会がある
5.4.5.3	不適切なレジメンを除外する審査手順がある
	① 実際の手順
	② 審査の内容
	③ 運用記録
5.4.5.4	コンピュータシステムを使ったレジメン管理
	① コンピュータシステムを使ったレジメン管理
	② 文書によるレジメン管理
5.4.5.5	新規レジメン開始時・レジメン変更時に、スタッフに対する説明会などを開いている
5.4.5.6	登録レジメン数 ()件
5.4.6	化学療法の患者への説明・同意
5.4.6.1	抗がん剤を使用する際に、誰が患者および家族に説明しているか？
	➤ 医師
	➤ 看護師
	➤ 専門看護師
	➤ 薬剤師
	➤ その他
	➤ していない
5.4.6.2	患者への説明の方法
	➤ パンフレット、ビデオを使用
	➤ 口頭
	➤ その他
5.4.6.3	抗がん剤使用の際の同意
	➤ 書面で同意
	➤ 口頭で同意
	➤ 同意を取らない

表4. 放射線治療

5.5.1 放射線治療を安全に実施するためのスタッフがいる	
5.5.1.1	放射線治療専門医
	① 常勤の放射線治療専門医 ()人
	② 非常勤の放射線治療専門医 ()人
5.5.1.2	放射線治療の技師
	① 放射線治療の専任技師 ()人
	② 放射線治療に携わる非専任技師 ()人
5.5.1.3	放射線治療品質管理士
5.5.1.4	医学物理士
5.5.1.5	放射線治療専門看護師
5.5.2 放射線治療装置	
5.5.2.1	放射線治療装置
	① 粒子線治療機器 ()台
	② 小線源治療機器 ()台
	③ リニアック・マイクロロン ()台
	④ ガンマナイフ ()台
	⑤ IMRT ()台
5.5.2.2	位置決め装置
5.5.2.2	治療計画装置
5.5.3 放射線治療における品質管理	
5.5.3.1	定期的な放射線治療の品質管理・品質保証
	① 定期的な線量計の校正
	② 1日1回の線量計によるビームの測定
	③ 放射線の品質管理について第三者監査
5.5.3.2	放射線治療機器購入時の受け入れ試験とコミッショニング
	① 受け入れ試験
	② コミッショニング
5.5.4 教育・研修	
5.5.4.1	スタッフに対する教育
	① 腫瘍学の教育
	② スタッフに対する研修の機会の確保
5.5.4.2	地域に対するがん情報に関する知識の発信
	① 外部施設・開業医を対象とした講演など
	② 外部に開かれた検討会・勉強会など
	③ インターネットなどによる情報発信

5.5.5	多職種的な放射線治療症例の検討
5.5.5.1	標準化された治療方針に関する院内の方針 <ol style="list-style-type: none"> ① 関連する専門家・診療科で合意が得られた治療適応に関する方針 ② エビデンスに基づいた治療方針
5.5.5.2	治療カンファレンス・腫瘍症例検討会の開催
5.5.5.3	治療方針を決める際のコーディネーターの関与

表5. 緩和ケア

5.7.1	標準化された疼痛評価・疼痛ケア
5.7.1.1	疼痛評価 <ol style="list-style-type: none"> ① 院内で標準化された疼痛評価基準と評価ツール ② 医師・看護師双方による疼痛評価 ③ 患者による疼痛の自己評価の仕組み ④ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組み
5.7.1.2	疼痛ケア <ol style="list-style-type: none"> ① WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケア ② 術後急性期疼痛ケア ③ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある
5.7.2	緩和ケアのための人員配置
5.7.2.1	緩和ケアチーム
5.7.2.2	緩和ケアの専門的知識を持つ医師
5.7.2.3	専従の医師・看護師
5.7.2.4	がん専門薬剤師の関与
5.7.2.5	院内の専門家にコンサルタントできる仕組み <ol style="list-style-type: none"> ① WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケア ② 術後急性期疼痛ケア ③ 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある
5.7.3	緩和ケアのためのセッティング
5.7.3.1	ホスピス・緩和ケア病棟
5.7.3.2	緩和ケアチーム
5.7.3.3	在宅ホスピス
5.7.3.4	デイケア・サービス

表6. 薬剤部

5.8.1	がん診療の専門性を持つ薬剤師が配置されている
5.8.1.1	がん専門薬剤師
5.8.1.2	がん薬物療法認定薬剤師
5.8.2	薬剤業務を実施するためのスタッフが配置されている
5.8.2.1	1病棟につき1人以上の病棟薬剤師が配置され、薬物治療の説明や服薬指導・化学療法後のフォローアップを行っている
	① 薬剤管理指導(薬物副作用のモニタリングを含む)
	➢ 薬剤管理指導の実施患者数()件
	➢ 薬剤管理指導の請求件数()件
	➢ 薬剤管理指導の担当薬剤師数()人
	➢ 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数()件
	② 薬物治療の説明
	③ 化学療法後のフォローアップ
	④ 抗がん剤や支持療法の薬剤量の調整
5.8.2.2	1病棟につき2人以上の病棟薬剤師が配置され、抗がん剤の混合調製を行っている
	① 注射用抗がん剤の調製を行っているのは()
	② 薬剤師が投薬のダブルチェックを行っている
5.8.2.3	外来化学療法を実施するために交代要員も含めて、必要数の外来専任薬剤師が配置されている
	① 外来化学療法患者数()/日
	② 外来専任薬剤師数 延べ()人/日
5.8.2.4	外来専任薬剤師が配置され、薬物治療の説明や服薬指導・化学療法後のフォローアップを行っている
	① 薬剤管理指導(薬物副作用のモニタリングを含む)
	➢ 薬剤管理指導の実施患者数()件
	➢ 薬剤管理指導の請求件数()件
	➢ 薬剤管理指導の担当薬剤師数()人
	➢ 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数()件
	② 薬物治療の説明
	③ 患者担当の薬剤師が決められている
5.8.2.5	サテライト薬局を設けて入院化学療法を実施している
5.8.2.5	緩和ケアチームに薬剤師が参加している
5.8.2.6	TDM(血中薬物濃度モニタリング)を自院で測定・解析している

5.8.3 抗がん剤の調剤・投薬が安全かつ適切に行われている	
5.8.3.1	化学療法胃実施当日に、医師が患者を診察して投与の是非を決定する仕組みがある
5.8.3.2	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が経口抗がん剤を処方・監査している。 ① オーダリングシステム ② 払い出し方法のマニュアルがある ③ 処方監査チェックシート ④ 薬歴の確認 ⑤ 投与量の増減・投与間隔の確認 ⑥ 管理カード ⑦ 抗がん剤専用の棚 ⑧ 複数による監査 ⑨ 写真入抗がん剤一覧表を使った照合 ⑩ 抗がん剤の略号の統一
5.8.3.3	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が注射用抗がん剤を処方・監査している。 ① オーダリングシステム ② 払い出し方法のマニュアル ③ 処方監査(チェックシート・薬歴確認・複数の監査) ④ 取り揃え(抗がん剤専用の棚) ⑤ 調製マニュアル・量の再計算・使用アンプルやバイアルの確認 ⑥ 調整後監査
5.8.3.4	抗がん剤の調製の際、抗がん剤が園患者に処方された内容と同一であるかどうか、チェックする仕組みがある
5.8.3.5	抗がん剤や抗がん剤を含む体液の処理方法が決められている
5.8.3.6	安全キャビネットを用いるなど抗ガン剤による被爆の対策ができています
5.8.4 レジメン審査・登録・管理	
5.8.4.1	レジメンの審査・登録 ① レジメン審査委員会が定期的開催されている ② レジメン審査委員会に、化学療法の専門知識を持つ医師・薬剤師が参加している ③ レジメン審査委員会は、レジメンに関連したエビデンスのレビューを行っている ④ レジメンが一部の診療科だけでなく、診療領域ごとに決められている ⑤ 抗がん剤の適応外使用の審議の手続きが、院内で規定されている

表 6 続き

	⑥ レジメン審査委員会において、がん専門薬剤師・化学療法専門医・各診療科が共同してレジメンのチェックを行っている
5.8.4.2	レジメンの管理 ① 医師・薬剤師・看護師などが参加する多職種から構成される専門委員会が、レジメンの一元的な登録管理・定期的メンテナンスを実施している ② 必要に応じて、レジメンの数の見直し・整理が行われている
5.8.4.2	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が注射用抗がん剤を処方 を評価・監査している。 ① オーダリングシステム ② 払い出し方法のマニュアル ③ 処方監査(チェックシート・薬歴確認・複数の監査) ④ 取り揃え(抗がん剤専用の棚) ⑤ 調整(調整マニュアル・量の再計算・使用アンプルやバイアル の確認) ⑥ 調整後監査 ⑦ 残液廃棄(マニュアル)
5.8.4.3	抗がん剤の調製の際、抗がん剤が患者に処方された内容と 同一であるかどうか、チェックする仕組みがある
5.8.4.4	抗がん剤や抗がん剤を含む体液の処理方法が決められてい る
5.8.4.5	安全キャビネットを用いるなど抗ガン剤による被爆の対策がで きている

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

1. わが国の医療機関のがん診療機能の実態調査

【調査対象と方法】

昨年度の研究（平成 17 年度 厚生労働科学研究費補助金研究「がん診療施設の機能評価基準策定に関する研究」）において、われわれはがん診療機能の評価体系を構築した。さらにこれを利用して、がん診療に携わる医療機関を対象にした「がん診療機能の実態調査のための質問紙」を作成し、実態調査を実施した（実施平成 18 年 3 月）。調査対象は、地域のがん診療において中核的な役割を担う医療機関である。具体的には、以下の条件のいずれかを満たす医療機関を対象とした。

- (1) 国立がんセンターを始めとして、国立病院医療機構に所属する病院でかつ、がん診療の基幹医療施設および専門医療施設
- (2) 地域がん診療拠点病院（地域がん診療連携拠点病院、あるいは都道府県がん診療連携拠点病院）
- (3) 特定機能病院
- (4) 臨床研修指定病院

調査の依頼および調査用紙の回収は、(財)日本医療機能評価機構・研究開発部が行った。上記の調査対象病院（全 1,058 施設）に対して、がん診療に関する質問紙調査を実施した。質問紙は、各医療機関の基本情報（設立主体の種類、病院規模、病床数、施設基準、地域、評価機構の認定等）、がん診療に関連した症例数や手術件数、がん診療成績の公表、治験の実施、およびがん診療のプロセスに関する約 80 の項目から成る。

各医療機関に、アンケートへの協力を書面で依頼すると共にアンケート用紙を郵送した。対象となる医療機関には、医療機関名および回答者の氏名・所属部署および役職も含めて回答するように依頼した。アンケートの依頼状には、1) 本調査への協力は各医療機関の自由意志で行われること、2) 本調査への回答を上記の研究目的以外に利用することはないこと、3) 本調査への回答が評価機構による評価・認定に利用されることはないこと、また、4) 医療機関が特定される形で回答内容が公表されないことを明記した。

昨年度は、ア) 回答病院の病床規模、および イ) 日本医療機能評価機構の認定の 2 点に焦点を当て、病院の特性とがん診療機能との関連を検討した。本年度は、ア) がん診療拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院・がん診療連携拠点病院・その他の病院の 3 群に分けて比較）、およびイ) 地域（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・沖縄の 6 群で層別化して比較）に焦点を当てて、昨年度の調査結果を解析した。「都道府県がん診療連携拠点病院」および「がん診療連携拠点病院」は、平成 19 年 1 月時点の指定状況で分類した。

第2領域 患者の権利と安全確保の体制

「患者の権利・安全確保」に関わる事項の中で、がん診療において特に重要な項目として、(1) インフォームドコンセント、(2) がん告知後の患者支援、(3) 治験や臨床研究の情報提供、(4) 診療情報の開示、(5) 倫理的な治験の実施などを挙げた。以前と異なり、現在は患者にがん告知を行うことが一般的に行われるようになってきたが、重要なことはがん告知後の患者の心のケアである。このような精神的なケアには、がん告知後の患者に対する臨床心理士や精神科医を始めとする専門家の支援や、職員教育が重要である。

「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)の方が、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」、「告知後の患者に対する支援体制」、「診療録開示の方針の明文化」などは、3群で差がみられなかった。なお全ての項目において、地方による差は見られなかった。

治験や臨床研究の実施件数は、C群がB群やA群と比較して圧倒的に多かった。

第3領域 療養環境と患者サービス

この領域で、がん診療に特化した項目はごくわずかであるが、(1) 患者・家族のための相談機能、および(2) 禁煙を項目として上げた。中でも、「患者・家族のための相談機能」は、がん患者が医療機関に求めている重要な機能である。がん患者および家族が医療者に求める情報としては、「がん患者一般がどうか」という医学情報よりもむしろ、「自分は治癒するのか」「自分にはどのような治療が適しているのか」「自分はどこの医療機関で治療を受けるのがいいのか」という患者本人に関する情報であり、このような場合に医療機関が提供できる「がん患者が求める医療情報」としては、がん患者団体が作成している「治療のフローチャート」等の分かりやすく客観的なパンフレットや紙媒体の資料が備えられた患者図書室や、患者相談窓口などである。また患者相談窓口については、医療情報を一般論から患者が求める個別論に咀嚼し、消化することをサポートする機能が求められている。患者相談には、社会資源に関する相談・医療安全に関する相談・診療や療養に関する相談・苦情・個人情報に関する相談・代替治療に関する相談など多岐にわたる。しかし相談窓口を細分化すると、患者のたらい回しにも繋がるために、一本化が望ましいとする意見もある²。

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)と比較してそ

² 特定非営利活動法人ヘルスケア・リレーションズ。「がん患者が求める医療情報の提供について」<http://www.hcrm.net/main/jyohoteikyo20051210.html> (2006年4月3日アクセス)

【結果と考察】

付録 2 に、われわれが実施した「がん診療関連実態調査」の調査票を示す。また付録 3 に実態調査の結果を示す。347 の医療機関より回答を得た。以下に、解析結果の概要を示す。

第 1 領域 病院組織の運営と地域における役割

がん診療の均てん化には、地域の医療機関や診療所が連携をとり、継続的な診療を提供する必要がある。そのためには、各医療機関ががん診療における自らの役割を明確にするとともに、地域内の他の医療機関や診療所の役割を認識し、地域全体として統制の取れた診療体制を構築する必要がある。各医療機関がホームページや広報などを通じて、専門医療体制や診療支援、病病連携・病診連携の体制を地域に周知することも重要であろう。

地域でがん診療の中核的役割をになう「地域がん診療拠点病院」は、病院の基本方針の中に、がん診療に関わる記載を含むことが望ましい。また、医療機関が単独で急性期から慢性期、終末期に至る全てのがん診療機能を提供することは困難であるし、限界がある。緩和医療などを始めとする慢性期・終末期の医療は、地域の医療機関が共同して行うことが望ましい。また、「地域がん診療拠点病院」に求められている機能としては、(1) がんの 1 次予防・2 次予防、(2) 地域のがん診療に携わる医療者の教育などがある。がんの 1 次予防・2 次予防には、地域住民に対する啓蒙や教育が重要である。テレメディシンなどの遠隔医療は、その試みが始まったばかりで、この機能を有する医療機関は現在ごくわずかであると考えられる。

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の提供」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）の方が、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。

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、A群が高かった。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4領域 医療提供の組織と運営

第4領域に含まれる項目は、(1)診療の標準化、(2)診療録管理の責任体制、(3)がん登録システム、(4)がん登録データの分析とフィードバック、(5)職員教育・臨床研究である。CoCのスタンダードが求めているように、本来、がん診療には集学的・多角的なアプローチが不可欠であり、さまざまな専門医や職種が協力して1人の患者のケアに携わるための体制を構築するためには、病院組織内のリーダーシップが不可欠である。CoCはこの機能を「がん診療委員会」に求めているが、診療科や職種の壁が大きいわが国においてこのような機能を持つ組織を作り上げるのは、容易ではない。それでも、診療科間の連携や他職種が参加する症例検討会などの機会を設けて、このようなアプローチを行うことは重要である。

現在のがんの診療には、最新のエビデンスに基づいた治療が要求されている。これを実現するためには、最新の医学的知識を取り入れた治療プロトコルを院内あるいは診療科内で定める必要がある。診療記録の質は、病院内の診療情報の共有の面から、また後に診療の適切性の評価や検討を行うためにも、非常に重要な事項である。診療録の品質管理のために、診療録管理士を配置した診療録管理部門を設置することが望ましい。また診療録管理部門は、業務の一環として、診療録のクオリティ・コントロールの機能を持つ必要がある。

がん登録とデータの解析は、がん診療に携わる病院が自らの診療を評価するための重要な手段である。現在わが国のがん登録制度は、まだ標準化されておらず、実施やデータ収集の様式は、各医療機関の自発性に任されている。また各種がんの治療成績の公表なども、各医療機関の自主性に任されているが、解析の対象となったデータの質や解析方法には、実に大きな施設間格差があると考えられている。しかし今後は、「地域がん診療拠点病院」の整備と共に、がん診療に携わる医療機関が標準様式に基づいたデータを提出し、その結果を一定のルールの下に公表することになるであろう。このようなデータの解析は、患者にとって医療機関選択の際の参考になると共に、各医療機関のクオリティ・コントロールにも寄与することが期待されている。

がん診療に関わる医療機関として、職員教育は重要な事項である。このような職員教育がカバーすべき事項は、抗がん剤治療や緩和医療等の臨床的なトピックスだけではなく、患者に対する精神的ケアやサポートなども含むべきである。

「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群の方が多かった。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。クリニカルパスの種類は、C群がB群やA群と比較して多かった。

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群と比較して多かった。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群と比較して多かった。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

この領域には、化学療法・手術療法・放射線療法・リハビリテーション・緩和ケアなど、がん診療の重要なプロセスが含まれる。がん診療に関するプロセス評価で重要なことは、必要な患者に必要なサービスが適切な方法で提供されていることであり、多診療科や多職種により検討された診断や治療をある程度標準化された様式で実施することが大事である。また、医療安全は診療プロセスの中でも、とりわけ重要な位置を占める。各診療プロセスを安全に実施するための組織的な取り組みが、評価されるべきである。

5.3. 病理部門

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人と比較して多かった。

5.4. 化学療法

外来化学療法では、医師の配置は79%の施設で行われていたが、化学療法の知識を持つ専属看護師の配置は50%の病院でしか行われていなかった。76%の病院が、外来化学療法のレジメを事前登録していた。しかし化学療法が「整備されたプロトコルで実施されている」と回答した病院は、外来化学療法でも入院化学療法でも、それぞれ半数程度であった。

外来化学療法では、「緊急事態に備えた医療機器の装備」、「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。

5.5. 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、「放射線治療に係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 群と比較して多かった。

5.5. 緩和ケア

緩和病棟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）では少なかった。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。

5.5. 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爆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見られなかった。

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、が

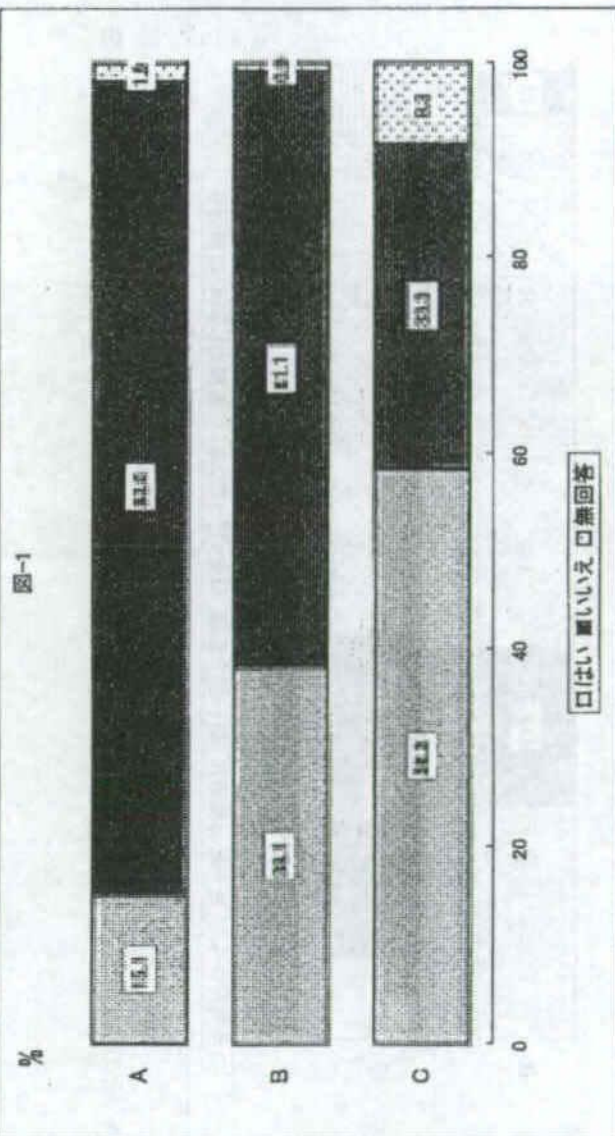
ん種にも依るが、C群(都道府県がん診療連携拠点病院)で最も高く33%~50%、B群(地域がん診療連携拠点病院)では20%~30%、A群(その他の病院)では10%以下であった。C群のうち、5年生存率の計算にKaplan-Mier法を用いていない病院はなかったが、B群やA群ではごく少数であるがその他の方法を用いて生存率を計算していた。

第1領域 病院組織の運営と地域における役割

1.1 がん診療の基本方針

1. 病院の基本方針の中に、がん診療に関する記載がある

回答	はい			いいえ			無回答			合計
	N	%		N	%		N	%		
A	32	(15.1)	(83.0)	178	(83.0)	(1.9)	4	(1.9)	(100)	
B	43	(38.1)	(51.1)	69	(51.1)	(0.9)	1	(0.9)	(100)	
C	7	(58.3)	(33.3)	4	(33.3)	(8.3)	1	(8.3)	(100)	



A: その他の病院 B: 地域がん診療連携拠点病院 C: 都道府県がん診療連携拠点病院

1. 病院の基本方針の中に、がん診療に関する記載がある

回答	はい			いいえ			無回答			合計
	N	%		N	%		N	%		
北海道・東北	13	(26.5)	(73.5)	36	(73.5)	-	-	-	(100)	
関東	17	(25.4)	(70.1)	47	(70.1)	3	(4.5)	3	(100)	
甲信越・北陸	16	(20.5)	(78.9)	60	(78.9)	2	(2.6)	2	(100)	
近畿	14	(19.2)	(80.8)	59	(80.8)	-	-	-	(100)	
中国・四国	13	(41.9)	(58.1)	18	(58.1)	-	-	-	(100)	
九州・沖縄	9	(23.1)	(74.4)	29	(74.4)	1	(2.6)	1	(100)	

