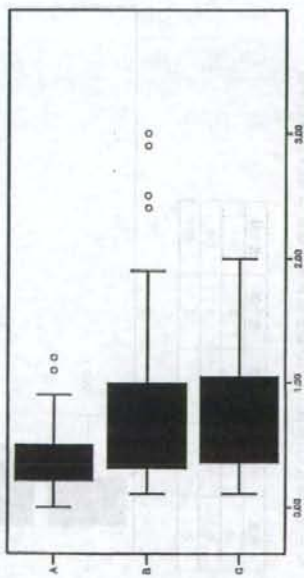


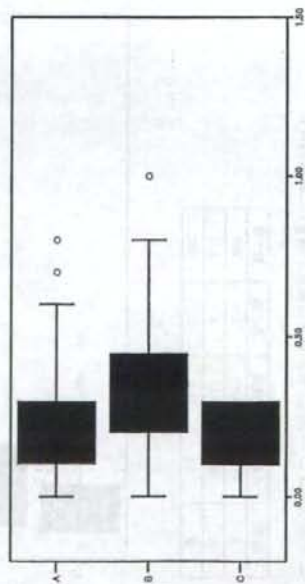
7. 診療録管理部門の常勤換算(資格は問わない)の人数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| A | 0.9 | 0.3 | 0 | 24 |
| B | 1.6 | 0.5 | 0 | 27 |
| C | 1.4 | 0.6 | 0 | 8 |



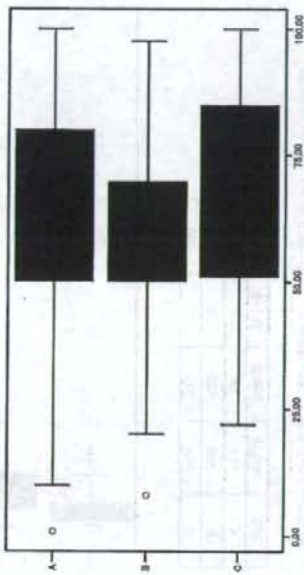
8. 診療録管理部門の診療情報管理士(認定者)の人数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| A | 0.4 | 0.2 | 0 | 14 |
| B | 0.8 | 0.3 | 0 | 13 |
| C | 0.4 | 0.1 | 0 | 2 |



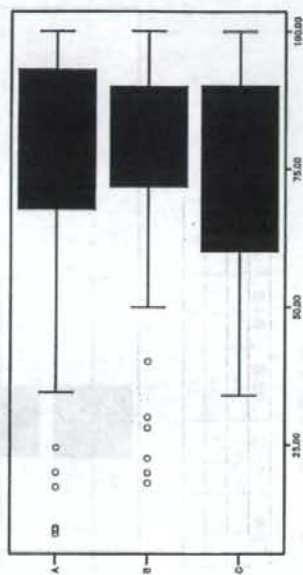
9. 主治医による遠隔サマリーの作成率(1週間以内)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 63.9 | 70.0 | 1 | 100 |
| B | 60.8 | 64.0 | 8 | 98 |
| C | 64.8 | 60.0 | 22 | 100 |



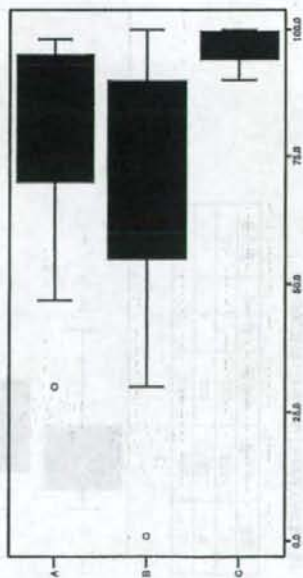
10. 主治医による遠隔サマリーの作成率(2週間以内)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 77.5 | 82.0 | 9 | 100 |
| B | 77.4 | 80.4 | 18 | 100 |
| C | 75.7 | 90.0 | 34 | 100 |



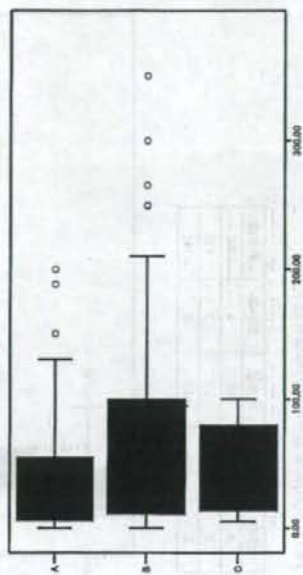
11. 診断日から5年以内のフォローアップ率

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 83.2 | 90.0 | 30 | 98 |
| B | 70.0 | 80.0 | 1 | 100 |
| C | 88.8 | 88.7 | 80 | 100 |



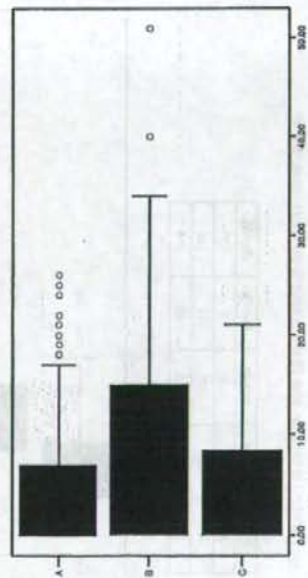
13. 院内で組織された緩和チームが疼痛管理サービスを提供した患者数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 48.3 | 20.0 | 0 | 280 |
| B | 73.7 | 30.0 | 0 | 400 |
| C | 84.8 | 44.0 | 8 | 480 |



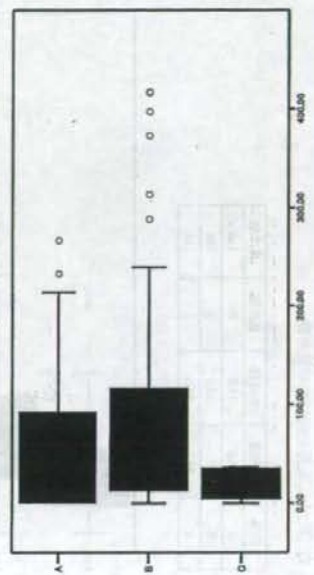
12. 緩和ケアチームの構成メンバーの人数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| A | 4.3 | 0.0 | 0 | 22 |
| B | 8.0 | 7.0 | 0 | 51 |
| C | 5.8 | 5.5 | 0 | 21 |



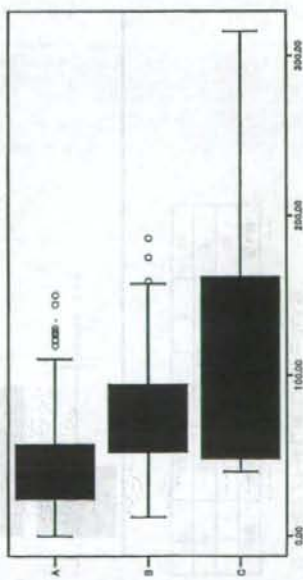
14. 平成17年1月～12月に栄養サポートが関与した年間患者数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|------|-----|------|
| A | 148.7 | 27.0 | 0 | 3085 |
| B | 101.0 | 41.0 | 0 | 556 |
| C | 73.0 | 24.0 | 0 | 488 |



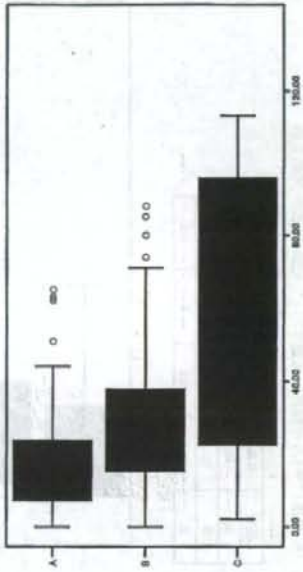
15. [胃がん]胃切除術・胃全摘術(腹腔鏡手術を含む)の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|-------|-----|-----|
| A | 45.2 | 36.0 | 0 | 150 |
| B | 73.8 | 67.0 | 12 | 188 |
| C | 120.2 | 108.5 | 40 | 318 |



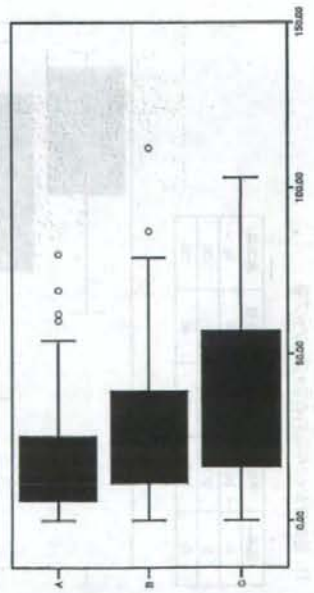
17. [乳がん]乳癌切除術の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 18.3 | 12.0 | 0 | 128 |
| B | 30.7 | 23.5 | 0 | 138 |
| C | 56.2 | 48.0 | 2 | 113 |



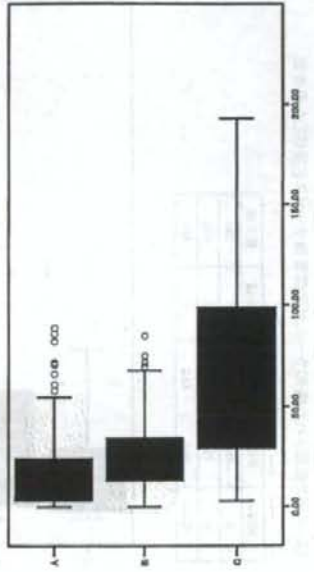
16. [胃がん]EMR(外来含む)の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 22.2 | 13.0 | 0 | 347 |
| B | 29.0 | 20.0 | 0 | 191 |
| C | 52.3 | 44.0 | 0 | 201 |



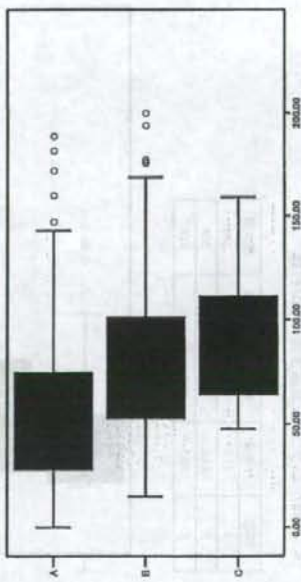
18. [乳がん]乳房温存手術の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 19.8 | 9.0 | 0 | 280 |
| B | 33.7 | 22.5 | 0 | 478 |
| C | 65.8 | 62.0 | 3 | 193 |



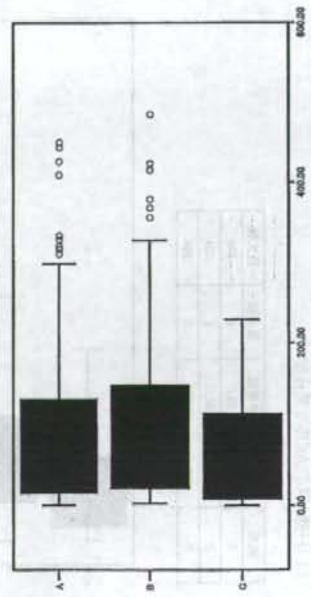
19. [大腸がん]大腸切除術の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|------|-----|-----|
| A | 58.1 | 49.5 | 0 | 339 |
| B | 81.4 | 71.0 | 15 | 200 |
| C | 104.3 | 86.0 | 48 | 258 |



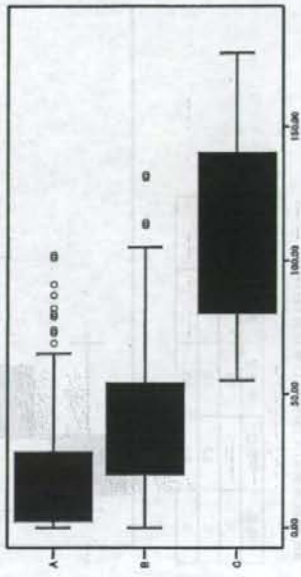
20. [大腸がん]ポリペクトミー(外来含む)の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|------|-----|------|
| A | 112.2 | 39.0 | 0 | 2000 |
| B | 119.0 | 57.0 | 2 | 725 |
| C | 101.3 | 37.0 | 0 | 552 |



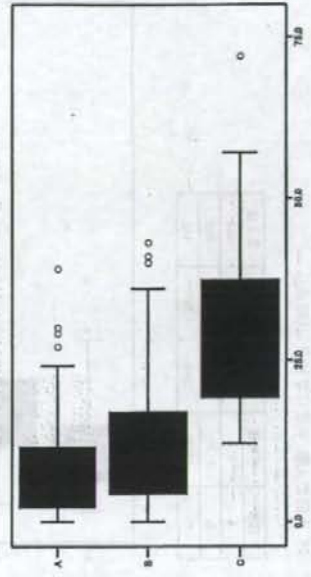
21. [肺がん]肺切除術(胸腔鏡手術を含む)の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|------|-----|-----|
| A | 20.8 | 8.0 | 0 | 180 |
| B | 42.7 | 35.0 | 0 | 188 |
| C | 107.9 | 88.5 | 55 | 178 |



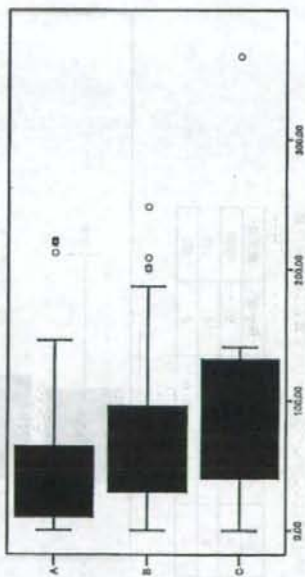
22. [肝臓がん]肝切除術の年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 10.1 | 5.0 | 0 | 98 |
| B | 12.9 | 10.0 | 0 | 73 |
| C | 31.4 | 25.0 | 12 | 72 |



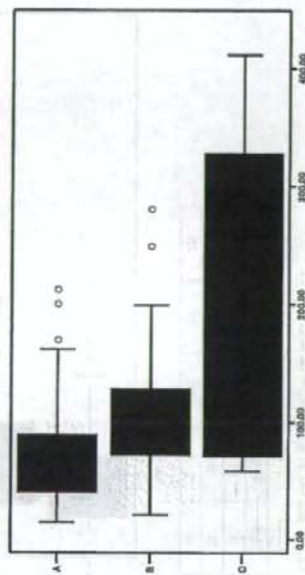
23. [肝臓がん]TAEの年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|-------|-----|-----|
| A | 32.9 | 28.0 | 0 | 446 |
| B | 72.0 | 58.0 | 0 | 304 |
| C | 102.3 | 100.0 | 0 | 384 |



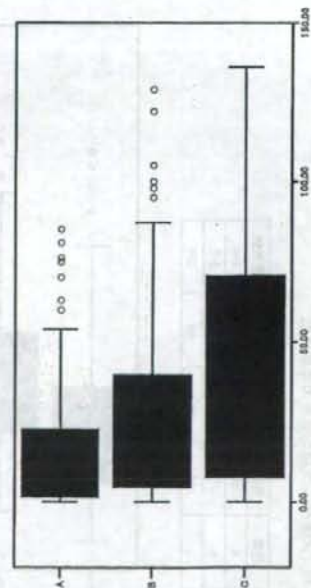
25. 医師の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-------|-------|-----|-----|
| A | 91.3 | 57.0 | 15 | 664 |
| B | 117.5 | 100.2 | 21 | 310 |
| C | 198.0 | 135.8 | 56 | 412 |



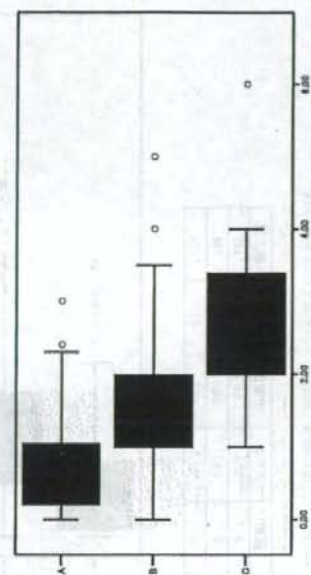
24. [肝臓がん]ラジオ波凝固療法での年間件数

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 21.5 | 5.0 | 0 | 235 |
| B | 34.0 | 13.0 | 0 | 508 |
| C | 72.5 | 39.0 | 0 | 423 |



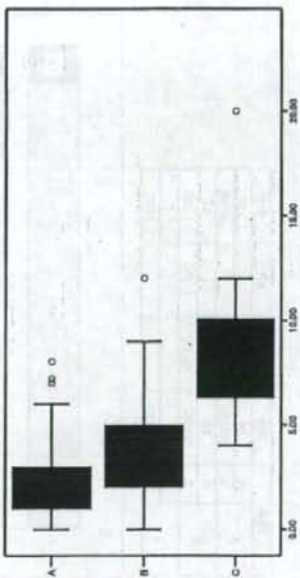
26. 病理医師の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| A | 1.3 | 1.0 | 0 | 12 |
| B | 1.7 | 1.0 | 0 | 9 |
| C | 2.6 | 2.0 | 1 | 6 |



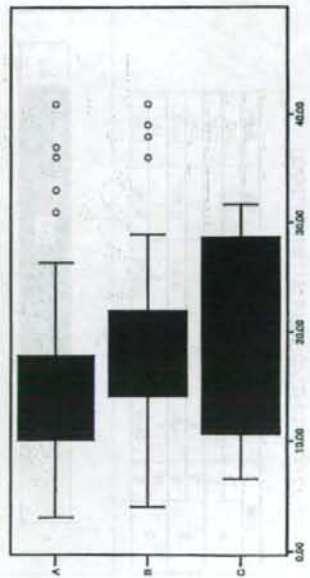
27. 放射線科所属医師の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| A | 3.1 | 2.0 | 0 | 30 |
| B | 3.9 | 3.1 | 0 | 17 |
| C | 5.8 | 5.0 | 4 | 20 |



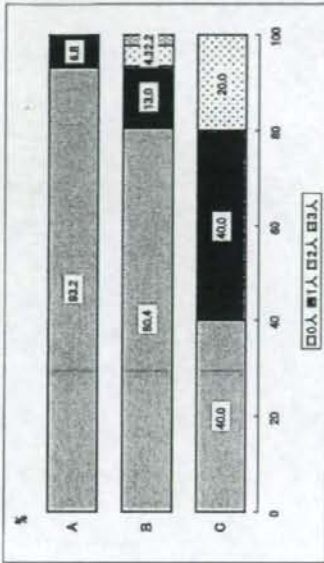
28. 薬剤師の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 平均値 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|----|------|------|-----|-----|
| A | 15.6 | 13.0 | 3 | 66 |
| B | 18.6 | 18.3 | 4 | 69 |
| C | 19.6 | 20.5 | 7 | 32 |



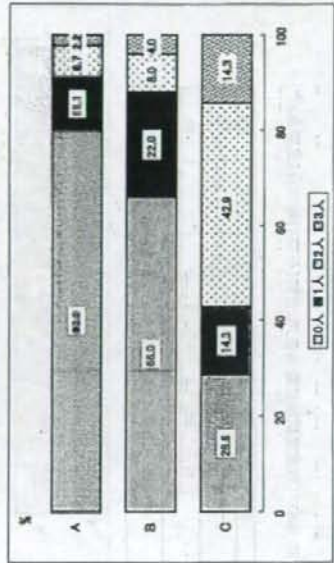
29. 医学物理士の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 0人 | | | 1人 | | | 2人 | | | 3人 | | | 合計 | | |
|----|----|-------|---------|----|-------|---------|----|-------|---------|----|------|--------|----|-------|---------|
| | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) |
| A | 37 | 60.4% | (60.4%) | 6 | 9.9% | (9.9%) | 2 | 3.3% | (3.3%) | 1 | 1.7% | (1.7%) | 46 | 75.3% | (75.3%) |
| B | 2 | 3.3% | (3.3%) | 2 | 3.3% | (3.3%) | 1 | 1.7% | (1.7%) | 0 | 0.0% | (0.0%) | 5 | 8.3% | (8.3%) |
| C | 2 | 3.3% | (3.3%) | 40 | 66.7% | (66.7%) | 13 | 21.7% | (21.7%) | 0 | 0.0% | (0.0%) | 55 | 91.7% | (91.7%) |



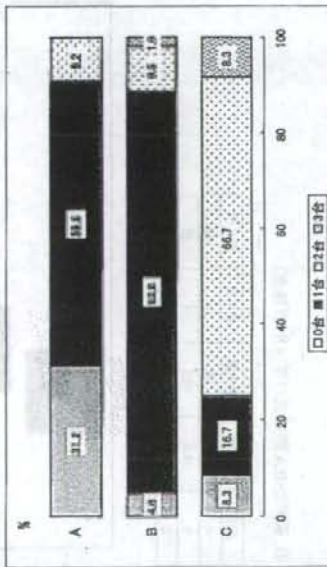
30. 放射線治療品質管理士の人数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 0人 | | | 1人 | | | 2人 | | | 3人 | | | 合計 | | |
|----|----|-------|---------|----|-------|---------|----|-------|---------|----|-------|---------|----|-------|---------|
| | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) | N | % | (%) |
| A | 21 | 35.0% | (35.0%) | 11 | 18.3% | (18.3%) | 4 | 6.7% | (6.7%) | 2 | 3.3% | (3.3%) | 48 | 79.7% | (79.7%) |
| B | 2 | 3.3% | (3.3%) | 2 | 3.3% | (3.3%) | 1 | 1.7% | (1.7%) | 0 | 0.0% | (0.0%) | 5 | 8.3% | (8.3%) |
| C | 2 | 3.3% | (3.3%) | 14 | 23.3% | (23.3%) | 22 | 36.7% | (36.7%) | 7 | 11.7% | (11.7%) | 45 | 75.0% | (75.0%) |



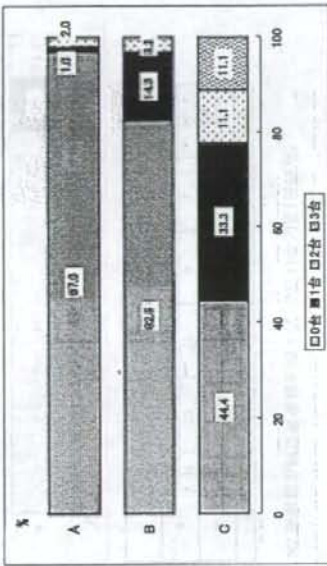
31. リニアック・マイクロトロン台数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 0台 | | 1台 | | 2台 | | 3台 | | 合計 |
|----|----|---------|----|---------|----|---------|----|---|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| A | 44 | (31.2%) | 84 | (58.8%) | 13 | (9.2%) | | | 141 |
| B | 5 | (4.8%) | 88 | (83.8%) | 10 | (9.2%) | 2 | | 105 |
| C | 1 | (8.3%) | 2 | (16.7%) | 8 | (68.7%) | 1 | | 12 |
| | | | | | | | | | (100) |



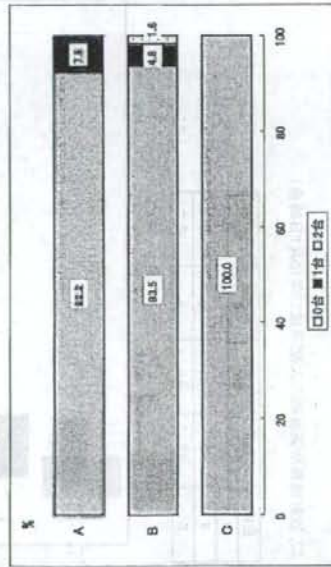
33. IMRT(強度変調放射線治療)の台数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 0台 | | 1台 | | 2台 | | 3台 | | 合計 |
|----|----|---------|----|---------|----|---------|----|---|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| A | 96 | (97.5%) | 1 | (1.0%) | 2 | (2.5%) | | | 99 |
| B | 52 | (82.5%) | 8 | (14.3%) | 2 | (3.2%) | | | 63 |
| C | 4 | (44.4%) | 3 | (33.3%) | 1 | (11.1%) | 1 | | 9 |
| | | | | | | | | | (100) |



32. ガンマナイフの台数(平成17年10月1日時点)

| 回答 | 0台 | | 1台 | | 2台 | | 合計 | |
|----|----|---------|----|--------|----|--------|-----|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A | 34 | (92.2%) | 8 | (7.8%) | | | 102 | (100) |
| B | 38 | (4.8%) | 3 | (4.8%) | 1 | (1.8%) | 62 | (100) |
| C | 7 | (100%) | | | | | 7 | (100) |



資料 2. 平成 19 年度資料

資料 2-1. 「がん看護」の機能に関する
ヒアリング

がん看護

1.がん看護専門看護師、認定看護師

がん看護専門看護師(日本看護協会認定)は、現在、日本に79名のみであり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、専門看護師に要求されている機能を評価するというより、むしろ、専門看護師が勤務しているかいないか、またその機能をどのように果たしているかを評価する方が現実的であろう。専門看護師の配置状況を評価する場合は、勤務していれば加算する程度の配慮に留める。将来的には条件化し、認定看護師の活躍の場を明確にするとよい。

認定看護師は専門看護師より先行して制度が創設されている。認定看護師には、教育、研究、倫理調整という役割は無く、実践、指導、相談の役割がある。がんに関する認定看護分野には、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、乳がん看護があり、創傷・オストミー・失禁(WOC)看護も関係している。

2.化学療法

化学療法における看護について、安全な実施を目的に評価するのか、それともケア的要素を評価するのかによって評価基準が異なる。後者の場合、言葉がけなどの精神的援助も含むであろう。何を目的とするのかを明確にすべきである。

入院期間が短縮されている現在、患者教育や外来機能の充実が求められる。特に、外来における化学療法は、少ない人数で多くの件数を日々こなしている。外来の人員配置は受診患者数を基準にしており、治療患者数で決められていないため手厚いケアが提供できない状況である。このような状況下で評価するならば、まず、ケアの充実よりも安全・確実な実施に焦点を当てておく。そして将来的に、ケアに人や時間をどの程度割いているかを付加価値として位置付ける方が妥当ではなかろうか。

化学療法を受けている患者のアセスメントの程度は、個人の能力に任されている部分もあり経験年数等によっても異なる。これを補う意味でクリニカルパスを活用していることは評価できる。化学療法のレジメン管理を看護師のみに求めるのは現実的ではない。しかし、投与前の患者の状態のアセスメントを行っているかどうかを評価することは可能であろう。

3.看護の機能評価について

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、そこに患者の個別性が入ってくる。このため評価基準に置き換えることは難しいが、看護ケアにおいてそれらは非常に大切なことである。

また、看護はチームで行うものである。病棟では交替勤務をしており、患者の希望等の連絡・連携は非常に大事であり、共通認識の下に提供されるべきである。患者の重症度によっては複数名でケアを実施するほか、確認・相談が必要な場合もある。がん看護の機能を実際に評価する際は、インタビューの他、チームカンファレンスを参加観察するとよい。

4. サバイバーシップ

サバイバーシップとは、がんの診断を受けたその時から、がん生存者としての生き方が始まり、亡くなる最後の時まで治療を続けながら、その人らしく健やかに生きることが出来る、つまり、がんとともに生きる、という考え方である。

サバイバーシップの発想は、がん看護と共通する部分が大きく、サバイバーシップの考え方をベースに患者と関わるのが大事である。患者の希望の実現に向けセルフケアを高めるほか、治療を決定する際意思決定の支援、チームでどのように関わるか調整を行うことなどが重要となる。

資料 2-2. 評価項目体系の原案

表 1. がん診療機能の評価体系案

第 1 領域 病院組織の運営と地域における役割

1.1 がん診療の理念・基本方針

1.1.1 がん診療に関する病院の理念・基本方針が確立されている

5・4・3・2・1

- ① 病院の理念・基本方針の中に、がん診療に関する記載がある
- ② 基本方針は具体的で、病院の機能と矛盾しない
- ③ 理念・基本方針は、患者中心の医療を重視する内容である
- ④ 理念・基本方針は、定期的に見直されている

1.2 がん診療に関する地域における役割

1.2.1 がん診療に関する地域の役割が、明確にされている

5・4・3・2・1

- ① 役割が明文化されている
- ② 地域の他の医療機関との役割分担が適切である

1.3 地域の保健・医療・福祉施設との連携と協力の体制がある

1.3.1 地域の医療機関からの紹介患者の受け入れおよび患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行うための体制が確立している

5・4・3・2・1

- ① 地域において、かかりつけ医(診療所・在宅訪問医等)を中心とした緩和医療の提供体制が整備されている
- ② かかりつけ医と共に病院内で共同診療を行うなど、早い段階からかかりつけ医を中心とした緩和医療の導入を行っている
- ③ がん診療に関する病診連携のクリニカルパスが活用されている

1.3.2 地域の医療機関や保健福祉サービス機関への技術支援や診療支援に取り組んでいる

5・4・3・2・1

- ① 周辺の地域医療機関の医療従事者に対し、がん診療に関連する教育・研修を行っている
- ② 地域住民などへのがん検診・がん予防・がん診療に関する教育・啓発活動に取り組んでいる
- ③ 専門分野・専門医療などのがん診療に関する情報をホームページ等において提供している

1.3.3 高額医療機器を共同利用している

5・4・3・2・1

1.4 地域に対する情報公開

1.4.1 地域住民あるいは一般に、診療提供や診療成績の情報が公開されている

5・4・3・2・1

- ① ホームページや患者向けパンフレット等で、5年生存率などの治療成績を公表している
- ② インターネットや病院のニュースレター、患者待合室のパンフレットなどを通じて、患者にがん診療に関する情報が提供されている

第2領域 患者の権利と安全確保の体制

2.1 説明と同意

5・4・3・2・1

2.1.1 適切なインフォームドコンセントが行なわれている

- ① 患者に、診断・治療・予後について十分説明し、全ての危険と便益を説明した上で患者の同意を得て、ケアや治療を実施している
- ② 患者が説明内容を十分理解しているか、確認する仕組みがある
- ③ 患者以外の人への病状や治療に関する情報の提供については、患者の同意が得られている

2.1.2 がん告知に対する方針が院内で統一されている

5・4・3・2・1

- ① 病院レベルで、がん告知に関するマニュアルが作成されている
- ② がん告知の割合()%
- ③ がん告知に関する職員への教育・研修が行われている
- ④ 精神科医を始めとする、多職種による告知後の患者に対する支援体制がある

2.1.3 がんに関連した治験の情報が、公式に患者に提供されている

5・4・3・2・1

- ① 各診療科の医師は、該当患者に対してがん診療に関する臨床試験の情報提供を行っている
- ② 治験の情報が、インターネット・病院のニュースレター・待合室のパンフレットなどで提供されている

2.2 セカンドオピニオン

2.2.1 セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている

5・4・3・2・1

表1. がん診療機能の評価体系案

- ① 患者がセカンドオピニオンを求めた場合、積極的に適切な医師あるいは医療機関を紹介している
- ② 他院で診療を受けている患者がセカンドオピニオンを希望する場合、受け入れる体制がある

2.3 医療情報の開示

2.3.1 診療録の情報が開示されている

5・4・3・2・1

- ① 診療録開示の方針が、明文化されている
- ② 患者本人が開示を求める場合、例外なく開示を行っている

2.4 臨床研究

2.4.1 倫理的審査に基づいた臨床研究が実施されている

5・4・3・2・1

- ① 臨床研究を審査する独自の Institutional Review Board(IRB)がある
- ② 臨床研究の実施方法・手順は、ピアレビューを伴う審査委員会にて承認されている
- ③ 治験・臨床研究の参加に際し、患者に対して形式的な書面と共に説明し、文書による同意を得る体制がある

2.4.2 臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である

5・4・3・2・1

- ① 臨床試験対象者の個人情報、適切な方法を用いて保護されている
- ② 臨床研究における患者登録・データの管理を行うデータ管理者が決められている
- ③ 研究計画に基づいて研究が倫理的に適切に実施されているか、審査する仕組みがある

2.5 患者の安全確保

2.5.1 患者の安全確保の体制が確立している

5・4・3・2・1

- ① 患者が安全に生活できるような環境が整備されている
- ② 麻薬・抗精神薬の管理体制が整備されている
- ③ 安全確保のための院内の情報を収集し、分析し、改善策を実施する体制がある

第3領域 療養環境と患者サービス

3.1 相談機能

3.1.1 医療相談の体制が確立している

5・4・3・2・1

表 1. がん診療機能の評価体系案

- ① 患者・家族の相談窓口が設置されている
- ② 医療相談室には専任者が配置されている(人)
- ③ 患者向けの書籍を備えた図書室がある

3.2 プライバシー確保への配慮

3.2.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備である

5・4・3・2・1

- ① 外来診察室・病棟面談室の環境は、プライバシーが守られるようになっている
- ② 患者・家族と相談するための相談スペースが確保されている

3.3 禁煙

3.3.1 院内禁煙の方針を採っている

5・4・3・2・1

- ① 院内‘全面禁煙’方針を守っている

第 4 領域 医療提供の組織と運営

4.1 診療の標準化

4.1.1 診療ガイドラインの採用が施設レベルで検討され、決められている

5・4・3・2・1

- ① 診療ガイドラインの採用が、がん診療委員会で決められている
- ② 診療ガイドラインの採用が、各診療科レベルで決められている

4.1.2 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

5・4・3・2・1

- ① 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、各種ガイドラインやエビデンスに基づいて、作成されている
- ② がん診療責任者は、クリニカルパスのコンプライアンスをモニターし、報告している
- ③ クリニカルパスは、定期的に/必要に応じて見直されている
- ④ 入院・外来化学療法の質保証体制(腫瘍内科専門家による関与・監査体制、責任者、レビュー体制)などが整備されている

4.2 診療録管理の責任体制

4.2.1 診療録管理の責任体制が確立している

5・4・3・2・1

- ① 診療録管理部門は事務部門から独立し、院長・副院長・あるいは診療情報管理に積極的で知識のある医師を部門長としている
- ② 診療録管理に携わる者(がん登録実務者を含む)が 1人以上確保されている

4.2.2 診療録管理委員会が設置されている

5・4・3・2・1

表 1. がん診療機能の評価体系案

- ① 診療録管理委員会は他職種により構成され、院長より権限を与えられている
- ② 診療録管理委員会は定期的に、がんに関連した診療記録や症例サマリーの品質管理について検討している
- ③ 診療録管理委員会は、がん患者の診療録の記載に関して、診療情報管理士による量的点検(形式監査)、質的 point 点検(内容監査)、同僚評価(医師が医師を評価)を実施している

4.2.3 がん診療に関連した情報が適切に、診療録に記載されている
入院・退院診療計画、治療方針及び計画、看護計画が明記されている

5・4・3・2・1

- ① 2週間以内の主治医によるサマリーの作成率()%

4.3 がん登録システムが確立している

4.3.1 標準様式に基づいた院内がん登録体制が整備されている
標準様式に基づいた院内がん登録のシステムがある

5・4・3・2・1

- ① 院内がん登録および地域がん登録の専任のスタッフが確保されている

4.3.2 院内がん登録制度が、適切に運営されている

5・4・3・2・1

- ① 全患者におけるがん登録の日からのフォローアップ率が、80%以上である
- ② 診断日から5年以内のフォローアップ率が、90%以上である
- ③ 院内がん登録データを地域がん登録事業に提供している

4.3.3 がん登録データの質を担保する仕組みがある

5・4・3・2・1

- ① がん診療責任者は毎年、自院のデータベースの症例検索機能・データ収集の正確性・サマリーの適時性・フォローアップ率などを評価している
- ② がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している

4.4 がん症例検討会の開催

4.4.1 多職種・多診療科の参加による症例検討会が行われている

5・4・3・2・1

- ① 診断医(放射線・内視鏡)・腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線治療医などを始めとする多診療科の医師が参加する症例検討会がある
- ② 医師および看護師、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ある

4.4.2 症例検討会では、プロスペクティブ(前方視的)に診断・治療・ケアが検討されている

5・4・3・2・1

表 1. がん診療機能の評価体系案

| | | |
|-------|---|-----------|
| | ① プロスペクティブ(前方視的)に診断・治療・ケアが検討されている | |
| | ② 検討結果に関する記録が整備されている | |
| 4.4.3 | 臨床病理カンファレンスあるいは、死亡症例検討会が行われている | 5・4・3・2・1 |
| | ① 死亡症例検討会の実施率 | |
| | ② 検討結果に関する記録が整備されている | |
| 4.4.4 | がん診療責任者は、症例検討会開催の頻度と進行を毎年見直している | 5・4・3・2・1 |
| | ① がん診療責任者は、症例検討会開催頻度、出席状況、症例報告などについて定期的に評価を行っている | |
| 4.5 | がん診療責任者は、年間計画を策定し運営している | 5・4・3・2・1 |
| 4.5.1 | がん診療責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標設定とその評価を行い、報告している | |
| | ① がん診療責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標を設定している | |
| | ② 定期的に評価され、報告されている | |
| 4.5.2 | がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している | 5・4・3・2・1 |
| | ①がん診療責任者は、がん登録制度のデータ収集方法・データの正確性・フォローアップデータの正確性について毎年検討している | |
| 4.5.3 | 毎年がん診療責任者は診療成績を分析し、結果を公表している | 5・4・3・2・1 |
| | ① 分析には、症例数、ステージ分類、治療成績、予後(5年生存率等)が含まれる | |
| | ② 毎年分析結果が、医師・看護師・コメディカルにフィードバックされている | |
| | ③ 毎年分析結果が、報告書・がん診療委員会の発表会・講義・ウェブサイトを通じて公表されている | |
| 4.6 | 職員教育・臨床研修 | |
| 4.6.1 | がん診療に関する教育・研修が職員に対して行われている | 5・4・3・2・1 |
| | ① がん診療部門の職員への教育・研修が、最低年に1回行われている | |
| | ② 院内各部門の職員へのがん診療に関する教育・研修が、最低年1回行われている | |
| | ③ 教育プログラムには、コミュニケーション技術についてのカリキュラムが組み込まれ、職員全員に適切な教育が提供されている | |

表 1. がん診療機能の評価体系案

- ④ 各種ガイドライン、米国立がん研究所のデータベース・標準的な教科書など、がん治療に関する最新の情報を得る設備や施設があり、誰でも利用できる環境にある

4.6.2 がん診療教育研修プログラムを提供している

5・4・3・2・1

- ① 医師を対象とした、がん診療に特化した教育研修プログラムを提供している（施設内外の教育を問わない）
- ② 上記の教育研修プログラムにおいて、責任者が決められている
- ③ 上記の教育研修プログラムにおいて、プログラムの到達目標および研修生の評価方法が明記されている

4.7 学術活動・研修参加

4.7.1 がん診療に関する学会・教育・研修活動への参加が保証されている

5・4・3・2・1

- ① 学会や研修参加の出張に関する予算が計上されている

4.7.2 論文発表・学会発表を評価している

5・4・3・2・1

- ① 論文発表・学会発表を病院業績集に報告している

第 5 領域 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 がん診療の責任体制

5.1.1 各診療科・部門において、がん診療に対して責任を持つ担当者が任命されている

5・4・3・2・1

- ① 各診療科あるいは各部門において、がん診療の責任者が任命されている
- ② 各診療科・各部門のがん診療責任者は、がん診療に関連した業務の見直し、診療ガイドラインや標準的のプロトコルの見直しを多角的に検討するための機会を設けている（症例検討会は含まない）

5.1.2 多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会が院内にあり、病院レベルでがん診療に責任を持つ担当者が任命されている

5・4・3・2・1

表 1. がん診療機能の評価体系案

- ① 多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会が院内にある
- ② 病院レベルで、組織横断的にがん診療に責任を持つ担当者が任命されている
- ③ 多職種・多診療科から構成されるがん診療委員会において、がん診療が最低1年に1回は見直されている
- ④ がん診療部門の運営に関する委員会の検討記録が整備されている

5.2 がん診療の評価と改善

5.2.1 病院は、がん診療に関する年間計画を策定し実施している

5・4・3・2・1

- ①がん診療責任者は、臨床や地域連携、診療の質改善などについて明確な目標設定とその評価を行い、報告している

5.2.2 がん診療責任者は毎年、がん登録データの質を評価するための計画を立て、実施している

5・4・3・2・1

- ①がん診療責任者は、がん登録制度のデータ収集方法・データの正確性・フォローアップデータの正確性について毎年検討している(4.5.2①と重複)

5.2.3 毎年がん診療責任者は診療成績を分析し、結果を公表している(4.5.3と重複)

5・4・3・2・1

- ① 分析には、症例数、ステージ分類、治療成績、予後(5年生存率等)が含まれる
- ② 毎年分析結果が、医師・看護師・コメディカルにフィードバックされている
- ③ 毎年分析結果が、報告書・がん診療委員会の発表会・講義・ウェブサイトを通じて公表されている(4.5.3と重複)

5.3 病理診断

5.3.1 病理部門の体制の確立

5・4・3・2・1

5.3.1.1 病理診断の業務が確立している

a・b・c

- ① 診療に必要な病理検査の手順が確立している
- ② 業務のマニュアルが整備されている
- 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
- ④ 生検結果が4-5日以内で判明する

5.3.1.2 必要な人員配置が確保されている

a・b・c

- 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)
- 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)
- ③ 細胞診専門医(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)
- ④ 細胞検査士(常勤・非常勤・外部委託も含めて評価)
- ⑤ 病理医が不足している場合、それを補う方策を立てている
 - 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)
- ⑥ 病理診断を実施するための設備・機器が整備されている
 - 標本作製するためのプロセッサ
 - ミクロトーム
 - 自動染色装置・自動免疫染色装置(オプション)

5.3.2 病理部門の適切な運営

5・4・3・2・1

5.3.2.1 病理診断の精度管理が適切に行われている

a・b・c

- ① 診断のダブルチェックが行われている
- ② 病理診断コンサルテーションシステムを利用している
- ③ 部門内のカンファレンスが定期的に行われている
- 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
- 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
- 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
- ⑦ 難解症例等に関して、外部コンサルテーションできるシステムが確立している

5.3.2.2 病理標本管理が適切に行われている

a・b・c

- ① 診断後の検体・ブロックなどの標本の整理・保存が適切に行われている
- ② 標本作製過程での取り違え等を防止するための安全管理の仕組みがある

5.3.2.3 危険物の処理が適切に行われている

a・b・c

- ① 有機溶媒、毒・劇物など危険性の高い物質の処理取り扱い・保管・管理に関する手順が確立している