

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
2.2.3	適正に診断と治療に関する同意を得ていることを確認する仕組みがある	1) 看護師あるいは薬剤師などのコメディカルが医師の説明時に同席している ①病名・病状・治療方針（治療効果・治療方法の変更等）・予後・医療の場の変更（通院から入院、転院）など、説明内容の妥当性を看護の観点、あるいは第三者に近い観点からも評価している 2) 患者・家族の反応を観察し質問を行うことで、看護師あるいは薬剤師の立場から補足説明（患者の理解を助ける働きを看護師あるいは薬剤師が行っている）を行っている 3) 必要に応じ、医師との調整を行ってチーム医療を実践している	看護師の同席などの確認、説明後の病棟打ち合わせなどの実施状況を具体的に記録などで確認する	○	○	○	△	○
2.3	プライバイシー確保への配慮							
2.3.1	患者のプライバイシーに配慮した環境・設備が備わっている	1) 外来診察室・病棟面談室の環境は、プライバイシーが守られている 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) 外来抗がん剤治療時の環境は、プライバイシーが守られている		○	○	○	○	○
2.3.2	患者以外の者に対する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	患者以外の者に対する情報提供に関する対応マニュアルが整備されている	具体的な手順とその運用状況を評価する。実際は、すべてこのように対応することは医療の現場では不可能であるので、「外部あるいは直近家族以外からの問い合わせ」などに限定する必要がある。病棟などに対応マニュアルが備わり、遵守されていることを確認する	○	○	○	○	○
2.4	セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている							
2.4.1	患者がセカンドオピニオンを求めた場合に積極的に適切な医師あるいは医療機関を紹介している	セカンドオピニオンが保証されている	小さな病院は紹介が多く、大きな病院は受けるばかりとなる。施設の特性に応じた数を評価する必要がある	○	○	○	○	○
2.5	患者・家族のサポート							
2.5.1	患者・家族の希望やニーズを把握したうえで、患者と共に達成可能な目標を設定している	患者・家族の意見・要望を計画に反映した記録がある	該当患者の看護計画の立案や実施に関する記録を確認する	○	○	○	○	○
2.5.2	患者・家族に対する精神サポート体制が構築されている	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。さらには、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 2) いかなる場合に院内に連携がとれる心理職が確保されている 3) 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		○	○	○	△	△

No.	評価項目	判定指針	評価の観点	統合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
2.5.3	医療相談の体制が確立している	1) 相談専門人員が何人いるか、その資格は何か(社会福祉士・精神保健福祉士・その他) 2) 対面相談のための個室を設置しているか 3) 相談の件数が院内で何件あるか(月間100件) 4) 相談のデータを集計しているか 5) 相談内容について事例検討会を行っているか 6) パンフレットなどの資料を取り揃えているか 7) 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っているか 8) 相談記録を作成しているか 9) PCインターネットを設置し、がん情報がとれるようになっているか	がん専門病院の場合と総合病院の場合とで、総人員、相談件数、相談内容などに「がん」に関する医療相談という要素を考慮して評価する必要がある。総合病院の場合は、「がん」に関する医療相談以外の相談にも対応するための人数確保もできず、相談業務が煩雑化している場合もある。	◎	◎	◎	△	△
2.5.4	多職種による患者教育が継続的に行われている	看護師、薬剤師を中心とした教育の実績があり記録されている		◎	◎	◎	△	△
2.5.5	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・教育を行う体制がある	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、あるいは配備する予定がある。実績を検証		◎	○	△	△	△

がん診療機能評価Ver.0.0【第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
3.1	診療の標準化							
3.1.1	診療ガイドラインの採用が施設レベルで検討され運用されている	がん診療ガイドラインの採用が診療委員会などで決められ、各診療科レベルで実際に運用されている。	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を交えたグループで決められているか否か。 各診療グループが使用しているガイドラインの一覧を確認する。	◎	◎	◎	△	△
3.1.2	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	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、審査のうえで運用されている	実際の評価では、運用されているクリニカルパスの数と内容を確認する	◎	◎	◎	△	△
3.2	グループ診療の推進による診療の透明化							
3.2.1	多職種・多診療科が参加した症例検討会が行われている	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とコメディカルが参加する症例検討会や委員会を開催している、あるいは何らかの形で意見交換がなされている		◎	◎	◎	△	△
3.2.2	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	各診療科・各部門において行われたがん診療の検討記録が整備されている						
3.2.3	がん診療責任者あるいは検討会の責任者の役割が明確に示され、最適な診療方針が決定され、かつ実行されている	検討会の実績があり、記録が整備されている	参加者全員がそれぞれの専門の立場から活発に発言することを促す環境が整い、がん診療責任者が科学的に妥当な議論をへて実効性をもってグループ診療がなされているか。参加者の内容と規模、及び実効性などにより評価	◎	◎	◎	△	△
3.2.4	問題症例をとりあげる実効性のあるシステム検討が構築されている	看護師などからの医師診療に関する問題提起が確実に取り上げられ、改善につながっている	システムや具体例を検証	◎	◎	◎	◎	◎
3.3	適切な薬物治療							
3.3.1	薬物治療（抗体、分子標的治療も含む）を安全に実施するためのスタッフ配置がされている、あるいは配置される予定がある	化学療法に精通した医師（学会認定医：暫定認定を含む）が配置、あるいは配置される予定がある	学会認定医はまだ少ない状況であるため、2,3年のうちに評価を行うことは現実的ではない。暫定認定も認めたいほうがよい。 また、地方では非常勤医が多い傾向にあるが、主要なスタッフの実質配置を評価すべきである	◎	◎	◎	◎	△

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道府 県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
3.3.2	レジメン審査・登録・管理が適切に行われている	化学療法専門知識を持つ医師・薬剤師・看護師などが参加するレジメン審査体制が適切に運用され、提出されたレジメンを診療領域ごとに科学的根拠に基づいて審査し、全てのレジメンを対象として一元的な登録管理・定期的メンテナンスを実施している	不適切なレジメンを除外する審査手順と運用記録を検証する。看護師も関与すべきである。生理食塩液等実際の投与場面における細かな点の手順や注意事項については看護師が把握している。また、何がレジメン登録されているかを確認すべきである。	○	○	○	○	
3.3.3	コンピュータシステムを使ったレジメン管理が行われている	レジメン管理にコンピュータシステムを運用している		○	○	○	○	
3.3.4	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行い内容を確認、周知している	説明会の実績があり、記録がある		○	○	○	○	
3.3.5	化学療法当日の投与決定の仕組みがある	1) 化学療法当日の投与決定に関する手順が明文化されている 2) 化学療法当日の投与決定と処方内容の二重確認の体制がある (ア) 診療グループ (イ) 主治医(担当医) (ウ) 指病医 (エ) 研修医/レジデント (オ) 医師以外		○	○	○	○	
3.3.6	抗がん剤の種類、投与量と投与スケジュールを医師が二重に確認する仕組みがある		すべての治療に二重確認すること、は、大規模施設では非現実的。初回は、大規模施設では困難だが、投与当日のダブルチェックは困難だが、治療計画を立案し、指示・処方を行うときには何らかの形でダブルチェックを求める必要がある	○	○	○	○	
3.3.7	抗がん剤の適応外使用の手続が院内で規定されている	抗がん剤の適応外使用の手順が明文化されている	抗がん剤の適応外使用の手順の使用実績がある(適応外使用の認識のない場合がある)	○	○	○	○	

がん診療機能評価Ver.0.0【第4領域 がん看護の提供体制】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
4.1	がん看護の提供体制が確立している							
4.1.1	がん診療の専門性を持つ看護師(がん看護専門看護師、認定看護師)が適所に配置されている	1) がん看護専門看護師 2) がん化学療法看護認定看護師 3) がん性疼痛看護認定看護師 4) 緩和ケア認定看護師 5) 乳がん看護認定看護師 6) 皮膚・排せけ認定看護師	【検討課題】専門・認定スタッフについては、項目を明示し、将来的に政策提言に繋げる	◎	◎	◎	○	
4.1.2	がん看護の方針・手順が明文化されている	1) がん看護マニュアルが整備され、患者ケア・業務・教育・管理などの側面から活用されている 2) 看護基準は必要に応じて見直され、改訂されている						
4.2	がん診療に関連した看護ケアが適切に提供されている							
4.2.1	看護計画の立案と実施が適切である	治療方針の決定や変更のときの意思決定支援、心理社会的支援、家族支援、治療に伴う副作用対策、退院後の生活指導などについての該当患者の看護計画立案と実施に関する記録がある		◎	◎	◎	○	
4.2.2	チーム医療の中で看護師の果たす役割が明確で実行されている	1) 多職種を交えて検討した記録がある 2) 多職種との連携が行われ業務が分担されている	看護師が加わっているチームの種類・数・構成メンバーを具体的に調査する	◎	◎	◎	○	
4.2.3	化学療法などの治療後のフォローアップが適切に行なわれている	1) 緊急時の対処方法や手順が確立している 2) 患者のセルフケアに関する指導が適切に行われている 3) 化学療法などの治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある	実際の実施内容を聴取するか、記録物を確認して評価する	◎	◎	◎	◎	◎

がん診療機能評価Ver.0.0【第5領域 薬剤部の機能】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	総合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
5.1	がん治療に関連した薬剤業務の提供体制が確立している	がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師が配置されている		◎	◎	◎	◎	
5.1.1	がん診療の専門性を持つ薬剤師が配置されている			◎	◎	◎	◎	
5.1.2	薬剤業務を実施するための体制が確立している	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。薬剤管理指導(薬物副作用のモニタリングを含む)が適切に実施されている 2) ひとつの病棟に2人以上の病棟薬剤師が配置され、二重確認を行ったうえで注射用抗がん剤の混合調製を行っている	1) 薬剤管理指導の実施患者数(人)(前年度月平均) (ア) 薬剤管理指導の請求件数(件)(前年度月平均) (イ) 薬剤管理指導の担当薬剤師数(人)(H〇年〇月1日現在) (エ) 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数(件)(前年度月平均)	◎	◎	◎	◎	
5.1.3	サテライト薬局を設けて入院化学療法を実施している		施設における入院化学療法の頻度に応じて確認する必要がある	○	○	○	○	
5.1.4	外来化学療法の実施に必要な外来専任薬剤師が配置されている	1) 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 2) 薬剤指導(薬物副作用のモニタリングを含む)が適切に実施されている	1) 外来化学療法患者数(人)(前年度月平均) (ア) 外来専任薬剤師数(人)(H〇年〇月〇日現在)	◎	◎		◎	
		3) 薬剤治療の説明が行われている	2) 薬剤管理指導の実施患者数(人)(前年度月平均) (ア) 薬剤管理指導の請求件数(件)(前年度月平均) (イ) 薬剤管理指導の担当薬剤師数(人)(H〇年〇月1日現在) (エ) 薬剤師1人あたりの薬剤管理指導の請求件数(件)(前年度月平均)	◎	◎		◎	

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
5.2	薬剤業務の適切な運営							
5.2.1	内服抗がん剤の調剤・投薬が安全かつ適切に行われている	TS-1等の内服抗がん剤の処方チェック体制が確立している	TS-1について、患者1人の流れを確認する。具体的には、薬剤部における併用禁忌の確認手順（システムにおける併用禁忌の確認の仕組み）、服薬手帳・持参薬の管理方法を確認する。	◎	◎	◎	◎	
5.2.2	注射用抗がん剤の調製・混合が適切に行われている	抗がん剤の調製の際、抗がん剤がその患者に処方された内容と同一であるかどうかをチェックする仕組みがある		◎	◎	◎	◎	
5.2.3	薬剤治療の説明が適切に行われている	説明の記録が診療録にファイイルされている		◎	◎	◎	◎	
5.2.4	TDM（血中薬物濃度モニタリング）を自院で解析している	施設の特性に合わせて評価		○	○	○	○	

がん診療機能評価Ver.0.0【第6領域 病理部門の機能】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
6.1	病理部門の体制の確立							
6.1.1	病理医ならびに検査技師の必要な人員が確保されている	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）		◎	◎	◎		
6.1.2	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	病理医が確保されていない場合、それを補う方策を立てている (ア) コンサルテーションシステム (イ) テレパソロジー（遠隔病理診断）		◎	◎	◎		
6.1.3	病理診断に必要な設備・機器が整備されている	病理診断を実施するための設備・機器が整備されている (ア) 標本作製するためのプロセッサー (イ) ミクروتーム (ウ) 自動染色装置・自動免疫染色装置（オブション）		◎	◎	◎		
6.2	病理部門の適切な運営							
6.2.1	診療に必要な病理検査の手順が確立され実行されている	1) 診療に必要な病理検査が実施され、その手順が確立している 2) 迅速標本の病理診断が実施されている		◎	◎	◎		
6.2.2	標本作成ならびに病理診断の精度管理が適切に行われている	1) 診断のダブルチェックが行われている 2) 部門内のカンファレンスが定期的に行われている 3) 日本病理学会による「診断病理学における精度管理指針—外科病理検査章編」に基づいた精度管理が行われている 4) 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 (ア) 情報システムへのアクセス (イ) 検査依頼用紙の充実		◎	◎	◎		
6.2.3	病理標本管理が適切に行われている	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) 標本製造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		◎	◎	◎		
6.2.4	病理部門の情報管理が適切に行われている	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 2) 病理診断の事後利用のための整理がなされている (ア) データベース管理 (イ) 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		◎	◎	◎		

がん診療機能評価Ver.0.0【第7領域 放射線治療の提供体制】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
7.1	放射線治療の体制の確立							
7.1.1	放射線治療を安全に実施するための放射線治療専門医が配置されている	1) 常勤の放射線治療専門医が配置されている 2) 非常勤の放射線治療専門医が配置されている	施設の特性に合わせて評価する。がん診療連携拠点病院の指定要件として、放射線治療の診療機能が求められる方向ではあるが、診療従事者の確保は10年をも要する困難な状況である。このため、放射線治療をメインに行う病院など、機能別に病院を区分程度に分類すべきである。	◎	○	○		◎
7.1.2	放射線治療の専門スタッフが配置されている	1) 放射線治療専属の技師が配置されている 2) 放射線治療品質管理士が配置されている 3) 医学物理士が配置されている 4) 放射線治療を専門とする看護師が配置されている		◎	○	○		◎
7.1.3	施設の機能特性に合わせて放射線治療に必要な施設・設備・機器が整備されている	1) 放射線治療装置が整備されている (ア) リニアック・マイクروتロン (イ) 小線源治療機器 (ウ) ガンマナイフ (エ) 粒子線治療機器 (オ) その他 2) リニアック・マイクروتロンにマルチリーフコリメータ(MLC)が装着されている 3) 位置決め装置 4) 治療計画装置		◎	○	○		◎
7.2	放射線治療部門の適切な運営							
7.2.1	定期的に放射線治療の品質管理・品質保証が行われている	1) 定期的な線量計の校正が行われている 2) 1日1回の線量計によるビームの測定が行われている 3) 放射線の品質管理に関する第三者監査を受けている		◎	○	○		◎

がん診療機能評価Ver.0.0【第8領域 緩和ケアの提供体制】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
8.1	緩和ケアの提供体制が確立している							
8.1.1	適切な緩和ケアを行うに必要な専門スタッフが確保されている	精神科医を含めた医師、薬剤師、看護師から成る緩和医療支援チームの提供体制が整っている、あるいは5年以内に整える予定がある	緩和ケアに関する薬剤師、専門看護師・認定看護師を配置して、高い評価する	◎	○	○		
8.1.2	疼痛や苦痛のケアの方針が明確に示されている	1) 入院についての基準が明確になっている 2) 早い段階から緩和医療チームを中心とした緩和医療の導入を行っている 3) WHO方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実践されている 4) 術後急性期疼痛ケアの指針がある 5) 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある		◎	○	○		
8.2	疼痛や苦痛症状の緩和に努めている							
8.2.1	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	1) 院内で標準化された疼痛および苦痛の評価基準と評価ツールが整備されている (ア) がん性疼痛 (イ) 術後急性疼痛 2) 医師・看護師双方による疼痛および除痛効果の評価が実施されている 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 4) 患者の疼痛や苦痛に関する情報を共有できる仕組みがある 5) 患者の個別化されたアセスメントに従って標準化された疼痛や苦痛症状のマネジメントが実施されている	1) 院内で標準化された疼痛および苦痛の評価基準と評価ツールが整備されている (ア) がん性疼痛 (イ) 術後急性疼痛 2) 医師・看護師双方による疼痛および除痛効果の評価が実施されている 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 4) 患者の疼痛や苦痛に関する情報を共有できる仕組みがある 5) 患者の個別化されたアセスメントに従って標準化された疼痛や苦痛症状のマネジメントが実施されている	◎	○	○		
8.2.2	オピオイド鎮痛薬が適正に管理、使用されている	1) 鎮痛効果を継続的に評価し、投与量、投与間隔、薬剤の変更などの必要性を判断し、医師に報告している 2) 薬剤師により麻薬の薬剤管理指導が行われている		◎	○	○		
8.2.3	患者および家族に対して、オピオイド使用に関する十分なインフォームドコンセントが行われ、疼痛を予防し対処する方略を教育している			◎	○	○		
8.2.4	施設の機能特性に合わせて在宅ホスピスに適切に対応している	1) 24時間の地域ケアシステムの体制がある 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 3) 死別後の家族への対応が適切である		◎	○	○		
8.2.5 削除	施設の機能特性に合わせてデイケアサービスが適切に提供されている	1) 必要な医療処置のほか、食事サービスや理美容サービスなども提供している		◎	○	○		

がん診療機能評価Ver.0.0【第9領域 がん医療の安全確保体制】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
9.1	がん患者が安全に生活できるような環境が整備されている	判定指針						
9.1.1	安全確保のための院内の情報収集し、分析し、改善策を実施する体制がある	1) 安全確保について組織的に検討する仕組みがある 2) 収集した情報を分析し、改善策を実施している						
9.1.2	危険物の処理が適切に行われている	有機溶媒、毒・劇物など危険性の高い物質の取り扱い・保管・管理に関する手順が確立している						
9.1.3	各部門における具体的な感染対策がとられている	感染性廃棄物の取り扱いに関する手順が確立し、順守されている						
9.1.4	感染症情報が適切にリリースされている	1) 感染に関する情報が適切に提供されている 2) 感染症情報を一元的に収集し分析して、関係部署に情報提供と注意を喚起している						
9.1.5	抗がん剤・麻薬・抗精神薬の管理体制が整備されている	1) 麻薬は動かさない堅牢な保管庫で施設保管され、保管記録があり、継管理も適切である 2) 向精神薬(一、二種)は必要時に施錠できる保管庫に保管し、記録されている(ハルシオン錠を含む) 3) 麻薬、向精神薬の紛失、破損時の手順があり、必要な届出がなされている(書面確認) 4) 抗がん剤は一般病棟での保管制限は行わず、薬剤部からの都度供給としている						
9.2	がん薬物療法を安全に提供する環境が整備されている	組織的に検討する仕組み(委員会など)がある	通用状況を確認する					
9.2.1	安全確保について組織的に検討する仕組みがある							
9.2.2	安全な投薬が行われるよう、薬剤部が注射用抗がん剤の処方の評価・監査している	1) レジメン管理を含めたオーダーリングシステム 2) 調剤方法のマニュアル 3) 処方監査(チェックシート・薬歴確認・複数の監査) 4) 調製マニュアルの有無、秤取量の再計算、使用済アンブレ数やバイアル数の確認 5) 調製後の監査	レジメン登録が行われている場合でも、処方時のダブルチェックを行っていかどうか重要である					
9.2.3	投与量の調整、支持療法の変更などについて医師と連携する仕組みがある							
9.2.4	薬剤が適切に供給されている	1) 注射薬の個人別取り揃えが行われている						

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
9.2.5	確実・安全な薬剤投与が実施されている	1) 抗がん剤の血管外漏出・過敏症・インフュージョンリアクシオンの対応マニュアルがある 2) 投与間隔をチェックするシステムがある (ア) オーダリングシステムを使った確認 (イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム 3) 投与量上限をチェックするシステムがある (ア) オーダリングシステムを使った確認 (イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム 4) 患者誤認や配薬エラーの防止策がとられているパターコード、ベットサイドの確認、マニュアルの整備など		◎	◎	◎	◎	◎
9.2.6	抗がん剤による曝露の対策ができてい	1) 安全キャビネットを使用し、ガウンなどを着用して調製を行っている 2) 投与時のルート管理、廃棄方法などの曝露対策に関する手順が確立している		○	○	○	○	○
9.2.7	化学療法実施当日に、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			◎	◎	◎	◎	
9.2.8	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の中に、安全のための処方チェック機能が採用されている 2) 調剤方法のマニュアルがある 3) 抗がん剤の処方監査チェックシートが作成され、薬剤部で確認している 4) 薬歴の確認 5) 投与量の増減・投与間隔の確認 6) 患者管理カード 7) 複数の薬剤師による監査 8) 抗がん剤の略号の院内統一		◎	◎	◎	◎	

がん診療機能評価Ver.0.0【第10領域 医療連携機能】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	都道府県 がん 診療	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
10.1	地域の保健・医療・福祉施設との連携と協力の体制がある							
10.1.1	地域の医療機関からの紹介ががん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	1) 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配点方法には、Yes or Noのみ? 以下、同様 2) 院内の専門家にコンサルタントでできる仕組みがある	医療連携室の配置、実際の運用実績を評価しては? 人員配置としては、保健師の配置も求める。 都道府県がん診療連携拠点病院の役割として重要な項目である。「各医療機関の紹介を助ける機能がある」として、病院間のコミュニケーションの強化を促す。 しかし、連絡協議会を設けることは簡単ではあるが、患者情報は流せないため、仕組みを構築することは非常に難しい。 「地域の緩和医療の窓口になる、などの責務を都道府県拠点病院が負う」とするのは、在宅療養支援センターでさえも設置されていない状況では、現実的に難しい。	◎	◎	◎	◎	
10.1.2	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				◎			
10.1.3	地域の医療機関、訪問看護ステーションとの連携がとれている	1) 地域、全国の承認施設（全国ホスピス・緩和ケア病棟連携協議会等）と連携し、患者・家族のためのケアの向上に努めている 2) 担当部署、担当者が確保されている		◎	◎	◎	◎	
10.1.4	高額医療機器を共同利用している							
10.2	地域に対する情報公開							
10.2.1	地域住民あるいは一般に対して、診療提供に関する情報が公開されている	ホームページや患者向けパンフレット等に掲載している						
10.2.2	がん診療に関する信頼性の高い情報を患者に紹介する有効な手段を講じている（要否?）		がん対策情報センターなどから発信される情報の紹介体制を指し、個々の施設で作成する必要はない。					

がん診療機能評価Ver.0.0【第11領域 リハビリテーション機能】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	統合的 がん 診療	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射 線 治療
11.1	包括的リハビリテーションプログラム						
11.1.1	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	<ol style="list-style-type: none"> 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 					
11.1.2	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	<ol style="list-style-type: none"> 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) 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 3) 手術後の呼吸訓練のプログラムがある 4) 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある 5) 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 6) 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 7) 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 8) 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 9) リハビリテーションサームを説明した患者向けのパンフレットが作成されている 10) リンパ浮腫に対する患者教育/リハビリテーションのプログラムがある 					

がん診療機能評価Ver.0.0【第12領域 栄養サポート機能】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	総合的がん診療	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
12.1	栄養サポート体制						
12.1.1	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					
12.2	栄養ケアの実践						
12.2.1	栄養について評価・検討され、計画的に栄養管理が行われている	1) 栄養面からの事例検討が多職種の参加により行われている 2) 栄養指導・食事指導が適切に行われている 3) 栄養サポートチームが関与した年間患者数 ()人	実績を検証する				

がん診療機能評価Ver.0.0【参考：拠点病院構想に関連した項目】

No.	評価項目	判定指針	評価の視点	総合的がん診療	都道府県	入院化学療法	外来化学療法	放射線治療
1.1.1	がん診療に関する地域における役割が、明確にされている	1) 実態に沿った役割が明文化されている。これはいずれも行政の関与することにならないか？ がん診療専門施設としての病院の機能評価にはそぐわない？ 2) 地域の他の医療機関との役割分担が適切である。あるいは「地域におけるがん診療の役割を明確にしている」では？	地域における役割は、都道府県拠点と他の拠点、あるいは地域の特異性により異なる。					
1.1.2	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	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・研修を行っているが患者に最善の医療を提供するとの、がん診療専門病院の機能には必須ではない。 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) 一般病院機能に加えて、がん診療の専門分野・専門医療などに関する情報をホームページ等において提供している → 病院玄関への掲示も可	行政上の評価である 高度専門施設のみに要求される機能					
1.1.3	地域に対するがん情報の発信を行っている	1) 外部施設・開業医を対象とした講演などを行っている 2) 外部に開かれた検討会・勉強会などの活動が行われている 3) インターネットなどによる情報発信を行っている						
1.2.1	がん登録システムが確立している	1) 標準様式に基づいた院内がん登録のシステムがある 2) 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	行政項目であり、現状では地域性、病院規模や財源手当てを無視した画一化は不可能。努力目標として評価するのが妥当。 注：がんセンター中央病院でも、一部研究者が受ける研究費で雇用。東病院でも2名を育成中の状況であり、診療情報管理士の有免許者が少ないことも加わって一般病院における手当ては極めて困難。					
1.2.2	院内がん登録制度が、適切に運営されている	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 この二つの質問の意味が不明 注：中央病院の最高レベルでも80%程度 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 東京、神奈川、千葉では施行中						

No.	評価項目	判定指針	評価の現点	統合的 がん 診療	都道 府県	入院 化学 療法	外来 化学 療法	放射線 治療
1.2.3	がん登録データの質を担保する仕組みがある	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・サマリートの適時性・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	注:中央病院においても、院長、副院長がサマリートの適時性まで検討できない。現実的に、大規模施設になるほど不可能な条項の施設もがん登録データの質の向上を念願しているが、左記の手当てがない以上、実行に移せないのが現実					
1.2.4	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	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						
1.2.5	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	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						
1.2.6	がんに関連した治療の情報、公式に患者に提供されている	1) 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) 治療の情報が、インターネット・病院のニューズレター・符合室のパンフレットなどで提供されている	予期せぬ重大な副作用が多く発生するがんの治療薬と一般薬の治療薬を同一視してはならない。このため、厚生労働省の方針としても治療技術の高い病院に集中させる方向が示されている。治療情報は日々変わるものがあり、実際は個々の病院が把握することはできない。上述と同様に「がん対策情報センター」から発信される治療に関する信頼性の高い即時的な情報を患者に紹介する有効な手段を講じている」としては、					

資料 2-4. 試行調査の結果
栃木県立がんセンター
徳島大学病院
徳島県立中央病院

がん診療機能評価Ver.0.0【第1領域 病院組織の運営】			
No.	評価項目	判定指針	実績状況
			徳島県立中央病院
			徳島大学病院
			徳島県立がんセンター
1.1	がん診療の理念と基本方針	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。	徳島がん診療連携拠点病院、病院の基本理念には、がん診療に関する記載はない。しかし、人間尊重の全人的医療の美観、高度先端医療の構築と推進、薬倫理、地域医療に関する方針が明記されている。平成18年6月よりがん診療連携センターが設置され、がん診療の組織体制が整備され、患者用リーフレットにはセンターとしての使命が明記されている。
1.1.1	がん診療施設としての病院の理念・基本方針が確立されている	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。	徳島がん診療連携拠点病院、病院の基本理念には、がん診療に関する記載はない。しかし、人間尊重の全人的医療の美観、高度先端医療の構築と推進、薬倫理、地域医療に関する方針が明記されている。平成18年6月よりがん診療連携センターが設置され、がん診療の組織体制が整備され、患者用リーフレットにはセンターとしての使命が明記されている。
1.1.2	がん診療責任者は、年間計画を策定し運営している	がん医療や地域連携の質改善などについて明確な目標を設定し、その達成状況について定期的に評価して記録・報告している	がん診療連携センターの週間・月間・年間予定が組まれており、その活動報告は月ごとに定められ、定期的に報告されている。また、がん専門医療人育成計画についても明確に設定されている。 ・外来におけるがん患者の割合は、2005年30%、2006年24.1%、2007年28.1%であり、入院におけるがん患者の割合は、2005年35.9%、2006年38.4%、2007年42.5%と高い。 ・四国および淡路路よりがん患者が来院している。 ・質改善への取り組みとしては、ISO9001、ブラバシシママーマーク、病院機能評価V5.0、ISO15189(診療検査部門)の審査を受けている。
1.2	がん診療の責任体制	1) 海外のがん専門病院における臨床教育をうけた医師が配置されている 2) がん治療法の現場に、がん治療認定看護師が配置されている	センター長には、診療が専任配置されている。がん診療の全責任はセンター長にあり、病院長へ委申する体制である。副センター長には病理部長と放射線治療部長が併任で配置されている。また、センターは企画部門、化学療法部門、研究・研修部門、診療連携部門、がん登録部門、予防・診療広報相談部門、緩和ケア部門の7部門から成り立っており、部門長には診療科長が兼任している。
1.2.1	がん診療の専門資格を持つ看護師が十分に知識と技能を持つ医師が配置されている	1) 海外のがん専門病院における臨床教育をうけた医師が配置されている 2) がん治療法の現場に、がん治療認定看護師が配置されている	がん化学療法看護認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名が配置され、外来治療を実質的にリードしている。がん看護に関する専門、認定看護師を有効配置することで施設の機能が飛躍的に向上する
1.2.2	がん化学療法法の専門資格を持つ看護師が適切に配置されている	1) がん治療の現場に、がん看護専門看護師が配置されている 2) 化学療法法の現場に、がん化学療法看護認定看護師が配置されている	がん化学療法看護認定看護師として、院内認定を採用しており、がんに特化した病院でないため、人事的にローテーションを組まざるを得ない、という課題がある。
1.2.3	がん化学療法法の専門資格を持つ薬剤師が配置されている	1) がん専門薬剤師が配置されている 2) がん薬物療法認定薬剤師が配置されている	薬剤師の採用について、年齢制限が設けられており、認定・専門看護師の確保のために制限の解除を求め、働きがけしているところである。
1.2.4	がん診療責任者は薬務の見直し、診療ガイドラインや標準的プロトコールの見直しを定期的に行っている	1) 定期的に見直しされている	標準的治療に関するカンファレンス(HCancer Board)で行っている。また、がん診療連携部門において院内クリニックハブの推進を図っている。

No.		評価項目	判定指針	栃木県立がんセンター	群馬県立中央病院
1.3	診療録管理の責任体制				
1.3.1	診療録管理の責任体制が確立している	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、あるいは5年以内に確保される予定がある			組織図上では、診療録管理は事務部門において行われている。しかし、がん診療連携センターにおいては、独立したがん登録部門があり、統計の専門家が部門長である。
1.3.2	診療録管理委員会が設置されている	1) 診療録管理委員会は多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、診療情報管理士による量的点検(形式監査)、質的 point 検(内容監査)、回復評価(医師が医師を評価)を実施している、あるいは5年以内に評価する体制を確立する予定がある			
1.3.3	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	1) 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 2) 2週間以内の主治医によるサマリーによる作成率()%			
1.3.4	医療情報と医療事故の開示	1) 診療録開示の方針が明文化され、患者本人が開示を求めるときには例外なく開示を行っている 2) 医療事故の開示方針が明文化され、実施されている			ホームページにて、病院としての「医療上の事故等の公表に関する指針」を見ることができ、その中で公表する医療上の事故等の範囲及び方法が明確になっている。
1.4	職員教育・臨床研修				
1.4.1	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	1) がん診療部門の職員へのがん診療に関する教育・研修の開催回数()回/年 2) 院内各部門の職員へのがん診療に関する教育・研修の開催回数()回/年 3) 研修・学会参加の予算が確保され、参加費・交通費が支給されている、あるいは5年以内に支給される予定がある 4) 各種ガイドライン、米国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ために必要な高速インターネット設備があり、誰でも利用できる環境にある	非常に重要視されている項目であるが、各自治体によって方針が異なる		全職種を対象にしたがん診療に関する勉強会が、毎月1回開催されている。過去の勉強会の内容としては、緩和ケアや倫理などである。また、徳島大学病院、徳島赤十字病院と共同し、研修および講演会、カンファレンス等を計画的に開催している。
1.4.2	予算が計上され、がん看護に関する専門看護師・認定看護師等の養成体制がとられている	がん看護専門看護師(看護系大学院進学)、がん化学療法認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、乳がん看護認定看護師等の教育課程受講のための受講料や旅費が予算化されている、あるいは5年以内に予算化される予定がある			専門看護師の大学院の費用までは計上されていない。がん化学療法等専門看護師として、院内認定を採行している。学費・出張費(滞在費を含む)の予算が計上されている。認定看護師の育成については3年計画で検討されている。