

No.	評価項目	判定方針	実施状況	
			栃木県立がんセンター	栃木県立中央病院
1.4.3	がん専門薬剤師養成の体制がとられている	がん専門薬剤師研修事業構築研修集中講義研修受講のための受講料や旅費が予算化されている		
1.4.4	論文発表・学会発表を評価している	論文発表・学会発表を院内報告、病院業績集に報告している		
1.4.5	がん診療教育研修プログラムを提供している	施設特有の機能的に重点的に評価する項目であり、教育資料を活用しているが、講師の内容、がん診療関連の講習会参加、e-Learningの活用などを具体的に確認する	医師、薬剤師、放射線治療技術師、看護師を対象とした「がんプロフェッショナルプログラム」があり、その研修過程には、がん診療連携センターのカンファレンス、e-learning、実習などが組み込まれている。	
1.5	臨床研究			
1.5.1	臨床研究の妥当性を検証する審査委員会が設置され運用されている	検討した実績がある		臨床試験管理センターが設けられ、レジスタ、プロトコールの管理が行われている。副センター長は専任配置されている。IRBは毎月定期的に開催され、治験を含め、申請に対して承認を行っている。
1.5.2	臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である	1) 臨床試験対象者の個人情報、適切な方法によって保護されている 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まっている、あるいは5年以内を決める予定がある 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		

がん診療機能評価Ver.0.0【第2領域 患者の療養環境とサポート体制】		判定指針	実施状況	徳島県立中央病院
No.	評価項目			
2.1	療養環境			
2.1.1	栄養指導の徹底	1) 院内「全面禁煙」方針を守っている 2) 施設内「全面禁煙」方針を守っている 3) 職員に対する禁煙教育が施されている	敷地内禁煙が徹底されている	
2.1.2	療養生活を送る上で必要な設備や備品が整備されている	1) 外来で抗がん剤投与を受けた患者が帰宅前に休息するための場所がある 2) その他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	アロマテラピー専用室「メディアロマ」が設置され、がん患者に限らず利用できるようになっている。	
2.1.3	説明と同意を含めた治療方針を説明するにふさわしい場所が確保されている	説明するにふさわしい、プライバシーの守れるスペースが確保されている		
2.2	説明と同意			
2.2.1	がん告知に関するマニュアルが作成され、がん告知に対する方針が院内で統一されている	がん告知に関する方針・手順が明文化されている		「院内で同じ対応をすべきであり、統一されたマニュアルが整備されていたほうがよいのでこの項目は必要」という意見を伺う。徳島大学病院では、患者に対し事前アンケート用紙を用意しており、説明の希望を把握した上で告知している。
2.2.2	患者への説明・同意の方法が明確で統一されている	1) 患者への説明を行う手順が明確である (ア) パンフレット、ビデオの使用 (イ) その他 (ウ) 書面での同意 (エ) その他 2) 患者に配慮した同意手順がとられている (ア) 説明同意の内容がコピーとして患者に渡されている (イ) その他		
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担っている）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	看護師の同席について、病棟では実施できているが、外来での全例の同席は困難な状況である。初回の診断・治療の場を想定して評価する	

No.	評価項目	判定指針	栃木県立がんセンター	実態状況 栃木大学病院	栃木県立中央病院
2.3	プライバシー確保への配慮				
2.3.1	患者のプライバ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			
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	セカンドオピニオンが保証されている			平成18年11月よりセカンドオピニオン外者用レポートに申込方法、費用等が記載されている。
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				
2.5	患者・家族のサポート				
2.5.1	患者・家族の希望やキープーンを把握したうえで、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	患者・家族向け図書室、がん情報相談支援センターが整備され、コンサートや各種イベントが計画的に行われている		
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。あるいは取り進む予定がある 2) 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	患者・家族向け図書室、がん情報相談支援センターが整備され、コンサートや各種イベントが計画的に行われている	心理相談に関する案内(がん心理相談室、セカンドオピニオン外来など)について、がん診療連携センターの患者用レポートに明記されている。臨床心理士は3名配置されており、毎月2回カンファレンスを開催している。 ・月毎の心理相談活動件数が報告されている。2007年度の12月までの心理相談症例数は1610回であり、そのうちがん相談症例数は411回である。	外来受付の真後ろに地域医療支援センターが設けられている。MSW2名、看護師長1名、副看護師長1名が配置。治療相談や患者の社会的問題に対応している。看護相談窓口が近くに設置されており、よりプライバシーを考慮すべき場合や、複数人での相談の際に利用している。地域医療支援センターの新規利用者数は、30～40名/日である。
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) 対面談のための個室を設けているか 3) 相談の件数が院内で何件あるか(月間00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しているか 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モニ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	相談支援センターでは、予約制(1時間/人)で保健士2名・社会福祉士1名・看護師1名が対応しているが、心理支援には専門家の関与が不可欠である。 しかし、栃木県下では、リネオン精神看護専門看護師の採用についても難しい状況である。施設のみでの努力には限りがあり、国公立病院では困難なことが多い	がん関係の相談支援センターとして、外来看護師長、副看護師長による看護相談室や、サポートプログラムを実施している。看護相談室の相談件数は、30件/月である。アロマセラピーやマッサージにも対応している。 がん診療連携センターは、がん予防・啓発広報・相談部門を置いており、MSW等による患者の療養上の相談、経済的問題、臨床心理士による心理相談などをやっている。このうち患者の療養上の相談は、地域医療連携センターにおいて実施されている。 がん診療連携センターにおいて、がん診療連携センターは、がん予防・啓発広報・相談部門を置いており、MSW等による患者の療養上の相談、臨床心理士による心理相談などをやっている。このうち患者の療養上の相談は、地域医療連携センターにおいて実施されている。 がん診療連携センターは、がん予防・啓発広報・相談部門を置いており、MSW等による患者の療養上の相談、臨床心理士による心理相談などをやっている。このうち患者の療養上の相談は、地域医療連携センターにおいて実施されている。	
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			

No.	評価項目	判定指針	実態状況	
			栃木県立がんセンター	徳島大学病院
2.5.5	遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関し、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	栃木県立がんセンター	徳島県立中央病院
			遺伝相談室が設けられ、有科で対応されている。	
			患者用図書室は整備され、開放的である。(該当項目の検討を要する。患者教育、患者参加、パートナーシップ、情報公開などの項目)	

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	実施状況	
			栃木県立がんセンター	徳島大学病院 徳島県立中央病院
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。	手術の術式は執刀医によって異なる場合がある。すべてを統一すること自体が困難。	各部門でガイドラインを整備し、ホームページ上で情報公開、更新されている。毎週カンファレンスを開催し、方針を決めており、医師が個人的に治療を行うことはない。
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	栃木県立がんセンターにおけるパスの数は、70ほどである	レジメンについては、診療科を跨いで共有されており、他科が活用することが可能である。
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・内臓）：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		多診療科が参加するCancer Boardが定期的に開催され、個々の症例検討が行われている
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診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診会の責任者の役割が明確に示され、最速の診療方針が決定され、かつ実行されている	検診会の実情があり、記録が整備されている		がん診療連携センター職員構成図は明確であり、業務規則も整備されている。がん診療の全責任はセンター長にあり、病院長へ各申す体制である。
3.2.4	問題症例をとりあげる実効性のあるシステム検診が構築されている	看護部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		緩和ケア部門以外での、多職種による症例検討は組織的に行われていない。書面でのやり取りである。
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の配置されている、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		抗がん剤治療専門医およびがん薬物療法専門薬剤師が確保されている。

No.	評価項目	判定指針	栃木県立がんセンター	実施状況 栃木大学病院	群馬県立中央病院
3.3.2	レジメン審査・登録・管理が適切に行われている	化学療法の特許権を持つ医師・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個案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・定量的メタナリシスを実施している	化学療法の特許権を持つ医師・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個案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・定量的メタナリシスを実施している	がん利レジメン承認委員会において審査されている。化学療法部門でレジメンのチェックと評価を行っている。レジメンのミニマムリカリエイメントが必要。実行性のある適応外の規定を整備する必要がある。	
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	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	説明会の実施があり、記録がある	説明会の実施があり、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) 指導医 (エ) 研修医/レジデント (オ) 医師以外	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) 指導医 (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	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が明文化されている		
3.3.7	抗がん剤の適応外使用の手順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が明文化されている	適応外使用の申請については、再度審査することになっている。	

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		実態状況	備考
		栃木県立がんセンター	東海大学病院 徳島大学病院		
4.1	がん看護の提供体制が確立している				徳島県立中央病院
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・排泄ケア認定看護師	2名のがん看護認定看護師候補者、6名の認定看護師が配置されている。しかし、県からの応募として認定看護師がローテーションされている場合がある。 また、専任配置は2名のみであり、他は兼任で外来等に配置されている。	がん化学療法看護専門看護師として、院内認定を採用している。がんに特化した病院ではないため、人事的にローテーションを組まざるを得ない、という認識である。	専門看護師はいないが、緩和ケア認定看護師が2名在籍しており、がん患者の多い呼吸器科および循環器科に配置されている。
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し、改訂されている		病院の基本理念および看護の基本理念には、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実践、高度先端医療の開発と推進、職業倫理、地域医療に関する方針が明記されている。	病院の基本理念および看護の基本理念には、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実践、高度先端医療の開発と推進、職業倫理、地域医療に関する方針が明記されている。
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		緩和ケア部門では多職種による症例検討が行われているが、それ以外について組織的な連携体制は弱い。直務的な連携ではないが、書面でのやり取りで対応している。 看護スキルの作成とその評価が重要と考えている。	看護師が加わっているチームは、緩和ケアチーム、ICU、褥瘡対策チームがある。
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) 緊急時の対応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			外来看護師長、副看護師長による看護相談室や、サポートプログラムを実施している。相談件数は、30件/月である。

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	実態状況	
			徳島大学病院	徳島県立中央病院
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		徳島県立がんセンター	徳島県立中央病院
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	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	徳島県立がんセンターでは、がん薬物療法認定薬剤師は配置されていない。県内では薬剤師の異動があるため専門等を取得させるのが困難な状態。 薬剤師は10名(内1名はCRC専任)おり、医療法における充足率は200%ではある。薬剤師の配置についても、行政の観点からは是正されるべきと見られる。	徳島県立中央病院事業により薬剤師の異動があるため、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。
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。薬剤師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整を行っている。	サテライト薬局は設置されていない	2交代制勤務を実施しているため、常時、3名の薬剤師が非番となっている。薬剤師の絶対数が不足している。
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		サテライト薬局は設置されていない。入院化学療法は、婦人科では約20人/日。	サテライト薬局は設置されていない。現状の人員では無理。将来的には実現したい。
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 3) 薬剤治療の説明が行われている	外来化学療法患者数30人/日、毎月延250名である。登録レジメンは400件。	抗がん剤調製を2名の薬剤師が担当。  外来がん患者への服薬指導は未実施。
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の使用禁忌はチェックしているが、インターバル等はチェックしていない	TS-1の処方チェックは実施中。
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		・電子カルテが導入されており、処方、実施当日の投与の確認、混合調剤までの仕組みがある。 ・血算値も薬剤師が最終検査後に混合調剤を実施している。 ・無菌製剤処理室には、安全キャビネットやクリーンベンチ、パスボックスが整備されている。
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		



No.	評価項目	判定指針	実施状況	実施機関
5.2.4	TDM（血中薬物濃度モニタリング）を自院で解折している	自院の施設特性に合わせて評価	橋本県立がんセンター TDMの解折は未実施	徳島県立中央病院 3薬品（バンコマイシン、ライコピラニ ン、アルベカシクソン）について、実施中。

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	実施状況	
			栃木県立がんセンター	栃木大学病院
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 （イ）ミクロトーム （ウ）自動染色装置・自動免疫染色装置（オプシオン）		
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開催されている 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—外科病理検査室編」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）病理の発見登録 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	実施状況	徳島県立中央病院
7.1	放射線治療の体制の確立	判定指針	徳島大学病院	徳島県立中央病院
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	徳島県内では、未実施施設もある。施設の特 性に合わせて評価する。 徳島県立がんセンターでは、放射線科医3名、 技師6名が専任で配置されている。	
7.1.2	放射線治療の専門スタッフが配置され ている	1) 放射線治療専門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・マイクログロトロン (イ) 小線源治療機器 (ウ) ガンマナイフ (エ) 電子線治療機器 (オ) その他 2) リニアック・マイクログロト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	県下で放射線治療を行える施設は、5施設。 リニアックを操作するには、2名が必要であり、人員の 確保が重要。	
7.2	放射線治療部門の適切な運営	判定指針		
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	栃木県立がんセンター	実施状況 群馬大学病院	群馬県立中央病院
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	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、栃木県下では、現状緩和の専任医師が見つかからない状況である。人員の確保が非常に難しい。緩和チームの医師が不在ではあるが、コマディカルでフォローできている。しかし、ガイドラインの作成過程で統一が図れない等の問題がある。	緩和ケアセンターには医師、看護師、臨床心理士の3名が配置されているが、専任で配置されているのは、県下では群馬大学病院のみである。	緩和ケアセンターには医師、看護師、臨床心理士3名が配置されているが、専任である。
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) RND方式が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	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) RND方式が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	緩和ケアとしての入院はない、他科を転出した入院となる。	
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の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 (エ) 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 2) 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 3) 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 4) 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 (エ) 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 2) 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 3) 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 4) 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	院内で統一された疼痛の評価基準が定められている。	
8.2.2	オピオイド鎮痛薬が適正に管理、使用されている				
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	施設の特長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			栃木県下で「緩和ケアネットワーク」を整備する計画がある。(都道府県がん診療連携拠点病院の要件である)リターナーは、群馬県立中央病院である。

No.	評価項目	判定指針	実態状況	
			樹木風立がけセンター	福島女子病院 福島県立中央病院
8.2.5 削除	施設の機能特性に合わせてディ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	実施状況	
			徳島県立がんセンター	徳島大学病院
9.1	がん患者が安全に生活できるように確保が実施されている			
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、薬・薬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	感染性医薬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) 麻薬は動かせない薬が保管庫で施設保管され、保管記録があり、鍵管理も適切である 2) 向精神薬(一、二種)は必要時に旋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(番函確認) 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			
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	組織的に検討する仕組み(委員会など)がある		1) 化学療法プロトコル委員会を設置している。
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と評価・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・投薬の監査) 4) 調剤マニュアルの有無、採取量の再計算、使用済アンブレカやバイアル数の確認 5) 調剤後の監査		独自に開発したプログラムを利用し、レジメンの管理を行っている。また、現状状況、患者プロファイル等を把握している。
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			随時、薬剤局より診療部門へ職員面会を行っている。
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		
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ョ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) オーダー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) オーダー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) 患者総数や配薬エラーの防止策がとられている ド、ベッドサイドの確認、マニュアルの整備など		抗がん剤の投薬に関するマニュアルが整備されている。

No.	評価項目	判定指針	実施状況	
			研木承立がんセンター	岡山大学病院
9.2.6	抗がん剤による副作用の対策ができてい る	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、廃棄方法などの標準対策に関する 手順が確立している		・輸血製剤処置室には、安全キャビネットやクリーンベン チ、スリムボックスが整備されている。また、混合調製担当者 は、ガウン、ゴーグル、キャップ、手袋を着用されている。
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			運用マニュアルが整備されている。
9.2.8	安全な処置が行われるよう、薬剤部が 種別抗がん剤を処方・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) 抗がん剤の番号の院内統一		・電子カルテが導入されており、処方・実施当日の投与の 確認、混合調製までの仕組みがある。

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	栃木県立がんセンター	実態状況 群馬大学病院	群馬県立中央病院
10.1	地域の医療・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タリニカルパスが活用されている配点方法は？ 配点の最数は幾つ？ 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		医療連携の中心的作用を担うのは、県立中央病院と考える。	がん診療連携拠点病院は、群馬の西地区や南地区にはないため、赤十字病院を拠点にネットワークを整備し、医療連携を強化する構想である。
10.1.2	地域において、かかりつけ医（診療所・在宅訪問医療）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			平成23年完成予定の病院改築により、隣接の群馬大学病院と腰部下を設け、建物構造上においても連結し、これにより直接的な連携体制を整備する構想である。
10.1.4	高額医療機器を共同利用している			PETなど共同利用している。	
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	実施状況 徳島大学病院	実施状況 徳島県立中央病院
11.1	包括的リハビリテーションプログラム 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	判定指針		
11.1.1	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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3) 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある</li> <li>4) 上下肢切断・潤断後のリハビリテーションがある</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>9) 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</li> <li>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</li> </ol>		

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	実施状況 徳島大学病院 徳島県立中央病院
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、栄養水分管理に関して専任・専任・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	NSTには専任の栄養士を配置すべき。
12.2	栄養ケアの実現		
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に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	

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	招木県立がんセンター	実施状況 徳島大学病院	徳島県立中央病院
1.1.1	がん診療に関する地域における役割 がん診療に関する地域の役割が、明確にされている	1) 事態に即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からいか? がん診療専門施設としての病院の機能範囲にはそぐわないか? 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? 3) 周辺の地域医療機関の医療従事者に対し、がん診療に関する教育・研修を行っているがん患者に最善の医療を提供すること、がん診療専門病院の機能には必須ではない。 4) 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 5) 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		徳島県下のがん診療の中核設備として、地域のがん診療に寄与する旨の使命が明確にされており、ホームページで公開されている。	徳島県の中核設備として、地域のがん診療に寄与する旨の使命が明確にされており、ホームページで公開されている。
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) 周辺地域の医療機関の医療従事者に対し、がん診療に関する教育・研修を行っているがん患者に最善の医療を提供すること、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		・教育研修施設として、臨床研究の推進、がん専門医療人の育成を図ることが明文化され、病院ホームページ上で公開されている。 ・中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアムに参加し、がん東物療法専門医、放射線治療専門医、緩和療法医、腫瘍外科系専門医、がん専門薬剤師、がん専門栄養士、がん専門看護師、医学物理士を養成、マンスリーレポートや病院ホームページ等による情報提供を行っている。	
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) 外部に開かれた後援会・懇話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		・がんをテーマにした徳島大学病院フォーラムの開催、県民公開講座、各種セミナーが開催されている。 ・院内で開催されたがん診療に関する合同カンファレンスの概要は、ホームページから見ることが出来る。	
1.2.1	がん登録システムが確立している 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	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		・平成19年1月より、院内がん登録を開始している。各主治医が登録している。1年間で、月毎の登録件数は増えており、11月は144件、年間850件の登録状況。	平成17年1月より院内がん登録を開始している。情報公開には至っておらず、県協議会でも検討しているところである。
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 この二つの質の両方の意味が不明 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		正確なフォローアップ率は、県外の患者やその数が不明なため算出できない。	
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後援者・データ収集の正確性、サマリイの適時性・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		追跡は、徳島県のがん登録担当者と共に予後の調査を実施している。県外受診者の予後は把握できていない。	

No.	評価項目	判定指針	実施状況	
			栃木県立がんセンター	徳島大学病院 徳島県立中央病院
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が、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を提供を行っている 2) 治療の情報が、インターネット・病院内のニューズレター・待合室のパンフレットなどで提供されている		