

資料 2-5. がん診療機能評価 Ver0.0

目次

第1領域 がん診療の理念と基本方針	8
1.1 がん診療が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	8
1.1.1 がん診療が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	8
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	8
1.2 がん診療の責任体制	8
1.2.1 がん診療責任者としてがん治療に関する十分な知識と技能を持つ医師が配置されている	8
1.2.2 がん化学療法の特長を持つ看護師が適切に配置されている	8
1.2.3 がん化学療法の特長を持つ薬剤師が配置されている	9
1.2.4 がん診療責任者は業務の見直し、診療ガイドラインや標準的プロトコルの見直しを定期的にすすめている	9
1.3 診療録管理の責任体制	9
1.3.1 診療録管理の責任体制が確立している	9
1.3.2 診療録管理委員会が設置されている	9
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	10
1.3.4 医療情報と医療事故の開示	10
1.4 職員教育・臨床研修	10
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	10
1.4.2 予算が計上されて、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	11
1.4.3 がん専門薬剤師養成の体制がとられている	11
1.4.4 論文発表・学会発表を奨励している	11
1.4.5 がん診療教育研修プログラムを提供している	11
1.5 臨床研究	11
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	11
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	12
第2領域 患者の療養環境とサポート体制	18
2.1 療養環境	18
2.1.1 栄養指導の徹底	18
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	18
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	18
2.2 説明と同意	13
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	13
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	14
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	14
2.3 プライバシー確保への配慮	14
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	14
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	15
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	15
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	15
2.5 患者・家族のサポート	15
2.5.1 患者・家族の希望やキーマンシップを把握したうえで、患者と共に達成可能な目標を設定している	15
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	15
2.5.3 医療相談の体制が確立している	16
2.5.4 多職種による患者教育が継続的に行われている	16
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	16
第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み	17
3.1 診療の標準化	17
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	17
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	17
3.2 グループ診療の推進による診療の透明化	17
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	17
3.2.2 がん診療責任者は、症例検討会開催の頻度と進捗を毎年見直ししている	17
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	18
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	18
3.3 適切な薬物治療	18
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が配置されている、あるいは配置される予定がある	18
3.3.2 レジメナー審査・登録・管理が適切に行われている	19
3.3.3 コンピューターシステムを使ったレジメナー管理が行われている	19

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開いて内容を確認、周知している	19
3.3.5	化学療法当日の投与決定の仕組みがある	19
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	19
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	20
第4領域 がん療養の提供体制		21
4.1	がん療養の提供体制が確立している	21
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	21
4.1.2	がん看護の方針・手順が明文化されている	21
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	21
4.2.1	看護計画の立案と実施が適切である	21
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	22
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	22
第5領域 薬剤師の機能		23
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	23
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	23
5.1.2	薬剤業務を実施するための体制が確立している	23
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	23
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	23
5.2	薬剤業務の適切な運営	24
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	24
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	24
5.2.3	薬剤治療の説明が適切に行われている	24
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	24
第6領域 病理部門の機能		25
6.1	病理部門の体制の確立	25
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	25
6.1.2	病理医が不足している場合、それを補う方を立てている	25
6.1.3	病理診断に必要な設備・機器が整備されている	25
6.2	病理部門の適切な運営	25
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	25
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	26
6.2.3	病理標本管理が適切に行われている	26
6.2.4	病理部門の情報管理が適切に行われている	26
第7領域 放射線治療の提供体制		27
7.1	放射線治療の体制の確立	27
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	27
7.1.2	放射線治療の専門スタッフが配置されている	27
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	27
7.2	放射線治療部門の適切な運営	28
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	28
第8領域 緩和ケアの提供体制		29
8.1	緩和ケアの提供体制が確立している	29
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	29
8.1.2	疼痛や苦痛のケアの方針が明確に示されている	29
8.2	疼痛や苦痛症状の緩和に努めている	29
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	29
8.2.2	オピオイド鎮痛薬が適正に管理、使用されている	29
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、疼痛を予防し対応する方を教育している	30
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	30
8.2.5	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	30
第9領域 がん医療の安全確保体制		31
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	31
9.1.1	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	31
9.1.2	危険物の処理が適切に行われている	31
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	31
9.1.4	感染症患者が適切にリリースされている	31
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	31
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	32

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	32
9.2.2	安全な投薬が行われるよう、薬剤師が注射用抗がん剤の処方と評価・監査している	32
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	32
9.2.4	薬剤が適切に供給されている	32
9.2.5	確実・安全な薬剤投与が実施されている	32
9.2.6	抗がん剤による副作用の対策ができています	33
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	33
9.2.8	安全な投薬が行われるよう、薬剤師が経口抗がん剤を処方・監査している	33
第10領域 医療連携機能		34
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	34
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	34
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	34
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	34
10.1.4	高額医療機器を共同利用している	34
10.2	地域に対する情報公開	34
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	34
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?）	35
第11領域 リハビリテーション機能		36
11.1	包括的リハビリテーションプログラム	36
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	36
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	36
第12領域 栄養サポート機能		37
12.1	栄養サポート体制	37
12.1.1	院内に、栄養サポートチームがある	37
12.2	栄養ケアの実践	37
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	37
参考：拠点病院機能に関連した項目		38
参 1.1	がん診療に関する地域における役割	38
1.1.1	がん診療に関する地域の役割が、明確にされている	38
1.1.2	地域の医療機関や保険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	38
1.1.3	地域に対するがん情報の発信を行っている	38
参 1.2	がん登録システムが確立している	39
1.2.1	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	39
1.2.2	院内がん登録制度が、適切に運営されている	39
1.2.3	がん登録データの質を担保する仕組みがある	39
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	39
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	40
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	40

第1領域 がん診療の理念と基本方針

1.1 がん診療が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

1.1.1 がん診療が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、がん診療に関する認識がある
- 2) 基本方針は具体的で、病院の強項と矛盾しない
- 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、定期的に見直しされている

◇ 非常に抽象的な項目であり、病院家数とかけ離れる施設は多い、いわゆる、「お題目」として表示されているのではなく、実態が伴っているか否かを、訪問評価の最後に総合評価する

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

- 1) がん医療や地域連携の高度化等などについて明確な目標を設定し、その進捗状況について定期的に評価して認識・報告している

1.2 がん診療の責任体制

1.2.1 がん診療責任者としてがん治療に関する十分な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) がん治療認定医が配置されている

◇ 経験や診療担当能力を具体的に評価する

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

◇ 実際の専門技能を活かす態様に配慮されているか否か

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

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

◇ 実際の専門技能を活かす態様に配慮されているか否か

1.2.4 がん診療責任者は業務の見直し、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すすめている

- 1) 定期的に検討され見直しされている

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専任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（がん登録医を含む）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

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イ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關して、診療情報管理士による見直し（形式審査）、票的点検（内容審査）、照会評価（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

◇ 統一した記載方法で実施されているか

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

1.4.2 予算が計上されて、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

- 1) がん看護専門看護師(看護系大学院進学)、がん化予防法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん看護認定看護師等の教育施設受入のための奨励料や旅費が予算化されている、あるいは5年以内予算化される予定がある

3・2・1・NA

1.4.3 がん専門薬剤師養成の体制がとられている

- 1) がん専門薬剤師研修事業推進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

3・2・1・NA

1.4.4 論文発表・学会発表を評価している

- 1) 論文発表・学会発表を院内報告、病院業績等に報告している

3・2・1・NA

1.4.5 がん診療教育研修プログラムを提供している

- ◇ 施設特有の機能に依りて、都道府県拠点病院の場合は重点的に評価する項目であり、教育資料を活用しているか、講師の役割、がん診療関連の講習会参加、eラーニングの活用などを具体的に確認する
【検討課題】がん診療教育研修プログラムとはどのようなものか具体的に提示する必要がある

3・2・1・NA

1.5 臨床研究

3・2・1・NA

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

- 1) 検討した実績がある
- ◇ メンバー構成、活動状況や承認された臨床試験の内容とその妥当性にも踏み込んで確認する、試験の内容に承認が生じた場合には、機構が別途組織する倫理委員会において、その妥当性をレビューする。IRBの機能評価を行う。評価に際し、承認されたプロトコルを確認、評価する。

3・2・1・NA

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の作成率 () %

◇ 都道府県の医療従事者の結果を確認する

3・2・1・NA

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場合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

◇ 院内高度LANが整備されていない施設もある

3・2・1・NA

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教育・研修の開催数 () 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年以内支給される予定がある
- 4) 各種ガイドライン、米国立がん研究所のデータベース・標準的な教育資料など、がん治療に関する最新の情報を得るために必要な高度インターネット環境があり、誰でも利用できる環境にある

◇ がん診療機能の向上のためには、特に薬剤師と看護部の体制が確立していることが重要である。職種別の実践の研修テーマ、開催日時、対象者、参加者について提示してもらうと確認しやすい。看護部対象のものに際する可能性が高い。

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

3・2・1・NA

- 1) 臨床試験対象者の個人情報保護は、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められている。あるいは5年以内における予定がある
- 3) 研究計画に基づいて研究が厳密に適切に実施されている

◇ 症例登録票やデータベースと実際に照査する

第2領域 患者の療養環境とサポート体制

2.1 療養環境

2.1.1 減煙指導の徹底

3・2・1・NA

- 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

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

3・2・1・NA

- 1) 外まで肛がん相対受を受けた患者が帰宅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

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

3・2・1・NA

- 1) 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

重要項目

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

3・2・1・NA

- 1) がん告知に関する方針・手順が明文化されている

注 重要項目

◇ 患者への対応方針が個々の医師の裁量に委ねられてはならない。正しい診断結果が患者本人に告知された後に治療が行われていることを確認する。その割合がx×%の時に野点がないなどと評価する。マニュアルの運用状況は、個々の患者への説明同意文書で確認可能。当日入院している患者での告知の割合を、同意文書を含めて確認する。
初回のICの状況が一律大切であり、ICの場所、IC用紙、コメントカルの署名などに基づき評価する。

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

3・2・1・NA

- 1) 患者への説明を行う手順が明確である
(ア) バックシート、ビデオの使用
(イ) その他
- 2) 書面をもってがん剤使用の際の同意を得る手順が明確である
(ア) 書面での同意
(イ) その他
- 3) 患者に説明した同意手順がとられている
(ア) 説明同意の内容がコードとして患者に渡されている
(イ) その他

◇ 患者に診断・治療・手術・予後について十分説明するための具体的な書式とその使用の状況が評価される。
注：この項は単身で評価し、不可の場合はここで評価を中止する

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

3・2・1・NA

- 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・医師の場の変更（通院から入院、転院）など、説明内容を妥当性を看護師の観点、あるいは第三者に近い立場からも評価している
- 2) 患者・家族の反応を確認し質問を行うことで、看護師あるいは薬剤師の立場から満足説明（患者の理解を助ける働きを看護師あるいは薬剤師が出している）を行っている
- 3) 必要に応じて、医師との調整を行ってチーム医療を実践している

◇ 看護師の同意などの確認、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

3・2・1・NA

- 1) 外来診察室・看護相談室の環境は、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) 外来がん剤治療時の環境は、プライバシーが守られている

注：重要項目

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

3・2・1・NA

- 1) 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。時期は、すべてこのように対応することは医師の現場では不可能であるので、「外部あるいは重症家族以外からの問い合わせ」などに限定する必要がある。病歴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

3・2・1・NA

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

- 1) 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。施設の情報に合った紹介を評価する必要がある

2.5 患者・家族のサポート

3・2・1・NA

2.5.1 患者・家族の希望やキーパーソ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

- 1) 患者・家族の希望・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

3・2・1・NA

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、リウケーション訓練、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。あるいは取り組み予定がある
- 2) いない場合に院内で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

2.5.3 医療相談の体制が確立している

3・2・1・NA

- 1) 相談専門人員が何人いるか、その業務は何か（社会福祉士・精神保健福祉士・その他）
- 2) 対応相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（月間〇〇件）
- 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開催しているか
- 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「がんに関する医療用語」という基準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をしていたり、逆にそのための増員もなく、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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 1) 院内に、遺伝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、あるいは配置する予定がある。実績を検証

第3領域 がん医療の標準化、適正化のための取り組み

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

3・2・1・NA

- 1) 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

【重要項目】

◇ 治療方針の法曹プロセスが、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貫を確認する。

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

3・2・1・NA

- 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、各診療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

【重要項目】

◇ 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

3・2・1・NA

- 1) 診断医（放射線・内科医）・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

3・2・1・NA

- 1) 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

3.2.2 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

3・2・1・NA

- 1) 検討会の実績があり、記録が整備されている

◇ 参加者がそれぞれ、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促して実効性をもちてグループ診療がなされているか。参加者の内容と関係、及び実効性などにより評価する

3.2.4 問題症例をとりあげる実効性のあるシステム検討が構築されている

3・2・1・NA

- 1) 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

◇ システムや具体例を検証する

3.3 適切な薬物治療

3.3.1 薬物療(抗体・分子標的治療を含む)を安全に実施するためのスタックが配置されている、あるいは配置される予定がある

3・2・1・NA

- 1) 化学療法に精通した医師(学外認定医:暫定認定を含む)が配置、あるいは配置される予定がある

◇ 学外認定医は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旨がよい。また、地方では非常勤医師が多い傾向にあるが、主要なスタックの実績評価を促す予定である

3.3.2 レジメン審査・登録・管理が適切に行われている

3・2・1・NA

- 1) 化学療法の特長知識を持つ医師・薬剤師・看護士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。レジメン審査委員会には看護部も関係すべきである。生体組織等薬剤の投与場面における類似的な手順や注意事項については看護部が把握している。また、何がレジメン登録されているかを検証すべきである。

3.3.3 コンピューターシステムを使ったレジメン管理が行われている

3・2・1・NA

- 1) レジメン管理にコンピューターシステムを運用している

3.3.4 新製レジメン開始時・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内容を確認、周知している

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 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チェックの体制がある

(ア) 診療グループ
(イ) 主治医(担当医)
(ウ) 看護医
(エ) 登録医/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

3・2・1・NA

◇ 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。初回治療に限る。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

3-2-1-NA

- 1) 抗がん剤の適応外使用の手続が明文化されている

◇ 抗がん剤の適応外使用の手続の使用実績がある（適応外使用の記録のない場合がある）

第4領域 がん看護の提供体制

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

3-2-1-NA

- 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・泌尿ケア認定看護師

◇ 【抜粋課題】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

3-2-1-NA

- 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

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

3-2-1-NA

- 1) 治療方針の決定や処置のときの薬理非薬理看護、心理社会的看護、看護支援、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個別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

3・2・1・NA

- 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

◇ 増強部が加わっているチームの役割・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

3・2・1・NA

- 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

第5領域 薬剤師の機能

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

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

3・2・1・NA

- 1) 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

5.1.2 薬剤業務を実施するための体制が確立している

3・2・1・NA

- 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
 - (ア) 薬剤管理指導の実施患者数 () 人 (前年度月平均)
 - (イ) 薬剤管理指導の請求件数 () 件 (前年度月平均)
 - (ウ) 薬剤管理指導の担当薬剤師数 () 人 (H0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)
- 2) ひとつの病棟に2人以上の専任薬剤師が配置され、二重確認を行ったうえで薬剤師ががん剤の重合確認を行っている

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

3・2・1・NA

◇ 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
 - (ア) 外来化学療法患者数 () 人 (前年度月平均)
 - (イ) 外来専任薬剤師数 () 人 (H0年〇月〇日現在)
- 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
 - (ア) 薬剤管理指導の実施患者数 () 人 (前年度月平均)
 - (イ) 薬剤管理指導の請求件数 () 件 (前年度月平均)
 - (ウ) 薬剤管理指導の担当薬剤師数 () 人 (H0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)
- 3) 薬物治療の説明が行われている

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

3・2・1・NA

1) 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、薬剤師における服用禁忌の確認手順（システムにおける服用禁忌の確認の仕組み）、処方手帳・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

3・2・1・NA

- 1) 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

3・2・1・NA

- 1) 説明の記録が診療録にファイルされている

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

3・2・1・NA

- ◇ 施設の特性に合わせて評価する

第6領域 病理部門の機能

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

3・2・1・NA

- 1) 病理医と人員配置（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、それを補う方を立てている

3・2・1・NA

- 1) 病理医が不足している場合、それを補う方を立てている
(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

3・2・1・NA

- 1) 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) ミクロトーム
(ウ) 自動染色装置・自動免疫染色装置（オプショナル）

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

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 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

3・2・1・NA

- 1) 同じ患者の出身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) 検査の診断登録
- 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

第7領域 放射線治療の提供体制

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

3・2・1・NA

- 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対応する。がん診療連携拠点病院の指定要件として、放射線治療の診療体制が求められる方向ではあるが、診療改革等の進展は10年を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、連携型に病院を区分制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

3・2・1・NA

- 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管理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

3・2・1・NA

- 1) 放射線治療装置が整備されている
(ア) リニアック・マイクロトロン
(イ) 小線源治療装置
(ウ) ガンマナイフ
(エ) 電子線治療装置
(オ) その他
- 2) リニアック・マイクロトロンにマルチリーフコリメータ（厚さ）が稼働されている
- 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) 定期的な検査計の校正が行われている
- 2) 1日1回の読影計によるドーズ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

3・2・1・NA

第8領域 緩和ケアの提供体制

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

- 1) 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

3・2・1・NA

◇ 緩和ケアに関する医師、専門看護師・認定看護師を配置してれば、高く評価する

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) 緩和方式がん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実施されている
- 4) 併発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

3・2・1・NA

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疼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基づいて標準化された疼痛や苦痛症状のマッピングが実施されている

3・2・1・NA

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) 薬剤師により薬量の薬剤管理指導が行われている

3・2・1・NA

<p>第9領域 がん医療の安全確保体制</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>9.1.1 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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 安全確保について組織的に検討する仕組みがある</p>	
<p>2) 収集した情報を分析し、改善策を実施している</p>	
<p>9.1.2 危険物の取扱いが適切に行われている</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 有機溶媒、薬・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</p>	
<p>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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 感染性病原体の取り扱いに関する手順が確立し、遵守されている</p>	
<p>9.1.4 感染症情報が適切にリリースされている</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 感染に関する情報が適切に提供されている</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 麻薬は動かさない堅牢な保管庫で厳密に保管され、保管記録があり、厳格な管理も適切である</p>	
<p>2) 向精神薬(一・二種)は必要時に施設でできる保管庫に保管し、記録されている(ハルシオン除く)</p>	
<p>3) 麻薬、向精神薬の紛失、盗撮時の手順があり、必要な届出がなされている(薬歴確認)</p>	
<p>4) 抗がん剤は一般病棟での保管制御は行わず、薬剤部からの製剤供給としている</p>	
<p>8.2.3 患者および家族に対して、オビ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、接種を予防し対応する方を教育している</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 24時間地域ケアシステムの体制がある</p>	
<p>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</p>	
<p>3) 死別後の家族への対応が適切である</p>	
<p>8.2.5 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</p>	<p>3・2・1・NA</p>
<p>1) 必要な医療処置のほか、食事サービスや理髪サービスなども提供している</p>	

9.2 がん薬物療法を安全に提供するための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

- 1) 組織的に検討する仕組み（委員会など）がある

◇ 運用状況を確認する

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・投数の監査）
- 4) 調剤マニュアルの青書、秤取量の再計算、使用済ンプル数やバイアル数の確認
- 5) 調剤後の監査

◇ 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るかどうかを確認する

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換えが行われている

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) 投与問題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併せた確認
(イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム
- 3) 投与量上層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併せた確認
(イ) 処方医師以外の第三者が確認するシステム
- 4) 患者図録や記録エラーの防止策がとられている（バーコード、ベッドサイドの確認、マニュアルの整備など）

9.2.6 抗がん剤による故障の対策ができています

- 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、廃棄方法などの確認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、薬剤部が腫瘍抗がん剤を処方・監査している

- 1) オーダー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) 投数の薬剤師による監査
- 8) 抗がん剤の病号の院内統一

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

3・2・1・NA

第10領域 医療連携機能

3・2・1・NA

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?)

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

3・2・1・NA

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クリニカルパスが採用されている
- 2) 院内の専門家にコンサルタントできる仕組みがある

◇ 医療連携の配置、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、患者情報は漏さないため、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、などの業務を都道府県拠点施設が負う」とするのにも、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。

3・2・1・NA

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

◇ これは、施設よりも行政の役割

3・2・1・NA

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・緩和ケア推進協議会等)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、担当者が明確されている

3・2・1・NA

10.1.4 高額医療機器を共同利用している

3・2・1・NA

10.2 地域に対する情報公開

3・2・1・NA

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

- 1) 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

第11領域 リハビリテーション機能

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

- 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

3・2・1・MA

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

3・2・1・MA

- 1) 自院、あるいは紹介先の施設にて利用可能な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) 断手術後の呼吸訓練のプログラムがある
- 4) 上下肢切断・断術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尿漏れ・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がある
- 7) 女性生体肺がん手術後の排便・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
- 10) リンパ節切除に対する患者教育/リハビリテーションのプログラムがある

第12領域 栄養サポート機能

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

3・2・1・MA

- 1) 院内に、栄養/水分管理に関して患者・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

3・2・1・MA

- 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

◇ 実績を検証する

参考：拠点病院構想に関連した項目

参 1.1 がん診療に関する地域における役割

1.1.1 がん診療に関する地域の役割が、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
- 2) 地域におけるがん診療の役割を明確にしている

◇ 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
- 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 一 病院玄関への掲示も可

◇ 行政上の評価である

1.1.3 地域に対するがん情報の発信を行っている

- 1) 外施設・関係医を対象とした講演などを行っている
- 2) 外都に開かれた検討会・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

◇ 高度専門施設のみならず要求される機能

3-2-1-NA

参 1.2 がん登録システムが確立している

1.2.1 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

- 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同一化は不可行。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、一般研究費が受けられる研究費で雇用。東病院でも2名を賛成中の状況であり、診療情報管理士の研究費が少ないうちも加わって一般病院における手当ては極めて困難。

3-2-1-NA

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（要検討項目）
- 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（要検討項目）
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、千葉では進行中）

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最新検査機能・データ収集の正確性・サマリ一の即時性・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、副院長がサマリ一の即時性まで検討できない。通常的に、本機関施設になるほど不可避な事項との施設もがん登録データの質の向上を急進しているが、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

3-2-1-NA

3-2-1-NA