

2.4. がん臨床研修機能

2.4.1 がん臨床研修体制が確立している

○は当該研修者の職務にほかに研修、教育指導等の業務の専念を重点的に評価する項目であり、必要資料を提出しているが、最新の内容、がん診療連携の講習会参加、ワークショップの出席などを具体的に確認する。

2.4.1.1 がん臨床研修に必要な人員が確保されている

2.4.1.2 がん臨床研修に必要な施設・設備が整備されている

2.4.1.3 がん臨床研修機能の真改善に取り組んでいる

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明

<実施・対応状況>

2.5. がん運動療法の実践体制

2.5.1 薬物治療の安全確保について組織的に検討するシステムがある

2.5.1.1 抗がん剤の処方(レジメン)を審査・評価する委員会(レジメン審査委員会)があり、適切に活動している

○は学療法に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ていること、レジメン審査委員会に専門知識を有するレジメンコーディネーターが専任としてレジメンの処方・変更・変更後のフォローアップに適切に関与していること、不適切なレジメン処方を発見した場合に迅速に報告・修正が行われること、レジメン審査委員会には薬剤師に加え、看護師も関与すべきである。

2.5.1.2 すべてのレジメンが院内登録されている

2.5.1.3 レジメン管理にコンピュータシステムを運用している

2.5.1.4 レジメン審査委員会の構成メンバーにがん治療に精通した医師、薬剤師、看護師が含まれている

2.5.1.5 レジメン審査委員会の議事録が整備されている

2.5.1.6 登録レジメンの再評価を定期的に実施している

2.5.1.7 レジメンの標準化が行われている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明

<実施・対応状況>

○・x・不明

2.4. がん臨床研修機能

2.4.1 がん臨床研修体制が確立している

○は当該研修者の職務にほかに研修、教育指導等の業務の専念を重点的に評価する項目であり、必要資料を提出しているが、最新の内容、がん診療連携の講習会参加、ワークショップの出席などを具体的に確認する。

2.4.1.1 がん臨床研修に必要な人員が確保されている

2.4.1.2 がん臨床研修に必要な施設・設備が整備されている

2.4.1.3 がん臨床研修機能の真改善に取り組んでいる

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明

2.4.2 がん診療研修プログラムが確立している

2.4.2.1 がん臨床研修プログラムの中で集学的治療に関する研修が行われている

2.4.2.2 がん臨床研修プログラムの中で緩和ケアに関する研修が行われている

2.4.2.3 がん臨床研修プログラムの中で、患者および他の医療者とのコミュニケーションスキルを向上させるための研修が行われている

○日本がん治療認定医機構が定める研修カリキュラムに準ずる内容が定められていることが望ましい

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【凡例】  
○=実施または対応している  
x=実施または対応していない  
不明=不明または評価する機能を持たない

3 療養環境と患者サービス

3.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備

3.1.1 患者・家族が利用する場所では、プライバシーに配慮がなされている

3.1.1.1 外来診察室・病棟面談室の環境はプライバシーが守られている

○説明と同意を得た上で法外料を徴収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られるスペースが確保されている

3.1.1.2 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

3.1.1.3 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

3.2 相談機能および患者・家族のサポート

3.2.1 患者・家族の医療相談に応じる体制が整備されている(相談支援センター機能を含む)

3.2.1.1 資格(社会福祉士・精神保健福祉士・その他)をもった相談専門人員が必要人数適切に配置されている

○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、相談内容などががんに関する医療相談にたいし差異を考慮して対応する必要がある。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員を確保している。並にそのための職員もいて、相談業務が専門化している場合もある。

○がん診療連携拠点病院に属する医師等派遣では、「相談支援センター」を設置すること(がんが診療科センターによる明確な割付した専任の相談員に当たるもの)をそれぞれ1人以上以上配置することとされている。

3.2.1.2 対面相談のための個室を配置している

3.2.1.3 患者・家族の医療相談に院内で対応している

3.2.1.4 パンフレットなどの資料を取り揃えている

3.2.1.5 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

3.2 施設・設備の整備と利便性

3.2.1 施設・設備が整備され、利便性に配慮がなされている

3.2.1.1 がん治療を受けるうえで必要な環境、設備や備品が整備されている

○外来で患者が抗がん剤投与を受けるための適切な設備・機材(ベッド、椅子など)がある

3.2.1.2 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

3.2.1.3 その他、患者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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

【R例】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または整備する機能を持たない

【R例】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または整備する機能を持たない

3.3.2 必要な相談機能が適切に発揮されている

3.3.2.1 相談記録を作成している

3.3.2.2 患者・家族の意見・要望を相談や看護計画に反映した記録がある

3.3.2.3 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

3.3.2.4 転院後・退院後の患者・家族のフォローを行っている

3.3.2.5 相談内容について事例検討会をしている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

3.3.3 遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関する体制が確立している

3.3.3.1 家族性腫瘍率に対応するため、遺伝カウンセリングを含めた総合的な遺伝医療体制が整備されている

1) 中央診療部門としての遺伝子医療部門があり、適切に専任職員が配置されている

2) 専門的知識・経験を有するものによる遺伝カウンセリングが遺伝学的検査の前後に実施されている

3) 遺伝情報の適切な取扱いについての方針が明確である

○遺伝子診断(医療・介護事業者における個人情報保護の適切なガイドライン)の記載より参照

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

4 基本的がん診療の組織と運営

4.1 診療部門

4.1.1 がん診療施設としての診療部門の体制が確立している

4.1.1.1 がん診療責任者またはキーマン(サーボード)の責任者として、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

○患者のがん専門病院における臨床教育を受けた医師、がん診療の臨床医等が配置されている。その結果、実績や診療担当能力を具体的に評価する。

4.1.1.2 薬物治療(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フ(学芸認定医等)が配置されている。あるいは配置される予定がある

4.1.1.3 がん手術に精通した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

○施設の特徴に応じたがん診療の専門家が配置されていて、病期別など異なるがん種を診療する。研修、臨床教育や所長等任命を承認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

4.2 看護部門

- 4.2.1 がん診療施設としての看護部門の体制が確立して適切に運営されている
- 4.2.1.1 がん看護の専門性をもつ看護師が適切に配置されている

- 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

4.2.1.2 看護ケア提供の基準・手順が適切に整備され実行されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

4.3 薬剤師

- 4.3.1 がん診療施設としての薬剤部門の体制が確立している
- 4.3.1.1 がん診療に専門性の高い薬剤師が適切に配置されている

- 1) がん専門薬剤師
- 2) がん薬物療法認定薬剤師

○以上の専門性の高い職員がその役割を十分に発揮し、かつチーム医療の中で働きを十分に果たしている職員が与えられている。

○専門薬剤師は絶対数が少ないため、目標項目である。

4.3.1.2 必要な人員が適切に配置されている

- 1) 病棟薬剤師が配置されている
- 2) 病棟薬剤師は、医療従事者への薬物治療の情報提供、患者への薬剤管理指導、化学療法後のフォローアップ、副作用モニタリングなどを行っている
- 4.3.1.3 病棟にサテライト薬局を設けて入院患者へのがん薬物療法に従事している
- 4.3.1.4 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
- 4.3.1.5 外来サテライト薬局を設けて外来患者への薬物指導等を実施している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

【凡例】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または回答する機会を持たない

4.3.2 病院のがん診療機能に見合った設備・機器・医薬品などが整備され、適切に管理されている

4.3.2.1 病院のがん診療機能に見合った薬剤業務の体制が確立している

1) 全患者のがん剤の混合調整を実施している

2) 病棟や各部門(手術室や救急室を含む)における薬剤(麻薬・向精神薬やハイリスク薬剤、特定生物由来製品を含む)が適切に採用・保管・管理されている

【上記の評価項目に関するご意見をください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

4.4.2 病理部門が適切に運営されている

4.4.2.1 診療に必要な病理検査が実施され、そのマニュアルが整備されている

4.4.2.2 迅速標準の病理診断が実施されている

4.4.2.3 病理部門内で定期的にカンファレンスが行われている

4.4.2.4 病理部門と各臨床科との間で定期的にカンファレンスが行われている

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

#### 4.4 病理診断機能

4.4.1 病理診断の体制が確立している

4.4.1.1 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)

4.4.1.2 病理医が不足している場合、緊急の病理診断を要する症例、あるいは病理診断が複雑な症例等に対する対応が確立している

4.4.1.3 病理診断に必要な設備・機器が整備されている

1) 標本作製するためのプロセッサー

2) ミクロトーム

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

4.4.3 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

4.4.3.1 診断のダブルチェックが行われている

4.4.3.2 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

4.4.3.3 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

1) 情報システムへのアクセス

2) 検査依頼用紙の充実

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

【注釈】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または照会する機能を持たない

【注釈】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または照会する機能を持たない

4.4.4 病理標本管理が適切に行われている

- 4.4.4.1 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
- 4.4.4.2 標本製造過程での取り換え等を防止するための安全管理の仕組みがある

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明
○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

4.5 画像診断とIR機能

- 4.5.1 画像診断の体制が確立している
- 4.5.1.1 画像診断に必要な人員が配置されている
- 4.5.1.2 検影に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、管理されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

- 4.5.2 画像診断部門が適切に運営されている
- 4.5.2.1 画像診断の業務マニュアルが整備されている
- 4.5.2.2 画像診断部門の職員間で定期的にカンファレンスが実施されている
- 4.5.2.3 画像診断部門に関するコンサルテーションを利用するための手順が確立している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

【注釈】  
 ○＝実施または対応している  
 ×＝実施または対応していない  
 不明＝不明または照会する機関を特定しない

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

4.4.5 病理部門の情報管理が適切に行われている

- 4.4.5.1 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
- 4.4.5.2 病理診断の事後利用のための管理がなされている

- 1) データベース管理
- 2) 病理の診断記録

- 4.4.5.3 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明
--------

4.5.3 画像診断機能が適切に発揮されている

4.5.3.1 画像診断レポートが迅速に提供されている

4.5.3.2 精度の高い画像診断が実施されている

4.5.3.3 画像診断業務が安全に実施されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

4.5.4 IVRの体制が確立している

4.5.4.1 IVRに必要な人員が配置されている

○施設の特徴に応じたIVRの専門家が配置されていること、専門医や所属学会などを確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

4.5.6 IVRの機能が適切に発揮されている

4.5.6.1 IVRレポートが迅速に提供されている

4.5.6.2 精度の高いIVRが実施されている

4.5.6.3 IVRが安全に実施されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

4.5.5 IVRが適切に運営されている

4.5.5.1 機能に見合った施設・設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている

4.5.5.2 IVRの業務マニュアルが整備されている

4.5.5.3 IVRに関する職員間で定期的にかンファレンスが実施されている

4.5.5.4 IVRに関するコンサルテーションを利用するための手順が確立している

○緩和チームとの連携が適切にとられていること、ひらびに、緊急時のIVR利用手順が確立していること

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

4.57 機能の質改善に取り組んでいる

4.57.1 画像診断とVRIに関わる職員の能力開発に努めている

4.57.2 画像診断機能とVRI機能の質改善を推進している

【上記の評価項目群に関するご意見を書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

4.62 施設の運用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

4.62.1 放射線治療装置が整備されている

1) リニアック

2) 高線量率小線源治療装置

3) 定位的放射線治療装置

4) 重粒子線治療装置

4.62.2 リニアックにマルチリーフコリメータ(MLC)が装着されている

4.62.3 CTシミュレーターが備わっている

4.62.4 治療計画装置が備わっている

4.62.5 3次元治療計画装置が備わっている

4.62.6 外来診察機能をもつ診療室が放射線治療部門に備わっている

4.62.7 RI治療、小線源療法等を実施している場合には、放射線治療部門専用の病棟または病室が備わっている

【上記の評価項目群に関するご意見を書きください】

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

4.6 放射線治療体制と運用

4.6.1 放射線治療の体制が確立している

4.6.1.1 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

4.6.1.2 放射線治療の専門スタッフが配置されている

1) 放射線治療専門の医師

2) 放射線治療に所属の看護師

3) 放射線治療品質管理士

4) 医学物理士

○放射線治療品質管理士、医学物理士がない場合、どのように質を担保しているかを検証する。

【上記の評価項目群に関するご意見を書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

【注釈】  
○＝実施または対応している  
×＝実施または対応していない  
不明＝不明または既述する機能を持たない



4.6.3 放射線治療の品質管理・品質保証が定期的に行なわれている

4.6.3.1 定期的な線量計の校正が行われている

4.6.3.2 1日1回の線量計によるごチームの測定が行なわれている

4.6.3.3 放射線治療症例の照射野の確認が医師および技師により定期的に行われている

4.6.3.4 放射線治療部門内で放射線治療症例に対するカンファレンスが定期的に行なわれている

4.6.3.5 放射線治療部門と他科の間で定期的なカンファレンスが開催されている

4.6.3.6 定期的な放射線治療部門内で治療成績や有害事象に関するカンファレンスが開催されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

○・x・不明

4.7 栄養管理

4.7.1 適切な栄養サポートの体制が確立している

4.7.1.1 適切な栄養サポートを行なうのに必要な栄養士が配置されている

1) 管理栄養士

4.7.1.2 栄養/水分摂取に関して多職種から構成される栄養サポートチームがある

1) 栄養面からの事例検討が多職種の参加により行なわれている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

4.6.4 緊急時の対処方法や手順が確立している

4.6.4.1 地震等の災害時の放射線治療装置の対処手順が確立している

4.6.4.2 高齢患者小児放射線治療装置の線源残留などの事故発生時の対処手順が確立している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

○・x・不明

4.8 リハビリテーション機能

4.8.1 適切なリハビリテーションの体制が確立している

4.8.1.1 適切なリハビリテーションを行なうのに必要な専門スタッフが配置されている

1) 理学療法士

2) 作業療法士

3) 言語聴覚療法士

4) 職技器具士

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 チーム医療の推進と診療の質の向上

- 5.1.1 多職種による診療協力の仕組みがある
- 5.1.1.1 多職種・多診療科が参加したカンサナーボードが行われている

1) 画像診断部門のスタッフがカンサナーボードに参加している

2) キャンサーボードが継続的に診療に関わっている

◎実施の診療科の医師、診療看護師、放射線科医、腫瘍科医、緩和ケア科医、放射線治療科医などを始めとする診療科の医師とコメディカルなどの多職種が参加する医師会や委員会を設けている。あるいは従来の形で重層交差がなされて診療方針が決定されている。検討会、カンファレンスの記録を確認する。あるいは実際に実際に参加して評価する。

5.1.1.2 キャンサーボードの記録が整備されている

◎実施の診療方針がチーム医療推進の中で決定され、実行されている。参加者がそれぞれ、その責任を担っており、参加者がそれぞれ、参加者の内容と結果、及び参加者などにより評価する。

5.1.1.3 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、最悪の診療方針が決定され、かつ実行されている

5.1.1.4 がん診療責任者は、カンサナーボード開催の頻度と進行を毎年見直ししている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【凡例】  
○＝実施または対応している  
×＝実施または対応していない  
不明＝不明または関連する情報を持たない

<実施・対応状況>

○・×・不明

5.1.2 チーム医療の中でコメディカルの果たす役割が確立している

5.1.2.1 看護部などからの医師診療に関する問題提起が確実に実施に取り上げられ、改善につながっている

◎参加者全員がそれぞれの専門の立場から自身の役割を担っている。がん診療責任者が科学的に妥当な評価をへてグループ診療がなされているか、参加者の内容と結果、及び参加者などにより評価する。

◎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システムや具体例を例示する。

5.1.2.2 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

◎患者方針の決定、意思決定や他の専門職との連携、あるいは医師の負担に対する看護師のチェックなどがあり、その連携や信頼が実際に実行されているか否かを評価し、部門間の連携強化を図る。

◎実際に専門知識を活かす職場に看護師が配置され、かつチーム医療の中で能力を十分発揮する環境が与えられているか否か、必要に応じて配置され、実行されているか否かを評価する。

5.1.2.3 チーム医療の中で薬剤師の果たす役割が明確で実行されている

◎看護部や他の専門職との連携、あるいは医師の負担に対するチェックが適切にされ、その結果や信頼が実際に実行されているか否かを評価する。

5.1.2.4 チーム医療の中で精神保健福祉士・臨床心理士等の果たす役割が明確で実行されている

5.1.2.5 チーム医療の中で管理栄養士・栄養士等、栄養サポートチーム(NST)の果たす役割が明確で実行されている

5.1.2.7 チーム医療の中で医療安全管理担当者の果たす役割が明確で実行されている

5.1.2.8 チーム医療の中で感染管理チーム(IGT)の果たす役割が明確で実行されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

## 5.2 医療関連感染管理

- 5.2.1 各部門における具体的な感染対策がとられている
- 5.2.1.1 感染性病原体の取り扱いに関する手順が確立され、遵守されている
- 5.2.1.2 易感染症患者に対する感染対策が確立され、遵守されている

1) 免疫抑制剤を投与されている患者

2) 手術後の患者

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

5.3.2 治療の標準化がなされている

5.3.2.1 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なされている  
 ○がん診療ガイドラインの指図が診療委員会などで決められ、各診療科レベルでグループ診療として実施に運用されている、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。

5.3.2.2 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ガイドラインやエビデンスに基づいて作成され、審議のうえて運用されている

○実際の科医では、運用されているクリニカルパスの数と内容を把握する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明

○・×・不明

## 5.3 病棟における医療の方針と責任体制

- 5.3.1 がん診療責任者のリーダーシップが発揮されている
- 5.3.1.1 がん診療責任者またはキャンサーボードの責任者がリーダーシップを十分に発揮できる環境が備わっている

○実際の部門長を指す職種に配置され、かつその能力を十分発揮する環境が与えられているか  
 否かを検証する。患科の医師やがん診療を専門としな医科に対しても指示して適正ながん診療を実施させていることを実例に基づいて確認する。

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明

<実施・対応状況>

○・×・不明

5.3.3 ケアの標準化がなされている

5.3.3.1 各種がん治療に関して標準的なケアを提供するための取り組みがなされている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

【凡例】  
 ○＝実施または対応している  
 ×＝実施または対応していない  
 不明＝不明または把握する機能を果たさない

【凡例】  
 ○＝実施または対応している  
 ×＝実施または対応していない  
 不明＝不明または把握する機能を果たさない

5.4. 処置後のフォローアップ

- 5.4.1 化学療法後のフォローアップが適切に行われている
- 5.4.1.1 緊急時の対応方法や手順が確立している
- 5.4.1.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている
- 5.4.1.3 化学療法の治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

- 5.4.2 手術後のフォローアップが適切に行われている

- 5.4.2.1 緊急時の対応方法や手順が確立している
- 5.4.2.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている
- 5.4.2.3 手術前後の患者・家族向けの教育プログラムがある

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

- 5.4.3 放射線治療後のフォローアップが適切に行われている

- 5.4.3.1 緊急時の対応方法や手順が確立している
- 5.4.3.2 患者のセルフケアに関する指導が適切に行なわれている
- 5.4.3.3 放射線治療前後の患者・家族向けの教育プログラムがある

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

【注釈】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または照会する機会を持たない

【注釈】  
○=実施または対応している  
×=実施または対応していない  
不明=不明または照会する機会を持たない

5.5 化学療法の実施の安全な実施

- 5.5.1 確実・安全な抗がん剤投与システムがある
- 5.5.1.1 抗がん剤の処方オーダーはダブルチェックされている
- 5.5.1.2 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めるシステムがある
- 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) 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
- 5.5.1.3 化学療法実施当日に患者の状況や臨床検査値などをダブルチェックするシステムがある

※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。初期治療に際し、投与当日のダブルチェックは医師と薬剤師が実施し、非がん科で行うと併には病室からのダブルチェックを求めなければならない。処方状況を確認し確認する。

- 5.5.1.4 外来化学療法室には担当責任医師が従事している
- 5.5.1.5 抗がん剤の上限投与量、累積量、投与間隔をチェックするシステムがある
- 5.5.1.6 患者と医療者が確認しあって抗がん剤の投与を実施している
- 5.5.1.7 患者確認や配薬エラーの防止のためのバーコードシステムが導入されている
- 5.5.1.8 抗がん剤の血管外漏出、過敏症、インフュージョン/アケションなどの対応マニュアルがある
- 5.5.1.9 抗がん剤による故障対策が確立している

- 1) 安全キビネットを使用し、ガウンなどを着用して安全・確実に調製を行なっている
- 2) 抗がん剤の廃棄方法や曝露対策に関する手順が確立している

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

【評価】  
○＝実施または対応している  
△＝実施または対応している  
×＝実施または対応していない  
不明＝不明または評価する機能を持たない

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

○・×・不明
--------

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

- 5.5.2 注射薬を含む調剤が適切に行われている
- 5.5.2.1 レジメンをもとに処方監査を行っている
- 5.5.2.2 注射用抗がん剤の調製と監査を確実に実施している
- 5.5.2.3 経口抗がん剤を含む併用薬の処方監査体制が確立している

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

- 5.5.3 薬剤管理指導が適切に実施されている
- 5.5.3.1 麻薬服用患者を含む入院・外来患者の薬剤管理指導が適切に実施されている
- 5.5.3.2 医薬品副作用報告を適切に実施している

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・×・不明
--------

- 5.5.4 TDM(血中薬物濃度モニタリング)が適切に運用されている
- 5.5.4.1 TDMを自院で行い解析し、医師へフィードバックしている

【上記の評価項目に関するご意見をお書きください】

【評価】  
○＝実施または対応している  
△＝実施または対応している  
×＝実施または対応していない  
不明＝不明または評価する機能を持たない

5.5.5 薬剤情報が把握され、適切に提供されている

5.5.5.1 持参薬の薬階や管理、情報提供が行われている

5.5.5.2 医療従事者へがん薬物療法に関する医薬品情報が適切に提供されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

5.6 栄養管理の適切な実施

5.6.1 栄養管理機能の質改善に取り組んでいる

5.6.1.1 栄養管理に関わる職員の能力開発に努めている

5.6.1.2 栄養管理機能の質改善を推進している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

5.7 リハビリテーション機能

5.7.1 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

5.7.1.1 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

5.7.1.2 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している

5.7.1.3 年間診療実績が報告されている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明
○・×・不明

5.7.2 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

5.7.2.1 自院あるいは紹介先の施設で利用できるリハビリテーションサービスが改善化されている

5.7.2.2 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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

--

<実施・対応状況>

○・×・不明
○・×・不明

【凡例】

○＝実施または対応している

×＝実施または対応していない

不明＝不明または評価する機能を持たない

【凡例】

○＝実施または対応している

×＝実施または対応していない

不明＝不明または評価する機能を持たない

- 5.7.3 患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムがある
- 5.7.3.1 乳癌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
- 5.7.3.2 肺手術後の呼吸訓練のプログラムがある
- 5.7.3.3 上下肢切断・離断後のリハビリテーションがある
- 5.7.3.4 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
- 5.7.3.5 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
- 5.7.3.6 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
- 5.7.3.7 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
- 5.7.3.8 リンパ浮腫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

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

<実施・対応状況>

○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明
○・x・不明

- 5.8 緩和ケアおよびサポート機能
- 5.8.1 緩和ケアの提供体制が確立している
- 5.8.1.1 適切な緩和ケアを行なうのに必要な専門スタッフが確保されている
- 1) 身体症状担当医師
- 2) 精神科医(精神症状担当医師)
- 3) 緩和ケア・がん性疼痛管理に関する専門看護師・認定看護師
- 4) 薬剤師
- ◇上記スタッフが配置されている、あるいは5年以内に配置される予定がある
- 5.8.1.2 患者の状態に応じて必要な心理士等の職員が確保されている
- 5.8.1.3 定期的にカンファレンスやラウンドを行っている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

【注釈】  
○=実施または対応している  
x=実施または対応していない  
不明=不明または照会する機能を持たない

【注釈】  
○=実施または対応している  
x=実施または対応していない  
不明=不明または照会する機能を持たない

&lt;実施・対応状況&gt;

○・×・不明

- 5.8.2 緩和ケアの導入および必要時の入院について体制が整っている
- 5.8.2.1 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) 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
- 5.8.2.2 早い段階から緩和医療チームを中心とした緩和ケアを導入している
- 5.8.2.3 入院についての基準が明確になっている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

○・×・不明

○・×・不明

- 5.8.4 患者・家族に対する精神サポートと教育体制が構築されている

5.8.4.1 担当医、看護師、職員の医、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

5.8.4.2 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・運動のよき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

5.8.4.3 上記が備わっていない場合には、院内に連携がとれる心理職が確保されている

5.8.4.4 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

5.8.4.5 多職種による患者教育が継続的に行われている

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

&lt;実施・対応状況&gt;

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

&lt;実施・対応状況&gt;

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

- 5.8.3 疼痛緩和の方針が明確に示されて実施されている
- 5.8.3.1 WHO方式ががん疼痛治療法に基づいた疼痛ケアが実施されている
- 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ネジメントケアが実施されている
- 5.8.3.2 鎮痛薬が適正に管理、使用されている
- 鎮痛効果を継続的に評価し、投与量、投与頻度、薬剤の変更などの必要性をしている
- 5.8.3.3 薬剤師により薬物の薬物管理指導が行われている
- 院内および院外において、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・対応する方針を教育している
- 5.8.3.4 患者の疼痛に関する情報を共有できる仕組みがある

5.8.5 施設の機能特性に合わせて、療養場所について患者・家族の希望に適切に対応している

5.8.5.1 24時間対応システムがある

5.8.5.2 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

1) 住居

2) 訪問看護

3) その他(在宅ホスピスなど)

5.8.5.3 必要時、適切な施設に紹介している

【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】

&lt;実施・対応状況&gt;

○・×・不明

○・×・不明

○・×・不明

【凡例】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または関連する情報を持たない

【凡例】

○=実施または対応している

×=実施または対応していない

不明=不明または関連する情報を持たない



5.B.6 死別後の家族への対応が適切である

5.B.6.1 死後のケアを適切に行っている

〇 患者・家族の意向を尊重したケア/メイク・死生観の選択 などを行い、お別れの時間を十分に確保することは患者の死の直後の家族へのケアとして重要である

5.B.6.2 死別後早期・長期の家族への心理的ケアを行う体制がある

【上記の評価項目詳細に関するご意見をお書きください】

&lt;実施・対応状況&gt;

〇・×・不明

〇・×・不明

2.病床数(平成20年10月1日時点)

病床区分	実稼働可能な病床数
一般病床	床
療養病床 (医療保険適用)	床
療養病床 (介護保険適用)	床
精神科病床(総数)	床
結核病床	床
感染症病床	床
総数	床

3.特殊病床数(平成20年10月1日時点)

病床区分	実稼働可能な病床数
1.救急専用病床	床
2.集中治療室(ICU)	床
3.ハイケアユニット(HCU)	床
4.外来化学療法専用病床	床
5.放射線病室	床
6.無菌病室	床
7.回復期/リハビリテーション病床	床
8.緩和ケア病棟 病床	床

4.診療報酬に係る施設基準(平成20年10月1日時点で当てはまるもの)

- 1.緩和ケア診療加算
- 2.緩和ケア病棟入院料
- 3.テレパソロジーによる病歴記録迅速継続検査
- 4.外来化学療法加算 I
- 5.外来化学療法加算 II
- 6.遠隔画像診断

該当する施設基準

5.職員数(平成20年10月1日時点)

職種	常勤換算	職種	常勤換算
医師(総数)	人	正看護師	人
※研修医(内数)	人	准看護師	人
※麻酔科所属医師(内数)	人	薬剤師	人
※病理医師(内数)	人	その他の 医技スタッフ	人
※放射線科所属医師(内数)	人	事務職員	人
		その他の職員	人

【凡例】  
〇＝該当または対応している  
×＝該当または対応していない  
不明＝不明または該当する情報を持たない

【凡例】  
〇＝該当または対応している  
×＝該当または対応していない  
不明＝不明または該当する情報を持たない

8.専門性のある看護師・技師数(平成20年10月1日時点)

がん看護専門看護師	人	手術看護 認定看護師	人
精神看護専門看護師	人	乳がん看護 認定看護師	人
地域看護専門看護師	人	在宅・病下看護 認定認定看護師	人
看護・オーストラリア系 (WOC)看護認定看護師	人	がん専門薬剤師	人
緩和ケア 認定看護師	人	がん薬物療法 認定看護師	人
ホスピスケア 認定看護師	人	緩和薬物療法 認定薬剤師	人
がん化学療法看護 認定看護師	人	臨床工学技士	人
がん性疼痛看護 認定看護師	人	放射物理士*	人
緩和ケア 認定看護師	人	放射線治療 品質管理士*	人
訪問看護 認定看護師	人	*治療に携わっている人の人数を台数とさせていただきます	人

7.医療機器の保有状況(平成20年10月1日時点)

診断機器	台数または有無	放射線治療機器	台数または有無
CT	有	台	有
MRI	有	台	有
PET	有	台	有
乳房軟線撮影装置	有	台	有
ガンカメラ	有	台	有
遠隔画像診断機器	有	台	有

8.平成19年度の年間患者数

外来患者	人
外来初診患者	人
のべ入院患者	人
新規入院患者	人
退院患者	人
他の医療機関へ 紹介した患者数	人
他の医療機関から 紹介された患者数	人

【注釈】  
○＝実績または対応している  
×＝実績または対応していない  
不明＝不明または照会する機会を待たない

9.平成19年度の年間実施件数

がん種-内容	年間件数	がん種-内容	年間件数
胃がん		肺がん	
胃切除術・胃全摘術 (胆切除手術を含む)	件	肺切除術(胸腔鏡 手術を含む)	件
EMR(外来での 実施を含む)	件	肝臓がん	件
乳がん		肝切除術	件
乳房切除術	件	TAE	件
乳房温存手術	件	ラジオ波凝固療法	件
大腸がん		外来化学療法	人
大腸切除術	件	放射線療法	人
ポリヘクトミー (外来での実施を含む)	件	DMRT(強度変調 放射線治療)	件

10.本調査の質問内容に関してご意見がございましたら、ご記入ください

【注釈】  
○＝実績または対応している  
×＝実績または対応していない  
不明＝不明または照会する機会を待たない

## 資料 3-2. アンケート送付先病院一覧

No.	都道府県	医療機関名
1	北海道	北海道医療大学病院
2	北海道	医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院
3	北海道	医療法人 恵佑会 札幌病院
4	北海道	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター
5	北海道	札幌社会保険総合病院
6	北海道	手稲深仁会病院
7	北海道	勤医協中央病院
8	北海道	共愛会病院
9	北海道	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
10	北海道	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院
11	北海道	独立行政法人国立病院機構 函館病院
12	北海道	市立函館病院
13	北海道	北海道立江差病院
14	北海道	新日紅聖霊総合病院
15	北海道	日鋼記念病院
16	北海道	市立聖霊総合病院
17	北海道	総合病院伊達赤十字病院
18	北海道	医療法人王子総合病院
19	北海道	医療法人静仁会 静仁会 静内病院
20	北海道	国家公務員共済組合連合会 斗南病院
21	北海道	札幌救急病院
22	北海道	公立大学法人 札幌医科大学附属病院
23	北海道	市立札幌病院
24	北海道	国立大学法人 北海道大学病院
25	北海道	北海道医療大学歯科内科クリニック
26	北海道	国家公務員共済組合連合会 幌南病院
27	北海道	北海道社会保険病院
28	北海道	医療法人社団慈護会 平松記念病院
29	北海道	医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院
30	北海道	天徳病院
31	北海道	立川市立病院
32	北海道	独立行政法人労働者健康福祉機構 北海道中央労災病院
33	北海道	市立旭川病院
34	北海道	海川市立病院
35	北海道	砂川市立病院
36	北海道	市立芦別病院
37	北海道	留萌市立病院
38	北海道	JA北海道厚生連 旭川厚生病院
39	北海道	国立大学法人 旭川医科大学病院
40	北海道	帯広第一病院
41	北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院
42	北海道	医療法人徳洲会 帯広徳洲会病院
43	北海道	市立釧路総合病院
44	北海道	独立行政法人労働者健康福祉機構 釧路労災病院

No.	都道府県	医療機関名
45	北海道	総合病院北夏赤十字病院
46	北海道	名寄市立総合病院
47	青森県	青森県立中央病院
48	青森県	独立行政法人労働者健康福祉機構 青森労災病院
49	青森県	八戸市立市民病院
50	青森県	三沢市立三沢病院
51	青森県	八戸赤十字病院
52	青森県	十和田市立中央病院
53	青森県	下北医療センター むつ総合病院
54	青森県	黒石市国民健康保険黒石病院
55	青森県	弘前市立病院
56	青森県	養生病院
57	青森県	独立行政法人国立病院機構 弘前病院
58	青森県	国立大学法人 弘前大学医学部附属病院
59	岩手県	岩手県立中央病院
60	岩手県	岩手医科大学医学部附属病院
61	岩手県	岩手医科大学歯学部附属病院
62	岩手県	岩手医科大学附属看護医療センター
63	岩手県	盛岡赤十字病院
64	岩手県	岩手県立立巻井病院
65	岩手県	岩手県立大船渡病院
66	岩手県	岩手県立胆沢病院
67	岩手県	岩手県立北上病院
68	岩手県	岩手医科大学医学部附属風花巻温泉病院
69	岩手県	岩手県立釜石病院
70	岩手県	岩手県立宮古病院
71	岩手県	岩手県立二戸病院
72	岩手県	岩手県立久慈病院
73	岩手県	岩手県立千厩病院
74	宮城県	国家公務員共済組合連合会 東北公済病院
75	宮城県	仙台厚生病院
76	宮城県	国立大学法人 東北大学病院
77	宮城県	宮城県立精神医療センター
78	宮城県	宮城県立がんセンター
79	宮城県	仙台徳洲会病院
80	宮城県	仙台社会保険病院
81	宮城県	独立行政法人労働者健康福祉機構 東北労災病院
82	宮城県	仙台赤十字病院
83	宮城県	(財)仙台市医療センター 仙台オーブン病院
84	宮城県	東北厚生年金病院
85	宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター
86	宮城県	仙台市立病院
87	宮城県	塩竈市立病院
88	宮城県	坂総合病院