

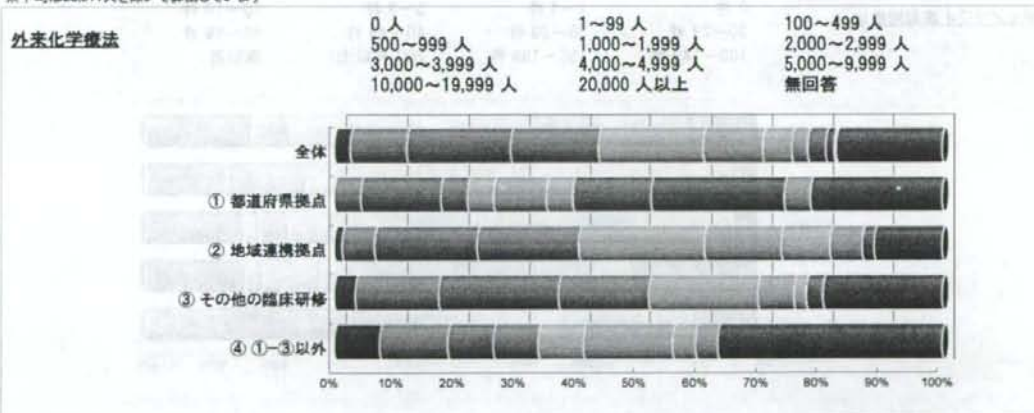
■ ■ ■ 病院種別 ■ ■ ■

9. 平成19年度の年間実施件数

■ 外来化学療法

	全体	① 都道府県拠点	② 地域連携拠点	③ その他の臨床研修	④ ①-③以外
合計	347 100.0%	23 100.0%	150 100.0%	147 100.0%	27 100.0%
0人	9 2.6%	0 0.0%	2 1.3%	5 3.4%	2 7.4%
1~99人	32 9.2%	1 4.3%	8 5.3%	20 13.6%	3 11.1%
100~499人	59 17.0%	3 13.0%	25 16.7%	29 19.7%	2 7.4%
500~999人	50 14.4%	1 4.3%	25 16.7%	22 15.0%	2 7.4%
1,000~1,999人	60 17.3%	1 4.3%	31 20.7%	26 17.7%	2 7.4%
2,000~2,999人	34 9.8%	2 8.7%	19 12.7%	9 6.1%	4 14.8%
3,000~3,999人	17 4.9%	1 4.3%	12 8.0%	3 2.0%	1 3.7%
4,000~4,999人	9 2.6%	0 0.0%	8 5.3%	0 0.0%	1 3.7%
5,000~9,999人	10 2.9%	3 13.0%	3 2.0%	4 2.7%	0 0.0%
10,000~19,999人	5 1.4%	5 21.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
20,000人以上	1 0.3%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	61 17.6%	5 21.7%	17 11.3%	29 19.7%	10 37.0%
平均	1,632.4	5,594.8	1,643.2	1,044.9	1,472.1
四分位数(最小値)	0	60	0	0	0
四分位数(25%)	222	832	466	122	21
四分位数(50%)	954	4,209	1,133	574	894
四分位数(75%)	2,146	11,551	2,408	1,382	2,164
四分位数(最大値)	20,917	20,917	8,855	8,261	4,645

※平均は20,917人を除いて算出しています



■ ■ ■ 病院種別 ■ ■ ■

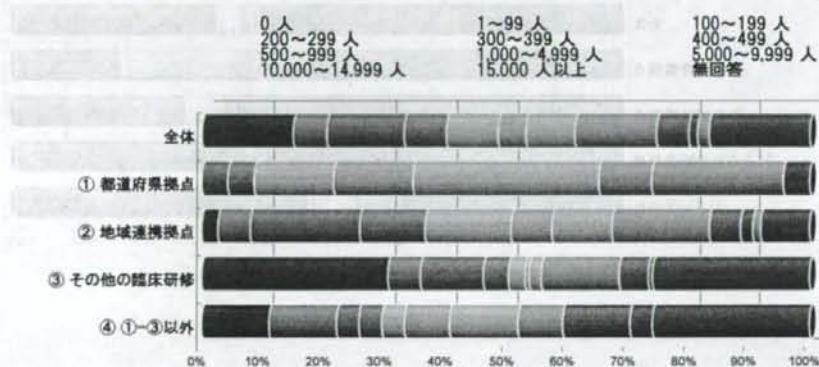
9. 平成19年度の年間実施件数

■ 放射線療法

	全体	① 都道府県拠点	② 地域連携拠点	③ その他の臨床研修	④ ①-③以外
合計	347 100.0%	23 100.0%	150 100.0%	147 100.0%	27 100.0%
0人	52 15.0%	0 0.0%	4 2.7%	45 30.6%	3 11.1%
1~99人	19 5.5%	0 0.0%	8 5.3%	8 5.4%	3 11.1%
100~199人	44 12.7%	1 4.3%	27 18.0%	15 10.2%	1 3.7%
200~299人	24 6.9%	1 4.3%	16 10.7%	6 4.1%	1 3.7%
300~399人	29 8.4%	3 13.0%	21 14.0%	4 2.7%	1 3.7%
400~499人	16 4.6%	3 13.0%	10 6.7%	1 0.7%	2 7.4%
500~999人	28 8.1%	7 30.4%	15 10.0%	3 2.0%	3 11.1%
1,000~4,999人	47 13.5%	2 8.7%	24 16.0%	19 12.9%	2 7.4%
5,000~9,999人	18 5.2%	0 0.0%	8 5.3%	7 4.8%	3 11.1%
10,000~14,999人	5 1.4%	0 0.0%	3 2.0%	1 0.7%	1 3.7%
15,000人以上	7 2.0%	5 21.7%	2 1.3%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	58 16.7%	1 4.3%	12 8.0%	38 25.9%	7 25.9%
平均	1,719.1	585.9	1,629.2	1,910.0	2,837.9
四分位数(最小値)	0	150	0	0	0
四分位数(25%)	100	410	195	0	24
四分位数(50%)	317	678	359	111	420
四分位数(75%)	1,638	1,326	2,391	918	1,731
四分位数(最大値)	37,902	37,902	26,210	10,268	14,502

※平均は18,896、19,279、21,039、23,653、26,210、37,902人を除いて算出しています

放射線療法



■ ■ ■ 病院種別 ■ ■ ■

9. 平成19年度の年間実施件数

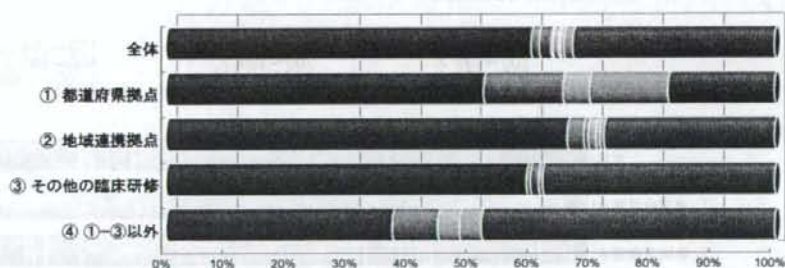
■ IMRT (強度変調放射線治療)

	全体	① 都道府県拠点	② 地域連携拠点	③ その他の臨床研修	④ ①-③以外
合計	347 100.0%	23 100.0%	150 100.0%	147 100.0%	27 100.0%
0件	208 59.9%	12 52.2%	99 66.0%	87 59.2%	10 37.0%
1~9件	5 1.4%	0 0.0%	4 2.7%	1 0.7%	0 0.0%
10~19件	7 2.0%	3 13.0%	0 0.0%	2 1.4%	2 7.4%
20~29件	1 0.3%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%
30~39件	3 0.9%	0 0.0%	2 1.3%	0 0.0%	1 3.7%
40~49件	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.7%
50~59件	2 0.6%	1 4.3%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%
60件以上	5 1.4%	3 13.0%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%
無回答	115 33.1%	4 17.4%	42 28.0%	56 38.1%	13 48.1%
平均	82.0	209.5	19.4	72.3	26.0
四分位数(最小値)	0	0	0	0	0
四分位数(25%)	0	0	0	0	0
四分位数(50%)	0	0	0	0	0
四分位数(75%)	0	18	0	0	8
四分位数(最大値)	3,828	3,828	1,539	260	42

※平均は1,539件、3,828件を除いて算出しています

IMRT (強度変調放射線治療)

0件 1~9件 10~19件 20~29件 30~39件
40~49件 50~59件 60件以上 無回答



資料 3-3-5. 評価項目体系案に関する
コメント

1 がん診療組織の運営と地域における役割

1.1 がん診療施設としての理念と基本方針

1.1.1 がん診療施設としての病院の基本方針が明示されている

- ・(1.1.1.1) (1.1.1.2)各診療科において学会のガイドラインに準拠して対応を行っているが、当院のものとして明文化されたものはない。(1.1.1.3)地域医療連携室の業務はマニュアル化されているが、「診療部門などの業務手順に明記」というものに該当するものはない。(1.1.1.3)地域医療連携室の業務はマニュアル化されているが、「診療部門などの業務手順に明記」というものに該当するものはない。
- ・「がん診療組織」とは何か。がん診療連携拠点病院では、一応科横断的ながん診療体制がからうじてはいるが、普通の一般病院では、とまどう質問。
- ・「小児がん」は同じ大阪府立病院機構である母子センターへ紹介している
- ・がん拠点病院とその他の一般病院では対応が異なると思えます。
- ・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方が」示されることを望みます。
- ・病院の理念、病院の基本方針ががん診療としては記載がないが、患者さんの権利を尊重、質の高い医療を提供、地域医療に貢献するなど明記されている。
- ・1.1.1 検討中
- ・1.1.1.1および1.1.2 基本方針や理念ががん診療のことは記していないが、ホームページなどで明文化している。1.1.1.3 業務手順としては明記されている
- ・1.1.1.1について明示されるよう対応済みであります。しかし、当該施設の実務に合わせた診療の記載はまだありません。
- ・1.1.1.2基本方針及び基本理念には「がん診療」について明記していない。地域連携については明文化している。
- ・1.1.1.1病院の基本方針には記載されていないが、「病院の紹介」の「地域がん診療連携拠点病院」の項目に記載されている。1.1.1.2同上。1.1.1.3がんに限ったものではなく、当院の役割(急性期医療)以外については地域連携を行う仕組みがある。1.1.1.4がん医療に関しての理念・基本方針ではなく、地域の中核病院としての理念・基本方針があり年1回の見直しを行っている。
- ・1.1.1.2 明文化しているのは、どのような形式のものかわからない。1.1.1.3 連携部門、相談支援センターで把握されているので、個々の診療部門の業務に明記する必要を感じない。
- ・1.1.1.3では、連携の機能として確立しており、明記まではしていない。
- ・1.1.1.3に関して 明文化してしまうとマニュアルとなり支障をきたすことも考えられるので、現在のところ明文化することには賛成できません。この度がん対象基本法に基づいて策定されている県のがん対策基本計画の中にわかり易くなるようにと、記入してしまうと当該病院の診療機能(診療範囲)をしばるようになるのではないかと議論が出てきて、毎論程度にして各論部分は控えるような方向で決まりました。
- ・1.1.1.3の設問における施設が有していないものは
- ・1.1.1.3有していない診療機能についての対応をマニュアルに明記するべきなのか。ジェネラリストの対応でも可能なことがあるし、無理と判断すれば、専門医のいる施設に送っているが、そのような方針を明記せよというのは、口をはさみすぎではないか。なんでも専門医がみれば大丈夫、というような発想が根拠にあるようで、もちろんそれぞれの専門医がそろっていることは理想であるが、専門医偏りが強すぎるように思われる。逆読みをすると、専門医のいないところでは、がんの治療を受けてはならない、とも読める。リハビリ、糖尿病、冠動脈疾患について、専門医がいない。循環器科はあるが、冠動脈造影ができない一国際観病院等に紹介している。糖尿病については、院内統一のスライディングスケールを普及させているが、一般的なコントロールについては不十分。リハビリテーションは12月末にPTが臨時的に配属されたが、部分的な対応であり、全領域的な対応は不可能である(スペース、PT数等)。
- ・1.1.1.4 当院は、隣接市の県立病院と統合し、21年4月に県立中部病院となる予定である。県立中部病院では明確化されるなど、状況は大きく変化するが、以下の回答は現在の病院の状況について記す。
- ・1.1ががん診療拠点病院としての要件を満たすような方針等は整備するとしても、がん診療のみを抜き出して特別な理念や方針を定めるということは、一般の病院にとってはあまり意味のあることとは思えない。このようなことをことさらに強調すると単なる作文が増えるだけである。
- ・HPIにがん拠点の項目を設けている。
- ・がん診療拠点病院ではないが、施設の運営において上記内容を実施している。
- ・がん診療全般に対応しているが、特殊な治療法についての希望があれば情報提供している。理念・基本方針は、必要に応じて見直されるべきと考えるが、まだ1年目であり、その時期ではないと考えている。
- ・がん診療連携拠点病院を踏まえた病院の基本方針、市民病院憲章を作成し、定期的に見直しを行っている。
- ・がん対策情報センターからがん情報サービスのHPがあり、当該HPからリンクしている
- ・このページの問では、機能分担について評価しているが、次ページ以降の間では、医療機器等、病院の有する機能の数が、評価項目になっている。機能分担が明確であれば、機能自体は、評価項目ではなく病院情報とするべきではないか。
- ・なし
- ・まだ対応は不十分です
- ・以前から悪性疾患に関して腹腔鏡手術なども積極的に取りこんでいるが、地域に十分周知され実践されてはいない。今後、行う予定である。
- ・意見1.1.2実施に沿った役割の内容が不明である。
- ・基本方針は環境の変化等で見直す(変化する)ものだが理念が変化するのとは疑問です。
- ・現在、がん治療に対する拠点病院以外の国家的・地域的方針が決まっていないので拠点病院以外に適応するのは時期尚早、決まれば上々でよいと考
- ・現在、がん診療連携拠点病院取得に向けて準備中 1.1.1.3 診療機能を有していない分野はない
- ・口腔癌および口腔癌に罹患した転移癌について対応しているが、病院間での文章化されたり決めはなし。業務内容は口腔外科領域に特化しており明文化されていない。
- ・今後の課題としたい
- ・実際の現場で、多くの癌患者の治療に当たっているが、明文化されたものは整備されていない。形よりも内容に視点を置いた評価が必要と考える。
- ・従来当院は急性期病院で地域に対応してましたが、がん対策基本法制定依頼、がん対策にも力を入れている方針をとっている。腫瘍内科設、緩和ケアチーム発足となる。施設面において、放射線治療設備がなく、PET検査も他院に依頼している。
- ・準備中
- ・多くの癌患者の診断・治療(手術・化学療法・放射線治療)を行っているが、組織化された運営は行われているか
- ・大都市に立地する病院と地方の病院とは地域への役割が異なるかと考えられ、必ずしも病院機能を反映しないと考える。また、がん診療に特化した病院と総合病院でも異なる
- ・地域がん診療連携拠点病院には診療機能に限界があり都道府県がん診療連携拠点病院を含めた近隣の医療機関と密な連携が必要と考える
- ・地域に国立がんセンターがあり、がん診療については、重点をこれまでおいていなかった。今後、取組みをする意向である
- ・地域性が乏しく、全国から患者が受診している現状だと、細やかに対応するのには限界がある。
- ・地域連携に関して県全体として未だ体制は確立していない
- ・当院からのアプローチはホームページ等でしているが、まだ、がん診療連携拠点病院という存在自体が地域で十分に理解されているとはいえない状況があり、これから積極的な広報や地域への働きかけをしていかなければならないのではないかと考えている
- ・当院のホームページの「病院部門紹介」の中の「緩和医療センター」の紹介コーナーで、当院が「日本がん治療認定医機構」の認定研修施設であることを紹介し、手術・化学療法・終末期医療の面で院内での連携チームを立ち上げ活動していることを明文化しており、後方支援病院もその中で明文化しています
- ・当院は歯科大学附属病院であり、口腔癌診療専門チームによる診療が行われているが、診療施設としては、不十分な事が多くある。
- ・特になし。
- ・特定機能病院であり、1.1.1.2～1.1.1.3に関しては各診療科内では対応可能です。
- ・病院としての理念と基本方針がある中、あくまで「がん診療施設」としての理念と基本方針が必要なのか疑問。
- ・病院の基本方針であり、がん診療施設としての基本方針ではない。
- ・病院の理念・基本方針は毎年見直しを行っているが、基本方針の中に「がん診療施設」についての事項は明示されていない。「がん診療」に特化した病院でない限り、基本方針等に明示することは難しいと思われる。
- ・病院全体の理念、方針の中にがん診療施設のことは出しているが、細かなところ迄は明文化していない。全体の機能の一部として扱っている。
- ・病院全体の理念と基本方針のもとにがん診療についてがんの種類毎に個別に明記してある。
- ・放射線治療以外のがん治療に関する施行体制は整っている。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- ・本院のがん拠点施設としての理念に則り行動します。
- ・本院は口腔癌に特化した形のがん診療という役割を担っている。
- ・理念と基本方針には入っていない。がん以外の患者も多く診療するためがん診療7については、触れる程度でよいのでは
- ・理念や基本方針にはあるが、がん治療に特化したものではなく、病院全体としてのものを明示している。
- ・理念や基本方針に「がん診療施設としての」内容を記載する必要性が疑問である。エイズ拠点病院の認定を受けたら、理念や基本方針に「エイズ拠点病院としての」内容を記載するのかもしれない、必ずしもそうあるべきものではないと考える。

1.2 地域における役割と連携

1.2.1 地域のがん診療施設などとの連携のための院内のシステムが整備されている

- ・(1.2.1.4)→当院は管理センター、代謝糖尿病センター等を有する総合病院である。
- ・(1.2.1.4)診療機能を有していない分野はほとんどない。
- ・(1.2.1.4)当院は地域の中核病院として機能しておりほとんどの疾患に対して対応可能であるが、診療機能を有していない疾患の場合は3次救急施設への紹介等、確立された体制をとっている。
- ・「地域のがん診療施設」の定義が必要。現実的、開業医でがん診療を積極的に行っている施設は皆無に近いのが現状。
- ・「不明」不明又は関連する機能を持たないであるため、1.2.1.4などの設問の場合、「がん以外の疾患に対する診療機能を有している」場合でも、回答は「不明」となってしまう、正確に評価できない。
- ・【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください】1.2.1.2 がん治療需要の増に伴い患者数も増加しているが紹介状持参者については受け入れている。1.2.1.3 医師が逆紹介先を捜せない場合は地域連携室で対応している。1.2.1.5 平成21年度よりMSW等が、がん相談に対応予定。1.2.1.1 現医療相談室が実施している。
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい」を考え方が示されることが望ましい。
- ・1.2.1.1 整備に向け準備中につき、どう評価するか 1.2.1.2 がん患者に限定しての体制ではない場合はどうか 1.2.1.4 有している場合はどう評価するか
- ・1.2.1.1 5大がん以外については現在整備中
- ・1.2.1.1 がんに関するクリニカルパスは、現在作成中である。
- ・1.2.1.1 がん診療に関する地域連携クリニカルパスについては現在東京都がん診療連携協議会にて
- ・1.2.1.1 については、胃がん・大腸がん・乳がん・前立腺がん等のパスは、実施している。1.2.1.4については、当院で循環器科及び糖尿病内科を有している
- ・1.2.1.1 に関して 5がんについてなのかそれ以外にもか？基準が必要では？
- ・1.2.1.1 に関しては5大がん全てのことを問われているのか不明 1.2.1.4 に関しては診療機能を有しているため回答不可
- ・1.2.1.1 に関してはクリニカルパス推進室が設備されており、取り組み中です。
- ・1.2.1.1 は一部のパスのが完成されているが、まだ実施までは至っていない。
- ・1.2.1.1 は準備中
- ・1.2.1.1 胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、前立腺がん、がん性疼痛
- ・1.2.1.1 一部作成済み、現在医師会と作成・運用を検討中 1.2.1.4 診療機能を有している場合の回答方法は？また、必要な疾患はどれか、大腿頭部骨折パス、腎疾患パスなどはある。
- ・1.2.1.1 地域連携クリニカルパスは現在、肺がんが稼働している。1.2.1.5 がんのみでないが、相談体制はかなり整備されており、ソーシャルワーカー、看護師、薬剤師等が相談に応じている。
- ・1.2.1.2、1.2.1.3 各診療科で対応
- ・1.2.1.2 については、「確立」の定義について具体的な指示をいただきたい。
- ・1.2.1.4 「手順が明確」とは具体的に？
- ・1.2.1.4 がん以外の疾患に対する診療機能はどのレベルまでのいうのか答えにくい。機能を有している場合にも回答が難しい。
- ・1.2.1.4 急性心筋梗塞、糖尿病等の疾患も治療しているので該当しない。
- ・1.2.1.4 旧総合病院の場合のように答えてよいのか不明確
- ・1.2.1.4 自社扱いで対応している場合、どう回答をするのかわからない。
- ・1.2.1.4 実施しているが、手順書が作成できていない。
- ・1.2.1.4 診療機能を有していない分野はない
- ・1.2.1.4 診療機能を有しているのでも「不明」としました
- ・1.2.1.4 診療機能を有している場合の回答は不要ですか。
- ・1.2.1.4 当院では診療機能を有している
- ・1.2.1.4 がん以外の疾患に対する診療機能を有している場合の実施・対応状況への記載方法が不明。
- ・1.2.1.4 すべての機能を有するときは○でもいいのかわからない。(この回答は上記の意味で○です)
- ・1.2.1.4 で急性心筋梗塞や糖尿病は有していること、等の内容によっては有していないものもあるが、すべて手順が明確化ということとということ不明とし
- ・1.2.1.4 について、地域の医療機関との連携はしているが、運用などは無く、明確にはされていない。1.2.1.1 について、現在整備中です。
- ・1.2.1.4 については、院内でがん以外の疾患にも対応しているため、該当しません。
- ・1.2.1.4 については、本学医学部附属病院との連携を充実している。
- ・1.2.1.4 の場合、急性心筋梗塞、糖尿病、がん以外の疾患に対する診療機能を有している為、該当しないが、その疾患に対しても地域の病院との連携して対応しているため「○」とした。
- ・1.2.1.4 は「対象機能無し」である。「不明」と「関連する機能を持たない」は回答の選択肢としては分割すべきと考えられる。
- ・1.2.1.4 は該当しない
- ・1.2.1.4 は機能を有している場合回答が困難です。
- ・1.2.1.4 急性心筋梗塞、糖尿病は本院で診療を行っている。
- ・1.2.1.4 自院で対応可能
- ・1.2.1.4 手順の明確化とは？マニュアル記載すべきなのか？ 1.1.1.3 「業務手順に明記」とある。現状は不文律の了解事項のようなところがあり、いわば医師の能力、あるいは裁量により、他院に依頼しているわけであるが、事細かにそれを明記せよというのは、口を挟みすぎのような感じである。ここまで記載しないと医師のやることには信頼が置けないとも言えるのか、プロフェッショナルとしては惜けないように思う。
- ・1.2.1.4 上記の機能がそろっている場合はNAとすべきでしょうが、×と不明どちらを選択してよいか迷った。
- ・1.2.1.4 総合病院にて手順はない
- ・1.2.1.4 明示したマニュアルはないが地域医療連携室で紹介がん患者の受け入れ、逆紹介の手順はほぼ確立している。
- ・1.2.1.4 有していない 当院では診療機能を有しているため回答なし。
- ・1.2.1.5 の文章に句点なし
- ・1.2.1.1 票として作製中
- ・1.2.1.4 機能を有するので対象外としました。
- ・1.2.1.2 から1.2.1.5 まで、数ある疾患のひとつという意味では機能しているが、がん患者にだけ別マニュアルの作成をするということには行ってない。
- ・3に關しては前項と同じ 4に關してはがん以外(循環器 糖尿病 脳血管病変)に対応している 5 準備中
- ・がん以外の疾患に関してもほぼ診療体制あり。
- ・がん患者に特化した体制としては確立していないが、ケースバイケースで、地域の医療機関と連携をとっている。
- ・がん診療に関する地域連携クリニカルパスの整備は今後の課題と考える。
- ・がん診療の連携パスは5大がんをさすのか、それともがんいづれかにかにより回答がかわります。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- がん相談支援センターを有し、専任スタッフが常駐している。
- がん地域連携クリティカルパスは、現在、計画中である。(1.2.1.1) 体制の確立まではしていないが、逆紹介を推進している。(1.2.1.3) 手順としては明確にしているが、他病院と連携している。(1.2.1.4)
- クリティカルパスは現在作成中で、近い将来整備の予定です。
- ソーシャルワーカーは、常勤しているが、「がん専門」の相談体制とはなっていない。
- なし
- 一部の地域連携クリティカルパスについて現在整備中
- 確立とはどこまでできているかを言いますか
- 口腔外科と内科の連携はなされているが、地域連携クリティカルパスは存在しない。口腔癌は当院への紹介が多く、受け入れは体制はできている。ソーシャルワーカーの相談体制は整備中である。
- 主に地域連携室が窓口に対応しつつある。放射線療法では近隣の3施設(済生会山口総合病院、山口大学医学部附属病院、セントヒル病院)との間で常に緊密に連携を計っている。大学との共同研究としての臨床試験にも積極的に参加している。
- 準備中
- 消化器系悪性腫瘍、血液疾患などを中心に地域からの紹介患者を多く受け入れています。また、マルチスライスCT、MRIなどの高機能医療機器を利用した診断、治療計画の策定をおこなっています。当院での治療終了後は、紹介元あるいは近医でのフォローをお願いしております。特に、入院手術をされる方については帰宅後のご家庭の状況など、病状以外の要素も治療計画に関係することから、「患者支援センター」を設置し、多方面からの連やかな外来移行、転院の促進をおこなっています。また、近年の患者医療費負担増加に対応するためソーシャルワーカー、医事課が協力して医療費軽減の提示、医療制度の利用について積極的な対応をおこなっています。
- 地域との話し合いを、いつ、誰が、どうやってもつのか、がん拠点病院には権限があるのか費用は誰がもつのか
- 地域のがん診療施設の定義が不明である。1.2.1.4はあてはまらないため、無回答とします。
- 地域医師会と地域連携パスを2009年4月から運用開始で進んでいる。当がんセンターは大学病院内のがんセンターとしてがん以外の疾患にも適切に対応することを基本方針としている。
- 地域医療部の医療相談に配備となっているMSWを通して開業医への紹介や情報交換会を開催するなど、連携を強化している。また、脳卒中や大腸骨頭部骨折の地域連携パスを稼働させている。
- 地域連携クリティカルパスは、現在整備中である。1.2.1.4について、急性心筋梗塞、糖尿病等、がん以外の疾患に対する診療機能を有しているため、無回答とした。
- 地域連携クリティカルパスは1つでもあればよいのでしょうか？また整備中(地域の医療機関との打合せ中のものがある場合はどのように回答すればよいでしょうか？
- 地域連携クリティカルパスは現在整備中である。逆紹介を行なうための体制づくりとして必要な要件が明確でなかったため、不明で回答します。
- 地域連携については、まだ、診療科間の格差が完全に調整されていない
- 地域連携パスについては、議論が精についたばかりであり、発展はこれからである。5大がんのパスについては、福岡県および福岡市医師会との協働で取り組みが始まっている。
- 地域連携パスは肝臓癌を除く4大がんについて整備されこれから実施予定である。
- 地域連携は行っておりますが、パスは整備されていません。
- 当院では、「ソーシャルワーカー」としては配置できていないが、「がん診療支援センター」を設置し、がん診療に関する各種相談に対応すべく相談員を配置している。「院内の専門家」という表現に、一般の相談員も含めてよいのか、判断に難しかった。
- 当院のみでの胃がん、大腸がん、乳がんなどの連携パスは活用しており、他の多くの病院との整合性を地域で検討中である。
- 当院はがん以外の疾患への対応が主体となっている。
- 当院はがん診療連携拠点病院に指定されている。
- 特定機能病院であり、1.2.1.4は「該当せず」と回答させていただきました。
- 病診連携室を整備しその任にあっている。
- 本院と密に連携をとって行動します。
- 連携パスは平成24年度までには整備する予定である。

1.2.2 地域のがん診療施設などとの連携が適切に図られている

- 「連携がとれている」の定義があいまい。
- 実施、対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 1.2.1と同じく、地域のがん診療施設の定義が不明である。
- 1.2.2.1 適宜対応はしているが、「提供体制の整備」とまで聞かれると基準が分からない。
- 1.2.2.1「不十分」というときは何に丸を付ければよいのか。1.2.2.5できる場合の選択は？迷う。
- 1.2.2.1について、各医師会でも実施しているところとされていないところがあり、その他の提供体制のネットワーク等についての情報は無いようです。1.2.2.7について、PET-CTを対象にされているのであれば、当院は×になります。
- 1.2.2.1に関して この項目も病院側の責任で整備することを求めるのですか？ 1.2.2.3に関して 自院と系列の訪問看護ステーションは地域のに相当します。
- 1.2.2.1に対する回答:十分ではありませんが整備されつつあり、秋田県緩和医療推進検討会が自治体の主導で設立されました。
- 1.2.2.1は地域のことを聞いているのか？
- 1.2.2.1はまだまだ診療所の数は少く、整備されているとは言いがたい
- 1.2.2.1及び1.2.2.4はケースバイケース
- 1.2.2.1整備されている…整備している
- 1.2.2.1部分的にはできている。1.2.2.5がんの治療で自院で対応できないとは何を意味しているのか(在宅緩和ケア？地域連携CPIに基づいた血液検査等を買ってのか→それなら「対応できない」というネガティブな表現ではなくて積極的な連携と表現すべきところと思う。1.2.2.5項は建前上はがん診療連携拠点病院は該当しないことになっているはずである。その他の病院も含まれているのなら、この設問に対しては当院は答えることを保留する。1.2.2.7高額医療機器についてはPET-CTがそれにあたるが、外部枠を設けているもののその依頼件数は極めて少ない現状である。
- 1.2.2.2 この場合の「地域の医療機関」という表現は漠然としているので、病院・診療所等機能別の質問の方が回答しやすいと思う。
- 1.2.2.4 質問の内容不明 1.2.2.7 主語不明、提供しているか、共用しているか
- 1.2.2.4 福祉施設等、何の施設を示すのか設問が不明であるが、必要に応じて保健所や 医療機関とは連携をとり対応している。
- 1.2.2.5 対応できない部分は基本的になし
- 1.2.2.5全てで自院で対応できる場合の記載方法が不明。
- 1.2.2.6 何の承認施設が不明 1.2.2.7 病診連携検査の実施はそれにあたるのか？
- 1.2.2.6 県内では相談支援センターの連絡会議で話し合っている。また県主催で勉強会を企画している。
- 1.2.2.6 県内拠点病院とない。2月に1回、会議を行いながら相談機能の質向上に努めている。
- 1.2.2.6 承認施設とは何であるのか。
- 1.2.2.6がん相談支援センター間の連携、1.2.2.7登録医制度、CT、MRIの共同利用
- 1.2.2.6について、「地域、全国の承認施設」の定義が不明確であるため、無回答とした。
- 1.2.2.7 共同利用とはどのような事を言うのでしょうか CT、MRIなどの検査については受けております。
- 1.2.2.7について放射線治療は該当しないのでしょうか？
- 1.2.2.7検査機器についてはPET以外は所有PETは近隣に大学あり
- 1.2.2.7附属病院では行っている。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- 1222から1225まで、数ある疾患のひとつという意味ではきのうという感じが、がん患者にだけマニュアルの作成をするということには行っていない。1227の共同利用とは、外来患者として受け入れられているという意味か？
- 1-2-2-7は質問の真意がわかりにくいですが、当院では保険診療として対応しています。
- 1年前に緩和ケアチームが発足したばかりで、十分な体制はとれていない。
- CT、MRIを共同利用として提供している。
- PETなどを持っており、地域から依頼を受けている。
- なし。
- 意見1.2.2.6全国の承認施設との連携は不可能である。
- 医師会及び保健所との連携は確立しているが「訪問看護ステーション、保健・医療・福祉施設との連携・協力体制の構築は今後の課題である。
- 化学療法・手術等を積極的に行うべく専門病棟や外来の設備を整えている。
- 化学療法および放射線治療については、科学的根拠に基づいたプロトコルで治療をおこなった場合の効果と安全性に配慮しつつ積極的な外来化を推進しております。月間約700件の外来化学療法室での治療を実施しております。また、居宅での治療が可能であり、希望される方については、使用機器の操作と安全管理指導を行い、緊急時には地域医療機関、訪問看護ステーションと連携し対応しております。
- 化学療法手術は対応できるが放射線治療については他施設に依頼している
- 患者の希望に応じて紹介する形をとっています。
- 患者の状態に応じて、医療機関、保健、福祉施設との連絡調整をとっているが、定期的な金合の開催はされていない現状である。連携が図られていると満たす要件が明確でなかったため、不明で回答します。
- 緩和ケアチームの専門看護師が地方(病院、福祉施設)へ講演等にてかけている。MD-CTが2台あり、CTについては依頼があれば、その日のうちに対応している。MRIは1台のため依頼から週間ぐらいの待ちになっている。パンフレット等を取り寄せ積極的に利用させてもらっている。
- 緩和医療の提供体制の整備との連携がわかりにくい。
- 緩和医療を掲げている施設において対応が十分できているとは言いがたい。口腔癌は特に特殊なため、紹介しがたい状態である。地域訪問看護ステーションと一般内科の連携はとれているががん診療は一般疾患と同じ連携である。高額医療機器は依頼して実施している。
- 基準が不明確で判断は難しい。(1.2.2.5)当院で対応できない部分においては地域の施設でも対応不可であり、大学病院や3次救急施設等と連携して対応している。(1.2.2.6)「地域、全国の承認施設との連携」の定義が不明確。当院は地域がん診療拠点病院として他方との連携をとっている。(1.2.2.7)「高額医療機器」の定義が不明確で判断は難しい。当院は地域の診療所等よりMRIの共同利用依頼をがんに関わらず受けている。
- 基本的に、当院は「地域医療支援病院」であることから、がん診療に関わらず、可能な限り、地域医療機関等との連携を強化している。しかしながら、病院の特徴もあり、継続医療・処置を行う患者を直接当院から在宅へという例数は少ない。そのため、在宅支援診療所や訪問看護ステーション等への、直接的なアプローチの数は少ない。また、医療機器の共同利用という事項については、基本的に他の医療機関からの患者受け入れということが前提と
- 高額医療機器について具体的にお示しいただけるとお答えできると思います。
- 高額医療機器はどの程度の額が高額なのか？
- 自院で対応できないものはほとんどない。
- 疾患によっては実施内容が異なる場合があるが、地域施設との連携を取りながら運用している。但し、全国の承認施設への関わりはケースとしてはあまりない状況である。
- 実施対応はしているが、まだ十分とは言えない。
- 周囲の医療機関との間での体制整備を、現在進めつつある。
- 準備中
- 紹介患者として対応しているが、共同利用までは未実施である。
- 他施設で共同利用によりシナジー検査を実施している。
- 体制不十分
- 誰かが権限をもって指導する必要がある。誰が指導するのか？
- 長崎はドクターネットがありOPTIMに参加している。
- 当院が既に「日本がん治療認定医機構」の認定研修施設であり、既に3名のがん治療認定医を備えている。
- 当院はがん診療連携拠点病院に指定されている。
- 特になし。
- 不十分ながら自院の在宅緩和医療体制あり、地域にもとりにくんでいる診療所があり紹介している
- 部分的に対応できているが、十分とはいえない
- 本院と密な連携をとって行動しています。

1.2.3 地域への情報発信が適切に行われている

- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方が」示されることが望ましい。
- 成績については整備中。
- 1)5大がん インターネットによるがん情報サイト 2)5大がん インターネットによるがん情報サイト
- 1)五がん中心 2)五がん中心
- 1)対応しているがん種 消化器、婦科、子宮、卵巣、頭頸部、肺、乳 2)治療法および成績 泌尿器、小児
- 1)大腸癌、乳癌、口腔癌
- 1.2.3.1 地域医療連携室から冊子等を送付している。1.2.3.2 ホームページに掲載 1)対応しているがん種:乳がん、大腸がん
- 1.2.3.1に関して がん診療に関わる医師はイメージに入っていない。
- 1.2.3.1 専門委員会として「広報委員会」を設置。1.2.3.2 ホームページにて以下を掲載 病院の紹介、地域がん診療連携拠点病院、施設基準と手術件数、各診療科の案内
- 1.2.3.2 2)治療法および成績が×であったので、×にしました
- 1.2.3.2 現在準備中
- 1.2.3.2 発信情報の中に成績が含まれているかいないかで分かれるのではないかと。一部のがんにのみ、成績を発信している場合の回答はどうなるか。
- 1.2.3.2 1)、2)に対する回答欄なし
- 1.2.3.2-1)胃・大腸、前立腺、肝臓、乳 地域、患者、家族への勉強会を開催している。症例検討会を地域から呼び付け医師と定期的に実施している。ホームページに癌治療成績を公開している。
- 1.2.3.2について、1)及び2)を整備していなければ「○」とならないのか。明確な基準が無いため、回答が難しい。
- 1.2.3.2について、対応しているがん種や治療法は発信しているが、成績については発信できていない。今後、ホームページの充実をはかりたい。
- 1.2.3.2の1)-2)のうち、成績に関する部分だけ不十分な場合は「×」なのか？
- 1.2.3.2の1)と2)は肝・膵・胆・胃・大腸・乳・腎・尿管・前立腺・子宮
- 1.2.3.2治療実績等をホームページで公表予定である。各種新聞、雑誌等での年間症例数や手術件数の調査に参加している。
- がん診療検討委員会を毎月開催し広報活動を実施するよう努力している。また病院の診療機能をホームページ掲載するよう検討中である。
- パンフレット ホームページに記載しているが不十分
- ホームページなどで記載あり。
- ホームページにセカンドオピニオン外来、がん生存率、手術のアウトカム(乳がん・大腸がん・胃がん)を掲載している。
- ホームページのみ情報を広報しているが、アクセスできない人々のために他の方法も必要であると認識している。
- 胃、大腸、肝、肺、乳癌の癌を中心にホームページ、広報紙などで治療法などを紹介している。
- 科による。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- 開始されたところ。
- 外来化学療法委員会を立ち上げ外来化学療法加算1を平成21年度から実施できる体制を整えている。
- 五大がんについて市民公開講座を行った。
- 広報誌を通じて、情報発信をしている。
- 今後の課題としたい
- 今後治療成績を出して、公表できるよう整備中
- 昨年11月より外来化学療法室も開設し、今後広報を行う予定です。
- 市民公開講座等で、各がん種について発信している。
- 治療成績まで掲載していない。
- 情報発信のシステムは、現在、鋭意整備中。
- 診療科毎にホームページ等で情報を発信しているが、病院全体としては行っていない。
- 数ある疾患のひとつという意味では行っているが、がんだけに別組織をつくらせ、癌のみを対象とした広報を行ってはいない。(たとえば、外科のホームページには乳癌に対する当院の取り組みや成績が他の疾患への取り組みとともに紹介されている。)また、広報担当者はいるが、悪性疾患専門の担当者はいない。このばあい、どう回答するのか?
- 成績とは何を指すのか。
- 成績は発信しておりません。
- 前述したように、当院は「地域医療支援病院」でもあることから、基本的にその流れの中でがん診療も同様に扱っている。
- 全がんにおいて対応している
- 地域連携/バスは胃外科のみ対応できている。肺・膵・乳・肝・子宮等は未確立。1,2,3,2診療機能の関する情報は、5大がんについては全がん協HPを通して公開されている。診療科によってはセンターのHPの中で各診療科についての状況の中で記載しているところがある(系統立てたものはない)。
- 当院では、患者及び地域医療機関向け、季刊広報誌「かつら」において胃がん・乳がん・化学療法・膵がん・がん終末期医療について院内各職種による座談会形式で情報提供している。平成20年12月には、地域住民対象に緩和ケアを中心とする講演会も開催した。なお、ホームページにおいて各診療科の紹介を行うなかで、一部治療法等を紹介している。
- 特になし。
- 病院によって患者の背景が違うことを十分に認識する必要があると思います。単純な 病院間の比較ツールにならないような配慮が必要だと思います。国立がんセンターなどは全国から飛行機を利用して患者が集まるが、地方病院は空港に行く気のないような患者も集まってくる。
- 本院のがん治療は口腔癌に特化されていることが十分に周知されている。
- 本院のホームページやニュースレターなどで発信している。

1.3.1 地域のがん診療施設などとの連携のための院内のシステムが整備されている

- 「明確な目標設定とその評価」とは何か? 紹介と逆紹介のようなことを念頭に置いているのか、月当たりの患者数何例以上、を決めることなのか? 1.3.1.1の「臨床や地域連携、診療の質改善など」についての明確な目標設定を、カンサーボードの責任者が評価・報告することは当施設ではなじまない表現であり、がん診療責任者についてなら、院長または副院長が担当している事項であり、カンサーボードの責任者は相当ではない。
- 現在、放射線治療装置が整備されていないので導入後、実施予定。
- 設問の「臨床や地域連携、診療の質改善」という表現が理解しづらい。・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 別途「評価のわらい考え方が示されることが望ましい。
- 1.3.1.1 報告とは誰にどのような形で行うことを言うのかあいまいでわからない。
- 1.3.1.1は一部ができていなくとも「X」になるのか?
- 1.3.1.1具体的な目標設定は難しいが、がん診療委員会で議論している
- 1.3.1.1にある院内のシステムとはどういうものか?
- がんカンファレンス等で検討を行い実践している。
- がんセンター所長、副所長が副院長として院内システムの設備、カンサーボードに対する取り組みも定期的に行われている。
- がん診療責任者とカンサーボードの責任者を同列に論じている意図が不明
- がん診療連携拠点病院としては、責任者を任命しているも、とても十分機能していない。がん患者が20-30%の一般総合病院では高いハードルで、現場任せが精一杯。
- がん診療連携拠点病院委員会の研修部会の責任者が企画を行ったカンファレンスを実施している。
- カンサーボードの責任者といってもがんセンターとちがってがんだけの診療をしているのではない。通常他の仕事と兼任しているので、そこまでやる余裕はない。
- カンサーボードを整備中
- そのレベルまでのことを想定しているが不明のため がん拠点病院としてのデータを公表している
- なし
- また十分な対応ができていない。
- まだ不十分ですが、毎月その目的のための連絡会は開催しています。
- 各科でホームページに特定の疾患の治療成績は掲載していますが、総括はしておりません。
- 教育研修推進室を整備
- 質改善には取り組んでいるが、ここでの診療の質とは具体的に何を指すのか。
- 質問の内容が判りづらい
- 実施しているが不十分。
- 準備中
- 準備中。
- 生存率
- 前述したように、当院は「地域医療支援病院」でもあることから、基本的にその流れの中でがん診療も同様に扱っている。
- 定期的に委員会を開催し評価している。報告は議事録を回覧している。
- 当院にはがん診療責任者はいない。
- 当院独自のメッセージの発信はありません。
- 特になし。
- 評価項目(内容)が抽象的であり、具体的なものを例示したほうが良い。何を以て自己評価すればよいか判断できない。
- 部分的に実施している。
- 平成21年1月より外来化学療法委員会を立ち上げ、平成20年7月よりホームページ上で緩和医療チームの活動内容を公表している。
- 報告先は病院長で良いのか、誰への報告かが不明

1.3.2 病院管理者・幹部のリーダーシップが発揮され、計画的な運営がなされている

- (1.3.2.2)がん診療部としての組織を現在検討中です。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- 委員会への幹部の参加がある。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。
- 地域がん登録するための専任職員の採用が決定された。
- 骨転移治療用のポジトロン採用が決定された。
- 1.3.2.1については、そもそも、当院では、がん連携の組織そのものの責任者は幹部(臨床研究センター長)であり、幹部重責の機関としての位置づけとしている。1.3.2.2については、発展途上であり、具体的な行動はこれからだと考えている。
- 1.3.2.2 漠然とすぎている。例をあげていただいたいほうがありがたい。
- 1.3.2.2 質問の意図分りづらいと思います
- 1.3.2.2 組織運営とはどういうことか？
- 1.3.2.2 抽象的過ぎる設問ががん診療に特有の労働意欲を高めるような運営方針が存在するのであろうか。
- がんセンター運営委員会を月1回開催している。
- がん診療についての構想つくりのPJ会議を立ち上げたところなので×とした。
- がん診療に関わる職員を優遇することはないですすよね。すると、他部門に関わる職員よりもどうすれば労働意欲を高める組織運営ということになるのでしょうか？
- がん診療に直接携わらない職員の関心が低い。
- この間化学療法安全性の高め、緩和医療の向上のため「癌治療サポートチーム」を立ちあげ活動してきている
- なし
- ホームページにがんに関する手術件数・化学療法件数また、相談件数等掲載している。
- 意見1.3.2.2ががん診療に関わる職員の具体的な例が無い場合は一体感を削出しているともなされないは求めすぎではないのか。
- 院内のさまざまな部門の研究発表・活動報告を行なう「研究集会」を毎年開催している。この会は、市民にも公開されている。
- 外来化学療法の具体的な対策を平成21年2月3日の診療部会議で院長、副院長の主導で確立し平成21年度から運用することが決まった。また、毎週水曜日に主に外科系の緩和医療のカンファレンスを実施中であり、月1回は看護部門の緩和ケア委員会が症例提示とその対策を検討する会議が行われて看護師、薬剤師等に認定取得のため、積極的に研修へ参加させている。
- 看護師不足により、若干看護師側から抑制的に働く傾向がある。
- 機会があれば癌診療の運営、職員の労働意欲を高める勉強会などを開催しているが、組織立っているわけではない。
- 福祉の整備、スタッフの充実、設備人員の拡充。
- 具体的にどうすれば労働意欲が高まるのか？具体例を示すべきである。
- 口腔外科としての診療意欲の向上に務めているががん診療に特化していない。
- 多職種からなる緩和ケアチームカンファレンスおよびがん化学療法審査プロトコル委員会を定期的に開催している。
- 提案が運営に適切に反映されるしくみがあってもそれが労働意欲を高めることにつながるかは疑問である。「労働意欲を高めること」の具体的な内容提示、例を示して欲しいと思います。
- 特になし。
- 病院管理者・幹部のリーダーシップが消極的な為に計画的な運営が行われていない。がん診療検討委員会が病院全体を横断的に組織運営している。
- 病院管理者はイニシアティブをもって病院の運営を行っている。研修会、講演会の開催に際して、より多くの参加者が望まれるが、勤務形態や業務の関係で、現状では半数程度である。eラーニングによる研修体制の確立が必要であろう。これにより、自己研修が随時可能となる。
- 病院長として、がん科学療法委員会、緩和ケア委員会などの委員会をコントロールし、ホームページへ各科の癌治療成績の公開、院内がん登録等を積極的に進めている。また、がん規定看護士の養成にも努めている。
- 病院長を委員長とした、「がん診療連携拠点病院会議」を設置、定期的あるいは随時委員長召集の下、開催し、がんに関する職員の育成、診療科の連携、外部との関わり等の方針を立案し、組織運営を行っている。
- 肺がんのペプチドワクチン治療の臨床研究を始めるにあたり、その準備を行っている。放射線科、薬剤科、医事課、医師が一線になって意見を出し合うようなシステムを作っている。また、外部研修に積極的に参加させて(病院負担にて)スキル・モチベーションをあげている。

1.3.3 公正な人事採用と評価がなされている

- ◇職員は能力を重視して…に関して 現在能力重視で採用してきたゆがみが一部で出始めており、能力よりも人柄などの方が重要だと考えます。人柄なども能力の一部だとするならば少し注が必要と考えます。
- 医師は一定の大学から派遣されている。
- その他の職員は、病院でなく本部採用となっている。
- 勤務評定を開始している。
- 医師の人事は大学主導
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 1.3.3 この項目ががん診療とどのような関係があるのか不明 1.3.3.1 全ての職種で採用基準が明確になっているわけではないが、採用にあたっては、面接や場合によっては試験を行い採用をしているが、非常勤医師については各講座で選考しているため選考過程は不明である。1.3.3.2 教員は教員評価、その他職員は勤務評定を行っているが、その評価は昇任などに直接反映されていない。ただし、昇給や勤務手当の時にはその都度評価を行っている。また、非常勤職員に対しては行っていない。
- 1.3.3.1 一部医師は大学医局の人事である。
- 1.3.3.2 適切な基準が不明
- 1.3.3.2 について、人事考課は「日本赤十字社職員勤務評定実施要綱」に基づき、導入のための諸準備を取り進めているが、平成19年度においては課長級以上の職員を「勤務評定制度推進者研修会」に派遣し、また、平成20年度においては、勤務評定制度における適切な評定と期末面接を全国統一に実施するため、評価者能力向上のための指導者養成研修会に管理職を派遣した。
- BLS及び院内研修を組み合わせて人事考課に活用している。
- がん医療との関係？
- なし
- 医師の採用は、固定した大学出身の採用はなされていない。
- 医師の場合、ホームページ上に募集、公募、業績審査、推薦状、院長、総長面談を経て採否を決定している
- 口腔癌の治療は手術の他、機能回復のための再建が必要で総合的な診療能力が必要である。人事考課は教育と診療、研究のバランスを重視している。
- 今年度初日人事考課を導入した。
- 採用基準はあるが、医師不足のため、基準を考慮する余裕はない。
- 事務、看護職以外の人事考課についても現在検討中です。
- 職員の採用は、「がん治療」を特に重視してはいない。
- 人事評価の仕組みががん診療機能の重要な要件となるとはとも考えられない。
- 人事評価は医師も含めて行っています。
- 設問:1.3.3.1、1.3.3.2 での対象は職員全般を問うのか、がん診療部門の職員採用、人事考課に限定されているのか。今回は職員全般で回答しました。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- ・大学との人事交流が主体で当センター独自の医師採用は後期研修医を除き困難である。その他の部門は地方公営企業法に準じて採用されている。
- ・定義が不明確なため回答できない
- ・特になし。
- ・独立行政法人国立病院機構としての基準による。
- ・病院全体の採用基準・人事考課は明確であるが、がん診療に限定した採用基準・人事考課について論じることはできない。

1.4.1 がん登録体制と運用

- ・「がん登録に携わる者」「がん登録専任の者」にした方が良いのではないのでしょうか？どの程度関わっていれば良いのかわかりづらい。
- ・1名の専任者と2名の派遣職員で実施している。
- ・現在3名のがん登録情報管理士をめぐり勉強中である。
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・2007～2009年度までのがん登録を、愛知県地域がん登録事務センターに報告した。2010年より、がん登録実務者1人採用が決まり、国立がんセンター方式での登録を行う予定である。
- ・5年以内では甘すぎるのではないか。
- ・がん対策情報センターによる研修受講修了者1名を配置している。
- ・がん登録にたずさわる職員が事務系職員として採用されているため、診療部門としての位置づけが明確でない。
- ・がん登録については必ずしも医師の協力がスムーズに得られないことや、がん取扱い規約とUICC病分類の方法に若干のスリがあることから、がん登録をスムーズに進めるためには、がん登録委員会等での審議や取り組みが大事である。そのような活動も体制の確立を判断する項目として付加しても良いのではないかと考える。
- ・がん登録に携わる者の人数に関して、対象者○○○人につき○人という基準を示してほしい
- ・がん登録実施のため準備作業に着手している 今年度内、早期に実施の予定
- ・がん登録実務者の要件を定義していただきたい。
- ・がん登録実務者他、診療情報管理士の配置については、他の機能も含めて、十分な体制をとっているつもりである。福岡県は地域がん登録を行っている。
- ・がん登録体制はなされていない。
- ・データの精度を確保するにあたり、がん登録実務者の育成は欠かせないが、専任として雇用するための人件費を確保するのは、なかなか困難である。また、当院ではがん登録実務者初級認定者が2名、中級受講者が1名、その他診療情報管理士が順次受講予定としているが、がん登録だけに専念できないのが実情である。しかし、専任が否かはともかく、がん診療連携拠点病院の指定を受けるからには、5年以内に確保予定では甘い、これを許せば精度の確保は望ましいと考えられる。
- ・とくにないが、登録件数の多さからみて、3人以上は必要状況にある。がん登録実務者の人員数については登録件数や外来患者数に対応した人数の問う必要がある。(例えば、新規院内がん登録数1000人に対してがん登録実務者専任者1人など)
- ・なし
- ・各部署でのがん登録は行っており、大阪府のがん登録に協力しているが、病院としてのがん登録活動を実務としている者はいない。
- ・研修については、前期を平成20年8月に終了し、後期を平成21年2月に受講予定となっています
- ・現在、1名修了しており、今年度1名修了予定
- ・現在、がん登録は診療科医師が行っている。今後は診療情報管理士をがん登録実務者として専従させ行う予定である。
- ・今後の課題と考えています
- ・自治体病院では、担当者の異動等があり、人員確保が困難な状況である。
- ・体制全体としては現在確立中であり、平成21年度には本格稼働を予定している。
- ・担当者が他の業務も兼任している
- ・登録システムが稼働している。当院では、がん対策情報センターによる初級者研修を受講した診療情報管理士が6名在籍。
- ・当院は、がん診療連携拠点病院に指定はされていませんが、平成20年度から院内がん登録を始めました。がん登録のため専任で2名配置してありますが、1.4.1.1で1人以上確保されている。に該当すると考えていますがいかがでしょうか。なおがん登録実務者研修(初心者)に応募する予定で考えています
- ・特になし。
- ・平成19年度より、全国ブロックで開催されている「がん登録実務者初級研修」へ参加している。平成20年度末で4名受講終了、1名受講中の状況である。今後、当院職員順次参加を予定している

1.4.2 がん登録のための院内手続きが確立している

- ・「診療録管理委員会」より「がん登録の委員会」に関する項目にした方が良いのではないのでしょうか？
- ・がん登録の院内手続きについては、現在周知されていない状態なので、平成21年度の本稼働時には委員会を通して報告していく。量的点検は実施しているが質的 point 点検は不完全である。このことは今後の課題でもある。
- ・当院においても、また他施設でもがん登録の委員会は診療録管理委員会と別途設置している場合があるが、品質管理については診療録管理委員会に限定して実施しなければならないのか？
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・電子カルテ導入に伴い委員会が行う予定。
- ・1.4.2.1 情報管理委員会の名称に変更
- ・1.4.2.1と1.4.2.2についてはがんに特化したものではなく、がん症例を含んだ全診療科の総合的な診療記録・診療情報(サマリーを含む)の品質管理として、診療記録管理及び記載監査委員会の中で量的点検・質的 point 点検・同僚評価を実施している。
- ・1.4.2.2、1.4.2.3ががんのみではない(がん以外の症例もあるのがんも含んだ全般的な検討を行っている。)
- ・1.4.2.2委員会では、がんとその他疾患も含めて検討している。1.4.2.3委員会では、年3～4回の診療録監査を行い、その中へがん患者の診療録も入れている。
- ・1.4.2.2及び1.4.2.3については「がん治療検討委員会」で行う予定である。
- ・1.4.2.3 5年以内では甘すぎるのではないか。
- ・1.4.2.3 について、がん患者に限定せずに点検を実施しているが、要件を満たしていると考えてよいか。
- ・1.4.2.3 量的点検、質的 point 点検、同僚評価については、別項目として分けるべきではないか。
- ・1.4.2.3 量的点検は実施 質的 point 点検 同僚評価は未実施
- ・1.4.2.3ががん患者に特化しているわけではない
- ・1.4.2.3について がんに特化しないが実施している
- ・1.4.2.3の項目については、量的点検のみを行っている
- ・1.4.2ががん登録に関しては「がん登録委員会(当院ではがん診療委員会)」が設置されていることが多いと思います。診療録委員会との関係により回答できないこともありうると思います。
- ・1-4-2-3は一部実施しています。
- ・2年後の新病院開設時には、医局を総括してとりくみ予定です。
- ・がんに関することは「がん登録委員会」で行っている。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- ・がんに限らず、すべての疾患に対して行っている。
- ・がんに限らず全科のカルテの同僚評価を実施しており、必然的にがん症例のカルテも含まれる。
- ・がん患者に限らず、量的点検、質的点検は行っている。同僚評価については、以前行っていたが現在休止中である。
- ・がん患者のみに限らず、診療録の記載に関しては、オーディットを行う必要があると考えている。
- ・がん患者以外の診療録においても監査を行っている。
- ・がん診療に限らず、全病院的に進んでいる。診療録監査委員会は毎月開催の定例会議である。さらに、診療情報管理士指導者を3名、その他にも必要十分な数の診療情報管理士を配置し、監査等を実施している。
- ・がん診療に焦点を絞った活動は、まだ、始めていない
- ・がん診療拠点病院運営委員会
- ・がん登録に関する管理、検討の委員会は医療機関によっては診療録管理委員会とはかぎらないのでは？
- ・がん登録状況については、平成20年3月、外科より登録開始、国立ガンセンターホスキャン標準項目について登録している。今後登録件数を増やし、関係診療科拡大化学療法委員会等との連携、5年以内に評価する体制確立につとめる。
- ・がん登録全般については、診療録管理委員会(当院では医療情報委員会)ではなく、別にがん登録委員会があり、そこで検討することになっている。品質管理は委員会では行っていないが、診療情報管理士が「がん登録項目」について量的点検と質的点検を行っている。同僚検査については不明である。今後の体制についても未定である。
- ・サマリーは個人個人で行っており、登録の手続きは不十分ですが、オーダリングシステムがない、人材不足などある程度致し方なく感じています。
- ・しん 診療録管理のための部門が院内でがん登録を行っていない。
- ・すべての疾患を対象とした記録監査を診療録委員会で行っている。
- ・なし
- ・ホームページなどを利用して患者数を公表している 視点が必要
- ・委員会ですら品質管理まで検討する必要があるのかどうか。診療情報管理室にて日常業務で品質管理を実施し、課題がある場合に委員会でも審議することも考えられる。
- ・医師に余裕がない
- ・医師の協力を得るのは難しいと考えるので同僚評価の実施はとも難しいと考える。
- ・院長より与えられている権限とはどのようなものかははっきりしない
- ・院長直属の組織となっているが、診療情報管理士は市の嘱託職員で正職員ではない。監査や同僚評価はまだ行われていない。
- ・院内でがん登録に関しては院内がん登録委員会にて審議されている。診療録管理委員会はがんに限らず病院全体の診療録に関して審議している。がんに関連した診療録管理の観点から審議する必要があるれば、院内がん登録委員会から診療録委員会に対して、要望や提議照会をすることになる。
- ・記録の品質管理の要件を定義していただきたい。
- ・現在診療録管理委員会は組織されていないが、がん登録に関しては、多職種により構成されている「地域がん診療連携拠点病院推進委員会」にて検討、計画されている。
- ・今後診療録管理委員会の確立が必要である。
- ・施設によって委員会の名称や組織体制は異なるはずである。当院はがん患者だけを扱っているわけではないので、がんに特化して診療録の監査を行ってはいない。ただし、厚労省のチャートレビュー検討会に準じた診療録監査委員会を隔月で開催し、診療録の適正管理に努めている。また、診療録管理委員会(当院では医療情報委員会、フォーマット検討分科会)において診療録の管理・運用の品質管理について検討するほか、がん診療連携拠点病院運営委員会の下部組織である「院内がん登録分科会」においてがん登録にかかわる事項を検討している。
- ・診療録管理委員会では、現在、量的点検のみを行っている段階であり、今後、質的点検、同僚評価についても行う方向で検討している。なお、質的点検については、現在、医療安全の面から同委員会とは別に行っている。
- ・診療録や症例サマリーの品質管理が一応行っている(診療録記載容量の制定、署名等)。診療録についての自己監査は形式的なものに関しては医師個人に努力してほしい旨の連絡を出した。これまでは形式監査にとどまっておき、内容監査の必要性は認めるが、経験年数の長い医師に対しての指導は困難なことがある。「がん登録のための院内手続きが確立されている」と表題がされているが、評価内容は診療情報管理の内容であり、院内がん登録に限られていない。がん登録のための評価であれば、委員会の名称も診療録管理委員会ではなく、院内がん登録委員会であるべきではないか。また、がん登録実施者が診療録管理である症例サマリーの管理等を実施して行うことは必ずしも必要ないものとする。
- ・診療録の量的、質的点検を平成21年度に実施する予定で考えています。委員会の名称が当院では医療情報委員会としてありますが、名称は特に問題ないと考えますがいかがでしょうか。
- ・診療録一般に関しては、監査をおこなうこととなっている。がんに特化したものではない。
- ・診療録管理委員会という名の委員会がなければどうでしょうか？ ちなみに当院には同名の委員会はありません。
- ・診療録管理委員会は組織・稼働しているががんに関連した診療録・症例サマリーの品質管理は特別行っていない。
- ・診療録管理委員会は当院には設置がなかった病歴図書委員会にて対応しております。
- ・電子カルテシステムの中でのカルテ監査の方法等について検討中
- ・当院はがん登録を行う部署は、がん診療委員会である。診療録はSOAPまたは、100%の退院サマリーを目指してはいるが、今後品質管理についても検討したい。
- ・同僚評価が不十分。
- ・同僚評価に関しては、今後の課題である。
- ・特になし。
- ・量的点検… 全診療録 質的点検… H20 8月 10月 H21 1月実施 同僚評価… 現時点では未定 今後の予定もなし
- ・量的点検等は、病院情報システムの次期更新(平成22年1月予定)に併せて、実施を検討している。

1.4.3 診療成績を分析し、結果を公表している

- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい」考え方が示されることが望ましい。
- ・成績については組織として動いていない。
- ・病院業績とホームページに公表している。
- ・1.4.3 病院独自に開発した院内がん登録システムに入力したデータの分析結果を、各診療科等へ公開する体制を現在整備している。
- ・1.4.3.1 肝がん以外
- ・1.4.3.1 全てのがんです、一部でも公表していれば○ですか。
- ・1.4.3.1,1.4.3.3については診療科によりバラツキがあるが、診療年報、院内会議等を通じ公表している。
- ・1.4.3.15年生存率は非公開
- ・1.4.3.1については、一部の診療科医師により分析、症例数、予後(5年生存率等)を実施している。
- ・1.4.3.1に関して 各個人の医師の努力で行っている現実ですがこれは組織として、がん登録に取り組んでいることにはなりませんので×です。ね。
- ・1.4.3.1診療科ごとに取扱いの差がある
- ・1.4.3.1全がん協HPを通して、公開されている(ただし、がん種は限られる)。毎年の自己分析結果を、院内・院外に公開することはしていないが、各診療科にはHPのなかでそれぞれの診療科の案内の中に記載しているところがある。予後調査と記載されているが、がん対策情報センターの研修においても「生存確認調査」と名称を変えてきているので、変更が必要である。生存確認調査のうち院内がん登録がえることは院内調査のみである。住民票照会などは充分な法整備が確立していないため、評価するには必須項目にはしないなどの注意が必要である。
- ・1.4.3.1予後調査がまだできていない(生存確認方法について条例などの法的な整備がないと調査しにくい現状がある)
- ・1.4.3.2一部では行われている(放射線治療)
- ・1.4.3.3ホームページで公開している。院内外のがん診療委員会や、病院管理運営会議時に配布している。

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- 2002年～2006年の乳がん、大腸がん、胃がんの3大がんのデータの公表を実施している。2007年1月からの症例からは随時公表は可能である。
- 2007年1月からのデータを集めているため、予後調査は行っていない。当院発行の「経路赤十字病院誌」に掲載。
- 2007年症例を2009年3月末までががん対策情報センターに情報提供することになっており、現在準備中である。院内がん登録は2007年1月1日から本格的に開始したばかりであり、分析・公表・予後調査については今後取り組む課題である。2007年症例分析結果について公表するかどうかは、がん登録委員会でも検討することとなる。
- 2年毎に分析しているが毎年行なうように準備している。
- 5年生存率の調査は難しいので、分析の聞き方を変更するか分けて考える
- H20.1.1より院内がん登録開始。1.4.3に関しては、今後行っていく予定。
- ウェブサイトには出ていないが、院内雑誌(毎年刊行)に報告している。しかし、精度は不十分。
- がん診療に特化した5年生存率などの調査は、これからの課題ではあるが、他の疾患を含めて全病院的な臨床統計は年報などとして公開している。生存率追跡調査については、平成21年度から人員を確保して開始することとしている。
- がん登録の集計は愛媛県が試行中。そのため、当施設での独自の集計は困難です。
- なし
- 一部の科で実施されている
- 一部実施
- 院内がん登録を開始し、まだ1年足らずであるため、予後調査と生存率はこれから実施する。
- 院内がん登録を開始したばかりのため、統計を出すまでに至っていません。今後、データが集まり次第、分析公表を院内・院外に行う予定です。
- 院内がん登録を行い、情報提供の準備中である。
- 院内がん登録室にて取組中です。
- 科による
- 開院後4年しか経過しておらず、5年生存率の検討は行っていない。診療実績については「病院年報」で公開している。
- 外科の手術症例に関してのみ結果を公表している。毎年ではなく、5年毎である。
- 各診療科において実施されている。
- 現在、平成20年度分を集計中。
- 現在診療成績の分析は各診療科毎に行っており、今後病院として情報を集約していくことが課題である。
- 今後、治療成績を出して公表できるよう整備中
- 今後の課題として取り組む
- 今後の課題と考えています。
- 今後対応
- 今年度「オンコロジー」立ち上がる予定です。立て上げれば上記の項目が実施される。
- 治験に関しては、病院の機能・規模によって評価できる項目が否かは分かれるところであると思われる。当院の場合は治験をいくつか行っているが、がんに関連する治験というものが常に行われているとは限らず、仮にあった場合には上記のような対応は行う予定である。
- 準備中である。
- 上記項目すべてデータ蓄積中です。
- 診療成績のフィードバックは医師には行っているが、コメディカルへの情報提供が不十分であった。
- 診療成績の分析は各診療科で行い検索は可能であるが5大がんすべては無理である。
- 全がん協研班にデータを提供しホームページ上に公開している。
- 当院では、上記は未対応である。
- 当院では平成19年4月症例より登録を開始しております。分析については今後実施していく予定です。
- 当院は2007年4月をリファレンスとして標準登録様式に則った登録を開始したため、まだフィードバックに至っていないが、準備はしている。20年近く前から地域がん登録をおこなっており、県医師会事業本部より戸籍調査結果をいただいているが、3年遅れとなるので、2007年度の生存率統計は2010年以降でない統計報告ができない。また、神奈川は県医師会が地域がん登録事業として県内の予後調査結果をフィードバックする体制ができていますが県内患者に限られている。国家としてがん対策基本法を策定した以上、各施設が多大な労力をかけて予後調査するのではなく、がん診療連携拠点病院には自動的に戸籍データがフィードバックする体制が構築されないと、拠点病院に手上げする施設は減少すると考えられる。
- 入力の人手不足のため、分析が少し遅れる傾向がある。
- 年報での公表は有りか？
- 病院によっては十分な調査ができていないところがあることが予想されるため、現時点では回答できる医療機関は少ないのではないのでしょうか？
- 病院年報に掲載している。
- 不十分
- 分析には、ある程度のデータ蓄積が必要です。がん対策情報センターに情報提供は開始していますが、それだけではデータが足りません。
- 分析を進めつつある状態
- 平成19年10月分よりがん登録を開始しているが、平成19年度分のデータ登録も完了しておらず、診療成績を分析する段階まで至っていない。
- 平成19年1月1日診断以降のがん症例について登録を行っている。平成19年の院内がん登録データ全国集計に向けて、データの品質チェックを行っているところである。今後、データが蓄積されるに伴い、生存率のデータフィードバック等を行う予定である。
- 平成19年4月1日から院内がん登録を開始し、国立がんセンターへの「院内がん登録の集計結果」等の情報提供は、本年より開始する予定。(平成20年1月～12月分について)
- 平成20年スタートからスタッフ一掃のため、現在のところ結果公表に至っていない。今後結果を公表し、活用していく予定である。地域がん登録は実施、院内がん登録も20年度提出予定。
- 平成21年3月にがん対策情報センターに情報提供予定となっている。
- 本院の院内がん登録は、まだ予後を含めた集計の段階にありません。
- 毎年毎に診療成績を公表していますが、毎年のフィードバック、公表はしていません。
- 予後解析には、予後調査にマンパワーを必要とし、毎年の公表は困難を極める。
- 予後調査については、現在、院内死亡と新聞・他院文書でのみ把握している。分析については、2007年症例より標準項目での登録を開始しているため、今後充実させていく予定である。

1.4.4 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

- (1.4.4)一院内で実施している治験のことが、国内及び海外の治験のことが不明。
- 各科でバラバラに行われている。
- 治験業務を専門の会社に委託している。事務局は病院である。
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 1.4.4 院内での実施中の治験についての情報提供はしていない。一般的な治験についてのパンフレットは、総合案内に設置している。
- 1.4.4.1.4.4.2新GCP以後、研究目的での治験は行われていない。臨床研究(販売後)では1.4.4は○、1.4.4.2は×となる。
- 1.4.4.1の治験の情報提供に関して 自院でしているものだけですか？それとも近隣で行われているものも教える必要がありますか？
- 1.4.4.2 現在準備中です
- 1.4.4.2 準備中

1 がん診療組織の運営と地域における役割

- 1.4.4.2については現在準備中である。
- 1.4.4.2について当該の治験に関して、掲示板やインターネット、ホームページで公開している。
- がんに限らず、すべての治験、臨床研究についての情報をホームページに載せている。
- がん以外の治験に関しては各科にパンフレット等の提供あり。(がんに関する治験がなかったため)インターネットには治験についてのせる予定で整備中。
- がん治療に関する治験の実績なし。
- がん診療に関わらず、医療機関の機能、責務として行っている。
- ちけんセンター部門としては、現在治験を行っている病名を公表しています。
- なし
- 一般的な治験に関しては、情報提供を、行っているが、“がん”に特化したものではない。
- 一部インターネットのみ情報提供をしている。
- 一部の診療科でおこなわれている。
- 一部実施
- 患者さんに対して治験の情報提供を行っておりますが、インターネットでの公表はしていません。
- 現在、実績はよいが提供体制は完備されている
- 現在のところ、当院ではがん治療薬の治験の実績なし。
- 現時点で治験はない
- 今後の課題として取り組む
- 市販後の臨床試験は含まれるのか？
- 治験においては十分な情報提供を含むICを実施した上で患者本人の同意が必要なのでは？
- 治験の情報については、21年度から病院ホームページへ掲載予定
- 治験の情報は、当該疾患・当該病期の患者すべてに当てはまることはないもので、一般的な公開にはそぐわない。公開することでかえって誤解を招く場合もある。また治験の情報はその成績が企業から公開されるまでは各施設での公表はできないことになっている。これまでに診療科として治験に参加していたものに関しては、すでに公開されているものについては、オープンにすることは可能である。一般的には米国と異なって、がんの治験の情報を公式に公開することは日本では想定されていないのではないかと。
- 治験は行っていない。
- 治験は実施していない
- 治験は受けていないので(受けたことがない)2つの質問とも、がんの治験と考えれば良いと思うが、特にがんの治験の情報を提供しているということはなく、一般の治験は提供している。
- 治験への参加募集の案内をホームページ上に公開している。
- 治験審査委員会が設置されており、治験実施手順書は整備されている。被験者や患者に対する説明の実施と承諾書は治験審査委員会運営要綱第2条で定めている。
- 実施する治験内容は通知しているが、その後の実施状況等の報告はしていない。
- 診療科によって情報提供ができない。近い将来、すべての診療科で治験の情報が可能となるよう努力したい。
- 診療科間の格差があると思われる。
- 設問:1.4.4.1 1.4.4.2 の治験情報提供とは治験内容、個人の結果は当然、報告(提供)しているが治験全体の結果までは医療機関では情報提供できないのではないかと。
- 設問の意図が不明情報とは何を指しているのか不明確→治験に参加しているという情報？全国で実施されている治験に関する一般的情報？治験の具体的データ？治験中のデータを医師が公式に情報提供するということがあり得ないと思われる。
- 特になし。

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

2.1 説明と同意

2.1.1 患者への説明・同意の方法が明確で統一されている

- ・(1)各診療科がそれぞれのがんに対するマニュアルを作成し、チーム医療を行っている。(2)がん患者相談室-PCOなどで情報公開しています。
- ・(1)多様な患者への告知がマニュアルで統一されるべきものでしょうか？疑問に思っています。(2)医師、ナース、薬剤師、患者サイドの人々が一貫して説明する理想はよく分かりますが、実際の多忙な臨床現場で現実に行うのは容易ではないと思います。
- ・(2.1.1)基準が不明確で判断が難しい。
- ・「O」「X」の評価は適切ではない。一部が施行できていない場合には回答できない。
- ・2.1.2の1)は全例ではない。
- ・多忙さもあり前例に立会いができていない。協力チームで行うようにしている。
- ・実施・対応状況の回答がO、X、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・不明とした理由：がん告知マニュアルが全科統一された形に達していない
- ・説明と同意、説明補足は行われている
- ・2)O、3)O
- ・2.1.1、2.1.2)診療科ごとに実施
- ・2.1.1.1 インフォームド・コンセントマニュアルは作成しているが、がん告知に関するマニュアルは作成していない。
- ・2.1.1.1 一般病院なので様々な同意書はあっても、がんに特化したものはない。
- ・2.1.1.1 統一した告知基準はない 2.1.1.2 可能な限り同席するようにしている
- ・2.1.1.1このようなテーマをマニュアル化することがどれ程必要なことか、むしろ個別性に配慮することが必要ではないか2.1.2主旨はよいが、現状でコメディカルの実践的な活動がどこまで期待できるか疑問。単に形式的な同席が増えないような配慮が必要。せいぜいがん告知における留意事項のような指針を整備する程度が現実的ではないか。
- ・2.1.1)がん告知に関するマニュアルは作成されていない。2.1.1.2 1)看護師が参加している(ただし全ての症例についてはない) 2)1)同様、看護師が参加した場合は実施している。 3)ほぼ条件と同じ内容の行為を行っている
- ・2.1.1.1形式上告知と同意の手続きに関して取り決められたものがあり、異の方針としても取り入れられている(無立病院における診療情報の提供に関する指針)。しかし、「患者への対応が各々の医師の裁量に委ねられてはならない」ということは反対である。取り決め通りを行うことが進むとは限らないからである。1人の患者には1人の医師が説明をするわけであり、その患者の身体状況や精神状況に合わせて説明をする必要があるため、一律な表現は現場の状況にそぐわない。手順は決められていても、必ずしもその通りに行かない、ということも認識すべきである。個々の内容までは踏み込んでおかないと考える。そもそも言われるのであるならば、定型の文書にてこのような内容を話します、なんて、まるで保険の加入時の説明のような、患者に対して、これもまた相当な精神的負担を強いるようなことにならないか。専門医が少ない場面を想定しての設問かと思うが、まるで「EBMに関して説明せよ、医師の裁量はエビデンスレベルが低いから、するな」と言っているようにもとれる。目下の患者のすべての状況を勘案したうえで、病状の説明と治療の方針を伝え、その利点と短所について説明することが重要であり、それがマニュアルというものであろう。それが医師の裁量といわれるのか… 医師はロボットではないのであって、説明内容のニュアンスも加味されてくことで、同一言葉でも異なる受け止め方がなされることとなる。これも医師の裁量というならば、悪いかな。医師のプロフェッショナルとしての在り方がおざなりになってしまうように思える。
- ・2.1.1.2 1)について 同席が原則であるが緊急時(医師orコメディカル各々の)時間調整ができないときがある。このような場合、O×不明のいずれに該当するか。
- ・2.1.1.2 1)一部実施している。
- ・2.1.1.2化学療法は確認する仕組みがある。
- ・チーム医療としての説明時のコメディカルの同席は必ずしも十分とはいえない。
- ・チーム医療として課題が残っています
- ・どのようなマニュアルを想定して設問しているのか？そのようなマニュアルは存在するかの？
- ・なし
- ・医師の判断で行っている。チーム医療として説明と同意は行っていない。患者さんの状況に応じて看護師、薬剤師が同席することがある。
- ・各診療科には告知に関する取り決めはあるが、院内でまだ統一はされていない。今後検討する予定である。
- ・患者には配慮しても家族に対しての配慮は無視しても良いわけではありませんね。そこをどううまく文章化できませんか。
- ・患者への説明に関する考え方、手順等を記載した「患者への説明」マニュアルを作成し、説明に対する義務、説明時の留意点等を記載している。病名、病状、実施予定の検査、治療行為等の目的や必要性、内容、予想される効果に付随する危険性、副作用等を説明することとしている。
- ・看護師の説明の時間を作っている。
- ・痛慮によって病状告知や病状説明はさまざまです。このため画一的説明基準を作ることは非常に難しいと考えます。
- ・現在説明と同意は手書きで行っており、「説明」を重視している。
- ・告知に関する指針は存在する。
- ・上記1)、2)3)は当院で確立され、説明文書、多数種類用意され、各部署の連携もできていると考えます
- ・診療申し込み、入院時に、診療に係る傷病名の告知の件、また、診療情報提供について、当院の方針を明確に文書で通知し、また、患者もしくは家族の意思確認を画面で行っている。
- ・設問：2.1.2 患者説明時等には看護師が立会う(同席)しているが、確認する仕組みとどの程度のことなのか判断しにくい。
- ・全ての患者に対して、看護師、薬剤師が関与しているかによって、異なっている。ケースバイケースで対応しているのか×とした。
- ・定例ラウンド、委員会、ケース事例検討会などチーム活動を行い、実施確認、評価している。患者、家人説明への工夫としてパンフレット、ビデオなどを使用している。
- ・統一した方法ではないが、受容の程度により配慮して対応している。2.1.1.2については同席ではないが、あとで、補足説明を行っている。
- ・必ずしも同席していないが情報共有している。それによりコメディカルが補足説明している。
- ・評価機構の特徴であるが会議編纂、マニュアル編纂が著しい。医療者の事務負担を必要以上に増やすべきではない。
- ・病院内で統一された方式では実施されていない。
- ・文章での同意をとっており、それに対して補足説明はしているが、コメディカルの同席は、ほとんどない(看護師不足のため、不可能)。又、チーム医療は実践されている。
- ・薬剤師の同席は実施していない。

2.1.2 セカンドオピニオンの提供の機会が設けられている

- ・(2.1.2.2)専用の雛形はないが、依頼先の医療機関と連絡を取り合い必要な情報を提供している。
- ・O小さな病院…に関して、違うと感じられます。大きな病院ほど紹介する数が多くなるようにすることがあるべき姿だと思いますので、この注釈はかなり重要です。
- ・HPに明記している。
- ・実施・対応状況の回答がO、X、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・窓口は医事課、一般外来で対応している。
- ・2.1.2.1 セカンドオピニオンは、患者が自由に医師等を選択するものであり、こちらから紹介していない。患者が求める医師・医療機関には、紹介している
- ・2.1.2.2 専用のセカンドオピニオンの診療情報提供書は、発行していない。共通の提供書である。
- ・2.1.2.2について、セカンドオピニオン専用の診療情報提供書は存在しない。一般の診療情報提供書で対応している。
- ・2.1.2.2の設問に関して、セカンドオピニオン専用書式の診療情報提供書は発行していませんが、院内にて統一された書式にて診療目的の項目が「セカンドオピニオン」と明記された診療情報提供書を発行しています。

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- 2.1.2.3 「セカンドオピニオン」と「受診」は分けて考えなくていいですか。
- 2.1.2.3 2009/3/1より受け入れ開始
- 2.1.2.3 一部受診を受け入れている。
- 2122 専用の書式があるという意味??
- インターネットでもその旨を公開しており、さらに、専用のパンフレットも準備している。
- すべての「説明・同意書」の中に保留理由としてセカンドオピニオンを希望しますとの一項目を設け、患者の同意に関して有無を確認、また、セカンドオピニオンの意志も反映できる様式になっている。
- セカンドオピニオンに関しては医師が個人的に受けていたが、平成21年度より制度化し対応する予定である。現在当院でセカンドオピニオンの要望に対応出来ない場合は、地域連携室が他医療機関を紹介することもある。
- セカンドオピニオンの体制は確立されている。
- セカンドオピニオンを行う際の診療情報提供書は、相手先の様式が定められている場合が多く、当院でも受入の場合の様式は定めている。また当院受診中の患者が他院にセカンドオピニオンをを求める場合は、通常使用されている「診療情報提供書」を使用している。
- セカンドオピニオン外来は現在腫瘍に限っている。
- セカンドオピニオン呼吸器のみ対応
- セカンドオピニオン専用の診療情報提供書はありませんが、通常の診療情報提供書で行っております。
- なし
- 患者がセカンドオピニオンを求めなくても、セカンドオピニオンを他院にて受けられることを説明している
- 患者の要望に応じて対応している。セカンドオピニオン室を利用してICの実施、TELにての予約対応を可能としている。全体の数は少ないが、紹介での受け入れが多い。
- 現在、セカンドオピニオン窓口、受診担当医師等を設置して広報することについて 準備を進めています。(3月1日の開始に向けて調整中)
- 準備中
- 紹介する場合、具体的な病院は本人に決めて頂く場合が多い。その病院の情報収集や、予約の対応は行っている。
- 診療情報提供書は当院共通のものを使用 セカンドオピニオン申し込み書と委任状がある
- 他院でのセカンドオピニオンの申し出があった場合には、特別な理由が無い限り診療情報提供書の発行をおこなっております。また、セカンドオピニオンは通常の診療とは別のもので取り扱っているため、ご相談いただく方には保険診療外の料金の支払いをお願いしております。
- 特になし。
- 病院規模からはこちらから他院へのセカンドオピニオンが多いです
- 平成21年4月よりセカンドオピニオン料を設定し自由診療で行う予定である。今までは保険診療で実施していた。

2.1.3 個人情報適切に保護されている

- (2.1.3.1) 市立砺波総合病院個人情報保護規定および市立砺波総合病院診療情報提供に関するガイドラインに基づき対応されているが、標記されているような具体的事案に対する詳細マニュアルは存在しない。
- 「高岡市民病院情報提供に関する要綱」に基づき開示対象者と具体的な申請手順等を明示し遵守している。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。
- 2.1.3.1 臺中市個人情報保護条例、同施行規則による。市立臺中病院個人情報保護規定、個人情報運用マニュアルを策定
- アメリカ、欧州なら別ですが情緒的のものを考える日本で、対応マニュアルは可能ですか? バリエーションが多くて困難では?
- いわゆるカルテ等開示については、職員は院内端末により診療情報提供要領を閲覧し、開示の対象となる者やその方法(希望がある場合は医事課が対応)は確認できる。
- なし
- 委員会規程、提供に関する規程、取扱要領等を整備し、全ての開示に対しては、対応担当者も配置している。
- 遺族や成年後見制度等の開示手続きが明示されている。
- 医療安全管理室にて対応マニュアルを作成し個人情報を適切に保護している。
- 院内ホームページにて参照可能である。
- 家族に対する指針がどの程度しっかりしていれば○となりますか?
- 開示規程等マニュアルが整備されている。
- 個人情報取り扱いに関する職員教育を行っている。病院としての取り扱い手順が作成され実施している。
- 個人情報保護委員会はありますが、マニュアルについては整備されていない。
- 個人情報保護規程内に運用規定として掲載
- 診療録等開示、診療情報提示全般を問われているのか。または、がん診療に対する患者家族(本人告知前)への情報提供なのか不明
- 赤十字病院における個人情報の適切な取り扱いについてまとめた「個人情報の安全管理マニュアル」に基づき、毎年新卒者や全職員に対して研修を行っている。
- 当院でのマニュアルは「患者さんご家族への説明と同意に関する指針」があるが、本人以外の者に対する情報提供に関する対応については必ずしも十分な記載ではない。
- 当院では個人情報保護委員会を設置し、マニュアルを作成している。また、診療情報開示に関するご案内をホームページ上においても公開している。
- 当院におけるマニュアル 個人情報保護規定。情報セキュリティポリシー。診療情報提供ガイドライン。セカンドオピニオンマニュアル。
- 特になし。

2.2 がん臨床試験の科学性、倫理性の確保

2.2.1 臨床研究のデータ収集方法・管理方法が適切である

- すべて倫理委員会で承認を得ている。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。
- 倫理委員会で検討する。
- IRBは毎月開催している。
- 2.2.1 企業治験については、治験管理センターにて保管管理しており、被験者識別コード表を作成し、患者情報をマスキングしている。臨床研究については、各科での管理となっているため、不明である。
- 2.2.1.3 検証はしていないが審査は実施している。
- IRBによる評価
- がんに関する臨床試験への参加は、いまのところないが、一般的な試験に対応した院内IRBは、整備されている。
- がん以外の治験は行っています。

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- がん治療に関する臨床試験の実績なし。
- がん臨床試験は過去5年間実施されていない。院内倫理委員会は機能している。
- データ管理者を決め管理を実施しているが、記録範囲は一部であり、病院全体のデータ管理は実施していません。
- なし
- ヒトゲノム、遺伝子解析研究に対する臨床研究の審査が中断されている。
- 院内で倫理委員会を開催している。
- 院内に臨床倫理綱領はあるが提議はそれでのいか
- 癌での治験は行っていない。
- 研究の実施計画書を遵守している。
- 治験管理室があり、データ管理を行っている。
- 管理系については整備されつつあるが、癌系については不十分
- 新GQP以後、研究目的での治験は行われていない。臨床研究(販売後)に関してはIRBは行っていない。
- 大学・がんセンター等を中心とした臨床研究には参加しているが当センター独自の臨床研究はなく、計画もない。
- 当院では、臨床研究倫理審査委員会が上記のチェックを主にしています。
- 平成21年4月1日～は、さらに厳格に実施する予定。
- 方法論としては整備されているが、臨床研究が行われたことが無いので2214については検討できない。
- 倫理に関しては適切に実施している。個人情報IDがないと受けることはできない。
- 倫理委員会(EO)又はIRBに申請が提出された研究については2.2.1.1、2.2.1.2、2.2.1.3への対応はなされていると思われる。全ての研究がEO、IRBに申請されているかは把握できていない。
- 倫理委員会あり。
- 倫理委員会が確立し方針をもっている。臨床研究は実施していません。
- 倫理委員会が中心となって上記内容を実施している。(委員会は1回/月 定例と必要時開催)
- 倫理的問題が残るような研究は、すべて本院の倫理委員会の審査を通して行っています。
- 臨床研究センターを置き、対応している。また、各種法律、独立行政法人の定める規定等に準拠して臨床研究を行っている。
- 臨床研究データ管理者は診療科ごとに決められている。
- 臨床研究等において、学会発表など行う際は発表者が個人情報の管理の徹底を図っているところであるが、病院内の第三者がこの確認を行っていない。
- 臨床試験・臨床研究は行っていない
- 臨床試験は全て倫理委員会にかけられる。そこで認可されはじめて施行される。

2.2.2 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

- 2.2.2.1 試験を行うことの妥当性を検証するのか、試験の行われ方や結果の妥当性を検証するのか不明。
- 「臨床研究の妥当性を検証する審査委員会」という言葉が不適切である。
- 別の委員会、検討会は設置されていない。臨床研究倫理審査委員会では臨床研究の倫理的観点及び科学的観点の両方の観点から調査審議を行って
- 当センターの倫理審査委員会では倫理性だけでなく、医学的妥当性も検証しており、「倫理性の審査とは別に」ではなく、「倫理性の審査及び」の方が適当と考えられる。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 別途「評価のねらい」考え方が示されることが望ましい。
- 1つの審査委員会で倫理性と医学的妥当性を検証しています。
- 2.2.2 臨床研究は倫理審査委員会にて審議されるが、薬剤を使用する 臨床研究については、治験審査委員会にて審議を行っている。治験審査委員会では、倫理性だけでなく医学的妥当性についても審議している。
- 2.2.2.1については不明
- 2.2.2.1の質問の意図が分からない。臨床研究について、妥当性(科学性)と倫理性を審議することが求められているが、一つの課題を臨床試験審査委員会と倫理委員会で計2回の審議をせよということなのか、「国会のように二院制のような形態をとれ」ということであれば、かなり時間と労力の無駄になると考える。当施設ではIRB(臨床試験審査委員会)とEO(倫理委員会)の二つがあり、どちらも似たような審議形態をとっているが、IRBでは多くの臨床試験を対象としているのに対して、EOではDNAなどの解析、遺伝に関するもの、全く新しい治療法、看護研究等を対象としている。疫学研究もIRBの対象になると考えている。おそらくこの設問の意図は、科学性と倫理性についての審議が担保されていれば、その形態は問わない、というように解釈する。当施設
- 2.2.2.2 医学的妥当性とほどのようなものか? プロトコル委員会があるが、それが該当するかどうか不明。
- EO、IRBは設置されており、EO、IRBに申請された研究については、倫理性の審査に加え、科学的妥当性の審査が行なわれている。これとは別に、医学的妥当性を検証する委員会は設置していない。
- がん治療に関する治験の実績なし。
- がん診療委員会があるが、該当するかどうか不明。
- がん臨床試験を当院は実施していない。
- なし
- 院内での実例がなく、大学が実施する研究のサポートのみである。
- 院内の医薬品・医療用具臨床研究審査委員会に加え、医学部の倫理委員会においても医学的妥当性を審査している。
- 化学療法プロトコル審査委員会が一部その機能を担っている。
- 検証については不十分
- 現在は院内臨床倫理検討会と、必要な場合は院外委員を加えた倫理委員会(臨床倫理部会)で検証している。
- 試験自体の評価機関は院内にはない。化学療法に関しては、化学療法委員会にて評価している。
- 上記
- 当院の場合、臨床研究に関しては研究協力という立場での実施であるため、研究そのものの妥当性を検証する立場にはない。研究の主体となる病院と、協力病院とを区別する必要があると思われる。
- 倫理委員会・治験審査委員会において、医学的妥当性を含めて検証している場合は「○」で良いのか? それとも、もっと専門的に検証する委員会が必要なのか?
- 倫理委員会で妥当性も検討している。
- 倫理委員会と臨床研究審査委員会を分離している。
- 倫理委員会において双方の審査を行っているのが実態である。
- 倫理委員会の中で一括して検討している
- 倫理委員会は確立して機能しているが、臨床試験は原則しないこととしている。
- 倫理委員会内で、そこまでの検討を依頼している。このような検討会をつくり、倫理・○、検討会: ×となったら、どこで統合性を計るのか?
- 倫理性は「医の倫理委員会」で、医学的妥当性は「臨床研究審査委員会」で審査している。
- 臨床研究審査委員会(受託研究審査委員会)(IRB)と倫理審査委員会の2つの委員会で、それぞれ科学的妥当性と倫理性を審査している。

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- 臨床試験の倫理性と科学性は同じ委員会が審査しています。倫理性のみを審査している委員会はなく、臨床試験は科学的かつ倫理的であることが要求されますので、別に検討する必要はないと思います。
- 臨床試験は行っていません。
- 臨床試験は治療に準じて行なうことになっており、各専門委員会の承諾が必要である。
- 臨床試験委員会は設置されており、年2~3回は開催している。

2.2.3 抗がん剤の適応外使用の手続きが院内で規定されている

- (2.2.3.1)→レジメン審査委員会。
- 原則として治療・共同研究以外の適応外使用を認めていない。2.2.3.1 ルールが定まっていない。
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方が示されることが望ましい。
- 2.2.3.1 関係委員会では内容は検討されて議事録としてのみ残っています。
- 2.2.3.1 入院については明文化されていない。
- 2.2.3.1 抗がん剤限定の手続きではなく全薬品。
- 2.2.3.2 抗がん剤の適応外使用は、基本的に院内では認めていない。
- 3週間1回投与のみが保険適応であるが、これを毎週投与する(Weekly)ような方法を施行することあり。疾患によってはWeeklyも認められているような薬剤に関してであるから。
- CDDP/5Fu/TXTの3剤併用について研究実績がある。現在口腔癌において主流となっている。
- IRBで検討することになっている。
- これを認めてよいのか?その場合費用は誰が負担するのか?(当院では病院が負担しているのが金額が大きいくらい。)
- なし。
- 医学部倫理委員会及び医薬品・医療機器臨床研究審査委員会の審査を受けた上で、使用している。
- 医師の裁量権と透明性の確保を同時に考慮する必要がある。
- 一部の薬品については規定がある。
- 化学療法安全運用委員会が毎月1回開催され規定されている。
- 化学療法委員にて検討し、評価している。
- 外来化学療法委員会が発足している。
- 現在、保険診療のみの対応である。
- 抗がん剤に限らない形で適応外使用の手順は明文化されている。
- 抗がん剤の適応外使用については、化学療法委員会又は倫理委員会に諮るようにしている。医師がレセプト病名をつけて使用したケースを2件記憶して抗がん剤は、「抗がん剤化学療法剤使用ガイドライン」に沿って治療を実施している。
- 抗がん剤以外の薬剤も含めて適応外使用の手順あり。胸腔内、腹腔内への使用あり。ITP、TTPiにオゾン併用。
- 国内外の文献をもとに実施。ただし、事前に倫理委員会などの審査は受けている。
- 歯学研究科・歯学部及び歯学部附属病院倫理審査委員会において第三者評価を受けている。
- 実施した例は、ほぼ直後に適応が認められている。
- 上記記述は適応外使用をしている方が評価が高いという事か?
- 状況に応じて適応外使用について審議しています。
- 前立腺癌に対するドセタキセルを承認前に自費診療で使用したことがあります。エビデンスがあれば使用してもよいと存じます。
- 多施設研究などで有効性が確立された抗がん剤の用法・用量が、適応外使用に該当する事例はしばしばある。
- 適応外の場合は、診療料が第一の責を追うものとし、必ずIRB、臨床試験としてあとで登録するようお願いして、使用可としている。薬剤費は、科の医師費持ちになることが多い。(院内の組織の一つ「プロトコール認証委員会」で可否判定を行っている。)
- 適応外使用だからといって、特別な許可規定はないが、通常プロトコールと同様、科学療法運営会議にて検討し承認している。適応外使用の位置づけを明確にしないと混乱する。保険診療として適応外使用はしないという方針も当然ありうるであろう。実態として適応外使用が必要になることがあるのは事実としても、実績があることが無条件によいこととしてよいのか。また適応外使用を公式に認める手順が存在すること自体が問題だという見解もあろう。適応外使用でもエビデンスが妥当なプロトコールは保険外請求しても問題がない(承認査定されない)ことが多く、厚労省の適応承認とのズレがある。
- 適応外使用には倫理委員会の承認が必要と考えます。
- 適応外使用の考え方として(1)単剤で保険適応しているしていない(2)併用療法として保険適応している(3)保険適応されているが併用療法でのエビデンスがないなど考え方統一や最近の適応症のように(前立腺がんのタキソール・ジェムザール)レジメンごとの適応症を標準療法については適応追加して適応外使用の実績はあります。この際は、院内の倫理委員会を通し、許可を得ました。
- 適応外使用はありません(臨床研究のみ)
- 適応外使用はしていない。
- 適応外使用は基本的にない。
- 適応外使用は行っていません。
- 適用外とは、保険適応外という意味か。(国内外のガイドライン)に則していれば適応と考えて良いのか。)
- 当院では適応外使用を認めていない。
- 当院においては、現時点では適用内での使用しかない。今後必要時には、倫理委員会が検討のうえ明文化されることになるかと考える。
- 当院はレジメン管理制。もしも適応外使用をする場合はレジメン管理委員会にて審議。2.2.3.1大病院など研究機関に対しての評価項目に適しているのではないのでしょうか?
- 特になし。
- 必要時倫理委員会で検討している。
- 評価療養の届出を行って、患者の同意を得て行っている。
- 平成20年6月より入院、外来における化学療法のチェック、混注を 開始したためそれ以前の適応、不使用は把握できていない。
- 保険適応外の意味と理解して良いのか。
- 本院の規則に準じています。
- 明文化の必要は感じるが、通常に使われているものはどうするのか。
- 明文化はされていないが、ルールは決まっている。
- 薬剤師のcheckが必要のため、適応外の使用は出来ない。
- 倫理委員会で承認が得られている場合、適応外使用を行なうことがある。
- 倫理審査委員会、化学療法委員会がその使用の妥当性を評価している。

2.2.4 臨床試験に適切に薬剤師が参加している

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 専門医師との連携ができていない。
- 臨床検査は行っていない。
- 2.2.4.1: 申請書類の内容を確認するコンサルテーションに薬剤師が参加している。
- 2.2.4.1については薬剤師の参加は行われている(消極的な参加に留まる)
- 2.2.4.2: 臨床試験薬の取り扱いがない
- 2.2.4.2医師からの依頼があれば参加している 2.2.4.2-一部のみ
- がん認定薬剤師が中心となりプロトコル委員会で検討している。
- がん臨床試験を当院は実施していない。
- ここで質問している臨床試験とは、第何相試験のことですか。
- ここ数年臨床試験の実績なし
- なし
- プロトコル・化学療法説明文書管理委員会が定期的に行われている。
- プロトコルは治験実施の際に確認するが治験コーディネーターとの協力が必要となる。
- 医師主導型の臨床試験に参加している。
- 医師主導型臨床試験を殆ど行っておらず、対象となることか、治験に関しては管理は行なっている。
- 化学療法担当薬剤師にて実施している。
- 参加しているが「積極的」とまではいかない場合、回答の判断に困る。△等を設けると配慮がほしい。臨床試験薬の(1)管理、(2)調剤・調製、(3)服薬指導を薬剤師については(1)(2)(3)別の項目が望ましい。(1)のみのところ等も多いと思われる。
- 時間があれば全てに関与すべきと考える。企業による臨床試験は薬剤師が全て関わっている。
- 治験センターに薬剤師が常駐しておりプロトコルに関して作成参加している
- 治験に関して薬剤師が事務局となり、薬剤師の調剤等行いますが、がん化学療法に関しての治験はありません。ただし市販後の臨床試験はIRBを通じて関与しています。
- 治験管理室を通して行っている。
- 専従薬剤師の他、専従職員を十分に配置している。
- 専任ではないが臨床試験の担当薬剤師を決めている。
- 当院の場合、臨床試験は行っていない。臨床試験を行っている病院に対しては、この評価項目は適切であると思われるが、実施していない病院のほうが多いのではないかとと思われるため、評価項目として加える意味がどれほどあるのか。
- 特になし。
- 特に抗がん剤の臨床試験を行う場合には、薬剤師の関与は必須である。通常治験については、薬剤部長がメンバーとして参加している。
- 薬剤師が関わっているが、全て関わっているわけではなく、診療科によってまちまちである。
- 薬剤師の資格の有無は問われますか。(認定薬剤師・専門薬剤師)
- 薬剤師の任務として行っている。
- 薬剤部:2.2.4.2)市販薬の臨床試験の場合は○
- 臨床試験に関する説明・服薬指導については基本的にはCRCが行なっている。他は薬剤師が行なっている。
- 臨床試験に治験が含まれているなら、薬剤師も参加していることになる。プロトコル作成に段階から入っている。治験以外(医師主導の臨床試験)では薬剤師の関与はない。しかし、この設問は不適当である。なぜならば、臨床試験イコール臨床試験薬云々ということでは現実には当てはまらないからであり、使用する薬剤は基本的には保険承認済みのものであって(保険外適用品ではない)、処方上は通常の治療とまったく同一レベルで行われるものである。保険外適用品を用いて臨床試験を行うこともあるが、それに関しては、建前上は薬剤師が管理している必要がある。
- 臨床試験のICは、医師主導である。管理・調剤・調製については、すべて薬剤部にて一元管理している。治験の事務局は薬剤部においている。服薬指導は医師依頼があれば、薬剤師が行うようにしている。
- 臨床試験のプロトコル作成には関与しませんが、調剤などはすべて薬剤師が行っております。
- 臨床試験のプロトコル作成を行っている施設は限られていると思われる。薬剤に関して治験薬でない限り「臨床試験」等の使用の区別なく、調整等取扱いをしている。
- 臨床試験は行っていない。
- 臨床試験は行われていないのが現状です。
- 臨床試験薬とは、何を指すのか 市販薬も含まれるかどうかで変わる。がんの臨床試験ということでしょうか。現在受けていないけど受ければ管理・調剤・調整・服薬指導は薬剤師が行うことになる。こういうときはどうするのか？

2.3 職員のがん診療に関わる教育・研修

2.3.1 職員を対象とした教育・研修が実施されている

- (2.3.1.1)全職員を対象としたものや、一部診療チーム(病棟)を対象としたカンファレンスなどを実施している。薬剤部や看護部など狭い単位では勉強会を随時行っている。薬剤部、看護部には専門として従事している職員が配置されている。
- 「北陸がんプロフェッショナル養成プログラム」によるE-Learningの研修体制が整っており、院内カンファレンスや「がん」に関わる委員会等で研修等に活用している。がんの専門分野における教育、研修(緩和ケア研修等)や資格取得(ホスピス、化学療法分野認定看護師、がん専門薬剤師等)、がん相談員の育成など、年次計画を立て順次実施している。
- 緩和ケア研修会を実施している。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 19年度は、がん関連講演会を全職員を対象に行っている。疫学、がん薬物療法、放射線診断、がん緩和ケア等専門家に依頼している。
- 2.3.1.1 全職員を対象としたがん診療に関わる教育・研修計画はないが、感染対策や医療安全、接遇については全職員対象で行っている。がんについての講演会もやっているが、院内からの参加者は少ない。各病棟ごとでは、カンファレンスは積極的に行われており、薬剤師も参加している。講堂や総合診断室にマイクや白板などが用意されている。学会、論文発表については、そのタイトルが年報に毎年記載されており、これについては当施設のHPから閲覧することが可能である。
- 2.3.1.1は一部対応
- 2.3.1.1は全職員対象とまでは必ずしもいえない。
- 2.3.1.2については、院内図書室にて書籍やインターネット等により情報を得る事が出来る。
- 2.3.1.3:教室毎に行っている
- インターネットのアクセス環境にあるだけの判断でいいのか。
- がん患者講座を開催している。
- なし

2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- 看護士、薬剤師、医師に対する教育はしているが、事務やエイドまでできていない
- 看護士、薬剤師が講習会に参加、専門的に教育を受けたものが、各職員の指導に当たっている。
- 看護士については、キャリア開発センターとしてのがん医療の教育プログラムあり。薬剤師についてはがん専門薬剤師の教育プログラムあり。その他、がんプロフェッショナルコースにおいてすべての医療職を対象にしたがん専門医療の教育プログラムあり。全職員を一律にした教育プログラムの企画は、がんに特化したものではなく安全、接遇、チーム医療などの教育となるがそのようなものであれば、なされている。
- 緩和ケア委員会と科学療法委員会協賛での職員研修会を開催している。トピックス的な研修会である。またeラーニングは今後企画予定である。
- 教育・研修計画はあるが実施されていない。今後2~3年以内に行う予定である。
- 看護センター講演会として施行中。
- 職員を対象とした教育・研修は実施しているが全職員(清掃員・労務員までを対象に含めたような)を対象とした教育・研修は無意味なものでしていません。それとも、清掃員といえども仕事に患者や家族に尋ねられることに対して、適切な返答ができたほうが良いのには決まっていますが、そこまで求められるつもりなのでしょうか？ がん診療に関わる職員に対するがん診療に関わる教育・研修なのでしょうか。
- 職員を対象とした教育研修は行ってない。教育資料は十分整っている。
- 設問:2.3.1.2 必要な教育資料の範囲が不明。
- 臨床教育部を組織し、専任の教育看護師長、専任の医師等を配置し、力を入れているところである。ただし、当院の診療機能から、がん診療に特化したというよりも、広い視点から行っている。

2.3.2 院外の教育・研修の機会が保障され活用されている

- 医師については、委任経理(いわゆる医局費)である部分まかなっている。治療費用等より充当される。
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答にくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 本部統一の規定がある。
- 2.3.2.2資格取得のための受講料は自己負担として給与が保障される。交通費は支給する。
- 2.3.2.2全てではない
- 2.3.2.2予算の手当状況が全額なのか不明。(一部手当する場合はどのように記載するのか。)
- 5年以内では、甘いのではないかと。
- なし
- 委員会メンバーの中から人選し、受講への援助がなされている。現在がん看護認定に参加看護師1名受講中。
- 院内事業計画の中で計上されている。
- 外部で開催される教育・研修に参加するのではなく、当院は院内で開催される教育・研修の充実と希望すればそれに参加できるようなシステム(余裕)の方が大切なのではないかと感じています。
- 学会等は支給されるが、全員の負担は困難。長期研修に関しては旅費 給与は保証 受講料等は本人負担
- 癌だけに限らずのものはないが、専門教育のための金銭的支援プログラムはある場合、○か。
- 教育に対する対応はなされており、実施している。
- 講習にかかる旅費等の費用については、負担しているが、審査・更新にかかる経費等については、個人にお願いしている。
- 参加費用等は予算化されているが、研修自体が数々あり分りづらい。
- 時間の確保のみで、旅費や研修費は自己負担となっている。
- 実施にはそれ相当の予算が必要
- 手当は、旅費のみを支給している。
- 所長が認めた場合に限り
- 場合により、手当される。
- 全体として研修の予算化はされているが、がん診療のみということではない。
- 多様化するシメン等の治療効果・安全性の確保の為に、知識の刷新、拡大は必須であり、受講料、旅費等の手当も重要であるが、通常業務に対する配慮の方が優先されると思われる。(薬剤部門) 公務扱い(出張)で旅費は支給しているが、受講料は自己負担としている。(自身のスキル、認定、医師部門の認定等の調整から、現在検討中)
- 特になし。
- 費用面においては、十分に確保されている。

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

- 「日本がん治療認定医機構」認定研修施設である当院は、研修施設として具体的に質の改善として何をすべきか明確になっていない。評価項目としても具体的に例示してあれば自己評価しやすい。
- TV会議システムの確立(他の拠点病院等との連携あり)
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答にくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 2.4.1.3 質の改善について具体的な基準がないと答えづらい。
- 2.4.1.3がん臨床研修機能の質とはなにか？
- 21年4月から血液内科が撤退した。
- eラーニングは活用している
- がんセンター・キャンサーボードを中心に各診療科との教育、研修会を行っている。教育スタッフは充実しています。
- がん診療に必要な診療科と医師はいるが、極めて多忙であり、いかに教育に十分な時間を確保していくかが課題。
- がん臨床研修とは、何か、定義は？
- がん臨床研修に必要な基準について不明。とり組んでいきたい。
- がん臨床研修に必要な体制の定義が不明のため回答できない。
- がん臨床病院ではない。
- なし
- ホスピス・緩和医療、化学療法外来等を実施しているが、臨床研修体制とは確立していない
- 医師の人数(特にがん臨床に特化した医師)は不足している。
- 一応、確立していると思う。教育資料に関しても、それぞれの演者次第というところはある。講習会への参加を制限していることはないが、その参加費や旅費については不十分であると思われる。eラーニングについては現在検討中である。
- 基準が不明確で判断は難しい。(2.4.1.1)がん専門医試験の受験奨励などにより確保している。(2.4.1.2)図書室やeラーニング環境が整備されている
- 拠点病院ではない。研修に関しては前期のように予算化され、院外に研修に出ることになっているが、それは評価されるか。